HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

RAPPORT

DU

HAUT CONSEIL

POUR L'AVENIR

DE L'ASSURANCE

MALADIE

23 Janvier 2004

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

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

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

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie
CGT
M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral
M. Daniel PRADA, membre de la commission exécutive
CFDT
M. Gaby BONNAND, secrétaire national
M. Yves VEROLLET, secrétaire confédéral
CGT-FO
M. Jean-Claude MALLET, secrétaire confédéral, ancien président de la CNAMTS
M. Bernard EUZET, secrétaire de l'union départementale de l'Allier
CFTC
M. Jean-Louis DEROUSSEN, secrétaire général adjoint
CFE-CGC
Mme Danièle KARNIEWICZ, déléguée nationale à la protection sociale
MEDEF
M. Guillaume SARKOZY, vice-président
M. Bernard MESURÉ, membre du bureau du conseil exécutif
CGPME
M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral
UPA
Mme. Dany BOURDEAUX, présidente de la commission sociale
FNSEA
M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint
UNAPL
Dr Claude MAFFIOLI, vice-président
UNSA Fonctionnaires
M. François JOLICLERC, délégué général

Trois députés
M. Jean-Michel DUBERNARD, président de la commission des affaires sociales, UMP, Rhône
M. François GOULARD, UMP, Morbihan
M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

Trois sénateurs
M. Nicolas ABOUT, UC, Yvelines, président de la commission des affaires sociales
M. Adrien GOUTEYRON, vice-président du Sénat, UMP, Haute-Loire
M. Alain VASSELLE, UMP, Oise

Cinq représentants de l'Etat
M. Alain ETCHEGOYEN, commissaire général au plan
M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
M. Edouard COUTY, directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins
M. Jean-Luc TAVERNIER, directeur de la prévision et de l'analyse économique
M. Pierre-Mathieu DUHAMEL, directeur du budget

Trois représentants des régimes de base d'assurance maladie
M. Jean-Marie SPAETH, président de la CNAMTS
M. Gérard QUEVILLON, président de la CANAM
Mme Jeannette GROS, présidente de la MSA

Trois représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire
M. Etienne CANIARD, délégué aux questions de santé et de sécurité sociale, FNMF
M. Jean-Louis FAURE, délégué général du CTIP
M. André RENAUDIN, délégué général de la FFSA

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

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

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

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

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

Secrétariat général
Pierre-Jean LANCRY

Sommaire

Synthèse **7**
L'avenir de l'Assurance maladie : l'urgence d'un redressement par la qualité 7
Section1 : les grands équilibres 9
Section 2 : l'amélioration du système de soins 16
Section 3 : la « gouvernance » de l'assurance maladie 26

Chapitre 1: principaux paramètres financiers et économiques du système de santé français 31
Section 1 : le secteur de la santé et sa croissance 31
Section 2 : la dispersion des dépenses exposées par les ménages et des prises en charge par les régimes de base 34
Section 3 : le système de prise en charge 37
Sous section 3-1 : le système de prise en charge des dépenses en nature 37
Sous section 3-2 : la prise en charge des arrêts de travail 49
Section 4 : le financement 52
Section 5 : situation financière 59

Chapitre 2 : Qualité du système de soins 65
Première partie : le périmètre des biens et services et la qualité médicale des actes 65
Section 1 : le périmètre des biens et services remboursables 65
Section 2 : les critères et les modalités d'inscription dans le périmètre de l'admission au remboursement 70
Section 3 : la rémunération des biens et services 77
Section 4 : l'état des pratiques et leur « marge d'amélioration » 83
Section 5 : les instruments effectifs de l'amélioration des pratiques 90

Deuxième partie : l'efficacité dans le système de soins 95
Section 1 : problématique d'ensemble : répondre efficacement aux besoins, et répondre efficacement à la demande exprimée 95
Section 2 : l'offre de soins n'est pas installée de manière optimale sur le territoire 99
Section 3 : les marges de progrès dans l'organisation et l'emploi des moyens existants 106
Section 4 : l'usager est acteur de la qualité et de l'efficacité de sa prise en charge 115

Chapitre 3 : la gouvernance 123
Section 1 : les fonctions fondamentales du système d'assurance maladie 124
Section 2 : la fonction de cadrage ; équilibre financier ;conditions de prise en charge et détermination des recettes 128
Section 3 : la fonction d'organisation du système de soins 137
Section 4 : la fonction de gestion du risque 140
Section 5 : la fonction d'allocation de ressources 146
Section 6 : l'articulation entre les champs, soins de ville et hospitalisation 153

Synthèse :

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

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

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

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

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

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

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

Par ailleurs, sans remettre en cause l'universalité de la couverture, nous devons être capables de faire des choix. C'est l'autre changement important pour l'assurance maladie : l'offre de soins est infiniment plus riche et variée qu'autrefois, et la demande de biens médicaux croît sans cesse. Or tout ce qui est proposé n'est pas à mettre sur le même pied, tout n'a pas la même qualité, tout n'a pas la même pertinence pour bien soigner. Le système de financement s'épuiserait à vouloir couvrir sans aucun tri tout ce que les industries et professions de santé peuvent offrir. Plus grave encore, il épuiserait les possibilités de redistribution de la richesse collective sur beaucoup d'autres besoins sociaux essentiels. Ainsi que le souligne un rapport récent[1], l'existence d'un financement socialisé appelle un discernement et une optimisation dans l'emploi des fonds qui relèvent, en dernière analyse, d'une exigence éthique.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

*

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

SECTION I : LES GRANDS EQUILIBRES

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

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

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

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

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

- les régimes obligatoires remboursent 76% des dépenses globales de santé, ce qui signifie qu'ils atteignent, si l'on prend pour référence les biens et services qui font partie des soins « reconnus » par l'Assurance Maladie (le périmètre des soins dits « remboursables » qui représentent 2000 € par personne et par an), un taux de prise en charge de 81%.

- ce niveau de prise en charge résulte de la combinaison de taux de remboursement (qui s'étagent, pour la plupart des biens et services, entre 65 et 80%) et d'un très puissant système d'exonérations qui aboutit à un remboursement quasi-complet dès que les dépenses sont élevées. Ce système d'exonérations présente trois caractéristiques :

  ° il bénéficie à tous : notre système a en effet fait le choix de ne pas retenir de condition de revenu qui le limiterait aux ménages de petites ressources et de ne pas introduire de modulation du taux de prise en charge avec le revenu.

  ° dès que les actes techniques, notamment à l'hôpital, dépassent 98,5€ (K50), ils donnent droit à exonération pour tous les soins qui s'y rattachent directement. Le ticket modérateur pour ces actes techniques est donc nul ou plafonné à 19,7 euros.

  ° les assurés les plus malades sont pris en charge à 100% pour leurs pathologies (même si, en cas d'hospitalisation, le forfait journalier hospitalier peut constituer une charge parfois importante).

- le cumul des taux standard de prise en charge et des différents motifs d'exonération explique, par exemple, le très haut niveau moyen de prise en charge des soins d'hospitalisation, qui atteint 97%.
- plus généralement, c'est cette combinaison qui est au cœur de l'égalité dans l'accès aux soins. En effet, si la plupart des ménages peuvent assumer le ticket modérateur pour leurs dépenses « courantes » de soins, qui sont de montant très souvent modeste (moins de 40€ par an pour 15% d'entre eux et moins de 200€ pour 30%), le poids des fortes dépenses

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un tel niveau de déficit ne peut être raisonnablement envisagé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) l'ajustement des conditions de prise en charge

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

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

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

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

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

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

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

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

c) l'action sur les recettes

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

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

- les revenus de remplacement bénéficient de régimes favorables : le taux de prélèvement varie de 0% à 6,7% .

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

Ce système appelle deux commentaires fondamentaux.

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

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

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

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

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

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

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

SECTION II : L'AMELIORATION DU SYSTEME DE SOINS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

———————

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

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

Section 1
Le secteur de la santé et sa croissance

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

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

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

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

2) La croissance des dépenses de santé

a) le constat rétrospectif

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

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

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

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

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

C'est le cas notamment du vieillissement[3] :

---

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

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

Vieillissement : effet de génération et effet d'âge

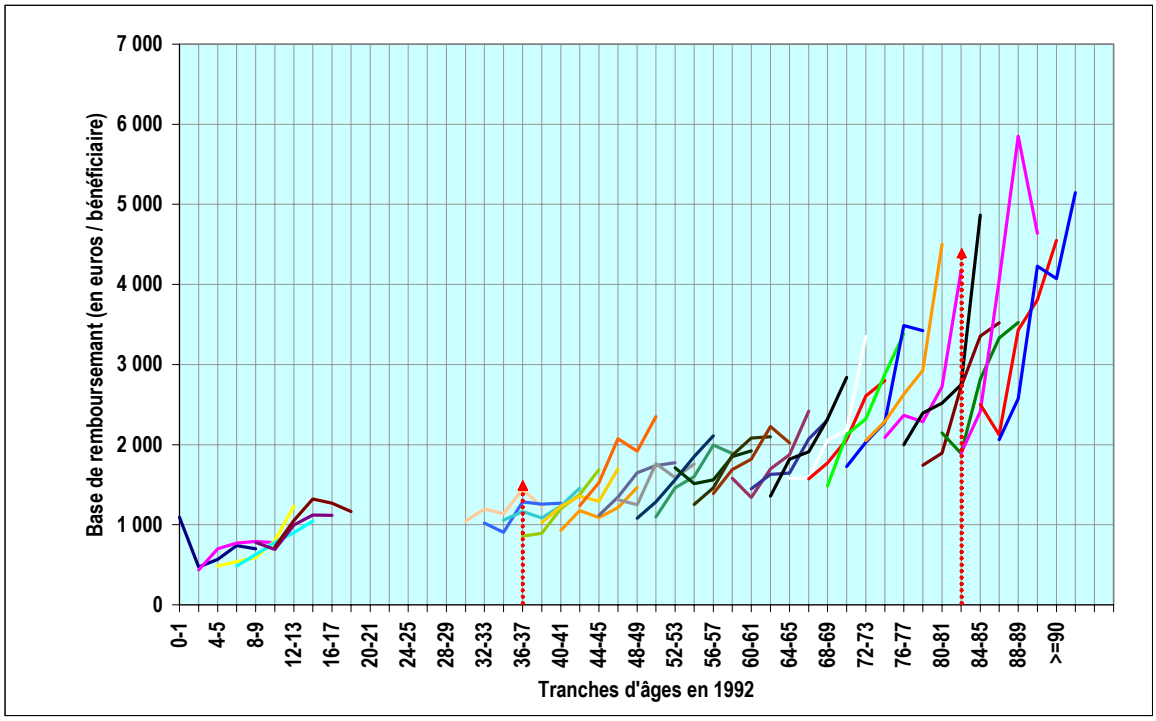
Le lien entre l'âge et la consommation médicale peut être lié à deux facteurs différents :

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

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

Nous illustrons à partir des données de l'EPAS[4] cet effet. La population étudiée est suivie sur 9 ans, de 1992 à 2000[5]. Les individus sont classés dans des groupes formés de deux générations annuelles (repérées dans le graphique ci-dessous par leur âge en 1992). Les consommations sont suivies tous les deux ans, de 1992 à 2000.

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



Source : CNAMTS, 2003

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La part dans le PIB de la dépense nationale de santé s'établit à 9,6%[7] en 2001, dernière année connue en termes de comparaisons internationales, ce qui place notre pays au 5ème rang de l'OCDE derrière les Etats-Unis (13,9%), la Suisse (10,7%), l'Allemagne (10,6%) et le Canada (9,7%)[8].
Si tous les pays connaissent un léger infléchissement de la croissance des dépenses, il est plus tardif et moins prononcé en France dans les années 80. En revanche, dans les années 90 la croissance de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) en France a un profil plus proche de celui des pays étrangers – et meilleur que certains d'entre eux.

---

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

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

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

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

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

° les personnes les plus gravement touchées occasionnent de fortes dépenses,

° le reste de la population n'engendre qu'une mineure partie d'entre elles.

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

Deux remarques préalables :

- le système d'information donne des résultats qui ne rendent qu'imparfaitement compte de la réalité en ce qui concerne :
  - ° le regroupement en ménage des personnes protégées
  - ° la variable revenu
  - ° la chronique pluriannuelle des dépenses
- la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève en moyenne à 2100€ par personne (année 2001). Mais ce chiffre moyen ne rend compte que très imparfaitement de la réalité, caractérisée par une forte variation avec l'âge et une grande concentration de la dépense.

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

1) La dépense brute varie sensiblement avec l'âge[9]

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

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

Source : CNAMTS/DES/EPAS année 2001

2) La dépense brute varie peu avec le sexe

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

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

On donne ci-dessous quelques illustrations de cette concentration.

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

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

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

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

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

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

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

Il s'agit en majorité de personnes âgées. La durée moyenne de leur prise en charge en ALD est de 6 ans ; 6 ans après leur admission, 28% sont guéris, 45% sont encore dans le régime et 27% sont décédés. Sur 100 personnes qui décèdent, 79 souffrent d'une affection de longue durée lors de leur décès[11].

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans ce contexte, il n'est pas anormal :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comme l'écrit la DREES, « les dépenses totales de santé plus élevées des ouvriers sont exclusivement dues à leurs dépenses hospitalières…Les situations ou les comportements à risque sont en effet plus fréquemment observées chez les catégories les plus modestes. Elles induisent également, compte tenu d'ailleurs d'un moindre recours à la prévention, des pathologies plus graves ayant pour conséquence des dépenses hospitalières élevées. Ces pathologies sont notamment celles liées à l'alcoolisme (induisant des cirrhoses, cancers VADS[12], suicides, accidents…), au tabagisme (cancers du poumon, cancers VADS, pathologie respiratoire, infarctus du myocarde) et à des différences de mode de vie concernant la nutrition (diabète, cancer du colon), ou la sédentarité (infarctus du myocarde). La disparité des risques professionnels ou de l'environnement peut également induire des pathologies spécifiques, des accidents plus nombreux ou une détérioration générale de l'état de santé pour ces catégories socioprofessionnelles. Ainsi selon l'indicateur de risque vital du CREDES (analysé dans l'annexe précitée) et toujours à structures d'âge et de sexe identiques, 23% des ouvriers et des employés auraient un risque possible ou pronostic probablement ou sûrement mauvais sur le plan vital alors que cette proportion serait de 18% chez les cadres »

[12] VADS : Voies aéoro-digestives supérieures

Section 3
Le système de prise en charge

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

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

1) Le champ personnel

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

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

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

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

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

Ces régimes présentent des caractères remarquables :

- ils sont obligatoires,

- ils couvrent tous les ménages quels que soient leur état de santé, leur revenu, le nombre des personnes du foyer, etc.

- la prise en charge est plutôt uniforme (le champ des prestations couvertes – le « panier de biens et services » est le même ; le taux de prise en charge est peu différencié, avec des exceptions notables dans le régime local d'Alsace-Moselle et pour les régimes spéciaux de certaines grandes entreprises publiques [13])[14]

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

En France elle ne semble pas remise en cause.

---

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

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

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

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

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

On estime que plus de 85% de la population dispose directement d'une complémentaire ; compte tenu de la CMUC – couverture complémentaire assurée aux ménages les plus modestes – c'est près de 91% de la population qui est désormais couverte[15].

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

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

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

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

b4) la différenciation des produits

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

Mais les modalités de prise en charge diffèrent très sensiblement

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

---

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

2) Les périmètres de prise en charge

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

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

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

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

On peut mentionner, dans les références les plus fréquemment citées, les congés de maternité (qui devraient être imputés à la branche famille[16]), certaines dépenses qui devraient être rattachées à la branche Accidents du travail[17], les frais d'enseignement et de recherche exposés dans les Centres Hospitalo-Universitaires [18], les exonérations de cotisations non compensées etc.

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

c) dans le champ ainsi défini des régimes de base

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

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

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

16 C'est le cas des congés de paternité

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

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

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

Source : DREES, Comptes de la santé,2001

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

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

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

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

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

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

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

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

- Il faut, pour la plupart des partenaires sociaux, « tenir » le principe d'opposabilité : cantonner[19] (voire résorber) la zone des dépassements et d'adopter des tarifs réalistes (annexe 10). Pour d'autres, on pourrait accepter une zone plus importante de dépassements.

d) dans les régimes complémentaires

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

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

  ° prend en charge en tout ou partie les dépassements

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

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

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

3) Les taux de prise en charge

a) dans les régimes de base

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a5) l'assuré supporte les dépassements

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

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

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

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

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

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

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

° Ticket modérateur : 205€ par personne protégée en 2001

° forfait journalier : 31€

° Dépassements : 95€

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

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

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

a7) le taux d'effort des ménages

C'est le ratio RAC/revenu.

Il est dans l'ensemble modéré :

- dans l'absolu

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

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

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

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

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

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

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

b) dans les assurances complémentaires

- les organismes AMC couvrent une part très élevée du RAC : dans la quasi-totalité des cas le ticket modérateur et le forfait journalier qui représentent 70% du RAC en moyenne ; une forte proportion des dépassements. Cette situation est très spécifique à la France et à l'Allemagne[21] : dans les autres pays de l'OCDE, la part des dépenses restant à la charge directe des ménages est systématiquement supérieure à celle couverte par les organismes complémentaires.

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

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

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

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

c) la diffusion du tiers payant

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

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

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

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

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

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

e) conclusions

1) Au moment de se soigner, la plupart des ménages savent que le recours aux soins est facile (du fait du tiers payant) et que la dépense qui reste en définitive à leur charge est nulle ou marginale[23].

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

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

---

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

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

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

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

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

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

Cette superposition

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

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

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

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

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

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

Dans le régime général

1) Le dispositif

a) le régime de base

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

- Une franchise de trois jours est appliquée[24] ; le coût pour un salaire moyen est d'environ 170€. La franchise au titre des IJ peut se révéler nettement supérieure au RAC (dans les prestations en nature) pour la petite minorité des salariés fréquemment arrêtés.

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

° proportionnelle au salaire brut (principe cohérent, en termes d'assurance, avec le montant de l'indemnisation),

° dans la limite du plafond de la sécurité sociale,

° au taux de 50% ; ce taux est porté à 68,66% pour les arrêts d'une durée supérieure à 30 jours lorsque le salarié a trois enfants à charge (IJ majorées),

° au taux de 51,49% pour les IJ longues en cas d'arrêt de travail supérieur à six mois (avec, pour les IJ versées au titre de la maladie de longue durée pour le motif ouvrant droit à une prise en charge à 100%, un statut fiscal préférentiel qui accroît sensiblement le taux de remplacement réel, notamment compte tenu de la rétroaction de la non imposition des IJ sur le calcul des aides au logement),

° avec un minimum de 7,8€/jour et 10,41€/jour pour les IJ majorées (ce taux correspond à un salaire brut de 234€ - 347€). Le minimum est donc très bas (on constate très normalement que l'application de la règle du minimum ne concerne que 0,2% du nombre des IJ) [25],

° dans la limite de 360 IJ pendant une période de 3 ans. La durée est de 3 ans maximum en cas d'ALD, de soins ou d'interruptions d'activité supérieurs à 6 mois.

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

---

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

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

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

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

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

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

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

c) les dispositifs conventionnels

- Ils ont souvent pour objet :

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

  ° de prendre en charge la franchise,

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

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

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

On peut en conclure que :

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

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

2) Fréquence et durée des IJ

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

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

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

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

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

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

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

3) Les charges financières

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

Ils ont crû de 53% entre 1990 et 2001.

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

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

<u>Dans les autres régimes</u>

Voir l'annexe 22.

Section 4
Le financement

1) Présentation du schéma de financement

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

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

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

b) évolution

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

2) Le régime de base

a) la structure des recettes

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

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

- ces cotisations sont déplafonnées (principe de proportionnalité),

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

---

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

+ dans les trois fonctions publiques, les primes (mais aussi le supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence) qui ne font pas partie de l'assiette. On a étendu en effet aux cotisations AF et maladie l'assiette retenue pour la retraite (le salaire brut indiciaire, référence cohérente avec le mode de calcul des pensions calé sur le traitement). Cette option est discutable car elle rompt avec le principe selon lequel la parité des prestations doit logiquement être associée à la parité de l'effort contributif. On ne dispose pas d'estimation fiable des recettes qui résulteraient d'une extension de l'assiette dans les fonctions publiques[28] (déduction faite des dépenses que supporterait l'assurance maladie du fait du renchérissement des cotisations sociales des agents de la fonction publique hospitalière). La hausse des cotisations liée au redressement des assiettes pourrait se situer entre 1,5 et 2Md€ pour l'assurance maladie.

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

soit une augmentation de 30%.

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

a2) les recettes assises sur les revenus de remplacement

Elles interviennent assez tardivement dans l'histoire de la sécurité sociale (1979 sur les retraites ; 1982 sur les indemnisations de chômage). La CSG se substitue ensuite aux cotisations. Mais on a, dès l'origine de la CSG en 1991, institué un large régime d'exonérations et de taux privilégié [32] pour les retraites et les indemnités de chômage. La DSS évalue à 6,6Md€ la perte de recettes de la CSG (dont 63% pour la branche maladie). Il convient de rapporter ce chiffre au rendement de la CSG assise sur les revenus de remplacement évaluée à 9,54Md€. Certains membres du Haut Conseil considèrent qu'une modification des taux n'est pas justifié compte tenu, à leurs yeux, des règles d'indexation (par exemple, les recettes sont indexées sur les prix et non sur les salaires).

a3) les autres recettes restent très minoritaires

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

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

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

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

---

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

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

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

- des ménages aisés vers les ménages modestes.

Ce résultat se vérifie

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

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

- des bien portants (qui sont surtout les adultes d'âge actif) vers les malades,
- des jeunes vers les plus âgés,
- en faveur des familles nombreuses.

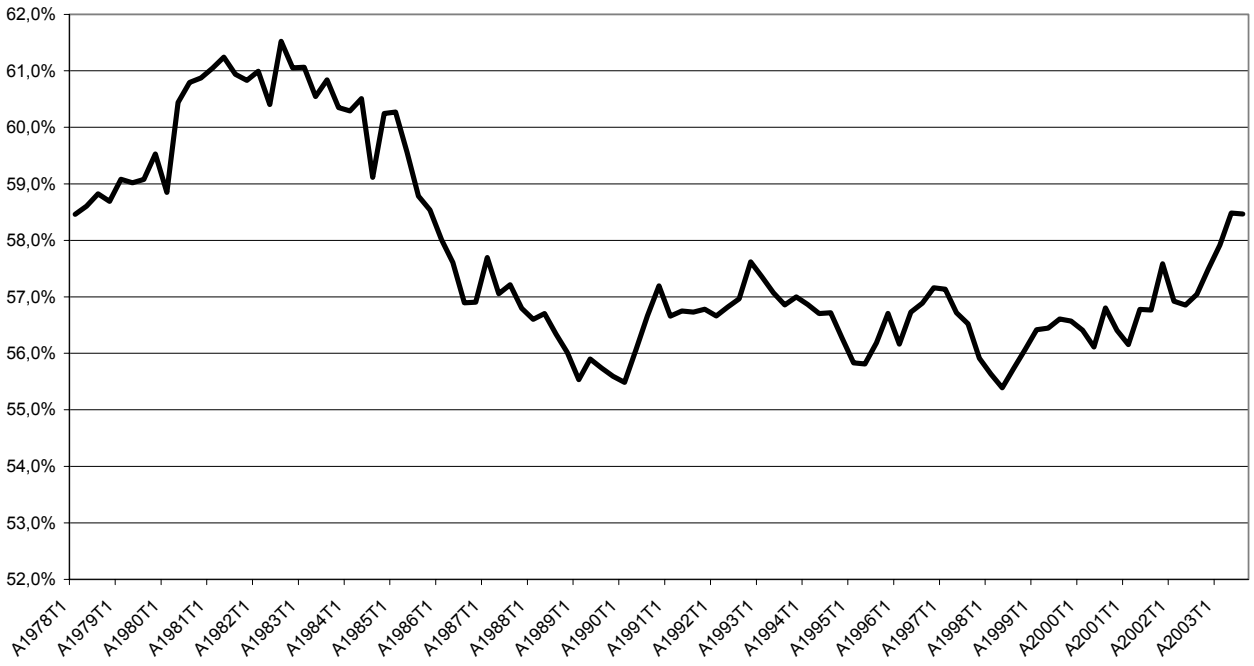
c) la structure des recettes professionnelles ne tient que par l'appartenance obligatoire au régime

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

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

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

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



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

Les couvertures complémentaires offrent des niveaux de qualité très différents.

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

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

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

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

a1) dans les contrats collectifs

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

a2) dans les contrats individuels

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

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

b) le financement

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

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

C'est pourquoi

- les cotisations qui financent les premières sont largement exonérées sur les plans fiscal et social. Le revenu sur lequel les cotisations des secondes sont prélevées supporte par contre les prélèvements sociaux et fiscaux de droit commun

- le statut fiscal et social privilégié des couvertures collectives ne leur est accordé que si elles satisfont à certaines obligations qui renvoient aux principes qui gouvernent les régimes de base : caractère obligatoire du contrat de couverture pour l'ensemble des salariés (condition pour bénéficier de l'exonération fiscale) ; non discrimination ; pas ou peu de conditions de stage, pas de prise en considération de l'état de santé…Mais ces clauses sont limitées et pour l'essentiel les entreprises et les gestionnaires de l'assurance complémentaire sont libres du contenu des contrats.

b1) les couvertures en entreprise (champ UNEDIC)

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

- l'étendue des concours publics

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

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

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

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

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

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

- essai de chiffrage

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

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

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

b3) les couvertures individuelles

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

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

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

Section 5
Situation financière

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

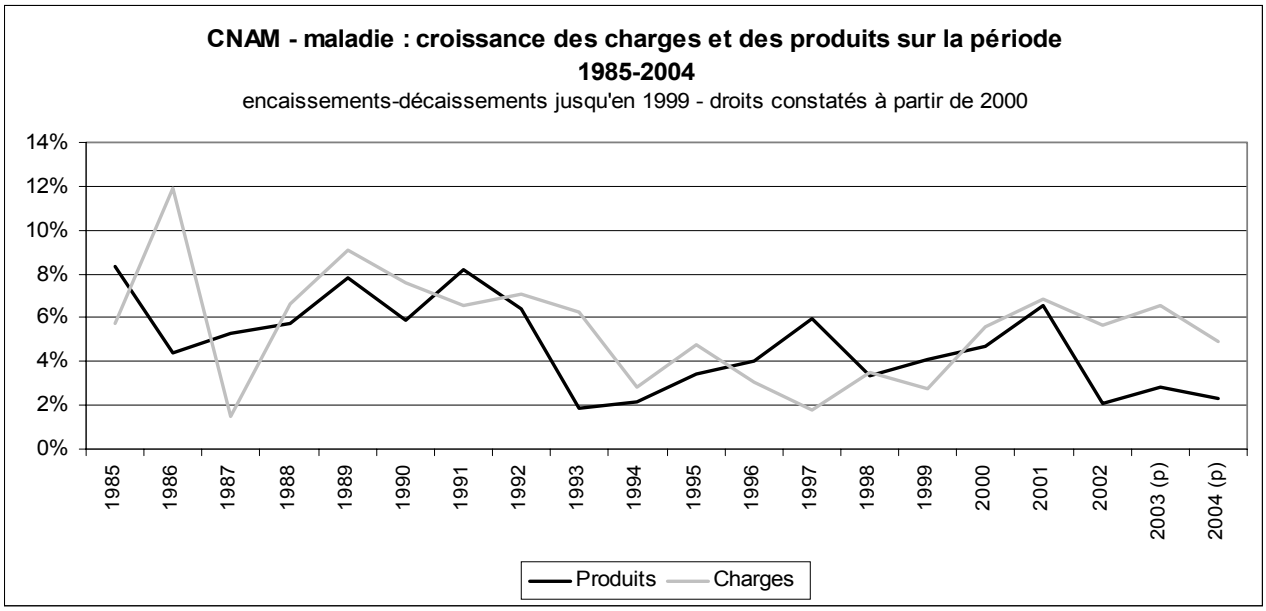
a) la situation passée, actuelle et le compte prévisionnel 2004

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

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

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

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



La situation du régime général

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

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

* Prévisions

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

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

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

Les déficits récents de l'assurance maladie proviennent en partie de la situation conjoncturelle, marquée par un ralentissement de la croissance. On peut admettre en première approximation que l'influence de la conjoncture économique sur les dépenses d'assurance maladie est faible [35]. En revanche, le déficit de croissance, mesuré par rapport à la croissance potentielle de la France, induit de moindres recettes de cotisations, ce qui creuse le déficit de l'assurance maladie.

En 2003, on peut estimer qu'environ un quart du déficit de la CNAMTS (soit 2,7 milliards d'euros) est imputable à la conjoncture[36], ce qui signifie que les trois quarts du déficit de l'assurance maladie sont aujourd'hui d'origine structurelle[37] (annexe 28).

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

b) projections pour les années à venir

L'écart entre la croissance des dépenses d'assurance maladie et la croissance des recettes est la variable centrale déterminant les projections sur longue période. Les évolutions passées des dépenses de santé mènent au constat suivant[38] :

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

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

Concernant les recettes, deux hypothèses ont été explorées :

- un taux de croissance de l'activité économique de 2,5% en volume (4% en valeur) jusqu'en 2020[39] ;

---

34 Source : DSS

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

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

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

38 Source : Drees

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

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

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

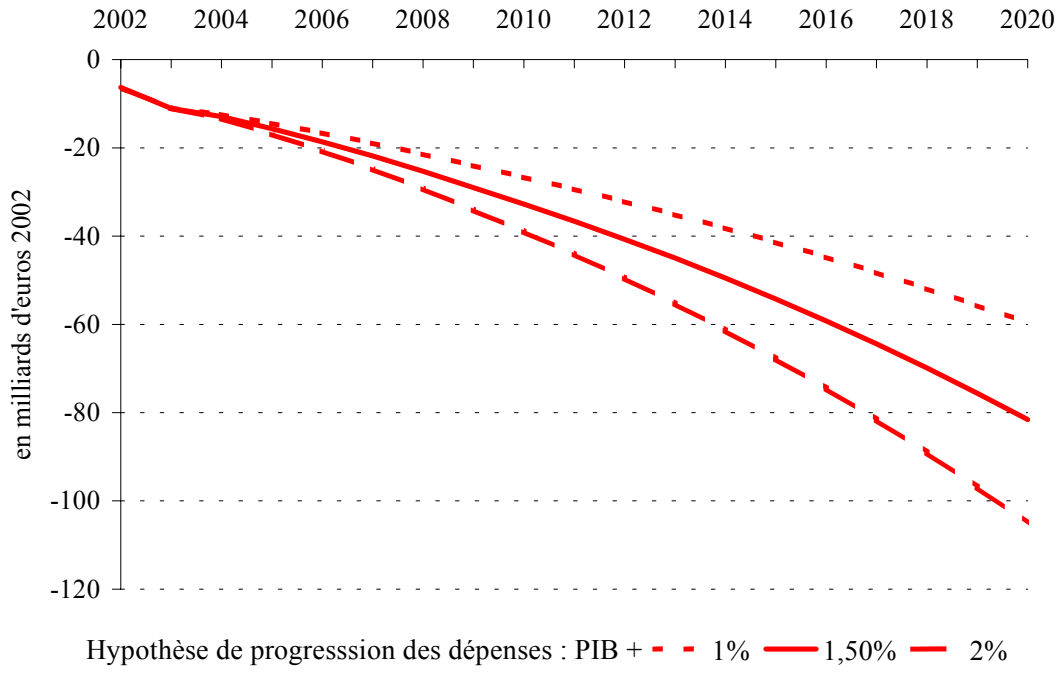
Trois hypothèses ont été retenues concernant les dépenses d'assurance maladie :

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

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

Solde tendanciel de la CNAMTS y compris charge de la dette

(avec un taux d'intérêt réel à 2,5%)



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

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

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

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

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

Dans le scénario médian[41], le déficit serait de l'ordre de 2 points de PIB à horizon de 10 ans (c'est-à-dire en 2013) et de 3,2 points de PIB à l'horizon 2020, soit l'équivalent :

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

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

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

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

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

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

- à une baisse profonde et désordonnée du taux de prise en charge publique.

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

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

C'est ce second scénario qui doit, selon la plupart des acteurs, être retenu. Ils jugent en effet avec une grande sévérité les dérives d'un système mal régulé et mal gouverné. Ils différent certes sur l'ampleur de la désoptimisation du système [43], les raisons de ces dérives et les méthodes adéquates pour les cantonner dans un premier temps, les résorber ensuite. Mais l'objectif semble unanimement partagé.

---

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

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

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

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

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

En conséquence, il faut simultanément

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

Chapitre deux : Qualité du système de soins
Première partie : Le périmètre des biens et services et la qualité médicale des actes

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

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

Le présent document aborde successivement les points suivants :

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

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

Section 1
Le périmètre des biens et services remboursables

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

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

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

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

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

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

- pour les services (actes médicaux et paramédicaux) mis en œuvre par les professionnels et les établissements, les *nomenclatures* d'actes telles que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les libéraux ainsi que le catalogue des actes médicaux (CDAM) dans les établissements de santé ;

- pour les biens : la *liste des spécialités remboursables* pour les médicaments, et la *liste des produits et prestations* (ex TIPS) pour les dispositifs médicaux.

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

L'assurance maladie comporte :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette affirmation doit évidemment être nuancée. D'abord parce qu'il existe quelques traitements ou produits qui, quoique ne faisant aujourd'hui l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (implants dentaires, certaines lentilles oculaires par exemple), peuvent être pris en charge en tout ou partie par l'AMC[44]. De plus, l'AMC offre à ses adhérents un certain nombre de services spécifiques (notamment en matière dentaire). Enfin, et surtout, parce que sur des champs importants, la prise en charge par l'AMO se révèle très minoritaire, et parfois presque symbolique : 4,2% en moyenne sur l'optique, 14,3% sur les appareils auditifs, 21,3% sur les prothèses dentaires, par exemple. Citons également des segments de soins dans lesquels le poids de l'AMC est important : établissements thermaux (AMC : 117 M€ et AMO : 218 M€) ; Dispositifs médicaux (AMC : 1,6 Md€ et AMO : 3,1 Md€) ; Soins et prothèses dentaires (AMC : 2,4 Md€ et AMO : 2,5 Md€) ; Médicaments (AMC : 4,8 Md€ et AMO : 17,2 Md€).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l'autorisation de mise sur le marché, mais la prise en charge peut être quelquefois rendue plus étroite au moment de l'inscription du médicament sur la liste des spécialités remboursables[46].

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

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

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

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

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

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

---

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

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

Section 2
Les critères et les modalités d'inscription dans le périmètre de l'admission au remboursement

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

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

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

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

1) La sécurité de l'acte ou du produit

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

La sécurité se définit et se mesure d'abord au moment de l'inscription, c'est à dire en considération de ce qu'est l'acte ou le produit par lui-même. Mais elle peut dépendre également des conditions de l'exécution de l'acte. Ainsi, tel geste chirurgical, ou tel examen radiologique de dépistage, ne sera véritablement « sûr » que s'il est exécuté dans un certain environnement technique, par un praticien qui a l'occasion de l'effectuer fréquemment[48], etc.

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

---

[48] Un article publié en novembre 2003 dans le *New England Journal of Medicine* met en évidence, à partir de l'étude de plus de 470 000 cas aux Etats-Unis, que, toutes choses égales par ailleurs, le taux de mortalité opératoire est lié à l'expérience du chirurgien. Plus le nombre d'interventions pratiquées par un chirurgien est élevé, plus faible sera le taux de mortalité pour cette intervention. L'originalité de l'étude réside dans la mise en évidence d'une liaison indépendante de la taille de l'hôpital. Autrement dit, ce n'est pas le nombre de lits de l'hôpital qui prime mais le nombre d'interventions du praticien donné. Un chirurgien qui pratique beaucoup dans un petit hôpital aura de meilleurs résultats en termes de mortalité qu'un chirurgien qui pratique peu dans un grand hôpital.
JD.Birkmeyer et al., "Surgeon volume and operative mortality in the United States", *NEJM*, november 27, 2003, vol.349 : 22, pages 2117-27

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

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

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

Les instruments qui sont effectivement applicables sont épars : médicaments *à prescription restreinte*, c'est-à-dire réservée à certains spécialistes, ou seuils minimaux d'activité dans les programmes organisés de dépistage, par exemple. Des obligations de ce type pourraient avoir un sens dans beaucoup d'autres champs de la pratique[49], où elles peuvent soulever des questions relativement lourdes (généralisation d'habilitations professionnelles spécifiques, bien-fondé du principe d'omnivalence des diplômes, etc.).

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

L'iatrogénèse[50]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(annexe 36)

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

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

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

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

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

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

L'efficacité d'un médicament

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

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

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

effectué dans des conditions particulières d'utilisation sur une population ciblée de patients[53]. L'essai consiste à comparer le produit versus un *placebo* ou versus un autre produit. Les conditions de comparabilité sont assurées par une procédure aléatoire (on parle également de méthode *randomisée*) de répartition des malades en deux groupes tirés au sort (un groupe *traité* qui recevra le médicament et un groupe de *référence* dit groupe témoin à qui on délivrera le placebo ou l'autre produit). L'attribution du médicament à évaluer ou du placebo à chaque groupe se fait en *double aveugle*, c'est à dire que ni le médecin ni le malade ne savent *a priori* si le produit délivré est le placebo ou le médicament. Ces conditions sont essentielles à l'analyse des essais thérapeutiques.

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

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

3) L'utilité de l'acte ou du produit

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

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

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

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

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

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

En associant prise en charge et utilité collective les pouvoirs publics ont donc considéré qu'il ne fallait rembourser que ce qui était utile. Mais tout ce qui est utile ne doit pas pour autant être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il est possible – et légitime – de fixer, par un choix collectif, un niveau d'utilité qui justifiera l'intervention publique[54]**.** L'existence de taux de remboursement différents pour les médicaments (0%, 35%, 65% et 100%) relève de cette logique.

Ce qui est évoqué pour le médicament devrait s'appliquer également pour les autres biens et services médicaux. Un frottis est assurément un examen efficace pour détecter des lésions gynécologiques. Mais la prise en charge du n-ième frottis dans l'année pour l'ensemble des femmes sans symptômes particuliers n'est pas justifiable du point de vue collectif[55].

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 3
La rémunération des biens et services

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

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

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

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

Ces exceptions doivent toutefois être nuancées. Les honoraires du secteur 2 sont, en principe, encadrés, certes de manière plus élastique, par le principe déontologique du « tact et mesure ». Les prothèses dentaires ont pu, pendant un certain temps, faire l'objet d'un plafond de dépassement conventionnel[56]. Enfin, pour les dispositifs médicaux, la récente réforme créant la « Liste des Produits et Prestations » permet désormais au Comité économique des produits de santé de fixer, lors de l'inscription, un prix limite de vente pour n'importe quel produit du champ.

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La T2A, dont la mise en œuvre sera, en ce qui concerne les hôpitaux publics, progressive à partir de janvier 2004, assure une couverture des coûts des opérateurs[58]. En effet les tarifs des GHS sont construits à partir des coûts moyens de séjour observés dans un échantillon représentatif d'établissements, et ils sont ajustés par établissement à l'aide d'un coefficient correcteur qui tient compte notamment de la localisation géographique.

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

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

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

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

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

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

Ainsi par exemple en ce qui concerne les professions qui participent à la distribution et à la délivrance du médicament en ville (grossistes répartiteurs et pharmaciens d'officine), leur rémunération est calculée en appliquant un certain taux de marge composé de plusieurs tranches à taux dégressif, au prix fabricant hors taxes[59]. Pour les pharmaciens d'officine, il s'y ajoute un élément forfaitaire par boîte de médicament.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Source DGI, données 2001

Quant à l'efficience économique globale, le *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, constatait déjà en 1994 que les tarifs français de biologie étaient supérieurs de 75% à ceux de la moyenne des pays de l'OCDE[60]. Le *Plan Stratégique* de l'Assurance maladie évoquait également la nécessité de restructurer l'offre en « *permettant la coexistence de différents types de laboratoires, (le laboratoire de proximité, le laboratoire pratiquant de façon automatisée des analyses en grand nombre, le laboratoire pratiquant des actes réservés très spécialisés) aptes à répondre à une demande variée* » [61].

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

Section 4
L'état des pratiques et leur « marge d'amélioration »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les stratégies thérapeutiques recommandées par les agences sanitaires[64] sont basées, avant tout, sur le suivi de règles hygiéno-diététiques élémentaires (alimentation équilibrée, exercice physique et arrêt du tabagisme). La diététique est la première étape indispensable pour faire baisser le taux de cholestérol. Dans de nombreux cas, un traitement diététique bien conduit peut permettre d'éviter un traitement médicamenteux. Ce n'est qu'après avoir constaté son efficacité insuffisante, au bout de trois mois, qu'un traitement médicamenteux (statines, fibrates) est préconisé en fonction du taux de cholestérol et du risque cardiovasculaire.

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

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

- Les patients nouvellement traités par hypolipémiants, présentent en 2002, un niveau de risque cardiovasculaire faible : 89,2 % n'ont pas de maladie coronaire et 60,7 % d'entre eux ont un risque cardiovasculaire faible.
- La majorité des patients ne suit pas les règles diététiques :

- 53,4 % des patients, n'ont pas suivi le régime alimentaire indispensable avant l'instauration du traitement médicamenteux.
- Parmi les fumeurs quotidiens (21,8 % des patients traités), 31,2 % ont déclaré ne pas avoir eu d'incitation à l'arrêt de leur tabagisme et 84,5 % continuaient de fumer au jour de l'entretien avec le médecin conseil.

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

▪ Dans deux tiers des cas, l'instauration des médicaments hypolipémiants ne tient pas compte des seuils de LDL-cholestérol[65] définis par les experts :

- un tiers des patients (33,1 %) n'ont pas eu de détermination du taux du LDL-cholestérol,
- un tiers (33,8 %) ont un taux de LDL-cholestérol inférieur aux seuils définis par l'Afssaps pour l'instauration du traitement médicamenteux hypolipémiant ;
- seul un tiers (33,1 %) ont eu une détermination du LDL-cholestérol et l'instauration du traitement médicamenteux hypolipémiant respectant les seuils de l'Afssaps.

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

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

Plusieurs explications peuvent être avancées :

- L'ignorance ou la méconnaissance des référentiels, soit parce que ceux-ci ne font pas l'objet d'une diffusion suffisante, soit parce que les médecins ne se les sont pas appropriés. A cet égard, les expériences étrangères montrent que l'application de références médicales sans acceptation et participation des praticiens et sans accompagnement au plan local est d'une efficacité très limitée. En revanche, des dispositifs reposant sur un petit nombre de références médicales discutées au plan local ainsi que sur un contact direct, régulier et structuré entre le praticien et ses confrères, peuvent avoir des effets significatifs (annexe 44).

- Le manque de sensibilité d'une partie du corps médical à l'évaluation et à la formation continue, les effets d' « école » et de génération, conjugués avec l'absence d'incitation forte au respect des référentiels (et notamment la disparition de l'opposabilité effective des RMO) [67]. Signalons également le fait que les RMO, comme d'ailleurs les accords de bon usage des soins, ont été introduites pour la médecine ambulatoire et n'ont jamais été définies pour la pratique hospitalière[68].

- La complexité de l'information disponible. L'élaboration des référentiels est un processus souvent lent et compliqué, et débouche sur des formulations parfois peu utilisables dans une pratique courante. Il arrive, notamment dans le cas du médicament, que trop d'information « tue » l'information, en raison de la trop grande diversité des documents et des sources, et l'absence d'outil adéquat d'aide à la prescription.

---

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

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

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

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

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

Etude du CREDES sur la variabilité des prescriptions d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë[69]

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

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

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

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

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

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

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

a) la prescription des arrêts de travail

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

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

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

sur les indemnités journalières[70] constate en effet que le vieillissement de la population entraîne un accroissement de la fréquence et surtout de la durée des arrêts maladie. Toutefois, le vieillissement de la population expliquerait seulement 12% de la croissance des IJ enregistrée entre 2000 et 2002 (22% de la croissance des IJ de plus de 3 mois et 5% de la croissance des IJ de moins de 3 mois).D'autres explications méritent donc d'être avancées : croissance du nombre de salariés, ralentissement économique, marges d'action laissées aux acteurs du système du fait de la faiblesse des contrôles.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

Source : SNIR – données en euros courants.

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

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

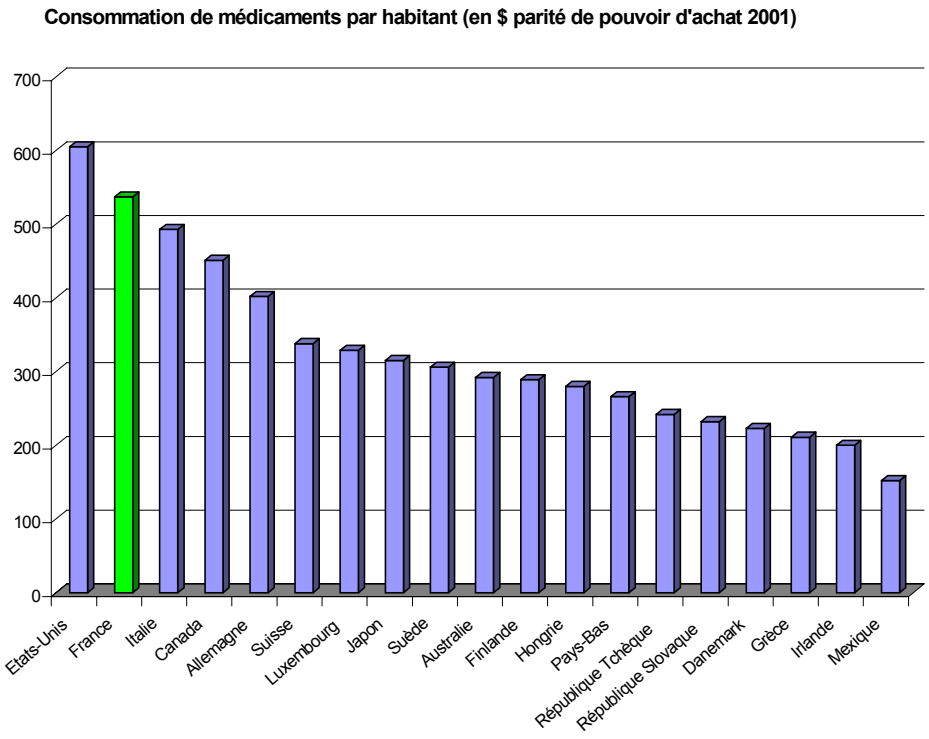
Le seul constat comparatif objectif avec les pays voisins donne la mesure des progrès possibles :

---

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

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

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



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

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

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

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

Section 5
Les instruments effectifs de l'amélioration des pratiques

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

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

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

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

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

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

Ce jugement repose sur deux éléments de constat[74], qui ne sont il est vrai documentés que pour les soins de ville :

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

- En second lieu, l'information sur la prescription médicamenteuse reste massivement dominée par les industries du médicament (annexe 46).

Cet état de fait est le résultat de deux phénomènes qui se cumulent.

D'un côté l'insuffisance d'organisation et d'investissement de la part des institutions publiques : l'information mise à disposition par les différentes sources publiques (Résumé des caractéristiques du produit, Avis de la commission de la transparence, Fiches de transparence, recommandations de l'AFSSAPS, etc.) est souvent ressentie par les praticiens comme complexe et difficile d'emploi. De même, il n'existe pas de base de données publique, disponible en ligne, sur support informatique, au moment de la prescription.

---

[74] On notera que les carences qui sont relevées ici ne concernent que les éléments de formation et d'information « en cours de vie professionnelle ». En effet, aucune étude n'est apparemment disponible sur l'adéquation des formations initiales aux exigences de la pratique. En tout état de cause, le très rapide renouvellement des savoirs permet de considérer que la formation « en cours de vie professionnelle » est appelée à devenir une part toujours plus importante de l'acquisition des connaissances.

D'un autre côté, l'effort considérable des industries pharmaceutiques pour la promotion du médicament (évalué à plus de 20 000€ par praticien et par an), appuyé sur une connaissance fine du « profil » de chaque prescripteur, et relayé par le nombre très important des visiteurs médicaux (24 000 selon l'Association des directeurs de la visite médicale).

La Cour des comptes a attiré l'attention, à de nombreuses reprises, sur la nécessité de développer, dans ce domaine, une information indépendante.

2) Il n'existe pas de dispositif permanent et général d'évaluation des pratiques individuelles et collectives

a) en ville, les instruments d'évaluation de la pratique sont plus nombreux, mais ne font encore l'objet d'aucune exploitation méthodique (annexe 47)

Les URML (unions régionales des médecins exerçant à titre libéral) ont depuis 1993, parmi leurs missions, de « *participer aux actions d'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles* ».

C'est sous leur égide, et avec l'appui de l'ANAES, qu'a été mise en place, à partir de 2002 (décret du 28 décembre 1999), une procédure d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles des médecins.

Parallèlement, l'information quantitative de chaque médecin libéral sur sa propre pratique a été améliorée par l'enrichissement récent des informations adressées par les caisses d'assurance maladie [en particulier les RIAP (Relevé individuel d'activité et de prescriptions)][75]

On doit constater, pourtant, le caractère encore très insuffisant de ces approches :

- elles ne concernent, en premier lieu, que les seuls médecins libéraux – et même en pratique, pour l'évaluation pilotée par les URML, une très faible fraction d'entre eux : le dispositif, qui n'a d'ailleurs attiré pour l'instant que quelques centaines de volontaires, ne pourrait pas accueillir, dans un délai raisonnable, les 110 000 médecins libéraux

- elles reposent sur le pur volontariat, et ne font l'objet d'aucune exploitation ou d'aucun suivi systématique : le RIAP, qui ne permet pas par lui-même, une approche qualitative de la pratique, ne donne pas forcément lieu à des entretiens ou des commentaires personnalisés. L'évaluation prévue par le décret de 1999 reste une auto-évaluation, dont les résultats sont confidentiels.

- Enfin, aucune conséquente concrète n'est tirée des résultats, et en particulier aucune articulation n'est prévue avec des programmes de formation initiale et continue.

On ne peut donc pas dire que l'évaluation fasse aujourd'hui l'objet de la mise en œuvre massive et méthodique qui serait nécessaire.

---

[75] Les RIAP, ne permettent toutefois pas d'approche qualitative de la pratique médicale, faute de présentation détaillée des actes et des prescriptions. Seule la transmission de données médicales, prévues par la loi Teulade de janvier 1994, serait de nature à assurer une approche quantitative et qualitative. Les décrets d'application de cette loi ne sont toujours pas parus.

b) en milieu hospitalier, l'accréditation, qui a pour but d'évaluer le fonctionnement des établissements de santé, souffre d'un déploiement insuffisamment rapide, et d'un champ thématique trop restreint

Après une phase importante et longue d'auto-évaluation des établissements qui a souvent conduit, dans les établissements volontaires, à une très forte mobilisation des équipes, l'accréditation a démarré dans les faits en 1999 (9 visites en1999, 66 en 2000, 164 en 2001, 298 en 2002, 605 en 2003 et entre 750 et 800 prévues en 2004). Une accélération du rythme est observable depuis peu et devra s'intensifier si l'on veut que l'ensemble des établissements soit accrédité rapidement.

La démarche d'accréditation est centrée sur la qualité du fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge des malades, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire la qualité de l'acte médical lui-même. Une nouvelle procédure d'accréditation, qui sera expérimentée en 2004 dans 40 établissements volontaires ayant achevé le premier cycle d'accréditation, prévoit un renforcement de l'évaluation des pratiques cliniques pour les pathologies les plus importantes prises en charge dans chaque établissement.

Signalons également que l'accréditation est accordée, y compris quand elle est assortie de réserves : sur 634 établissements accrédités au 30 novembre 2003, 181 le sont avec réserve (29%) et 8 avec réserves majeures (1%). Selon une enquête réalisée par la DHOS au premier semestre 2003, les agences régionales de l'hospitalisation, qui sont destinataires du rapport d'accréditation des établissements de leur région, intègrent, pour un tiers d'entre elles, les résultats de l'accréditation (réserves majeures, réserves, recommandations) dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé. (annexe 48)

3) L'amélioration effective de la pratique dans une optique d'efficience suppose que le système de soins soit capable de se fixer des objectifs précis, médicalement justifiés, et de les tenir

La pratique soignante comporte encore beaucoup de marges d'amélioration. Ces améliorations peuvent faire l'objet, pour beaucoup d'entre elles, d'une formulation précise, voire chiffrée, qui est à la fois médicalement souhaitable et techniquement réaliste.

Le système dispose-t-il alors aujourd'hui des instruments qui lui permettraient d'atteindre les objectifs qu'il se fixerait ? La réponse paraît assez largement négative.

a) les modalités de responsabilisation financière expérimentées jusqu'à aujourd'hui n'ont eu que des résultats partiels et modestes

Il ne s'agit pas ici des mécanismes dits « de reversement » ou de « lettre-clé flottante », en vigueur entre 1997 et 2001, qui étaient des instruments de régulation budgétaire, et non pas des instruments directs d'incitation à l'amélioration de la pratique. Ils ne se présentaient d'ailleurs pas comme tels.

Les seuls dispositifs d'incitation financière qui existent aujourd'hui sont les Accords de bon usage des soins (AcBUS) (article L.162-12-17 du code de la sécurité sociale) et les Contrats de pratique professionnelle ou CPP (article L.162-12-18).

Ils permettent d'introduire une incitation financière, collective pour les AcBUS, individuelle pour les CPP, lorsque le ou les professionnels concernés s'engagent sur un « objectif médicalisé d'évolution des pratiques » (AcBUS) ou à « l'évaluation de la pratique et au respect des recommandations de bonne pratique » (CPP).

Ces contrats ne couvrent aujourd'hui qu'une faible partie de la pratique. Seul l'AcBUS relatif à l'emploi des « tests de diagnostic rapide » par les médecins généralistes a donné, pour l'instant, un résultat mesurable. L'accord de bon usage sur les visites à domicile, qui a certes eu un impact sur le nombre total de visites des médecins généralistes, n'était en réalité qu'une mesure tarifaire, et ne correspondait donc pas à la définition première de l'AcBUS.

On doit par ailleurs constater le caractère encore très incomplet de ce dispositif :

- d'une part, il ne concerne que la seule pratique libérale en ville, ne couvrant ni l'exercice libéral en clinique, ni l'exercice hospitalier.

- d'autre part, il n'aborde les contreparties financières à l'amélioration de la pratique que sous l'angle de suppléments de rémunération ponctuels, sur certains segments particuliers de la pratique, qui sont en outre loin d'être toujours les plus préoccupants. La Cour des comptes a ainsi souligné qu'aucun accord n'était en cours sur la prescription des arrêts de travail.

Il n'existe donc pas aujourd'hui, d'instrument permettant d'articuler de manière négociée la définition globale du revenu, ou de l'évolution du revenu, des professionnels de santé avec les engagements qu'ils pourraient prendre en matière d'amélioration de leur pratique.

On devrait par ailleurs, quand on détermine ces éléments « d'incitation » financière se préoccuper qu'il y ait, en même temps, « désincitation » à ce qu'un professionnel de santé adopte l'attitude inverse.

Les démarches d'évaluation et d'engagement à une amélioration de la pratique sont en effet des démarches exigeantes. Il ne faut pas que le fait, pour un professionnel, de se tenir à l'écart du processus, constitue une stratégie individuelle profitable.

b) l'amélioration de la qualité des soins a souffert d'une insuffisante appropriation de ses objectifs par les professionnels concernés

Quand on dresse une comparaison de la situation française avec les méthodes expérimentées ou appliquées dans de nombreux pays étrangers, on constate que l'on a sans doute tendance, en France, à aborder la question de l'amélioration de la pratique sous l'angle trop exclusif de savoir jusqu'où, et par quels moyens, il convient de l'insérer dans un système de contrainte individuelle. Alors qu'il conviendrait d'aborder davantage la question en termes, plus pragmatiques, d'efficacité et de résultat.

Ce renversement est nécessaire. L'efficacité d'une évaluation ou d'un apprentissage requiert en effet l'intérêt et l'adhésion de ceux qui s'y soumettent, et notamment le choix des méthodes et les outils qui se révèlent les mieux acceptés par les professionnels, les mieux adaptés aux conditions de leur pratique, les plus performants dans la durée[76].

A cet égard, et si l'on met à part le cas des « références médicales », c'est-à-dire des actes inutiles ou dangereux, il n'y a sans doute pas lieu de traiter par des approches radicalement différentes

---

[76] Dès le début 2004 les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles seront disponibles sous un format plus opérationnel sur la Base Française d'Evaluation en Santé (BFES) gérée par l'ANAES. Cette base accueillera les recommandations publiées par l'ANAES et les sociétés savantes, accompagnées d'un référentiel d'évaluation des pratiques. Pour chaque recommandation, le niveau de preuve scientifique sera précisé.

les segments de la pratique pour lesquels il existerait des référentiels et ceux pour lesquels ces standards sont plus incertains.

D'abord parce que, comme il a déjà été dit plus haut, la frontière entre les deux situations n'est pas très arrêtée : les référentiels peuvent être plus ou moins précis, disposer d'un niveau de preuve plus ou moins fort, ou comporter de nombreuses exceptions.

Ensuite, parce que l'interférence entre un référentiel et le traitement d'un cas médical concret soulève l'un des problèmes les plus aigus du contrôle « extérieur » de la pratique. Et donc, même lorsque ce référentiel existe et est peu contesté, les méthodes de surveillance exclusivement extérieures se heurtent à de très fortes résistances.

C'est une des raisons pour lesquelles les *comités médicaux régionaux* n'ont jamais pu fonctionner dans des conditions satisfaisantes et ont d'ailleurs été supprimés, à la demande des médecins.

Sur ce point, l'expérience des années récentes permet de dégager quelques constats qui pourraient servir d'appui à une réforme future. L'amélioration de la qualité des pratiques et de l'efficience des soins n'est pas de l'ordre du gain marginal. Elle concerne des pans importants de la pratique médicale et paramédicale et constitue au demeurant un processus qui doit être permanent.

Pour atteindre ces objectifs d'amélioration des pratiques, l'adhésion d'une très large majorité des professionnels concernés (en ville et à l'hôpital) est à la fois possible et indispensable. Mais cette adhésion est exigeante, car elle suppose de chacun qu'il soumette certains pans importants de son exercice professionnel à un regard critique extérieur.

D'où la revendication très fréquente que ce regard critique soit celui d'un pair de confiance, et non d'une autorité munie d'un pouvoir de sanction. Le rejet des méthodes les plus « coercitives » (où le regard extérieur est articulé à un pouvoir de sanction administrative) est un constat de fait. Symétriquement, on ne peut attendre aucun résultat non plus des méthodes purement « optionnelles » (où le regard extérieur ne débouche sur rien de contraignant).

Sans aborder, à ce stade, le terrain des propositions, on peut donc constater qu'une forme nouvelle d'articulation est à rechercher entre, d'une part davantage de « liberté de moyens » confiée aux professionnels (par exemple en termes de conception, d'organisation et de gestion des outils de l'évaluation et de la formation, ainsi que d'un certain niveau de contrôle de la pratique), et d'autre part une définition plus précise, et plus ferme, de toute une série de « contraintes de résultat ».

Dans le cadre d'une telle évolution, les missions et l'organisation des services du contrôle médical des caisses nationales d'assurance-maladie devraient évidemment faire l'objet d'un réexamen d'ensemble.

Enfin, une réflexion devrait être conduite sur le rôle que doit jouer, dans l'amélioration de la pratique, l'objectif de transparence sur la qualité du système de soins, c'est-à-dire l'information de son usager-financeur.

En conclusion de ce thème, il se dégage la certitude qu'il existe, en ce qui concerne le périmètre des actes et produits remboursables, leur prix, et les conditions de leur exécution ou de leur prescription, de très importantes marges de progrès.

Dans certains cas – par exemple la prescription des médicaments – ces marges recèlent la promesse d'économies substantielles. Mais en tout état de cause, dans tous les cas, elles permettent d'aller dans le sens d'une performance sanitaire à la fois plus grande, et mieux mesurable, et donc dans le sens d'une vraie justification de l'emploi des ressources de l'assurance maladie.

Qualité du système de soins
Deuxième partie : L'efficacité dans le système de soins

Dans son acception la plus complète, l'amélioration de la « qualité » du système de soins ne comporte pas seulement l'amélioration de la qualité médicale des actes et de l'efficience des soins – qui ont fait l'objet de la « première partie » du chapitre n°2. Elle comprend aussi une dimension plus organisationnelle de bon emploi, ou d'emploi « efficace » des moyens.

Cette interrogation sur la performance de l'organisation des soins conserve d'ailleurs des liens étroits avec leur qualité proprement médicale : des prescriptions non coordonnées ou des examens répétitifs peuvent par exemple entraîner des erreurs, ou des traitements inadéquats.

Surtout, au niveau du système pris dans sa globalité, toute ressource consacrée à une procédure ou une structure inefficace est une ressource perdue pour les soins utiles : l'optimisation de l'emploi des moyens est une forme de principe éthique pour la protection sociale.

Section 1

Problématique d'ensemble : répondre efficacement aux besoins, et répondre efficacement à la demande exprimée

1) La question de l'efficacité doit évidemment être posée, d'abord, par rapport à l'objectif ultime qu'est la qualité de l'état de santé de toute la population : Le système de soins conduit-il, de manière efficace, à un bon état de santé pour tous ?

La question de l'efficacité du système de soins financé par l'assurance maladie consiste d'abord à se demander si ce financement concourt au meilleur niveau de santé pour tous.

On ne peut pas nier la qualité d'ensemble de notre système de soins. Mais un regard critique est nécessaire. A cet égard, le récent classement par l'OMS du système de soins français qui en faisait « le meilleur du monde » ne doit pas faire illusion : cette évaluation repose sur un certain nombre de choix méthodologiques qui obligent à en interpréter les résultats avec prudence[77].

L'analyse se heurte toutefois à la très grande difficulté qu'il y a à mesurer expérimentalement l'impact d'un système de soins et de son organisation sur l'état sanitaire de la population à laquelle il s'adresse.

---

[77] Ainsi il intègre notamment, comme paramètre important de la mesure de performance, le niveau d'éducation moyen de la population : à résultat sanitaire identique, un système est considéré comme plus performant s'il s'adresse à une population moins « éduquée ». Justifiée entre pays développés et pays en voie de développement, cette modulation introduit en revanche des disparités non significatives au sein des pays développés : la France se retrouve ainsi mieux classée que le Japon ou les pays d'Europe du Nord parce que le nombre d'années d'études moyens de sa population totale est plus bas.

Pour les pays développés (et ainsi que le montrent, en France, les comparaisons interrégionales de plusieurs indicateurs généraux de mortalité et morbidité, rapprochés d'indicateurs de densité d'établissements ou de professionnels de santé), il n'est pas possible d'établir une relation claire entre le degré d'équipement sanitaire d'un territoire et l'état de santé de ceux qui y habitent (annexes 49 et 50)

l'absence de lien empirique entre le degré d'équipement sanitaire et l'état de santé de la population

Si le Nord - Pas de Calais est la dernière région française en termes d'espérance de vie (69,8 ans pour les hommes, 78,8 pour les femmes, 74,2 tous sexes confondus) et l'une des dernières en termes de démographie médicale [165 médecins pour 100 000 habitants, 16ème région sur 22)] et pour les lits hospitaliers (8,3 lits pour 1000 habitants, 21ème région), la région au meilleur indicateur d'espérance de vie [Midi-Pyrénées : 74,5 ans pour les hommes, 81,6 ans pour les femmes, soit 78 ans tous sexes confondus] n'est que la 4ème en termes de démographie médicale (222 médecins pour 100 000 habitants) et la 8ème pour les lits hospitaliers (10,6 lits pour 1000 habitants).

De plus l'utilisation empirique d'indicateurs globaux d'état de santé ne s'avère pas toujours satisfaisante. Comment se faire une idée en effet du Limousin qui est la région où la mortalité infantile est la plus faible en France (6,4 pour 1000 enfants) mais dont le taux brut de mortalité est le plus élevé du pays (13,5 pour 1000 habitants) ? Cette région a le plus grand taux d'équipements en lits hospitaliers alors que l'Ile de France a le plus bas taux et la meilleure mortalité globale.

Il y a plusieurs explications possibles de ce constat.

En premier lieu, on peut évidemment relativiser sa portée. Les indicateurs statistiques de la « bonne santé » d'une population (mortalité / morbidité, maladies évitables) sont souvent sommaires, ne saisissent que les éléments les plus lourds, et ne donnent donc qu'une mesure imparfaite de ce qui est subjectivement ressenti, par la population, comme une plus ou moins grande qualité de vie et de santé.

En deuxième lieu, surtout, il est évident que l'état de santé général d'une population dépend de beaucoup d'autres facteurs que strictement médicaux : habitudes de vie, qualité de l'environnement, comportements d'hygiène et d'alimentation, etc... La part du système de soins proprement dit dans l'amélioration de l'état de santé collectif est une part relative.

Ce point n'est pas dépourvu de conséquences en termes de choix budgétaires. Car il justifie que l'on consacre une certaine proportion des ressources collectives aux opérations de promotion de la santé et de prévention primaire, autrement dit aux actions non curatives, qui prennent en compte des facteurs liés à l'environnement général de la personne.

La prévention, définitions

(voir annexe 51)

Prévention primaire : elle vise à éviter que la maladie ou l'accident ne se produise ; par exemple : vaccination, incitation au port du casque sur les deux-roues, campagne anti-tabac, sensibilisation aux accidents domestiques etc.). La prévention primaire agit sur les facteurs de risque.

Prévention secondaire : elle vise à barrer le développement de la maladie dès ses premiers signes ; par exemple : dépistage des cancers, tests de glycémie, mesure de tension artérielle, etc.)

La prévention secondaire est beaucoup plus « médicalisée » que la prévention primaire ; sa performance peut passer par d'importantes contraintes d'organisation et de qualité médicale.

Prévention tertiaire : elle vise à éviter les complications, les rechutes, les séquelles de maladies déclarées ; par exemple : traitement précoce du diabète, traitement du VIH au stade asymptomatique etc …)

La prévention tertiaire est souvent difficilement distinguable du « soin ».

Toutefois, la plupart du temps, il n'existe pas de mesure quantitative de l'impact sanitaire des sommes ainsi dépensées. L'efficacité de certaines campagnes de sensibilisation (par exemple sur la vaccination antigrippale ou la consommation d'antibiotiques) n'est pas contestable. Mais l'évaluation reste imprécise : les arbitrages qui conduisent à consacrer une certaine part des ressources à l' « éducatif » ou au « préventif » plutôt qu'au « curatif » ne peuvent pas être effectués, aujourd'hui, sur la base de critères objectifs d'optimisation budgétaire[78].

Enfin, en troisième lieu, le fait que le volume d'équipements ou de personnel disponible n'ait qu'un impact mal mesurable sur la santé des populations tient aussi à ce que ce n'est pas la quantité de moyens qui apporte, à elle seule, la réponse aux besoins.

Une offre mal organisée – et *a fortiori* une offre surnuméraire et inutile – n'améliore pas l'état de santé. Même si elle génère une consommation de soins qui paraît justifier sa présence.

Cette affirmation de bon sens est typiquement vérifiée en matière de prévention secondaire (dépistage), où la simple augmentation de moyens, sans véritable programmation associée à des protocoles de qualité précis, peut n'avoir strictement aucune utilité, voire se révéler globalement négative[79].

---

[78] Il convient, à cet égard, de bien distinguer l'impact de l'action elle-même, qui est mesurable, et en général mesuré (par exemple : mesure de la « notoriété » d'une campagne d'affichage, ou mesure de la mémorisation d'un message), et la mesures de ses effets durables sur les comportements.

[79] Les « erreurs » d'un système de dépistage peuvent entraîner, s'il s'agit de *faux positifs* (test positif alors que la personne n'est pas malade), des examens complémentaires ou des interventions chirurgicales lourds et dangereux, et s'il s'agit de *faux négatifs* (test négatif alors que la personne est effectivement malade), le retard de la découverte et du traitement de la maladie. Lorsque ce taux d'erreur est élevé, notamment par rapport à la prévalence de la maladie à dépister, le bilan médico-économique, mais aussi humain, du programme est clairement négatif.

2) La question de l'efficacité du système de soins doit aussi, simultanément (et de manière moins ambitieuse) être simplement posée par rapport à la demande de soins, telle qu'elle s'exprime objectivement. Le système est-il performant dans sa réponse à cette demande ?

Ainsi formulée, la question de l'efficacité rejoint les thèmes de l'accès aux soins, de l'équité dans l'accès aux soins, et de l'organisation efficace de cet accès (c'est à dire avec des « cheminements » dans le système qui soient optimisés pour l'usager).

De ce point de vue, les critères d'efficacité seront :

- en premier lieu, que le système sache accueillir correctement la demande qui s'adresse à lui. Dans cette approche, on peut considérer que tout recours aux soins est *a priori* légitime ; mais il peut l'être avec différents degrés d'urgence ou d'importance – voire, à l'analyse, relever du simple abus. Par ailleurs, plus sa pathologie sera lourde ou complexe, plus le malade aura, en général, besoin d'être guidé dans son accès au système et dans son cheminement dans l'univers soignant.

- en second lieu, il faut tout simplement que les ressources soient employées au mieux, avec l'organisation la plus efficace et la moins coûteuse, le juste emploi des compétences aux justes niveaux, la mobilisation des moyens adéquats sans excès inutiles, etc. Tout ce qui rapproche, à certains égards, le système de soins de n'importe quel autre système de production de biens ou services, et qui doit le pousser à s'inspirer des méthodes de bonne gestion qui valent partout.

Sur ces bases, autrement dit sous la double approche de la réponse utile aux « besoins » de santé, et de la réponse efficace à la « demande » de soins, il est possible d'organiser le constat sous les trois volets qui suivent :

1°) En termes de moyens mobilisés par le système de santé, il existe un problème sérieux de répartition de cette offre sur le territoire, et de capacité de redéploiement des moyens (Section 2) ;

2°) Plus encore que la question du volume des moyens, c'est leur organisation et les conditions de leur emploi coordonné qui font l'efficacité. Or des progrès importants sont encore à réaliser sur ce point (Section 3).

De ces deux premiers constats, on peut tirer à titre de diagnostic d'ensemble, d'une part que le « système » de soins est loin de fonctionner comme un véritable « système », faute de véritable coordination de ses moyens ; d'autre part que la réflexion sur le volume global des moyens à consacrer n'a pas de sens si on ne lui associe pas une réflexion sur l'organisation de ces moyens, et sur les outils permettant de les redéployer conformément aux besoins.

3°) Enfin, il convient de souligner que l'usager-patient est, lui aussi, dans la manière dont il s'adresse au système de soins, un acteur important de la qualité et de l'efficacité de sa propre prise en charge (Section 4).

Sur tous ces points, les éléments de jugement sont très souvent qualitatifs, faute de mesures ou d'études précises sur lesquelles il serait possible de s'appuyer. Les constats sont fréquemment « à dire d'expert ». Il s'en dégage toutefois le sentiment général qu'il existe, là aussi, d'importantes marges d'amélioration.

Section 2
L'offre de soins n'est pas installée de manière optimale sur le territoire

Les considérations qui suivent partent d'un incontestable état de fait : pour un grand nombre de segments de l'offre de soins, ambulatoire et hospitalière, il existe une disparité de densité dans l'installation qui ne peut pas être justifiée par les différences que l'on constate entre les populations visées (âge, pathologies dominantes, etc..) (annexe 52).

Disparités départementales dans l'offre de soins (*Source Eco Santé 2003, données 2000****)***

Il existe des écarts de densité allant

- de 1 à 2 entre la Seine-St-Denis et les Hautes Alpes pour la démographie des généralistes libéraux (67,5 généralistes pour 100 000 habitants dans le 93 contre 136,8 dans le 05)

- de 1 à 5 pour le nombre de lits hospitaliers (4,2 lits pour 1000 habitants du Val de Marne contre 20,6 lits pour 1000 habitants de Lozère[80]).

Les variations vont de 1 à 32 pour les psychiatres libéraux, de 1 à 18 pour les chirurgiens, de 1 à 10 pour les anesthésistes libéraux, les dermatologues, les rhumatologues et les orthophonistes, de 1 à 6 pour les infirmiers libéraux et de 1 à 4 pour les masseurs kinésithérapeutes.

Ces disparités soulèvent un évident problème d'équité en termes de réponse à la demande, c'est-à-dire d'équité de l'accès aux soins. Elles démontrent aussi que le système n'adopte pas spontanément une répartition qui épouse les besoins.

En outre, au delà des données brutes sur les disparités d'installation ou de nombre de personnes, des analyses plus fines établiraient vraisemblablement que les disparités géographiques sont encore plus grandes en matière de niveaux techniques ou de compétences.

Or, simultanément, les disparités territoriales et socioprofessionnelles dans l'état de santé sont relativement importantes, et représentatives d'une préoccupante inégalité de situations.

Inégalités territoriales et sociale en termes d'état de santé

Entre les régions Midi-Pyrénées et Nord Pas de Calais il y a 4,6 années d'espérance de vie de différence pour les hommes (76,6 contre 72,0). Le département métropolitain dont l'espérance de vie des hommes est la plus faible est le Pas de Calais (71,6 ans), soit 5,6 ans de moins que la Haute Garonne (77,2 ans). Pour les femmes, l'amplitude est plus faible mais le Nord a 3,5 années d'espérance en moins que la Mayenne (80,4 contre 83,9)

Quant aux inégalités sociales, on sait que l'espérance de vie à 35 ans pour un cadre est 44,5 ans contre 38 ans pour un ouvrier. De même la probabilité de décéder pour un ouvrier entre 35 et 65 ans est 26% contre 13% pour un cadre. Enfin, corrigée des effets de diplôme, de catégorie socio-professionnelle ou d'âge, la probabilité de décéder entre 35 et 65 ans d'un chômeur est 2 à 3 fois supérieure à celle d'un actif avec emploi[81].

---

[80] Les lits hospitaliers regroupent les lits de court séjour, de soins de suite et de réadaptation, de long séjour et les lits d'hôpitaux psychiatriques. La décomposition des densités pour chaque type de lit ne conduit pas aux mêmes résultats. La 1ère place de la Lozère provient du fait que la densité lozérienne de lits psychiatriques est très nettement au-dessus de celle des autres départements (4,4 lits pour 1000 habitants contre 1 pour la moyenne nationale).

[81] A.Mesrine : *Les différences de mortalité par milieu restent forte*, Données Sociales, INSEE, 1999, Documentation française

1) Les instruments sur lesquels s'appuie la gestion de l'offre hospitalière n'ont pas permis tous les redéploiements nécessaires

Les redéploiements hospitaliers (fermetures, regroupements, requalifications et transformations des structures), désormais conduits sous l'égide des ARH, se heurtent en pratique à une multitude d'obstacles et de rigidités. L'annexe au PLFSS pour 2003 indique ainsi que, sur les 137 opérations de recomposition hospitalière qui étaient recensées comme « en cours » en juin 2000, seules 18 (soit 13%) étaient classées « achevées » deux ans plus tard, en juin 2002[82] (annexe 53). La Cour des comptes reprend le même constat de difficultés et de lenteur de la restructuration dans son rapport sur la Sécurité sociale pour 2002.

La multiplicité des causes, juridiques, économiques, et de politique locale, empêche d'en fournir une explication unique. On peut toutefois noter que la recomposition des services au sein de la sphère publique suppose une articulation étroite entre les redéploiements de moyens (qui sont de la responsabilité de l'ARH) et la gestion des carrières médicales hospitalières ou des directeurs d'hôpitaux (qui relèvent de l'Etat au niveau central).

Par ailleurs, plusieurs logiques entrent en conflit, compte tenu de ce que peuvent représenter certains hôpitaux en termes d'emploi et d'activités locales. Pourtant, il s'agit là d'un enjeu qui dépasse celui de la seule optimisation de l'emploi des fonds de l'assurance-maladie.

Compte tenu des phénomènes de surcharge et de tension qui affectent de nombreux services hospitaliers (et à l'inverse, de la sous-activité chronique de certains équipements), la capacité de redéployer ou de concentrer des moyens est aujourd'hui une des clés de la gestion de l'offre hospitalière.

Au demeurant on doit souligner – après beaucoup d'autres - que le maintien de structures peu actives, dans lesquelles les équipes n'atteignent pas le niveau de pratique qui permet d'en entretenir la qualité, soulève une question de sécurité des soins[83]. La tendance au durcissement des normes réglementaires de sécurité (par exemple certaines exigences d'équipement, ou certains ratios de personnel et de présence en matière de périnatalité ou d'anesthésie-réanimation[84]) devrait d'ailleurs avoir pour conséquence mécanique un bien plus grand nombre de regroupements ou de requalifications de services et d'établissements.

---

82 Dans le même temps, il était lancé 57 « opérations nouvelles » : le nombre d'opérations en cours ou en projet croît donc sensiblement plus vite que le rythme des achèvements.

83 Le lien entre pratique et qualité des soins a déjà été évoqué dans ce constat et il convient de rappeler qu'il ne saurait y avoir de confusion entre taille d'une structure hospitalière et sécurité des soins. Le premier déterminant de la qualité des soins chirurgicaux (en termes de mortalité opératoire) apparaît être le nombre d'interventions pratiquées par le chirurgien et non la taille de la structure dans laquelle il opère. D'après les travaux les plus récents sur la question, une « grosse » structure n'offre pas *a priori* de meilleurs résultats en termes de sécurité (mesurée par la mortalité opératoire) qu'une « petite » structure. Cet élément doit être pris en compte dans toute analyse en termes de structures de proximité. Le débat sur la "taille" d'une structure paraît artificiel. Peu importe en effet la taille, pourvu que toute structure remplisse deux conditions : un nombre d'interventions suffisant par chirurgien, un environnement technique et des compétences humaines nécessaires pour garantir la sécurité.

84 Décret du 9 octobre 1998 sur la sécurité périnatale ; décret du 5 décembre 1994 sur la sécurité anesthésique et décrets du 5 avril 2002 sur la réanimation.

2) La liberté d'installation des professionnels libéraux ne permet pas de répondre équitablement à la demande de soins

S'agissant de la médecine de ville, plusieurs rapports ont, récemment, attiré l'attention sur les fortes disparités d'installation des professionnels libéraux (médecins spécialistes et généralistes, chirurgiens dentistes, sages femmes, auxiliaires médicaux sur le territoire), que ce soit entre régions, entre départements, ou au sein des départements[85].

Quelques observations sur la démographie des professionnels de santé

Nette tendance à l'héliotropisme. La région qui a la plus forte densité de professionnels de santé est sans conteste la région Provence Alpes Cote d'Azur. Si on se situe au niveau des départements, Paris arrive en tête, suivi des départements de la région PACA.

Les écarts de densité départementale sont importants pour toutes professions de santé (de 1 à 1,8 pour les omnipraticiens, de 1 à 6,6 pour les spécialistes, de 1 à 3,7 pour les chirurgiens dentistes, de 1 à 3,8 pour les masseurs kinésithérapeutes, de 1 à 6,2 pour les infirmières et de 1 à 2,3 pour les pharmacies officinales). Le rapport de la Mission Démographie des Professions de Santé précise en outre que *« à une « surdensité » d'omnipraticiens par rapport à la moyenne nationale correspond une sur-représentation des spécialistes* » et que « *les nouvelles installations de spécialistes dont bien corrélées aux densités existantes* »[86].

Les écarts de densité inter-départementaux sont supérieurs aux écarts inter-régionaux.

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

A cela s'ajoute une autre inégalité territoriale qui concerne l'installation des médecins, spécialistes et généralistes, dits de *secteur II*, c'est à dire qui ne pratiquent pas le tarif conventionnel. L'existence de ces « zones grises » où la densité de médecins conventionnés est, dans certaines disciplines, particulièrement faible, soulève de manière très pratique une question d'accès aux soins remboursables. On peut, en outre, se demander si elle n'entraîne pas, par voie de conséquence, dans certaines spécialités, un surcroît de demande adressée pour ce seul motif aux services hospitaliers publics.

---

[85] Il faut rappeler, à cet égard, que l'échelle géographique pertinente va dépendre, évidemment, de la spécialité observée : des comparaisons interrégionales ont du sens pour les disciplines « rares » (par exemple, la neurochirurgie), alors qu'il faut descendre à des niveaux infra-départementaux pour analyser de manière adéquate la densité, par exemple, de médecins généralistes.

[86] Rapport présenté par le Professeur Yvon Berland, novembre 2002

Nombre des départements dans lesquels la part des médecins en secteur 2 dépasse les 33%	
Généralistes	3
Cardiologues	6
Psychiatres	8
Pédiatres	20
Gastro-entérologues	24
Dermatologues	34
Rhumatologues	38
Gynécologues	45
Ophtalmologues	53
ORL	55
Chirurgiens	81

Pour ce qui concerne les disparités de densité par spécialité, il n'est, il est vrai, pas aisé de définir ce qu'est la « sur-densité » ou la « sous-densité », faute de pouvoir définir ce qu'est le « juste niveau » de couverture du besoin (annexe 54).

Au demeurant, même s'il était possible d'établir une densité-cible qui soit autre chose qu'une simple moyenne des densités constatées, ce calcul n'aurait qu'une validité limitée puisque la réponse aux besoins doit également prendre en compte :

- les possibles évolutions du champ de compétence des professionnels concernés. On peut ainsi envisager, par exemple, qu'une partie des actes réalisés par les médecins ophtalmologistes soient confiés aux orthoptistes ou à des optométriciens ayant reçu une formation adaptée, ou que certains actes aujourd'hui « médicaux » soient exécutés demain par des infirmières, etc. Par ailleurs, il est indispensable d'envisager des « passerelles » en cours de vie professionnelle entre disciplines médicales, voire entre professions de santé.

- les nouvelles organisations du travail (ouverture de cabinets secondaires, exercice de groupe, coordination et partage du travail entre médecins et auxiliaires médicaux, télémédecine, etc.)

- et enfin les éléments de contexte local, qui font que la « densité » hospitalière, médicale et paramédicale doit se penser, non pas sur la base de périmètres administratifs *a priori* (commune, département, région), mais en termes de services à rendre, qui seront différents en zone urbaine difficile, en région de montagne, etc.

Il reste que la grande disparité des densités médicales crée une situation difficilement acceptable. Les évolutions démographiques en cours vont, dans certains cas (et notamment pour les médecins généralistes) accentuer encore les inégalités.

Dans ces conditions, et à l'instar de ce qui se fait dans plusieurs pays étrangers (annexe 55), il semble nécessaire de disposer d'instruments permettant d'orienter de manière efficace l'installation des professionnels libéraux ou le maintien de ceux qui sont en activité.

Les mécanismes d'aide financière, sous forme de *prime au départ* (le Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité, MICA), ou de *prime à l'installation* (prévue par les conventions médicales, mais actuellement en attente, nonobstant la parution du décret du 30 novembre 2003, du dispositif réglementaire complet permettant la mise en œuvre effective des zonages), n'ont pas encore apporté la preuve de leur efficacité.

Le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA)

La France a mis en place ce mécanisme spécifique aux médecins en 1988. Il permet aux praticiens de percevoir une allocation de remplacement (ADR) jusqu'à 65 ans. Une fois cet âge atteint, les praticiens peuvent prétendre à leur retraite au taux plein.

Au départ, ce mécanisme était réservé aux praticiens âgés de 60 ans et impliquait l'arrêt de toute activité médicale salariée ou non. Des assouplissements ont ensuite été décidés, permettant de cumuler l'allocation de remplacement avec les revenus issus d'une activité médicale salariée (à concurrence de 124.870 Francs nets par an en 2000). Toutefois, seule une activité non médicale, salariée ou non, était cumulable sans restriction avec l'ADR.

Le MICA est financé par une cotisation à la charge des médecins conventionnés (0,55 % du revenu conventionnel net) et par les caisses d'assurance-maladie. La répartition des charges entre l'assurance maladie et les médecins conventionnés est 68,75% - 31,25%. Jusqu'en 1990, la participation de chaque partenaire était de 50%.

Ce dispositif a été prorogé par décret du 24/07/2000 jusqu'au 31 décembre 2004. Toutefois, un décret du 01/08/2003 a précisé que ne pouvaient bénéficier du MICA que les médecins de 57 à 64 ans ayant cessé leur activité avant le 1er octobre 2003.

Le nombre total de bénéficiaires depuis la mise en place du dispositif jusqu'à fin 2002 était 9 354 médecins. Le flux d'entrées en 2003 a été de 1000 médecins, ce qui porte le stock de bénéficiaires à environ 3 600 personnes pour un coût annuel d'environ 130 millions d'euros.

Toutefois, faute d'avoir été précisément ciblé et surtout, faute d'avoir été assorti d'un contrôle des installations nouvelles, le MICA n'a pas pu constituer un véritable dispositif de régulation de la densité médicale.

Au demeurant, l'octroi ponctuel d'une prime court toujours le risque d'être, soit trop coûteux (si la prime est élevée), soit insuffisamment incitatif, et générateur de simples « effets d'aubaine » (si la prime est faible).

Pour avoir une puissance qui le rende réellement efficace, un dispositif de régulation de l'installation devrait ainsi :

- en premier lieu, prendre en considération, outre les aspects financiers, l'ensemble de l'environnement professionnel et des conditions d'exercice. Pour reprendre ce qui a déjà été souligné plus haut : une régulation plus active de l'installation des professionnels libéraux doit pouvoir s'appuyer à la fois sur de nouvelles organisation du travail et sur de nouvelles répartitions de compétences.

- en second lieu, et par voie de conséquence, s'appuyer sur une véritable contractualisation avec l'assurance maladie. Ce qui doit conduire à lier la question du conventionnement et celle de l'installation.

3) Enfin, la répartition de l'offre de soins fait encore l'objet d'approches cloisonnées entre l'hôpital et la ville

Les instruments de planification (Schémas régionaux de l'offres de soins, et *cartes sanitaires* sur les services et les équipements) n'ont d'opposabilité – pour les « annexes » du SROS et les cartes sanitaires – que vis à vis de l'offre hospitalière (annexes 56 et 57).

L'élaboration des SROS doit il est vrai (SROS dits de *troisième génération*), tenir compte désormais de l'offre *ambulatoire* ; Mais cette disposition reste de peu d'effet, puisqu'elle ne s'appuie pas sur un mécanisme de régulation de l'offre ambulatoire qui serait effectivement opposable.

Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 3ème génération

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé opère une simplification des dispositifs de planification et de coopération sanitaires en mettant en place un système plus souple et plus évolutif, dans un contexte de renforcement de la régionalisation de la mise en œuvre de la politique de l'offre de soins.

Le SROS devient l'outil unique de planification. Il intègre désormais la psychiatrie qui faisait l'objet auparavant d'un schéma régional séparé, et prend en compte les besoins de la population dans leur globalité. A cet effet, il a pour objet de fixer les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Dans une optique d'optimisation des ressources, il « tient compte » de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.

La carte sanitaire est supprimée ainsi que les indices de besoins.

L'annexe au SROS précise désormais sur la base d'une analyse de l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de santé, les objectifs quantifiés de l'offre de soins par *territoire*[87] de santé, par activité de soins et par équipement.

La planification de « l'offre de soins » reste donc, aujourd'hui, une planification très centrée sur l'hôpital. Ce constat renvoie d'ailleurs à celui de l'absence de complémentarité organisée dans le travail quotidien des deux secteurs : il n'y a pas de véritable substituabilité entre l'offre médicale hospitalière et l'offre médicale de ville.

[87] Les notions de secteur ou de zone sanitaire disparaissent au profit de celle de territoire de santé, dont les limites peuvent varier selon l'activité de soins ou l'équipement concerné.

Quelques éléments de l'offre hospitalière

Une caractéristique importante du système hospitalier français est l'existence d'une dualité de l'offre, publique et privée, avec pour cette dernière une très forte implantation du secteur commercial. Si l'hospitalisation publique représente globalement 2/3 des lits, le privé est majoritaire en chirurgie [88] (54%) et dans le moyen séjour (soins de suite et réadaptation) où il représente 57% des lits.

	Court Séjour	*dont Médecine*	*dont Chirurgie*	*dont Obstétrique*	Moyen Séjour	Long Séjour	Psychiatrie	Total Lits hospitalis.
Public	152 553	*92 947*	*44 995*	*14 611*	38 304	76 127	42 063	309 047
Privé	83 280	*22 378*	*52 172*	*8 730*	51 247	7 661	20 286	162 474
Sous OQN[89]	*64 905*	*12 942*	*44 563*	*7 400*	*22 352*	*867*	*11 359*	*99 483*
Sous DGF	*18 375*	*9 436*	*7 609*	*1 330*	*28 895*	*6 794*	*8 927*	*62 991*
Total Pub.+Privé	235 833	*115 325*	*97 167*	*23 341*	89 551	83 788	62 349	471 521

Nombre de lits hospitaliers selon le statut des établissements et la discipline (France entière, 2001)

	personnel médical	personnel non médical	*dont Administratif*	*dont Soignant+Educatif*	*dont Médico-technique*	*dont Technique*
Public	84 096	692 914	*77 936*	*493 029*	*34 914*	*87 035*
Privé	68 373	253 534	*37 970*	*175 592*	*9 802*	*30 170*
Sous OQN	*55 775*	*145 911*	*22 927*	*103 128*	*5 249*	*14 607*
Sous DGF	*12 598*	*107 623*	*15 043*	*72 464*	*4 553*	*15 563*
Total Pub.+Privé	152 469	946 448	*115 906*	*668 621*	*44 716*	*117 205*

Effectifs hospitaliers selon le statut des établissements (France entière, 1999)

[88] Comme on le verra plus tard, il convient de signaler également que 87% des places de chirurgie ambulatoire relèvent de l'hospitalisation privée

[89] Les établissements privés sont séparés en deux groupes : les établissements privés sous OQN (objectif quantifié national) et les établissements privés sous DGF (Dotation globale de financement) et qui participent au service public hospitalier (PSPH).

Section 3
Les marges de progrès dans l'organisation et l'emploi des moyens existants

La complexité croissante des traitements (qui appellent souvent l'intervention de plusieurs professions différentes), et les fréquentes alternances, pour un même patient, d'épisodes d'hospitalisation et de traitement à domicile, donnent aux questions d'organisation du système de soins une importance croissante.

La bonne « organisation » des soins est évidemment une exigence de qualité de l'acte soignant : une prise en charge mal ordonnée faire courir le risque d'une « perte de chances ». C'est aussi un enjeu technique et économique : les organisations administratives ou médicales inefficaces font perdre du temps et de l'argent ; les diagnostics redondants et les més-emplois d'équipements représentent des coûts inutiles, etc.

Sur l'ensemble de ces aspects, l'enjeu d'organisation s'exprime souvent dans les expressions de « coordination des soins » et de « continuité des soins ». (annexes 58, 59)

> ***La coordination des soins*** aborde plutôt la notion d'organisation du côté des professionnels soignants. Il s'agit de veiller à ce que chaque intervenant ou chaque structure fasse ce qu'elle a à faire, et seulement ce qu'elle a à faire, tout en fournissant, au bon moment, aux autres intervenants et structures, l'appui et l'information dont ils ont besoin.
>
> ***La notion de continuité des soins*** aborde plutôt l'organisation sous l'angle du patient. Elle comporte une dimension temporelle (le soin 24 heures sur 24), mais surtout thématique. Le processus soignant, quel que soit le nombre d'intervenants qu'il implique, doit se dérouler sans rupture de traitement, sans perte d'information ou de « mémoire » …
>
> Ces deux notions, distinctes, sont évidemment indissociables. La plupart des instruments qui sont utiles pour l'une le sont aussi pour l'autre (par exemple le « dossier médical partagé »).

1) Il manque encore de leviers efficaces pour améliorer l'organisation « médico – administrative » du système de soins

a) il convient d'accorder une attention particulière au milieu hospitalier public, sous les deux aspects du mode de financement et des instruments de gestion interne

Le secteur hospitalier public (avec les établissements de santé dits PSPH[90]) rassemble en effet une forte concentration de ressources du système de soins : environ 40% de la dépense d'assurance-maladie (44 Md€ sur 113 Md€ en 2002), un nombre de médecins approximativement égal à celui des

[90] PSPH = privés, participant au service public hospitalier (par opposition aux établissements de santé privé sous OQN (objectif quantifié national) également appelés *cliniques privées*)

médecins de ville et près de 700 000 agents hospitaliers non médicaux (dont 110 000 dans les hôpitaux PSPH).

Il constitue, par ailleurs, le lieu de formation de l'ensemble des médecins, et offre, sur toute la gamme des disciplines médicales, des services de haut niveau que manifestent de nombreux succès scientifiques et médicaux. L'hôpital public est ainsi devenu, dans l'esprit de la plupart des gens, le lieu de recours polyvalent, compétent, et accessible en permanence. A cela s'ajoute un rôle « social » non négligeable, lorsque l'hôpital accueille des personnes dont les besoins ne sont pas exclusivement sanitaires.

Cette visibilité de l'hôpital public contraste avec le « désenchantement », souvent décrit, des personnels qui y travaillent. Médecins, cadres de direction, agents administratifs et paramédicaux expriment le sentiment de rencontrer des difficultés croissantes à accomplir leurs missions, dans un environnement de travail dont ils critiquent la dégradation.

Mais en même temps, tous les avis convergent pour souligner ce que cette *crise de l'hôpital public*[91] doit aux défauts de son organisation interne, aux modalités de travail et d'utilisation des équipements, à la mauvaise répartition des dotations, etc.

Ce sentiment, qui s'appuie sur des perceptions locales, est corroboré par les comparaisons d'ensemble que l'on peut conduire à l'aide de l'Indice synthétique d'activité (point ISA) (annexe 60), issu des données du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI). Le point ISA offre une forme de standardisation de l'activité de production de soins. Sa valeur pour un établissement donné, c'est à dire le rapport entre la dotation budgétaire de l'hôpital et le nombre de points ISA de son activité annuelle offre ainsi une mesure standardisée du coût des soins.

Or on constate que, d'un établissement à un autre (et de taille comparable), il peut exister d'importants écarts de coût pour produire des soins qui, vu du patient, sont identiques. Par exemple en 2001, le point ISA valait 1,79€ au centre hospitalier universitaire de Besançon, 2,04€ pour le CHU d'Orléans et 2,38€ pour l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Cette variation se vérifie également pour tous les types d'établissement. Par exemple, deux centres hospitaliers d'Aquitaine de même activité ont des écarts de coûts de plus de 10% et cet écart atteint les 30% avec un centre hospitalier de Champagne-Ardennes. Cette dispersion des coûts de structure permet de penser qu'il existe d'importantes marges de progrès, notamment en termes d'organisation.

Le tableau ci-dessous permet de se faire une idée sur les variations de valeurs de points ISA entre les groupes d'établissements sous dotation globale et au sein de ces groupes.

---

[91] L'expression est celle du récent rapport d'information parlementaire sur « L'organisation interne de l'hôpital (public et psph) », présenté par M. René COUANAU (Assemblée Nationale, n°714, mars 2003)

Valeurs du point ISA par type d'établissement

Catégorie d'établissement	Valeur moyenne en €	Ecart Inter quartile	Nombre d'établissements
Centre Hospitalier Régional Universitaire	1,97	0,21	29
CHRU hors AP-HP	*1,87*	*0,22*	*28*
Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC)	1,92	0,35	20
Centres Hospitaliers (CH)	1,76	0,26	362
Etablissements de soins pluridisciplinaires	1,88	0,44	52
Ensemble des établissements de soins	**1,84**	**0,29**	**479**

- Les chiffres du tableau ci-dessus, en cours d'actualisation, sont issus du PMSI 1997.

- Lorsqu'on classe 100 établissements par valeur croissante du point ISA, l'écart inter quartile mesure l'écart entre l'établissement n°75 (quartile supérieur) et l'établissement n°25 (quartile inférieur). Ainsi, pour les 362 centres hospitaliers, l'écart de valeur de point ISA entre le 90ème CH (25ème pourcent) et le 271ème (75ème pourcent) est de 0,26€, soit 15% de la valeur moyenne.

- Le nombre total d'établissements n'est pas égal à la somme de la colonne correspondante, car le tableau ne reprend que les catégories pour lesquelles le nombre d'établissements est suffisamment important pour être significatif.

On peut en conclure que si la contrainte budgétaire par l'enveloppe de la dotation globale hospitalière, introduite en 1983, a sans doute limité la progression de la dépense hospitalière – sous réserve des phénomène de report, mal connus et mal mesurés, sur les soins de ville – elle a maintenu de fortes différences de budgets entre hôpitaux ayant des activités identiques, et n'a donc pas contribué à optimiser le fonctionnement global des structures.

On doit ajouter qu'aux disparités internes aux hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier s'ajoute le constat fréquemment repris d'une forte différence de coûts entre le secteur public et le secteur privé.

La *Mission d'expérimentation de la tarification à l'activité* estime ainsi que l'écart des coûts entre les deux types de structure, une fois corrigé des écarts structurels liés à la construction même des indices (notamment l'intégration du coût des honoraires médicaux), des charges spécifiques liées aux missions de service public (enseignement, recherche, etc.)[92] et des différentiels statutaires de rémunération, s'établirait à un niveau « *chiffrable, selon les hypothèses, entre 30% et 40%* ». Une des explications avancées tient à la charge en personnel non médical (PNM) : « *pour 100 000 points ISA produits, le nombre de PNM en équivalent temps plein est de 3,65 dans le secteur public et de 1,43 dans le secteur privé, soit un écart de 155%* »[93]. On peut aussi remarquer que les deux ensembles de chiffres ne reposent pas sur les mêmes séries de coûts[94]. Les débats du Haut Conseil ont montré qu'il est difficile, aujourd'hui, de dégager une méthode qui permettrait une comparaison rigoureuse de ces écarts – en vue, notamment, de savoir s'ils peuvent ou non s'expliquer, et jusqu'à quel niveau, par les spécificités

92 Que la Cour des comptes (rapport Sécurité sociale 2002) estime globalement à 2Md€.

93 Rapport d'étape de la Mission d'expérimentation : B.Marrot, H.Gilardi, « *Expérimentation d'une tarification à la pathologie des établissements de santé* », avril 2002.

94 Les dépenses des hôpitaux publics sont mesurées par rapport à leurs budgets, et intègrent par exemple les provisions comptables, alors que celles des cliniques privées sont égales aux dépenses remboursées par l'assurance maladie.

structurelles du secteur public. Il parait indispensable de pouvoir arriver à des conclusions étayées sur ce point. Il donc important d'affiner l'analyse, afin d'identifier les raisons, éventuellement organisationnelles, qui peuvent expliquer des différences d'un tel ordre de grandeur. (voir annexe 61)

La Tarification à l'activité constitue une amélioration sensible des modes de tarification puisqu'elle doit permettre, comme son nom l'indique, une meilleure prise en compte de l'activité effective des établissements lors de l'allocation des ressources. La mise en place progressive de cette T2A devrait, il est vrai, inciter les établissements à mener une réflexion sur l'orientation de leurs activités et à faire converger leurs coûts de structure[95].

On ne saurait toutefois s'en remettre entièrement à cette nouvelle tarification, quels que soient ses très réels mérites : elle n'est qu'un des leviers de la réforme.

En premier lieu ses effets n'atteindront de véritable efficacité qu'après quelques années (10% des budgets concernés en première année, avec une généralisation prévue sur huit ans), et ils ne portent, en tout état de cause, que sur les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (court séjour)[96]. La recherche des améliorations de productivité peut donc faire, en parallèle, l'objet de démarches plus rapides.

En second lieu, aucun instrument financier n'a, à lui seul, de vertu réorganisatrice. Les contraintes de financement créent une pression à la recherche d'efficience interne ; mais celle-ci doit, pour être féconde, s'accompagner d'instruments de pilotage du changement. A la fois sous la forme de systèmes d'information (la Cour des comptes soulignait, en 2002, que mise en place de la comptabilité analytique [97] ne progressait que lentement dans les établissements de soins publics et privés), et sous la forme d'expertises critiques et ciblées (« audit d'organisation médico-techniques ») sur l'utilisation des ressources.

C'est de l'articulation du nouveau mode de financement et de démarches expertes de ce genre qu'on pourrait attendre, sans doute, les plus grands gains d'efficacité.

Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que la tarification n'est, ni un instrument d'amélioration de la qualité des pratiques médicales, ni un instrument de planification – même si les constats tirés du nouveau mode de tarification peuvent aider à identifier les redéploiements les plus urgents. Le nouveau mode de financement ne dispense donc pas de traiter, par des politiques propres, les questions d'évaluation de la qualité des soins et de concentration des moyens, évoquées dans les précédentes sections.

b) il est souvent souligné que l'hôpital public ne dispose pas des mêmes leviers de management que les autres structures du domaine sanitaire

Le rapport de présentation du plan Hôpital 2007 (février 2003) fait ainsi état d'une gestion interne qualifiée de « sclérosée ».

Ont ainsi été dénoncées, à de nombreuses reprises, différentes rigidités de gestion des ressources humaines (politique de rémunération n'assurant pas la reconnaissance des responsabilités,

---

95 La valeur du GHS pour les cliniques privées, qui n'intègre pas les honoraires des praticiens, restera toutefois, notamment pour cette raison, structurellement différente de la valeur du même GHS dans le secteur public. Une convergence est cependant prévue sur plusieurs années.

96 A l'exclusion, donc, de la psychiatrie et du moyen séjour. Par ailleurs, il n'existe pas encore de système d'information médico-économique (PMSI et valorisation des GHS) sur le long séjour et l'hospitalisation à domicile.

97 Obligation introduite par un décret du 31 juillet 1992 …

de la performance ou de la pénibilité ; gestion de carrière centralisée avec peu de marge de manœuvre locale pour les recrutements, absence de politique structurée de mobilité ; absence d'outils et de modalités d'évaluation individuelle, etc.). De même, les procédures budgétaires et administratives sont considérées comme trop lourdes et rigides, génératrices de coûts de gestion inutiles. Pour prendre un exemple frappant, la répartition des séjours hospitaliers par régime d'assurance maladie (général, agricole, travailleurs indépendants), qui vise uniquement à déterminer la part respective de chacun dans le financement de la dotation globale de fonctionnement, est une procédure qui mobilise beaucoup de temps et de personnel, alors que son intérêt administratif, et même financier, est pratiquement nul.

A cela s'ajoutent des difficultés propres aux conditions de « gouvernance » de l'hôpital, soit de manière interne (la concurrence et l'imbrication des pouvoirs du conseil d'administration, du directeur d'hôpital, de la commission médicale d'établissement, des chefs de service, des communautés universitaires, a conduit une mission d'information parlementaire à parler de « déficit d'autorité à l'hôpital »[98]), soit vis à vis des autorités extérieures, Agences régionales d'hospitalisation et administrations centrales de l'Etat.

Un processus de réforme de la gestion interne de l'hôpital a été engagé dans le cadre du plan Hôpital 2007, et fait actuellement l'objet de consultations, avec les différents acteurs du monde hospitalier public.

Cet axe de réforme, facteur de qualité de service et de performance médicale, est aussi, à l'évidence, un élément important d'optimisation de la dépense hospitalière.

c) en matière de soins de ville

L'instauration en 1996 d'un dispositif d'actions expérimentales, bénéficiant de modalités de financement et de prise en charge dérogatoires, avait pour but de tester des formes nouvelles de coordination des soins, notamment sous la forme de *filières* et de *réseaux* de soins (annexe 62). Ce dispositif, initialement centralisé, expérimental et relativement sélectif, a été pérennisé et régionalisé en 2002, en étant doté d'une enveloppe financière spécifique au sein de l'ONDAM (la *dotation nationale de développement des réseaux*)[99].

Ce qui devait, au départ, constituer une sorte de « banc d'essai » documentaire, permettant d'acquérir une expérience et une meilleure connaissance des formules nouvelles, avant d'éventuelles généralisations, a progressivement changé de nature. Il s'agit aujourd'hui d'une sorte d'« espace de liberté » réglementaire et tarifaire, qui vise l'expression d'initiatives locales.

Le bilan de ces sept années d' « actions expérimentales » est mitigé. Il est né une grande diversité de réseaux mettant à chaque fois en évidence une très forte implication d'acteurs locaux. Certains promoteurs ont su ainsi rassembler les capacités et les volontés autour de projets fédérateurs.

---

98 Rapport présenté par M. René COUANAU, mars 2003, précité

99 L'année 2003 doit être considérée comme une année de mise en place du dispositif et de démarrage, l'année 2004 sera la première année pleine de fonctionnement. En 2005, la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) devra donc permettre, hors mesures nouvelles, la prise en charge en année pleine des réseaux déjà financés par décisions antérieures, des réseaux expérimentaux (ancien article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) et des réseaux bénéficiaires du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) avant la suppression de ce dernier prévue en 2006.
A ce jour, la quasi-totalité des régions ont ainsi constitué un « guichet unique », secrétariat technique commun à l'ARH et à l'URCAM ainsi qu'un comité régional des réseaux. Les conventions à conclure entre le directeur de l'ARH et de l'URCAM pour définir les conditions de l'instruction conjointe des demandes de financement sont signées et les orientations relatives au développement des réseaux ont été dans l'ensemble définies et proposées par les directeurs concernés à leur instance délibérative respective.

Toutefois les enseignements restent très qualitatifs et ne permettent pas d'en tirer des comparaisons rigoureuses avec les modalités alternatives « classiques » en place. Faute qu'aient été affichés de manière directive quelques schémas fondamentaux à mettre à l'étude, l'acquisition d'une connaissance méthodique d'un nombre limité et prioritaire de formes alternatives d'organisation des soins n'a pas eu lieu. Certaines formules (par exemple les « filières » de soins, qui consistent à définir et imposer des points d'entrée précis et exclusifs dans le système de soins) n'ont pratiquement pas été testées, alors qu'il aurait été intéressant de pouvoir se forger, à leur égard, et dans un contexte français, une opinion solidement étayée.

Le mérite de toutes ces expériences aura cependant été d'imposer l'idée selon laquelle la performance du système de soins ne repose pas seulement sur la qualité de chaque entité de ce système, mais sur la pertinence globale des « trajectoires de soins » par lesquelles les patients passent de l'une à l'autre.

On doit d'ailleurs insister sur cette évolution fondamentale des catégories : la distinction entre, d'une part, les soins *organisés* (qui comprennent aussi bien les organisations lourdes des programmes de santé publique, que les différents modes de travail coordonné de professionnels traitant un même patient), et d'autre part le recours discontinu au système de soins (par sollicitations épisodiques, sans que soit assurée la *traçabilité* de ces différents épisodes), est aujourd'hui la distinction la plus pertinente, c'est-à-dire la plus discriminante en termes d'organisation et de financement. Elle relègue – ou devrait reléguer – les distinctions plus traditionnelles, et finalement peu signifiantes sur le plan médical, telles que les classiques oppositions soins hospitaliers / soins ambulatoires ou encore soins préventifs / soins curatifs.

2) Un lieu particulier de « déperdition d'efficacité » doit faire l'objet d'une mention spécifique : la frontière entre la « ville » et l'hôpital

Les soins hospitaliers, d'un côté, et les « soins de ville », d'un autre côté, font l'objet, pour des raisons à la fois techniques et historiques, de traitements administratifs et financiers très cloisonnés.

Entre les deux se situent les soins « ambulatoires », c'est à dire effectués sur un plateau technique hospitalier mais sans hospitalisation (et, par conséquent, avec des soins post-opératoires qui sollicitent davantage les professionnels qui exercent « en ville »)

D'où l'existence, en réalité, de deux frontières qu'il ne faut pas confondre :

a) celle, d'abord, qui passe au sein de l'hôpital et sépare les soins « avec hospitalisation » des soins « ambulatoires »

Le soin « ambulatoire » oblige l'hôpital à développer d'autres formes d'accueil, de prise en charge et de suivi des patients, et aussi des formes plus structurées de collaboration avec le réseau de soins de ville (qu'il s'agisse d'auxiliaires médicaux appelés à intervenir à domicile, ou des médecins généraliste et spécialistes qui soignent le patient).

Une étude récente sur le développement de la chirurgie ambulatoire (annexes 63 et 64) montre que ces pratiques, à la fois plus légères pour l'usager, et moins coûteuses pour l'assurance maladie, se mettent en place de manière extrêmement disparate, sans rationalité d'ensemble, et avec un très grand retard ce qui se pratique déjà dans de nombreux autres pays.

Les résultats essentiels de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire

1) Comparativement aux autres pays de l'OCDE, la France accuse un important retard en matière de développement de la chirurgie ambulatoire. Alors qu'aux USA, 94 % des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire, 85% au Canada, 78% au Danemark, 67% en Hollande et 60% en Grande Bretagne, seulement 30%[100] sont pratiqués en ambulatoire confinant la France au 12ème rang (sur 14) en termes de développement.

2) On note un important déséquilibre entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Le secteur privé sous Objectif Quantifié National (OQN) disposait, en 1999, de 81% des places de chirurgie ambulatoire installées et réalisait 87% des interventions chirurgicales en ambulatoire. En revanche, le secteur public sous dotation globale (DG) comportait 19% des places installées et réalisait 13% des interventions chirurgicales en ambulatoire. Par ailleurs, il existe une très grande disparité des pratiques professionnelles selon les régions (exemple pour la chirurgie de la cataracte : 58% sont réalisés en ambulatoire en Poitou Charentes contre seulement 11% en Haute Normandie).

3) Il existe en France un très important potentiel de substitution vers l'ambulatoire. Dans le cas de la cataracte, où 73% des interventions nécessitent encore une hospitalisation en France, la proportion d'interventions pouvant être réalisée en ambulatoire pourrait se situer à terme entre 70 et 90% ; de même dans le cas des cures de hernies inguinales ou crurales le taux de chirurgie ambulatoire pourrait au moins être multiplié par dix chez l'adulte ; la grande hétérogénéité de la pratique de la chirurgie ambulatoire en France selon les établissements renforce l'idée d'un potentiel de développement important. A titre d'exemple, le potentiel de substitution de la chirurgie de la cataracte en Ile de France est de 32%, celui des extractions dentaires en Basse Normandie de 79% et celui de l'arthroscopie du genou en Alsace de 49%.

4) Les séjours pris en charge en ambulatoire coûtent moins cher à l'assurance maladie que les séjours en hospitalisation complète. Ce différentiel est, selon les actes, compris entre 7 % et 26 % dans le secteur privé et entre 25 % et 51 % dans le secteur public. Ce différentiel s'observe évidemment pour la période d'hospitalisation elle-même mais également pour les périodes en amont et en aval de l'intervention. C'est-à-dire qu'une personne opérée par chirurgie ambulatoire mobilise en moyenne avant, pendant et après son intervention moins de ressources qu'une personne opérée traditionnellement.

Pour les cinq actes étudiés (arthroscopie du genou, intervention sur le canal carpien, intervention sur les varices, opération de la cataracte, extraction de 2 dents de sagesse), l'estimation au niveau national des économies potentielles est de 100 millions €.

b) celle, ensuite, qui sépare la prise en charge de certaines fonctions par les structures hospitalières, et la prise en charge d'autres fonctions par la médecine de ville

D'un côté, l'hôpital est un lieu vers lequel peuvent librement se diriger, sans filtrage ni nécessité médicale affirmée, des demandes de soins qui ne relèvent pas forcément de ses plateaux techniques ou de la spécialisation de ses équipes.

[100] En 1999, 2,2 millions d'interventions chirurgicales ont été pratiquées en chirurgie ambulatoire et 5,1 millions en hospitalisation complète.

Le recours aux urgences en est un exemple, avec près de 13,5 millions de passages par an[101] dans les urgences des établissements de santé publics en 2001, en augmentation de 64% entre 1990 et 2001 (annexe 65).

Alors que le rythme de progression des entrées directes en hospitalisation de courte durée n'augment, sur les dix dernières années, que d'environ 1% par an, le nombre de passages aux urgences s'accroît, lui, de près de 5% chaque année. Comme le nombre d'hospitalisation à la suite de ces passages n'augmente pas plus vite (1% par an) que le nombre d'entrées directes, on peut en conclure que la croissance des urgences à l'hôpital n'est pas due à des urgences qui devaient nécessairement se diriger vers l'hôpital. A l'évidence, le partage de la charge ne s'effectue pas correctement, sur ce point, entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Sans doute le problème réside-t-il moins, d'ailleurs, dans les « urgences » proprement dites que dans les demandes qui relèvent d'une simple « permanence des soins » au delà des heures d'ouverture des cabinets de ville.

L'hôpital souffre ainsi de l'absence de « structuration » de l'accès à ses services, structuration qui ne peut passer que par une plus forte coordination avec la médecine de ville

Pour autant, les structures hospitalières sont loin – d'un autre côté – d'offrir systématiquement aujourd'hui au praticien traitant, généraliste ou spécialiste, qui leur adresse un patient, les contacts médicaux, les facilités administratives et les garanties de délai ou d'information qu'il pourrait attendre. En dehors des cercles relationnels informels, et de quelques formules ponctuelles de « réseaux de soins », il n'y a pas de formes structurées de « partenariat » pour la prise en charge, à l'hôpital, d'un patient adressé par la médecine de ville.

La qualité du soin, humaine et médicale, se joue ainsi, très fréquemment, à la frontière de l'hôpital et de la ville, sans qu'aucune régulation commune, ni aucun mode de financement, n'incite à l'optimisation des modes de travail.

3) Un premier constat d'ensemble est ainsi que le « système » de soins n'est pas organisé comme un « système »

Pour faire face à la demande, ses différentes ressources s'articulent entre elles de manière relativement spontanée, et ne trouvent pas toujours les voies les plus efficaces de la coordination.

Il y existe, d'un côté, un certain nombre de rigidités : par exemple la frontière entre l'hôpital et la ville, ou certaines séparations de compétence entre professionnels libéraux.

D'un autre côté, on y constate plusieurs « libertés » d'organisation qui ont un coût : que ce soit, du côté des professionnels de santé, la liberté d'installation ou la liberté de travailler seul ou en équipe, ou du côté des assurés, la liberté d'accès direct à tous les segments, libéraux et hospitaliers, du système de soin.

Pour optimiser l'emploi des ressources, on ne peut ainsi préconiser, ni simplement « plus de libertés » pour les acteurs du système, ni simplement « plus de contraintes », mais des correctifs sur les unes et les autres et surtout, leur plus juste et plus cohérente articulation.

Ceci s'illustre bien au vu des quelques enseignements généraux du travail en « réseau ».

Mettre en place une prise en charge « protocolisée » entre plusieurs professionnels de santé ou avec le plateau technique d'un hôpital ou d'une clinique, suppose évidemment certaines « libertés »

---

101 A rapprocher des quelques 23 millions de séjours hospitaliers.

supplémentaires, notamment sur le plan financier (la faculté, par exemple de rémunérer forfaitairement des heures de « coordination » ou du personnel administratif).

Simultanément, elle introduit de nouvelles contraintes d'efficacité. Par exemple, il est presque toujours nécessaire de mettre en place un « dossier médical partagé » entre les différents intervenants. Pour que ce dossier serve à quelque chose (et même : pour qu'il ne soit pas dangereux), il doit être, en fonction du champ de compétence de chaque intervenant, consultable par tous, et systématiquement rempli par chacun.

C'est là un niveau d'exigence auquel n'avait pas été possible d'aboutir en pratique au moment de l'introduction du carnet de santé, en 1996.

4) Un second constat d'ensemble est que toute réflexion prospective sur les moyens doit intégrer une réflexion sur l'organisation

Quand un système souffre de défauts d'organisation et de coordination, le fait d'y injecter simplement davantage de ressources ne permet pas d'en améliorer les performances.

Toute réflexion prospective sur les moyens financiers et humains à consacrer au système de soins financé par l'assurance maladie doit donc intégrer, en parallèle, des dimensions d'organisation et de méthodes de travail.

Un exemple en est fourni par les politiques de suivi de la démographie médicale et paramédicale. Aucune « densité » absolue n'a de sens par elle-même : toute évaluation du nombre de professionnels à former devrait donc s'accompagner, au besoin à des échelles très locales, d'une réflexion sur la place et du rôle de chacun, et sur la manière dont, par de nouvelles méthodes de travail, les compétences des uns et des autres pourraient mieux s'articuler.

Un autre exemple est celui des « files d'attente » qui sont dénoncées, pour certaines consultations de spécialistes (ophtalmologie) ou certaines actes techniques lourds (imagerie). Or, même dans les cas où des « tensions » locales sur la demande peuvent faire l'objet d'une évaluation objective, on doit constater qu'elles interviennent dans un système où la liberté d'accès direct au spécialiste, l'absence de flexibilité dans la répartition des compétences, l'absence de régulation de l'accès aux plateaux techniques lourds, l'inefficacité des plannings d'utilisation des appareils, etc … ne permettent de garantir, ni l'usage rationnel et optimal des ressources existantes, ni l'usage rationnel et optimal des moyens supplémentaires à mobiliser.

Section 4
L'usager est acteur de la qualité et de l'efficacité de sa prise en charge

L'usager, sous sa double qualité d'assuré et de « patient », n'est pas un sujet passif du système de soins.

D'abord parce que, dans un système qui repose sur le principe du libre choix du médecin – et plus largement du soignant – c'est l'usager qui décide, sinon de tout son parcours de soins, du moins de la manière dont il y accède. Il peut ainsi librement s'adresser à la médecine hospitalière ou à la médecine de ville, à un généraliste comme à un spécialiste, et le cas échéant à plusieurs reprises pour la même affection.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les praticiens regrettent souvent la « pression » ou les « exigences » de leur clientèle. Preuve que l'attitude du patient n'est pas sans influence (même indirecte) sur le comportement du prescripteur.

A cela s'ajoute que, sur beaucoup d'aspects, la qualité ou l'efficacité d'un traitement peuvent dépendre du comportement du patient lui-même : selon que celui-ci aura eu recours ou non à une consultation de prévention, respectera la posologie de la prescription, etc…

Enfin, au-delà de cette implication pratique de l'usager dans le fonctionnement du système à son propre profit, on ne peut pas ne pas mentionner son implication plus abstraite et « de principe » : l'usager-assuré est nécessairement acteur du système, puisque l'assurance-maladie obligatoire, reposant sur le principe de la « solidarité nationale »[102], revêt le caractère d'un bien collectif.

Autrement dit, l'usage individuel du système de soins s'inscrit, en droit et en fait, dans une forme de partage collectif d'un système dont chacun porte sa part.

Pour autant, aucune de ces modalités, théoriques ou concrètes, de participation de l'usager au fonctionnement du système de soins, ne permet de dégager, à proprement parler, une « responsabilité individuelle » de chaque assuré à l'égard de sa propre consommation de soins remboursables.

Le patient n'est en effet jamais lui-même ordonnateur des soins qu'on lui rembourse. Les biens et les services lui sont toujours prescrits par un professionnel de santé (ou dans un établissement de santé), et c'est à ce professionnel qu'incombe, en dernière analyse, la responsabilité de faire obstacle à des demandes injustifiées ou abusives.

On peut objecter que tout n'est pas toujours dans les mains du prescripteur. Ainsi, par exemple, aucun prescripteur n'a de prise sur le recours éventuellement inutile et répétitif à d'autres prescripteurs.

Mais on revient toujours, y compris pour les comportements de consommation que l'on peut qualifier de médicalement abusifs, à ce constat que le patient n'est pas, sauf exception, le bon juge de ce qui est médicalement nécessaire pour lui. Attendre de lui qu'il oriente ou limite spontanément sa consommation de soins remboursables, ce serait l'obliger à des arbitrages pour lesquels il n'est, le plus souvent, pas compétent.

En revanche, et en raison même du caractère collectif de la prise en charge, il est indispensable que l'assurance maladie indique les formes de recours aux soins qui sont, de manière incontestable, les plus efficaces ou les plus efficients. Et il est légitime qu'elle en fasse des priorités collectives, en les favorisant, le cas échéant, par des incitations financières.

En somme, la « responsabilité » dans l'accès aux soins couverts par l'assurance maladie obligatoire est, et doit rester, une responsabilité collective. Celle-ci consiste d'abord à ce que soient proposés les modes de prise en charge les plus efficaces et efficients (§1), et à informer l'usager de

---

[102] C'est l'expression qui figure au premier article du code de la sécurité sociale (L.111-1)

leur existence et de leurs atouts (§2). La liberté de l'usager s'exprime alors dans le choix d'y avoir ou non recours. Mais il relève de cette même responsabilité collective d'orienter éventuellement le choix de l'assuré par des mesures incitatives (§3), lorsque ceci est de nature à encourager le développement des prises en charge médicalement et économiquement les plus performantes.

1) Proposer les modes de prise en charge les plus efficients

La liberté de choisir son ou ses soignants est une liberté paradoxale si elle aboutit à faire peser sur l'usager du système de soins l'obligation d'organiser lui-même la succession des intervenants (médicaux, paramédicaux, auxiliaires de vie) dont il a besoin.

Ainsi, par exemple, les patient atteints de pathologies lourdes ou chroniques n'ont, la plupart du temps, pas la liberté d'accéder à des formes de prise en charge structurées.

L'une des forces de l'hôpital est – en principe - d'offrir une telle prise en charge structurée et complète. Mais elle ne peut concerner que des épisodes ponctuels, et pose des problèmes de « rupture » au moment où le patient retourne à son domicile. En dehors de quelques rares « réseaux de soins », aucune offre de soins coordonnée n'existe, de manière organisée, en médecine de ville.

De même, l'assuré n'a pas le choix aujourd'hui (en dehors, là encore, de quelques structures de « réseau »), de disposer d'un dossier médical partagé dans lequel il aurait la garantie d'une inscription complète de toutes les informations nécessaires à ces soins, en contrepartie de l'engagement de sa part de pas faire obstacle à cette complétude, et donc d'accepter l'inscription des caractéristiques essentielles de tous ses épisodes de soins, afin de ne pas induire en erreur les soignants qui s'y fieraient[103].

Un exemple d'identification de la fonction de coordination : le plan cancer de septembre 2003

Un des objectifs prioritaires du plan cancer de septembre 2003, en termes d'organisation des soins, est d'améliorer la coordination des acteurs de soins, à l'hôpital et en ville, par la généralisation des réseaux de cancérologie et une régulation graduée des structures de soins.

L'une des mesures significatives de ce plan consiste en la création d'une véritable fonction de coordination par l'identification d'une personne spécifiquement en charge de ce rôle dans chaque établissement qui traite des patients en cancérologie. Le « coordinateur » sera ainsi chargé de mettre en place un *dossier communiquant de cancérologie*, opérationnel au sein de tous les réseaux en 2007. Afin de garantir la continuité des soins sur l'ensemble du territoire national, la couverture de l'ensemble des régions françaises par un réseau régional de cancérologie doit être effective d'ici fin 2004

L'usager ne pourra être « acteur » de ses soins que si ces instruments de prise en charge coordonnée lui sont – parmi d'autres - effectivement proposés.

[103] Il est clair que le dossier médical « complet » qui est ici décrit n'entre pas – et ne saurait évidemment entrer – en conflit avec les principes fondamentaux du secret médical. L'assuré qui choisit librement un tel dossier « complet » doit être assuré qu'il ne sera consulté que par ceux qui sont ses soignants directs.

2) Garantir l'information de l'assuré

Le principe du « choix libre et éclairé » est aujourd'hui un des principes canoniques du rapport à l'acte de soins, dégagé par la jurisprudence, et repris dans les textes déontologiques et législatifs (loi du 4 mars 2002, article L.1111-2 du code de la santé publique). Curieusement, ce principe n'a pas d'équivalent strict en matière d'assurance maladie : le patient a un droit au « choix éclairé » face aux soins ; il ne s'est pas encore expressément vu reconnaître le même droit face au système de soins.

Il s'agit pourtant, à l'évidence, d'une aspiration complémentaire et de même nature, qui s'exprime d'ailleurs dans le bouche à oreille ou les « enquêtes » de magazines généralistes. L'inégalité dans l'information, notamment en fonction du capital relationnel dont dispose le malade, constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins.

Cette recherche individuelle d'information porte d'ailleurs autant sur les « qualités » ou « compétences » particulière d'un service ou d'un professionnel que, de manière générale, notamment dans les cas les plus lourds, sur la bonne manière de se faire soigner et sur la bonne articulation à trouver entre de multiples intervenants. On y retrouve ainsi, sous l'angle de l'information, la question déjà évoquée de la coordination des soins[104].

S'agissant de la demande d'information sur la valeur technique des intervenants, on ne peut évidemment espérer aboutir immédiatement à une « transparence » sur la qualité professionnelle et médicale intrinsèque de tous les actes des structures et des professionnels de santé. La mesure du résultat en médecine est, on le sait, une des plus complexe qui soit.

Il reste, en premier lieu, qu'à côté des résultats indétachables de l'exercice de l'art médical, dont la qualification est certainement délicate, il existe aussi des « résultats » qui se rattachent davantage à un fonctionnement technique (tels que le taux d'infections nosocomiales dans un service de soins), ou à l'application de référentiels indiscutables, et qui peuvent par conséquent faire l'objet d'indicateurs[105].

De même, et en second lieu, on peut se demander pourquoi n'est pas davantage développée aujourd'hui la transparence sur les moyens. Ne serait-ce que dans tous les cas où cette juste information sur les moyens mis en œuvre est une condition de la sécurité des soins : tel l'exemple des radiographies de dépistage, dont la fiabilité suppose que le patient ait recours à un professionnel qui offre un certain nombre de garanties d'équipement, de pratique et de procédure (double lecture).

Information des usagers : l'exemple des médecins libéraux

L'étendue de l'information dont peut disposer un assuré sur un médecin exerçant à titre libéral est limitée par le principe selon lequel la médecine « ne peut être exercée comme un commerce ».

Les articles 79, 80 et 81 du code de déontologie médicale énumèrent ainsi, de manière limitative, les informations que les médecins sont susceptibles de faire figurer sur leurs ordonnances, dans les annuaires publics ou sur leurs plaques.

En fait, l'information est proscrite dès l'instant qu'elle peut être regardée comme revêtant un caractère publicitaire ou qu'on estime qu'elle introduit un « dénigrement » des autres praticiens.

---

[104] Le recours croissant aux urgences hospitalières (point 3.2, 2°) s'explique d'ailleurs en partie, ainsi qu'on l'a dit, par le fait que celles-ci constituent une « porte d'entrée » rapide, simple et sûre dans le système de soins.

[105] Certaines professions de santé, tels que les directeurs de Laboratoires d'analyse de biologie médicale, sont d'ailleurs d'ores et déjà soumis à des tests de résultat extrêmement rigoureux.

De cette frontière difficile à tracer, la jurisprudence fait une application assez restrictive. Un récent arrêt de la Cour de cassation (3 juin 2003) condamne ainsi une campagne de communication de l'assurance maladie en faveur des médecins référents, en estimant que s'il était possible « de faire état des mérites » du médecin référent, il n'était pas possible en revanche de laisser entendre qu'il présentait des « avantages que n'offraient pas ses confrères ».

La loi du 4 mars 2002 a, certes, introduit dans le code de la sécurité sociale, le nouvel article L.162-1-11 qui permet aux caisses d'assurance maladie de fournir aux assurés « *tous éléments d'information (...) sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles* ». Mais ont peut penser que cette disposition ne tranche pas le débat sur la frontière entre information simplement « qualitative » et information « comparative »

Les modalités de cette « transparence » doivent évidemment faire l'objet d'une réflexion : des indicateurs trop sommaires, ou exploités de façon tendancieuse, peuvent tromper le patient autant que l'absence d'indicateurs.

Par ailleurs, outre le contrôle de l'information de « transparence », il faut étudier aussi ses modalités de diffusion. Les expériences étrangères (annexe 66) enseignent que les systèmes d'information institutionnels n'ont guère d'influence directe sur les choix des patients, mais exercent en revanche leurs effets sur les professionnels eux-mêmes.

3) Orienter les choix de l'assuré dans le sens de la qualité et de l'efficience des soins

Plusieurs instruments d'incitation financière de « l'assuré – consommateur de soins » existent ou sont en débat.

Le ticket modérateur

La loi (article L.322-2 du code de la sécurité sociale) a posé le principe selon lequel une « participation » reste à la charge de l'assuré, le taux de cette participation (que l'on appelle « ticket modérateur ») étant fixé par décret

A l'origine, ce reste à charge systématique poursuivait le but de « modérer » la consommation de soins, en laissant à la charge du patient une part non négligeable de sa dépense.

On peut considérer que cette finalité n'a plus, aujourd'hui, qu'une portée extrêmement limitée, compte tenu de la proportion très élevée (environ 95%) d'assurés bénéficiaires, soit d'une couverture complémentaire, soit d'une prise en charge intégrale par l'AMO.

Au demeurant, l'introduction d'un « reste à charge » systématique (c'est-à-dire automatiquement lié à chaque produit consommé ou chaque acte exécuté, sous forme de franchise, de ticket modérateur, etc.), ne paraît pas un moyen pertinent pour orienter la consommation de soins[106] :

- en premier lieu, il ne peut fonctionner que s'il est interdit au patient de s'assurer (donc d'être couvert par l'AMC) sur le reste à charge en question. L'expérience du « ticket modérateur d'ordre public », en 1979, a montré les complexités d'une telle réglementation.

- En deuxième lieu, il devrait, pour être efficace, atteindre un niveau qui entraîne, du même coup, des comportements de report ou de renoncement à des soins pourtant nécessaires.

[106] Cette critique ne vise, bien entendu, le « ticket modérateur » ou la « franchise » qu'en tant qu'elle poursuit le but de modifier le comportement de consommation de soins. Toute autre est l'approche par laquelle un « ticket modérateur » ou une « franchise » est seulement introduite en vue de diminuer le coût de la prise en charge collective, en laissant à l'assurance maladie complémentaire la faculté de couvrir la différence.

- En troisième lieu, il n'oriente absolument pas la consommation de soins vers la qualité et l'efficience, ce qui est sans doute son défaut rédhibitoire. Car il prouve que cet instrument, outre ses « effets pervers », ne vise pas la bonne cible.

Les organismes d'AMC semblent d'ailleurs partager cette analyse, puisqu'ils mettent fréquemment en avant, comme argument de promotion de leurs offres contractuelles, la suppression la plus poussée possible du reste à charge de l'assuré.

L'avance de frais

Le principe de « l'avance de frais » par l'usager n'a pas été instauré dans une perspective de régulation de la consommation. Il découle de la notion de « paiement direct » des honoraires par le malade, principe législatif (notamment : article L.162-2 du code de la sécurité sociale) qui veut traduire la relation directe qui doit exister entre le soignant et le soigné.

La loi a toutefois prévu, dans un esprit de commodité pour l'assuré, de nombreuses exceptions.

Aujourd'hui, une grande partie des transactions de soins font ainsi l'objet d'une procédure de « tiers payant » : l'assureur-maladie (AMO, et souvent aussi AMC) payant directement l'établissement ou le professionnel, et évitant à l'usager de faire l'avance de sa dépense.

Taux de tiers payant en 2002	
Généralistes	22%
Spécialistes de ville	14%
dont : Radiologues	*59%*
Dentistes	15%
Sages-femmes	62%
Infirmiers	86%
Masseurs kinésithérapeutes	68%
Pédicures podologues	3%
Orthophonistes	54%
Orthoptistes	12%
Laboratoires d'analyse	72%
Fournisseurs(y compris pharmaciens)	92%
Transporteurs sanitaires	95%
Etablissements	98%
Total	**71,2%**

Lorsque ce *tiers payant* est intégral (AMO + AMC) – on parle alors couramment de « dispense d'avance de frais » - il peut alors masquer à l'assuré le coût du produit ou des soins qu'il consomme.

A ce jour, aucune étude n'a cependant démontré que l'introduction d'une dispense d'avance de frais induirait des comportements notables de sur-consommation.

La modulation de la prise en charge selon le mode de recours aux soins

Seule la situation objective de l'assuré (titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail, reconnaissance d'une affection de longue durée, maternité, etc.) peut aujourd'hui conduire à moduler, d'un assuré à l'autre, le taux de remboursement d'un soin. Il n'existe aucun mécanisme de modulation des cotisations d'assurance-maladie (CSG ou cotisations sociales) d'un assuré en fonction de son comportement face à la prévention ou à l'usage du système de soins [107].

Il existe toutefois deux exceptions récentes à cette absence de modulation de la prise en charge : l'accord les visites à domicile, et le remboursement des médicaments génériques à un *tarif forfaitaire de responsabilité*. Avec un certain succès, ces dispositifs ont voulu inciter les assurés à adopter des comportements d'efficience, c'est-à-dire de choix d'une démarche représentant, à qualité égale, des coûts moindres pour l'assurance-maladie.

Exemples d'incitation :
l'accord de bon usage de soins sur les visites à domicile et le tarif forfaitaire de responsabilité

L'accord de bon usage de soins (AcBus) sur les visites

Cet AcBus partait d'un constat : la France reste le pays d'Europe où il subsiste un grand nombre de déplacements de médecins généralistes hors cabinet. Ainsi en 2001, 65 millions de visites ont été remboursées par l'assurance maladie ce qui représente environ 23,5 % de l'ensemble des consultations et visites. De surcroît, il existe de fortes disparités régionales qui ne peuvent toutes être justifiées par des raisons médicales.

[107] Réserve étant faite du cas, déjà signalé, des accises sur le tabac qui financent l'assurance maladie en ne pesant que sur les seuls fumeurs.

A la suite d'un accord important entre les caisses d'assurance maladie et la profession médicale intervenu le 5 juin 2002, un nouveau mode de prise en charge des visites à domicile a été défini. Les parties signataires entendaient ainsi favoriser les soins dispensés au cabinet du médecin. En effet, sauf lorsque le patient n'est pas en mesure de se déplacer, les soins dispensés au cabinet du médecin apportent une meilleure garantie de qualité au patient et contribuent à améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes. La situation résultant de cet accord est la suivante. Lorsque l'état du patient le justifie, la majoration de déplacement (10€) qui s'ajoute au tarif de la visite (20€ pour un généraliste) est prise en charge par l'assurance maladie. Dans le cas contraire, seul l'acte de visite est pris en charge et le déplacement, considéré comme un service demandé par le patient, n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les termes de l'accord prévoyaient une diminution de 5% des visites la première année d'application. Les premiers résultats sur les 8 mois qui ont suivi l'accord montrent que le nombre de visites remboursées par le régime général a chuté de 22.5, % par rapport à la période correspondante de l'année précédente. Il y a eu un transfert partiel des visites sur les consultations mais globalement le nombre de consultations et de visites a baissé de 1,1 % en un an.

Le tarif forfaitaire de remboursement

Dans le cadre de la politique du médicament, une nouvelle disposition est entrée en vigueur depuis le mois de septembre 2003. Pour un certain nombre de groupes de médicaments dont le développement des génériques a été jugé insuffisant (taux de pénétration des génériques inférieur à 45% du marché), le tarif de remboursement par l'assurance maladie obligatoire a été fixé à un niveau forfaitaire, appelé *tarif forfaitaire de responsabilité* (TFR). Le principe est le suivant : pour ces groupes de produits, un patient qui se voit prescrire un médicament donné, peut soit acquérir les produits du groupe au TFR (et il sera remboursé aux conditions habituelles), soit acquérir le produit à prix supérieur et, dans ce cas, la différence entre le prix et le TFR sera à sa charge. L'incitation économique du consommateur passe alors par ce reste à charge.

Ce principe est connu depuis plusieurs années dans d'autres pays européens (Allemagne, Pays-bas, Espagne, etc.) sous le nom de *tarif de référence*. Dans tous ces pays, la réponse des industriels du médicament a été la même et quasi instantanée : ils ont ramené les prix de leurs produits au niveau du tarif de référence afin de conserver leur marché. Cette stratégie est également celle appliquée dans l'ensemble par les industriels en France puisque, pour les 71 groupes de médicaments concernés (qui regroupent 71 produits princeps et 400 génériques), le prix d'une vingtaine de produits n'a pas baissé au niveau du TFR. Aujourd'hui, en termes de chiffre d'affaires, environ 80% du marché concerné est au TFR.

Ces approches relèvent encore de l'exception. Surtout, il n'existe pas, aujourd'hui, de faculté de moduler le remboursement selon la démarche de soins qui serait librement choisie par l'assuré.

Une telle modulation paraît cependant souhaitable, et légitime, chaque fois qu'elle s'effectue :

- au profit d'un processus de soins ou de prévention qui offre un supplément objectif de qualité ou d'efficience.
- dans des conditions de choix réel et pleinement informé de la part de l'assuré
- et, chaque fois que possible, en accompagnement d'une mobilisation parallèle, sur les mêmes objectifs, du personnel soignant.

L'exemple qui vient naturellement à l'esprit est celui de la promotion des comportements de prévention. Il consiste à moduler le taux de remboursement des soins selon que l'assuré peut ou non établir qu'il a, avant de tomber malade, suivi un certain protocole déterminé de prévention (qui diminuait en principe les chances de survenance de la maladie).

Des dispositifs de ce type existent par exemple dans le système d'assurance maladie allemand. Ils ont également été employés, en France, par une compagnie d'assurance qui a proposé la prise en charge d'un médicament anti-grippal pour les assurés en cas d'échec de la vaccination préalable contre la grippe.

L'exemple du système allemand

En Allemagne, l'adoption d'un comportement de prévention, dans le domaine des soins dentaires, ouvre le droit pour l'assuré à des taux de remboursement plus élevés des prothèses et implants dentaires. Ainsi, le taux de remboursement augmente de 50% à :

- 60%, si l'assuré a été consulter un dentiste au moins une fois par an pendant les cinq dernières années :
- 65%, s'il a fait cette visite annuelle pendant les dix dernières années.

Les enfants entre 6 et 18 ans doivent avoir été examinés deux fois par an pour bénéficier de cette disposition.

Par ailleurs, la loi relative à la réforme du système de santé, adoptée le 17 octobre 2003, prévoit la possibilité pour les caisses de sécurité sociale d'offrir à ses assurés des avantages, sous forme de diminutions des contributions ou du versement de primes, en échange de certains comportements (participation à des programmes de prévention ou à des actions de dépistage, inscription auprès d'un médecin référent ou dans un programme spécifique pour les maladies chroniques...). Les modalités précises devront être déterminées par chaque caisse.

Cette approche pourrait être étendue aux soins dentaires (modulation de la prise en charge des soins prothétiques selon l'attitude de prévention et le recours suffisamment précoce aux soins conservateurs), dans le cadre de démarches garantissant la continuité du soin par les chirurgiens dentistes ou les médecins stomatologues.

Plus généralement, de telles modulations pourraient être utilisées pour favoriser différentes formes de prise en charge coordonnées.

Certaines maladies dites « de longue durée », pathologies à la fois lourdes et chroniques, qui sollicitent de manière régulière des intervenants très divers, sont des candidats naturels pour une telle réforme. La « protocolisation » des soins n'a pas nécessairement à y prendre la forme d'un « réseau » de professionnels nommément identifiés. Mais elle doit assurer la traçabilité intégrale du processus de soins, une garantie de suivi permanent de l'état de santé général du patient, et le meilleur emploi, à cette fin, des compétences médicales, paramédicales ou hospitalières.

Il a également été proposé d'associer à des modes de remboursement majorés les formes d'accès aux soins par lesquels tout recours aux spécialistes – voire à l'hôpital – devrait s'effectuer par l'intermédiaire d'un praticien généraliste (principe dit du « gatekeeping »). En France, la seule expérience qui s'en approche et qui soit actuellement en cours est, depuis 1997, l'option conventionnelle du « médecin référent ». Celle-ci ne comporte toutefois aucune modulation du remboursement (mais simplement, pour le patient, une dispense d'avance de frais). La Cour des comptes a indiqué qu'une évaluation approfondie de ce dispositif paraissait nécessaire.

Chapitre trois :
La gouvernance du système d'assurance maladie

La question de la « gouvernance » [108] du système d'assurance maladie doit conduire à traiter les principales questions institutionnelles : quels sont les acteurs du système, et quels sont leurs outils pour agir ?

- quels acteurs, ou qui doit faire quoi ? C'est une question de définition des champs de compétence, et donc des responsabilités des uns et des autres, et du même coup, de définition des objectifs sur lesquels ces responsabilités seront évaluées.

- quels outils, ou avec quels moyens ? C'est à la fois la question des moyens juridiques (faut-il agir par la réglementation, le contrat, l'incitation financière, etc. ?) et des moyens matériels et humains à consacrer à certaines missions.

La question est d'autant plus complexe que le secteur de la santé est confronté de fait à une double gouvernance : celle d'un système de production de soins qui fait intervenir des professionnels de santé et des établissements de santé, et celle d'un système d'organisation et de gestion qui fait intervenir des institutions (Parlement, gouvernement, caisses nationales d'assurance maladie, organisations syndicales de professionnels de santé, usagers, etc.), ces deux systèmes étant fortement interdépendants.

Pour conduire un diagnostic de la situation actuelle de l'assurance maladie, l'option est la suivante :

- ou bien partir des institutions et des acteurs et s'interroger sur les rôles, théoriques et effectifs, des uns et des autres.

- ou bien – et c'est l'approche qui est retenue dans cette note - tenter de dégager les « fonctions » essentielles qui doivent être remplies, en se demandant qui, aujourd'hui, les assure, et dans quelles conditions.

---

[108] Gouvernance

Définition:

Manière d'orienter, de guider, de coordonner les activités d'un pays, d'une région, d'un groupe social ou d'une organisation privée ou publique.

Note(s):

La substitution de « gouvernance » à des notions telles que « gouvernement » ou « gestion » est révélatrice d'une évolution significative dans l'exercice du pouvoir. La gouvernance se distingue de la notion traditionnelle de « gouvernement », qui reste associée dans la langue française à une forme organisée, rationnelle et cohérente du pouvoir. La gouvernance, par ailleurs, renvoie à un processus de coordination qui permet à l'exercice des pouvoirs politiques, économiques et administratifs de s'effectuer à tous les niveaux de la structure du système national, régional et local par différents acteurs disposant à des degrés divers de pouvoirs de décision. Elle se traduit donc concrètement par une participation accrue de la société civile organisée à l'élaboration des décisions et à leur mise en œuvre.

[Office québécois de la langue française, 2003]

Section 1
Les fonctions fondamentales du système d'assurance maladie

1) Les quatre fonctions fondamentales du système d'assurance maladie : cadrage de la prise en charge, organisation du système de soins, gestion du risque et allocation de ressources

Même si tout découpage comporte sa part d'arbitraire, on peut, sans grand risque de se tromper, dégager quatre grandes « fonctions » fondamentales dans notre système de prise en charge collective des frais de santé. Il convient de les exposer dans leurs grandes lignes, avant d'en préciser certains éléments dans les sections suivantes :

a) la fonction de « cadrage », et de définition des principes et règles du système d'assurance

C'est à cette fonction que se rattache, d'abord, la définition de l'économie même de l'assurance maladie, qui va s'inscrire – notamment, mais pas seulement - dans des normes juridiques de haut rang : Constitution, Lois organiques, Lois ordinaires et de financement.

Elle consiste à définir ce qu'est, ou ce que peut être la prestation d'assurance maladie, et les différentes modalités et conditions de prise en charge. Dans sa déclinaison détaillée, elle porte donc sur la définition du périmètre des soins remboursables, sur les conditions et modalités d'inscription dans ce périmètre, ou les principes du remboursement (existence de prise en charge à 100%, etc.).

Elle comporte aussi un volet financier : quelle somme la collectivité est-elle prête à consacrer chaque année (si l'on reste dans une perspective de budget annuel) à l'ensemble des soins pris en charge collectivement ? C'est l'un des objets de la loi de financement de la sécurité sociale.

b) la fonction d'organisation du système de soins

L'assurance maladie ne repose pas, à la différence de l'assurance vieillesse, sur de simples flux financiers. Elle prend appui sur un système de soins dont il faut, en permanence, assurer l'efficacité et l'adéquation aux besoins.

A cette fonction d'organisation structurelle du système de soins se rattachent ainsi, par exemple, toutes les tâches de planification et de régulation démographique. Mais aussi celles qui portent sur les modalités permanentes d'organisation du travail (c'est-à-dire la définition des champs de compétence des professions, les règles générales d'intervention et de coordination des acteurs de santé).

Les conditions générales de participation au système de soins sont également un élément de son « organisation ». Ainsi des différentes normes de sécurité, ou des conditions et modalités d'accréditation (et, si elles devaient être introduites, de certification).

c) la fonction de gestion médicalisée du risque

C'est la fonction qui s'attache au fonctionnement courant du système : au respect bien sûr des règles administratives du remboursement (contrôle individuel des actes et des prestations), mais aussi à la recherche de son optimisation médicale : respect des bonnes pratiques, évaluation et formation des professionnels, incitation des usagers à adopter des comportements de prévention et de bon usage des soins, etc.

A cette fonction se rattache évidemment tout ce qui est nécessaire au « pilotage » du système en termes d'information médicale et économique sur son fonctionnement.

d) la fonction d'allocation des ressources

C'est la fonction qui rassemble tous les choix de financement, dans le respect des règles de « cadrage » des fonds collectifs. Elle consiste à décider du prix des actes ou des produits, des allocations budgétaires (pour des hôpitaux), mais le cas échéant aussi de tarifs forfaitaires, de rémunérations associées à des contrats individuels, etc …

Le financement doit s'effectuer conformément aux droits des assurés sociaux, tout en accompagnant et appuyant les orientations prises en matière d'organisation ou de gestion du risque.

Cette fonction comporte évidemment, en même temps, un aspect très important de fixation de revenu pour quelque 1 690 000 professionnels de la santé.

2) Ces quatre « fonctions fondamentales » sont en étroite interaction

On ne peut pas aborder l'étude de ces différentes fonctions en pensant qu'elles peuvent être exercées par des acteurs qui n'auraient pas besoin de se coordonner entre eux.

C'est évidemment le cas pour la fonction de « cadrage » législatif et réglementaire, dont les détenteurs sont nécessairement à l'écoute des institutions en charges des autres fonctions. Par exemple, il peut être nécessaire de faire évoluer les règles de paiement ou de prise en charge si l'on veut faire de la place à des modes d'organisation ou de gestion du risque innovants. De même, la fixation d'un objectif budgétaire doit tenir compte de l'organisation et du fonctionnement du système de soins.

Un lien très fort unit par ailleurs la fonction d'« organisation » du système et la fonction de « gestion du risque ». Il s'agit de deux faces complémentaires de ce qui doit rester une approche unique, et cohérente, du système de soins. Plusieurs tâches se situent d'ailleurs à la frontière des deux fonctions et donc, souvent, à la frontière de deux champs de compétence. Ainsi, la formation initiale des professionnels relève de l'organisation du système, alors que l'évaluation de la pratique se rattache plutôt aux aspects de fonctionnement, donc de « gestion du risque ». Dès lors, on peut hésiter sur le rattachement de la formation continue, dont les liens avec l'évaluation sont certains. Cette question, qui n'est qu'un exemple, n'a rien d'académique : comment doit-on répartir la compétence entre les acteurs sur la gradation continue des différents types de formation (formation professionnelle conventionnelle, formation médicale continue) ?

Enfin, comme on l'indiquait plus haut, la fonction d'allocation de ressources (c'est à dire, pour l'essentiel aujourd'hui, de fixation de budgets, de prix ou de tarifs) ne peut pas s'effectuer sans lien avec les politiques d'organisation ou de gestion du risque. Là encore, c'est autour du lien à trouver entre deux fonctions que naissent plusieurs débats essentiels : par exemple, si la gestion du risque est coordonnée entre AMO et AMC, la fixation des tarifs doit-elle l'être aussi ? ou encore : des politiques d'organisation *régionalisées* doivent-elles s'accompagner de politiques tarifaires *régionalisées* ? etc.

Ainsi, si les sections qui suivent abordent les quatre « fonctions fondamentales » de manière séparée et successive, le diagnostic doit porter non seulement sur la manière dont chaque fonction est aujourd'hui remplie, mais aussi sur la cohérence d'ensemble de la « gouvernance ».

3) A ces quatre fonctions s'ajoutent quatre importantes missions : le service des prestations, l'information des assurés, les recherches et études, le contrôle de gestion

Aux quatre fonctions fondamentales de pilotage du système d'assurance maladie, on peut ajouter au moins quatre missions importantes, qui en sont indétachables :

a) la mission de service des prestations (et plus généralement de service à l'usager)

Le paiement de la prestation n'est pas, en tant que tel, un élément qui définit la nature du système d'assurance maladie. Mais il fait partie, globalement, du service rendu à l'assuré.

Aux paiements proprement dits peuvent s'ajouter d'autres services : information sur les droits, tiers payant, flux électroniques, etc., lesquels peuvent d'ailleurs s'insérer dans des démarches contractuelles visant à favoriser tel ou tel mode de soins (et rejoindre, de la sorte, des préoccupations d'organisation des soins ou de gestion du risque).

La particularité de cette mission est d'être très largement partagée entre AMO et AMC.

b) la mission d'information des patients

Il convient de distinguer ici trois types informations de nature différentes.

Premièrement, l'information sur le système d'assurance-maladie. Il s'agit de permettre aux assurés d'en comprendre la nature. L'expérience courante des Français ne les y conduit pas naturellement. Leur recours aux soins porte, pour la plupart d'entre eux, sur des soins de ville, de montant modeste par épisode de soins, avec un taux de prise en charge par les caisses primaires moyen. Mais ils n'ont que rarement conscience des dépenses très importantes afférentes aux malades à forts débours. De ce fait,

- ils sous estiment le poids des dépenses maladies et, de façon corollaire, les recettes qui les financent
- malgré cette sous estimation, ils jugent que les cotisations sont élevées et que le taux de remboursement est faible. D'où le sentiment que le système fait l'objet d'abus, fraudes et gaspillages, facteurs qui expliqueraient le constat amer d'une dégradation du système (hausse

des charges, baisse du taux de remboursement ont, caractère récurrent du « trou de la sécurité sociale »).

Le deuxième type d'information concerne les droits au remboursement, la manière dont un dossier d'indemnisation particulier est traité. Il s'agit là d'une composante du service des prestations.

Troisièmement, l'information sur le système de soins. Sur ce plan, contrairement à la situation d'autres pays étrangers, la transparence en matière d'informations est loin d'être assurée. L'inégalité dans l'information, notamment en fonction du capital relationnel dont dispose le malade, constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins.

Il est important de pouvoir répondre aux demandes d'information et fournir aux patients des éléments portants autant sur les « qualités » ou « compétences » particulières d'un service ou d'un professionnel que sur la bonne manière de se faire soigner et sur la bonne articulation à trouver entre de multiples intervenants.

c) la mission de recherches et études en économie et en sociologie de la santé

Sans, là encore, faire directement partie des instruments de pilotage d'un système d'assurance maladie, la connaissance fondamentale des comportements économiques et sociaux, dans leur relation aux soins, est un élément nécessaire de transparence et de rationalité dans la définition des politiques.

Sans nier la qualité des quelques travaux disponibles, on peut dire que cette mission ne mobilise pas, aujourd'hui, des moyens au niveau de l'importance des enjeux.

d) la mission de contrôle de gestion

Tout système de production utilise des méthodes d'analyse de ses processus et de contrôle de sa gestion. Le secteur de la production des soins de santé doit, lui aussi, être à la recherche d'outils de contrôle de gestion, développer et améliorer les systèmes de production et d'analyse de l'information et mettre en œuvre des audits adaptés aux spécificités du secteur.

Section 2
La fonction de cadrage ; équilibre financier ; conditions de prise en charge et détermination des recettes

1) Le cadrage global et la responsabilité de l'équilibre financier du régime d'Assurance Maladie

a) le dispositif issu des ordonnances de 1967

- La Caisse nationale a la responsabilité de veiller à l'équilibre du régime. Ce principe est jugé cohérent avec :

° la nature de l'assurance maladie qui gère un salaire différé,

° la composition paritaire du conseil où l'équilibre entre organisations de salariés et organisation patronale permet de prendre en compte l'ensemble des considérants économiques et sociaux qui doivent sous- tendre la maîtrise financière du régime.

- A cette fin, la Caisse nationale a le devoir de procéder aux ajustements nécessaires à l'obtention de l'équilibre financier du régime. Cette contrainte d'équilibre est d'autant plus exigeante qu'elle doit respecter le principe selon lequel l'Assurance Maladie ne doit pas s'endetter, le plafond d'avances étant strictement limité au lissage de la trésorerie). Pour parvenir à l'équilibre, la Caisse nationale :

° peut modifier les taux de prise en charge et les conditions d'exonération ou de limitation du TM. Mais dans cette fonction,

+ elle ne peut s'affranchir des principes législatifs qui définissent les principes de la prise en charge

+ sa position ne devient effective que si elle est reprise par le gouvernement au titre de son pouvoir réglementaire. La position « aval » du gouvernement pose un problème concret d'équilibre entre les deux parties qui est analysé ci-dessous au paragraphe 4.

° peut modifier le taux des cotisations (qui sont à l'époque la ressource quasi exclusive de l'assurance maladie). Mais dans cette fonction, elle dépend de la « couverture » de sa position par le gouvernement

- En cas de carence, le gouvernement peut mettre la Caisse nationale en demeure de prendre les mesures de redressement des comptes afin de rétablir l'équilibre financier du régime

- Si cette mise en demeure n'est pas suivie d'effet, le gouvernement se substitue à la Caisse nationale défaillante.

Bien que ce dispositif n'ait pas été formellement aboli, les ordonnances de 1996 ont fait le choix d'un portage de la régulation différent

On peut se demander si le dispositif est cohérent :

- d'une part, avec la réalité du partage effectif des responsabilités sur le champ complexe des dépenses de soins (comme la Caisse nationale n'est pas responsable, et de loin, de la totalité de ce champ, il est peut être irréaliste de lui confier la fonction d'équilibrage du régime, et notamment l'ajustement des recettes)

- d'autre part, avec la composition du conseil.

Sans doute, la CMU, pas plus que la CSG, n'a-t-elle pas modifié de façon substantielle le fondement de l'Assurance Maladie qui reste très majoritairement un système de gestion de la partie du salaire différé affecté au risque maladie. A ce titre, la « gestion paritaire » par les partenaires sociaux peut garder son sens. Mais au-delà de cet aspect, l'assurance maladie – à la différence des autres systèmes « paritaires » qui gèrent des prestations légales (les retraites, les prestations familiales, l'indemnisation du chômage…) - définit, en tout ou partie, les conditions de travail et de rémunération de près de deux millions d'actifs et participe à l'organisation du système de soins. Les prestations d'assurance maladie sont spécifiques dans la mesure où elles font intervenir un tiers (le professionnel de santé qui fournit le soin) entre le financeur et le bénéficiaire.

Ces dimensions expliquent le souci d'ouvrir le système de direction du régime à d'autres partenaires. Il n'est pas avéré qu'on y soit parvenu (ainsi le Conseil de surveillance de la Caisse nationale n'a pas, semble t-il trouvé sa place). Le départ du MEDEF et de la CGPME a affecté l'équilibre entre les partenaires sociaux au sein du conseil d'administration de la CNAMTS.

La place limitée des assureurs complémentaires, de même que l'absence des professionnels de santé et des usagers[109] dans la gouvernance du système, prête à discussion.

b) entre autres éléments, le constat d'échec de la régulation de l'Assurance Maladie a conduit en 1996 à adopter un schéma institutionnel nouveau autour de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce schéma a sensiblement évolué depuis les ordonnances de 1996

b1) au niveau supérieur

On a institué un lien entre la programmation pluriannuelle des finances publiques et le cadrage de la sécurité sociale (et notamment de l'Assurance Maladie).

Dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances, le Gouvernement est désormais tenu de présenter au Parlement un programme triennal de stabilité en même temps que les projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale. Cette concomitance permet notamment d'assurer une meilleure cohérence des objectifs affichés en matière de dépenses de sécurité sociale dans ces différents textes.

Les programmes de stabilité et de croissance couvrent les trois années qui suivent l'année pour laquelle sont présentés les projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, aux projets de loi pour 2004 est associé un programme couvrant les années 2005-2007. Le réalisme des objectifs fixés pour cette période triennale dépend de leur cohérence non seulement avec les objectifs retenus pour 2004, mais également avec la réalisation des programmes précédents à fin 2003.

On trouvera en annexe 67 les éléments pertinents du programme triennal 2005-2007

---

[109] Représentation propre, s'ajoutant à celle qu'assurent les syndicats représentant les salariés

b2) à un deuxième niveau, et par déclinaison, le Parlement adopte la loi de financement de la sécurité sociale prévue aux articles L 111-3 et 4.

Selon l'article L 111-3, cette loi

- approuve les orientations de la politique de santé et objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

- prévoit les recettes

- fixe les objectifs de dépenses des régimes de base

- fixe, pour l'ensemble des régimes de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

- fixe les plafonds de recours à l'emprunt

L'article L 111-4 précise les éléments joints au PLFSS : données sur la situation sanitaire et sociale ; compte rendu de la mise en œuvre du PLFSS antérieur ; évolution prévisible des régimes de base ; prévision de recettes ; compensations entre régimes ;

C'est dans ce cadre qu'est défini un objectif pour les soins de ville et, au sein de cet ODSV, un objectif de dépenses déléguées (ODD) aux caisses nationales. A l'origine, il s'agit d'enveloppes fermées et, pour les soins de ville,

° le bouclage est assuré par un mécanisme de ristournes/reversements qui concernait les honoraires et une fraction 5%) des prescriptions,

° la rénovation du dispositif conventionnel doit venir appuyer la maîtrise de la dépense.

b3) pour permettre aux caisses nationales d'exercer leur mission,

- la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la CNAMTS, prévue à l'article L 227-1, mentionne les orientations pluriannuelles de l'action de l'Etat dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins,

- un avenant annuel à la COG détermine, en fonction de l'ONDAM, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et en son sein la part mentionnée à l'article L 162-43 (dotation nationale de développement des réseaux) et l'objectif de dépenses déléguées et précise les conditions et modalités de mise en œuvre de ces objectifs.

L'objectif de soins de ville porte sur :

+ la rémunération des soins dispensés en ville par les professions médicales, les auxiliaires médicaux et les directeurs de laboratoires, ainsi que les soins dispensés dans les établissements visés à l'article L 162-22-1 et tarifés à l'acte et les honoraires des praticiens exerçant en secteur privé à l'hôpital public

+ les dépenses résultant de l'exécution des prescriptions des professions médicales

+ les prestations en espèces

Les dépenses déléguées portent sur la rémunération des soins dispensés en ville et les frais de transport.

Le suivi de ces agrégats devait faire l'objet de rapports d'équilibre permettant, le cas échéant, de prendre les mesures de redressement nécessaires.

Ce système s'est progressivement délité. Ainsi en 2001 l'ODSV et l'ODD ont été fixés et transmis à la CNAMTS mais sans établissement de rapports d'équilibre. En 2002 et en 2003, l'ODD n'a pas été transmis à la CNAMTS et la procédure de l'avenant annuel à la COG n'a pas été mise en route.

Le rejet des mécanismes de reversements a conduit à abandonner les mécanismes automatiques du bouclage financier envisagé. Ultérieurement, on a abandonné le mécanisme dit des lettres clé flottantes. Enfin, il n'a été pas été mis en œuvre de mécanisme de maîtrise médicalisée cohérent qui se soit traduit par un infléchissement sensible des pratiques inflationnistes, l'infléchissement observé en 1993 à la suite de l'introduction d'une forme de maîtrise médicalisée ayant été de courte durée.

La loi de financement de la sécurité sociale et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ont été institués en 1996 dans l'objectif d'assurer un meilleur pilotage de l'équilibre financier du régime. Les résultats n'ont pas été au rendez-vous. Il n'existe pas d'analyse *amont* de l'ONDAM qui permettrait une approche réaliste et éclairerait le vote du Parlement. Les objectifs chiffrés pouvaient apparaître dès le vote comme irréaliste et aucun instrument de correction n'était prévu. Ces défauts ont progressivement discrédité le vote de la loi.

Cette évolution a été sévèrement critiquée par la Cour des Comptes dans son rapport 2003 sur le PLFSS (annexe 68).

La loi de financement de la sécurité sociale serait plus fiable

° si elle s'appuyait effectivement sur des objectifs de santé publique

° si elle se situait dans une perspective pluriannuelle

° si elle s'appuyait sur une programmation d'actions, secteur par secteur, qui donnent lieu à des objectifs chiffrés

° si elle prévoyait les mesures de redressement en cas de dérive par rapport à l'objectif.

Plusieurs mesures favoriseraient la validité des lois de financement de la sécurité sociale. En amont, la tenue au printemps d'un débat sur les perspectives financières des régimes de sécurité sociale, calqué sur le débat d'orientation budgétaire, permettrait aux pouvoirs publics de se livrer à une analyse prospective de l'ONDAM. En aval, le vote annuel d'un projet de loi de financement rectificatif permettrait à la fois de renforcer la crédibilité de l'objectif initial, le Gouvernement se trouvant contraint d'afficher l'ampleur d'un dérapage éventuel et de présenter des mesures correctives.

La clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale

L'institution d'une loi de financement de la sécurité sociale posait comme postulat une autonomisation des finances sociales par rapport aux finances de l'État. Or, très rapidement, une consolidation budgétaire fut effectuée de fait au détriment le plus souvent des comptes sociaux (non-financement du FOREC, débudgétisations diverses, etc).

De même, depuis plusieurs années, des missions relevant par nature du budget du ministère de la santé – le budget de santé publique – furent mises à la charge de l'assurance maladie (financement du plan Biotox, financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes, prise en charge de

dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse, modification des règles de remboursement aux caisses d'assurance maladie de la couverture maladie universelle complémentaire, etc.). Or la responsabilisation des acteurs de l'assurance maladie n'est possible que dès lors que ceux-ci ont en charge un périmètre de dépenses et de recettes défini et cohérent, échappant à la contingence d'arbitrage budgétaire pouvant répondre à des logiques étrangères à l'objet et aux finalités de l'assurance maladie. C'est pourquoi il convient de procéder à un réexamen des mesures et moyens assignés à l'Assurance Maladie afin d'assurer la cohérence de son périmètre financier.

2) La fixation des conditions de remboursement par les régimes de base

a) les principes généraux du système de prise en charge sont du domaine législatif

Ainsi,

- selon l'article L.322-1, la part garantie par la caisse primaire ne peut excéder le montant des frais exposés,

- selon l'article L.322-2, la participation de l'assuré aux tarifs servant de calcul des prestations (prévues aux 1,2 et 3 de l'article 321-1) est fixée par un décret en conseil d'Etat.

Elle peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge – cela a été le cas du taux réduit des titulaires du Fonds National de Solidarité - ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

En revanche, le système français a fait le choix de ne pas prendre en compte le revenu des assurés.

- selon l'article L.322-3, la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat dans les cas suivants :

° lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'assuré dépasse un certain montant,

° lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du haut comité médical,

° lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (voir arrêté du 19 juin 1947 : demande de l'assuré ; forme évolutive ou invalidante d'une affection grave ; durée prévisible des soins continus supérieure à 6 mois ; prise en charge par le fonds d'action sociale pour une durée ne dépassant pas 24 mois sur avis conforme du contrôle médical sur la base d'un programme adapté et conforme aux données acquises par la science)

L'exonération pour soins prévisibles de plus de six mois, qui repose sur une présomption de fortes dépenses, a été mise en œuvre dans le régime dit de la « 26ème maladie »[110] auquel s'est largement substitué le deuxième mécanisme d'admission en ALD

L'article précité donne la base légale, le cas échéant, d'un plafonnement du ticket modérateur sur une période donnée.

---

[110] A l'époque où ce dispositif a été instauré, il existait 25 pathologies exonérantes listées d'où le nom de « 26ème maladie ». Aujourd'hui, la liste en comporte 30 (voir annexe 14)

b) l'ajustement des taux de prise en charge

- Selon l'article L.322-4, les taux de participation fixés en application des articles L.322-2 et L.322-3 peuvent être modifiés en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article 251-4.

Cet article – voir ci-dessus au paragraphe 1 - met en œuvre le principe général de la responsabilité de la CNAMTS sur l'équilibre financier et de sa capacité à prescrire aux caisses les mesures nécessaires à cette fin (article L.251-2).

- L'article L.251-3 indique que le rétablissement de l'équilibre (en cas de déficit) doit être assuré soit par une modification du taux des prestations, soit par une augmentation des cotisations, soit par une combinaison de ces mesures, dans des conditions et limites fixées par décret. On peut toutefois remarquer que, faute de décret d'application, cet article législatif n'est jamais entré en vigueur.

- L'article L.251-4 précise que les décisions nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier de la gestion sont prises par le conseil d'administration de la Caisse nationale. Dans le cas d'une augmentation des cotisations, les décisions ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés (ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget).

° En cas de carence du conseil d'administration, les autorités compétentes de l'Etat le mettent en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires,

° Si cette mise en demeure reste sans effet, le Gouvernement procède au rétablissement de l'équilibre soit en se substituant au conseil d'administration de la Caisse nationale, soit en usant des pouvoirs qu'il tient de la législation en vigueur.

3) La fixation des cotisations

Selon l'article L.242-12, sous réserve des dispositions de l'article 242-5 (tarification particulière des AT/MP), des décrets fixent les différents taux de cotisations ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite ou des revenus de remplacement mentionnés à l'article 131-2, dont les ressources sont insuffisantes.

Comme on l'a vu, la Caisse nationale aurait dû les ajuster, en cas de déséquilibre des comptes.

Le positionnement institutionnel de la Caisse nationale pose deux problèmes majeurs :

En ce qui concerne les soins de ville, l'articulation des pouvoirs que la Caisse nationale tient de la combinaison de l'article L.227-1 (convention d'objectifs et de gestion, objectif des dépenses déléguées) d'une part, de la définition du domaine conventionnel d'autre part, est incertaine. Les conventions traitent en effet d'une bonne partie des dépenses de ville hors objectif délégué, notamment les prescriptions des médecins que les conventions entendent encadrer.

Les textes législatifs donnent à la Caisse nationale des pouvoirs propres (notamment les mesures permettant d'assurer l'équilibre financier du régime ou la signature des conventions). Mais ces pouvoirs sont subordonnés, en aval, soit à l'approbation de l'Etat soit à la prise, par celui-ci, de textes réglementaires donnant une valeur effective aux décisions du conseil d'administration de la

Caisse nationale. Il en résulte une incertitude sur le pouvoir réel de la caisse. On a ainsi fréquemment constaté que les pouvoirs publics, sachant qu'ils auraient à statuer au stade ultime des procédures, s'immisçaient dans la négociation ou faisaient connaître en amont leur position probable. Ils y sont au demeurant poussés par les partenaires – notamment conventionnels – de la Caisse nationale qui essaient, par voie oblique, d'imposer à la caisse les termes de la discussion.

Les COG avaient essayé de clarifier les procédures sur ce point. Mais ce fut avec un succès relatif.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a fixé le cadre qui définit la portée des pouvoirs aval de l'Etat. Ainsi les mesures prises par les caisses nationales pour mettre en œuvre l'objectif délégué[111] « sont réputées approuvées…sauf opposition du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins ». On a la même approche en ce qui concerne l'approbation des conventions.

Cette approche – pour autant qu'elle soit mise en œuvre dans l'esprit du texte – est de nature à conforter la capacité de faire des caisses nationales, ainsi que cela est étudié plus loin (section 4). Elle est indissociable des responsabilités qui leur incombent en matière de respect des objectifs et d'équilibre financier du régime.

4) La définition du « périmètre du remboursable » constitue, pour l'essentiel, une compétence de l'Etat

Qu'il s'agisse de la nomenclature générale des actes professionnels[112], de la nomenclature des actes de biologie médicale[113], de la liste des médicaments remboursables[114], ou enfin de la « liste des produits et prestations »[115] (c'est à dire des dispositifs médicaux), la décision de prise en charge appartient toujours au gouvernement (ministre de la santé et ministre de la sécurité sociale)[116].

Quant aux soins dispensés en établissements de santé ou en établissement médico-social, leur prise en charge découle de « l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux », qui est en principe octroyée en même temps que l'autorisation de fonctionnement[117]. Cette autorisation émane de la commission exécutive de l'ARH pour les établissements de santé[118] (annexe 69), et du préfet de département pour les établissements médico-sociaux.

---

111 Sous réserve des observations faites précédemment sur le caractère non opératoire de cet objectif délégué qui n'a donné lieu à la procédure formellement prévue qu'une seule fois.

112 Article L.162-1-7 et R.162-52 du code de la sécurité sociale

113 Article L.162-1-7 et R.162-18 du code de la sécurité sociale

114 Article L.162-17 et R.163-2 du code de la sécurité sociale

115 Article L.165-1 et R.165-1 du code de la sécurité sociale

116 La seule curiosité étant que le contreseing du ministre de l'agriculture est nécessaire pour la NGAP et la NABM, mais pas pour la liste des médicaments et la liste des dispositifs médicaux.

117 Article L.6122-4 du code de la santé publique, pour les établissements de santé. Article L.313-6 du code de l'action sociale et des familles, pour les établissements médico-sociaux

118 Article R.712-37 du code de la santé publique. La commission exécutive décide, il est vrai, « au nom de l'ARH » et non pas « au nom de l'Etat ». Mais le recours hiérarchique contre un éventuel refus est tranché par le Ministre chargé de la santé.

a) s'agissant des inscriptions d'actes et de produits, on peut noter toutefois plusieurs différences qui concernent la proposition d'inscription

a1) les médicaments

La demande d'inscription dans le périmètre remboursable doit être sollicitée par l'entreprise qui exploite la spécialité (article R.163-8 du code de la sécurité sociale). Comme il n'est pas nécessaire qu'un médicament soit remboursable pour qu'il puisse être prescrit, une entreprise peut décider de ne pas déposer de demande de remboursement, afin de conserver la liberté de son prix.

a2) les dispositifs médicaux

Les textes prévoient expressément la faculté, pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de prendre l'initiative d'une inscription sur la liste remboursable (article R.165-9 du code de la sécurité sociale) dans le cas d'inscription en libellés génériques. Les fabricants en sont préalablement informés, mais ne peuvent pas s'y opposer. Pour les dispositifs inscrits sous nom de marque, à l'instar du médicament, l'initiative appartient au fabricant.

a3) les actes médicaux et paramédicaux et les examens de biologie,

L'origine des propositions n'est pas définie. Depuis la loi du 6 mars 2002 (article L.162-14-2 du code de la sécurité sociale), il est toutefois prévu que « *sauf en cas d'urgence ou d'impérieuse nécessité de santé publique* », les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture « *tiennent compte des propositions faites par les partenaires conventionnels* » lorsqu'ils « *mettent en œuvre des modifications de nomenclature* ». Bien qu'elle ait pour effet d'institutionnaliser un rôle de proposition des partenaires conventionnels, il n'est pas sûr que cette rédaction ambiguë emporte de véritables effets de droit.

b) on peut également observer plusieurs différences quant à la procédure d'avis qui précède la décision d'inscription ministérielle

b1) Pour l'inscription des actes de soins et des actes d'analyse,

Les inscriptions sont précédées d'avis rendus, pour les actes médicaux et paramédicaux, par la *Commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels* (arrêté du 28 janvier 1986) et pour les actes de biologie médicale, par la *Commission de nomenclature des actes de biologie médicale* (arrêté du 25 août 1987) (annexe 70).

L'institution de ces deux commissions par arrêté résulte, pour les ministres compétents, d'une pure faculté : aucun texte de rang supérieur ne les oblige à s'entourer d'un avis. En principe pourtant, l'ordonnance du 24 avril 1996 avait prévu que l'inscription de tout acte à la nomenclature serait précédée d'un avis de l'ANAES. Mais le décret qui doit fixer les conditions de cette consultation n'a pas été pris[119].

Ces commissions sont paritaires : elles rassemblent, d'une part des représentants des professions intéressées (désignés par les syndicats représentatifs), et d'autre part des représentants des caisses d'assurance maladie et des personnalités qualifiées. L'« avis » dont s'entourent les ministres émane donc de personnes qui ne sont pas nommées au titre de leur expertise, mais en qualité de « praticiens » qui auront à appliquer la nomenclature ou à contrôler son usage.

---

119 L'ANAES participe à la commission permanente de la nomenclature, mais sans voix délibérative.

b2) Très différentes sont les procédures consultatives préalables à l'admission au remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux : avis préalable de la *Commission de la transparence* pour les médicaments ; avis préalable de la *Commission d'évaluation des produits et prestations* pour les dispositifs médicaux.

Ces procédures consultatives sont obligatoires, en vertu d'un décret en Conseil d'Etat pour le médicament[120] et en vertu de la loi pour les dispositifs médicaux[121]. Les ministres sont donc tenus d'y procéder.

La composition de ces commissions est davantage orientée vers la pure expertise technique. Cela est particulièrement vrai de la *Commission de la transparence* depuis la récente réforme de sa composition (décret du 26 septembre 2003) : ses vingt membres sont uniquement des personnes « *choisies en raison de leur compétence scientifique* »[122]. La situation de la *Commission d'évaluation des produits et prestations* est intermédiaire : pour partie composée d'experts nommés en tant que tels, elle comporte également des représentants des organismes d'assurance maladie et des représentants des fabricants et distributeurs.

Cette diversité des procédures traduit la coexistence, dans le droit aujourd'hui applicable, de deux approches assez différentes quant à la nature de l'expertise préalable à l'inscription.

La manière la plus récente d'envisager les choses (nouvelle composition de la Commission de la transparence, avis de l'ANAES prévu par les ordonnances de 1996) semble privilégier l'impartialité scientifique : ce ne sont pas ceux qui exécuteront l'acte ou le produit, ceux qui le prescriront, ou ceux qui en contrôleront l'exécution et la prescription qui se prononcent sur l'opportunité de l'inscription au remboursement.

On voit bien les mérites de cette approche en termes d'objectivité. Mais elle présente deux inconvénients dont il faut avoir conscience :

- en premier lieu, la connaissance de la pratique effective est un élément important lorsqu'il s'agit d'introduire un acte nouveau, ou de proposer une cotation nouvelle (c'est à dire une modification de la hiérarchie des actes). Il est vrai que cette question de cotation relative n'existe pas pour les médicaments et produits, et devrait en principe ne plus se poser au fur et à mesure de l'introduction des « hiérarchies objectives » des actes par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

- en second lieu, l'opportunité d'une inscription ne peut pas se décider exclusivement *a priori*. C'est dans la durée, et donc dans la pratique concrète, que se dégagent les meilleurs éléments d'appréciation. L'autorité qui décide de l'inscription doit pouvoir décider du maintien de l'inscription (ou de la réinscription, lorsqu'une telle procédure existe), sur la foi d'un avis des observateurs des conditions réelles de l'utilisation des produits.

---

120 Article R.163-4 du code de la sécurité sociale

121 Article L.165-1 du code de la sécurité sociale

122 Jusque là, siégeaient également des représentants des organismes d'assurance maladie, ainsi que des représentants des industries pharmaceutiques et des ordres professionnels.

Section 3
La fonction d'organisation du système de soins

S'agissant du système de santé dans sa plus grande généralité, c'est-à-dire prenant en charge l'ensemble des aspects de l'état sanitaire de la population et sa sécurité sanitaire, la responsabilité ultime des autorités publiques de droit commun (Etat ou collectivités locales) est inévitable. En effet, la manière dont se structurent et s'implantent sur le territoire l'ensemble des services qui concourent à la santé de la population constitue un enjeu qui excède la seule question des soins pris en charge par l'assurance maladie[123].

S'agissant, en revanche, de l'organisation des soins remboursables, on doit constater que celle-ci est, aujourd'hui, sous le contrôle presque exclusif de l'Etat. Les régions n'ont actuellement de compétences qu'en matière de prévention (programme régional d'accès aux soins des personnes les plus démunies, article L.1411-5 du code de la santé publique). Les départements ont, en matière sanitaire, la charge de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance [services de la PMI (protection maternelle et infantile PMI)], ainsi que de du dépistage des cancers et de la lutte contre certaines autres maladies (tuberculose, lèpre, maladies vénériennes)[124]. Les municipalités n'interviennent qu'au titre de l'hygiène publique[125].

1) La répartition et l'organisation des moyens sur le territoire sont aujourd'hui de la compétence de l'Etat

L'Etat définit les statuts de tous les moyens en personnel, médical, paramédical et administratif, des hôpitaux publics et le champ de compétence de tous les professionnels de santé. Il est par ailleurs en charge, sur l'ensemble de l'offre hospitalière, de la définition des indices de la carte sanitaire (qui devrait disparaître dans le cadre de la réforme « Hôpital 2007 ») et de la planification par les *schémas régionaux d'organisation sanitaire* (SROS).

Il est vrai, pour être précis, que la carte sanitaire ou le schéma d'organisation sanitaire ne sont arrêtés par l'Etat que lorsqu'ils sont interrégionaux. Dans le cas normal, la décision revient au directeur de l'ARH (article L.6121-8 du code de la santé publique).

Mais nonobstant le caractère juridiquement distinct de la personne morale qu'est l'ARH (groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat et les organismes d'assurance maladie), on doit tout de même considérer que son action se situe, en pratique, dans l'orbite des pouvoirs de l'Etat. Au demeurant, il ne faut pas confondre les pouvoirs de l'ARH – c'est à dire la compétence de sa commission exécutive collégiale – et les pouvoirs propres que le directeur de l'ARH, nommé en Conseil des ministres, exerce au nom de l'Etat, sous l'autorité hiérarchique des ministres chargés de la

---

123 Ce qui s'illustre notamment par le fait que l'Etat dispose du pouvoir de réquisition (et s'en est encore récemment servi).

124 Les transferts de compétence envisagés, à compter de l'année 2005, dans le projet de loi relatif à la décentralisation, modifient légèrement cet état des choses : l'Etat reprendrait ses compétences en matière de vaccination, lutte contre la tuberculose, la lèpre, les MST, et dépistage des cancers. Les départements pourraient toutefois participer, comme les autres collectivités locales, aux actions de prévention de l'Etat dans le cadre de conventions signées avec lui. Les régions se verraient, par ailleurs, reconnaître certaines compétences en matière hospitalière : entrée de représentants de la région au sein des ARH, et financement, à titre expérimental, d'équipements sanitaires.

125 Ainsi que sur des services de vaccinations, si ces compétences étaient déjà exercées par des services municipaux avant 1983.

santé et de la sécurité sociale (article L.6115-3 du code de la santé publique). Or, parmi ces pouvoirs propres figurent, précisément, la fixation du SROS, de la carte sanitaire, l'approbation des structures de coopération interhospitalières, etc[126]…

Par ailleurs, l'accréditation des établissements est assuré par l'ANAES, qui, nonobstant la participation très majoritaire de représentants des professionnels de santé au sein du conseil d'administration, est un établissement public administratif de l'Etat.

En matière de soins de ville, la contrainte d'organisation est, on le sait, beaucoup moins forte. L'Etat intervient toutefois par la fixation du *numerus clausus* des études médicales et paramédicales. On peut aussi considérer qu'il intervient de manière indirecte dans l'organisation des soins par la fixation des champs de compétence des différentes professions de santé (lesquels sont définis par décret). De même l'Etat intervient dans la définition des secteurs de permanence de soins et au sein des comités départementaux de l'aide médicale urgente (CODAMU) où s'organise, sous l'autorité du préfet, l'articulation entre la permanence des soins et l'aide médicale urgente.

On peut noter enfin que l'ensemble des règles d'exercice, tant en milieu hospitalier que libéral (et notamment les règles de sécurité qui s'imposent aux actes techniques) relèvent d'une réglementation d'Etat.

2) Sur différents champs, on constate toutefois plusieurs interférences avec d'autres acteurs du système de soins

Un bon exemple des questions qui touchent à l'organisation du système de soins - sans en relever de manière exclusive - est celui de la formation des professionnels de santé.

La formation initiale est du domaine propre de l'Etat, par l'enseignement hospitalo-universitaire.

En revanche, dans le dispositif issu de la loi du 6 mars 2002 (article L.4133-3 du code de la santé publique, et décret du 14 novembre 2003), la formation continue obligatoire des médecins libéraux, médecins salariés, ainsi que des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens des hôpitaux publics (et *PSPH*, privés participant au service public hospitalier) est placée sous la responsabilité de la profession elle-même (conseil de l'Ordre, représentants des UFR, organisations syndicales).

Enfin, dans le cadre conventionnel, les caisses d'assurance maladie et les syndicats signataires des conventions ont la faculté d'organiser une « formation professionnelle conventionnelle » (article L.162-5, 14° du code de la sécurité sociale).

Un autre exemple est fourni par différentes formes alternatives ou expérimentales d'organisation des soins. Les *réseaux de santé* sont ainsi autorisés et financés sur décision conjointe du directeur de l'ARH et du directeur de l'URCAM.

Ces exemples sont le reflet d'une évolution profonde : dans un contexte où l'organisation des soins apparaît de plus en plus comme une résultante, la question du partage de compétence devient forcément plus aiguë.

---

[126] Signalons toutefois – ce qui accroît la complexité du système – que ce n'est pas, en revanche, le directeur d'ARH qui approuve les créations et transformations de services hospitaliers mais l'organe collectif qu'est la commission exécutive de l'ARH.

En effet, l'évolution actuelle est en train de faire passer d'une approche dans laquelle l'offre de soins (l'implantation hospitalière, les rôles respectifs des différentes professions, etc.) était un paramètre relativement stable (ses résultats constituant en quelque sorte l'élément variable), à une approche qui part davantage du résultat sanitaire à obtenir, et exige du système de soins qu'il sache s'adapter, se reconvertir, modifier ses structures pour atteindre le résultat en question, dans les meilleures conditions de coût et de sécurité.

L'offre médicale et hospitalière, les champs de compétence, les modes de travail des différentes professions entre elles sont de moins en moins perçus comme des données intangibles. On veut que l'offre sache évoluer en fonction des différentes contraintes de sécurité, d'efficacité et de financement.

L'organisation du système de soins a, dès lors, vocation à devenir une sorte de résultante des choix de santé publique et de gestion du risque. Par exemple, l'organisation territoriale des établissements de santé devrait être, idéalement, une résultante de choix de sécurité, de qualité médicale, et d'efficience médico-économique. De même pour les formes de soins coordonnés, les régulations à l'installation, les évolutions de champ de compétence, etc. qui pourraient être envisagés en matière de soins de ville.

C'est ce qui explique que le partage schématique des compétences entre un Etat « organisateur » et des institutions d'assurance maladie simplement « payeuses » n'est plus envisageable, et ne correspond d'ailleurs plus à la réalité.

En matière d'organisation du système de soins, l'articulation des pouvoirs de décision entre l'Etat, les collectivités territoriales et les autres intervenants du champ de l'assurance maladie est ainsi clairement posée.

Section 4
La fonction de gestion du risque

La gestion du risque est une notion aux contours incertains. Selon la définition que l'on en retient, il est possible d'y inclure la presque totalité de l'organisation du système de soins remboursables, ou au contraire de la limiter au champ étroit des évaluations et des contrôles. Mais quelle que soit l'acception retenue, le Haut Conseil rappelle que la gestion du risque englobe soins curatifs et prévention.

1) Les trois composantes de la *gestion du risque*

Au sein de l'assurance maladie, la gestion du risque a longtemps correspondu au seul contrôle des prestations individuelles : prestation effectuée (dont on vérifie la cotation, voire l'opportunité) ou prestations sollicitées (avis individuels sur les demandes d'inscription en ALD ou les demandes d'entente préalable par exemple).

C'est une première composante de la gestion du risque, celle que l'on peut qualifier de composante « réglementaire » (puisqu'il s'agit de s'assurer, la plupart du temps, du respect d'une norme générale d'exercice ou de remboursement par un assuré ou un professionnel de santé). On parle aussi de gestion du risque *en aval*, car le contrôle s'effectue *en aval* de l'acte de soins. Ce que l'on contrôle, c'est en somme le système tel qu'il fonctionne.

Plus récemment, la gestion du risque maladie s'est également donné pour objectif d'améliorer la pratique des professionnels de santé. Dans cette gestion du risque *en amont* du soin, il s'agit moins de traquer les déviances exceptionnelles que de faire progresser le plus grand nombre. Cette dimension-là de la gestion du risque ne vise pas à faire respecter des normes réglementaires, mais à diffuser et à faire respecter des modes de travail optimaux ou des références de soins ayant recueilli un large consensus.

Enfin, dans une troisième vision, encore plus élargie, peuvent aussi être regardées comme contribuant à la gestion du risque l'ensemble des dispositions légales ou conventionnelles qui modifient, dans un sens d'efficience, le comportement des professionnels de santé et des assurés. L'organisation d'un réseau, l'inscription au remboursement d'un traitement moins onéreux, la signature d'un accord de bonne pratique sont, dans cette optique, autant d'actions de gestion du risque, globalement entendue.

Cette troisième dimension va au-delà de ce que l'on rassemble ici sous la notion de « fonction de gestion du risque ». Elle suppose en effet des actions de cadrage réglementaire ou d'organisation du système de soins qui relèvent très largement des autres fonctions précédemment décrites.

On s'en tient donc, dans la suite de cette section, aux deux premières dimensions de gestion du risque 'amont' et 'aval'.

On doit noter, d'entrée de jeu, que ces deux dimensions de *contrôle en aval* et d'*amélioration de la pratique, en amont*, si elles sont commodes pour l'analyse, se trouvent en pratique très fréquemment confondues.

Ainsi, le Programme national inter-régimes de gestion du risque (PNIR), élaboré chaque année entre les trois caisses nationales, de même que les programmes régionaux des Unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM), qui doivent en assurer la déclinaison, mêlent l'une et l'autre dimension.

2) La dimension de *contrôle* est essentiellement assurée par les organismes d'assurance maladie

En ce qui concerne les assurés sociaux, ces contrôles consistent en des avis individuels sur prestation, effectués par les services médicaux des organismes d'assurance maladie. Il s'agit notamment du contrôle des ententes préalables et du suivi des admissions en ALD et des protocoles inter-régimes d'examen spécial (PIRES).

En ce qui concerne les professionnels de santé, le dispositif actuel de contrôle et de sanction relève des services médicaux de l'assurance maladie obligatoire, associés parfois aux instances ordinales et aux syndicats signataires des conventions.

On peut ainsi citer :

- les comités médicaux paritaires locaux (article L. 162-12-16 du code de la sécurité sociale), composés à parité de représentants des caisses et de représentants des organisations syndicales liées par convention avec les organismes de sécurité sociale, et chargés notamment d'instruire le respect des RMO et des sujets d'ordre conventionnels,

- le contentieux du contrôle technique (art. L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale). Les « sections des assurances sociales » du conseil de l'Ordre sont compétentes pour toutes " fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevé à l'encontre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux " et sont composées, outre le président, conseiller de tribunal administratif, à parité de médecins conseils et de représentants de l'ordre[127],

- la procédure de récupération d'indus (article L. 133-4 du CSS) auprès du professionnel concerné en cas de méconnaissance des règles de cotations ou de tarification,

- la procédure de déconventionnement direct par la caisse primaire d'assurance maladie pour violation des engagements prévus par la convention (art. L. 162-15-1 du CSS).

Toutes ces procédures sont à distinguer des procédures disciplinaires qui peuvent être éventuellement engagées pour les mêmes faits. Enfin, jusqu'à leur suppression par la LFSS pour 2003, les comités médicaux régionaux, composés de praticiens conseils et de médecins désignés par les URML étaient chargés de sanctionner certaines irrégularités de prescription.

En pratique, ces contrôles ne concernent que les prestations effectuées à l'acte, c'est à dire en soins de ville ou en clinique privée.

3) La gestion du risque « en amont de la pratique» fait en revanche intervenir un grand nombre d'acteurs différents

La gestion du risque *en amont de l'acte de soin* repose essentiellement sur l'application de référentiels d'efficience médicale : leur élaboration, leur diffusion, l'évaluation de leur impact.

La responsabilité de ces différentes tâches est aujourd'hui répartie entre l'Etat (notamment par ses agences que sont l'AFSSAPS et l'ANAES), les organismes d'assurance maladie (essentiellement les services du contrôle médical) ainsi que, dans une certaine mesure, les professionnels de santé eux-

[127] Pour les auxiliaires médicaux relevant du Conseil des professions paramédicales (article L.4391-1 du code de la santé), la loi du 4 mars 2002 a prévu une procédure équivalente devant les chambres disciplinaires de ce conseil.

mêmes (par exemple par l'intermédiaire des URML, unions régionales de médecins exerçant à titre libéral). Les organismes complémentaires n'interviennent, pour leur part, que par le biais de campagnes destinées à leurs adhérents.

***a) pour ce qui concerne l'élaboration des référentiels*,**

l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) est expressément investie de cette mission. La loi (article L.1414-2 du code de la santé publique) lui confie ainsi, parmi l'ensemble de ses tâches, celle « *d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles en matière de prévention, de diagnostic, de thérapeutique et de soins palliatifs* ».

Mais d'autres acteurs (par exemple des sociétés savantes) peuvent également proposer des recommandations de pratique. Il n'y a pas de monopole d'élaboration des référentiels de pratique. L'intervention de l'ANAES (ou, s'agissant de médicaments, de l'AFSSAPS) n'est légalement requise que pour les seules *références médicales opposables* - qui seront éventuellement rendues opposables par voie conventionnelle -, ainsi que pour les *recommandations de bonne pratique* qui doivent les accompagner articles L.162-12-15 et L.162-12-16 du code de la sécurité sociale).

b) la diffusion de ces référentiels,

elle entre également dans les missions de l'ANAES mais sans que celle ci ait à rendre compte de l'efficacité de cette diffusion. Elle en pratique assurée par les moyens les plus divers (y compris la presse spécialisée).

Au nombre des principaux agents de cette diffusion, on peut citer, pour ce qui concerne la médecine de ville, les *entretiens confraternels* conduits entre les médecins conseils de l'assurance maladie et les médecins libéraux (entre 13 000 et 15 000 entretiens par an, soit environ 1/7ème de la population de médecins libéraux).

c) enfin, l'évaluation des pratiques,

complément indispensable de la diffusion des référentiels (sous forme d'évaluation individuelle ou d'évaluation collective) est, elle aussi, partagée entre un grand nombre d'acteurs différents.

Dans les établissements hospitaliers, publics et privés, l'évaluation de l'activité est en principe une obligation depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991 (aujourd'hui, articles L.6113-1 et suivants du code de la santé publique). En pratique, la seule évaluation à caractère systématique est celle qui est conduite par l'ANAES dans le cadre de l'accréditation, et qui ne porte pas – pour l'instant – sur la qualité et l'opportunité médicale des actes.

En secteur de ville, l'évaluation individuelle ne concerne que les médecins et se déroule, dans les conditions fixées par le décret du 28 décembre 1999, sous l'égide des URML. Il a déjà été question précédemment de cette évaluation, dont les limites ont été notamment dénoncées par la Cour des comptes, dans son rapport sur la Sécurité sociale pour 2003.

L'évaluation collective, c'est à dire les études d'ensemble sur les comportements et pratiques professionnels, est assurée par l'assurance maladie (notamment par les URCAM au niveau régional).

Des collaborations avec les URML, expressément prévues par les textes, sont effectives dans la plupart des régions[128].

Ainsi, en termes de diagnostic global, il apparaît clairement que cette tâche globale d'élaboration et de diffusion des références de bonne pratique, qui comporte des aspects hautement techniques, mais aussi des aspects de pédagogie, de persuasion, d'incitation – voire des dimensions de simple logistique – n'incombe actuellement à aucun acteur en particulier.

Cette situation n'est pas forcément à regretter : des démarches aussi complexes gagnent à mobiliser un grand nombre d'intervenants différents. Mais l'orchestration d'ensemble n'est pas assurée. Il n'est par exemple pas possible, aujourd'hui, de fixer un certain nombre de buts à atteindre, et d'en demander compte à un organisme ayant les moyens d'aboutir.

4) La gestion du risque suppose également une information partagée sur la pratique médicale

a) deux natures d'information doivent être clairement distinguées

D'une part, l'information individuelle identifiante, qui permet de suivre la consommation d'un assuré particulier (lorsqu'elle est nominative « par rapport au consommateur de soins »), ou la pratique d'un professionnel précis (lorsqu'elle est nominative « par rapport au producteur de soins »).

Cette information, couverte par le secret médical lorsqu'elle est nominative « par rapport au consommateur de soins », permet notamment la gestion du risque dans sa dimension de contrôle individuel.

D'autre part, la gestion du risque requiert également des informations générales non identifiantes, c'est à dire doublement anonymes par rapport aux assurés et aux prescripteurs, afin de comprendre les comportements de consommation et d'administration des soins, de suivre les conditions de prescriptions de certains médicaments, etc…

Les outils de cette information se mettent progressivement en place, à l'hôpital avec le PMSI, et en ville avec le codage des actes de biologie (effectif depuis 1998), le codage des médicaments (débuté en 1997 et en routine depuis 1999), et bientôt le codage des actes médicaux (qui doit accompagner l'introduction de la *Classification commune des actes médicaux*, pour les actes techniques effectués par les médecins et les chirurgiens-dentistes).

Par ailleurs, l'ensemble des données issues des systèmes de liquidation (c'est-à-dire les données du PMSI et des codages mentionnées ci-dessus, mais aussi toutes les autres informations sur toutes les consommations de soins remboursés) a vocation à figurer dans le *Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie* (SNIIRAM). Ce système d'information, prévu par les ordonnances de 1996 (aujourd'hui, les articles L.161-28 et suivants du code de la sécurité sociale), doit être bientôt mis en place – au début de l'année 2004 – par les caisses nationales d'assurance maladie.

---

[128] Il n'y a pas aujourd'hui de mesure de l'inflexion effective qu'auraient pu connaître les comportements de soins à la suite de ces études.

b) le partage de cette information soulève deux questions principales :

En premier lieu, s'agissant des informations détaillées, éventuellement à caractère nominatif, dont, pour l'instant, seule l'assurance maladie obligatoire a connaissance (dans le respect du secret professionnel et notamment du secret médical), la question est posée de savoir si celles-ci sont susceptibles d'être accessibles aux autres assurances de santé (Assurance Maladie Complémentaire, AMC), soit à des fins de liquidation – en raison de la personnalisation des contrats santé – soit à des fins de gestion du risque.

Un rapport récent[129] apporte une réponse positive, sous un certain nombre de réserves et de conditions.

En second lieu, s'agissant des informations anonymisées (tant en ce qui concerne le professionnel de santé que l'assuré), la loi du 4 janvier 1993 a prévu que les URML en seraient destinataires par un envoi direct des « *médecins conventionnés exerçant dans leur circonscription* ». Le décret qui doit fixer les conditions d'application de ce texte n'a toutefois toujours pas été pris.

Quoi qu'il en soit, les URML ont vocation à accéder aux données rassemblées dans le SNIIRAM. Cette faculté – même si elle n'aboutit pas à une information émanée des médecins eux-mêmes – paraît de nature à satisfaire, dans des conditions techniques raisonnables, l'objectif fondamental de la loi de 1993, qui est de permettre aux URML de mobiliser les médecins de leur région sur des objectifs de gestion médicalisée du risque.

La gestion du risque maladie, d'une part, la qualité et la continuité des soins, d'autre part, appellent encore de nombreux progrès dans la collecte, le rapprochement, le partage de données relatives aux pratiques soignantes et aux parcours médicaux

Le Haut Conseil rappelle que ces évolutions, pour nécessaires qu'elles sont, ne doivent pas porter atteinte à la liberté fondamentale qu'est le respect du secret médical individuel. Mieux on saura garantir de manière efficace cette confidentialité des données médicales identifiantes, en la limitant au strict cercle des soignants directs et des autorités de contrôle légalement habilitées, mieux on pourra progresser, simultanément, aussi bien dans le partage des informations entre soignants que dans le plus large accès aux données médicalisées de gestion du risque.

c) l'ambition pourrait être toutefois d'exploiter des outils statistiques plus restreints en volume et plus riches en informations

Plusieurs bases de données, qui fournissent des renseignements extrêmement utiles (notamment parce qu'elles permettent de croiser les actes et prescriptions avec les pathologies, ainsi qu'avec différents éléments de profil d'activité du prescripteur) se constituent et s'échangent aujourd'hui, à des prix élevés, dans un cadre commercial.

A la différence des systèmes mentionnés ci-dessus, mis en place par l'assurance maladie, ces bases de données privées ne reposent pas sur un principe de recension systématique de tous les actes remboursés, mais sur des échantillonnages ciblés. En termes statistiques, leur contenu informationnel est très sûr, et permet d'orienter avec efficacité des stratégies de production, de promotion ou de vente.

---

[129] « *L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques* », rapport de M. Christian BABUSIAUX, M. Louis BREAS, Mme Laurence ESNOUS et Mme Dominique THOUVENIN, mai 2003.

Les institutions publiques et les organismes qui leur sont proches, tel le CREDES, ne disposent pas, aujourd'hui, d'instrument équivalent. L'échantillonnage qui s'en approche le plus est sans doute l'*enquête santé protection sociale* annuelle du CREDES. Il s'agit toutefois d'un panel d'assurés (une fraction de l'*échantillon permanent d'assurés sociaux* (EPAS) de l'assurance maladie), et non de professionnels prescripteurs[130].

[130] Signalons toutefois que la loi de santé publique adoptée au printemps 2003 donne la possibilité à l'INSEE d'accéder sous certaines conditions à des données individuelles en matière de santé, ce qui pourra à l'avenir permettre à celui-ci de réaliser des enquêtes mieux documentées relatives à la santé publique et à l'évaluation des politiques de santé publique

Section 5
La fonction d'allocation de ressources

La fonction d'allocation de ressources est dispersée entre de nombreux acteurs. Dans le cadre des enveloppes qui découlent de l'ONDAM voté par le Parlement, l'Etat (en la personne de différents ministres ou organismes rattachés), les présidents de Conseils généraux, les établissements nationaux gestionnaires de l'assurance maladie, les directeurs d'ARH vont tous, à des titres divers, intervenir dans la fixation des tarifs ou des dotations de fonctionnement.

Il n'est pas possible de rentrer ici dans le détail de chacun de ces mécanismes. Mais on peut présenter brièvement les cinq grands champs de l'allocation tarifaire (hôpital public, cliniques privées, établissements médico-sociaux, médicaments et dispositifs médicaux, actes des professionnels libéraux), et s'attacher plus particulièrement à la description de l'instrument des conventions, médicales et paramédicales, qui sert à fixer les tarifs des actes exécutés en ville.

1) L'allocation des ressources de l'assurance maladie est répartie entre un grand nombre d'acteurs différents

Dans le nouveau dispositif issu de la loi organique du 1er août 2001, les crédits ouverts par les lois de finances de l'Etat ont vocation à être désormais regroupés par missions et programmes interministériels.

Cette approche n'est pas encore celle qui prévaut en matière de dépenses de l'assurance maladie : les différentes enveloppes issues du vote de l'ONDAM sont en effet réparties par l'Etat[131] selon une logique institutionnelle (soins de ville, établissements de santé publics et PSPH (privés participant au service public hospitalier), cliniques privées, secteur médico-social, enveloppe réseaux). Il en va de même, au sein de chaque enveloppe, pour le partage des compétences entre les différents intervenants. Ainsi :

a) les budgets des hôpitaux publics et privés PSPH sont fixés par l'Etat et les ARH

A partir de l'enveloppe nationale, l'Etat (ministre de la santé et ministre de la sécurité sociale) définit la dotation de chaque région, en fonction « *des besoins de la population, des orientations des SROS et des priorités nationales* », et en ayant en vue une « *réduction progressive des inégalités de ressources entre régions* ».

Chaque directeur d'ARH répartit ensuite les crédits dont il dispose au niveau régional entre les différents établissements de sa région, en articulant les augmentations générales et l'usage d'enveloppes « ciblées », qui permettent de mettre en œuvre certaines priorités nationales, ponctuelles ou plus durables (par exemple crédits SIDA, lutte contre les infections nosocomiales), ou d'accompagner les projets inscrits aux contrats d'objectifs et de moyens.

Le PMSI et les indicateurs synthétiques d'activité (point ISA), n'ont pas encore été utilisés comme outils de gestion hospitalière. Il n'y a pas de retour régulier d'informations sur l'activité réelle des établissements fondée sur les données du PMSI, pas d'exploitation systématique des diagnostics

---

131 Par un arrêté interministériel : santé, action sociale, sécurité sociale, économie et finances et budget : L.166-22-2, L.174-1-1 du Code de la sécurité sociale, L.314-3 du code de l'action sociale et des familles.

des patients hospitalisés. L'accréditation des établissements de santé, procédure pour l'instant non médicalisée, est centrée sur la qualité du fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge des malades, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire la qualité de l'acte médical lui-même. On ne peut, dans ces conditions, être surpris de l'absence de régulation adossée à une analyse des résultats et de la qualité.

La tarification à l'activité qui entrera progressivement en place à partir de 2004 devrait induire, au delà du dispositif technique opérationnel pour l'essentiel dès 2004, des modifications profondes de la régulation (objectif de dépenses commun aux secteurs public et privé) et du dispositif de fixation des tarifs qui seront déterminés au niveau national. Ces changements reposent sur une réforme importante du cadre juridique tant au niveau législatif (LFSS pour 2004) que réglementaire (textes à paraître en 2004). On peut rappeler qu'ils sont indissociables de la réforme, conjointe, de l'organisation interne des hôpitaux.

Les ARH continueront à jouer un rôle majeur dans la répartition des enveloppes de financement au titre des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation ainsi que, pendant la période de transition (2004-2012), dans la gestion des effets revenus induits par la réforme.

b) les tarifs des cliniques privés sont fixés par l'Etat et les ARH, avec une participation des organisations représentatives des cliniques

L'enveloppe dite OQN (objectif quantifié national) est une des cinq enveloppes de répartition de l'ONDAM, fixée donc par arrêté interministériel.

Sur la base de cette enveloppe, le taux national moyen est fixé par l'Etat. Un accord annuel entre l'Etat (ministre de la santé et ministre de la sécurité sociale) et au moins une des organisations nationales les plus représentatives des établissements, fixe ensuite les éléments de cadrage des différents tarifs, région par région. Si l'accord n'est pas obtenu, un arrêté s'y substitue

La déclinaison régionale est de même nature pour le tarif des établissements. Les fédérations professionnelles participent à la modulation des tarifs, leur fixation restant du ressort de l'ARH

Les tarifs de chaque établissement font ensuite l'objet d'un avenant tarifaire au contrat d'objectif et de moyens passé avec l'ARH. Nonobstant cette forme contractuelle, on peut dire que le directeur d'ARH fixe annuellement, dans les limites qui lui sont imposées au niveau national, les tarifs des différentes cliniques privées.

c) les tarifs des établissements médico-sociaux font intervenir l'Etat au niveau central et, s'agissant des dépenses prises en charge par l'assurance-maladie, le préfet de département (DDASS). Dans certains cas, intervient également le président du Conseil général

Les règles de fixation des tarifs des différentes sortes d'établissements médico-sociaux (article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, et établissements de long séjour du 2° de l'article L.6111-2 du code de la santé publique), sont parmi les plus compliquées qui soient.

Elles ont récemment fait l'objet d'une importante clarification par le décret du 22 octobre 2003. Mais elles restent extrêmement complexes.

Les frais pris en charge par l'assurance-maladie constituent l'une des cinq « sous-enveloppes » de l'ONDAM. Cette « sous-enveloppe » est ensuite répartie en dotation régionales limitatives par l'Etat (arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale). Le préfet de région (DRASS) opère ensuite une répartition en dotations départementales limitatives.

Sur la base de ces enveloppes départementales, chaque préfet (DDASS) fixe le tarif de chaque établissement, au terme d'une « procédure budgétaire contradictoire » avec ce dernier.

Pour certaines catégories d'établissements, la procédure est plus complexe : fixation conjointe avec le président du Conseil général, (après avis de la CRAM) pour les Centres d'action médico-sociale précoce, fixation « *sur avis du président du Conseil général et de la caisse régionale d'assurance maladie* » pour les frais de soins des établissements pour personnes âgées dépendantes, etc …

d) les prix des médicaments et des dispositifs médicaux sont fixés par l'Etat

Les médicaments ne sont remboursés par l'assurance maladie que s'ils figurent sur une liste fixée par décret (qu'on appelle la « liste des spécialités remboursables », article L.162-17 du code de la sécurité sociale). Au moment de l'inscription d'un médicament sur cette liste, on décide son prix de vente au public.

Comme les marges des distributeurs intermédiaires, grossistes-répartiteurs et pharmaciens, sont des marges administrées, la fixation du prix de vente au public impose au fabricant son prix. Cette décision fait ainsi l'objet de négociations entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé (CEPS), qui débouchent la plupart du temps sur une *convention de prix*. Celle-ci fixe parfois certains objectifs de volume de vente en fonction des différentes indications du médicament, et peut prévoir des « remises », c'est à dire des sommes qui seront directement ristournées à l'assurance maladie en cas de dépassement des volumes.

S'il n'est pas possible d'aboutir à une convention par voie négociée, le prix du médicament est fixé unilatéralement par arrêté des ministres chargé de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie (article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale).

Comme le CEPS est un organisme de l'Etat[132] sans personnalité morale, on peut dire que, dans les deux cas, le prix du médicament - et les conséquences économiques pour ce secteur - relèvent d'une décision de l'Etat.

La Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2001 sur la sécurité sociale, constate que la politique du médicament n'a eu qu'une efficacité limitée. La régulation financière obtenue, qui devait accompagner l'accord sectoriel signé en juillet 1999 entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique, n'a pas été suffisante. Plusieurs raisons sont évoquées :

- « les médicaments responsables des plus fortes hausses sont parfois paradoxalement les moins pénalisés : le CEPS a accepté, pour une statine (médicament anti-cholestérol), tant en 1999 qu'en 2000, de ne pas cumuler les remises qui auraient résulté des règles qu'il avait lui-même affichées »
- la remise ne joue que pour l'année considérée, la croissance précédent demeurant donc acquise aux laboratoires
- rien ne permet d'affirmer que les remises dissuadent l'industrie d'augmenter les ventes.

Pour les dispositifs médicaux, depuis la récente réforme opérée par la LFSS pour 2000 (loi du 29 décembre 1999), la procédure est assez voisine :

---

132 Nonobstant la présence en son sein, depuis 1998, d'un représentant de l'Assurance maladie.

Le remboursement des dispositifs médicaux est ainsi, lui aussi, subordonné à une inscription sur une liste (la « liste des produits et prestations », article L.165-1 du code de la sécurité sociale). Cette liste comporte le « tarif de responsabilité » du dispositif, c'est à dire le tarif, pas forcément opposable, auquel il sera remboursé par l'assurance maladie.

Ce tarif, qui n'est donc pas un prix de vente, est fixé par arrêté interministériel (santé, sécurité sociale et économie), après avis du CEPS. Si le CEPS le lui propose, le gouvernement peut aller plus loin et fixer aussi un prix de vente opposable (et même, le cas échéant, les marges des distributeurs).

Comme pour le médicament, les tarifs de responsabilité ou les prix opposables peuvent être accompagnés d'une convention avec le fabricant ou avec les distributeurs, portant notamment sur le volume des ventes, ou sur des « remises » versées à l'assurance maladie. La différence principale d'avec le médicament est que le tarif ou le prix fait, de toutes façons, l'objet d'un arrêté interministériel.

e) les tarifs des actes des professions de santé libérales sont fixés par accord conventionnel entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentatifs de ces professions ; en l'absence de convention, par l'Etat.

Depuis la loi du 6 mars 2002, les rapports entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie sont régis par un système à « trois étages ». Le premier étage, commun à l'ensemble des professions, est celui de « l'accord cadre » (article L.162-1-11 du code de la sécurité sociale) qui fixe des obligations générales, mais pas de mesures tarifaires[133].

Le deuxième étage, propre à chaque profession, est celui des « conventions nationales ». Ces conventions fixent notamment (article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale) les tarifs des « honoraires, rémunérations et frais accessoires ». Pour les médecins spécialistes, ces tarifs peuvent, en l'absence de convention, être fixés par « protocole » propre à une spécialité (article L.162-15-4).

Enfin, un « troisième étage » permet d'ajouter à ces tarifs des rémunérations spécifiques, attribuées de manière individuelle aux professionnels qui adhèrent à un contrat de bonne pratique (article L.162-12-18) ou à un contrats de santé publique (article L.162-12-20).

Au total, cette répartition institutionnelle de la fonction « d'allocation de ressources » a le mérite d'avoir peu varié dans le temps, et d'être relativement claire et connue de tous.

Mais elle pêche, à l'évidence, par le cloisonnement qu'elle introduit entre différents modes de prise en charge pourtant complémentaires. Il n'y a pas de décision d'ensemble – et corrélativement, pas de vision d'ensemble – quant aux sommes que l'on déciderait de consacrer à certaines missions transversales de l'assurance maladie, qui mettraient en œuvre à la fois des établissements, des produits pharmaceutiques, des dispositifs médicaux et des interventions libérales : par exemple la prise en charge de telle maladie ou de tel groupe de pathologies, l'intervention en direction d'un problème précis de santé publique, etc.

---

[133] L'accord cadre interprofessionnel (ACIP) négocié entre l'assurance maladie et le Centre National des Professions de Santé au premier semestre 2003, n'a pas encore été approuvé par l'assemblée générale du CNPS.

2) Au sein de cette fonction d'allocation des ressources, une réflexion particulière mérite d'être consacrée aux conventions médicales et paramédicales passées entres les professionnels libéraux et l'Assurance Maladie

Les conventions passées avec les professionnels libéraux sont sans doute une des marques les plus caractéristiques de la gestion des soins de ville. Leur élaboration et leur négociation occupe une place importante du travail des caisses nationales, et l'animation des différentes « instances conventionnelles » rythme l'activité des caisses locales.

L'instrument conventionnel cristallise ainsi un certain état de dialogue entre une profession et les gestionnaires de l'Assurance Maladie : c'est souvent par rapport à lui que se définissent les positions des différents syndicats représentatifs.

L'histoire des conventions démontre leur généralisation progressive[134]

a) les conventions, instrument historiquement lié au tarif des actes des professions de santé, ont progressivement gagné tous les champs de la pratique

Le point commun de toutes ces conventions est qu'elles sont, au premier chef, des instruments de contractualisation sur le revenu des professionnels. Soit – et cela a été historiquement leur première fonction - de manière *directe*, par la fixation des tarifs et honoraires (la convention fixe la valeur de la ou des lettres-clés qui permettent de calculer le tarif des actes), soit de manière *indirecte* (la convention fixe des obligations de respect des tarifs opposables, décide de la prise en charge par l'assurance maladie de cotisations sociales complémentaires, etc…), soit enfin de manière *induite* (en échange d'une rémunération particulière, la convention encourage certains comportements, par exemple de télétransmission, de formation continue, d'installation géographique…).

Toutefois même si la négociation conventionnelle est d'abord une négociation tarifaire, c'est bien, d'après la loi, l'ensemble des « rapports » entre une profession donnée et les organismes d'assurance maladie qui ont vocation à être régis par l'instrument conventionnel.

De ce point de vue, on constate que, depuis une dizaine d'années, le champ que la loi réserve à la convention s'est progressivement étendu sur le terrain de la pratique professionnelle : références médicales et bonnes pratiques, modes d'organisation des soins, formation, etc.

L'exemple des conventions médicales (voir annexe 71) est à cet égard très frappant. Mais la même remarque peut être faite sur l'ensemble des autres conventions.

b) en deuxième lieu, les conventions peuvent faire de plus en plus de place à des accords individuels avec les professionnels de santé

Les conventions, une fois approuvées par le gouvernement, ont des effets juridiques équivalents à ceux d'un règlement : elles régissent l'ensemble des professionnels qu'elles concernent (même non adhérents des syndicats signataires).

---

134 Conventions médicales départementales entre 1945 et 1971 ; première convention nationale, avec les seuls médecins, en 1971, puis élargissement progressif aux autres professions de santé : masseurs kinésithérapeutes (1972) ; infirmiers, orthoptistes (1973) ; orthophonistes (1974) ; chirurgiens dentistes (1975) ; sages-femmes (1976), directeurs de laboratoires de biologie (1977), transporteurs sanitaires (1997), centres de santé (2003), pharmaciens d'officine (loi du 27 juillet 1999, convention en cours de négociation).

La particularité de ces conventions « réglementaires » est toutefois que les professionnels gardent la liberté de ne pas s'y soumettre.

Entre 1971 et 1997, cette adhésion personnelle à la convention (parfois tacite, parfois expresse) a été – si on excepte le cas du secteur à honoraires différents dit *secteur 2* – la seule modalité « d'individualisation » des dispositions conventionnelles. Mais ensuite, et progressivement, sont apparues, dans toutes les conventions, des facultés de modulation individuelle du contenu de l'engagement individuel.

Cette transformation a d'ailleurs été clairement conceptualisée dans les recommandations de la « mission de concertation pour la rénovation des soins de ville »[135], lesquelles ont été directement reprises dans l'actuelle architecture en « trois étages » issue de la loi du 6 mars 2002 : premier étage constitué d'un socle interprofessionnel posant les règles et principes généraux ; puis deuxième étage comportant des dispositions propres à chaque profession (notamment les tarifs des actes) ; puis enfin troisième étage de contrats individuels relatifs à la pratique. Ce dernier étage a suscité certaines réticences au sein de la profession médicale.

On peut donc dire qu'aujourd'hui, la convention n'est plus un instrument monolithique.

Cette évolution fondamentale de l'instrument conventionnel doit, il est vrai, être nuancée : d'une part, les conventions n'utilisent pour l'instant cette faculté de modulation individuelle que de manière marginale. D'autre part, on ne doit pas la confondre avec ce que serait une véritable individualisation de l'engagement conventionnel : chaque contrat particulier, conforme à un modèle négocié collectivement, est le même pour tous ceux qui décident d'y adhérer, et l'assurance maladie est tenue d'accepter au contrat quiconque en fait la demande, dès lors qu'il respecte les critères objectifs d'adhésion.

c) en troisième lieu, les partenaires conventionnels ont progressivement accru leur autonomie de décision

Si le gouvernement conserve le pouvoir d'approuver ou de refuser d'approuver les accords auxquels sont parvenues les caisses nationales d'assurance maladie, ce pouvoir est aujourd'hui nettement limité.

Depuis la loi du 29 décembre 1999, les conventions et avenants ne peuvent faire l'objet d'un refus d'approbation que dans trois cas seulement, si l'on excepte le cas, évident et nécessaire, du refus d'approbation en raison d'une illégalité : l'incompatibilité avec les objectifs de dépenses, le risque pour la santé publique, ou le risque pour l'égal accès aux soins.

On peut donc dire que le pouvoir d'approbation « en opportunité » a, sur un plan juridique au moins, été considérablement restreint.

Une telle évolution, surtout si elle doit se poursuivre, doit rendre attentif à deux points particuliers :

En premier lieu, elle soulève avec plus d'acuité la question de la représentativité des syndicats professionnels signataires. Elle conduit aussi, symétriquement, à s'interroger sur le bien-fondé d'une participation des assureurs complémentaires[136].

En second lieu, elle peut rencontrer une limite d'ordre constitutionnel. En effet, l'acte conventionnel ne peut pas, constitutionnellement, se substituer au pouvoir réglementaire d'application des lois. Le Conseil constitutionnel n'a admis l'intervention d'un acte conventionnel à la place d'un

---

[135] Rapport de MM Bernard GLORION, Bernard BRUNHES, Stéphane PAUL et Mme Lise ROCHAIX, juin 2001

[136] Une partie au moins de ceux-ci étant, il est vrai, déjà représentés dans le conseil d'administration de la CNAMTS.

règlement d'application qu'en raison de ce que la convention restait, précisément, soumise à un agrément du pouvoir réglementaire (décision n°89-269DC du 22 janvier 1990)[137]. Lequel agrément ne saurait, sans perdre sa valeur d'agrément, devenir automatique ou strictement limité aux questions de légalité.

En conclusion, on peut soutenir que l'instrument conventionnel est aujourd'hui techniquement consolidé à bien des égards, par sa pérennité, par des bases législatives toujours plus étendues, et par une jurisprudence qui le protège des annulations globales (annexe 72).

Cette solidité technique ne peut, il est vrai, représenter un objectif en soi. Il a déjà été souvent souligné que, par rapport aux objectifs généraux qu'il s'était fixés (quelques fois il est vrai de manière implicite), le système conventionnel présentait à bien des égards un bilan décevant.

Ainsi, malgré les espoirs qui ont, à de nombreuses reprises, été fondés sur elles, les conventions n'ont pas permis d'assurer la maîtrise des dépenses de santé.

Par ailleurs, malgré leur fonction de dialogue institutionnalisé entre assureurs obligatoires et professionnels de santé, les conventions ne sont pas forcément le vecteur indispensable de ces échanges puisque les quelque 53 000 spécialistes libéraux ont cessé, depuis plus de cinq ans, d'entretenir une vie conventionnelle avec l'assurance maladie sans que cela entraîne de dysfonctionnement fondamental.

Enfin, on doit constater que les conventions ne se présentent guère comme des instruments permettant de se fixer des objectifs et des moyens pour les atteindre. Comme l'ont noté beaucoup d'auteurs, elles constituent bien davantage des « règlements à élaboration conventionnelle » que des contrats de long terme passés avec une profession sur des buts précis ou des programmes à conduire en commun.

---

[137] On peut remarquer que le même obstacle constitutionnel n'existe pas pour les conventions collectives du droit du travail, en raison de ce que le principe de participation des travailleurs à la gestion des entreprises figure dans le préambule de la Constitution de 1946 (décision du Conseil constitutionnel n°89-257DC du 25 juillet 1989)

Section 6
L'articulation entre les champs, soins de ville et hospitalisation

La logique de partage de l'ONDAM en enveloppes et l'organisation institutionnelle largement structurée sur un clivage entre les soins de ville dont les caisses nationales assurent à titre principal le suivi et les dépenses d'hospitalisation qui sont dans la mouvance de l'Etat[138], posent des problèmes d'articulation :

- la définition et le suivi des transferts entre les enveloppes.

C'est le cas, par exemple de la prise en charge des ulcères gastro-duodénaux. En quelques années le traitement a été radicalement modifié grâce aux médicaments[139] qui ont bouleversé les modes de prise en charge et ont fait quasiment disparaître les interventions chirurgicales. Un transfert massif s'est alors opéré de structures hospitalières vers l'ambulatoire. Pourtant, à aucun moment il n'a été tenu compte de cette réalité et le « financement n'a pas suivi le malade », pas davantage que les restructurations de services. La dichotomie des modes de paiement (tarification à l'acte pour la ville, enveloppe budgétaire pour l'hôpital) n'est sans doute pas étrangère à cette situation.

On pourrait citer également d'autres exemples dans lesquels le parcours même du malade à l'intérieur de l'hôpital met en évidence une telle situation.

- et surtout, sur les procédures de contact entre les deux champs. Tout le monde s'accorde pour dénoncer la séparation ville/hôpital et souhaiter un décloisonnement permettant d'assurer une meilleure continuité des soins, favoriser la mise en réseau des professionnels de santé et d'arriver à une meilleure allocation des ressources. Que ce soit le cas de l'hospitalisation à domicile qui répond plus à une logique de gestion des lits hospitaliers que de satisfaction du patient ou celui de la chirurgie ambulatoire dont on a vu le faible développement en France, le cloisonnement des secteurs hospitalier et ambulatoire empêche une gestion optimale des ressources centrée sur le malade. Le problème des urgences illustre également bien cette problématique. Outre l'inefficience des moyens utilisés en l'absence de continuité des soins, la rigidité d'une approche segmentée hospitalisation d'un côté, soins de ville de l'autre, peut conduire à un transfert de responsabilité entre ces segments. Aujourd'hui la prise en charge de pathologies chroniques lourdes comme les cancers par exemple pour lesquels le malade aura des phases de traitement à la fois ambulatoires et hospitaliers, met en évidence la nécessité d'une approche coordonnée et décloisonnée.

La réflexion sur la gouvernance de l'assurance maladie doit mieux prendre en compte ces problèmes d'articulation.

1) au niveau des organes centraux,

2) à l'échelle régionale où une collaboration plus poussée – notamment entre les ARH, les URCAM et les URML – doit être recherchée.

Les différents schémas d'agences régionales de santé devraient faire l'objet d'analyses désormais centrées sur leur mise en œuvre concrète.

---

138 En ce qui concerne le secteur de l'hospitalisation privée, jusqu'en 1999, l'Assurance Maladie a joué un rôle important dans le cadre des accords tripartites Etat-cliniques-caisses. Depuis cette date, l'Assurance Maladie n'intervient plus dans la fixation des tarifs.

139 D'abord les anti H2 puis les Inhibiteurs de la Pompe à Protons et plus récemment l'association de ces antiulcéreux et de l'antibiothérapie pour l'éradication d'*hélicobacter pilori*, responsable de plus de 80% des ulcères gastro-duodénaux.

♦
♦ ♦

Les années récentes – pour fixer les idées : les dix dernières années - auront été, pour la Sécurité sociale, des années d'incessantes transformations institutionnelles.

Que ce soit au sens strict, par la création d'institutions nouvelles (Agences Régionales de l'hospitalisation, Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie, etc.) et la modification des règles qui régissent les compétences et les rapports entre acteurs (avec des exemples aussi divers que la modification du champ des conventions avec les professionnels libéraux, la réforme du financement des établissements pour personnes âgées, ou les pouvoirs du Comité économique des produits de santé) ou que ce soit, dans un sens plus large, par l'effet des événements qui ont affecté la vie des institutions (que l'on pense aux différentes censures juridiques par le Conseil constitutionnel ou le Conseil d'Etat, au départ du MEDEF et de la CGPME du conseil d'administration de la CNAMTS, ou aux quelques « renversements d'alliances » entre l'assurance maladie et les syndicats de professionnels libéraux).

Le système connaît ainsi, depuis quelques années, le changement permanent.

Certains de ces changements – non des moindres – n'ont pas duré. Les enveloppes d'honoraires et de prescription, point phare de la réforme de 1996, n'ont véritablement servi qu'une seule fois ; le suivi de l'Objectif des dépenses déléguées par le système des lettres-clés flottantes, introduit au début de 2000, n'a jamais été sérieusement appliqué pendant ses deux années d'existence juridique ; les comités médicaux régionaux ont à peine fonctionné. Mais les autres novations se sont installées, et se sont même additionnées, en sédimentant leurs strates successives.

Le résultat est aujourd'hui un paradoxal mélange de scepticisme et de surcharge. Scepticisme tangible, en raison du caractère peu durable de certaines orientations et des difficultés objectives de pilotage de la réforme. Et en même temps surcharge institutionnelle, parce que les instruments de gestion du système, progressivement accumulés, sont devenus trop nombreux.

On s'accoutume ainsi à l'empilement des financements (que l'on pense à la Formation Médicale Continue, au financement des réseaux, à la multiplication des canaux de rémunérations du médecin libéral), aux empilements institutionnels (dont le meilleur exemple est la surcharge de l'échelon régional : ARH, URCAM, URML, CRAM, DRASS, ORS, etc.), et même aux empilements législatifs et réglementaires (les praticiens du droit savent, par exemple, que le chapitre du code de la sécurité sociale relatif aux conventions médicales et paramédicales, sans cesse retouché depuis 1996, est devenu un des plus complexes qui soient). Ce ne sont plus les organismes spécialisés ou les outils juridiques qui manquent - l'urgence n'est pas d'en ajouter d'autres – mais leur mise en œuvre efficace et cohérente.

En somme, ce qui a fait le plus défaut, pendant ces années de bouleversement institutionnel et de dérive des dépenses de santé, c'est la capacité collective de se définir un cap et de le tenir avec constance. Crise de gouvernance qui s'observe d'ailleurs dans le cheminement désespérément lent de plusieurs grands dossiers, pourtant déjà considérés comme stratégiques il y a plus de dix ans : cartes Vitale et Cartes de Professionnels de Santé (CPS), dossier médical partagé, tarification des hôpitaux à l'activité, ou réforme de la nomenclature.

Bien sûr, cette insuffisante capacité à aboutir, et à aboutir dans des délais efficaces, est loin de s'expliquer par une seule cause. Mais une au moins ne fait pas de doute : le système repose de plus en plus sur des compétences partagées, et non sur des compétences déléguées ou contractualisées. La multiplication des institutions et des instruments juridiques accélère cette fragmentation des pouvoirs, en fournissant à chacun la faculté de peser sur presque tout.

Ainsi, sur la quasi-totalité des sujets, il n'est désormais possible d'avancer que par « coordination ». Les URCAM coordonnent l'action de gestion du risque des différentes caisses et des différents régimes. L'Etat et l'Assurance Maladie doivent coordonner, au sein du GIP ARH, leurs moyens d'action sur l'hôpital. De très nombreux acteurs se coordonnent au sein du GIE SESAM-Vitale ou du GIP CPS, on peut multiplier les exemples. Au mieux, c'est la lenteur et la perte d'efficacité ; au pire, c'est le conflit (que l'on songe, pour une illustration récente, à ceux qui ont pu naître autour de la difficile « coordination » des gardes médicales).

En fait, comme le montre la note de problématique qui précède, sur beaucoup de fonctions essentielles de l'assurance maladie, il manque un véritable chef de file, qui dispose en plénitude des moyens et du pouvoir de décider, qui affiche ses objectifs, et qui soit jugé sur la manière dont il les tient.

Et c'est pourquoi les outils ont souvent pris le pas sur les finalités qu'ils doivent servir. Les conventions médicales et paramédicales, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et les organismes nationaux d'Assurance Maladie, la tarification à l'activité (T2A), les processus d'accréditation, ne sont que des instruments. Ils n'ont d'intérêt et de sens que par rapport aux buts pratiques, chiffrés, vérifiables qui doivent être fixés au préalable : buts d'amélioration de la qualité et de l'efficience, buts de restructuration des ressources du système de soins. Or, faute de rappeler ces buts avec assez de clarté, on en vient à mettre en avant les outils, et on oublie que la contrainte doit porter d'abord sur la main qui les tient.

Il n'est pas exagéré de dire que le système manque aujourd'hui, à tous ses niveaux (depuis l'administration d'un hôpital jusqu'aux grands choix de prise en charge), de capacité à décider en situation de responsabilité. Non pas que celui qui décide doive décider seul et sans concertation : la prise en compte des points de vue et la capacité à faire partager l'objectif par le plus grand nombre sont, au contraire, une condition de la réussite, dans l'assurance maladie comme ailleurs. Mais la fonction de décision et de prise de responsabilité ne doit pas être diluée comme elle l'est actuellement.

Ce diagnostic suggère, on l'a compris, que soient tranchés plus nettement qu'aujourd'hui les partages de compétence. A l'évidence, plusieurs schémas peuvent y répondre, parce que plusieurs répartitions de pouvoirs sont envisageables. Mais ils devraient avoir en commun que chaque acteur s'y voie fixer des objectifs quantitatifs connus de tous, dispose à cette fin de tous les pouvoirs de décision nécessaires, et assure intégralement la responsabilité de ses résultats.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

RAPPORT DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

ANNEXES

23 Janvier 2004

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

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

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

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie
CGT
M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral
M. Daniel PRADA, membre de la commission exécutive
CFDT
M. Gaby BONNAND, secrétaire national
M. Yves VEROLLET, secrétaire confédéral
CGT-FO
M. Jean-Claude MALLET, secrétaire confédéral, ancien président de la CNAMTS
M. Bernard EUZET, secrétaire de l'union départementale de l'Allier
CFTC
M. Jean-Louis DEROUSSEN, secrétaire général adjoint
CFE-CGC
Mme Danièle KARNIEWICZ, déléguée nationale à la protection sociale
MEDEF
M. Guillaume SARKOZY, vice-président
M. Bernard MESURÉ, membre du bureau du conseil exécutif
CGPME
M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral
UPA
Mme. Dany BOURDEAUX, présidente de la commission sociale
FNSEA
M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint
UNAPL
Dr Claude MAFFIOLI, vice-président
UNSA Fonctionnaires
M. François JOLICLERC, délégué général

Trois députés
M. Jean-Michel DUBERNARD, président de la commission des affaires sociales, UMP, Rhône
M. François GOULARD, UMP, Morbihan
M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

Trois sénateurs
M. Nicolas ABOUT, UC, Yvelines, président de la commission des affaires sociales
M. Adrien GOUTEYRON, vice-président du Sénat, UMP, Haute-Loire
M. Alain VASSELLE, UMP, Oise

Cinq représentants de l'Etat
M. Alain ETCHEGOYEN, commissaire général au plan
M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
M. Edouard COUTY, directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins
M. Jean-Luc TAVERNIER, directeur de la prévision et de l'analyse économique
M. Pierre-Mathieu DUHAMEL, directeur du budget

Trois représentants des régimes de base d'assurance maladie
M. Jean-Marie SPAETH, président de la CNAMTS
M. Gérard QUEVILLON, président de la CANAM
Mme Jeannette GROS, présidente de la MSA

Trois représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire
M. Etienne CANIARD, délégué aux questions de santé et de sécurité sociale, FNMF
M. Jean-Louis FAURE, délégué général du CTIP
M. André RENAUDIN, délégué général de la FFSA

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

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

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

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

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

Secrétariat général
Pierre-Jean LANCRY

Plan des annexes

Annexes relatives au chapitre premier : « Principaux paramètres financiers et économiques du système de santé français »

N°	page
1) le secteur de la santé dans l'économie française (valeur ajoutée et emploi)	8
2) comparaisons internationales : part des dépenses de santé dans le PIB	12
3) structure de la consommation brute (exploitation du panel EPAS)	15
4) La consommation médicale durant les six derniers mois de la vie	19
5) L'opinion publique	23
6) La concentration des dépenses de santé et son évolution dans le temps	25
7) Les déterminants individuels des dépenses de santé	29
8) la complémentaire maladie en France : qui a accès à quels remboursements ?	38
9) la CMUC	49
10) l'opposabilité	52
11) augmentation du taux de prise en charge par le régime général	58
12) droits indirects sur les tabacs et sur les alcools, quelques éléments d'analyse	59
13) le système d'exonérations	69
14) les ALD	70
15) restes à charge et taux d'effort	77
16) les familles supportant les plus gros tickets modérateurs	81
17) diffusion du tiers payant	82
18) Etude du CREDES sur l'influence du tiers payant	83
19) Une analyse économique du concept de gratuité en assurance santé	87
20) Socialisation de la prise en charge, niveau de dépense et état santé	88
21) l'expérience des pays étrangers	92
- Financement des dépenses totales de santé au sein de l'OCDE en 2000	92
- Les versements directs nets des ménages (ou reste à charge) dans les pays de l'OCDE	94
- La participation financière des assurés : éléments de comparaison internationale	95
22) taux de remplacement en arrêt maladie	103
23) les dépenses d'indemnités journalières maladie	107
24) Evolution des impositions affectées à la sécurité sociale, 1ère partie	113
25) Evolution des impositions affectées à la sécurité sociale, 2ème partie	121
26) les contrats Madelin	127
27) état de la dette sociale	130
28) facteurs structurel et conjoncturel dans le déficit de l'assurance maladie	131
29) projection selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale	137

Annexes relatives au chapitre deux, première partie : « Qualité du système de soins : le périmètre des biens et services et la qualité médicale des actes »

30) Le contenu du périmètre de prise en charge par l'assurance maladie de base dans certains pays de l'OCDE 140
31) La redéfinition du périmètre de prise en charge par l'assurance maladie de base dans les systèmes de soins étrangers 144
32) La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) et les remboursements par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) 148
33) Le médicament dans le périmètre de prise en charge 149
34) La tarification à l'activité (T2A) 159
35) La classification commune des actes médicaux (CCAM) 161
36) L'iatrogénèse 163
37) Le contrôle du respect du périmètre de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire 171
38) Les accords de bon usage de soins (AcBus) 177
39) Chiffre d'affaires, marge et revenu des pharmaciens 179
40) Evolution comparée des revenus de certaines professions de santé avec d'autres professions libérales 183
41) Les modes de rémunération en médecine de ville, expériences française et étrangère 187
42) Les référentiels 195
43) La variabilité des pratiques 199
44) Un exemple de cercle de qualité : l'expérience « Groupama Partenaires Santé » 202
45) La formation médicale continue 204
46) L'action des producteurs de produit de santé 208
47) Le retour d'information vers le praticien et l'évaluation des pratiques en médecine libérale, approches française et étrangères 212
48) L'ANAES et l'accréditation des établissements de santé 215

Annexes relatives au chapitre deux, deuxième partie : « Qualité du système de soins : l'efficacité dans le système de soins »

49) Indicateurs régionaux d'état de santé et d'offre de soins 221
50) Les écarts de démographie professionnelle entre départements 222
51) La prévention 223
52) Densité médicale : Constat et projections démographiques 232
53) La recomposition de l'offre de soins hospitaliers 239
54) Est-il possible de définir les besoins en professionnels de santé ? 242
55) Les instruments de la politique démographique 250
56) Les schémas régionaux d'organisation des soins 259

57) Bilan des SROS 265
58) L'organisation de la permanence des soins 270
59) la prise en charge des pathologies lourdes et/ou chroniques 274
60) Disparité de la valeur du point ISA 278
61) Ecarts de coûts entre établissements de santé, aspects factuels et méthodologiques 283
62) Les réseaux de santé 289
63) L'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire 294
64) hospitalisation à domicile, maintien à domicile 298
65) La prise en charge des urgences 303
66) L'information de l'usager sur le système de soins 308

Annexes relatives au chapitre trois : « la gouvernance »

67) Projet de loi de Finances pour 2004, La programmation pluriannuelle 313
68) Extraits du rapport 2003 de la Cour des Comptes sur la LFSS 315
69) Les agences régionales de l'hospitalisation 317
70) La Commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux 320
71) L'évolution récente des conventions médicales et paramédicales 323
72) La « fragilité » juridique des conventions 326

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

Annexe 1 : Le secteur de la santé dans l'économie française (valeur ajoutée et emploi)

Mesurer le poids de la santé dans l'économie française nécessite au préalable de définir les contours du secteur santé. Celui-ci se compose de prestataires de services médicaux proprement dit (hôpitaux, cliniques, médecins…), mais on y rattache d'autres professionnels de santé comme les pharmaciens (secteur commercial), ainsi que les industries fabricant des produits pharmaceutiques ou des dispositifs médicaux (secteur industriel).

En ce qui concerne le secteur sanitaire proprement dit, la comptabilité nationale en retrace l'activité, dans la décomposition de l'économie par branches au sein de la section « santé et action sociale ». Cette rubrique est constituée principalement d'une sous section « activité pour la santé humaine » à laquelle s'ajoutent les vétérinaires. La branche « activité pour la santé humaine » est elle-même subdivisée au niveau le plus fin, en santé non marchande et en santé marchande. On retrouve dans ces deux rubriques : les activités hospitalières (hôpitaux et cliniques), la pratique médicale (consultations et soins dispensés par les généralistes et spécialistes, radiothérapie…), la pratique dentaire, l'activité des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...), les services de transports de malades, de maisons de santé, des laboratoires d'analyses médicales, des banques d'organes.

On peut en outre identifier deux branches industrielles intervenant dans le domaine de la santé : l'industrie pharmaceutique et la fabrication de matériel médico-chirurgical et d'orthopédie ; et une branche commerciale : le commerce de produits pharmaceutiques et médicaux.

Nous utilisons ici deux agrégats pour mesurer le poids de la santé dans l'économie, le premier est la valeur ajoutée dégagée par la branche, qui peut se comparer au Produit Intérieur Brut ; le second est l'emploi dans les secteurs. Cette analyse succincte a deux limites : tout d'abord dans une analyse plus complète il faudrait examiner d'autres agrégats tels que l'investissement réalisé par ces secteurs, la masse salariale versée, ou du coté de la demande, le poids des biens et services dans la consommation finale. Enfin, il faut signaler que le poids réel de la santé ne se limite pas à la valeur ajoutée dégagée par le secteur, en effet il faudrait tenir compte de l'activité induite en amont dans toutes les autres branches de l'économie par le biais des consommations intermédiaires ou des investissements réalisés par les unités intervenant directement dans le domaine de la santé.

Le poids des branches relatives à la santé dans le Produit Intérieur Brut

En 2001, la valeur ajoutée de la branche « santé humaine » s'est élevée en valeur à 73,6 milliards d'euros, soit 5,6% de la valeur ajoutée totale. La branche « industries pharmaceutiques » représente 0,8% de la valeur ajoutée totale, soit 10,1 milliards d'euros en valeur. La fabrication de matériel médico-chirurgical et d'orthopédie est d'importance moindre et ne représente que 0,2% de la valeur ajoutée totale, soit 2,4 milliards d'euros (cf. tableau 1).

On peut enfin rajouter que la branche commerce de détail de produits pharmaceutiques et médicaux réalise une valeur ajoutée en 2001 de 6,9 milliards d'euros, soit 0,5% de la valeur ajoutée totale.

Dans l'ensemble, l'activité propre de ces branches représente donc environ 7% de la valeur ajoutée.

L'emploi dans les secteurs sanitaires

L'emploi dans les secteurs sanitaires et les effectifs des professionnels de santé ne se confondent pas ; en effet le secteur sanitaire compte d'autres emplois que les seules professions de santé et, a contrario,

d'autres secteurs que les secteurs sanitaires, notamment le secteur social, emploient des professionnels de santé (cf. tableau 2).

Au total, la sphère sanitaire et sociale employait selon l'enquête emploi de mars 2002 environ 2 800 000 personnes[1]. Le secteur sanitaire est prédominant avec 1 520 000 emplois, dont un peu moins d'un million à l'hôpital, toutes professions confondues (tableau 2). Le secteur social représente quant à lui 1 100 000 emplois et la fabrication ou le commerce de produits ou d'équipements médicaux environ 300 000 emplois.

La place de l'ensemble de ces secteurs dans l'emploi total s'est stabilisée depuis cinq ans, après avoir sensiblement progressé au début des années 90. La sphère sanitaire et sociale représentait en effet 10,9 % du total des emplois en 1993, et se maintient autour de 12 % depuis 1997. La mise en place de la réduction du temps travail devrait cependant s'accompagner de la création de près de 45 000 postes dans les établissements de santé (hôpitaux, cliniques) et médico-sociaux.

Quant à l'ensemble des professions de santé[2], elles ont vu leurs effectifs augmenter au cours de ces dernières années. Tous secteurs d'activité confondus, elles représentent 1 692 000 emplois, soit un peu plus de 7% du total des emplois, concentrés essentiellement dans les secteurs sanitaires et sociaux (tableau 3). La place de plus en plus grande des activités sociales à l'intérieur de cette sphère se traduit mécaniquement par une part en constante régression des professions de santé (54 % du total des emplois sanitaires et sociaux en 2002 contre près de 59 % en 1993). Leur place au sein des emplois des secteurs strictement sanitaires reste en revanche stable sur le moyen terme, autour de 76 %.

[1] La sphère sanitaire et sociale comprend ici les secteurs de fabrication ou de commercialisation de produits et d'équipements, les services de santé (hôpital, pratique médicale ou paramédicale, etc) et l'action sociale. On compte également les activités thermales.

[2] Elles comprennent les professions réglementées par le code de la santé publique (médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes, infirmières, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs radio, pédicures-podologues, ergothérapeutes), mais également les professions non réglementées, comme les préparateurs en pharmacie, les psychologues, les aides-soignantes, les agents de services hospitaliers, les ambulanciers et diverses professions techniques.

Tableau 1 : Valeur ajoutée par branche à prix courants (en millions €) *[source INSEE]*

Branches	1996	1997	1998	1999	2000	2001
INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	7 174	7 809	8 078	8 917	9 114	10 130
FABRICATION DE MATERIEL MEDICO-CHIRURGICAL ET D'ORTHOPEDIE	1 846	2 042	2 036	2 198	2 181	2 449
COMMERCE DE DETAIL DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET MEDICAUX	5 412	5 459	5 683	5 980	6 409	6 874
SANTE HUMAINE (MARCHANDE)	30 481	31 018	31 244	31 719	32 357	33 727
SANTE HUMAINE NON MARCHANDE	33 422	34 382	35 836	36 869	38 467	39 937
TOTAL SANTE HUMAINE	**63 903**	**65 400**	**67 080**	**68 588**	**70 824**	**73 664**
VALEUR AJOUTEE DE L'ENSEMBLE DES BRANCHES	1 077 593	1 113 589	1 162 119	1 201 516	1 268 359	1 322 394
Part des branches en % de la valeur ajoutée						
INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8
FABRICATION DE MATERIEL MEDICO-CHIRURGICAL ET D'ORTHOPEDIE	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
COMMERCE DE DETAIL DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET MEDICAUX	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
TOTAL SANTE HUMAINE	**5,9**	**5,9**	**5,8**	**5,7**	**5,6**	**5,6**

Tableau 2 : Emploi dans les professions de santé

	professions de santé	emploi total
Secteur sanitaire et social	1 516 357	2 825 231
Industrie et commerce de biens médicaux et pharmaceutiques	122 107	301 296
Secteur sanitaire (hors vétérinaires)	1 091 712	1 420 704
Secteur social	299 463	1 093 999
Soins aux particuliers : thermalisme et thalassothérapie	3 075	9 232
Vétérinaires	12 150	
Autres secteurs		
Industrie et commerce divers	7907+14817	
Services divers	140 739	
TOTAL	1 691 970	

Source : INSEE, enquête emploi,mars2002

Tableau 3 : Evolution de l'emploi dans les professions de santé, 1996-2002

			1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Industrie et commerce de biens médicaux et pharmaceutiques		actifs	300 096	306 329	304 124	305 278	309 166	306 869	301 296
		dont professions de santé	126 595	118 079	115 237	122 373	131 640	130 237	122 107
	Fabrication de produits pharmaceutiques	actifs	100 557	109 494	103 772	99 255	105 914	105 271	101 508
	et médicaments	dont professions de santé	6 704	9 204	5 590	5 398	7 905	7 489	7 908
	Fabrication de matériels médico-	actifs	44 383	38 594	36 808	36 588	39 172	39 310	40 866
	chirurgicaux	dont professions de santé	18 575	12 884	13 353	16 038	17 958	17 451	13 522
	Commerce de gros et détail de produits	actifs	155 156	158 241	163 544	169 435	164 080	162 288	158 922
	pharmaceutiques et médicaux	dont professions de santé	101 316	95 991	96 294	100 937	105 777	105 297	100 677
Secteur sanitaire		actifs	1 471 581	1 450 934	1 426 769	1 446 626	1 432 708	1 422 032	1 420 704
		dont professions de santé	1 101 243	1 101 995	1 106 216	1 113 638	1 082 187	1 091 846	1 091 712
	Activités hospitalières	actifs	993 033	976 021	973 985	1 014 824	992 972	968 517	994 309
		dont professions de santé	750 841	753 575	761 794	793 200	762 946	758 178	765 683
	Pratique médicale	actifs	222 189	208 211	196 541	190 060	182 973	191 574	179 068
		dont professions de santé	149 051	140 548	137 477	126 124	114 515	123 657	121 801
	Pratique dentaire	actifs	67 702	65 707	62 973	52 386	52 999	51 990	51 755
		dont professions de santé	54 661	52 734	52 337	42 654	40 954	42 953	44 524
	Activité d'auxiliaires medicaux	actifs	105 910	117 394	110 427	106 942	122 009	113 715	114 037
		dont professions de santé	97 664	104 863	102 166	96 645	113 196	105 500	108 056
	Soins hors cadre règlementé	actifs	213	1 847	1 919	2 059	2 164	2 668	2 422
		dont professions de santé	0	922	1 599	1 696	1 414	2 001	2 422
	Ambulances	actifs	37 830	31 601	32 701	33 489	32 213	40 822	34 351
		dont professions de santé	25 510	21 264	23 155	26 565	23 449	29 633	24 686
	Laboratoires d'analyses	actifs	40 208	44 591	42 570	40 825	40 735	43 322	37 896
		dont professions de santé	20 776	23 854	24 939	24 016	22 680	24 583	20 689
	Collecte et banques d'organes	actifs	4 496	5 562	5 653	6 041	6 643	9 424	6 866
		dont professions de santé	2 740	4 237	2 749	2 738	3 033	5 341	3 851
Secteur social		actifs	822 692	868 719	918 266	938 373	986 348	1 045 850	1 093 999
		dont professions de santé	249 101	247 662	259 403	268 908	272 286	290 191	299 463
Thermalisme et soins aux particuliers		actifs	6 656	6 471	6 949	5 247	8 976	8 673	9 232
		dont professions de santé	3 369	2 408	2 479	527	3 617	2 555	3 075
Ensemble sanitaire et social		actifs	2 601 025	2 632 453	2 656 108	2 695 524	2 737 198	2 783 424	2 825 231
		dont professions de santé	1 480 608	1 470 144	1 483 335	1 505 446	1 489 730	1 514 829	1 516 357

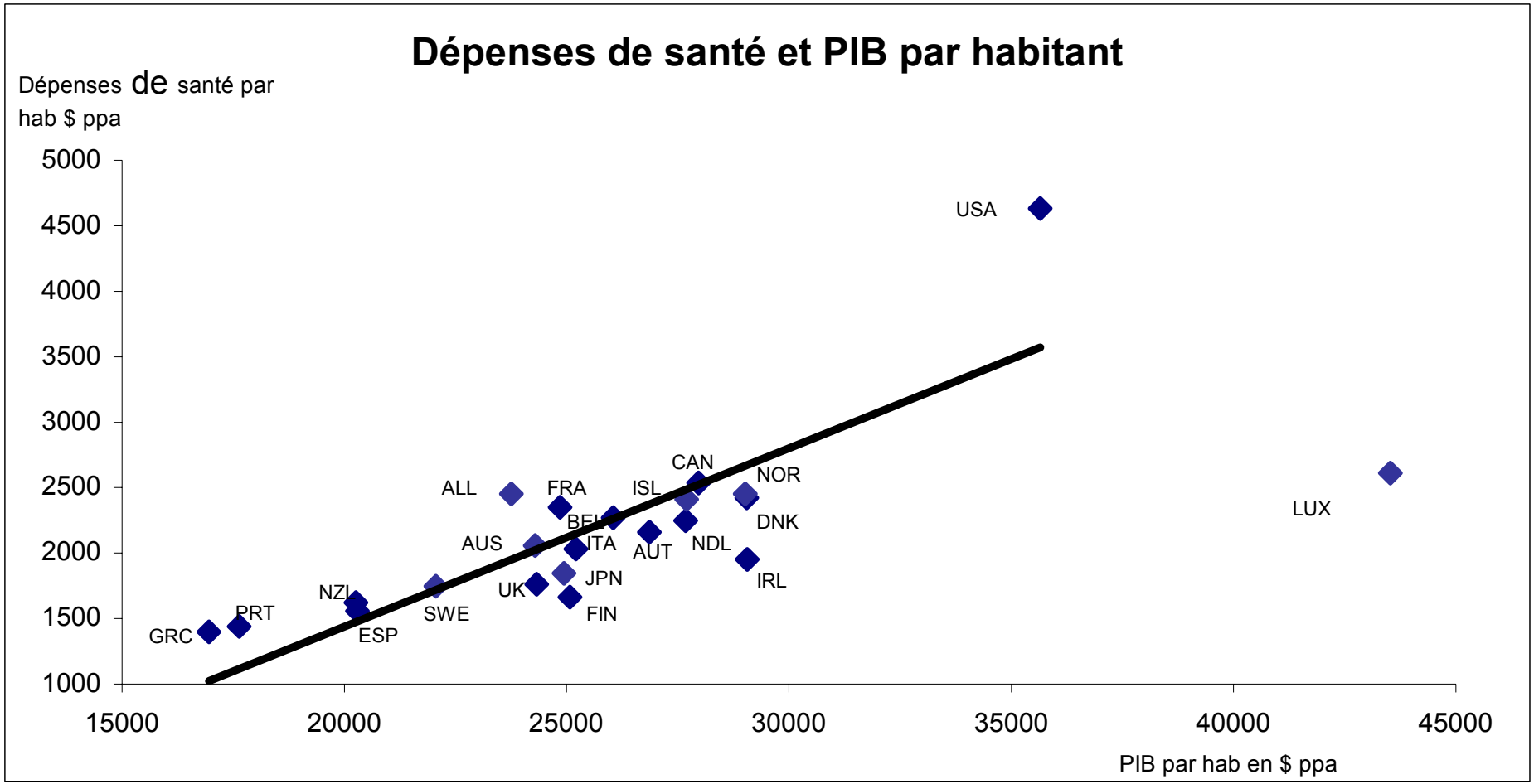
Source : INSEE, enquête emploi

Annexe 2 : Comparaisons internationales : Part des Dépenses de santé dans le PIB

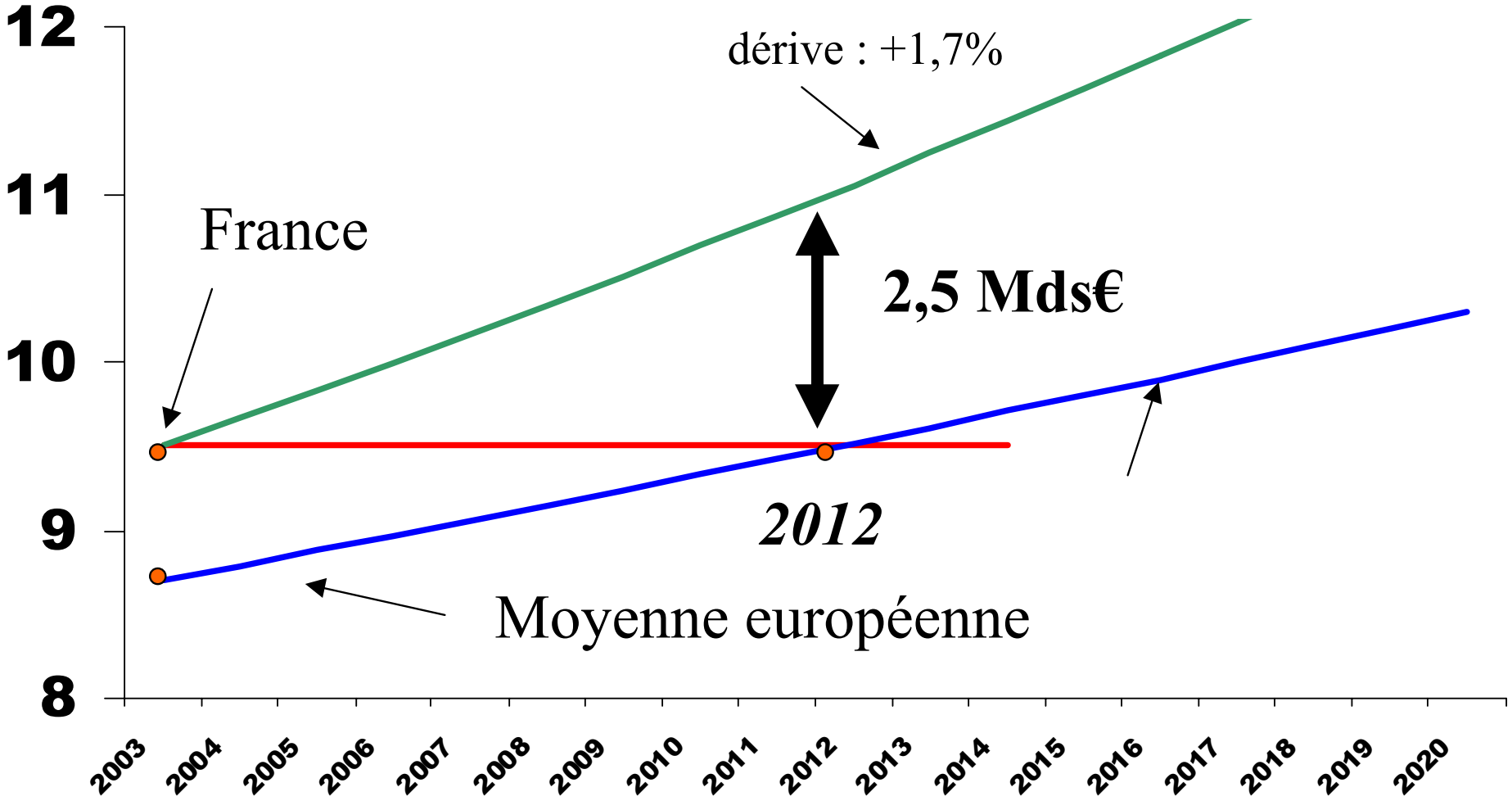
Pays	1990	1995	2000	2001	rang 2001
Allemagne	8,5	10,6	10,6	10,7	3
Australie	7,8	8,2	8,9		non classé
Autriche	7,1	8,6	8	7,7	16
Belgique	7,4	8,7	8,7	9	9
Canada	9	9,2	9,2	9,7	4
Corée	4,8	4,7	5,9		non classé
Danemark	8,5	8,2	8,3	8,6	12
Espagne	6,7	7,6	7,5	7,5	18
Etats-Unis	11,9	13,3	13,1	13,9	1
Finlande	7,8	7,5	6,7	7	20
France[3]	**8,6**	**9,5**	**9,3**	**9,5**	**5**
Grèce	7,4	9,6	9,4	9,4	6
Hongrie		7,5	6,7	6,8	21
Irlande	6,1	6,8	6,4	6,5	23
Islande	8	8,4	9,1	9,2	7
Italie	8	7,4	8,2	8,4	13
Japon	5,9	6,8	7,6		non classé
Luxembourg	6,1	6,4	5,6		non classé
Mexique	4,5	5,7	5,6	6,6	22
Norvège	7,7	7,9	7,7	8,3	14
Nouvelle-Zélande	6,9	7,2	8	8,2	15
Pays-Bas	8	8,4	8,6	8,9	10
Pologne	5,3	6		6,3	24
Portugal	6,2	8,3	9	9,2	8
République Slovaque			5,7	5,7	25
République Tchèque	5	7,3	7,1	7,3	19
Royaume-Uni	6	7	7,3	7,6	17
Suède	8,2	8,1	8,4	8,7	11
Suisse	8,5	10	10,7	10,9	2
Turquie	3,6	3,4			non classé

Source : Eco-Santé OCDE, 2003

[3] Il convient de rappeller que pour la France, et contrairement aux autres pays de l'OCDE, l'agrégat des dépenses de santé n'intègre pas les dépenses de gestion administrative des caisses d'assurance maladie, mais seulement les frais de gestion des mutuelles, du ministère de la santé et des administrations privées. Les frais de gestion des principaux organismes de protection sociale gérant le risque maladie représentaient pourtant 6,9 Md€ en 2001, soit 0,5% du PIB de la même année (DREES, Comptes nationaux de la santé 2001). La dépense de santé de la France, analysée sur les mêmes bases que celle des autres pays de l'OCDE, représenterait alors 10% du PIB et la situerait au 3ème rang mondial.


Dépenses de santé et PIB par habitant
Dépenses de santé par hab $ ppa
5000
4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
15000
20000
25000
30000
35000
40000
45000
PIB par hab en $ ppa
USA
LUX
CAN
NOR
ALL
FRA
ISL
DNK
BEL
AUS
ITA
AUT
NDL
IRL
JPN
NZL
UK
PRT
SWE
FIN
GRC
ESP

Dépenses de santé en points de PIB



Annexe 3 : Structure de la consommation brute (Exploitation du panel EPAS)

1) méthode

Sur l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) on recense les dépenses présentées au remboursement classées en fonction de l'âge, du sexe, du type de soins (ambulatoires ; hospitaliers) et du statut en termes d'Affections de Longue Durée (ALD / non ALD). Le tableau est établi par personne protégée.

2) principaux résultats

a) variation de la dépense brute avec l'âge

sur base 100 en moyenne

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

Source : CNAMTS/DSE/EPAS, 2001

b) variation de la dépense brute selon la qualité ALD/non ALD

La dépense reconnue des personnes en ALD est de 6 947€ contre 928€ pour les non-ALD et une moyenne de 1 662€ (*Source : CNAMTS/DSE/EPAS, 2001)*

c) cette dépense se répartit comme suit

	remboursements		Ticket modérateur et dépassements	
	En €	En %	En €	En %
ALD	6 623	93,7	514	6,3
Non ALD	741	69,5	310	30,5
Ensemble	1 458	81,7	334	18,3

Source : CNAMTS/DSE/EPAS, 2001

d) alors que la consommation brute est très différente entre les populations ALD et non ALD (de 1 à 9,6), le reste à charge diffère peu (de 1 à 1,47), résultat du régime ALD qui exonère massivement les ALD. *(Source : CNAMTS/DSE/EPAS, 2001)*

e) l'étude plus détaillée qui suit analyse les plus gros et les plus petits consommants

Caractéristiques des 5% plus gros consommateurs de soins et des 15% plus faibles consommateurs de soins du Régime Général en 2000

Source : EPAS (1/600ème)
Taille de l'échantillon : 72 142 personnes protégées par le Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes) de France métropolitaine.

Les 5% plus gros consommateurs :

Les 5% plus gros consommateurs concentrent 51% des dépenses de santé et 60% des montants remboursés par la Sécurité Sociale.

Caractéristiques des 3 607 personnes ayant les dépenses de santé les plus importantes en 2000

Age	Répartition des patients	Proportion d'hommes	Proportion de patients en ALD	Age moyen	Moyenne		
					Dépense totale (€)	Dépense de soins ambulatoires (€)	Dépense hospitalière (€)
0-14	7%	54%	42%	8 ans	24 088	3 147	20 941
15-29	8%	50%	41%	23 ans	21 059	2 603	18 456
30-44	14%	48%	52%	37 ans	17 808	4 382	13 426
45-59	18%	52%	63%	52 ans	18 168	5 180	12 989
60-74	24%	53%	72%	68 ans	16 352	5 558	10 794
75+	29%	37%	75%	83 ans	16 397	5 767	10 630
Ensemble	**100%**	**47%**	**64%**	**58 ans**	**17 784**	**4 995**	**12 788**

CNAMTS-DSE/DEPAS Source : EPAS

Les 5% plus gros consommateurs ont dépensé en moyenne en 2000, 17 784€, soit une consommation 10 fois plus importante que celle d'un consommateur moyen (1 740€). La moitié d'entre eux ont dépensé sur l'année au maximum 11 568€, soit plus de 22 fois plus qu'un consommateur médian (518€).
28% de la consommation moyenne est liée à des soins ambulatoires et 72% à des frais hospitaliers (contre respectivement 55% et 45% dans l'ensemble). **En moyenne, 95% de cette dépense est prise en charge par la Sécurité Sociale de base**.
Cette classe comprend autant d'hommes que la moyenne (47% contre 46% dans l'ensemble), 64% souffrent d'une affection longue durée (contre 12% dans l'ensemble). L'âge moyen est élevé : 58 ans contre 37 ans en moyenne. En effet, seulement 7% des gros consommants ont moins de 15 ans (alors qu'ils représentent plus de 21% de la population protégée) et 29% d'entre eux ont plus de 75 ans (seulement 7% dans l'ensemble).

Les 15% plus faibles consommateurs :

Caractéristiques des 10 820 personnes n'ayant eu quasiment aucune dépense de santé en 2000

Age	Répartition des patients	Proportion d'hommes	Proportion de patients en ALD	Age moyen	Moyenne		
					Dépense totale (€)	Dépense de soins ambulatoires (€)	Dépense hospitalière (€)
0-14	32%	51%	0%	8 ans	38	38	0
15-29	30%	60%	1%	21 ans	41	41	0
30-44	21%	60%	1%	37 ans	42	42	0
45-59	11%	57%	2%	50 ans	40	40	0
60-74	5%	45%	4%	66 ans	34	34	0
75+	1%	35%	8%	82 ans	37	37	0
Ensemble	**100%**	**56%**	**1%**	**26 ans**	**40**	**40**	**-**

CNAMTS-DSE/DEPAS Source : EPAS

15% des patients n'ont généré quasiment aucune dépense. Ces 15% de faibles consommateurs de soins en 2000 ont une dépense annuelle moyenne évaluée à 40€. La moitié d'entre eux a une consommation inférieure à 39€. La quasi-intégralité des dépenses de soins de cette population correspond à des soins de ville. En moyenne, 64% de la consommation est prise en charge par le Régime de base de la Sécurité Sociale.
Cette population concentre 90% des plus faibles consommateurs de soins de ville. Elle se compose davantage d'hommes que la moyenne (56% contre 46%). 1% souffre d'une affection longue durée (contre 12% dans l'ensemble). En effet, 32% ont moins de 15 ans (contre resp. 21%) et 1% est âgé de 75 ans ou plus (resp. 7%).

Les dépenses de l'ensemble de la population protégée en 2000 et leurs caractéristiques démographiques.

Concentration des dépenses totales					
		% cumul croissant		% cumul décroissant	
Quantiles population	Dép.moy (€)	Dépenses (€)	Population	Dépenses (€)	Population
0%-5%	9	**0%**	**5%**	100%	95%
5%-10%	39	**0%**	**10%**	100%	90%
10%-15%	71	**0%**	**15%**	100%	85%
15%-20%	109	1%	20%	99%	80%
20%-25%	151	1%	25%	99%	75%
25%-30%	199	2%	30%	98%	70%
30%-35%	252	2%	35%	98%	65%
35%-40%	315	3%	40%	97%	60%
40%-45%	386	4%	45%	96%	55%
45%-50%	470	6%	50%	94%	50%
50%-55%	569	7%	55%	93%	45%
55%-60%	687	9%	60%	91%	40%
60%-65%	831	12%	65%	88%	35%
65%-70%	1 011	15%	70%	85%	30%
70%-75%	1 241	18%	75%	82%	25%
75%-80%	1 550	23%	80%	77%	20%
80%-85%	2 013	28%	85%	72%	15%
85%-90%	2 757	36%	90%	64%	10%
90%-95%	4 360	49%	95%	**51%**	**5%**
95%-100%	17 784	100%	100%	0%	0%
CNAMTS-DSE/DEPAS Source : EPAS (1/600ème)					

Les quantiles et la consommation de la population protégée						
Quantiles de population	Dépense totale moyenne(€)	Dépense ambulatoire moyenne (€)	Dépense hospitalière moyenne (€)	Montants remboursés moyen (€)	Montants remboursés amb.moyen(€)	Montants remboursés hosp.moyen(€)
0%-5%	9	9	0	6	6	0
5%-10%	39	39	0	25	25	0
10%-15%	71	71	0	45	45	0
15%-20%	109	109	1	69	68	1
20%-25%	151	150	1	95	94	1
25%-30%	199	197	1	123	122	1
30%-35%	252	250	2	154	152	2
35%-40%	315	311	4	188	186	3
40%-45%	386	380	5	228	224	4
45%-50%	470	461	9	278	271	7
50%-55%	569	550	19	335	319	16
55%-60%	687	656	31	405	378	27
60%-65%	831	778	53	501	454	47
65%-70%	1 011	937	73	619	553	66
70%-75%	1 241	1 134	107	773	677	97
75%-80%	1 550	1 371	179	1 010	845	165
80%-85%	2 013	1 712	301	1 354	1 076	278
85%-90%	2 757	2 124	633	1 995	1 398	598
90%-95%	4 360	2 811	1 549	3 428	1 973	1 455
95%-100%	17 784	4 995	12 788	16 841	4 314	12 527
Ensemble	**1 740**	**952**	**788**	**1 424**	**659**	**765**

Les quantiles et les caractéristiques de la population protégée					
Quantiles de dépenses	Proportion d'hommes	Proportion de patients en ALD	Age moyen	% des 0-4 ans	% des 75 ans et plus
0%-5%	51%	1%	26	9%	2%
5%-10%	60%	1%	27	7%	1%
10%-15%	57%	1%	26	8%	1%
15%-20%	56%	1%	26	10%	1%
20%-25%	54%	1%	27	10%	1%
25%-30%	51%	2%	27	11%	1%
30%-35%	50%	2%	28	12%	2%
35%-40%	48%	2%	29	12%	2%
40%-45%	48%	3%	31	11%	2%
45%-50%	45%	3%	32	10%	3%
50%-55%	44%	4%	35	9%	3%
55%-60%	43%	6%	37	8%	4%
60%-65%	42%	7%	40	7%	6%
65%-70%	39%	12%	43	5%	8%
70%-75%	39%	14%	46	4%	10%
75%-80%	39%	19%	49	3%	13%
80%-85%	39%	23%	52	3%	15%
85%-90%	36%	30%	52	2%	15%
90%-95%	38%	37%	54	2%	20%
95%-100%	47%	64%	58	2%	29%
Ensemble	**46%**	**12%**	**37**	**7%**	**7%**
CNAMTS-DSE/DEPAS Source : EPAS (1/600ème)					

Annexe 4 : La consommation médicale durant les six derniers mois de la vie, par rapport à la consommation médicale totale

1) comparaison globale CSBM (comptes de la santé) / EPAS pour 2001

Les comptes de la Santé donnent les infos suivantes :
- Consommation de services et biens médicaux (CSBM) : 128,5 (Milliards €)
- dont : dépenses présentées au remboursement : 118,4

Les champs respectifs sont les suivants :

	CSBM comptes de la santé	EPAS
territoire	France entière	Métropole (97%)
régimes	tous	RG hors SLM[4] (72 à 73%)
risques	tous	Tous (sauf ASS)
personnes âgées	y.c. Médicalisation – SSAD[5] : 2,4 Md€	Hors Médicalisation - SSAD
période	Année de remboursements	Année de soins
prestations en espèces	Non	non (pas ici)
dépassements	Oui : 5,7 Md€	Oui : 5,8 (8,3 extrapolé France entière)
forfait journalier	oui (dans les 118,4) : 1,2 Md€	non
ticket modérateur	Oui (15,6 Md€ moins les forfaits hospitaliers)	Oui : 9,0 (12,9 Md€ France entière)

La CSBM correspondant au champ EPAS est donc :
- CSBM : 128,5 Md€
- dont : dépenses présentées au remboursement : 118,4 Md€
- moins médicalisation SSAD : 116,0 Md€
- moins forfait hospitalier (?) : 114,8 Md€

La population française étant de 60,912 millions à la mi-2001, ce dernier chiffre représente une dépense moyenne de 1 885 euros par tête.

L'EPAS, dans le champ du régime général, estime cette dépense à 1 793 euros, soit 4,8% de moins.

Cet écart peut tenir :
- à une consommation moyenne légèrement plus faible dans le périmètre de l'EPAS (régime général)
- à une minoration des consommations moyennes dans l'EPAS, liée aux entrées et sorties en cours d'année du panel
- à un manque d'exhaustivité sur les informations des séjours hospitaliers dans l'EPAS
- à un problème sur l'agrégat des comptes de la santé

[4] RG : Régime général – SLM : Sections locales mutualistes.
[5] SSAD : Services de soins à domicile.

2) le coût des six derniers mois de la vie en 2001

Les comparaisons sont faites ici sur le seul risque maladie. Deux approches sont possibles.

Comparaison à la CSBM

CSBM champ EPAS :

- CSBM :	128,5 Md€
- moins automédication, …, médicalisation, …forfait hospitalier :	114,8 Md€
- moins soins et biens médicaux liées aux risques maternité et AT :	110,9 Md€

(le risque maladie représente 96,6% du total tous risques des dépenses reconnues du régime général)

Décès EPAS :

Consommation moyenne (risque maladie) par personne décédée :	14 000 euros
Nombre de décès France entière :	542 000
Montant total de ces consommations :	7,6 Md€

- *Part dans la CSBM (110,2 Mds)* *6,8% (A)*

Utilisation des données de l'EPAS (+ prise en compte de la démographie générale)

A. transversal pur

Consommation moyenne maladie (et non tous risques) par personne :	1743 euros	(1)
Nombre de bénéficiaires :	74 010	(2)
Taux de sondage	1/600	(3)
Périmètre couvert par l'EPAS :	70%	(4)
Consommation totale : (1)*(2)*(3)*(4)	110,6 Md€	

Montant total des consommations médicales des personnes décédées : 7,6 Md€

- *Part dans la consommation totale* *6,9% (B)*

B. essai d'élimination des spécificités de la pyramide actuelle (fluctuations du nombre de naissances en particulier)

Consommation moyenne (risque maladie) par personne décédée :	14 000 euros
Consommation moyenne (si pyramide stationnaire[6]):	1947 euros
Espérance de vie à la naissance :	78,9 ans
Consommation totale : 1947*78,9 :	153 600 euros

- *Part dans la consommation totale* *9,1% (C)*

Les estimations (A) et (B) sont proches, mais l'estimation (C) est plus réaliste : elle gomme les effets sur la consommation moyenne des Français des accidents démographiques liés aux pics et creux de natalité.

Elle est probablement encore basse puisqu'elle compare, sur l'année 2001, la consommation des personnes qui décèdent et sont par conséquent relativement âgées, à la consommation de personnes plus jeunes, qui appartiennent à des générations nouvelles, et non à la consommation que les personnes qui décèdent aujourd'hui ont pu avoir au cours de leur vie. Cette comparaison fait donc l'impasse sur les effets de génération.

6 Cf. calcul page suivante

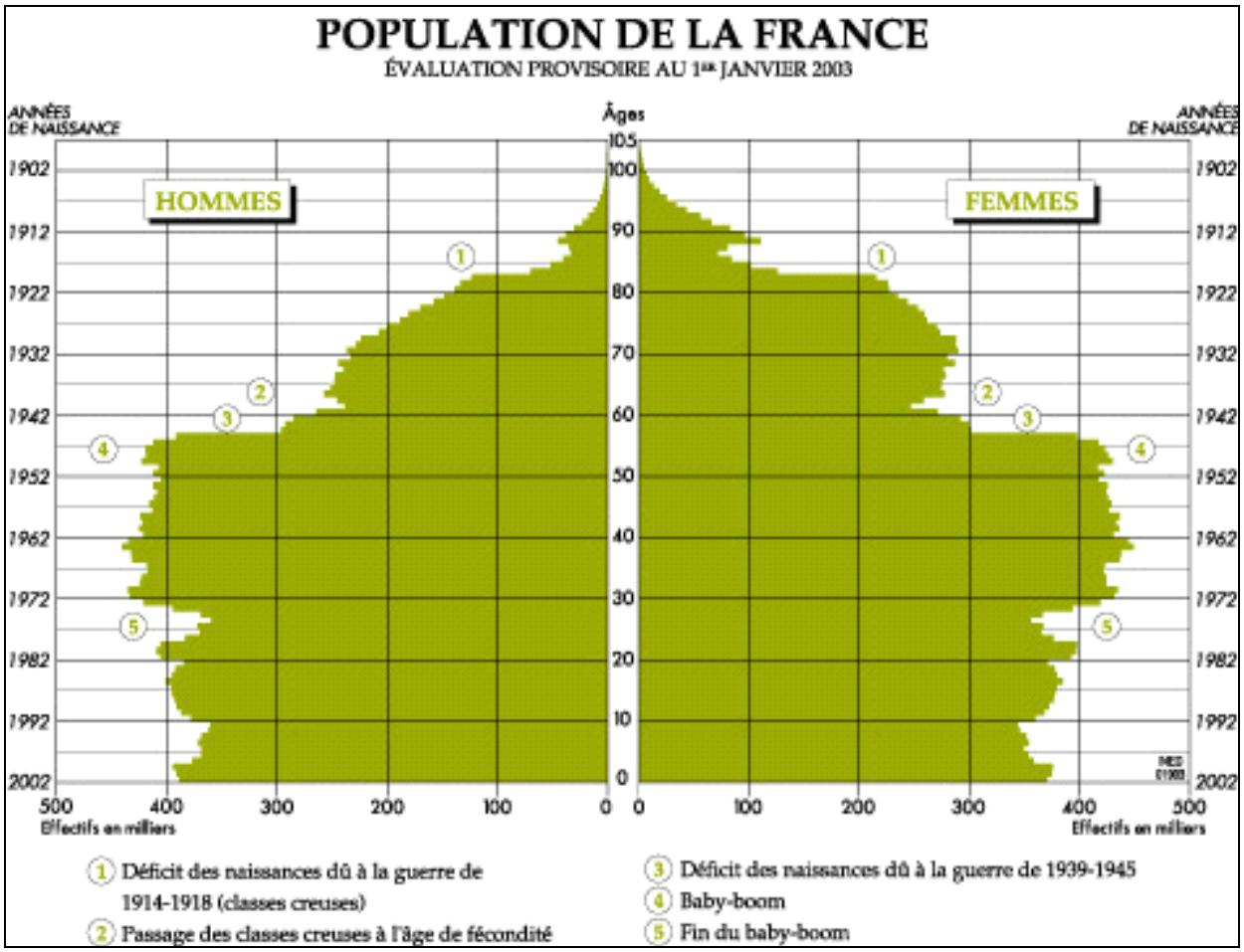
Calcul de la consommation moyenne, en essayant de neutraliser les effets démographiques liés essentiellement à la variation du nombre annuel des naissances

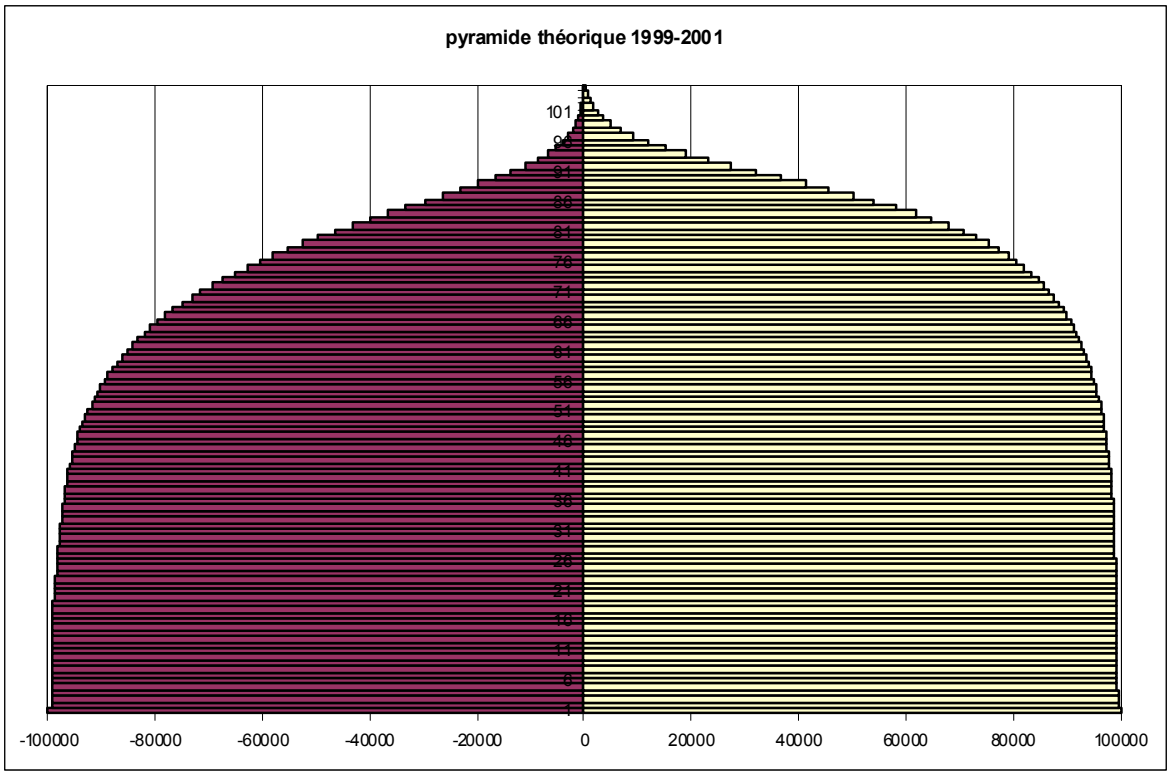
Classes d'âge	Dépense moyenne (EPAS)	effectifs (EPAS)	effectifs population stationnaire (*)
0-4 ans	**793 €**	5 306	497 766
5-9 ans	**733 €**	5 186	497 124
10-14 ans	**927 €**	5 159	496 803
15-19 ans	**953 €**	4 995	496 074
20-24 ans	**927 €**	4 297	494 459
25-29 ans	**1 099 €**	4 860	492 637
30-34 ans	**1 398 €**	5 588	490 607
35-39 ans	**1 426 €**	5 517	487 848
40-44 ans	**1 399 €**	5 346	483 587
45-49 ans	**1 716 €**	4 909	476 829
50-54 ans	**2 068 €**	4 820	467 191
55-59 ans	**2 421 €**	3 662	454 084
60-64 ans	**2 612 €**	3 073	436 270
65-69 ans	**2 957 €**	3 131	410 996
70-74 ans	**3 671 €**	2 935	374 668
75-79 ans	**4 486 €**	2 319	323 431
80-84 ans	**5 570 €**	1 526	251 835
85 ans et plus	**6 136 €**	1 378	257 751
Ensemble		74 007	**7 889 956**
dépense moyenne		**1 793 €**	**2 003 €**

(*) Population construite sur la base de 100 000 naissances par an avec la table de mortalité 1999 – 2001 de l'INSEE

Ces données sont tous risques. En 2001 la dépense moyenne EPAS est de 1743 euros pour le risque maladie (contre 1793 tous risques). Pour une population stationnaire, la dépense moyenne pour le risque maladie serait plutôt de 1947 euros (soit 2003*1743/1793).

Source CNAMTS – Direction des Statistiques


POPULATION DE LA FRANCE
ÉVALUATION PROVISOIRE AU 1er JANVIER 2003
ANNÉES DE NAISSANCE
Âges
HOMMES
FEMMES
1902
1912
1922
1932
1942
1952
1962
1972
1982
1992
2002
105
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
500
400
300
200
100
0
Effectifs en milliers
1 Déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses)
2 Passage des classes creuses à l'âge de fécondité
3 Déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945
4 Baby-boom
5 Fin du baby-boom


pyramide théorique 1999-2001
101
-100000
-80000
-60000
-40000
-20000
0
20000
40000
60000
80000
100000

Annexe 5 : L'opinion publique

1) la connaissance des éléments financiers qui sous tendent le compte de l'assurance maladie

(Etude CREDOC, août 2003, réalisée à la demande de l'INC et de la CNAMTS)

- les Français sous estiment le coût des soins

Un français sur deux est incapable de se prononcer sur les dépenses qu'il engage en moyenne au cours d'une année ou d'un mois ; les sommes avancées vont de 0 à 2000€ par mois, avec une moyenne de 50€ ; les écarts à la moyenne sont particulièrement prononcés (47% avancent un chiffre de 15€). Les retraités sont plus nombreux à déclarer des montants importants.

- ils sous estiment les cotisations

72% des actifs ignorent la part de leur salaire réservée aux cotisations sociales. Sur les 28% de répondants, un tiers avance un taux < 7%. Pour la CSG, 47% citent un chiffre < 4%. Pour la couverture complémentaire, les chiffres sont plus justes.

Cette « ignorance » supposée est finalement assez normale dans la mesure où la grande majorité des personnes interrogées exposent peu de dépenses de soins (et en déduisent que les cotisations sont en ligne avec des dépenses modérées). C'est le corollaire de la forte concentration des dépenses de santé

2) le jugement des Français sur le système

L'étude de la revue *Notre temps* exploite un sondage réalisé en juillet 2003 par la SOFRES et en compare les résultats avec un sondage de TNS SOFRES réalisé en juillet 1987 pour l'émission La *Marche du Siècle*

- les français ont un fort attachement au système dont ils estiment qu'il est robuste

° la réponse « c'est un bon système mais qu'il faut adapter » est très majoritaire (85%) et progresse de 12 points ; le score des réponses « il faut repenser complètement le système » régresse à 15%

° le système est « juste » (63% des réponses, score en hausse) et « efficace » pour la protection sociale (mais on trouve près d'un quart de gens qui estiment qu'il est peu efficace !)

Cette évolution, dans un contexte morose où on commente abondamment le « trou abyssal » de l'assurance maladie est remarquable : quand le dossier devient « chaud », les Français portent une appréciation positive sur le système.

- le système est jugé trop coûteux dans 53% des réponses (score en baisse), ce qui traduit une appréciation maussade pour un système dont on reconnaît par ailleurs l'efficacité et la justice ; le jugement sur la gestion est très sévère (même s'il s'améliore légèrement) ; à 74% on estime que la sécurité sociale est mal gérée. Il faut bien trouver une réponse cohérente avec le sentiment d'un coût exagéré ; mais la sévérité va au-delà.

On a le symétrique des constats du 1). Comme on sait que les remboursements sont « comptés » (les soins courants sont les moins bien remboursés) et que les cotisations sont lourdes (même si on les minimise), il faut bien trouver des raisons « de désespérer » ; d'où la fréquence des critiques sur le triptyque : abus, gaspillages et mauvaise gestion.

- les réponses sur les raisons du déficit

° Toutes les raisons évoquées recueillent un score assez élevé et surtout en forte hausse (sauf « le nombre trop élevé d'examens médicaux »)

° la consommation excessive de médicaments est – de loin – en numéro 1 (70% des mentions).

- les réponses sur les voies d'une réforme

° items pour lesquels on constate une forte acceptation : le recours aux génériques (90%), la diminution du prix des médicaments (90%), le contrôle des actes médicaux des médecins (78%) – par exemple le nombre des médicaments prescrits, la lutte contre le « nomadisme ».

° items pour lesquels l'acceptation est moyenne : diminuer les remboursements pour ceux qui ont des revenus élevés – 48%, en légère baisse [7] ; diminuer le taux de remboursement de certains médicaments (44%)

° items pour lesquels le taux d'acceptation est faible : ne plus rembourser certains types de traitements – comme l'homéopathie ou les cures thermales – avec un score de 43%; ne rembourser qu'un nombre limité d'examens pour une même maladie – score de 31%

° items pour lesquels on a une réaction de rejet plus ou moins caractérisé : augmenter les cotisations, avec un score de 30% [8] [9] ; et surtout être moins remboursé avec un score de 18%. Il est normal qu'on ait un score modeste ou très faible si l'on estime qu'il y a des voies de réforme acceptables.

---

[7] C'est une réponse qui laisse perplexe. Elle ne s'explique que par l'ignorance du poids des « consommations élevées » - type ALD – qui seraient insupportables pour les familles de revenu moyen/élevé. Par contre, la réponse est cohérente pour les soins courants

[8] Le taux de rejet est encore plus net pour la CSG, vécue comme un effort direct des ménages alors que les cotisations patronales le sont moins (en fait, pour certains payées par l'entreprise)

[9] il est intéressant de voir que le taux d'acceptation d'une baisse des remboursements – il est vrai, sous condition de revenu – est meilleur que celui concernant la hausse des cotisations. Il est vrai que les gens ne se sentent pas tous concernés par la prise en compte des revenus – les « riches », ce sont les autres – alors qu'ils le sont tous par la hausse des cotisations

Annexe 6 : La concentration des dépenses de santé et son évolution dans le temps

(*Extrait du *Point de conjoncture,* n°11, CNAMTS, mars 2003, pages 27 et suivantes*)

La très forte concentration des dépenses de santé caractérise moins des individus que des **groupes** d'individus. Ce sont les groupes qu'on caractérise en disant que certains sont plus que les autres composés de personnes âgées, en ALD, etc.

Naturellement, les individus en question peuvent changer de groupe au cours du temps. La question qui se pose naturellement est de savoir dans quelle mesure ils le font réellement. La réponse qui vient immédiatement à l'esprit est liée à la perception intuitive que l'on a des effets du vieillissement progressif des générations. Ce vieillissement fait passer progressivement chaque individu d'un stade où il consomme peu à un autre où ses dépenses sont plus importantes. De plus jeunes viennent le remplacer et au total, la concentration des dépenses pourra être restée à peu près la même, même si les consommations les plus fortes ne sont plus le fait des mêmes individus.

En d'autres termes, la concentration des dépenses reste stable au cours du temps, parce que la population se renouvelle en vieillissant : des personnes naissent et des personnes disparaissent. Qu'en est-il quand le groupe étudié est fermé, c'est-à-dire composé des mêmes personnes au début et à la fin de la période d'observation ? A un moment donné, ces personnes peuvent avoir des comportements de consommation différents de la moyenne du groupe auquel elles appartiennent : plus ou moins élevés. Relativement aux autres membres de leur groupe, ces personnes conservent-elles ce type de comportement ? Les faibles consommateurs du début restent-ils de faibles consommateurs à la fin, les forts consommateurs le sont-ils en permanence ? En bref, comment peut évoluer au fil des ans la consommation d'un individu relativement à celle de son groupe ?

Un essai de réponse (partielle)

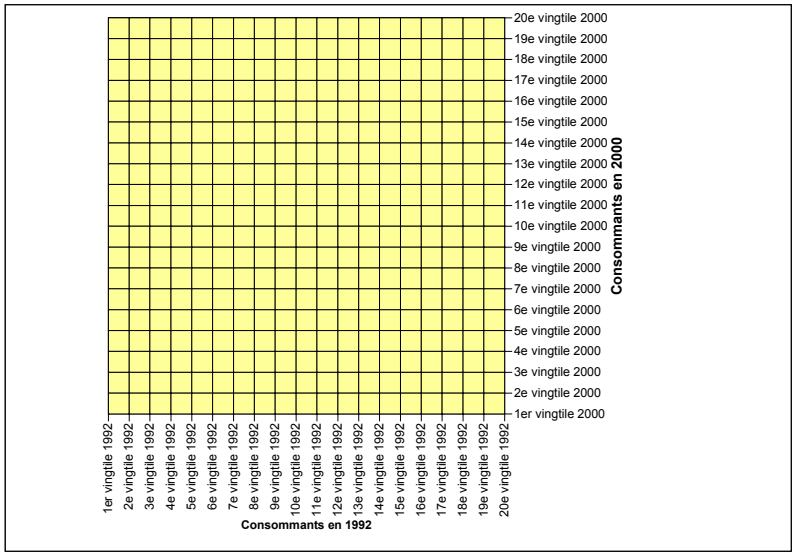
Pour cet exercice, on a choisi de travailler sur deux années, l'année 1992 et l'année 2000. Les personnes concernées ont donc été consommatrices de soins à la fois en 1992 et en 2000. Ce choix exclut bien entendu les personnes décédées (ou nées) entre 1992 et 2000. Seules des données très globales peuvent être rassemblées sur ces personnes : l'âge, le sexe, l'existence d'une affection de longue durée déclarée en 1992, la consommation totale de ces personnes en 1992 et en 2000.

Le principe de cette analyse est simple : la population étudiée est classée en 1992 en fonction de l'importance des consommations individuelles, par vingtile (un vingtile représente 5 % de la population). Ainsi le premier vingtile regroupe les personnes dont les consommations sont les plus faibles en 1992, à l'inverse du dernier vingtile qui rassemble les plus gros consommateurs de 1992. Ce classement est refait à l'arrivée, en 2000. On s'intéresse au nombre de personnes qui sont passées d'un vingtile donné en 1992 à un autre vingtile (qui peut d'ailleurs être le même) en 2000. On peut représenter ces passages d'un vingtile à un autre sur un damier de 400 cases. Chacune de ces cases concerne les personnes qui sont passées d'un des quantiles de 1992 à l'un des vingt quantiles de 2000. La couleur de cette case est d'autant plus foncée que le nombre de personnes concernées est important.

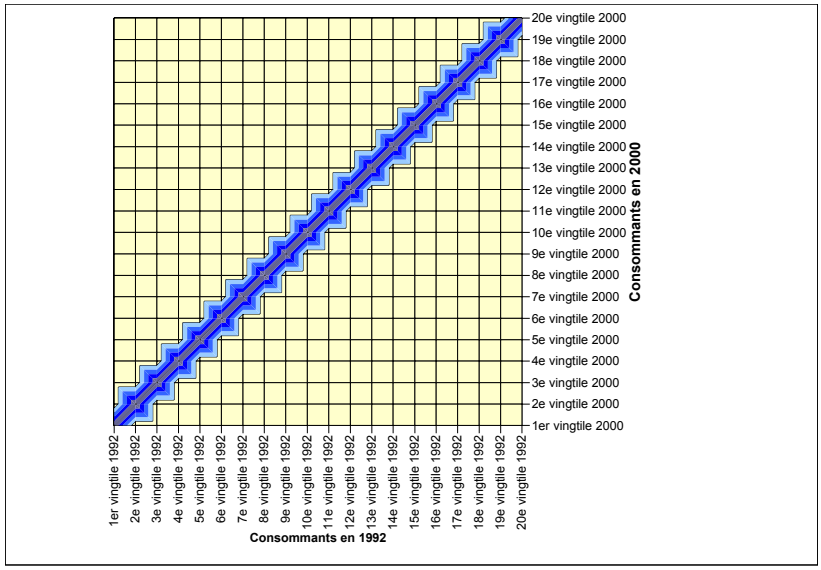
Deux situations extrêmes sont possibles : dans le cas d'une répartition équiprobable, les personnes appartenant à un vingtile 1992 devraient se répartir dans les 20 quantiles 2000 de la même manière, i.e. 5 % de ces patients devraient se retrouver dans chaque vingtile 2000 (d'où un graphique uniforme).

Dans le cas inverse, celui d'une rigidité relative des comportements de consommation, les patients d'un vingtile 1992 devraient se retrouver dans le même vingtile 2000 (d'où une représentation d'une telle stabilité des comportements suivant une diagonale).

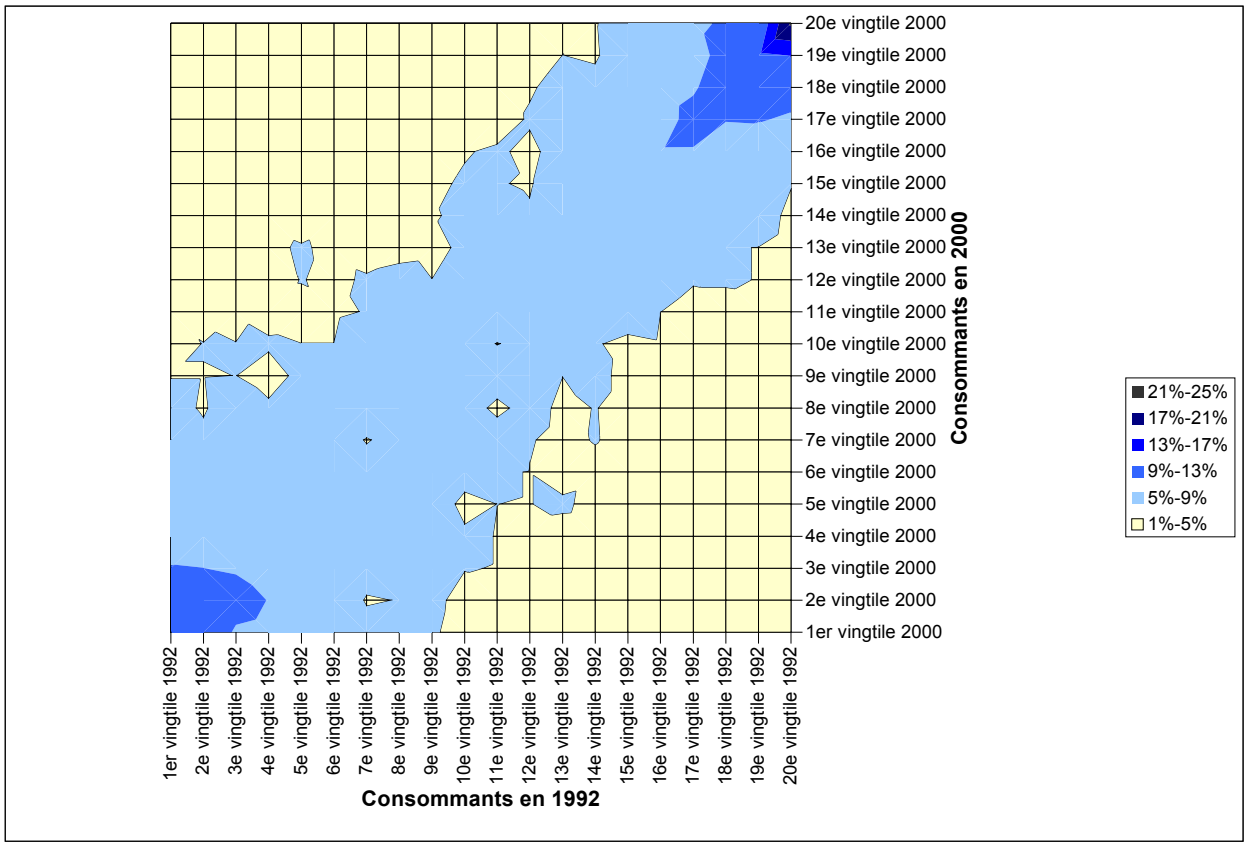
répartition équiprobable



constance relative des comportements



La réalité est beaucoup plus mitigée. Le graphique ci-dessous montre que les personnes qui appartenaient aux deux premiers vingtiles de dépenses en 1992 se retrouvent très largement dans les premiers vingtiles de 2000, c'est-à-dire que les faibles consommateurs de 1992 sont aussi de faibles consommateurs en 2000. A l'opposé, les plus gros consommateurs de 1992 sont dans l'ensemble de gros consommateurs en 2000, même s'ils ne restent pas forcément, loin de là, dans le groupe des plus gros consommateurs. Entre ces deux extrémités, les patients se répartissent autour de la diagonale : les personnes changent fréquemment de vingtile de consommation entre 1992 et 2000 mais restent en général dans des vingtiles voisins.

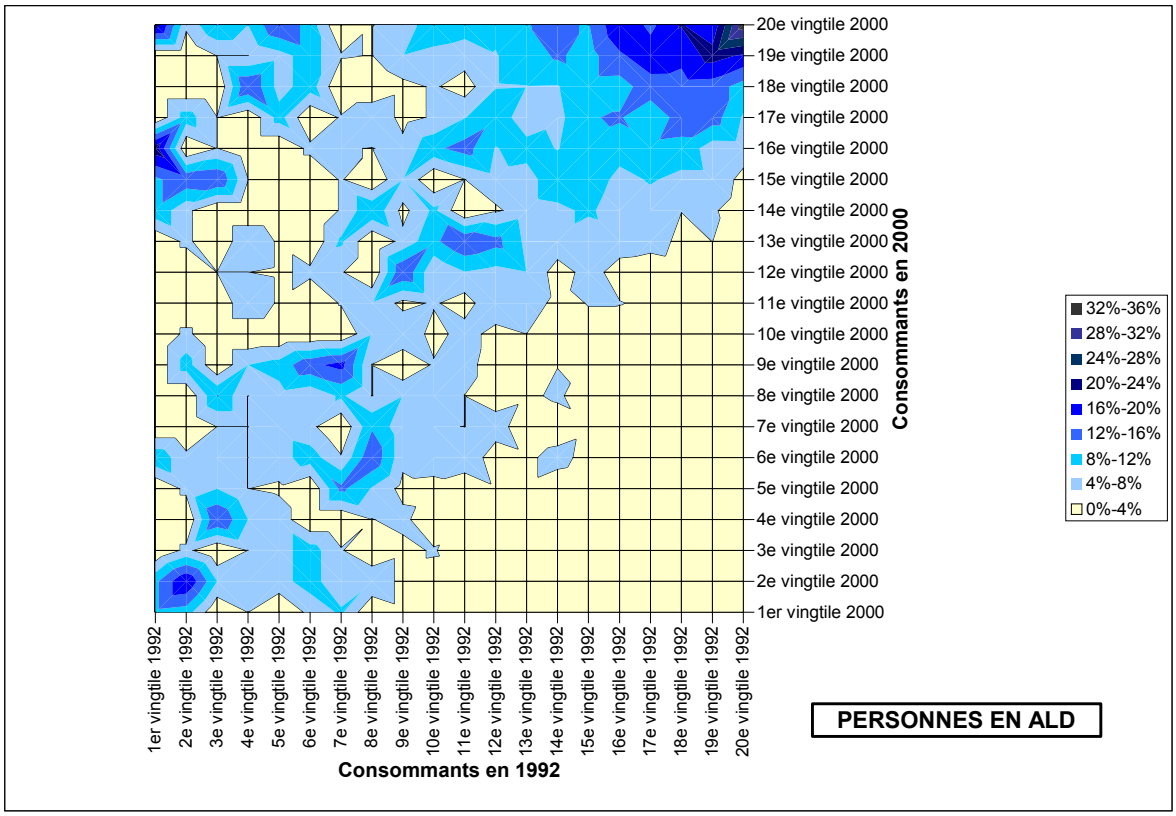


Lecture du graphique : entre 9% et 13 % des patients du 1er vingtile de dépenses 1992 se trouvent dans le 1er vingtile de dépenses de 2000 (représenté en bleu profond sur le graphique). Entre 21% et 25 % des patients du dernier vingtile de dépenses 1992 se trouvent dans le dernier vingtile de dépenses de 2000 (représenté en bleu très sombre sur le graphique). Entre 5% et 9 % des patients du dixième vingtile de dépenses 1992 se retrouvent dans les troisième, quatrième, et sixième à douzième vingtile de dépenses de 2000 (représenté en bleu clair).

Les personnes souffrant d'une affection de longue durée en 1992

Le même exercice (ou presque) peut être fait pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée depuis 1992. (Il s'agit ici des patients les moins mal portants parmi tous ceux qui souffraient d'une affection de longue durée en 1992, puisqu'ils sont toujours en vie en 2000).

Il s'agit là encore de voir comment se distribuent ces patients en fonction du vingtile de consommation auquel ils appartenaient en 1992 et des vingt quantiles possibles de 2000.



Entre 1992 et 2000, l'état de santé (s'il est bien mesuré par la consommation médicale) des personnes en affection de longue durée s'est dégradé plus vite que celui de l'ensemble de la population étudiée (celle du graphique précédent) : c'est le cas, notamment des personnes qui, bien qu'en affection de longue durée en 1992, étaient de relativement faibles consommateurs. Certaines ont gardé les mêmes caractéristiques, mais beaucoup ont rejoint en 2000 le groupe des forts consommateurs.

Annexe 7 : Les déterminants individuels des dépenses de santé

Extrait de « Etudes et Résultats », DREES, N° 182 • juillet 2002

Les dépenses individuelles de soins sont globalement croissantes avec l'âge, et cette croissance s'accélère à partir de 60 ans pour les dépenses hospitalières et à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires, notamment les dépenses de médicaments. Par ailleurs, entre 20 ans et 59 ans, les dépenses ambulatoires des femmes sont supérieures à celles des hommes, l'écart de dépense étant maximum entre 20 ans et 29 ans. Un lien étroit existe entre consommation de soins et catégories socioprofessionnelles. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses de médecins spécialistes, d'analyses biologiques, de soins optiques et les recours aux soins dentaires sont plus importants chez les cadres, alors que les personnes issues de ménages ouvriers ont les plus fortes consommations hospitalières et globalement des dépenses de santé plus élevées. Le recours aux soins est moins fréquent pour les chômeurs, mais leurs dépenses ambulatoires apparaissent au bout du compte plus fortes. On relève également une influence significative du diplôme et du revenu sur le recours ou sur les dépenses de médecins spécialistes et de soins dentaires, tandis que le fait de bénéficier d'une assurance complémentaire joue à la fois sur le recours aux soins et sur les dépenses ambulatoires. Enfin, les familles nombreuses ont des consommations de soins ambulatoires et de médicaments plus faibles.

Denis RAYNAUD

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, DREES

L'ensemble des travaux effectués, en France et à l'étranger, sur les disparités individuelles des dépenses de santé montrent que la consommation de soins des individus est, outre par leur âge et leur sexe, influencée par des variables économiques (bénéfice d'une couverture complémentaire, revenu, position sur le marché du travail) et socioculturelles (milieu social, niveau de diplôme). La présente étude a pour objet de confirmer et de préciser ces analyses pour les années 90, à partir d'un appariement de l'*Échantillon permanent des assurés sociaux* (EPAS) de la CNAMTS et de l'enquête *Santé et protection sociale* (SPS) du CREDES. Les dépenses de soins ici prises en compte sont les dépenses remboursables par l'assurance maladie, en distinguant les dépenses liées à l'hospitalisation et les différentes catégories de dépenses ambulatoires (pharmaceutiques, médecins généralistes et spécialistes, dentaires, optiques, analyses biologiques et auxiliaires médicaux). Elles donnent lieu à une analyse descriptive, ainsi qu'à une modélisation, toutes choses égales par ailleurs, qui porte à la fois sur la probabilité de recourir aux soins et au niveau de dépenses.

Des dépenses de soins,et surtout de médicaments, croissantes avec l'âge

L'analyse descriptive montre que les dépenses de santé sont globalement croissantes avec l'âge, à l'exception de la petite enfance, avec une accélération à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires et à partir de 60 ans pour les dépenses hospitalières. Au sein des dépenses ambulatoires, ce sont les dépenses pharmaceutiques et en auxiliaires médicaux qui croissent le plus fortement avec l'âge. Ainsi, les personnes de plus de 70 ans ont globalement des dépenses de médicaments 11 fois plus élevées que celles âgées de 10 ans à 19 ans. Ce rapport est seulement de 1 à 4 pour les dépenses de médecins généralistes et de 1 à 3 pour les dépenses de médecins spécialistes. Contrairement aux autres types de soins, les dépenses dentaires et optiques sont, quant à elles, maximales entre 50 ans et 59 ans, puis elles décroissent avec l'âge à partir de 60 ans.

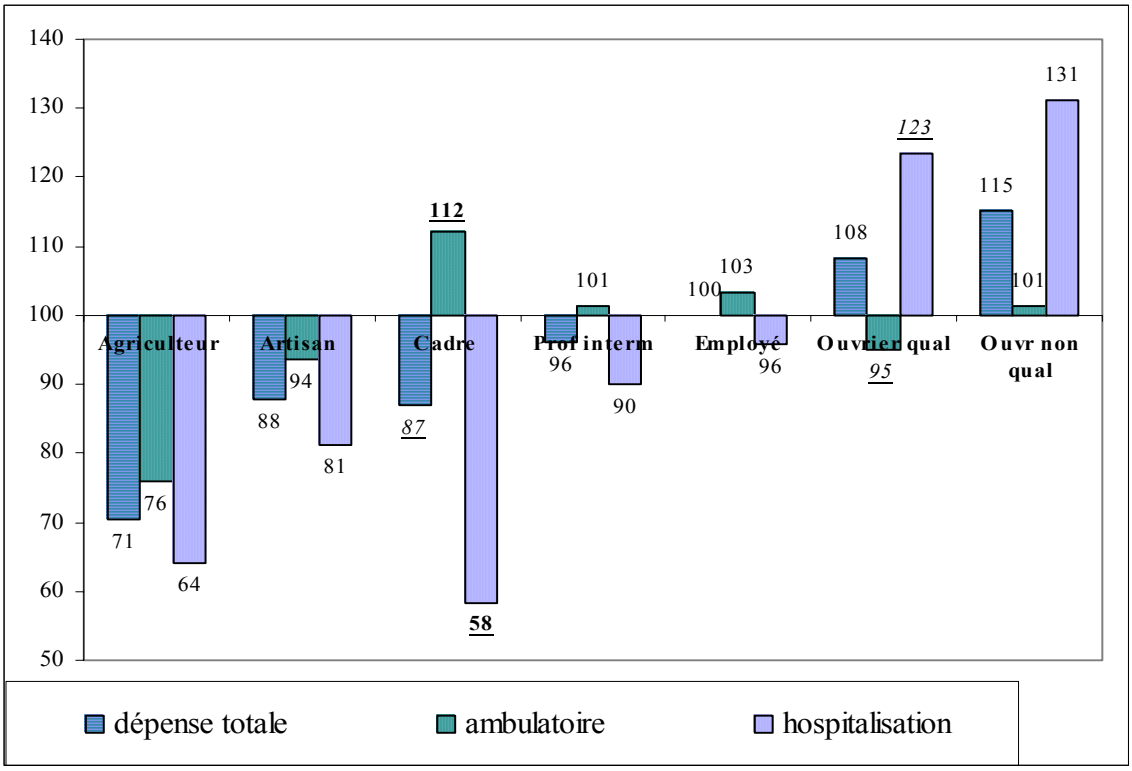
Un poids élevé des dépenses hospitalières entre 10 et 20 ans et après 60 ans

La part des dépenses hospitalières dans les dépenses totales de soins est maximale entre 10 et 19 ans (64 % de la dépense totale), les dépenses hospitalières des hommes dans cette tranche d'âge étant en outre près de deux fois plus élevées que celles des femmes. Cela s'explique en partie par l'importance de ces tranches d'âge pour des accidents de la vie courante, des accidents de sport, des accidents de la route ou des tentatives de suicide qui nécessitent souvent des séjours hospitaliers. Les accidents de la

route sont par exemple la première cause de mortalité des 15-24 ans en France. Ces décès prématurés sont d'ailleurs trois fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes[10]1 . Après un maximum entre 10 et 19 ans, la part des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé décroît jusqu'à 60 ans, et ne représente plus que 34 % de la dépense totale entre 50 ans et 59 ans. À partir de 60 ans, cette proportion remonte, tout en restant inférieure à 50 %. Cependant, les dépenses hospitalières prises en compte dans cette étude sont sans doute sous-évaluées au-delà de 70 ans en raison de l'absence, dans l'enquête SPS, des personnes âgées vivant en institution.

Les dépenses ambulatoires des femmes sont supérieures à celles des hommes entre 20 ans et 60 ans

Contrairement aux dépenses hospitalières qui ne sont pas significativement différentes selon le sexe, les dépenses ambulatoires des femmes, qui s'élevaient en moyenne à 811 euros en 1997, sont supérieures à celles engagées par les hommes, ces dernières s'établissant à seulement 620 euros. L'écart entre les dépenses ambulatoires des hommes et des femmes est significatif entre 20 ans et 60 ans, mais n'existe pas avant l'âge de 20 ans et disparaît au delà de 60 ans. Les soins ambulatoires qui donnent lieu à l'écart de dépense le plus manifeste entre sexes sont les dépenses de médecins, qu'ils soient généralistes (107 euros de dépense annuelle pour les femmes contre 78 pour les hommes) ou spécialistes (116 euros pour les femmes et 88 pour les hommes), ainsi que les dépenses pharmaceutiques (291 euros contre 222) et les analyses biologiques (43 euros contre 30). C'est chez les jeunes adultes que l'écart de dépenses ambulatoires est le plus important entre les hommes et les femmes. Entre 20 ans et 29 ans, ces dernières dépensent ainsi en soins ambulatoires deux fois plus que les hommes. Une partie de cet écart s'explique naturellement par les dépenses liées à la gynéco-obstétrique.



Lecture du graphique
Indice 100 = dépense moyenne de l'ensemble de l'échantillon (Epas-Sps 1992 –1995-1997)
Les indices en gras soulignés sont significativement différents de 100 avec 95% de confiance.
Les indices en italique soulignés sont significativement différents de 100 avec 90% de confiance.

[10] Source : Statistiques des causes médicales de décès. INSERM.

Le lien entre consommation de soins et catégorie socioprofessionnelle

Un lien étroit existe par ailleurs entre la consommation de soins et la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage. À structures d'âge et de sexe identiques, les indices de dépenses totales de santé sont décroissants des ouvriers non qualifiés aux cadres. Ce sont les ouvriers non qualifiés qui dépensent le plus (+15 % par rapport à la moyenne), suivis des ouvriers qualifiés (+8 %), des employés (avec des dépenses totales égales à la moyenne), des professions intermédiaires (-4 %) et des cadres et professions intellectuelles supérieures (-13 %).

De plus fortes dépenses hospitalières pour les ménages ouvriers ...

Les dépenses totales de santé plus élevées des ouvriers sont toutefois exclusivement dues à leurs dépenses hospitalières. À âges et sexes identiques, ces dernières décroissent en effet nettement quand le milieu social s'élève. Les ouvriers non qualifiés ont ainsi une dépense en hospitalisation supérieure à la moyenne de 31 % alors que les cadres dépensent 42 % de moins. Ainsi, la part de l'hospitalisation dans les dépenses totales de soins n'est que de 33 % pour les cadres, alors qu'elle est de respectivement 44 % et 46 % pour les professions intermédiaires et les employés, et qu'elle atteint 53 % chez les ouvriers. Les situations ou les comportements à risque sont en effet plus fréquemment observés chez les catégories les plus modestes. Elles induisent également, compte tenu par ailleurs d'un moindre recours à la prévention, des pathologies plus graves ayant pour conséquence des dépenses hospitalières élevées. Ces pathologies sont notamment celles liées à l'alcoolisme (induisant des cirrhoses, cancers VADS[11], suicides, accidents…), au tabagisme (cancers du poumon, cancers VADS, pathologie respiratoire, infarctus du myocarde) et à des différences de mode de vie concernant la nutrition (diabète, cancer du colon), ou la sédentarité (infarctus du myocarde)[12]. La disparité des risques professionnels ou de l'environnement peut également induire des pathologies spécifiques, des accidents plus nombreux ou une détérioration générale de l'état de santé pour ces catégories socioprofessionnelles[13]. Ainsi, selon l'indicateur de risque vital du CREDES (encadré), et toujours à structures d'âge et de sexe identiques, 23 % des ouvriers et des employés auraient un risque possible ou un pronostic probablement ou sûrement mauvais sur le plan vital, alors que cette proportion serait de 18 % chez les cadres.

... confirmées par une analyse, toutes choses égales par ailleurs

L'analyse toutes choses égales par ailleurs, et en particulier à indicateur d'état de santé donné, confirme que les dépenses hospitalières sont fortement liées à la catégorie socioprofessionnelle. Cette analyse est effectuée à partir d'un modèle à deux équations de type Tobit généralisé (encadré 2), les probabilités de recours et les dépenses de soins sont estimées par la méthode de Heckman[14]. Alors que les dépenses hospitalières des cadres sont inférieures de 34 % à celles des employés, celles des ouvriers (qu'ils soient qualifiés ou non) leur sont supérieures de 24 %. En revanche, la probabilité de recourir à l'hospitalisation au moins une fois dans l'année, calculée pour une situation de référence[15], ne semble pas liée au milieu social.

---

11 Voies aéro-digestives supérieures.

12 Jougla E., Rican S., Péquignot F., Le Toullec A. « Disparités sociales de mortalité en France ».

13 Les statistiques nationales sur les accidents du travail sont publiées par branche d'activité plutôt qu'en fonction des caractéristiques sociales de la victime. On ne dispose donc pas de données sur le risque d'avoir un accident du travail selon la catégorie sociale.

14 Heckman J., " Sample selection bias as a specification error ", Econometrica, 47, 153-161, 1979

15 Homme âgé de 40 à 64 ans, en bonne santé (risque vital nul à faible), appartenant à un ménage de deux personnes, d'un niveau d'éducation équivalent au collège, occupant un emploi d'employé, disposant d'un revenu par unité de consommation (échelle d'Oxford) compris entre 762 et 915 euros mensuels et bénéficiant d'une couverture complémentaire.

Ecart de dépenses selon diverses caractéristiques

	Ambul.	Hosp.	Génér.	Spéc.	Pharm.	Dent.	Optique	Biolog.	Aux.méd
Catégorie socio professionnelle									
Agriculteur	41%								
Artisan	11%								
Cadre	9%	-34%		13%			18%	12%	-20%
Profession intermédiaire			-8%						
Employé	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
Ouvrier qualifié		24%							
Ouvrier non qualifié	9%	24%				11%			
Taille du ménage									
1 personne									
2 personnes	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
3 personnes									
4 personnes	-9%				-10%			-11%	
5 personnes	-9%				-10%			-11%	
6 personnes et plus	-17%			-13%	-21%			-11%	
Occupation									
Actif occupé	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
Chômeur	19%		15%		14%			12%	
Inactif		38%							
Revenu par unité de consommation									
moins de 457 euros	-22%		-10%	-13%					
de 457 à 610 euros	-11%			-9%					
de 610 à 762 euros	-9%			-9%					
de 762 à 915 euros	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
de 915 à 1220 euros							14%		21%
plus de 1220 euros		-23%							
Education									
Jamais scolarisé									
Primaire									
Collège, CAP, BEP	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
Lycée, BAC						-12%			
Etudes supérieures						-13%			

Guide de lecture : Les résultats s'interprètent comme des écarts de dépense de soins par rapport à une situation de référence : un homme d'âge compris entre 40 et 64 ans, en bonne santé, ayant une couverture complémentaire, actif occupant un emploi, disposant d'un revenu mensuel par unité de consommation compris entre 762 et 915 euros, d'un niveau de diplôme équivalent au c.a.p. ou b.e.p., vivant en couple dans un ménage de deux personnes (situation de référence) a des dépenses ambulatoires dont l'estimation est de 9 % plus élevées s'il est cadre que s'il est employé (situation de référence). En revanche, s'il exerce une profession intermédiaire, alors sa dépense n'est pas significativement différente de la situation de référence.

Source : EPAS-SPS 1992-1995-1997 ; Champ : individus affiliés à la CNAMTS

Probabilité de recours à au moins une dépense dans l'année

	Ambul.	Hosp.	Génér.	Spéc.	Pharm.	Dent.	Optique	Biolog.	Aux.méd
Référence	**92%**	**10%**	**78%**	**57%**	**85%**	**30%**	**14%**	**41%**	**21%**
Catégorie socio professionnelle									
Agriculteur	76%		54%	38%	72%	17%			
Artisan	88%		71%		80%				
Cadre			73%			33%	18%		
Profession intermédiaire									
Employé	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
Ouvrier qualifié	91%			53%					
Ouvrier non qualifié	88%		73%	49%					
Taille du ménage									
1 personne									
2 personnes	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
3 personnes								37%	
4 personnes					83%			35%	18%
5 personnes					83%			35%	
6 personnes et plus	88%		70%	48%	76%			26%	15%
Occupation									
Actif occupé	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
Chômeur	87%		70%		78%		11%		
Inactif	88%				79%		9%		
Revenu par unité de consommation									
moins de 457 euros				48%		26%		32%	17%
de 457 à 610 euros				51%				37%	19%
de 610 à 762 euros	90%	7%				27%		37%	19%
de 762 à 915 euros	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
de 915 à 1220 euros									
plus de 1220 euros						36%			
Education									
Jamais scolarisé				49%		24%			
Primaire				49%		27%			
Collège, CAP, BEP	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.	Référ.
Lycée, BAC							17%		19%
Etudes supérieures	90%	8%			81%		17%		19%

Guide de lecture : Les résultats s'interprètent comme des probabilité de recours à au moins une dépense dans l'année calculées à partir d'une situation de référence. Pour un homme d'âge compris entre 40 et 64 ans, en bonne santé, ayant une couverture complémentaire, actif occupant un emploi, disposant d'un revenu mensuel par unité de consommation compris entre 762 et 915 euros, d'un niveau de diplôme équivalent au c.a.p. ou b.e.p., vivant en couple dans un ménage de deux personnes (situation de référence), la probabilité de recours à au moins une dépense ambulatoire dans l'année est de 92 % s'il est employé (situation de référence) et de 88 % s'il est ouvrier non qualifié. S'il exerce une profession intermédiaire, alors cette probabilité n'est pas significativement différente de la situation de référence.

Source : EPAS-SPS 1992-1995-1997 ; Champ : individus affiliés à la CNAMTS

Un plus faible recours aux soins ambulatoires dans les ménages ouvriers

Toujours toutes choses égales par ailleurs, le recours aux soins ambulatoires est à contrario plus faible dans les ménages ouvriers. Ceci est vrai pour les consommations de médecins généralistes et spécialistes, de pharmacie, de biologie, ainsi que pour les consommations dentaires. Au sein des ménages ouvriers, les probabilités de recourir au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste, un médecin spécialiste, ou à des achats de médicaments, sont plus faibles si la personne de référence du ménage est un ouvrier non qualifié que s'il est un ouvrier qualifié. Par exemple, pour la situation de référence[16] , la probabilité de consulter un médecin spécialiste au moins une fois dans l'année n'est que de 49 % pour les ouvriers non qualifiés, alors qu'elle est de 53 % pour les ouvriers qualifiés, et de 57 % pour les employés, les professions intermédiaires et les cadres. Pour la pharmacie, ces probabilités de consommer au moins une fois durant une année sont respectivement estimées à 81 %, 83 % et 85 %.

Des probabilités de recours aux soins dentaires et optiques plus fortes pour les cadres

Les probabilités de consommer des soins dentaires et optiques sont toutes choses égales par ailleurs plus élevées chez les cadres. Ainsi, la probabilité d'engager des dépenses dentaires est de 33 % chez les cadres, de 30 % chez les professions intermédiaires et les employés, et de seulement 26 % chez les ouvriers. En revanche, alors que les ouvriers non qualifiés ont la probabilité la plus faible d'en consommer, ce sont paradoxalement eux qui sont à l'origine des dépenses dentaires les plus élevées (+11 % par rapport aux employés). Ces dépenses dentaires élevées pourraient être la conséquence d'un état dentaire moins bon, comme l'est globalement leur état de santé. La probabilité de recourir à des soins en optique est quant à elle de 18 % pour les cadres contre 14 % pour les autres catégories sociales, les dépenses d'optique engagées par les cadres sont également supérieures de 18 % à celles des employés (situation de référence). Ces résultats confirment ceux de l'enquête réalisée à partir des bilans de santé obligatoires à l'entrée à l'école primaire, qui montrait que les enfants des zones d'éducation prioritaire (ZEP), dans lesquelles les ménages appartenant à des milieux sociaux défavorisés sont nombreux, avaient des troubles de vision moins souvent dépistés et donc moins souvent soignés que les enfants scolarisés hors ZEP[17].

Effets du revenu, du milieu social et de l'éducation

La consommation par un individu ou un ménage d'un bien donné peut dépendre de facteurs économiques au sens strict (revenu), mais également de facteurs liés à un niveau d'éducation ou à un statut social. Les enquêtes auprès des ménages et des individus relèvent ainsi généralement les trois indicateurs principaux que sont le revenu, le diplôme ou niveau d'étude et la catégorie socioprofessionnelle. Outre les difficultés d'estimation des effets respectifs de chacune de ces variables (cf. infra), la première question est de savoir si la consommation d'un bien dépend davantage d'aspects culturels,sociaux, ou du revenu. Les études sur la consommation des français (La consommation des français, N. Herpin, D. Verger) montrent des liens avec les trois variables sans pour autant trancher pour chacun des biens étudiés sur la primauté de tel ou tel effet. Cela est également vrai pour la consommation de soins avec, de plus, des éventuelles différences dans la hiérarchie entre les effets différents selon le type de prestations : entre des soins entièrement (ou presque) couverts par l'assurance maladie (base plus complémentaire) et ceux pour lesquelles la couverture par l'assurance maladie laissent un reste à la charge des ménages (optique, dentaire, spécialiste).

L'enquête SPS utilisée ici permet également d'introduire dans les régressions des informations sur le milieu social, le revenu et le niveau d'éducation des individus qui consomment ou non des soins. Il s'agit toutefois de s'assurer que ce ne sont pas les corrélations entre les variables qui assurent la

[16] La probabilité de recourir aux soins est calculée pour un ouvrier à partir de la situation de référence, en remplaçant pour la catégorie socioprofessionnelle la modalité employé par la modalité ouvrier. Le calcul est similaire pour les autres catégories socioprofessionnelles.

[17] DREES, *Etudes et résultats* ,n°155 (N. Guignon, La santé des enfants de six ans à travers les bilans de santé scolaire)

significativité de ces coefficients. Des précautions méthodologiques ont à cet égard été prises pour pouvoir estimer de manière distincte les effets, sur les dépenses de santé, du revenu, de l'éducation, et de la catégorie socioprofessionnelle. Les résultats doivent toutefois être interprétés avec une certaine prudence, en gardant en mémoire que ces variables ne sont pas indépendantes.

Des dépenses de spécialistes et de biologie plus élevées chez les cadres

En ce qui concerne les médecins spécialistes et les analyses biologiques, ce ne sont pas les probabilités de recours aux soins qui différencient les cadres des autres catégories socioprofessionnelles, mais le niveau de leurs dépenses. Elles sont toutes choses égales par ailleurs supérieures chez les cadres de 12 % pour la biologie et de 13 % pour les médecins spécialistes à celles estimées pour les employés (situation de référence). En conséquence, les dépenses ambulatoires des cadres seraient au bout du compte supérieures de 9 % à celles des employés. À un niveau agrégé, les dépenses ambulatoires estimées pour les ouvriers non qualifiés sont également supérieures de 9 % à celles des employés. Mais les interprétations à donner à ces résultats sont différentes. En effet, les dépenses ambulatoires élevées des cadres semblent en partie la conséquence d'un effet prix, dû à des dépassements d'honoraires élevés. Le gradient social exerce donc, au-delà même des effets du revenu et du diplôme qui seront examinés plus loin, une forte influence sur la consommation de soins : les consommations hospitalières sont caractéristiques des milieux ouvriers, alors que les consommations optiques, de médecins spécialistes, de biologie et la probabilité de recourir aux soins dentaires sont plus importantes chez les cadres.

Un accès aux soins moins fréquent, mais des dépenses ambulatoires plus élevées pour les chômeurs

Toutes choses égales par ailleurs, les personnes au chômage ont une plus faible probabilité que les actifs occupant un emploi d'engager, une année donnée, des dépenses de généralistes, de médicaments ou d'optique. Mais les chômeurs se caractérisent à contrario, lorsqu'ils consomment des soins, par des dépenses de généralistes et de médicaments plus élevées que la moyenne. Cet apparent paradoxe pourrait révéler un problème d'accès aux soins pour les chômeurs qui n'ont engagé aucune dépense.
La consommation hospitalière n'apparaît en revanche pas différente entre les chômeurs et les actifs occupant un emploi, alors que les inactifs (tous sexes et âges confondus) se distinguent par des dépenses hospitalières qui sont supérieures de 38 % à celles des actifs occupant un emploi.

Un effet du diplôme surtout perceptible pour le recours aux médecins spécialistes et aux soins dentaires et optiques

Toutes choses égales par ailleurs, et en particulier à catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence et à niveau de revenu identique, le niveau d'études individuel a une influence modeste mais significative sur la probabilité de consommer des soins une année donnée. Ainsi, les personnes ayant un niveau d'études se limitant à l'école primaire ont une plus faible probabilité d'avoir des dépenses de spécialistes dans l'année (49 %) que les personnes ayant un niveau scolaire plus élevé (57 %). En outre, une meilleure instruction augmente la probabilité de recourir aux consommations optiques ou dentaires. Cette dernière est estimée à 24 % pour les personnes n'ayant jamais été scolarisées et à 27 % avec un ni- veau d'études primaires, alors qu'elle est estimée à 30 % pour les individus ayant un niveau scolaire plus élevé. Quant à la probabilité de consommer des soins d'optique, elle est plus élevée pour les individus qui ont un niveau scolaire équivalent à une classe de seconde ou un niveau supérieur (17 %) que pour ceux ayant un niveau d'éducation inférieur (14 %).

Un effet spécifique du revenu qui concerne les dépenses de spécialistes, de biologie et le recours aux soins dentaires

Si l'on tient compte par ailleurs de la CSP et du diplôme, le revenu mensuel par unité de consommation[18] du ménage n'a pas d'influence perceptible sur la consommation individuelle de soins hospitaliers (pour lesquels seul le forfait journalier n'est pas pris en charge par la sécurité sociale) tant en ce qui concerne la probabilité de recourir à ce type de soins que le niveau de la dépense. En revanche, toutes choses égales par ailleurs, la consommation de soins ambulatoires est plus faible chez

[18] Echelle d'Oxford : le premier adulte du ménage a un poids égal à 1, puis les autres personnes de plus de 14 ans ont un poids égal à 0,7, et celles de moins de 14 ans ont un poids égal à 0,5.

les individus qui appartiennent à un ménage dont le revenu mensuel par unité de consommation est inférieur à 762 euros (5 000 francs), ce qui correspond au revenu médian des individus pour lesquels l'information sur le revenu existe dans l'enquête SPS[19]. L'écart de dépense ambulatoire est ainsi, toutes choses égales par ailleurs, de 22 % entre les personnes qui disposent d'un revenu mensuel inférieur à 457 euros (3 000 francs) et la situation de référence (revenu entre 762 et 915 euros, soit entre 5 000 et 6 000 francs). Si l'effet du revenu ne concerne que les revenus inférieurs à 457 euros pour les dépenses de généralistes, il reste significatif jusqu'à 762 euros pour les dépenses de spécialistes, ainsi que le recours à la biologie et aux soins dentaires. D'une façon globale, on peut rapprocher ces réultats des travaux menés par le CREDES sur le renoncement aux soins pour des raisons financières : ce dernier se révèle bien sûr plus fréquent chez les catégories défavorisées, et les consommations dentaires, optiques et de spécialistes sont, dans cet ordre, celles pour lesquelles ce renoncement aux soins est le plus important[20].

Une influence importante de l'assurance complémentaire sur le recours aux soins et sur les dépenses ambulatoires

Ces résultats sont également à mettre en lien avec l'écart entre les dépenses ambulatoires des personnes qui bénéficient d'une assurance complémentaire et de celles qui doivent payer le ticket modérateur. Cet écart est ici, toutes choses égales par ailleurs, estimé à 24 %. En l'absence de couverture complémentaire, les individus ont également une plus faible probabilité de recourir aux soins au cours d'une année (85 % contre 92 % avec le bénéfice d'une assurance complémentaire, ces probabilités étant toujours calculées à partir des caractéristiques de la situation de référence). Ce plus faible recours est significatif quelque soit le type de soins ambulatoires. Par exemple, les probabilités de recourir aux médecins généralistes, spécialistes ou à la pharmacie, qui sont respectivement estimées à 78 %, 57 % et 85 % pour les personnes qui ont une assurance complémentaire, chutent respectivement à 62 %, 42 % et 73 % pour celles qui n'en possèdent pas. En revanche, le bénéfice d'une assurance complémentaire n'aurait assez logiquement pas d'impact sur le recours et les dépenses de soins hospitaliers.

En l'absence d'information sur le niveau de garantie offert par les assurances complémentaires, il convient toutefois de tempérer l'ensemble des résultats précédents. L'impact du revenu et du milieu social sur la consommation de soins pourraient en particulier être surévalués dans la mesure où les couvertures complémentaires sont en général moins généreuses chez les plus modestes, essentiellement pour les remboursements des frais dentaires, optiques et des dépassements d'honoraires (qui concernent surtout les spécialistes)[21] . L'effet estimé du revenu ou du milieu social pourrait donc être en partie attribué à un effet de la générosité de l'assurance, dont seulement l'existence est observée ici.

Les familles nombreuses : des consommations de soins ambulatoires et de médicaments plus faibles

Les consommations individuelles de soins ambulatoires sont enfin, toutes choses égales par ailleurs, plus faibles dans les familles nombreuses. À partir de six personnes dans le ménage, la probabilité de consommation de soins ambulatoires diminue ainsi fortement. Ceci est vrai pour tous les types de soins ambulatoires mis à part les soins dentaires et optiques. Par exemple, la probabilité de consulter un généraliste au moins une fois dans l'année est estimée à 78 % pour les individus appartenant à un ménage d'au plus cinq personnes et à 70 % au delà. Pour les consultations de spécialistes, ces probabilités sont respectivement de 57 % et 48 %. La taille du ménage a un effet particulièrement important sur la consommation de médicaments. En effet, l'estimation de la probabilité de présenter des dépenses pharmaceutiques au remboursement dans une année, qui est de 85 % pour les individus appartenant à un ménage de deux personnes, tombe à 83 % à partir de quatre personnes dans le ménage, et à 76 % à partir de six personnes. De plus, la dépense pharmaceutique des individus appartenant à un ménage de quatre ou cinq personnes est inférieure de 10 % à celle des individus

---

[19] Soit environ 4 individus sur 5.

[20] Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi A., Mizrahi A., (1999) " Santé, soins et protection sociale en 1997 ", CREDES

[21] Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M., *La couverture complémentaire en France : qui bénéficie de quels remboursements ? Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998*, CREDES, 2000

appartenant à un ménage de deux personnes, cet écart allant jusqu'à 21 % pour les ménages de six personnes et plus. Des pratiques d'automédication à partir de l'existence d'armoires à pharmacie « familiales » pourraient expliquer une partie de ce phénomène.

Le risque vital et l'invalidité dans l'enquête SPS

Les indicateurs du risque vital et de l'invalidité sont des notes synthétiques attribuées par les médecins au vu des pathologies, handicaps, traitements et risques (tabac, alcool, obésité) déclarés par l'enquêté. Le risque vital est un indicateur de la probabilité de décès à horizon de cinq ans et l'invalidité est un indicateur de niveau de gêne lié à l'état de santé.

Risque vital
0 aucun indice de risque vital
1 pronostic péjoratif très faible
2 pronostic péjoratif faible
3 risque possible
4 pronostic probablement mauvais
5 pronostic sûrement mauvais

Invalidité
0 pas de gêne
1 gêné de façon infime
2 peu gêné
3 gêné, mais vit normalement
4 doit diminuer son activité professionnelle ou domestique
5 activité réduite
6 pas d'autonomie domestique
7 alitement permanent
Ces indicateurs de santé ont été introduits dans les régressions afin de pouvoir interpréter les estimations à indicateur d'état de santé donné. Ces deux indicateurs étant naturellement très corrélés, un seul a été choisi dans chacune des régressions. Globalement, l'indicateur d'invalidité a permis de mieux expliquer les dépenses ambulatoires, alors que l'indicateur de risque vital s'est révélé plus approprié pour les dépenses hospitalières.

Pour en savoir plus :

Dourgnon P., Sermet C., 2002, La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? *CREDES.*
Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P., 2001, Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000*, CREDES.*
Breuil P., Grandfils N., Raynaud D.,Revenus, 1999, « Assurance et santé : le problème de l'accès aux soins des plus démunis », Les cahiers *du GRATICE.*
Breuil P., 1998, « Assurance et recours aux soins : une analyse micro-économétrique à partir de l'enquête santé 1991-1992 de l'Insee », Revue Economique.
Raynaud D., 2002, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Dossiers Solidarité et Santé n°1.

Bibliographie :

Aligon A., Com-Ruelle L., Dourgnon P., Dumesnil S., Grignon M., Retailleau A., 2001, La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles*, CREDES.*
Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M., 2000, « La couverture complémentaire en France : qui bénéficie de quels remboursements », Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998, CREDES.
Jougla E., Rican S., Péquignot F., Le Toullec A., Disparités sociales de mortalité en France*, La Découverte, INSERM.*
Heckman J., 1979, Sample selection bias as a specification error*, Econometrica*

Annexe 8 : La complémentaire maladie en France : qui a accès à quels remboursements ?

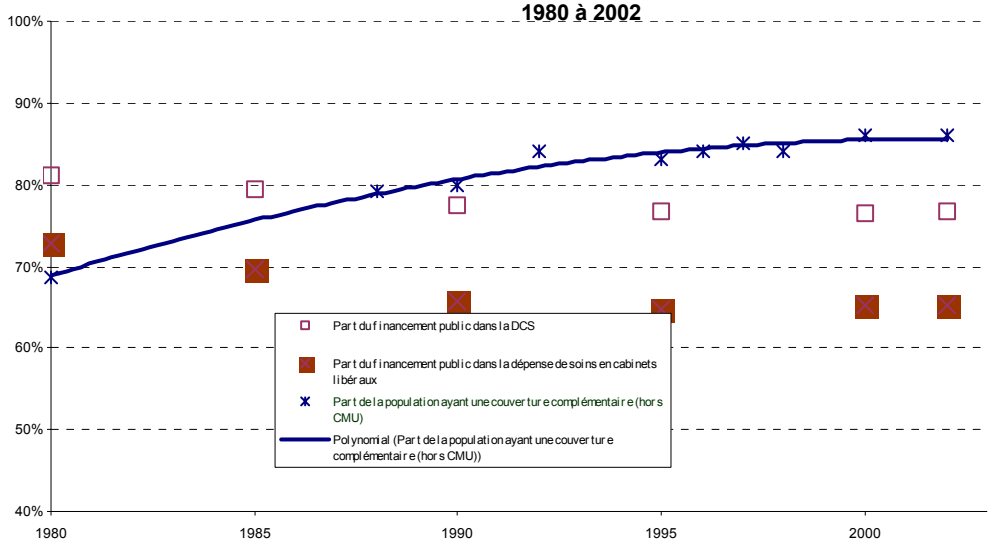
(Agnès Couffinhal, Michel Grignon, Marc Perronin, CREDES, novembre 2003)

Remarque préliminaire : cette annexe retrace les caractéristiques de la population qui possède ou non une couverture complémentaire en 2000. Elle reprend également les résultats d'une analyse réalisée sur des données de 1998 concernant le niveau des garanties offertes par les contrats de couverture complémentaire. Des résultats actualisés pour 2000 – 2002 sont incorporés en fin d'annexe.

En 2000, 86 % des Français ont une couverture complémentaire, hors CMU (90,5% y compris CMU, qui couvrait plus de 4,5 millions de personnes fin 2003).

La part de la population couverte a cru de manière régulière sur les dernières décennies et semble aujourd'hui se stabiliser (hors CMU), comme le montre le graphique ci-dessous.

Part du financement public dans la dépense et proportion de la population couverte par une complémentaire maladie (hors CMU) 1980 à 2002



Les variables les plus corrélées à l'accès à une couverture privée (hors CMU) sont le niveau de revenu et la position sur le marché du travail. Ainsi alors que 51% personnes gagnant moins de 550€[22] seulement bénéficient d'une complémentaire, ce taux passe à 95.7% parmi les personnes dont le revenu dépasse 1296€ . Le rôle propre de l'emploi s'explique quant à lui notamment par le fait que plus de 55% des personnes déclarent obtenir leur contrat par le biais de leur entreprise (voir tableau en fin de cette note).

La CMU a naturellement amélioré la situation des personnes dont le revenu est le plus faible, mais des inégalités persistent le long de l'échelle sociale, notamment parce que le niveau de couverture complémentaire est très variable d'un contrat à l'autre.

---

[22] Il s'agit du revenu dit « par unité de consommation », c'est-à-dire du revenu du ménage divisé par le nombre de personnes vivant dans le ménage, avec des pondérations pour chaque personne (1 pour le premier adulte, 0,5 pour les autres adultes et 0,3 pour les enfants). Ces pondérations reflètent le fait que certaines dépenses sont moins que proportionnelles au nombre de personnes dans le ménage, c'est-à-dire aux économies d'échelles liées au fait de partager le même toit.

Les niveaux de couverture des contrats

Jusqu'à une période récente, en dehors de quelques comparatifs publiés par les revues de consommateurs, peu d'information était disponible sur le niveau des garanties offertes par les contrats de couverture complémentaire. A partir de 1998, des éléments ont pu être collectés dans l'enquête Santé et Protection Sociale sur le contenu des contrats, notamment pour l'optique et les prothèses dentaires.

Compte tenu des conventions exposées dans l'encadré méthodologique (voir en fin de cette note), les remboursements par les complémentaires qui viennent s'ajouter aux remboursements de la Sécurité sociale ont les caractéristiques suivantes en 1998 (tableaux ci-dessous) :

- le contrat moyen prévoit un remboursement forfaitaire maximum en optique de 1 043 francs pour deux verres, 10 % des contrats remboursant jusqu'à 2 148 francs.
- pour le dentaire, le contrat moyen prévoit un remboursement d'une fois et demi le tarif de la Sécurité sociale, ce qui pour une couronne simple représente 1,5 ´ 705 F. = 1057,50 F., qui viennent s'ajouter aux 705 F. ´ 70 % = 493,50 francs remboursés par la Sécurité sociale.

Les remboursements en dentaire

	Remboursement exprimé en % du tarif Sécurité sociale
Le contrat moyen rembourse	150 %
un quart des contrats remboursent moins de	55%
la moitié des contrats remboursent moins de	130%
un quart des contrats remboursent plus de	205%
10% des contrats remboursent plus de	284%

Les remboursements pour deux verres en optique

	Remboursement en francs
Le contrat moyen rembourse au mieux	1 043 F
un quart des contrats remboursent moins de	370 F
la moitié des contrats remboursent moins de	667 F
un quart des contrats remboursent plus de	1 264 F
10% des contrats remboursent plus de	2 148 F

Source : ESPS 98

Les remboursements proposés par la complémentaire CMU étaient, à l'époque, meilleurs en optique que ceux proposés par plus d'un tiers des contrats de l'enquête, et en dentaire, meilleurs que 40 % d'entre eux.

Quatre types de contrats

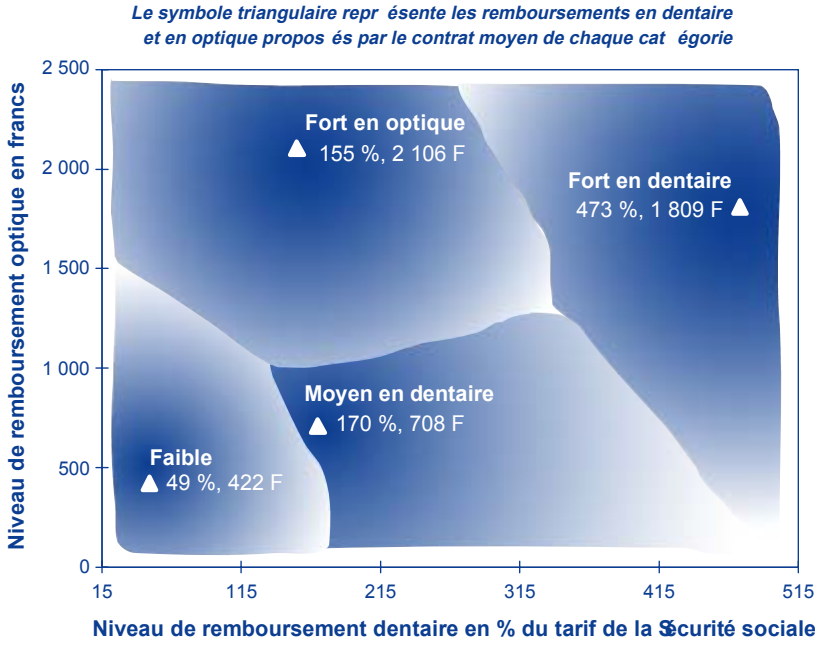
Nous avons cherché, à partir de ces informations, à caractériser de façon plus globale la qualité des contrats. Cette analyse nous conduit à distinguer quatre catégories, dont les caractéristiques sont présentées dans le graphique et le tableau ci-contre :

- catégorie “ faible ” : des contrats qui offrent des niveaux de remboursement faibles en optique et en dentaire,

- catégorie “ moyen en dentaire ” : des contrats qui sont moyens en dentaire mais restent assez faibles en optique,

- catégorie “ fort en optique ” : des contrats qui offrent un niveau de remboursement faible ou moyen en dentaire mais qui couvrent bien l'optique,

- catégorie “ fort en dentaire ” : des contrats caractérisés par un taux très élevé en dentaire, et des forfaits variables en optique.



Le graphique révèle une hiérarchie des catégories, les contrats faibles d'une part, les contrats “ fort en dentaire ” d'autre part se détachant nettement. En revanche, on ne peut classer entre eux les contrats intermédiaires.

Ces conclusions sont renforcées par l'observation d'autres caractéristiques des contrats : ceux de la catégorie “ faible ” prennent plus rarement en charge les dépassements d'honoraires que ceux de la

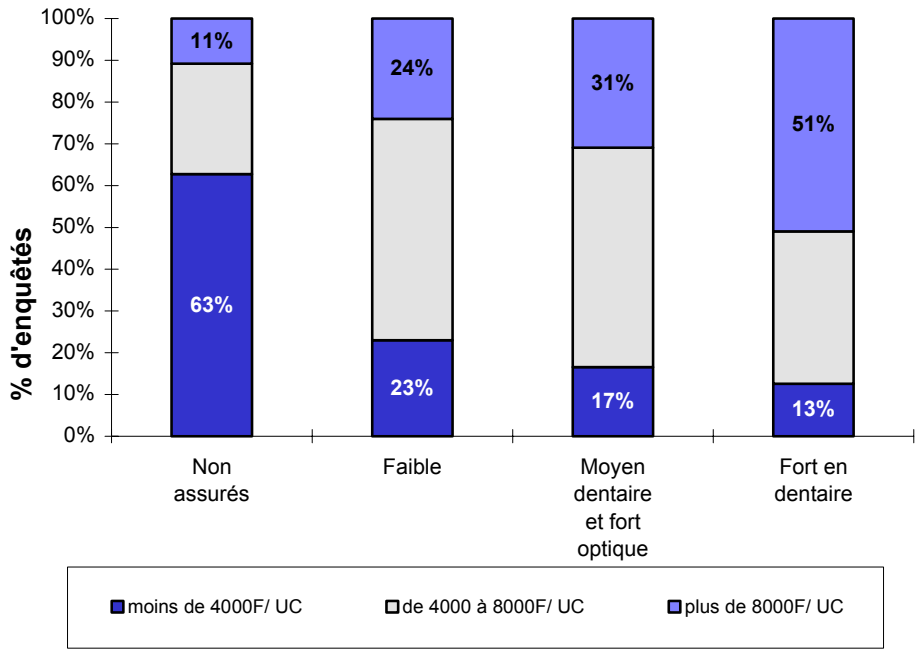
catégorie “ fort en dentaire ”, les catégories intermédiaires ne se distinguant pas entre elles et se plaçant entre les deux précédentes.

	Faible	Moyen en dentaire	Fort en optique	Fort en dentaire
Proportion des contrats	35 %	30 %	26 %	9 %
Proportion de la population couverte	32 %	31 %	27 %	10 %
Proportion de contrats couvrant les dépassements d’honoraires	31 %	46 %	49 %	64 %
Proportion de contrats familiaux	48 %	60 %	60 %	62 %

Qui accède à quel type de contrat ? L'effet du revenu et de l'état de santé

En premier lieu, il apparaît que les profils d'état de santé des assurés sont similaires dans les quatre catégories de contrat, que l'on considère les indicateurs synthétiques de morbidité (risque vital, invalidité) ou l'état de santé ressenti. Autrement dit, il ne semble pas que les personnes les plus malades soient différemment couvertes par les complémentaires. Tout juste peut-on noter que le contrat dit fort en dentaire regroupe un peu plus d'individus ayant une prothèse dentaire que le reste de la population.

En revanche, les catégories de contrats se distinguent fortement par la proportion de pauvres et de riches qui les souscrivent. Les plus riches (plus de 1 200 €. par unité de consommation) ne représentent que 11 % des non assurés complémentaires, 24 % des assurés de la catégorie “ faible ”, mais 31 % des assurés des contrats intermédiaires et 51 % des assurés de la catégorie fort en dentaire. Inversement, les pauvres sont de moins en moins représentés quand on monte dans la hiérarchie des contrats.

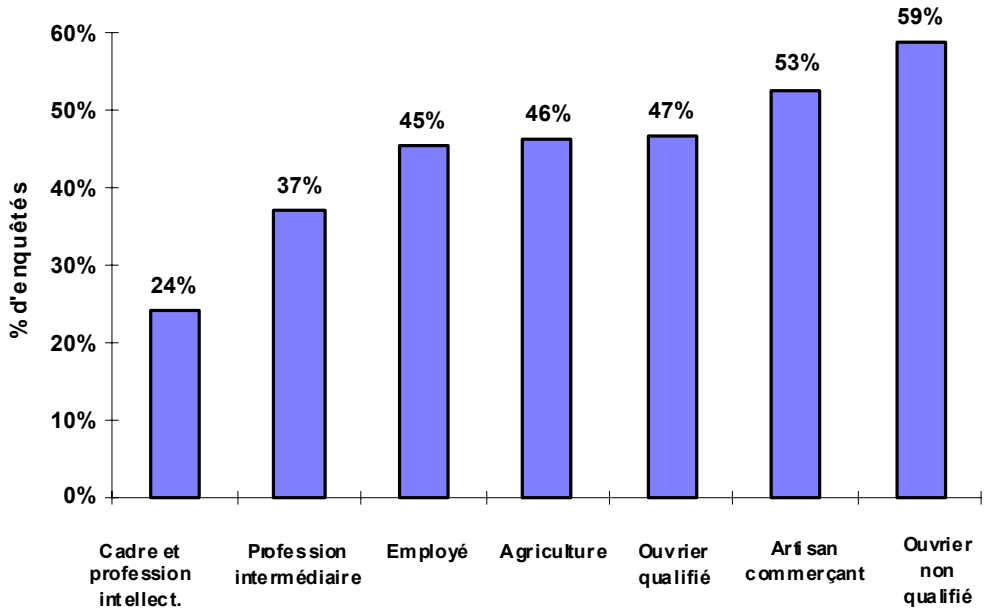


Qui est peu ou non couvert en France ?

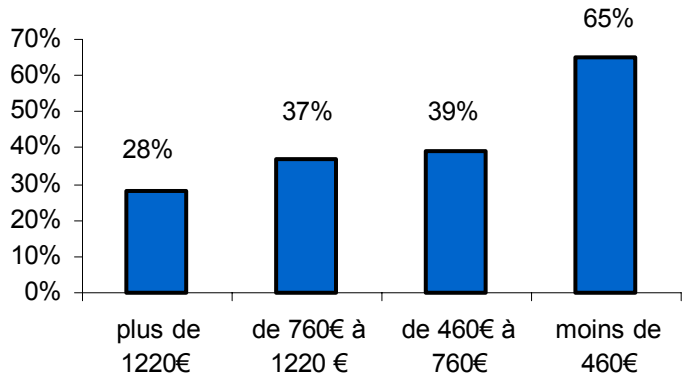
Une autre manière de caractériser les différences d'accès aux prestations de couverture complémentaire consiste à décrire la population qui n'est pas couverte ou est couverte par un contrat de la catégorie “ faible ”.

Les garanties faibles ou nulles concernent 28 % des plus riches et 65 % des plus pauvres. La seule tranche d'âge qui se détache nettement est celle des plus de 65 ans qui sont plus nombreux à être peu ou pas couverts. Enfin, comme le montre le graphique ci-dessous, les personnes appartenant à des ménages de cadre sont les mieux couvertes avec seulement 24 % de couverture faible ou nulle, les professions intermédiaires présentent 37 % de couvertures faible ou nulle, les agriculteurs sont 46 % à avoir peu ou pas de couverture complémentaire, les ouvriers non qualifiés sont souvent mal protégés, 59 % ayant des garanties faibles ou nulles.

Proportion de personnes peu ou non couvertes dans chaque milieu social



Proportion de personnes ayant une complémentaire faible ou pas de complémentaire selon le niveau de revenu par unité de consommation



Un marché segmenté

La classification des contrats présentée ci-dessus permet de mettre en lumière des effets importants du revenu et de la catégorie sociale sur l'accès à la complémentaire maladie. Pour autant, cette classification présente deux faiblesses : en premier lieu, les frontières établies entre catégories sont en partie arbitraires. En second lieu, et cette deuxième faiblesse découle de la première, la classification ne suffit pas à comprendre la logique autour de laquelle s'organise le marché de la complémentaire.

En revanche, si on analyse les combinaisons de remboursements optiques et dentaires pour des contrats relevant tous du même type d'organisme (mutuelle, institution de prévoyance, assurance privée) et du même mode d'obtention du contrat (collectif ou individuel) on met en lumière des logiques d'organisation beaucoup plus claires. Schématiquement :

- les institutions de prévoyance proposent des contrats proportionnels : en connaissant le remboursement en prothèse dentaire, on peut déduire le remboursement en optique, et la probabilité de prise en charge des dépassements ;

- les assurances n'offrent pas, contrairement à une idée reçue, des contrats standardisés mais semblent négocier les contrats au gré à gré, en collectif tout au moins ;

- enfin, les mutuelles sont intermédiaires, proposant une gamme de produits plus vaste que les institutions de prévoyance, mais pas, pour autant, le sur mesure des assurances.

Comme on n'accède pas à la même complémentaire selon le type d'organisme auquel on s'adresse et selon le mode d'obtention, on peut alors s'interroger sur les caractéristiques des personnes qui vont avoir accès à l'un ou l'autre des segments du marché.

L'accès aux différents segments du marché dépend fortement du statut par rapport à l'emploi. Le recours aux complémentaires collectives est le fait des salariés du privé en CDI, ils ont alors le choix entre institutions de prévoyance et assurances privées, dont on a vu qu'elles proposaient des produits aux logiques diamétralement opposées (proportionnel contre sur mesure). Les fonctionnaires ont accès aux mutuelles collectives, les indépendants aux assurances individuelles. Les salariés “ précaires ” (CDD ou craignant de perdre leur emploi) ont nettement moins souvent accès aux contrats collectifs. Enfin, retraités et chômeurs sont sur le segment des mutuelles à inscription individuelle.

Notre analyse montre finalement que le contrat ne peut être seulement caractérisé par les montants de remboursement proposés mais qu'il faut prendre en compte le type d'organisme qui le vend et le mode de souscription. Pour finir, nous nous sommes donc interrogés sur le rôle spécifique des employeurs dans la définition des contrats de couverture complémentaire.

En conclusion :

Il apparaît clairement que le revenu et le statut par rapport à l'emploi conditionnent l'accès à un niveau de remboursement des soins.

Nous avons aussi montré que, pour comprendre l'organisation du marché, il faut étudier séparément les contrats individuels et les contrats collectifs proposés par chaque type de prestataire. Le marché est donc segmenté. Il reste à souligner que cette segmentation résulte probablement en partie d'une volonté implicite de conférer à la complémentaire un caractère solidaire. Cette solidarité non universelle s'organise de façon relativement spontanée (par exemple à l'initiative des employeurs). Elle atténue le fait que se couvrir contre ce qui n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale pourrait coûter relativement plus cher aux pauvres ou aux malades. Autrement dit, elle contribue à empêcher que l'accès aux soins dépende plus du revenu que de l'état de santé.

Méthodologie

De la difficulté d'interpréter les contrats de couverture complémentaire maladie

L'information est collectée au cours de l'enquête " Santé Protection Sociale " réalisée en 1998 par le CREDES auprès de 9 700 personnes. Deux mille enquêtés ont répondu aux questions posées sur les remboursements de prothèse dentaire et d'optique médicale proposés dans les contrats de couverture complémentaire.

Les contrats sont rédigés de manière très variable. Dans certains, par exemple, le remboursement affiché s'ajoute à ce qu'a déjà payé la Sécurité sociale, alors que dans d'autres le remboursement affiché inclut le paiement déjà effectué par la Sécurité sociale. Mais il est surtout important de distinguer les contrats selon le montant choisi comme référence pour calculer le remboursement. Certains contrats proposent un montant maximal de remboursement appelé forfait. L'assuré est alors remboursé intégralement si le prix du bien concerné ne dépasse pas le forfait, mais il risque de devoir payer cher de sa poche s'il a besoin d'un matériel coûteux. D'autres contrats proposent un remboursement proportionnel au tarif de la Sécurité sociale. Or, ce dernier reflète la gravité de la pathologie : il est de 48 F. pour un verre de lunette corrigeant une myopie moyenne et monte à 246,9 F. pour une amblyopie. Contrairement au cas du forfait, le remboursement de la complémentaire augmente donc avec le besoin. On trouve aussi des contrats intitulés «frais réels», donnant l'impression d'une prise en charge totale, mais ces contrats sont toujours assortis d'une forme de plafond, plus ou moins explicite.

Après avoir testé d'autres méthodes, et pour éviter que les enquêtés aient à interpréter une information complexe, nous leur avons demandé de recopier le contenu exact et complet de leur contrat de couverture en matière de prothèses dentaires et optiques.

Ce choix ne nous affranchit nullement d'un travail d'interprétation, visant à traduire les multiples appellations pour ramener tous les contrats à une échelle comparable. Ce travail comporte une part d'arbitraire, mais au moins est-il mené selon une logique uniforme et transparente.

Nous avons choisi de transcrire tous les remboursements de prothèses dentaires en pourcentage du tarif de la Sécurité sociale. Pour une couronne, par exemple, dont le tarif de la Sécurité sociale est de 705 F., un contrat spécifiant "un remboursement forfaitaire de 700 F. en plus du remboursement de la Sécurité sociale" rembourse environ 100 % du tarif de la Sécurité sociale. Un contrat qui rembourse les frais réels, dans la limite du tarif de la Sécurité sociale, ne rembourse en fait que le ticket modérateur, soit 30 % du tarif de la Sécurité sociale. En dépit de son appellation "frais réels", il est de moins bonne qualité que le contrat forfaitaire précédent.

Pour l'optique, nous avons choisi au contraire d'exprimer les contrats sous forme de montant forfaitaire, car ce type de formulation est plus fréquent. Comment transcrit-on alors en forfait un contrat qui prend en charge 300 % du tarif de la Sécurité sociale ? Si on adopte le point de vue d'une personne à faible myopie (48 F. par verre pour la Sécurité sociale), un tel contrat serait équivalent à un forfait par verre de 144 F. ; en revanche, si on adopte le point de vue d'une personne dont le verre est reconnu à 246,9 F. par la Sécurité sociale, ce même contrat est l'équivalent d'un forfait de 740,7 F. Le contrat remboursant 300 % du tarif Sécurité sociale est pour la personne simplement myope, moins bon qu'un autre contrat remboursant un forfait de 200 F. par verre, et pour la personne amblyope, bien meilleur. Nous avons systématiquement adopté le point de vue de la personne qui présente le risque le plus élevé pour ramener les contrats exprimés en pourcentage du tarif de la Sécurité sociale à un montant forfaitaire. Dans ce cas précis, nous avons donc traduit le 300 % du tarif Sécurité sociale en un forfait de 740 F. x 2 en sachant que ce montant de remboursement n'est pas accordé dans le cas d'une simple myopie. Ceci est cohérent avec notre problématique d'ensemble qui consiste à traiter la couverture complémentaire comme un moyen d'accéder à des soins coûteux et nécessaires.

Un tel choix rend cependant les contrats exprimés en pourcentage du tarif de la Sécurité sociale plus généreux que les contrats exprimés directement en forfait. Afin de mesurer l'impact de notre décision sur nos conclusions, nous avons mené les mêmes calculs que ceux présentés ici, mais en adoptant le point de vue d'une personne n'ayant besoin que de verres dont le tarif Sécurité sociale est de 48 F. Ce changement de point de vue modifie évidemment les résultats en valeur absolue, mais pas trop les résultats relatifs : les formes des catégories de contrats sont similaires et leurs effectifs comparables. De même, les différences par milieu social sont insensibles au choix d'un tarif de référence.

Statut de la population vis à vis de la complémentaire en France (2002)

	Bénéficiant d'une couverture complémentaire privée		Bénéficiant de la CMU		Couverture complémentaire (CMU ou privée)		Pas de couverture complémentaire	
	Effectif enquêté	Taux de couverture (%)	Effectif enquêté	Taux de cmuistes (%)	Effectif enquêté	Taux de couverture (%)	Effectif enquêté	Proportion non-couverte
Age de la personne								
Moins de 16 ans	3705	84.3	290	8.3	3977	92.0	272	6.9
16 à 39 ans	6152	83.6	373	6.0	6494	89.1	648	9.9
40 à 64 ans	6093	87.3	251	4.9	6326	91.9	423	7.2
65 ans et plus	2169	88.7	34	1.4	2193	89.6	231	10.1
Inconnu / refus	98	82.9	3	1.9	101	84.8	10	8.2
Age détaillé de la personne								
Moins de 2 ans	347	81.0	30	9.0	377	90.0	34	9.3
2 à 9 ans	1878	85.8	134	7.5	2004	92.9	126	6.1
10 à 19 ans	2490	82.9	203	8.7	2681	91.0	197	7.5
20 à 29 ans	2478	82.0	158	5.9	2617	87.1	348	11.8
30 à 39 ans	2664	86.0	138	5.3	2792	90.9	215	8.4
40 à 49 ans	2846	86.9	109	4.8	2945	91.3	207	7.8
50 à 59 ans	2505	86.9	126	5.9	2624	92.5	164	6.6
60 à 69 ans	1446	89.7	27	1.9	1471	91.5	114	7.9
70 à 79 ans	1100	90.7	18	1.3	1111	91.4	98	8.4
80 ans et plus	365	83.1	5	1.2	368	83.8	71	15.7
Inconnu / refus	98	82.9	3	1.9	101	84.8	10	8.2
Sexe de la personne								
Homme	9076	85.1	421	4.6	9464	89.3	891	9.8
Femme	9141	86.5	530	5.8	9627	91.7	693	7.4
Occupation principale								
Actif occupé	8444	90.6	178	2.1	8598	92.4	574	7.0
Chômeur	534	56.5	181	22.0	708	77.6	183	20.9
Retraité / veuf	2706	89.5	44	1.5	2740	90.7	241	8.9
Femme au foyer	825	76.8	110	12.2	930	88.3	97	10.3
Autre inactif	261	64.9	56	16.7	312	80.2	75	18.9
Etudiant, enfant	5429	84.9	381	7.6	5784	92.0	409	7.2
Inconnu / refus	18	40.5	1	1.0	19	41.5	5	8.5
Milieu social								
Agriculteur	938	89.6	22	2.1	950	90.7	81	8.9
Artisan commerçant	1464	86.0	56	4.1	1515	89.4	152	10.2
Cadre et prof. intellectuelle	3260	93.4	39	1.3	3294	94.5	148	5.0
Profession intermédiaire	3717	94.7	37	1.3	3746	95.7	126	4.0
Employé administratif	1354	84.6	90	6.6	1441	91.0	105	7.8
Employé de commerce	627	74.8	117	13.2	740	87.6	84	10.6
Ouvrier qualifié	5165	84.7	267	4.8	5404	88.9	542	10.1
Ouvrier non qualifié	1549	69.6	270	14.2	1811	83.2	316	15.6
Inconnu / refus	143	63.8	53	19.6	190	80.4	30	12.4
Niveau d'études								
Non scolarisé, jamais scolarisé	196	56.2	49	14.3	245	70.5	84	26.7
Maternelle, primaire, CEP	2173	85.7	91	4.0	2256	89.4	226	10.3
1er cycle, 6ème, 5ème, 4ème, 3ème, technique, jusqu'à CAP et BEP	4447	85.5	253	5.6	4679	90.7	421	8.9
2nd cycle, 2nde, 1ère, terminale, Bac technique (BT), Bac.	2091	87.5	100	5.3	2180	92.1	150	7.2
Supérieur	3279	91.2	51	1.6	3325	92.7	225	6.9
Autre	186	86.1	8	3.7	193	89.0	21	10.7
Enfant, étude en cours	5424	84.9	381	7.6	5779	92.0	408	7.2
Inconnu / refus	421	73.2	18	3.5	434	75.4	49	11.0

Statut de la population vis à vis de la complémentaire en France (2002), suite

	Bénéficiant d'une couverture complémentaire privée		Bénéficiant de la CMU		Couverture complémentaire (CMU ou privée)		Pas de couverture complémentaire	
Revenu mensuel du ménage								
Moins de 840 euros	519	61.1	201	22.8	713	82.7	121	16.8
de 840 à moins de 990 euros	300	73.1	66	14.1	360	85.2	61	14.2
de 990 à moins de 1300 euros	818	79.1	94	9.0	909	88.0	130	11.8
de 1300 à moins de 1600 euros	976	84.7	69	4.5	1044	89.1	128	10.2
de 1600 à moins de 1900 euros	1138	87.4	71	4.6	1200	91.4	92	7.8
de 1900 à moins de 2200 euros	1343	89.8	38	3.3	1376	92.8	98	6.8
de 2200 à moins de 2500 euros	1486	92.5	32	1.9	1514	94.1	85	5.8
de 2500 à moins de 3100 euros	2407	94.1	39	1.2	2439	95.1	121	4.7
de 3100 à moins de 4600 euros	2680	95.5	8	0.3	2685	95.7	105	4.2
Plus de 4600 euros	1171	96.4	11	0.8	1182	97.1	29	2.5
Abandon avant 4ème appel	3043	79.8	210	6.2	3229	85.3	389	11.9
Inconnu / refus	2336	86.1	112	4.8	2440	90.4	225	8.6
Revenu par UC								
Moins de 550 €	674	55.4	333	29.9	997	83.8	180	15.7
de 550 à moins de 690 €	649	71.5	114	13.0	752	83.6	112	14.7
de 690 à moins de 840 €	1194	81.7	76	5.9	1269	87.4	150	11.4
de 840 à moins de 990 €	1302	89.0	39	3.1	1329	91.4	110	8.6
de 990 à moins de 1300 €	2806	91.9	36	1.2	2836	92.9	194	7.0
Plus de 1300 €	6213	95.5	31	0.4	6239	95.8	224	4.0
Abandon avant 4ème appel	3043	79.8	210	6.2	3229	85.3	389	11.9
Inconnu / refus	2336	86.1	112	4.8	2440	90.4	225	8.6
Taille du ménage								
1 personne	1019	82.2	82	6.5	1094	88.1	143	11.7
2 personnes	4249	89.2	134	3.1	4369	92.0	305	7.6
3 personnes	3768	87.3	173	4.7	3925	91.6	293	7.7
4 personnes	5291	88.3	175	3.9	5449	91.9	348	6.8
5 personnes	2676	85.0	133	4.6	2802	89.4	252	9.1
6 personnes et plus	1214	67.7	254	18.0	1452	83.8	243	13.4
Caractéristiques des adultes selon la taille du ménage								
1 personne	1019	82.2	82	6.5	1094	88.1	143	11.7
2 personnes	4184	89.8	112	2.7	4283	92.2	293	7.4
3 personnes	3034	87.8	116	3.8	3138	91.2	244	8.1
4 personnes	3409	87.7	111	3.8	3509	91.1	248	7.7
5 personnes	1588	83.6	73	4.4	1656	87.7	178	10.7
6 personnes et plus	659	66.0	132	16.6	782	80.6	163	15.9
Enfants	4324	84.4	325	8.0	4629	91.9	315	6.8
Caractéristiques des enfants selon la taille du ménage								
2 personnes	65	58.8	22	23.8	86	81.8	12	17.6
3 personnes	734	85.3	57	8.4	787	93.2	49	6.2
4 personnes	1882	89.6	64	4.1	1940	93.4	100	5.2
5 personnes	1088	87.1	60	4.9	1146	91.9	74	6.7
6 personnes et plus	555	69.9	122	19.7	670	88.0	80	10.1
Adultes	13893	86.1	626	4.5	14462	90.2	1269	9.0
Type de ménage								
Personne seule	1019	82.2	82	6.5	1094	88.1	143	11.7
Famille monoparentale	734	64.0	224	25.4	947	88.0	109	10.4
Couple sans enfant	3747	92.6	52	1.4	3790	93.8	207	6.0
Couple avec enfant(s)	11140	87.5	484	4.2	11588	91.4	877	7.6
Autres	1577	78.5	109	5.5	1672	83.5	248	14.2

Statut de la population vis à vis de la complémentaire en France (2002), fin

	Bénéficiant d'une couverture complémentaire privée		Bénéficiant de la CMU		Couverture complémentaire (CMU ou privée)		Pas de couverture complémentaire	
Caractéristiques des adultes selon le type de ménage								
Personne seule	1019	82.2	82	6.5	1094	88.1	143	11.7
Famille monoparentale	511	66.2	133	22.6	637	87.5	79	10.8
Couple sans enfant	3745	92.6	52	1.4	3788	93.8	207	6.0
Couple avec enfant(s)	7186	87.4	270	3.7	7434	90.8	609	8.2
Autres	1432	79.0	89	4.8	1509	83.2	231	14.7
Enfants	4324	84.4	325	8.0	4629	91.9	315	6.8
Caractéristiques des enfants selon le type de ménage								
Famille monoparentale	223	59.5	91	31.0	310	88.9	30	9.6
Couple avec enfant(s)	3954	87.6	214	5.2	4154	92.5	268	6.4
Autres	147	74.0	20	13.1	165	86.2	17	9.0
Adultes	13893	86.1	626	4.5	14462	90.2	1269	9.0
Taille d'unité urbaine								
Commune rurale	5394	90.5	154	2.9	5533	93.1	325	6.2
Unité urbaine < 20 000 hbts	3369	87.7	151	4.8	3499	91.9	248	7.5
20 000 à 199 999 hbts	3530	85.0	233	6.7	3749	91.3	289	7.9
200 000 à 1 999 999 hbts	3675	84.6	270	6.8	3938	91.2	308	7.7
Unité urbaine de Paris	2249	79.9	143	5.3	2372	84.3	414	14.4
Régime déclaré de Sécurité sociale								
Régime général	15763	85.6	862	5.5	16565	90.7	1347	8.4
CANAM	891	86.3	22	3.0	912	89.1	94	10.8
MSA	1219	89.9	37	2.4	1246	91.5	98	8.3
Autre régime ou Inconnu	344	79.2	30	6.5	368	84.5	45	11.5
Exonération du ticket modérateur par la Sécurité sociale								
Oui	1546	70.6	435	18.3	1962	87.9	230	11.9
Non	16382	88.9	484	3.1	16813	91.6	1295	7.9
Inconnu / refus	289	61.9	32	8.0	316	67.8	59	12.6
Exonération du ticket modérateur pour raison médicale								
Oui	1384	82.5	61	4.1	1441	86.3	198	13.5
Non	16544	86.8	858	5.3	17334	91.7	1327	7.8
Inconnu / refus	289	61.9	32	8.0	316	67.8	59	12.6
Personne vivant du RMI								
Oui	13	5.5	168	88.2	176	91.0	15	7.4
Non	18167	87.1	778	4.2	18873	90.8	1566	8.6
Inconnu / refus	37	29.3	5	3.7	42	33.0	3	4.4
Degré d'invalidité								
Pas de gêne ou infime (0,1)	5045	85.4	270	5.5	5257	89.9	494	9.7
Peu gêné (2)	3573	89.6	155	4.3	3703	93.3	241	6.5
Gêné mais vie normale (3)	2440	89.0	105	4.0	2529	92.4	178	7.6
Activité restreinte (4,5,6,7)	1475	85.9	79	5.1	1542	90.4	150	9.5
Inconnu / refus	100	93.6	2	2.0	101	94.7	6	5.3
Risque vital								
Aucun indice (0)	4931	86.6	268	5.6	5138	91.1	432	8.5
Risque faible (1,2)	5618	87.9	257	4.6	5840	92.0	446	7.9
Risque possible (3)	1529	87.6	69	4.1	1583	90.9	135	9.1
Risque important (4,5)	454	87.0	15	3.3	469	90.3	50	9.7
Inconnu / refus	101	94.2	2	2.0	102	95.3	6	4.7
Indicateur de santé perçue								
0 à 4	293	81.2	20	6.1	311	87.0	41	12.4
5 à 6	1185	86.2	61	4.6	1232	89.6	131	10.3
7 à 8	4103	89.0	176	4.2	4255	92.7	301	7.2
9 à 10	6336	87.7	281	4.8	6557	91.6	513	8.1
Inconnu / refus	716	83.0	73	7.4	777	89.4	83	10.2
Ensemble	**18217**	**85.8**	**951**	**5.2**	**19091**	**90.5**	**1584**	**8.5**

Note *: La population bénéficiant d'une complémentaire privée inclut les personnes qui ont la CMU par le biais d'une OCAM ou la CMU et une complémentaire privée (effectif bruts 77). Ces personnes sont aussi incluses dans la colonne CMU, la troisième colonne élimine ces doubles comptes.*

Source *: Enquête SPS 2002.*

Annexe 9 : la Couverture Maladie Universelle Complémentaire

1) La CMUC procure une couverture complémentaire gratuite aux ménages les plus modestes : le champ personnel

Elle est attribuée à tous les ménages, sous condition de revenus : la garantie n'est acquise que jusqu'au seuil d'exclusion .

- le seuil d'exclusion au 1/7/03 est de 566,5€ par mois en métropole, et de 627,68 € par mois dans les départements d'outre mer, pour la première personne ; à l'exception de certaines prestations à objet spécialisé, toutes les ressources sont prises en compte, y compris les allocations familiales, les aides au logement et les avantages en nature tels que le logement à titre gratuit ou l'occupation d'un logement dont l'intéressé est propriétaire ; toutefois, les avantages logement ne sont pris en compte qu'à concurrence d'un forfait (selon le même principe que pour le RMI) ;

- le seuil varie avec le nombre de personnes protégées (1 pour la première personne du ménage ; 0,5 pour la seconde ; 0,3 pour la troisième et la quatrième, 0,4 ensuite)

- le tableau ci-dessous situe le seuil d'exclusion en fonction de la taille de la famille et le compare au RMI et au revenu d'un ménage ayant un revenu salarial au SMIC

Montants 2004 métropole	isolé	Couple sans enfant	Couple 1 enfant	Couple 2 enfants	Couple 3 enfants
CMU	566,50	849,75	1 019,70	1 189,65	1 416,25
RMI	417,88	626,82	752,18	877,54	1 044,69
CMU/RMI en %	136 %	136 %	136 %	136 %	136 %
SMIC+Allocations familiales + logement	958 + 0 + 50,15 = 1008,15	958+ 0 + 87,75 = 1045,75	958+ 0 + 105,31 = 1063,31	958 + 113,15 + 105,31 = 1176,46	958 + 258,12 + 105,31 = 1321,43
CMU/SMIC + prestations en %	56%	81 %	96 %	101 %	107 %

Le seuil d'exclusion est inférieur au Minimum vieillesse (pour la personne isolée) et à l'AAH

- la CMUC couvre 4,54M de personnes au 31/12/02 (près de 8% de la population) avec une forte présence dans les DOM ou elle couvre un tiers de la population, (pourcentage appelé à croître avec l'augmentation spécifique du barème CMU appliqué à ces départements le 1/9/03)

- elle couvre pour l'essentiel – 93% - des ménages dépourvus de complémentaire (le Fonds de financement de la CMU estime, à partir des données fournies par les organismes complémentaires que seuls 7% des titulaires disposaient d'une couverture complémentaire avant leur entrée dans le dispositif) ; pour ces 7% la CMU se substitue à des couvertures antérieures (dans ce cas, elle soulage le budget des ménages et assure, le cas échéant, un meilleur niveau de garantie que les couvertures initiales

2) Le niveau de garantie est déterminé par l'Etat et s'impose à l'ensemble des opérateurs. Il comprend la prise en charge intégrale du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier ainsi que, dans certaines limites, certains dépassements des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie (dentaire, optique, audioprothèse et certains autres dispositifs médicaux). Selon le CREDES, ce niveau est supérieur aux contrats assurant les garanties les plus modestes

3) les allocataires ont le choix de l'opérateur :

soit les caisses des régimes de base, soit les AMC qui ont opté pour une participation au système. 15% (stock) des bénéficiaires ont opté pour les organismes de couverture complémentaire.

4) le défraiement des opérateurs s'effectue

- dans les régimes de base, sur les frais réels jusqu'en 2003 ; de façon forfaitaire à compter du 1/1/2004 (loi de finances initiale pour 2004)
- dans les régimes complémentaires, de façon forfaitaire dès l'origine.

Le forfait était fixé à l'origine (2000) à 1 500 F par personne et par an. Il a été arrondi à 228 € au 01/01/2002 puis revalorisé à 283 € au 01/01/2003. Au 01/01/2004, le forfait, désormais unifié est fixé à 300€.

5) la CMUC est financée par deux apports

- la contribution des régimes AMC. Ces régimes versent au Fonds de financement de la CMU une contribution assise sur les cotisations de contrats de complémentaire maladie qu'ils gèrent au taux de 1,75%. L'assiette est de l'ordre de 20Md€ et les recettes sont alors de 350M€. Sur cette contribution s'imputent les défraiements analysés ci-dessus. Compte tenu du faible effectif d'allocataires ayant opté pour les OC, le solde de ces deux flux est important.
- un apport de l'Etat qui assure le bouclage : 947 Millions d'euros pour 2004 auxquels s'ajoutent 50 millions d'euros en provenance du ministère de l'outre mer afin de financer la majoration du plafond de la CMU C dans les départements d'outre mer.

Il faut toutefois ajouter qu'au moment de la création de la CMU, une recentralisation des crédits consacrés antérieurement par les départements à l'aide médicale a été opérée. En 2000, l'Etat a ainsi diminué de 1,38 Md€ le montant de la dotation générale de décentralisation (DGD) versée aux départements. Ces crédits couvraient des dépenses de protection de base et des dépenses de protection complémentaire : on ne dispose pas de ventilation précise entre ces deux rubriques. Le fonds CMU avance toutefois un chiffre de 630 M€ pour la part de ces crédits qui était consacrée à des dépenses de protection complémentaire : on peut comparer la somme ainsi récupérée par l'Etat à la dotation qu'il a versé cette même année (en 2000), qui s'est élevée à 800 M€.

Ce financement appelle deux remarques

° contrairement à ce qui a souvent été avancé, la CMUC n'a pas sensiblement alourdi les comptes de l'assurance maladie (régimes de base). A un premier niveau d'analyse, on voit que les caisses sont défrayées, même après la réforme proposée, à un niveau relativement cohérent avec les dépenses

exposées . Mais le bilan financier est plus complexe si on prolonge l'analyse : d'une part les ménages ainsi couverts ont augmenté leur recours aux soins et les régimes de base ont donc supporté des charges de remboursement à hauteur des débours liés à cette amélioration ; d'autre part, le recours à des soins effectifs et/ou plus précoces est de nature à diminuer les dépenses ultérieures de ces ménages.

° une partie importante de la CMUC est actuellement payée par les ménages (et les entreprises dans le cas des couvertures collectives) au travers de la contribution qui, toutes choses égales par ailleurs, alourdit de 1,75% les cotisations et primes.

6) CMUC et consommation de soins

De manière générale, il est prouvé que la consommation de soins augmente avec le niveau de couverture maladie. En France, les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire, tout particulièrement pour les bas revenus, ont des recours aux soins plus faibles que les autres[23] ; elles ont notamment, en proportion, moins souvent recours aux spécialistes, et consomment moins de médicaments.

L'étude des comportements des personnes affiliées à la CMUC confirme ces résultats : lorsque des personnes deviennent affiliées à la CMUC, elles rattrapent la différence de consommation avec les autres personnes due à l'absence de couverture complémentaire.

La CNAMTS a ainsi relevé que la dépense des bénéficiaires de la CMUC augmentait, après leur affiliation, plus rapidement que celle des autres personnes[24]. Leurs recours au système de soins et leur consommation de soins, auparavant inférieurs à la moyenne, rattrapent celle-ci. Le taux de recours sur un an au système de soins, dans la population d'affiliés à la CMUC étudiée par le Credes[25], est ainsi passé de 76% en 1998 à 88% en 2000, pour une moyenne nationale proche de 90%. Plus précisément, ce sont surtout la consommation de médicaments et le recours au spécialiste qui augmentent ; le recours au généraliste quant à lui ne varie pas significativement. Ce phénomène de rattrapage de court terme traduit le fait que la CMUC permet de limiter le renoncement aux soins dû à des raisons financières.

---

[23] Cf. AUVRAY et *alii*, *Santé et protection sociale en 2000*, Credes, 2001 : toutes choses égales par ailleurs, les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire recourent plus de 2 fois plus aux médecins de ville que les personnes dépourvues d'assurance complémentaire. Cf. également BUCHMUELLER et *alii*, *Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France*, Working paper 9238, NBER, 2002 : la couverture par une assurance complémentaire accroît de 13 points, pour un assuré, la probabilité d'avoir recours au système de soins. Cf. enfin DOURGNON et SERMET, "La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire", Questions d'économie de la santé, Credes, 2002 : les personnes dépourvues d'assurance complémentaire recourent moins fréquemment que les autres assurés aux médicaments et consomment moins à état de santé identique.

[24] GIRARD-LE GALLO, *Evolution des dépenses de soins de ville entre 1999 et 2001 des premiers bénéficiaires de la CMU*, CNAMTS, 2002.

[25] GRIGNON et PERRONNIN, *Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins*, Credes, 2003.

Annexe 10 : L'opposabilité tarifaire

1) Données générales

En 2001, les dépassements d'honoraires facturés par les professionnels de santé représentaient 4,4 milliards d'euros, soit 15% du total des honoraires des professionnels de santé. Deux tiers des dépassements d'honoraires sont facturés sur les actes de chirurgiens-dentistes, un quart par les médecins spécialistes et 8% par les médecins omnipraticiens. Très peu d'informations sont disponibles concernant les dépassements de tarifs pratiqués sur les dispositifs médicaux.

	Professions	Montant des dépassements en millions d'euros
Dépassements d'honoraires des professionnels de santé libéraux	Médecins spécialistes	1 125
	Médecins omnipraticiens	365
	Chirurgiens dentistes	2 917
	Autres professions de santé	50
Dispositifs médicaux à usage externe*	Peu d'informations sur les montants des dépassements de tarifs.	

Source : Carnets statistiques 2003 – n°109. CNAMTS

* Les dépassements de tarifs ne sont pas autorisés en ce qui concerne les dispositifs médicaux implantables et sont faibles en ce qui concerne le GAO (grand appareillage orthopédique).

D'après l'enquête santé, protection sociale du CREDES de 2000, moins de la moitié des contrats d'assurance complémentaire prennent en charge les dépassements d'honoraires sans qu'il soit possible de préciser dans quelles limites ces dépassements sont couverts. La prise en charge des dépassements dépend beaucoup de la qualité des contrats. 64% des contrats dits « forts » dans la terminologie du CREDES couvrent les dépassements d'honoraires. En revanche, moins d'un tiers des contrats parmi les plus « faibles » prennent en charge les dépassements d'honoraires.

2) Approche historique : le secteur 2 de la médecine libérale

Après un premier système de conventions négociées au niveau départemental dans lequel les tarifs pouvaient être différents selon les départements, le second système mis en place à compter de 1970 permet d'instaurer dans le cadre d'une convention nationale une uniformité de tarifs sur l'ensemble du territoire. Les professionnels de santé sont tenus de ne pas dépasser ces tarifs et bénéficient en échange d'avantages sociaux (prise en charge par les caisses de sécurité sociale d'une partie des cotisations maladie, vieillesse et également familiale pour les médecins).

La convention médicale nationale de 1980 a créé un *secteur à honoraires différents*, dit *secteur 2* en 1980[26]. Ce secteur offrait aux praticiens la possibilité de pratiquer dans le cadre conventionnel des tarifs différents de ceux fixés par la convention en renonçant aux avantages sociaux des praticiens du secteur 1 (prise en charge d'une partie de leurs propres cotisions sociales). Le secteur 2 s'est considérablement développé jusqu'à la convention de 1990. Entre 1985 et 1989, environ 20% des médecins en moyenne annuelle optaient pour le secteur 2. Le secteur 2 représentait 15,3 % des

[26] De façon concomitante, la convention de 1980 a placé en extinction le régime du droit à dépassement permanent réservé à certains médecins sur des critères de titre et d'autorité médicale.

médecins en 1985 et 26,4 % en 1990. En 1988/1989, 23% des médecins généralistes et 44% des médecins spécialistes étaient en secteur 2.

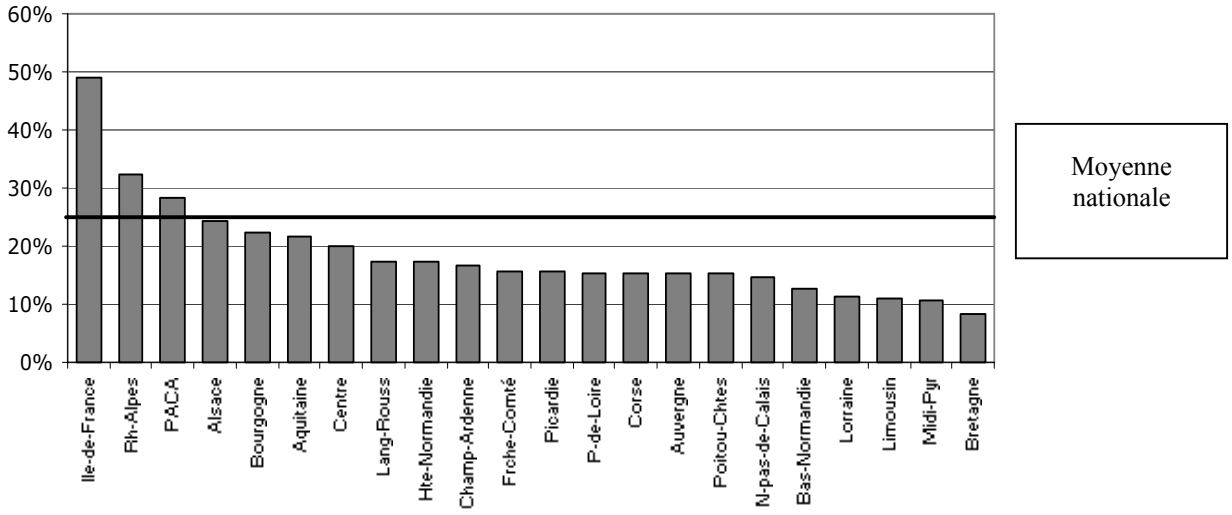
Progressivement, les conventions ont instauré des conditions limitatives d'accès au secteur 2 et cherché, sans réel succès, à limiter les dépassements tarifaires (bien que les médecins en secteur 2 soient tenus de respecter la règle du tact et de la mesure).

La convention nationale des médecins de 1990 a ainsi conduit à geler l'entrée des professionnels dans le secteur 2 en limitant l'accès à ce secteur principalement aux anciens chefs de clinique. En conséquence, le secteur 2 a décru pour les médecins omnipraticiens et ne représentait en 2000 plus que 15% de leurs effectifs et s'est stabilisé pour les médecins spécialistes autour de 35%[27].

La part du secteur 2 varie de 10% à 82% selon les spécialités. Les praticiens de secteur 2 sont majoritaires chez les chirurgiens (plus de 70% pour les chirurgiens orthopédiques), les neurochirurgiens ainsi que les spécialistes urologues (82%). En revanche, seulement 9,7% des radiologues et 10,7% des médecins généralistes sont en secteur 2.

Suivant les régions, la part des médecins en secteur 2 est très hétérogène et varie de 8% à 50%. L'analyse de la répartition géographique des médecins en secteur 2 montre que ceux-ci sont particulièrement regroupés dans les départements où la densité de médecins est relativement importante comme Paris et la petite couronne ainsi que les régions du sud-est de la France et notamment la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cette liaison entre forte densité et forte proportion de médecins en secteur 2 n'est cependant pas systématique. La région Ile-de-France se démarque des autres régions, dénombrant en moyenne 49% de médecins libéraux en secteur 2 (cf. graphique 1), alors que la moyenne nationale ne s'élève qu'à 25,6%. A un niveau également élevé mais loin derrière l'Île-de-France suivent les régions du Sud-Est de la France : les régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Cote d'azur, comptabilisant respectivement 32,5% et 28,2% de médecins à honoraires libres. A l'opposé, la Bretagne compte seulement 8% de médecins libéraux de secteur 2. A un niveau légèrement plus élevé se trouvent les régions Midi-Pyrénées, le Limousin et la Lorraine, avec toutes trois environ 11% de médecins en secteur 2. Les autres régions semblent assez homogènes, mais se situent toutes en deçà de la moyenne nationale.

proportion de médecins libéraux de secteur II par région (France Métropolitaine)



***Source** : CNAMTS / SNIR 2000*

[27] 38% si l'on compte les médecins bénéficiant encore du droit permanent à dépassement. Rappelons qu'en 2000, bénéficiaient encore de ce droit 80 omnipraticiens et 1184 spécialistes.

42.5% des médecins généralistes et 40,3% des médecins spécialistes de secteur 2 vivent en région parisienne. Dans plus de la moitié des départements métropolitains (qui appartiennent principalement à la zone Grand-Ouest et l'Aquitaine), la part de généralistes de secteur 2 est inférieure à 5%. La part de médecins spécialistes de secteur 2 atteint un maximum en Ile de France avec 60,7% des effectifs, suivie de la région Rhône-Alpes (45%) et de l'Alsace (41%). A l'opposé, les régions Midi-Pyrénées et Basse-Normandie comptent moins de 20% de leurs spécialistes en secteur 2.

Les médecins du secteur 2 ont une clientèle moins nombreuse mais perçoivent des honoraires totaux supérieurs grâce aux dépassements. Déduction faite des dépassements d'honoraires, les honoraires moyens des médecins de secteur 2 sont inférieurs à ceux de leurs confrères de secteur 1, quelle que soit la spécialité considérée. Ces différences varient de 28 % pour les omnipraticiens à 0 % pour les ophtalmologues. Globalement, les médecins de secteur 2 ont une clientèle moins nombreuse.

Néanmoins, les dépassements pratiqués par les médecins de secteur 2 leur permettent d'atteindre et souvent de dépasser les niveaux d'honoraires du secteur 1 tout en réalisant moins d'actes. De fortes disparités existent toutefois entre les différentes spécialités.

Les omnipraticiens de secteur 1 ont des honoraires totaux équivalents à leurs confrères de secteur 2, tout comme les radiologues et les cardiologues. Les rhumatologues, les stomatologues, les gastro-entérologues, les médecins à exercice particulier (acupuncteurs, homéopathes,…) de secteur 2, ont des honoraires moyens de 7 à 8 % supérieurs à leurs confrères de secteur 1. Pour les autres spécialités, la différence d'honoraires moyens est sensible : elle s'échelonne de 14 % pour les psychiatres à 42 % pour les gynécologues.

3) L'encadrement des dépassements des médecins et des chirurgiens-dentistes

De façon générale, tous les médecins qui pratiquent des dépassements (soit parce qu'ils sont en secteur 2 ou qu'ils disposent d'un droit permanent à dépassement soit au titre du DE, dépassement exceptionnel) sont tenus de respecter la règle du tact et de la mesure posée par l'article 53 du code de déontologie. Par ailleurs, l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale précise que « *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* ».

Le principe de l'encadrement des dépassements des médecins a été posé en 1989[28] mais ses conditions d'application n'ont pas été définies. Par la suite, la convention de 1990 prévoyait que les médecins exerçant en secteur 2 devaient s'engager à effectuer un quart de leurs actes gratuitement ou conformément aux tarifs opposables. Cette disposition a eu une portée limitée, d'une part car le taux de 25% était relativement proche de la pratique habituelle des professionnels et d'autre part, car cette convention a été annulée par le Conseil d'Etat en 1992. Les dispositions conventionnelles postérieures à 1992 ne prévoient d'ailleurs plus d'encadrement des tarifs des médecins en secteur 2. Par ailleurs, si la loi[29] permet à la convention nationale de définir pour les médecins en secteur 2 soit un plafond de

[28] Avenant n°7 à la convention nationale de 1985

[29] Plus exactement, le II de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale. Cette disposition a été introduite en réponse à l'annulation par le Conseil d'Etat le 28/07/1999 pour défaut de base légale, d'une disposition du règlement conventionnel minimal prévoyant une obligation pour les praticiens en secteur 2 de baisser de 10% leurs dépassements (sur la base d'une comparaison de chaque trimestre au niveau constaté l'année précédant l'entrée en vigueur du règlement conventionnel minimal).

dépassement par acte soit un plafond annuel pouvant être fixé en fonction du montant total des dépassements constaté l'année précédente, cette disposition n'a jamais été mise en œuvre.

En 2000, le montant moyen des dépassements pratiqués par les médecins libéraux était de l'ordre de 14,2 € mais les disparités sont relativement importantes selon les spécialités. Les dépassements des généralistes sont en moyenne les plus faibles, de l'ordre de 7 €, alors qu'à l'opposé ceux des facturés par les stomatologues et les chirurgiens sont les plus élevés (respectivement 65,9 et 42,7 €). Les montants de ces dépassements varient également fortement au sein d'une même spécialité. Il faut également rappeler que les dépassements ne sont pas pratiqués sur tous les soins dispensés par les praticiens. Lorsqu'un dépassement est pratiqué, il peut varier fortement selon les actes.

En 2002, sur les trois premiers trimestres de l'année, 5% des patients ont acquitté 59% de l'ensemble des dépassements demandés par les médecins libéraux et 15% en ont acquitté 82%. En revanche, 42% des patients qui se sont adressés à un médecin libéral n'ont eu aucun dépassement à acquitter et 23% d'entre eux environ ont effectivement acquitté des dépassements mais d'ampleur faible : moins de 10 € au total sur l'ensemble de la période. Les 5% de patients qui ont acquitté le plus de dépassements ont payé en moyenne à ce titre 300 €, alors que, durant la période considérée, les dépassements n'ont coûté en moyenne que 26 € à chaque patient. Enfin, les patients qui acquittent le plus de dépassements sont aussi de gros consommateurs de soins. Leur dépense remboursable vaut 641 € (pour une moyenne de 206 €).

Par ailleurs, en ce qui concerne les actes des chirurgiens-dentistes, seuls les soins conservateurs et chirurgicaux donnent lieu à opposabilité tarifaire. Près de 47% du total des honoraires des chirurgiens dentistes omnipraticiens sont des dépassements et ceux-ci sont appliqués à 90% aux soins prothétiques. La convention signée pour 4 ans le 18 avril 1997 prévoyait l'opposabilité des tarifs prothétiques et orthodontiques et un encadrement des dépassements pratiqués sous réserve d'une actualisation de la nomenclature dentaire. Cette mesure devait être progressivement mise en œuvre mais son développement a été interrompu en 1998.

4) Les dispositifs médicaux et médicaments

Le système de prise en charge des dispositifs médicaux permet, dans le cas général (sauf en ce qui concerne les dispositifs médicaux implantables et le Grand Appareillage Orthopédique) que s'établissent des écarts entre le tarif, base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire, et le prix.

Dans le tableau suivant, sont donnés des ordres de grandeur sur les dépassements pratiqués sur certains groupes de dispositifs médicaux.

Groupe de dispositifs médicaux	importance des dépassements
DM implantables	0%
nutrition parentérale	0 à 10%
perfusion	40%
bandes plâtrées	30 à 70 %
seringues aiguilles	20 à 30%
sondes	auto 0 à 90%
poches pour stomisés ou urinaires	stomies 0 à 20% ; urinaire de 30 à 60 %
traitement du diabète	pompes, lecteurs 0% / seringues et aiguille 20% / autopiqûres 10 à 30%
pansements spécialisés	0 à 20%
canules trachéales	0%
aérateurs transtympaniques	0%
prothèses respiratoires et vocales	0%
ceintures corsets attelles minerves	ceintures sur mesure 150% / standard 50% / minerves 30%
podo orthèses + chaussures sur mesure	de série 50% / sur mesure 0% / semelles 20% / chaussures 0%
lits matelas et accessoires	lits 0% / matelas et coussins 5 à 10 %
traitement de l'apnée du sommeil	0%
cannes béquilles déambulateurs	cannes 0% / déambulateurs 50 à 80%
nutriments pour suppl orale	10-25%
optique	1500%
appareils auditifs	500%
Vhp + vhp électriques + verticalisateurs	50% pour VHP électriques
GAO	10%
siège coquille	10 à 20%
bas et bandes de contention	80%
bandages herniaires	0 à 20 %
casques de protection	0 à 40%

***Source** : Direction de la sécurité sociale*

En ce qui concerne le médicament, la LFSS pour 2003[30] a institué la possibilité pour les ministres de la santé et de la sécurité sociale de proposer, pour les médicaments qui figurent dans un groupe générique, que la base de remboursement soit limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). La différence entre le TFR et le prix de la spécialité reste à la charge du patient. La première vague de TFR a été mise en place en octobre 2003 et concerne environ 70 groupes (produits princeps + ses

[30] 3° du I de l'article 43

génériques). L'immense majorité des produits princeps ont déjà aligné à la baisse leur prix sur le tarif de responsabilité (voir annexe spécifique consacrée au médicament dans la présentation du thème 2 sur la qualité du système de soins).

5) La CMUC : une opposabilité de principe qui n'est pas toujours effective.

Le panier de biens défini pour les bénéficiaires de la CMUC a permis un accès plus large aux soins, malgré une application difficile chez certains professionnels de santé[31]. En particulier, ce rapport souligne que l'accès effectif aux soins a pu être contrarié par le comportement de certains professionnels (dépassements par rapport aux tarifs CMU, refus de pratiquer le tiers payant, refus de soins, ou encore absence de rendez-vous dans des délais normaux ou orientation vers les centres de soins mutualistes). Les intéressés justifient leur attitude par les difficultés du tiers payant et par la tarification, selon eux insuffisante, de certaines prestations du panier de soins (en particulier, en ce qui concerne les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale)[32]. Une étude de la CNAMTS de septembre 2003 menée dans le cadre des travaux du fonds CMU montre ainsi que 26,7%[33] des patients de la CMUC ont eu des dépenses restant à leur charge en 2001. Par personne concernée, le montant atteint en moyenne 45 €. Ce coût est très variable puisque la moitié d'entre eux ont un reste à charge d'au maximum 14 €. Les frais dentaires et d'optique sont plus particulièrement touchés : 6,1% des patients ont eu un reste à charge de 132 € en moyenne sur leurs frais dentaires. 23% des personnes ayant eu des frais d'optique ont des frais à leur charge d'environ 108 € en moyenne.

6) Le périmètre de l'opposabilité tarifaire fait encore aujourd'hui débat.

En 2002, la revendication des médecins concernant leur rémunération s'est traduite par une progression très forte des dépassements d'honoraires. La CNAMTS note ainsi que[34] :

- en 2002, le nombre de consultations pratiquées par des omnipraticiens débouchant sur un dépassement d'honoraires a été pratiquement multiplié par deux (sachant qu'en 2000, les consultations donnant lieu à dépassement représentaient un peu plus de 10% des consultations faites) ;
- durant les premiers mois de l'année 2002, le dépassement est devenu un acte banal pour les omnipraticiens même si le montant moyen de ces dépassements a dans l'ensemble baissé compte tenu du nombre de dépassements de faible ampleur correspondant à une anticipation des nouveaux tarifs conventionnels.

---

31 cf.. rapport IGAS n° 2001-112 sur une première évaluation de l'application de la loi du 27/07/1999 portant création de la couverture maladie universelle

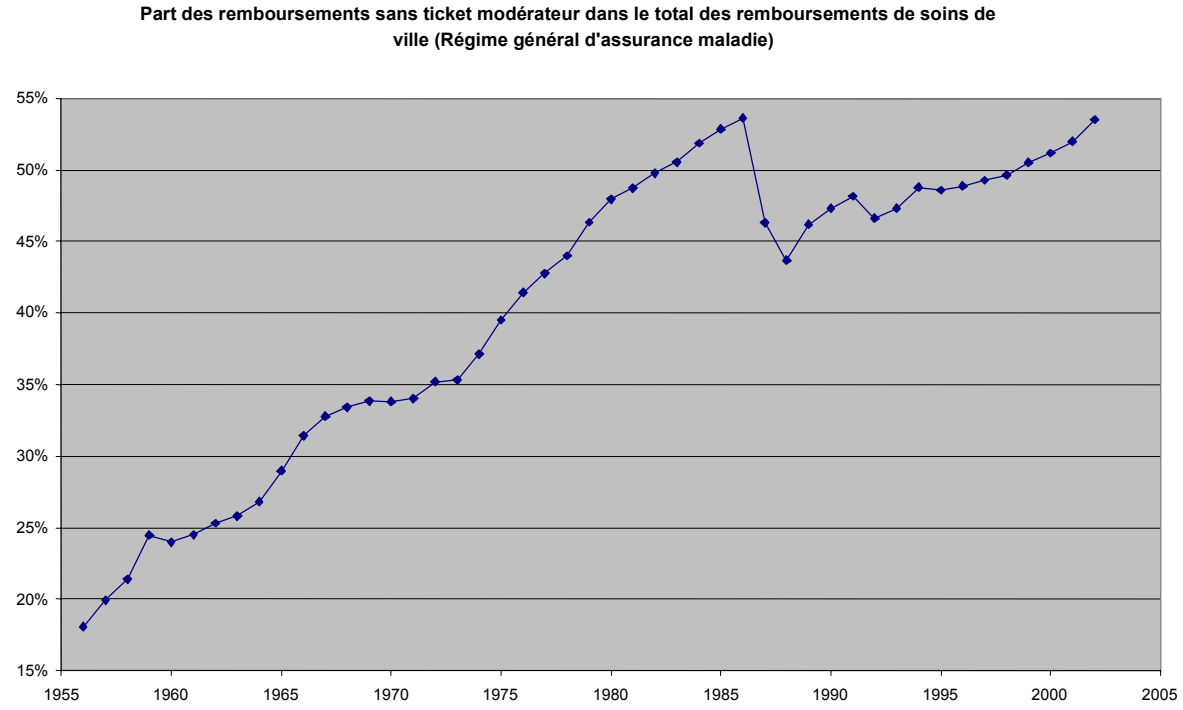
32 Pour mémoire, les patients relevant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) bénéficient d'un panier de biens spécifique puisque l'affiliation à la CMUC permet la prise en charge, avec dispense d'avance des frais :

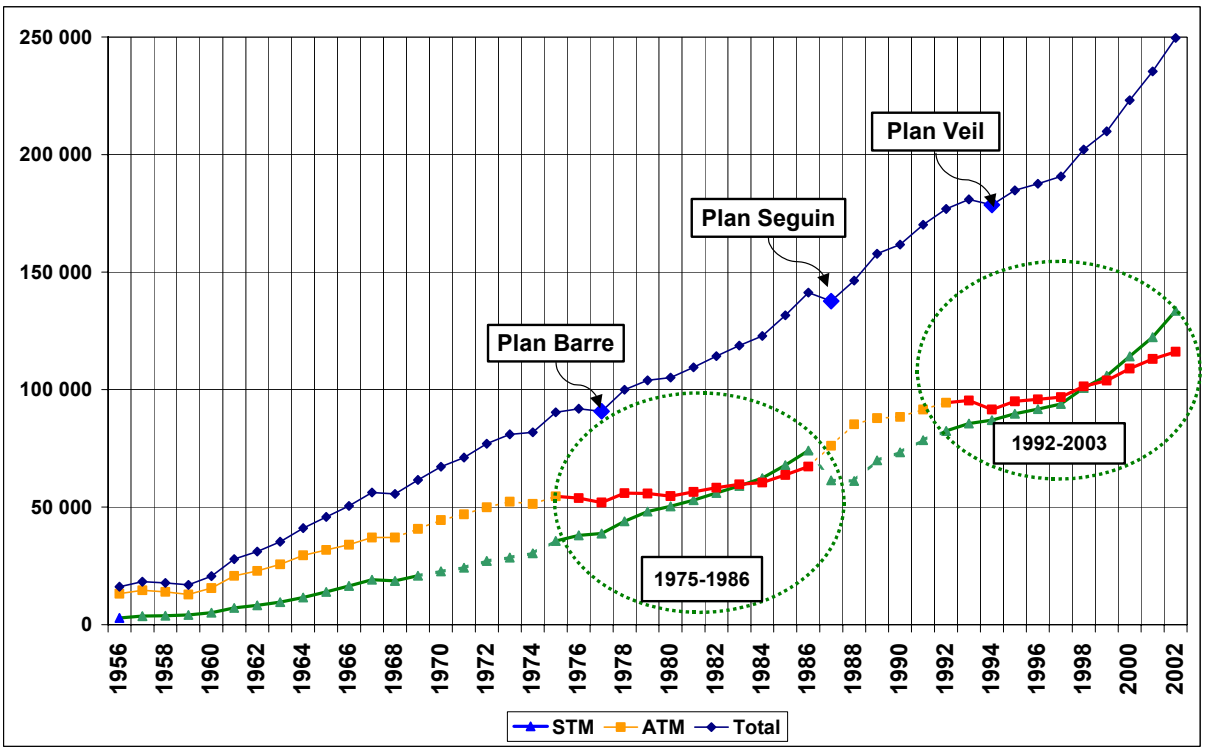
- du ticket modérateur sur les actes et les prescriptions des professionnels de santé, dans la limite des tarifs de responsabilité des prestations couvertes par les régimes obligatoires. Par ailleurs, les médecins en secteur 2 ne peuvent pas pratiquer de dépassements de tarifs sauf en cas d'exigence particulière du patient ;
- du forfait hospitalier, sans limitation de durée ;
- des frais supplémentaires, en sus des tarifs de responsabilité, pour certaines prestations (certains dispositifs médicaux à usage individuel, les prothèses auditives, l'optique et les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale) dans la limite de forfaits fixés par des arrêtés interministériels.

33 Toutes les données de ce paragraphe 5 sont des données provisoires.

34 CNAMTS, *Point de conjoncture n°11*, mars 2003

Annexe 11 : L'augmentation du taux de prise en charge par le régime général





Evolution des montants remboursés de soins de santé hors hospitalisation

(en millions de francs constants)

Source : CNAMTS

Annexe 12 : droits indirects sur les tabacs et sur les alcools, quelques éléments d'analyse

(Extrait d'un document de la Cour des Comptes[35])

1) Le coût de l'alcoolisme

Sur ce thème comme sur ceux précédemment examinés, les travaux sont rares et surtout irréguliers. Le rapport intitulé « Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites » de Pierre Kopp et Philippe Fenoglio paru en septembre 2000 dans les volumes de l'OFDT (étude n° 22), utilise une méthodologie dite *cost of illness* : seules sont considérées les dépenses engagées par l'ensemble des agents privés et publics sans comptabiliser à aucun moment l'aspect recettes ou bénéfices liés à la consommation (ici d'alcool).

En s'en tenant aux seules dépenses de santé imputables à l'alcoolisme, aux frais des ministères concernés à des titres divers et aux débours de la Cnam et des assurances, la dépense se situerait entre 3,5 et 6,9 milliards d'Euros en 1997. L'écart résulte principalement des hypothèses concernant la Cnam et les assurances (sinistres matériels et corporels).

Mais, dans ce calcul, ce qui pèse le plus se rapporte au manque à gagner en revenu, production et prélèvements obligatoires du fait de la maladie, de l'incarcération ou de la mort. Selon les hypothèses adoptées, le manque à gagner atteindrait entre 12 et 15 milliards d'Euros toujours en 1997.

Trop rares, ces travaux sont conduits à multiplier les hypothèses tant sur les définitions que sur les chiffrements. Selon les auteurs, les estimations demandent à être discutées.

Une autre approche est possible, à partir du coût des soins. En 1999, le coût de l'alcoolo-dépendance et des pathologies associées à l'usage excessif d'alcool a été estimé à près de 10 milliards d'Euros soit environ 10 % du total des dépenses de consommation médicale (Source « Objectifs de santé publique 2003-2008 » - DGS/Inserm — Version pour consultation 28/2/2003).

2) Les revenus des entreprises concernées

La production de boissons alcoolisées représente des revenus importants pour les entreprises concernées [36]

Selon les données de la comptabilité nationale, en 2001 les revenus des producteurs d'alcool atteignaient 17,3 milliards d'Euros ; les trois années précédentes ils étaient légèrement supérieurs. Les revenus provenant du vin représentent près de la moitié du total. L'ensemble correspond à environ 1,2 % du PIB (tableau page suivante).

---

35 Les données ont été actualisées à la date de publication du rapport du Haut Conseil

36 Voir l'importance économique de la viticulture et des boissons alcoolisées en annexe.

Tableau n° 1 : Revenus des producteurs d'alcool (1) - 1992 - 2001

En milliards d'Euros

Années	Total dont	Boissons alcoolisées distillées	Champagnisation	Vins	Brasserie
1992	15,8	3,4	2,7	6,6	1,7
1993	14,7	3,2	2,5	5,9	1,8
1994	15,0	2,9	2,4	6,5	1,9
1995	15,8	2,7	2,7	7,2	1,9
1996	16,2	2,8	2,9	7,5	1,8
1997	16,3	2,5	3,1	7,7	1,8
1998	17,5	2,4	3,5	8,5	1,9
1999	18,2	2,3	4,0	8,8	1,9
2000	17,7	2,6	3,6	8,5	1,8
2001	17,3	2,6	3,6	7,8	1,8

(1) Données de la comptabilité nationale – En langage comptable ce revenu est appelé « Production de la branche aux prix de base » - Cet agrégat correspond à la production de la branche au prix du producteur moins les taxes payées par le producteur, plus les subventions versées au producteur.

Source- Département de l'industrie et de l'agriculture - Section des industries agro-alimentaires Insee

3) La fiscalité sur les alcools est plus légère que celle pesant sur les tabacs

Pour comparer la charge fiscale pesant l'alcool et les tabacs manufacturés, deux exemples sont développés ci-après.

Premier exemple, un paquet de cigarettes

Lorsque l'on achète un paquet de cigarettes (20 cigarettes) vendu 5 euros en janvier 2004, 4,019 euros, soit 80,38 % du prix de vente au détail vont au budget et à divers fonds sociaux. Neuf ans plus tôt en 1995, la charge fiscale était déjà de 76 % (2,03 Euros pour un paquet vendu 2,67 Euros), les droits d'accises étant particulièrement élevés pour le tabac (tableau 2).

Tableau n° 2 : Charge fiscale pesant sur les tabacs ; l'exemple d'un paquet de cigarettes en 2004

	TAUX	EXEMPLE
PRIX DE VENTE AU DETAIL		5 €
REMUNERATION BRUTE DU DEBITANT DE TABAC	8 % du prix de vente au détail	0,4 €
DROITS D'ACCISES	64 %	3,20 €
BAPSA (taxe perçue au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles)	0,6142 % du prix de vente au détail (1)	0,02 €
TVA	16,3856 % du prix de vente au détail (2)	0,819 €
CHARGE FISCALE TOTALE		**4,019 €**
Soit par rapport au prix de vente au détail	**80,38 %**	

(1) : ce qui correspond à une taxe BAPSA à 0,74 %
(2) : ce qui correspond à une TVA à 19,60 %

Source : Direction générale des douanes et droits indirects. Bureau F3.

Deuxième exemple une bouteille de Bordeaux d'un bon niveau – 15 Euros les 75 cl.

Sur ce produit les droits d'accises sont légers, 0,03 Euros. Ce qui importe est la TVA. Finalement, la charge fiscale globale pour cette bouteille est 16,6 % (tableau 3). Les taux d'accises, très faibles, n'ont pas évolué depuis 1982.

Tableau n° 3 : Charge fiscale (hors impôt sur les sociétés et taxe professionnelle) pesant sur les boissons alcooliques en 2003 : quatre exemples

	Whisky 70 cl = 0,0070 HL	Bordeaux 75 cl = 0,0075 HL	Champagne 75 cl = 0,0075 HL	Bière 33 cl = 0,0033 HL
PRIX DE VENTE HT	**15 €**	**15 €**	**20 €**	**0,50 €**
TITRE ALCOOMETRIQUE	43 %	Indifférent	Indifférent	5 %
DROITS D'ACCICES	4,36 €	0,03 €	0,06 €	0,04 €
COTISATION CNAM	0,91 €	Néant	Néant	Néant
TAXE PARAFISCALE	Néant	0,01 €	0,01 €	Néant
TVA (19,6 %)	3,97 €	2,95 €	3,93 €	0,11 €
CHARGE FISCALE TOTALE	9,24 €	2,99 €	4,00 €	0,15 €
PRIX TTC	**24,24 €**	**17,99 €**	**24,00 €**	**0,65 €**
Soit par rapport au prix de vente TTC	**38,13 %**	**16,62 %**	**16,66 %**	**22,58 %**

Source : Direction générale des douanes et droits indirects. Bureau F3.

Historique des affectations

TABACS

	AFFECTATION	REFERENCES LEGISLATIVES	OBSERVATIONS
2004	BAPSA : 52,06 % Budget général : 25,91 % CNAMTS : 21,42 % FCAATA : 0,31 % EPA BAPSA : 0,3 % hors DOM et Corse*	Article 41 de la LFI pour 2004 Article 5 de la LFSS pour 2004	
2003	FOREC : 84,45 % CNAMTS : 15,20 % FCAATA : 0,35 % hors DOM et Corse*	art. 10 de la LFSS pour 2003	
2002	FOREC : 90,77 % CNAMTS : 8,84 % FCAATA : 0,39 % hors DOM et Corse*	art. 13 de la LFSS pour 2002	
2001	FOREC : 97 % CNAMTS : 2,61 % FCAATA : 0,39 % hors DOM et Corse*	art. 16 de la LFSS pour 2001 art. 29-IV de la LFI pour 2001	
2000	FOREC : 77,72 % CNAMTS : 15,99 % budget général : 5,90 % FCAATA : 0,39 % hors Guyane, Réunion et Corse*	art.5 de la LFSS pour 2000 art. 55 de la LFI pour 2000	NB : art.11 L "CMU" 99-641 27/07/99 inappliqué
1999	budget général : 90,9 % CNAMTS : 9,1 % hors Guyane, Réunion et Corse*		
1998	budget général : 90,9 % CNAMTS : 9,1 % hors Guyane, Réunion et Corse*	art. 8 de la LFSS pour 1998 art. 46 de la LFI pour 1998	
1997	budget général : 93,61 % CNAMTS : 6,39 % hors Guyane, Réunion et Corse*	art.27 de la LFSS pour 1997 art.49 de la LFI pour 1997	
1996	budget général hors Guyane, Réunion et Corse*		

1995	budget général hors Guyane, Réunion et Corse*		
1994	budget général hors Guyane, Réunion et Corse*		versement à la CNAMTS d'un montant de 132 M€ correspondant au reliquat dû à cet organisme au titre des augmentations du prix du tabac intervenues au 1er semestre 1993 (cf. année 1993)
1993	budget général hors Guyane, Réunion et Corse*		
	les relèvements du prix du tabac intervenus au cours du 1er semestre de l'année 1993 sont affectés à la CNAMTS à hauteur de 1,5 centime par cigarette vendue dans les départements de France continentale	art. 33 de la LFI pour 1993	mesure limitée à l'année 1993 (mesure estimée à 838 M€ en année pleine ; montant versé en 1993 : 480 M€)
1992	budget général hors Guyane, Réunion et Corse*		versement à la CNAVTS d'une subvention de 5 Mds F (art 8 LFR 92)
1991	budget général hors Guyane, Réunion et Corse*		Versement à la CNAF d'un montant de 22 M€ correspondant au reliquat dû à cet organisme au titre de la compensation du déplafonnement des cotisations familiales intervenu en 1990
1990	budget général hors Guyane, Réunion et Corse*		
	Affectation à la CNAF à hauteur de 0,61 centime d'euro par cigarette vendue dans les départements de la France continentale	Art. 48 de la LFI pour 1990	Limitée à l'année 1990, cette affectation devait compenser les conséquences financières du déplafonnement partiel des cotisations familiales et de la baisse du taux qui lui était associée (mesure estimée à 564 M€ en année pleine pour 1990 ; montant versé 559 M€)

* Jusqu'en 2001, les droits perçus en Guyane et à la Réunion étaient affectés au budget de ces départements. A compter de 2001, tous les DOM sont concernés. Ceux perçus en Corse sont affectés pour les trois quarts au budget de cette collectivité territoriale.

ALCOOLS

	NATURE DU DROIT	AFFECTATION	REFERENCES LEGISLATIVES
2004	droits consommation alcools (403 CGI)	Budget général de l'Etat (hors prélèvement BAPSA*)	Article 41 de la LFI pour 2004
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		
2003	droits consommation alcools (403 CGI)	FOREC (hors prélèvements BAPSA*)	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		
2002	droits consommation alcools (403 CGI)	FOREC (hors prélèvements BAPSA*)	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		
2001	droits consommation alcools (403 CGI)	LFSS 2002 : FOREC (hors prélèvements BAPSA* et CORSE**)	art. 13-III de la LFSS pour 2002 art. 16-IV de la LFSS pour 2001
		LFSS 2001 : FOREC : 55 % -CNAMTS : 45 % (hors prélèvements BAPSA* et Corse**)	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)	FOREC	
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		

<table>
<tr><td rowspan="5">2000</td><td rowspan="2">droits consommation alcools (403 CGI)</td><td>LFSS 2001</td><td>FOREC 55 % ; CNAMTS 45 %
(hors prélèvements BAPSA* et Corse**)</td><td rowspan="5">art. 16-IV de la LFSS pour 2001
art.5 et 9 de la LFSS pour 2000

NB : art.11 L "CMU" n° 99-641 27/07/99 inappliqué</td></tr>
<tr><td>LFSS 2000</td><td>FOREC 47 % ; CNAMTS 45 % ;
FSV 8 % (hors prélèvements BAPSA* et Corse**)</td></tr>
<tr><td>bières-eaux minérales (520 A CGI)</td><td rowspan="2">LFSS 2001</td><td rowspan="2">FOREC</td></tr>
<tr><td rowspan="2">produits intermédiaires (402 bis CGI)</td></tr>
<tr><td>vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)</td><td>LFSS 2000</td><td>FSV</td></tr>
<tr><td rowspan="4">1999</td><td>droits consommation alcools (403 CGI)</td><td colspan="2">FSV 60 %-régimes obligatoires assurance maladie : 40 % (hors prélèvements BAPSA* et Corse**)</td><td rowspan="4">NB : les droits de fabrication sur les alcools (art. 406 A CGI) sont supprimés à compter du 1er janvier 1999 (art. 11 de la LFSS pour 1999 et art. 47 de la LFI pour 1999)</td></tr>
<tr><td>bières-eaux minérales (520 A CGI)</td><td colspan="2" rowspan="3">FSV</td></tr>
<tr><td>produits intermédiaires (402 bis CGI)</td></tr>
<tr><td>vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)</td></tr>
</table>

1998	droits consommation alcools (403 CGI)	FSV 60 % ; régimes obligatoires ass. maladie 40 % (hors prélèvements BAPSA* et Corse**)	
	droits fabrication alcools (406 A CGI)	FSV	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		
1997	droits consommation alcools (403 CGI)	FSV 60 % ; régimes obligatoires ass. maladie 40 % (hors prélèvements BAPSA* et Corse**)	art.18 de la LFSS pour 1997
	droits fabrication alcools (406 A CGI)	FSV	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		
1996	droits consommation alcools (403 CGI)	FSV (hors prélèvements BAPSA* et Corse**)	
	droits fabrication alcools (406 A CGI)	FSV	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		
1995	droits consommation alcools (403 CGI)	FSV (hors prélèvements BAPSA* et Corse**)	
	droits fabrication alcools (406 A CGI)	FSV	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		

ANNEE	NATURE DU DROIT	AFFECTATION	REFERENCES LEGISLATIVES
1994	droits consommation alcools (403 CGI)	FSV (hors prélèvements BAPSA* et Corse**)	art. 43 de la LFI pour 1994
	droits fabrication alcools (406 A CGI)	FSV	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		
1993	droits consommation alcools (403 CGI)	budget général (hors prélèvements BAPSA* et Corse**)	art. 34 de la LFI pour 1993
	droits fabrication alcools (406 A CGI)	budget général	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		
1992	droits consommation alcools (403 CGI)	budget général (sauf prélèvement BAPSA*)	
	droits fabrication alcools (406 A CGI)	budget général	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		
1991	droits consommation alcools (403 CGI)	budget général (sauf prélèvement BAPSA*)	
	droits fabrication alcools (406 A CGI)	budget général	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		

ANNEE	NATURE DU DROIT	AFFECTATION	REFERENCES LEGISLATIVES
1990	droits consommation alcools (403 CGI)	budget général (sauf prélèvement BAPSA*)	
	droits fabrication alcools (406 A CGI)	budget général	
	bières-eaux minérales (520 A CGI)		
	produits intermédiaires (402 bis CGI)		
	vins-poirés-cidres-hydromels (438 CGI)		

*prélèvement BAPSA : 16 € / hectolitre sur les produits mentionnés à l'article 403-I-2° CGI, sauf crèmes de cassis (a. 1615 bis du CGI)
**prélèvement Corse : les droits perçus dans les départements de la Corse sont affectés au budget de cette collectivité territoriale

Annexe 13: Le système d'exonération

motifs d'exonération du ticket modérateur et coût estimé des actes exonérés[37] (estimation tous régimes d'assurance maladie) :

Affection Longue Durée	11 milliards d'euros
Pension militaire (article 115)	103 millions d'euros
Autres cas d'exonération tels que : - soins dispensés à des enfants prématurés nés en couveuse, - assuré hébergé dans une unité ou un centre de long séjour …	2,5 milliards d'euros
Education spécialisée	37 millions d'euros
Fonds National de Solidarité	*Insignifiant*
Acte ou série d'actes affectés à la nomenclature d'un coefficient global supérieur ou égal à 50	3,3 milliards d'euros
6ème mois de grossesse	71 millions d'euros
Exonération liée aux régimes de : - pensionné de guerre, - rentier AT aux 2/3 - titulaire d'une pension d'invalidité	0,9 milliard d'euros
Bénéficiaires ou frontaliers du régime d'Alsace-Moselle	15 millions d'euros

[37] Les données sont estimées en valeur 2003. La réglementation sur l'exonération dite du K50 devant changé en 2004, le coût de cette exonération devrait diminuer.

Annexe 14 : Les ALD

Répartition des dépenses totales, de soins de ville, de soins hospitaliers dispensés en 2001 aux patients de l'E.P.A.S. en ALD ou non

Source : EPAS (1/600ème de la population du Régime Général, hors SLM)

Hors DOM. Tous risques, liquidation avant décembre 2002

	Nombre de consommants	Nombre de personnes protégées	Taux de consommant	Montant du remboursement	Ticket Modérateur	Dépassements	Montant total de la dépense
Total dépenses ALD	9 018	9 020	100,0%	59 741 759	2 924 477	1 710 152	64 376 389
dont soins de ville ALD	8 960	9 020	99,3%	24 406 226	2 313 366	1 709 551	28 429 144
dont hospitalisation ALD	4 079	9 020	45,2%	35 335 533	611 111	601	35 947 245
Total dépenses non ALD	63 179	64 999	97,2%	48 186 856	12 155 925	7 995 519	68 338 301
dont soins de ville non ALD	62 948	64 999	96,8%	26 623 116	11 033 758	7 993 694	45 650 568
dont hospit non ALD	11 000	64 999	16,9%	21 563 740	1 122 168	1 826	22 687 733
total dépenses	72 197	74 019	97,5%	107 928 615	15 080 403	9 705 672	132 714 690
dont Soins de ville	71 908	74 019	97,1%	51 029 342	13 347 124	9 703 245	74 079 711
dont Hospitalisation	15 079	74 019	20,4%	56 899 273	1 733 279	2 427	58 634 978
Part des personnes en ALD	12,5%	12,2%		55,4%	19,4%	17,6%	48,5%
ALD dans soins de ville	12,5%	12,2%		47,8%	17,3%	17,6%	38,4%
ALD dans hospitalisation	27,1%	12,2%		62,1%	35,3%	24,8%	61,3%

Répartition des dépenses dispensées en 2001
aux patients de l'E.P.A.S. en ALD par classes d'âge

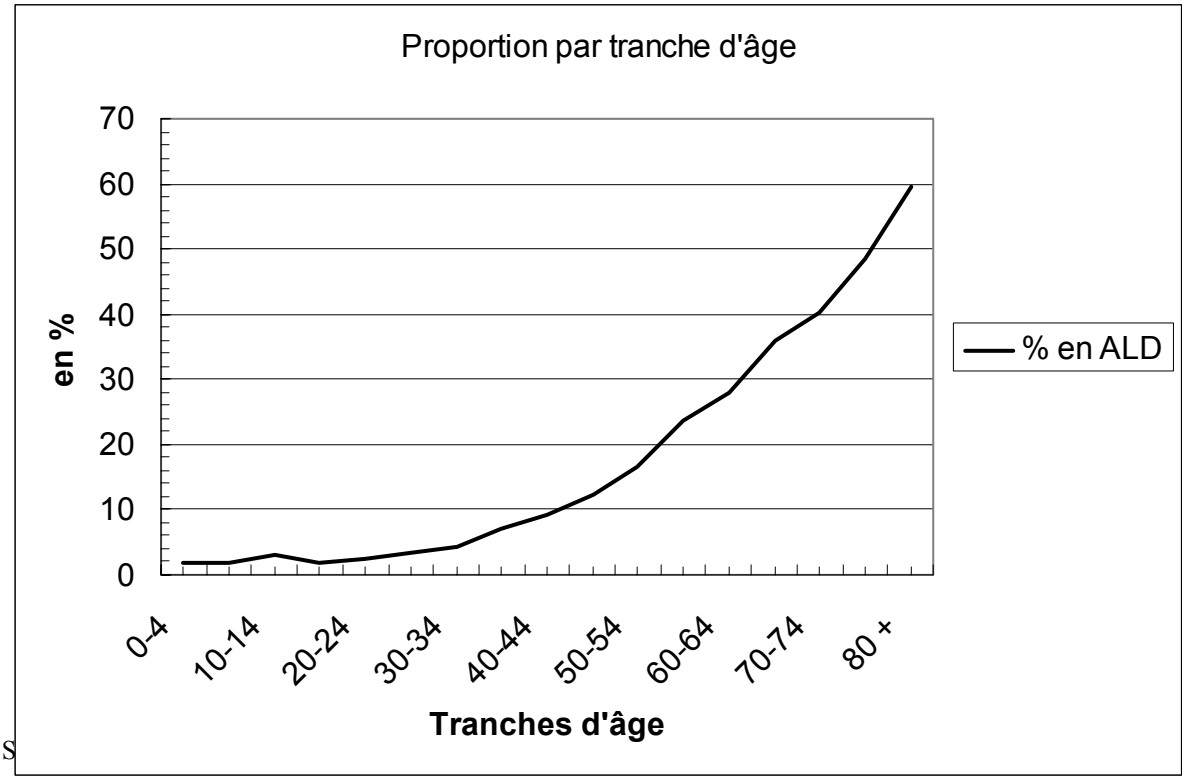
Source : EPAS (1/600ème de la population du Régime Général, hors SLM)
Hors DOM. Tous risques, liquidation avant décembre 2002

Classes d'âge	Nb. consommants	Nb.pers.protégées	Taux de consommant	Montant du remboursement	Ticket Modérateur	Dépassements	Montant total de la dépense	Part du TM	Part des Depas	Montant remb. /pers.prot.	Ticket Modérateur/ personne protégée	Dépassements/personne protégée	Montant total de la dépense/personne protégée
0 - 4 ans	99	99	100,0%	711 736	31 568	4 663	747 967	4,2%	0,6%	7 189	319	47	7 555
5 - 9 ans	113	113	100,0%	1 053 081	49 469	5 425	1 107 974	4,5%	0,5%	9 319	438	48	9 805
10 - 14 ans	115	115	100,0%	1 272 855	31 221	30 033	1 334 109	2,3%	2,3%	11 068	271	261	11 601
15 - 19 ans	97	97	100,0%	1 059 222	22 370	9 713	1 091 305	2,0%	0,9%	10 920	231	100	11 251
20 - 24 ans	120	120	100,0%	1 283 658	39 804	9 956	1 333 418	3,0%	0,7%	10 697	332	83	11 112
25 - 29 ans	190	191	99,5%	1 100 705	68 555	24 327	1 193 587	5,7%	2,0%	5 763	359	127	6 249
30 - 34 ans	277	277	100,0%	2 018 697	77 931	21 150	2 117 777	3,7%	1,0%	7 288	281	76	7 645
35 - 39 ans	386	386	100,0%	3 234 210	94 293	41 770	3 370 273	2,8%	1,2%	8 379	244	108	8 731
40 - 44 ans	434	434	100,0%	2 454 030	108 259	55 292	2 617 581	4,1%	2,1%	5 654	249	127	6 031
45 - 49 ans	502	503	99,8%	3 277 746	179 044	96 889	3 553 679	5,0%	2,7%	6 516	356	193	7 065
50 - 54 ans	653	653	100,0%	4 238 070	196 156	139 705	4 573 931	4,3%	3,1%	6 490	300	214	7 004
55 - 59 ans	699	699	100,0%	3 990 631	200 198	176 870	4 367 699	4,6%	4,0%	5 709	286	253	6 248
60 - 64 ans	725	725	100,0%	3 742 356	202 553	147 113	4 092 022	4,9%	3,6%	5 162	279	203	5 644
65 - 69 ans	959	959	100,0%	5 156 526	272 317	199 533	5 628 376	4,8%	3,5%	5 377	284	208	5 869
70 - 74 ans	1 058	1 058	100,0%	6 541 625	326 258	223 077	7 090 960	4,6%	3,1%	6 183	308	211	6 702
75 - 79 ans	998	998	100,0%	6 761 996	358 513	220 127	7 340 636	4,9%	3,0%	6 776	359	221	7 355
80 - 84 ans	784	784	100,0%	5 889 561	322 244	173 714	6 385 519	5,0%	2,7%	7 512	411	222	8 145
85 ans et +	809	809	100,0%	5 955 056	343 725	130 796	6 429 576	5,3%	2,0%	7 361	425	162	7 948
Total	**9 018**	**9 020**	**100,0%**	**59 741 759**	**2 924 477**	**1 710 152**	**64 376 389**	**4,5%**	**2,7%**	**6 623**	**324**	**190**	**7 137**

Répartition des dépenses dispensées en 2001
aux patients de l'E.P.A.S. non ALD par classes d'âge

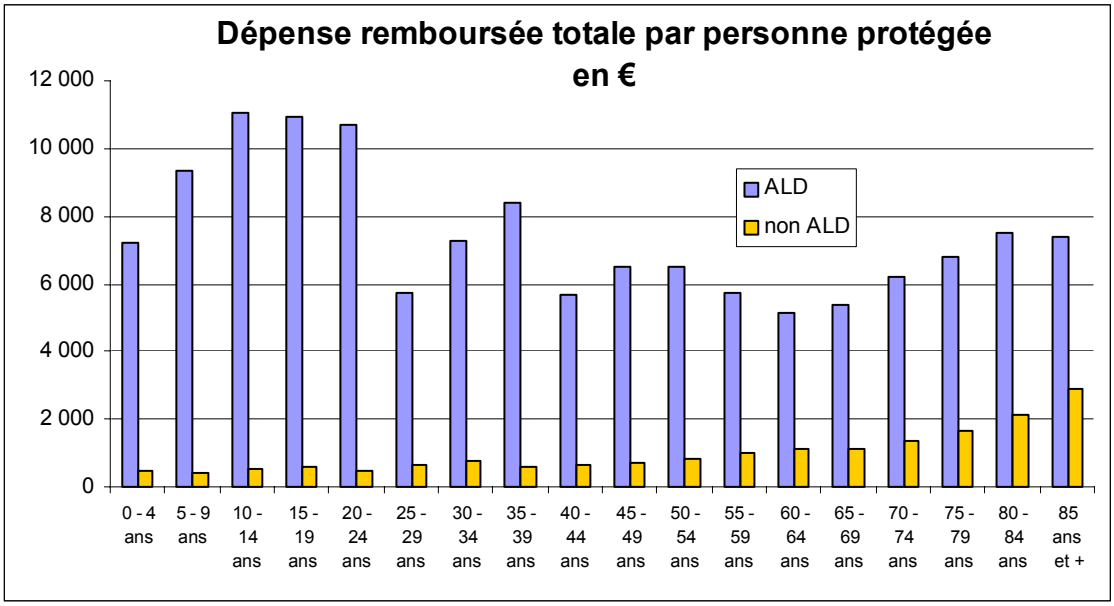
Source : EPAS (1/600ème de la population du Régime Général, hors SLM)
Hors DOM. Tous risques, liquidation avant décembre 2002

Classes d'âge	Nb. consommants	Nb.pers.protégées	Taux de consommant	Montant du remboursement	Ticket Modérateur	Dépassements	Montant total de la dépense	Part du TM	Part des Depas	Montant du rembours./personne protégée	TM/pers.protégée	Dépassements/personne protégée	Montant total de la dépense/personne protégée
0 - 4 ans	5 070	5 211	97,3%	2 618 152	741 356	102 549	3 462 057	21,4%	3,0%	502	142	20	664
5 - 9 ans	4 793	5 073	94,5%	2 007 048	543 335	140 956	2 691 339	20,2%	5,2%	396	107	28	531
10 - 14 ans	4 739	5 046	93,9%	2 570 044	447 135	434 981	3 452 161	13,0%	12,6%	509	89	86	684
15 - 19 ans	4 610	4 903	94,0%	2 901 003	464 993	305 766	3 671 761	12,7%	8,3%	592	95	62	749
20 - 24 ans	4 075	4 175	97,6%	2 002 566	440 613	203 888	2 647 067	16,6%	7,7%	480	106	49	634
25 - 29 ans	4 618	4 666	99,0%	3 053 321	682 780	407 104	4 143 205	16,5%	9,8%	654	146	87	888
30 - 34 ans	5 244	5 310	98,8%	4 138 774	897 490	636 686	5 672 949	15,8%	11,2%	779	169	120	1 068
35 - 39 ans	5 001	5 131	97,5%	3 018 245	857 676	619 730	4 495 651	19,1%	13,8%	588	167	121	876
40 - 44 ans	4 799	4 913	97,7%	3 286 059	912 346	661 353	4 859 759	18,8%	13,6%	669	186	135	989
45 - 49 ans	4 306	4 404	97,8%	3 125 838	902 270	844 641	4 872 748	18,5%	17,3%	710	205	192	1 106
50 - 54 ans	4 095	4 168	98,2%	3 468 027	1 030 837	896 289	5 395 152	19,1%	16,6%	832	247	215	1 294
55 - 59 ans	2 918	2 964	98,4%	2 980 304	838 507	679 798	4 498 609	18,6%	15,1%	1 006	283	229	1 518
60 - 64 ans	2 309	2 348	98,3%	2 632 854	707 732	595 563	3 936 150	18,0%	15,1%	1 121	301	254	1 676
65 - 69 ans	2 140	2 174	98,4%	2 473 784	723 383	442 124	3 639 292	19,9%	12,1%	1 138	333	203	1 674
70 - 74 ans	1 847	1 879	98,3%	2 538 664	716 302	436 193	3 691 160	19,4%	11,8%	1 351	381	232	1 964
75 - 79 ans	1 313	1 323	99,2%	2 155 551	580 857	331 677	3 068 086	18,9%	10,8%	1 629	439	251	2 319
80 - 84 ans	736	742	99,2%	1 583 777	354 370	176 531	2 114 678	16,8%	8,3%	2 134	478	238	2 850
85 ans et +	566	569	99,5%	1 632 845	313 943	79 689	2 026 477	15,5%	3,9%	2 870	552	140	3 561
Total	**63 179**	**64 999**	**97,2%**	**48 186 856**	**12 155 925**	**7 995 519**	**68 338 301**	**17,8%**	**11,7%**	**741**	**187**	**123**	**1 051**

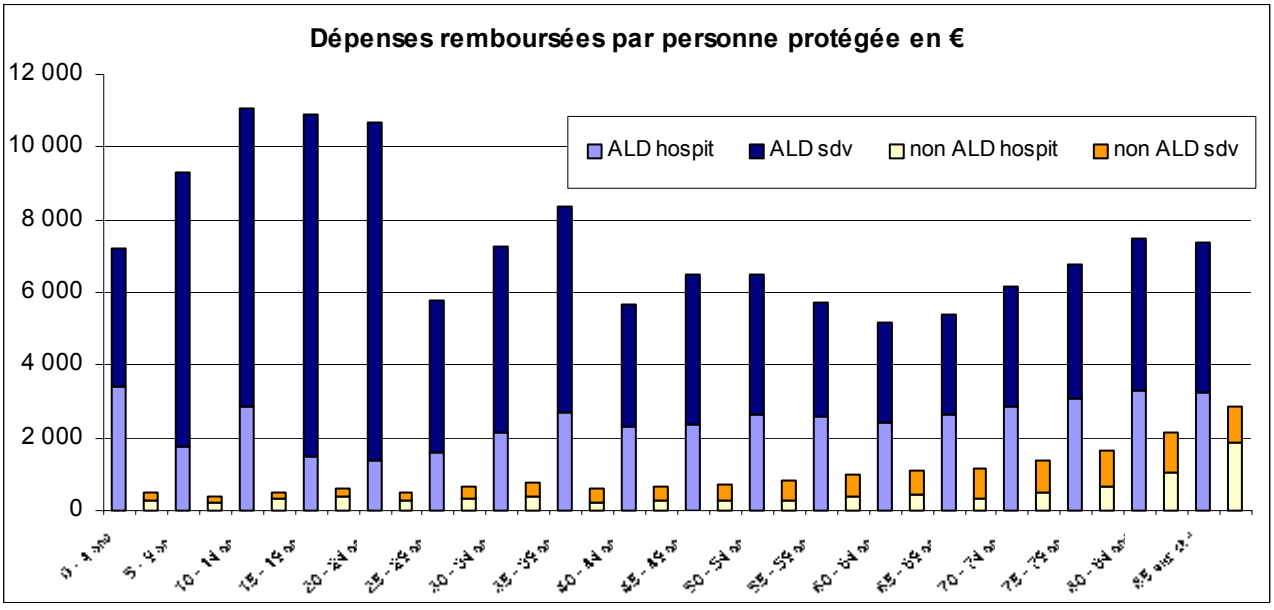


S

En moyenne au delà de 60 ans 42% des personnes sont en ALD en 2000-2001.



Source : CNAMTS/DSE/EPAS



Source : CNAMTS/DSE/EPAS

Admissions dans les 30 ALD – régime général 1990 à 2001[38]

		1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	28 044	21 659	22 806	23 163	24 450	25 005	27 789	29 532
2	Aplasie médullaire	1 170	1 210	1 349	1 329	1 257	955	967	986
3	Artériopathie chron. et évolutive (y compris coronarienne) avec manifestations cliniques ischémiques	68 707	59 075	60 450	59 413	65 716	66 770	83 136	90 812
4	Bilharziose compliquée	81	28	18	22	23	14	21	12
5	Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave	36 958	34 751	37 197	38 819	40 807	39 782	50 151	51 136
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	9 978	14 296	17 294	17 851	18 052	18 253	17 847	19 999
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé	413			242	289	199	231	228
7	Déficit immunitaire acquis grave (syndrome immunodéficitaire acquis)	6 932	9 605	9 633	9 131	7 774	6 451	5 781	5 644
8	Diabète insulino-dépendant ou non-insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime	61 796	69 631	76 139	81 118	91 751	95 985	116 332	119 699
9	Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie), épilepsie grave*	5 849	5 665	5 984	8 350	8 626	9 009	14 070	15 607
10	Hémoglobinopathie homozygote	570	570	564	557	626	631	618	631
11	Hémophilie	413	491	529	553	577	613	750	789
12	Hypertension artérielle sévère	55 657	49 170	47 989	48 815	58 648	59 785	86 653	91 383
13	Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois	13 673	12 680	14 416	16 021	16 312	15 583	15 799	14 140
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	25 430	24 010	25 540	26 384	28 653	27 077	30 199	30 459
15	Lèpre	107	56	45	54	43	33	55	27
16	Maladie de Parkinson	6 709	6 312	6 705	7 183	7 948	7 975	10 173	9 937
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	4 514	3 772	3 924	2 977	2 594	1 946	2 313	2 133
18	Mucoviscidose	263	223	248	232	207	225	229	249
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif	5 034	4 714	4 810	5 035	5 407	5 286	5 589	6 724
20	Paraplégie	4 307	3 633	3 736	2 341	2 502	2 049	2 018	2 130
21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	2 151	2 496	2 581	3 962	4 262	4 350	5 075	5 435
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	8 623	8 320	8 653	8 810	9 794	9 415	10 274	10 842
23	Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	105 079	93 912	97 216	99 357	107 779	104 860	112 448	117 925
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	4 614	6 486	7 090	7 099	7 749	7 396	7 680	7 921
25	Sclérose en plaques invalidante	2 536	2 730	3 337	3 399	3 876	3 979	3 892	4 234
26	Scoliose structurale évolutive	3 008	2 305	2 380	2 277	2 381	2 298	2 321	2 381
27	Spondylarthrite ankylosante grave	2 447	2 610	2 707	3 006	3 348	3 242	3 687	4 095
28	Suites de transplantation d'organe	255	157	117	73	94	132	149	201
29	Tuberculose active	8 709	6 657	6 732	6 253	6 138	6 342	5 627	5 289
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoiétique	140 635	152 645	170 070	177 381	187 663	191 470	205 639	216 073
	Affections non ventilées	-	1 689	5 395	3 615	4 169	3 293	3 205	2 012
	TOTAL	**614 662**	**601 558**	**645 654**	**664 822**	**719 515**	**720 403**	**830 718**	**868 665**

** "Epilepsie grave" intégrée dans ALD 9 à partir de décembre 1999*

source : Direction du Service Médical - données concernant l'ensemble du régime général

Les médecins conseils de l'assurance maladie relèvent à cet égard trois faits significatifs :

- La croissance des admissions dans ce dispositif est particulièrement marquée pour les affections rencontrées habituellement chez les personnes polypathologiques et âgées : de fait, cette augmentation concerne presque exclusivement les cancers et les pathologies cardiovasculaires. On sait que pour les pathologies vasculaires, en raison du vieillissement de la population, la morbidité doit progresser fortement dans les prochaines années. Pour les cancers, l'évolution est variable en fonction de la

[38] Extrait de *Point de Conjoncture* n°4-5, CNAMTS, septembre 2002, pages 10 et 11

localisation de l'affection, mais les cancers dus au tabac, les cancers du sein et les cancers de la prostate sont en augmentation sensible.

- A pathologie égale, la fréquence des prises en charge en ALD augmente. Ainsi, en 1993, 62 % des diabétiques traités par médicaments étaient en ALD. En 2000, ils sont près de 73 % à bénéficier de ce dispositif.

- Il y a substitution de thérapeutiques nouvelles, souvent plus coûteuses, aux anciennes, voire ajout de techniques d'exploration et de suivi sans disparition des anciennes pour ces malades lourds, demandant évidemment plus de soins que les patients non exonérés.

C'est donc bien tout à la fois le nombre de patients souffrant d'une affection de longue durée et leur consommation médicale moyenne qui augmentent rapidement. En contrepoint, la consommation médicale des patients non exonérés du ticket modérateur augmente de façon très modérée et tend à voir sa place diminuer dans les dépenses de l'assurance maladie.

On notera également que la mise en rapport de ce qu'on pourrait appeler le « stock » de bénéficiaires et des flux d'entrées dans ce dispositif spécifique (un effectif de 5,7 millions de personnes au premier semestre 2002, et des flux annuels de l'ordre de 800 à 860 000 bénéficiaires nouveaux) fait ressortir le « turn-over » important de cette population, c'est-à-dire, en terme moins technocratique, son taux de décès élevé.

Les comptes de la santé publiés au début du mois de septembre 2002 [6] relèvent que la part que prennent les régimes d'assurance maladie et l'Etat dans le financement des dépenses de santé s'est stabilisée entre 1999 et 2001 après avoir baissé sur longue période. Selon les informations disponibles aujourd'hui, cette stabilisation apparente marque en fait le début d'une augmentation qui est le double effet de la généralisation de la couverture maladie universelle pour les plus pauvres, et, pour les autres assurés, celui du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de patients atteints d'une affection de longue durée.

Au total, la population du régime général tend à se segmenter en deux populations distinctes, l'une bénéficiant d'une très bonne couverture de base et par ailleurs grosse consommatrice de soins médicaux, l'autre bénéficiant d'une couverture moins importante, mais peu consommatrice de soins. La première de ces deux populations est aujourd'hui encore largement minoritaire (elle doit représenter 11 millions de personnes environ sur un total de plus de 49 millions de personnes protégées par le régime général), mais elle est en croissance rapide.

Annexe 15 : Restes à charge et taux d'effort

Quelles sommes représentent, pour les ménages, les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire ? Quelle part de leur budget y consacrent-ils ?

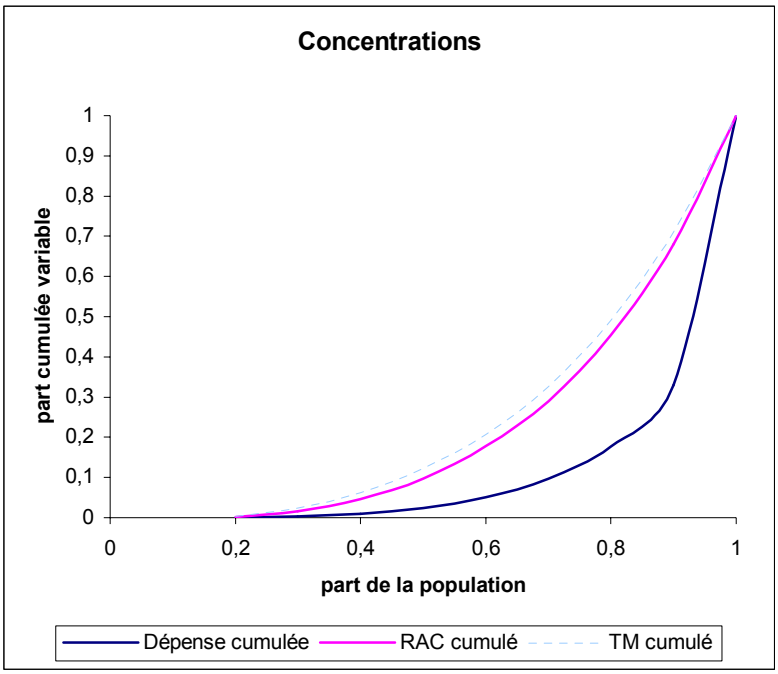
Michel Grignon – CREDES – novembre 2003

Remarque préliminaire : tous les calculs présentés ci-dessous sont réalisés sur un échantillon de personnes dont nous connaissons à la fois les revenus, déclarés dans l'enquête Santé et protection sociale (ESPS), et les dépenses de soins présentées au remboursement ainsi que ce qui est remboursé ou non par l'assurance maladie, données issues des fichiers de l'assurance maladie (échantillon permanent d'assurés sociaux, EPAS). Les calculs sont réalisés pour l'année 2000.

1) Le montant moyen de dépenses de soins laissé à la charge des individus par l'assurance maladie obligatoire

En 2000, le montant moyen, pour un individu, des dépenses de soins restant à sa charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire est d'environ 300€, ce qui représente 21,5% de la dépense totale. Le ticket modérateur et le forfait hospitalier représentent plus de la moitié de ce reste à charge (178€).

Le rôle joué par le régime obligatoire pour amortir la charge financière subie par les malades, en prenant en charge les dépenses élevées, se lit sur le graphique ci-dessous, qui compare la concentration des dépenses et des reste à charge. Alors que la dépense totale est concentrée (10% des individus concentrent 67% de la dépense, 20% en concentrent 82%), le reste à charge l'est nettement moins (les 10% les plus dépensiers ne concentrent que 32% du reste à charge, les 20% les plus dépensiers 55%). Le ticket modérateur est proche par sa concentration du reste à charge : 29% pour les 10% plus dépensiers, 51% pour les 20% les plus dépensiers. Ce reste à charge moyen est légèrement croissant avec le revenu.



2) Le poids de ces dépenses dans le budget des ménages

2.1. Trois manières de mesurer l'effort budgétaire des ménages

Mesurer la proportion du revenu que représente la dépense non couverte par le régime d'assurance maladie soulève une difficulté, car la dépense est individuelle, tandis que le revenu est évalué au niveau du ménage.

Trois modes de calcul sont proposés ci-dessous :

a) Le premier consiste simplement à diviser le revenu du ménage par le nombre de personnes vivant dans ce ménage, pour obtenir un montant de revenu par personne, et à rapporter la dépense individuelle à ce revenu individuel.

b) Cette solution n'est pas totalement satisfaisante cependant, car il y a des économies d'échelle liées au fait de vivre sous le même toit. C'est la raison pour laquelle, lorsque l'on estime le revenu d'un individu à partir du revenu global du ménage, on ne divise pas en général par le nombre de personnes, mais par un nombre pondéré permettant de prendre en compte le fait que le revenu nécessaire est moins que proportionnel au nombre de membres d'une famille, à niveau de vie équivalent.

Un tel système de pondération, également appelé « échelle d'équivalence », est d'ailleurs utilisé pour apprécier les droits à prestations sociales sous condition de ressources (par exemple pour le bénéfice de la CMU ou pour calculer le RMI pour une famille).

L'échelle d'équivalence utilisée ici est la suivante : le premier adulte du ménage compte pour 1 unité, les autres individus éventuels âgés de 14 ans et + comptent pour 0.5, les individus éventuels âgés de moins de 14 ans comptent pour 0.3.

Ainsi une famille de 4 personnes, deux adultes et deux enfants, aura un nombre de personnes pondérées, que l'on appelle « nombre d'unités de consommation », de 2,1. Le revenu par unité de consommation (revenu par UC) est, pour un tel ménage vivant avec 25 000€ par an, d'environ 12 000 €, alors que le revenu par personne (non pondérée) est de 5 000 €. Le revenu par UC est supérieur au revenu par tête, sauf pour les personnes vivant seules.

Ce mode de calcul est plus conforme à la réalité du pouvoir d'achat que le précédent, qui ne tient aucun compte de la composition des ménages.

La troisième méthode consiste à se situer non plus au niveau de l'individu, mais au niveau du ménage, en cumulant les dépenses de soins non couvertes par l'assurance maladie pour l'ensemble du ménage, puis en divisant par le revenu du ménage.

c) Cette solution est intellectuellement la plus satisfaisante, mais elle se heurte à une limite des données disponibles : en effet, compte tenu du mode de construction de l'enquête, les dépenses de soins et les reste à charge ne sont connus avec précision que pour seulement la moitié des individus enquêtés, ceux pour lesquels on dispose des données de remboursements de l'assurance maladie[39]. Les reste à charge d'un ménage ne peuvent donc être estimés qu'au prix d'une simulation pour les

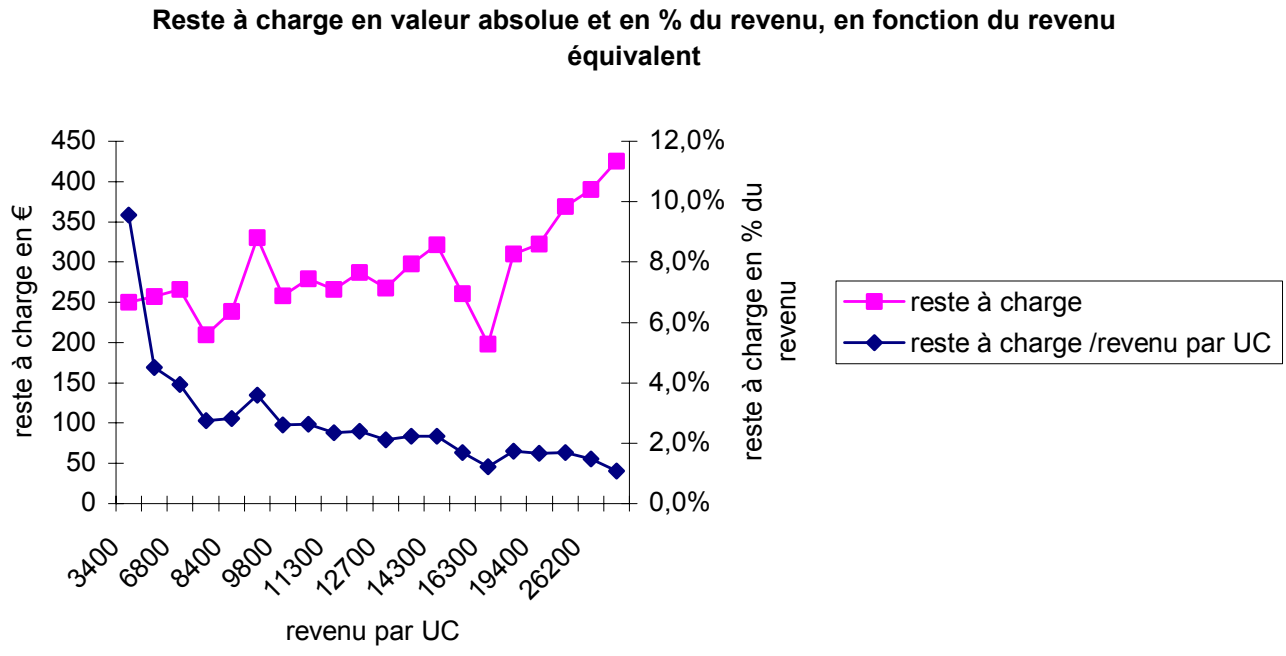
[39] Pour comprendre ce point, il faut rappeler le mode de constitution des échantillons sur lesquels ces calculs sont effectués. Les trois grands régimes d'assurance maladie suivent un panel d'individus. Ce panel est constitué d'assurés tirés au sort, en fonction de leur date de naissance et de leur numéro de sécurité sociale, et de tous les ayants droit de ces assurés (on parle de « grappes assurés » pour désigner cet ensemble assuré + ayants droit). L'enquête santé protection sociale (ESPS) interroge une fraction de ce panel, ce qui permet de compléter les informations sur la consommation médicale, détenues par l'assurance maladie, par des variables socio-économiques et notamment le revenu. Mais l'unité enquêtée est évidemment un peu différente : ce n'est pas l'assuré et ses ayants droits, c'est le ménage. Par construction, on pourra au sein des ménages enquêtés, récupérer les remboursements des individus qui sont dans le panel des régimes, mais pas ceux des autres : donc pas le conjoint de l'assuré appartenant au panel, et pas les enfants s'ils sont rattachés à ce conjoint. Sur 20 000 personnes enquêtés, 10 000 sont ainsi « appariées » avec les informations de l'assurance maladie sur les dépenses de soins.

membres du ménage dont on ne connaît pas les remboursements. Cette technique statistique, dite d'imputation, a été appliquée ici, avec un jeu d'hypothèses décrites à la fin de cette note.

2.2. Résultats

a) Si l'on rapporte le reste à charge au revenu par tête, celui-ci représente en moyenne 4,2% du revenu par tête[40].

Pour analyser ce taux d'effort en fonction du niveau de revenu, les individus sont classés par ordre croissant de revenu par tête, et les taux d'effort sont calculés pour les premiers 5% de la population



Reste à charge en valeur absolue et en % du revenu, en fonction du revenu équivalent
reste à charge en €
reste à charge en % du revenu
revenu par UC
reste à charge
reste à charge /revenu par UC

40 Il s'agit de la moyenne des taux individuels, et non du taux moyen.

Cependant, un taux moyen ne suffit pas à apprécier la charge que peut représenter les dépenses de soins restant à la charge des individus, si la dispersion des situations individuelles autour de ce taux moyen est importante.

La question peut être formulée ainsi : pour quelle proportion de la population les dépenses non couvertes par l'assurance maladie représentent-elles plus de 2%, plus de 5% ou plus de 10% du revenu ? Ces proportions peuvent être calculées pour chaque tranche de revenu.

Pour 36% de la population totale, le reste à charge excède 2% du revenu par unité de consommation. Il est supérieur à 5% du revenu pour 14% de la population et supérieur à 10% du revenu pour 4,6% de la population. Pour les 5% les plus pauvres, pour lesquels le taux d'effort est de 9,6% en moyenne :

- ce taux dépasse 2% du revenu équivalent (revenu par UC) pour 64% des individus,
- il dépasse 5% pour 44% des individus,
- il dépasse 10% pour 22%.

Pour les 5% suivants dans l'ordre croissant des revenus, la fraction de la population ayant à supporter un reste à charge supérieur à 2%, 5% ou 10% de son revenu équivalent est respectivement de 48%, 27% et 13%. A l'autre extrémité de l'échelle des revenus, ces proportions ne sont plus que de 13%, 3% et moins de 1%.

c) Si, selon la troisième méthode exposée, on rapporte un reste à charge global du ménage (pour lequel, rappelons-le, les reste à charge de certains membres sont simulés car ils ne sont pas connus), le taux d'effort estimé est, en moyenne, de 2,3%.

Pourquoi le taux d'effort par ménage est-il plus faible que le taux d'effort individuel estimé ci-dessus ?

Il est lié au fait que l'échantillon pour lequel on dispose des données de remboursement de l'assurance maladie (échantillon sur lequel les calculs précédents ont été opérés) comporte plus de personnes âgées et moins d'enfants que l'échantillon global de l'enquête ESPS. Lorsque l'on réimpute des dépenses simulées pour les enquêtés pour lesquels on ne dispose pas de ces remboursements, on diminue la dépense moyenne individuelle (plus faible pour les enfants que pour la population moyenne) et les reste à charge[41].

La valeur de 2,3% correspond donc mieux à l'échantillon global enquêté. Pour autant, peut-on considérer que c'est la « bonne » valeur ? Il faut rappeler que l'échantillon de population enquêtées comporte également des biais par rapport à la population générale, notamment les pauvres et les plus forts dépensiers sont sous représentés dans l'enquête. Il faudrait redresser ces biais (ce qui n'a pas été fait à ce stade), ce qui conduirait sans doute à augmenter légèrement le reste à charge relatif.

Si l'on analyse la distribution au-delà des taux moyens, 31% des ménages ont un reste à charge supérieur à 2% de leur revenu total. Il est supérieur à 5% du revenu pour 12% des ménages, et à 10% du revenu pour 4%.

Pour les plus pauvres, ces proportions sont respectivement de 58%, 41% et 24%

---

[41] Nous avons indiqué dans la note 1 le mode de constitution des échantillons concernés. L'échantillon d'individus dits « appariés » est celui sur lequel les calculs de taux d'effort peuvent être réalisés directement. Or, par construction, si un enfant d'un ménage a presque une chance sur deux d'être apparié (presque, dans la mesure où les enfants des familles monoparentales et des couples à un seul actif sont automatiquement appariés), il n'en va pas de même pour les adultes (les célibataires, en plus des parents seuls et des parents d'un ménage mono-actif, sont nécessairement appariés). Comme la probabilité de vivre seul augmente avec l'âge, ceci est particulièrement sensible pour les personnes âgées. En reconstituant rapidement les ménages selon leur composition par âge (moins de 20 ans, 20-65 et plus de 65 ans) et par statut (apparié ou non), on trouve 0.76 enfant (moins de 20 ans) non apparié de l'enquête SPS pour un enfant apparié, 0.69 adulte (20-65 ans) non apparié pour un adulte et 0.38 personne âgée non appariée pour une appariée. Il est donc logique que l'imputation diminue le taux d'effort en moyenne par rapport aux estimations individuelles.

Annexe 16 : Les familles supportant les plus gros tickets modérateurs (GTM)

Source : CNAMTS, exploitation de l'EPAS

Source : EPAS (1/600ème de la population du Régime Général, hors Sections Locales Mutualistes)
Etude des consommations (dépenses reconnues) des familles en France métropolitaine pour l'année 2000

1) les 10% de familles avec un gros TM (appelés GTM) ont un TM moyen de 1 172€ dans l'année 2000 (minimum de 690€ ; maximum de 12 582€) alors que le ticket modérateur moyen est de 205€. Les GTM pèsent 39% du TM total (33% en ambulatoire ; 80% en hospitalier)

2) ces 10% de familles regroupent 14,2% des personnes protégées. Cet écart traduit notamment le fait que si chaque personne protégée n'est pas forcément l'occasion d'un GTM, leur regroupement conduit à un GTM

3) le pourcentage de bénéficiaires avec un TM>400€ décroît avec la taille du ménage assuré :

° 100% pour un bénéficiaire (par définition puisque le GTM minimum est de 690€)

° 60% pour deux bénéficiaires (40% d'entre eux ont un TM<400€)

° 12,6% pour sept bénéficiaires (83% des membres du groupe assuré ont un TM<400€)

4) la population GTM comporte

° plus de jeunes que la population de référence (37,9%<19 ans contre 27,4%) ;

° plus de personnes âgées (25,5% >60 ans contre 19,9%)

5) les ALD comptent pour 13,5% dans les GTM contre 12% dans la population de référence

- difficulté d'interprétation : une partie des assurés n'ont pas été ALD sur toute la période (d'où une surestimation du TM)
- malgré leur qualité ALD, la probabilité de supporter un TM (sous la réserve de ce qui est indiqué au 6) est réelle (incidence de la réforme Seguin)
- le ticket modérateur de ces ALD/GTM est à 72% en ambulatoire (84,5% pour la population de référence)

6) 25% des assurés GTM ont leur TM en tout ou partie pris en charge par le Fonds d'action sanitaire et sociale ou la CMUC

7) les TM sur les frais hospitaliers représentent 24% du total

Si ce TM concerne une faible fraction des assurés GTM, sa suppression (ou une réforme couplant sa suppression et l'augmentation du forfait hospitalier) ne ferait que faiblement baisser les effectifs GTM ; mais l'incidence pour cette minorité serait forte. Si le taux d'accès à l'hôpital était le même que la population de référence (18%), le TMH des 1832 GTM serait de 560€.

Source CNAMTS, Etude 2002 pour la Cour des Comptes

Annexe 17 : Diffusion du tiers payant

La règle posée à l'origine est celle du paiement direct du professionnel de santé par l'assuré.

Cette règle connaît cependant de très nombreuses dérogations. Ainsi, en 2002, le tiers payant concerne **71,2%** du total des prestations prises en charge. Son application est cependant très variable selon les professions de santé, les prestations et les catégories d'assurés.

Taux de tiers payant 2002 par professionnel de santé exécutant

Généralistes	22%
Radiologues	59%
Autres spécialistes de ville	14%
Dentistes	15%
Sages-femmes	62%
Infirmiers	86%
MKR	68%
Pédicures-Podologues	3%
Orthophonistes	54%
Orthoptistes	12%
Laboratoires de biologie	72%
Fournisseurs (y compris pharmaciens)	92%
Ambulanciers	95%
Établissements de santé	98%
Total	**71,20%**

source : CNAMTS/DAR/DCGB

Si la généralisation du tiers payant se heurte à de nombreuses résistances, le développement de la télétransmission a favorisé son développement (absence de saisie des données relatives à la situation administrative du patient et de flux papier, paiement des professionnels de santé par les caisses de sécurité sociale dans les délais prévus par les conventions, ….).

Annexe 18 : Etude du CREDES sur l'incidence du tiers payant

Le tiers payant est-il inflationniste ?

CREDES, Question d'économie de la santé n°27, mars 2000
Paul Dourgnon, Michel Grignon

Qui recourt au tiers payant ? Les personnes ayant recours au tiers payant ont-elles des dépenses de santé supérieures aux autres ? L'impact du tiers payant est-il le même selon le revenu de l'assuré ? Le système de tiers payant, appelé également dispense d'avance de frais, s'est fortement développé ces dernières années pour l'acquisition de pharmacie. En 1995, 6 ordonnances sur 10 sont remboursées en tiers payant. Ce terrain d'observation nous a permis d'analyser les répercussions de ce mode de prise en charge sur la dépense de santé. En premier lieu, nous avons constaté que le recours au tiers payant est lié à la présence d'ordonnances très coûteuses et par conséquent à l'importance que celles-ci font peser sur la trésorerie des assurés. D'autre part, nous avons noté que s'il est vrai que le tiers payant augmente la dépense de santé, cette progression ne s'observe que parmi les personnes à bas revenus, leur permettant de rattraper le niveau de dépense des plus aisés. Plutôt qu'un effet inflationniste, le tiers payant a donc un réel effet de justice sociale, limitant le renoncement aux soins pour raisons financières.

L'avance de frais est un mode de paiement des soins typiquement français : le patient s'acquitte auprès du professionnel du total du prix, puis se tourne vers son assurance pour se faire rembourser la part prise en charge. Les autres systèmes, y compris les réseaux de soins privés américains, pratiquent toujours le paiement direct du professionnel de santé par l'assurance.
On parle alors de remboursement en tiers payant, le tiers payeur étant en l'occurrence l'assurance.

Quel argument économique justifie l'avance de frais ?
Pourquoi l'avance de frais ? Le premier type d'argument tient à la relation particulière entre le soignant et le patient et à l'implication de ce dernier dans le processus thérapeutique, la relation monétaire directe entre le médecin et l'assuré permettant d'améliorer l'observance et, donc, l'efficacité des soins.
Mais il existe aussi un argument d'ordre économique: l'avance de frais agirait comme un frein à la surconsommation en faisant prendre conscience au patient du coût des soins qu'il engage ou se fait prescrire. Dans une logique plus économique, en pesant sur leur trésorerie, elle jouerait un rôle de partage des coûts analogue au ticket modérateur.

L'acquisition de produits pharmaceutiques est principalement réalisée par tiers payant
Qui recourt au tiers payant ? A notre connaissance, la question n'a jamais été abordée sous l'angle économétrique, mais a fait l'objet de considérations normatives *a priori*. Il est vrai que, jusqu'à un passé récent, l'avance de frais était en France la norme quasi universelle. Le tiers payant, intitulé du reste « dispense d'avance de frais », était réservé à des populations très particulières, qui bénéficiaient d'autres dérogations au droit commun de la sécurité sociale, notamment l'exonération du ticket modérateur. Si leur consommation était affectée par la dérogation, il était difficile de séparer l'effet propre du tiers payant de celui des autres dérogations. Au milieu des années 90, le tiers payant pharmaceutique offre un terrain d'analyse intéressant. En effet, depuis 1982, les officines sont autorisées à proposer le tiers payant à leurs clients, sans condition d'éligibilité autre que celle d'être assuré social, et cette pratique s'est répandue dans le courant des années 90. En 1995, 6 ordonnances pharmaceutiques sur 10 environ sont réglées en tiers- payant. On peut alors différencier l'impact du tiers payant de celui des autres dérogations portant sur les prix (exonération du ticket modérateur). En 1995, le régime général a remboursé 59,9 milliards de francs de médicament (source Cnamts, 1996). D'après notre fichier, 75% du montant total des remboursements de médicaments, soit environ 44 milliards de francs, sont pris en charge en tiers payant. Selon cette même source, un consommateur moyen de pharmacie présente au remboursement 7,4 ordonnances, dont 4,6 en tiers payant, soit plus de la moitié. Un gros tiers (37 %) des assurés n'ont jamais recours au tiers payant, et 34 % y ont recours systématiquement.

Méthode : comment estimer l'impact du tiers payant sur la dépense ?

Selon une méthode économétrique classique, on est en mesure de comparer les dépenses de santé individuelles en fonction du taux de recours au tiers payant, en éliminant l'effet des autres variables. Mais ce faisant, on se heurte à deux problèmes :

- nous ne cherchons pas seulement à savoir si le tiers payant augmente la consommation, nous cherchons surtout à savoir s'il permet aux assurés les moins aisés de surmonter l'obstacle de trésorerie et d'ajuster leur dépense sur celle des plus riches, ou s'il entraîne tous les patients, quel que soit leur niveau de revenu, sur un niveau de dépense supérieur.
- le modèle classique ne mesure pas correctement l'impact du tiers payant sur la consommation car on peut craindre une causalité inverse. On constate en effet que le recours au tiers payant est plus élevé pour les dépenses importantes (en approche univariée) : 90 % des débours supérieurs à 2 000 francs sont pratiqués en tiers payant. Si c'est le montant de l'ordonnance qui explique le recours au tiers payant, il est logique que les patients ayant recours au tiers payant aient aussi de plus fortes dépenses annuelles. Pour autant, on ne peut conclure à un impact inflationniste du système de tiers payant. Nous adoptons donc la stratégie suivante : nous commençons par expliquer la probabilité de recourir au tiers- payant, qui nous permet de montrer que la probabilité de recourir au tiers payant augmente, toutes choses égales par ailleurs, et de manière significative, avec la part d'ordonnances élevées dans le total des ordonnances de l'assuré. Nous renonçons à estimer l'impact du tiers payant sur la dépense, toutes choses égales par ailleurs mais étudions les effets croisés du tiers payant et du niveau de revenu sur la dépense de santé, à état de santé et couverture donnés.

Modélisation du niveau d'utilisation du tiers payant : principaux résultats

Caractéristiques de l'assuré	Influence sur la probabilité de recours au tiers payant
Fort % de dépenses inférieures à 75F	-
Fort % de dépenses supérieures à 1 000F	++
Non scolarisé	+
Etudes supérieures	-
Revenu supérieur à 6 000F par Unité de Consommation	--
Agé de plus de 65 ans	--
Bénéficiaire de l'Aide médicale (AMG)	++
Bénéficiaires d'autres exonérations	++

Le recours au tiers payant est fortement lié au montant de l'ordonnance et au revenu de l'assuré

Le tableau présenté ci-contre résume les effets, toutes choses égales par ailleurs, des facteurs susceptibles d'expliquer le recours au tiers payant pharmaceutique (voir encadré ci-contre). Il apparaît que:

- la couverture complémentaire ne semble pas influencer le recours au tiers payant pharmaceutique ;
- en revanche la présence d'exonérations du ticket modérateur, pour des raisons médicales ou sociales, joue fortement. Ce résultat semble assez naturel, l'exonération médicale étant liée à une fréquentation régulière de l'officine, et l'exonération sociale étant liée réglementairement au tiers payant ;
- le recours au tiers payant diminue avec le revenu par unité de consommation ce qui semble indiquer que le tiers payant aide des ménages à la trésorerie plus contrainte ;
- plus étonnant, à revenu égal, le niveau d'études joue un rôle négatif. On pouvait penser en effet qu'un niveau d'études plus élevé, à revenu égal, pouvait correspondre à une meilleure information sur le système de remboursement et de prise en charge ;
- on remarque aussi que, toutes choses égales par ailleurs, les personnes plus âgées tendent à y recourir moins.

On pourrait certes attribuer cette tendance à une inertie plus grande des comportements des personnes âgées (qui hésiteraient à remplir les formalités ou à changer d'officine), mais, en matière de tiers payant, cette inertie pourrait tout aussi bien expliquer une capacité supérieure à passer au tiers payant (l'officine proposant ce système prioritairement à ses clients réguliers). Une explication alternative,

plus convaincante, est à chercher du côté de la trésorerie du ménage : les études de consommation des ménages montrent que la trésorerie des personnes, âgées est, à revenu égal, moins contrainte.
- enfin, et c'est là sans doute le résultat principal, la structure des dépenses est liée au taux de recours au tiers payant : un assuré a d'autant plus de chances de recourir au tiers payant dans l'année qu'il doit faire face à une forte proportion d'ordonnances coûteuses. En revanche, pour les ordonnances peu coûteuses, le recours au tiers payant n'est pas corrélé à une augmentation du nombre d'ordonnances.
Tout se passe donc comme si le recours au tiers payant obéissait à un choix rationnel, le taux de recours augmentant avec l'avantage relatif procuré. Rien ne permet en revanche d'affirmer que cet impact du montant de l'ordonnance sur le recours au tiers payant s'explique par une demande de l'assuré ou par une proposition du pharmacien.

Le tiers payant atténue les inégalités des dépenses liées au revenu
Comme on vient de le voir, une ordonnance coûteuse pousse l'assuré à passer en tiers payant. Il serait donc pour le moins abusif d'interpréter une corrélation positive entre le fait d'être pris en charge en tiers payant et le niveau de dépense. Ce n'est pas seulement parce que l'assuré bénéficie du tiers payant qu'il occasionne des ordonnances plus chères, mais aussi parce qu'il est confronté à une telle ordonnance qu'il adhère au tiers payant.
Cela ne signifie pas pour autant que le tiers payant n'a aucun impact sur la dépense: le patient a aussi pu accepter l'ordonnance coûteuse parce qu'il savait qu'il pourrait profiter du tiers payant, et l'aurait refusé (ou aurait même renoncé à consulter son médecin) en l'absence de cette possibilité. La question qui se pose alors est de savoir si cet impact supposé est uniforme ou frappe principalement les plus pauvres. Dans le premier cas, on parlera d'effet d'aubaine du tiers payant, dans le second cas, on parlera du tiers payant comme moyen permettant de rapprocher la consommation des pauvres de la moyenne.
Pour répondre à cette question, nous avons tenté d'évaluer l'impact sur la dépense du recours au tiers payant pour l'acquisition de médicaments mais également pour les consultations de généralistes.
Pour mener cette analyse, nous avons calculé une dépense dite « normale » à état de santé et de couverture complémentaire donnés, grâce à un modèle linéaire classique. Nous avons ensuite calculé, pour chaque individu, l'écart entre sa dépense prédite par le modèle et sa dépense réellement observée, écart qui représente une sur ou une sous-consommation par rapport à la moyenne.
Que constate-t-on lorsqu'on analyse cet écart en fonction du revenu et du niveau de recours au tiers payant ?
- Parmi les individus qui n'ont pas recours au tiers payant, les plus aisés consomment davantage que les bas revenus, mais cet effet s'amenuise à mesure que le niveau d'utilisation du tiers payant augmente.
- Le tiers payant en revanche n'a pas d'impact clair dans la population disposant des revenus les plus élevés : la dépense de ceux qui recourent parfois, mais non systématiquement au tiers payant est supérieure à la fois à celle de ceux qui n'y ont jamais recours et de ceux qui y ont toujours recours.
Au total, on peut en déduire que l'utilisation du tiers payant ne semble pas « pousser à la consommation » chez les plus aisés, mais que la dépense supplémentaire qu'il génère amène les plus pauvres à la consommation moyenne.

Aplanissant les effets revenus, le tiers payant apparaît donc comme un facteur de diminution des inégalités de consommation dues aux écarts de revenus. A morbidité et couverture égales, il tend à rapprocher la dépense des assurés « moins riches » de celle des assurés plus aisés. Cette étude économique tend donc à montrer que le tiers payant est un mode de paiement socialement équitable. Quelques améliorations et prolongements peuvent être apportés ou envisagés. Il serait notamment intéressant d'étendre l'étude à des domaines ou se manifestent davantage les effets revenus, en particulier les dépenses de dentiste.

Méthode d'estimation du taux de recours au tiers payant

Le fichier utilisé est construit sur un échantillon d'assurés, pour lesquels nous connaissons tous les actes de pharmacie. Il n'est cependant pas possible d'estimer un modèle sur le fichier des actes, car tous les actes d'un même assuré sont liés et les résidus de l'estimation ne sont alors plus des variables indépendantes (violation d'une hypothèse du modèle linéaire). On travaille sur un fichier d'assurés, pour lesquels on connaît le taux de recours au tiers payant dans l'année et la distribution des dépenses attachées
aux différentes ordonnances de l'année. Le modèle déterminant le recours au tiers payant fait intervenir :

- un avantage tiré du tiers- payant, a priori fonction du revenu et du montant de l'ordonnance : on attend que le recours au tiers payant augmente avec la proportion d'ordonnances coûteuses, et diminue quand le revenu croît ;
- un coût lié à l'offre des officines (coût de recherche d'une officine adoptant le système), à la disponibilité de l'information sur le système, enfin à l'inscription. On s'attend à ce que le recours au tiers payant diminue quand l'âge augmente et augmente quand le niveau d'instruction augmente. On estime successivement, et indépendamment, trois équations emboîtées :
- une première prévoit le fait de recourir au moins une fois au tiers payant (contre le fait de ne jamais y recourir),
- une seconde prévoit, parmi ceux recourant au moins une fois, le fait d'y recourir parfois (contre le fait d'y recourir systématiquement),
- une dernière estime le taux de recours sur l'année, parmi ceux recourant au système parfois.

Annexe 19 : Une analyse économique du concept de gratuité en assurance santé

1) La gratuité en assurance

L'assurance «traditionnelle» est caractérisée par le paiement d'une prime ou d'une cotisation et permet d'obtenir une compensation financière en cas de dommage entraîné par l'occurrence d'un risque. Dans le cadre de l'assurance santé, les contrats prenant en charge l'intégralité de la dépense (ou contrats d'assurance complète) sont assez fréquents. La souscription de tels contrats constitue en quelque sorte **«l'achat d'une gratuité»** : la prise en charge à 100% des dépenses en cas de maladie peut s'interpréter comme une gratuité *ex post*, alors que le paiement de la prime ou des cotisations n'est pas gratuit par définition.

2) Les conséquences de la gratuité

La couverture par un contrat d'assurance complète rend l'assuré insensible au montant de la dépense en cas de dommages. Dans le cadre de l'assurance santé, cela se traduit par une insensibilité aux prix des biens et services de santé. Depuis près de cinquante ans, une des questions les plus débattues en économie de la santé est de savoir quelles sont les conséquences de l'insensibilité des assurés aux prix en termes de consommation de santé[42]. L'analyse de la littérature économique internationale montre que les dépenses de santé dépendent positivement du taux de prise en charge de la dépense par l'assureur. Ainsi, **la gratuité *ex post* induite par l'assurance complète influe positivement sur la dépense de santé**[43] et ce, indépendamment de toute considération d'accès aux soins. Ce surcroît de dépenses est appelé aléa moral *ex post*.

Néanmoins, il faut signaler que l'équilibre entre les recettes et les charges de l'assureur implique que l'aléa moral *ex post* soit financé par les primes d'assurance. Ainsi, lors de l'achat d'une couverture d'assurance complète, **la prime payée par l'assuré intègre par avance le montant de l'aléa moral *ex post* causé par la gratuité**. Le phénomène d'aléa moral *ex post* peut être réduit grâce à un ticket modérateur effectif qu'on appelle *ticket modérateur d'ordre public*. Le niveau d'un tel ticket modérateur doit évidemment prendre en considération les problèmes d'accès aux soins.

---

[42] Pour une synthèse de cette littérature, voir BARDEY (D), COUFFINHAL (A) et GRIGNON (M), *Le risque moral ex post en santé est-il si néfaste ?*, Credes, 2002.

[43] Le revenu influence également positivement la quantité de soins consommée et ce, même lorsqu'il y a prise en charge complète des dépenses par l'assurance.

Annexe 20 : Socialisation de la prise en charge, niveau de dépense et état santé

Diverses études mettent en lumière :

- d'une part, l'impact significatif de la participation financière sur la demande de soins ;
- d'autre part, un impact limité, voire nul, de la participation financière sur l'état de santé des assurés, sauf pour les plus pauvres et les plus malades d'entre eux, dont l'accès aux soins est dégradé.

La principale étude relative à l'impact de la participation financière des patients, la *RAND Health Insurance Experiment*, a été menée au cours des années 1970[44].

A partir de 1974, un échantillon de 6 000 personnes représentatif de la population américaine choisi dans 6 sites, a été réparti par tirage au sort entre 15 plans d'assurance différents. Quatre plans proposaient des tickets modérateurs de respectivement 0% (gratuité des soins), 25%, 50% et 95%. Un cinquième plan offrait une couverture intégrale pour les frais d'hospitalisation et un ticket modérateur de 95% sur les dépenses de ville. Tous ces plans étaient assortis d'un dispositif de *stop loss*, plafonnant la dépense annuelle de santé en fonction du revenu des ménages (1 000$ de 1974, au maximum).

1) L'effet du ticket modérateur sur la demande de soins est avéré

L'expérience de la RAND montre que plus le ticket modérateur est élevé, plus les individus limitent leur consommation de soins. Ainsi, un ticket modérateur à 95% réduit la dépense totale d'environ 30% par rapport à ce qui est observé lorsque les soins sont entièrement gratuits. La baisse de la dépense la plus significative est enregistrée lorsque le taux de ticket modérateur passe de 0% (gratuit) à 25%.

Par ailleurs, l'introduction d'une franchise modérée (entre 100 et 200 $ de 1991), en sus du dispositif de co-assurance, entraîne une réduction de la dépense par personne comprise entre 14 et 22%.

L'essentiel de l'impact du ticket modérateur s'observe dans le nombre de recours au système de santé et non pas dans le coût de chaque recours au système de soins (ou épisode de soins). Une étude sur des données françaises de 1991-1992 aboutit au même résultat[45]. Ce constat est important dans la mesure où il souligne que le médecin, davantage que le patient, détermine le niveau de consommation de soins, une fois que le patient a pris la décision de s'adresser à un praticien.

---

[44] Cf. NEWHOUSE and the Insurance experiment group (1993) : *Free for all ? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Cambridge, Harvard University Press. Une synthèse en français figure dans GEOFFARD (PY), « Dépenses de santé: l'hypothèse d'aléa moral », *Economie et Prévision*, n° 142, janvier-mars 2000/1, et ROCHAIX (L), « Le financement par les particuliers : la boîte de Pandore », *Revue d'économie financière*, n°34, 1995.

[45] Cf. GENIER (P), « Assurance et recours aux soins : une analyse microéconométrique à partir de l'enquête Santé 1991-1992 de l'Insee », *Revue économique*, vol 49, n°3, mai 1998.

Impact du ticket modérateur sur la consommation de santé

	Probabilité de recours au système de soins	Nb de consultations	Dépenses de ville	Taux d'admission hôpital	Dépense hôpital (100 pour plan gratuit)	Dépense totale ajustée (100 pour plan gratuit)
Plan gratuit	86,8	4,55	100	10,3	100	100
Ticket modérateur						
25%	78,8	3,33	76,5	8,4	91,2	82,3
50%	77,2	3,03	65,9	7,2	110,0	76,4
95%	67,7	2,73	59,7	7,9	77,0	72
Gratuit hôpital, ticket modérateur 95% ville	72,3	3,02	69,1	9,6	91,2	84

Source : MANNING et alii (1987).

En France, l'impact de la couverture complémentaire sur les recours aux soins ambulatoires et notamment aux spécialistes a été nettement mis en évidence : toutes choses égales par ailleurs, les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire recourent entre 1,9 et 2,7 fois plus aux médecins de ville que les personnes dépourvues d'assurance complémentaire.

L'expérimentation américaine montre également que le taux d'hospitalisation est sensible aux incitations financières, même si l'existence d'un plafond de dépense lors de l'expérimentation a limité la portée de l'expérience.

L'évolution de la consommation de médicaments en réponse à des modifications du reste à charge n'a pas été étudiée dans le cadre de l'expérimentation de la RAND. Néanmoins, une étude récente[46] montre qu'un relèvement du co-paiement de 5 à 10 $ par prescription induit une réduction de la dépense de médicaments prescrits de 20%. De même, un relèvement du niveau de co-paiement de 10 à 20 $ pour les seuls médicaments de marque aboutit à une réduction de la dépense de 19%.

Au vu de ces résultats, l'élasticité-prix de la demande est estimée à –0,2[47].

Différentes études postérieures confirment ces résultats. Ainsi, l'évolution de la demande en Belgique à la suite d'un relèvement du ticket modérateur en 1994 a fait apparaître des élasticités-prix de l'ordre de –0,39 à –0,28 pour les visites de généralistes à domicile, de –0,16 à –0,12 pour les consultations au cabinet de généralistes et de –0,10 pour les consultations de spécialistes[48].

---

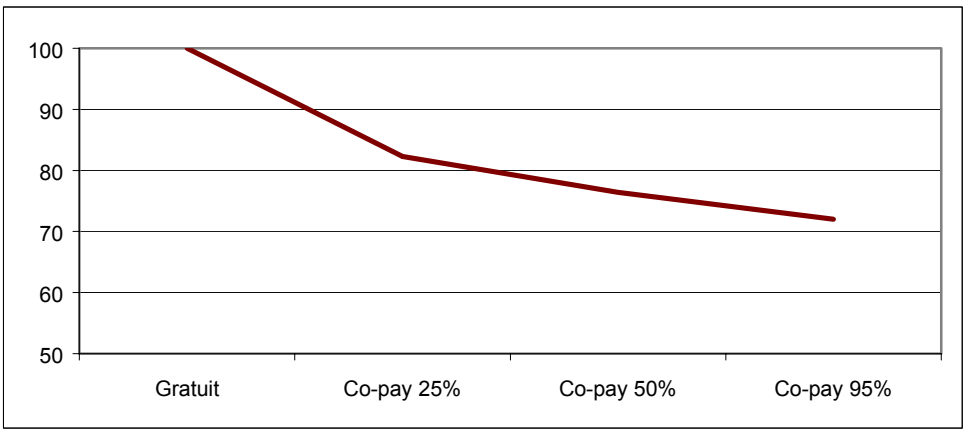
[46] JOYCE, ESCARCE, SOLOMON, GOLDMAN, "Employer drug benefit plans and spending on prescription drugs", *JAMA*, 2002; 288 (14): 1733-1739.

[47] L'élasticité-prix de la demande mesure la variation de la demande consécutive à une variation du prix. Une élasticité-prix de –0,2 signifie que la demande de soins diminue de 2% lorsque les prix augmentent de 10%.

[48] Cf. VAN DE VOORDE, VAN DOORSLAER, SCHOKKAERT, « Effects of cost sharing on physician utilization under favourable condition for supplier-induced demand », *Health Economics*, July 1, 2001 ; 10 (5) ; 457-471.

Il semble que, pour l'essentiel, ces résultats puissent être transposés au cas français, même si l'existence dans notre pays d'assurances complémentaires rend difficile l'évaluation de l'impact du ticket modérateur. CHIAPPORI et alii (1998)[49] ont mis en évidence, sur un échantillon limité, une demande de visites de généralistes à domicile inférieure de 9 points pour les assurés dont l'assurance complémentaire n'avait pas couvert l'augmentation du ticket modérateur de 10% décidée en 1993, dans le cadre du plan Veil. Cette étude ne concluait pas à un impact significatif d'un ticket modérateur de 10% sur les consultations de généralistes et de spécialistes effectuées dans les locaux de ces derniers. Plus récemment BUCHMUELLER et alii (2002)[50] ont établi, à partir de données de 1998, que la couverture par une assurance complémentaire accroît de 13 points, pour un assuré, la probabilité d'avoir recours au système de soins.

Niveau de la dépense en fonction du ticket modérateur



Source : expérience de la RAND

2) L'effet négatif du ticket modérateur sur la santé des assurés est perceptible chez les populations les plus fragiles

Un point important de l'étude de la RAND a consisté à évaluer si les niveaux inférieurs de consommation observés chez les patients bénéficiant de couvertures avec ticket modérateur s'expliquaient, et le cas échéant dans quelle mesure, par un rationnement de l'accès aux soins.

Faute de pouvoir observer directement ce point, un suivi de l'état de santé des assurés a été réalisé pendant toute la durée de l'expérimentation. Le principal résultat est que **le niveau de consommation réduit constaté dans les plans avec ticket modérateur n'a, en moyenne, peu ou pas d'effet sur l'état de santé des assurés. Néanmoins, pour la fraction de la population pauvre et malade** (soit environ 6% de l'échantillon), **la gratuité des soins permet d'obtenir un état de santé significativement meilleur** en matière de tension artérielle, de soins dentaires et de correction de la

[49] CHIAPPORI (PA), DURAND (F), GEOFFARD (PY), « Moral hazard and the demand for physician services : lessons from a French natural experiment », *European Economic Review*, 42, 1998, 499-511.

[50] BUCHMUELLER (T), COUFFINHAL (A), GRIGNON (M), PERRONNIN (M), *Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France* ; Working paper 9238, NBER, Octobre 2002.

myopie. De même, l'existence d'un ticket modérateur est de nature à empêcher un traitement approprié des enfants atteints d'anémie.

La question de la restriction de l'accès à des soins nécessaires n'est pas complètement traitée par l'étude de la RAND dans la mesure où l'échantillon ne comportait pas de personnes âgées de plus de 61 ans, de chômeurs et de handicapés. De plus, l'échantillon de l'expérimentation apparaît trop limité pour mesurer précisément l'impact du reste à charge sur les populations les plus défavorisées ainsi que sur les patients atteints de maladie chronique. Enfin, la durée de l'étude n'a pas permis d'apprécier l'impact à long terme de la diminution des actes de prévention constatée dans les plans imposant des frais d'utilisation.

Or, il apparaît, au vu d'études réalisées depuis, que l'imposition de frais d'utilisation élevés (ticket modérateur de 50%) est de nature à réduire la demande de soins nécessaire*s* au traitement de symptômes aigus de la part de patients atteints de maladies chroniques[51]. De fait, une étude française souligne que les personnes dépourvues d'assurance complémentaire recourent moins fréquemment que les autres assurés aux médicaments et consomment moins à état de santé identique. En revanche, lorsqu'elles consomment des médicaments, ces personnes engendrent une dépense supérieure de 10% par rapport à la moyenne de la population. Ce résultat tend à indiquer que les individus subissant l'impact du ticket modérateur reportent la prise de médicaments et consomment uniquement lorsque leur état de santé est dégradé[52].

---

[51] Cf. WONG, ANDERSEN, SHERBOURNE, HAYS, SHAPIRO, « Effects of cost sharing on care seeking and health status : results from the medical outcomes sutdy », *American Journal of Public Health*, November 2001, vol 91, n°11.

[52] DOURGNON (P), SERMET (C), "La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire", *Questions d'économie de la santé*, CREDES, juin 2002.

Annexe 21 : Comparaisons internationales

1) Financement des dépenses totales de santé au sein de l'OCDE en 2000[53]

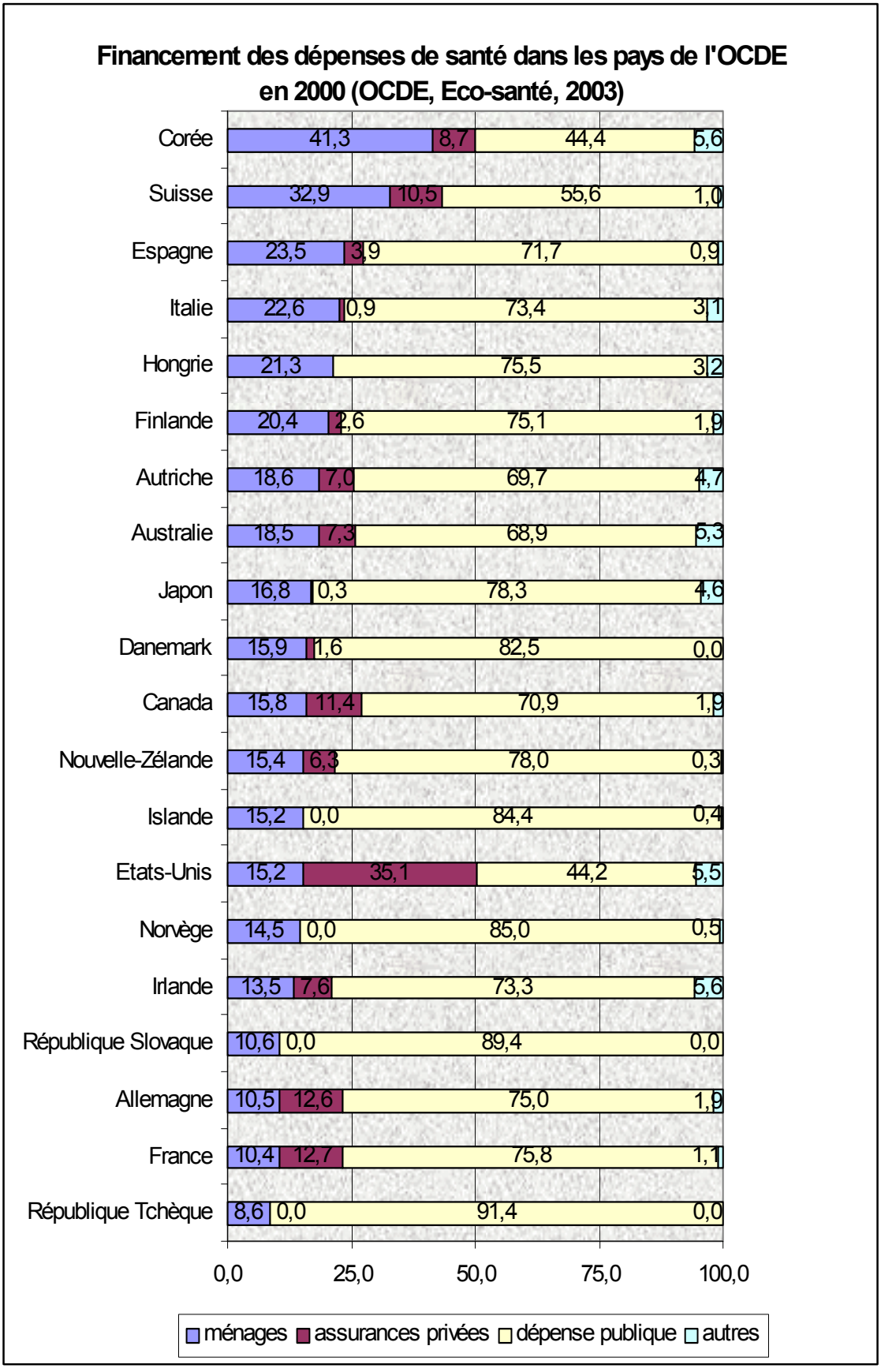
Le graphique ci-dessous retrace les modalités de financement des dépenses totales de santé dans la plupart des pays de l'OCDE en 2000.

On peut observer que dans la majorité des pays près des de 75% des dépenses sont financées par la collectivité (dépense publique de santé), à l'exception des Etats-Unis, de la Suisse ou de la Corée, pays dans lesquels le financement privé est prépondérant.

On constate par ailleurs une très grande hétérogénéité des modes de financement privés (versements directs des ménages, assurances privées, autres, y compris reste du monde). Toutefois, un trait commun se dégage : les versements directs des ménages sont systématiquement supérieurs aux financements mobilisés par les assurances privées, à l'exception de trois pays (Allemagne, Etats-Unis, France).

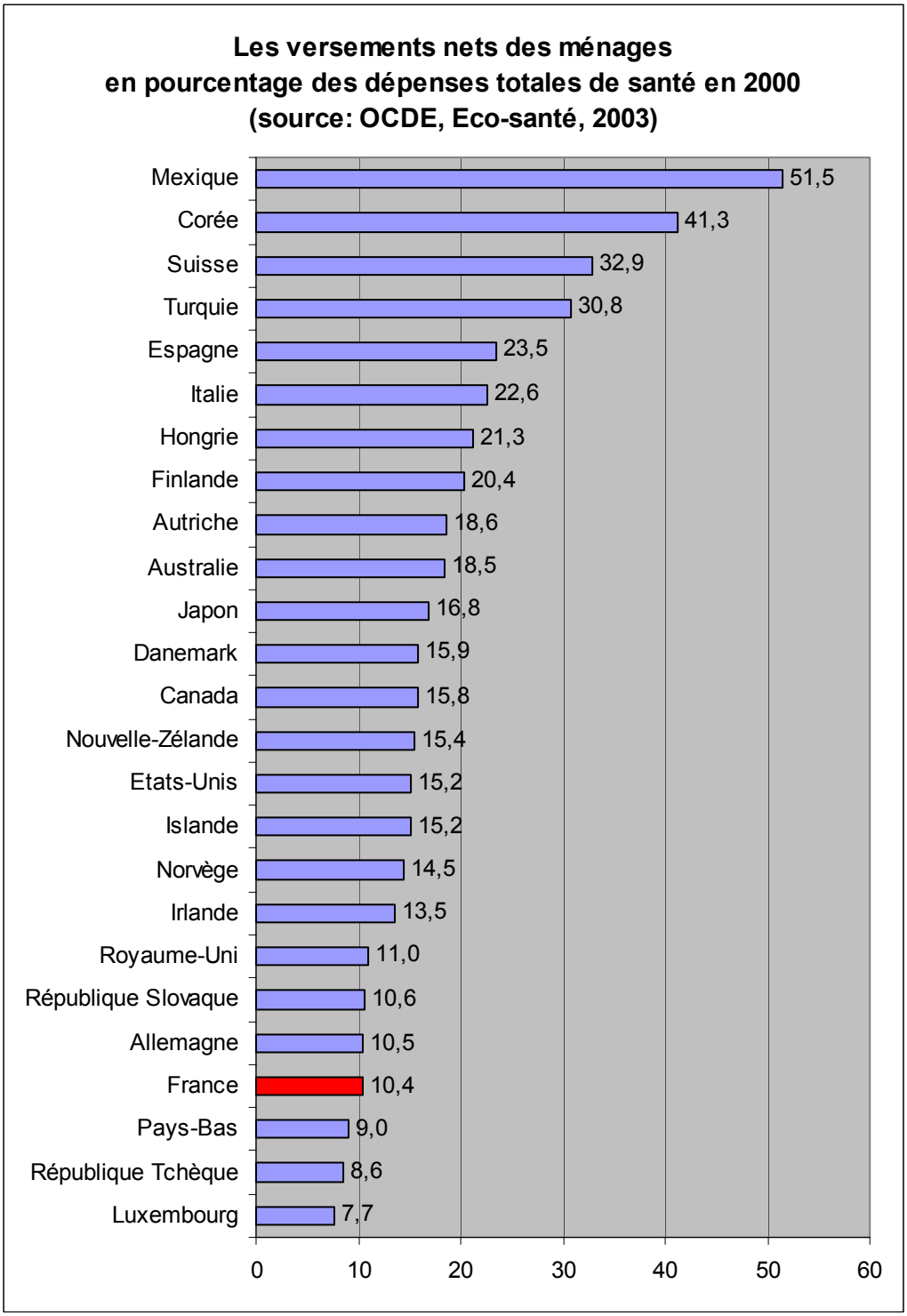
Pour les Etats-Unis, cette particularité est largement liée au mode de financement des dépenses : la mutualisation par l'assurance privée (35%) est proche de la mutualisation par l'assurance publique (44%). Pour l'Allemagne et la France, cette caractéristique témoigne de l'importance jouée par les organismes complémentaires, qui couvrent plus de la moitié de la dépense non prise en charge par la collectivité, alors que dans les autres pays, ces dernières sont très largement à la charge directe des ménages. De fait, dans ces deux pays, les effets de la participation financière des assurés sont plus que partiellement neutralisés par des mécanismes privées de mutualisation des risques.

[53] Source : OCDE, Eco-santé 2003. Les pays qui ne figurent pas dans le diagramme sont ceux pour lesquels certaines données manquent.


Financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2000 (OCDE, Eco-santé, 2003)
Corée 41,3 8,7 44,4 5,6
Suisse 32,9 10,5 55,6 1,0
Espagne 23,5 3,9 71,7 0,9
Italie 22,6 0,9 73,4 3,1
Hongrie 21,3 75,5 3,2
Finlande 20,4 2,6 75,1 1,9
Autriche 18,6 7,0 69,7 4,7
Australie 18,5 7,3 68,9 5,3
Japon 16,8 0,3 78,3 4,6
Danemark 15,9 1,6 82,5 0,0
Canada 15,8 11,4 70,9 1,9
Nouvelle-Zélande 15,4 6,3 78,0 0,3
Islande 15,2 0,0 84,4 0,4
Etats-Unis 15,2 35,1 44,2 5,5
Norvège 14,5 0,0 85,0 0,5
Irlande 13,5 7,6 73,3 5,6
République Slovaque 10,6 0,0 89,4 0,0
Allemagne 10,5 12,6 75,0 1,9
France 10,4 12,7 75,8 1,1
République Tchèque 8,6 0,0 91,4 0,0
0,0 25,0 50,0 75,0 100,0
ménages assurances privées dépense publique autres

2) Les versements directs nets des ménages (ou reste à charge) dans les différents pays de l'OCDE

On observe que tous les pays de l'OCDE ont recours, pour financer leurs dépenses totales de santé, à la participation financière directe des ménages. Toutefois, on constate une très grande hétérogénéité quant au pourcentage de cette participation financière dans le total des dépenses : de plus de la moitié à moins de 10%. **La France se caractérise par une part de reste à charge particulièrement faible au regard des autres pays.** Cette situation témoigne d'une très large diffusion des couvertures complémentaires dans notre pays et d'un niveau moyen de couverture complémentaire de bon niveau.



3) La participation financière des assurés : éléments de comparaison internationale

Les politiques de participation financière des patients mises en place dans les pays industrialisés sont particulièrement diversifiées, en ce qui concerne les types de biens et services de santé concernés ou les modalités pratiques de contribution des assurés (cf. tableaux ci-après). Il existe quatre grands outils[54] de participation financière :

- ***la « co-assurance »***, le ticket modérateur ou la quote-part[55], est une participation proportionnelle au prix des biens ou services de santé. Ainsi, en France, 30% du tarif des consultations de médecins sont à la charge de l'usager ;
- ***le « co-paiement »*** est une contribution forfaitaire du patient à la dépense de santé. Il peut être déconnecté du prix du bien. Ces forfaits sont assez répandus dans les pays de l'OCDE, en particulier sur les dépenses de médicaments (forfait par boîte en Allemagne) ou pour les dépenses hospitalières (forfait journalier hospitalier) ;
- ***la « franchise »*** est un seuil monétaire en deçà duquel la participation de l'usager est intégrale. Elle peut s'appliquer à certaines dépenses, comme en Suède sur les médicaments, ou à l'ensemble des dépenses de santé, comme en Suisse ;
- ***le « balance billing »***, ou partage de la charge, constitue une charge additionnelle prélevée par les professionnels au-delà du tarif de remboursement, à l'instar des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins en secteur 2.

Plusieurs éléments peuvent être dégagés des comparaisons internationales :

- par souci d'équité dans l'accès aux soins, la participation financière des patients peut être modulée en fonction du revenu ou de la pathologie et les restes à charge plafonnés en fonction du revenu ou des dépenses de santé engagées. Le « maximum à facturer » belge est ainsi modulé en fonction du revenu ;
- dans une logique de qualité des soins, la participation financière des patients peut être modulée en fonction du comportement du patient. En Allemagne, afin d'inciter à la prévention, les traitements et prothèses dentaires sont ainsi mieux pris en charge pour les personnes ayant régulièrement consulté leur chirurgien-dentiste. Inversement, les patients qui souhaitent conserver le libre choix de leur professionnel de santé peuvent être mis à contribution, comme au Danemark, pour l'accès au généraliste, ou en Irlande, pour l'accès aux urgences ;
- afin de renforcer l'efficience du système de santé financé par la collectivité (rapport coût/efficacité des dépenses), la participation peut être modulée en fonction de l'âge des patients. Les soins dentaires sont souvent gratuits pour les enfants ; avec participation pour les adultes (pays scandinaves).

---

[54] Le « compte d'épargne médicale », qui individualise la couverture du risque, est également utilisé, par exemple à Singapour.

[55] Les Suisses et les Canadiens utilisent volontiers la notion de quote-part pour évoquer le ticket modérateur proportionnel.

La participation des assurés pour les consultations des généralistes et spécialistes

	Généralistes	Spécialistes	Exonération, modulation ou plafonnement
Allemagne	Forfait de 10 € par trimestre lors de la 1ère consultation (à compter de 2004)		Gratuité pour les enfants et les personnes participant à des programmes de prévention et plafonnement à hauteur d'1% des revenus pour les malades chroniques et 2% des revenus pour les autres assurés (à compter de 2004)
Australie Medicare	15% par consultation	25% par consultation externe à l'hôpital	Plafonnement du reste à charge
Autriche	Forfait de 3,6 € pour la première consultation par trimestre et 20% par consultation Forfait de 4,25 € sur chaque feuille de soins d'un médecin		Gratuité pour les enfants, les retraités, les personnes à faibles revenus et les malades chroniques
Belgique	30% par consultation et 35% par visite	46% par consultation	10% pour les personnes à faibles ressources (« régime préférentiel ») Plafonnement du reste à charge dans le cadre du « maximum à facturer » (entre 450 € et 2.500 € en fonction des revenus)
Canada	Aucune participation.		
Danemark	Aucune participation pour une consultation du « médecin référent ». En revanche, participation des patient de « catégorie 2 » qui choisissent librement leur médecin.		
Espagne	Aucune participation.		
Etats-Unis Medicare	Franchise de 100 $ (couvrant généralistes et spécialistes) et 20% par consultation au-delà (50% pour les soins psychiatriques)		
Prefered Provider Organisation[56]	Franchise de 150 $ (couvrant généralistes et spécialistes) et 10% par consultation au-delà		
Finlande	En centres de santé par période de 12 mois (au choix des municipalités) : 11 € par consultation pour les 3 premières consultations et gratuité au-delà ou 20€ pour la 1ère consultation et gratuité au-delà[57] A l'hôpital : 22 € par consultation externe Médecins privés : 40% par consultation (13 € par consultation, acte ou analyse prescrits et 25% au-delà de cette quote-part)		Plafonnement du reste à charge à 589 € dans le secteur public Gratuité pour les moins de 15 ans et pour les soins préventifs
France	30% par consultation ou visite	30% par consultation ou visite	Gratuité pour les patients en ALD et les personnes à faibles ressources (CMUC)

[56] PPO typique.

[57] Participation également applicable aux analyses biomédicales et aux actes de radiologie.

	Généralistes	Spécialistes	Exonération, modulation ou plafonnement
Grèce	Aucune participation.		
Islande	14 € par consultation et 21 € par visite	18 € par consultation et 40% au-delà, jusqu'à un maximum de 63 €	Plafonnement du reste à charge à 150 € par personne (75 € pour les enfants d'une même famille et 38 € pour les retraités)
Italie	Aucune participation.	Jusqu'à 36 € par consultation[58]	Gratuité pour les enfants de moins de 6 ans, les personnes âgées de plus de 65 ans, les chômeurs à faibles revenus, les titulaires de la pension minimale et de la pension sociale, les invalides et handicapés, les personnes qui souffrent de maladies très graves
Japon	Entre 20% (pour les employés) et 30% (pour les retraités et les indépendants) par consultation		
Luxembourg	Par période de 28 jours : 20% pour la première consultation et 5% pour les suivantes		
Norvège	13 € par consultation	22 € par consultation	Plafonnement des restes à charge à 175 € par an et par assuré (gratuité pour les enfants de moins de 7 ans et intégration des enfants entre 7 et 16 ans dans le plafond d'un des deux parents)
N^{elle}-Zélande	Entre 7,75 et 17 € par consultation en fonction de l'âge et des revenus de l'assuré	Aucune (hôpital)	
Pays-Bas	Aucune pour les assurés des caisses publiques (70% des assurés). Les assurés des caisses privées (30%) peuvent choisir le montant de leur participation directe (contrat d'assurance).		
Royaume-Uni	Aucune		
Suède	Entre 11 et 16 € par consultation	Entre 17 et 28 € par consultation externe à l'hôpital.	Gratuité pour les moins de 18 ans recourant aux services d'urgences. Plafonnement des restes à charge à 99 € par an.
Suisse	Franchise de 156 € à 1.020 € au choix des assurés et 10% par consultation au-delà		Gratuité pour les moins de 18 ans. Plafonnement de la quote-part de 10% des frais à 408 €.

Source : Commission Européenne, European Observatory on Health Care Systems, Organisation de Coopération pour le Développement Economiques, Régimes d'assurance maladie nationaux.

[58] La même participation est applicable aux actes des masseurs kinésithérapeutes, aux cures thermales et aux analyses biomédicales.

La participation des assurés pour les soins dentaires, les médicaments et les frais d'hospitalisation

	Soins dentaires	Médicaments	Hôpital
Allemagne	Gratuité pour les moins de 18 ans. Soins préventifs et conservateurs gratuits pour les adultes. Prothèses et traitements : ticket modérateur de 35% (patient ayant consulté régulièrement au cours des dix dernières années), 40% (au cours des cinq dernières années) ou 50% (autres cas). Pas de couverture pour les traitements dentaires lourds[59]. Déremboursement des prothèses (à compter de 2005). Orthodontie : 20% pour les personnes dont les capacités à manger, parler ou respirer sont sévèrement limitées (pas de couverture dans les autres cas).	Forfait par boîte de médicament, modulé en fonction du nombre de dose de médicaments (4 €, 4,5 € et 5 €), lorsque ce forfait est inférieur au prix du médicament lui-même. Plafonnement du reste à charge sur les médicaments, transports et soins paramédicaux à 1% du revenu pour les malades chroniques et à 2% pour les autres assurés. Exemptions possibles pour les personnes à très faibles revenus. Ticket modérateur de 10% du coût des médicaments dans la limite d'un corridor de reste à charge de 5 à 10 € (à compter de 2004).	Forfait journalier de 9 €, dans la limite de 14 jours (12 €, dans la limite de 28 jours à compter de 2004). Gratuité pour les enfants.
Australie Medicare	Non couverts.	Forfait de 13 € par prescription, puis 2 € au-delà de 397 € de dépenses. Forfait de 2 € pour les personnes âgées atteintes de maladies nécessitant des soins intensifs ; gratuité au-delà de 108 €.	Gratuité des consultations externes dans les hôpitaux publics. Co-assurance de 25% dans les hôpitaux privés.
Autriche	Ticket modérateur entre 25 et 50% des soins conservateurs, des actes d'extraction ou d'orthodontie et des prothèses. Forfait de 4,25 € sur chaque feuille de soins dentaires.	4,25 € par boîte de médicament (sauf pour les personnes à faibles revenus). Ticket modérateur de 10 à 20% pour les dispositifs médicaux, dans la limite de 21 €.	Forfait journalier hospitalier de 7,63 € par jour, dans la limite de 28 jours par an (sauf pour les personnes à faibles revenus).

[59] Plus de 4 remplacements de dents par mâchoire ou plus de trois remplacements par côté, à l'exception des bridges multiples, qui peuvent être pris en charge au-delà de trois.

Belgique	24% par consultation (gratuité pour les personnes relevant du régime préférentiel). entre 5 et 25% pour les soins conservateurs (entre 0 et 5% pour le régime préférentiel). Frais d'appareillage et prothèses dentaires pris en charge pour les personnes de plus de 50 ans ou atteintes de certaines maladies.	Ticket modérateur fonction de l'utilité médicale du médicament : 25% (plafond de 9,79 €), 50% (plafond de 16,24 € ; 14,69 € pour les conditionnements supérieurs à 60 unités), 60% et 80%[60]. Remboursement forfaitaire des préparations magistrales (entre 0,99 et 1,98€), sauf pour les pathologies longues et lourdes. Prise en compte du reste à charge dans le maximum à facturer.	Forfait journalier hospitalier de 12,07 € (4,29 € pour le « régime préférentiel » pour les personnes à faibles ressources)[61]. Forfait médicament de 0,62 € par journée d'hospitalisation (0,70 € en hôpital psychiatrique).
	Soins dentaires	**Médicaments**	**Hôpital**
Canada	Aucune participation.	Les 13 provinces et territoires couvrent au minium les dépenses pharmaceutiques des seuls bénéficiaires de l'aide sociale et des personnes de plus de 65 ans[62]. Une franchise ou ticket modérateur est appliqué[63]. Franchises et plafonnements de reste à charge sont modulées en fonction du revenu[64].	Aucune participation.
Danemark	Ticket modérateur entre 35 et 60% des frais dentaires. Gratuité pour les enfants. Tarif préférentiel pour les personnes handicapées. Les prothèses ne sont pas prises en charge.	Franchise de 69 € ; 50% entre 69 € et 167 € ; 75% entre 167 et 390 € et 85% au-delà de 390 €. Au-delà de 485 € de dépenses annuelles, les malades chroniques ont droit à un remboursement intégral.	Gratuité dans les hôpitaux publics et privés agréés. Pas de prise en charge des frais dans les hôpitaux privés non agréés.
Espagne	Aucune participation.	Ticket modérateur de 40% du prix des médicaments et des dispositifs médicaux (10% pour les malades chroniques ou les retraités, avec un maximum de reste à charge de 2,75 €).	Aucune participation.
Etats-Unis Medicare	Non couverts.	Non couverts.	Franchise de 676 $ pour les 60 premiers jours.

[60] Pour le régime préférentiel : plafonds de 6,57 € pour les médicaments remboursés à 75% (9,86 € pour les grands conditionnements) et de 9,79 € pour ceux pris en charge à 50%.

[61] Forfait de 12,07 € par jour pour les personnes hospitalisées en milieu psychiatrique du 1er au 3e mois, et 4,29 € au-delà.

[62] Le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ne couvrent que les citoyens âgés à faible revenu ; l'Ontario et le Québec assurent au moins un type de couverture à tous les citoyens, bien que dans certains cas la franchise soit élevée.

[63] Plusieurs provinces utilisent les deux outils. Saskatchewan : franchise courante de 551,5 € par semestre, au-delà de laquelle s'applique une coassurance de 35% du coût de chaque ordonnance. Colombie-Britannique : franchise annuelle de 389,3 €, puis co-assurance de 30% avec plafond de 1.300 € par année par patient. Québec : franchise trimestrielle de 16,2 € par adulte, puis coassurance correspondant à 25% du coût de l'ordonnance, jusqu'à concurrence de 121,6 € par trimestre (moins dans le cas des personnes à faible revenu). Provinces maritimes : pas de franchise, mais des quotes-parts s'appliquent.

[64] Manitoba et Ontario : franchise correspondant à 3% du « revenu familial redressé » pour ceux dont le revenu annuel est supérieur à 9.733 €.

Preferred Provider Organisation typique	Couverture très variable.	Franchise (cf. tableau médecins).	Couverture variable.
Finlande	*En centres de santé : entre 6 et 10 € par consultation, entre 0 et 21 € pour les soins préventifs et entre 5 et 42 € pour les traitements conservateurs.* Dentistes privés : 40% pour les patients nés après 1956, 25% pour les patients nés avant pour les consultations, les soins préventifs et les soins courants. Prothèses et orthodontie ne sont pas couvertes. Gratuité pour les moins de 19 ans.	Forfait de 8,41 € par ordonnance, plus 50% du montant dépassant cette somme pour des médicaments prescrits. Pour les traitements de certaines maladies graves ou chroniques, ticket modérateur maximum de 25%, si les produits dépassent l4,20 €. Plafonnement du reste à charge à 552 €.	*Forfait journalier de 26 € pour les courts séjours (12 € en milieu psychiatrique).* Forfait maximum de 67 € en chirurgie ambulatoire. Pour les moins de 18 ans, le forfait journalier est limité à 7 jours par an.

	Soins dentaires	**Médicaments**	**Hôpital**
France	30% sur les soins préventifs et curatifs. Couverture très limitée des prothèses. Gratuité pour les moins de 18 ans dans le cadre du bilan bucco-dentaire.	Ticket modérateur modulé en fonction du service médical rendu et de la gravité de la pathologie (35%, 65% et 100%).	Forfait journalier de 10,67 € (13 € à compter de 2004). Ticket modérateur de 20% des frais dans la limite de 30 jours. Gratuité pour les interventions lourdes (>KC 50)
Grèce	Gratuité pour les soins. Ticket modérateur de 25% pour les prothèses.	Ticket modérateur de 25% pour les médicaments (10% pour certaines maladies graves et les retraités à faibles ressources, gratuité pour les maladies chroniques)	Aucune participation pour les frais hospitaliers. Forfait de 3 € pour les consultations externes hors cas d'urgences et sauf pour les personnes à faibles revenus.
Irlande	Gratuité pour les enfants de moins de 6 ans ou pour les élèves des écoles publiques de moins de 14 ans. Couverture partielle pour les autres assurés, variable en fonction des revenus. Ticket modérateur de 50% sur les prothèses pour les personnes dont les revenus sont supérieurs à un certain seuil.	Franchise de 53 € par mois et par foyer, à l'exception des traitements de maladies de longue durée.	Forfait journalier de 33 € en chambre commune à concurrence de 330 € sur un an, à l'exception des personnes à faibles ressources. Forfait de 32 € pour recours aux urgences non prescrit par un généraliste.
Islande	Ticket modérateur pour les moins de 19 ans et les plus de 66 ans. Pas de couverture pour les personnes âgées de 19 à 66 ans, à l'exception des invalides.	Ticket modérateur variable entre 0 et 100% en fonction de la catégorie de produits.	Aucune participation.

Italie	Gratuité des soins. Non couverture des prothèses dentaires.	Forfait de 2,07 € par ordonnance pour un médicament ou 3,10 € pour deux médicaments, à l'exception des assurés invalides à 100% pour raisons de service et des médicaments essentiels pour le traitement des maladies les plus graves. Ticket modérateur de 0, 50 ou 100% en fonction de la gravité de la pathologie à traiter.	Aucune participation.
Japon	Couverture partielle des frais dentaires.	Forfait de 0 (premier médicament) à 1,20 $ (troisième ou sixième médicament suivant le type de produit) par boîte de médicament.	10% des frais d'hospitalisation pour les employés, 20% pour les retraités et 30% pour les indépendants.
Luxembourg	Ticket modérateur de 20% au-delà d'un montant annuel de 36 € pris en charge intégralement. Gratuité des prothèses sous réserve que l'assuré ait consulté régulièrement ; ticket modérateur de 20% dans le cas contraire.	Ticket modérateur modulé de 0 à 60%.	Forfait journalier hospitalier de 9,3 €. Plafonnement du reste à charge à 3% du revenu.
	Soins dentaires	**Médicaments**	**Hôpital**
Norvège	Gratuité des soins courants pour les moins de 18 ans. Participation limitée pour les 18-20 ans. Modulation de la prise en charge de l'orthodontie en fonction de la gravité de la malformation. Couverture limitée à la chirurgie dentaire pour les adultes. Non prise en charge des prothèses (sauf analgésie). Plafonnement des restes à charge à 175 € par an et par assuré.	Ticket modérateur de 100% pour les médicaments de moindre importance. Pour les médicaments importants, ticket modérateur de 36% jusqu'à un plafond de 43,75 € par trimestre.	Pas de participation, sauf consultation externe (application des règles du secteur ambulatoire). Plafonnement des restes à charge à 175 € par an et par assuré.
N^{elle}-Zélande	Couverture partielle des frais dentaires.	Forfait de 7,75 € par médicament prescrit avec un plafonnement à 20 prescriptions par an et par famille (0,78 € par boîte au-delà). Sont exemptés de ce forfait, les enfants et titulaires de cartes bas revenus.	Forfait journalier.
Pays-Bas	Gratuité totale pour les enfants. Soins préventifs gratuits pour les adultes (bilan une fois par an), les autres soins étant à la charge des patients. Ticket modérateur de 25% sur les prothèses	Prix de référence.	Aucune participation.

Royaume-Uni	80% des soins dentaires, jusqu'à un plafond de 505 €, sauf pour les moins de 18 ans et les personnes à faibles revenus.	Forfait de 6,10 € par boîte de médicament, sauf exceptions (enfants de moins de 16 ans, étudiants de moins de 19 ans, personnes âgées de plus 60 ans, femmes enceintes, personnes souffrant de certaines pathologies). Les patients peuvent acheter un certificat prépayé d'ordonnances pour un an (90,40 €) ou quatre mois (32,90 €).	Aucune participation.
Suède	Soins dentaires gratuits pour les moins de 20 ans. Pour les traitements de base des adultes (contrôles, plombages, soins des racines et soins urgents) : co-assurance ou souscription d'un forfait de soins valable pour 2 ans. Non-couverture des prothèses et de l'orthodontie.	Franchise de 97 € ; le ticket modérateur étant modulé au-delà de cette somme entre 50% et 10%, la prise en charge étant totale au-delà de 463 € et le reste à charge total sur un an devant rester inférieur à 137 €. Ces restes à charge ne sont pas couverts par les organismes complémentaires.	Forfait journalier hospitalier de 9€. Gratuité pour les moins de 18 ans. Réduction pour les retraités et personnes à faibles revenus.
Suisse	Franchise (cf. tableau médecins).		Forfait journalier de 6,50€.

Source : Commission Européenne, European Observatory on Health Care Systems, Organisation de Coopération pour le Développement Economiques, Régimes d'assurance maladie nationaux.

Annexe 22 : Taux de remplacement dans les arrêts de travail

Le taux de remplacement du salaire pendant un arrêt de travail dépend de plusieurs variables :
- salaire brut de référence (plafonné pour le calcul des IJ SS ou déplafonné pour le complément versé par l'employeur),
- de la nature du complément versé par l'employeur (minimum légal ou accords conventionnels de branche ou d'entreprise),
- de la situation familiale (pour une éventuelle majoration des IJ SS),
- de l'ancienneté (pour le calcul du complément employeur),
- de la durée de l'arrêt de travail (pour le calcul des IJ SS et du complément employeur),
- des taux de cotisation & contribution sociale,
- de protections complémentaires éventuelles (mutuelles et institut de prévoyance).

L'objet de la présente fiche est d'estimer le taux de remplacement « net/net » en ne se basant que sur les indemnités versées par la sécurité sociale et le complément dû par l'employeur dans le cadre de la loi de 1978 (minimum légal).

1) Calcul du taux de remplacement au minimum légal

Le taux de remplacement « net/net » correspond au rapport entre les revenus de remplacement nets de cotisations et de contributions sociales et le salaire net. Ce taux de remplacement « net/net » est différent du taux de remplacement brut dans la mesure où les taux de prélèvement sociaux sont sensiblement inférieurs pour les indemnités journalières versées par la sécurité sociale que pour les salaires. En effet, le taux de remplacement net est calculé en appliquant au salaire brut et au complément employeur le taux de charge moyen (soit 20%) et aux indemnités de sécurité sociale un taux de charge réduit (6,7%). Ainsi, en raison d'un taux de charge réduit, le taux de remplacement net peut être supérieur d'environ 10 points au taux de remplacement brut.

L'estimation du taux de remplacement, selon la durée de l'arrêt de travail, est approchée à travers deux cas type[65] :
- celui d'un assuré de 35 ans avec 15 ans d'ancienneté percevant le salaire moyen[66],
- celui d'un assuré de 55 ans avec 35 ans d'ancienneté percevant le salaire moyen de sa classe d'âge.

2) Le taux de remplacement net augmente rapidement au début de l'arrêt pour décroître ensuite également rapidement :

- malgré les délais de carence, le taux de remplacement est relativement élevé (80% environ) le premier mois si l'assuré est éligible au complément employeur,
- il est de l'ordre de 100% à partir du deuxième mois pendant deux mois au maximum (si l'assuré a trois enfants à charge et totalise suffisamment d'ancienneté), il peut même dépasser légèrement 100% (101.1% dans le cas ci-dessous de l'assuré au 2ème mois d'arrêt ayant des IJ majorées et bénéficiant du minimum légal de 90% les 60 premiers jours[67]),

---

[65] Les cas de figure envisagés ici ne concernent que les personnes éligibles au minimum légal car ayant une ancienneté dans l'entreprise d'au moins trois ans.

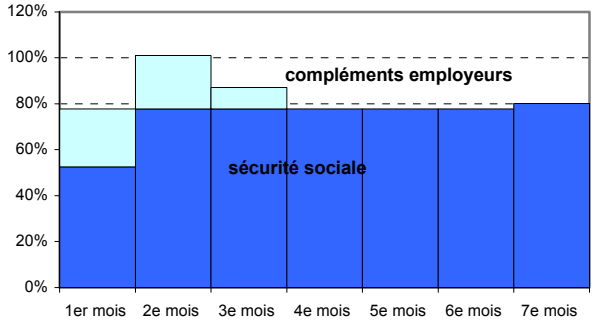
[66] Le salaire moyen d'un assuré de 35 ans correspond également au salaire moyen toutes classes d'âge confondues.

[67] Il s'agit toutefois d'un calcul théorique sur la base d'un taux de charge moyen. Par ailleurs, la jurisprudence limiterait ces cas de figure.

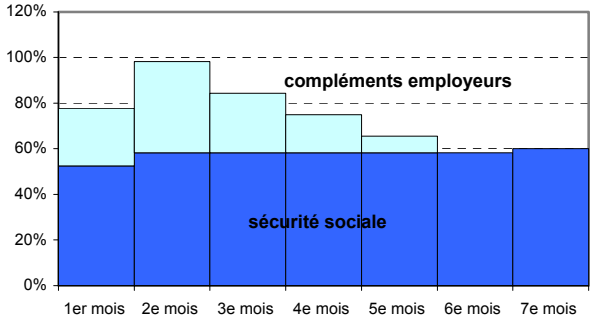
- il décroît ensuite également rapidement,
- après six mois, le complément employeur du minimum légal est nul, le taux de remplacement est alors compris entre 50% et 60% pour les indemnités journalières normales et entre 70% et 80% pour les indemnités journalières majorées,
- et il décroît globalement avec le revenu au delà du plafond de la sécurité sociale dès lors que le complément de l'employeur n'intervient plus,
- pour mémoire, les indemnités journalières ne sont plus servies après trois ans. Les assurés peuvent, le cas échéant, bénéficier d'une pension d'invalidité sous réserve de justifier d'une réduction des 2/3 de leur capacité de travail ou de gain.

Taux de remplacement net mensuel moyen en fonction de la durée d'arrêt
pour un salarié de 35 ans et 15 ans d'ancienneté selon sa situation familiale

si l'assuré a au moins trois enfants à charge

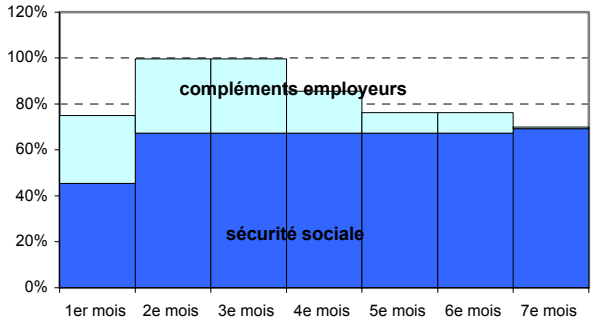


si l'assuré a moins de trois enfants à charge

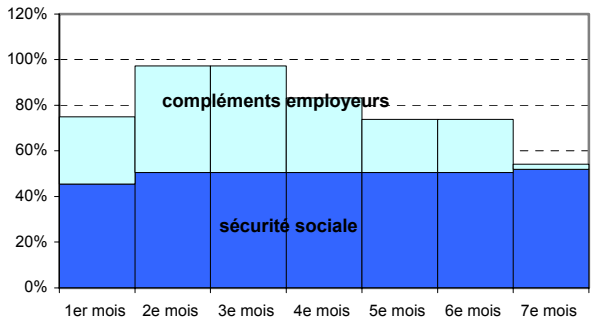


Taux de remplacement net mensuel moyen en fonction de la durée d'arrêt
pour un salarié de 55 ans et 35 ans d'ancienneté selon sa situation familiale

si l'assuré a au moins trois enfants à charge



si l'assuré a moins de trois enfants à charge



3) Mais les dispositions conventionnelles peuvent fixer des conditions d'indemnisation plus favorables

Les taux de remplacement fixés dans le cadre conventionnel peuvent être plus favorables que le minimum légal car accordés sur des périodes plus longues en fonction de tranches d'ancienneté plus courtes.

Ainsi dans la convention collective du personnel des caisses de sécurité sociale, dès une ancienneté de six mois (au lieu de trois ans pour le minimum), le salarié a droit à un complément. Ce complément garantit un maintien de salaire pendant trois mois ; dans le minimum légal, ce salarié devrait justifier de trente ans d'ancienneté pour bénéficier de trois mois de complément qui ne lui garantirait que 90% de son salaire.

4) Dispositions particulières à la fonction publique

- Délai de carence

Dans le cadre de l'application habituelle des droits statutaires à congé maladie, le traitement continue d'être versé à l'agent par l'Etat ou la collectivité employeur, sans aucun délai de carence, ni d'ancienneté minimale.

- Taux d'indemnisation

Le fonctionnaire malade a droit au maintien de son traitement à taux plein ou réduit de moitié selon la durée et la nature du congé. Ils ne bénéficient pas d'IJ maladie.

- Congé de maladie ordinaire

Durée maximale :12 mois

Plein traitement : 3 premiers mois et 50 % pour les 9 autres mois.

- Congé de longue maladie

Condition : En cas de maladie d'une part nécessitant un traitement et des soins prolongés, d'autre part présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée.

- Durée maximale : 3 ans.
- Pendant un an : plein traitement, pendant les deux années suivantes : 50 %

- Congé de longue durée

Condition : Etre atteint de l'une des 5 pathologies suivantes : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis.

- Pendant 3 ans : plein traitement, pendant 2 ans : 50 %

Lorsque la maladie a été contractée dans l'exercice de ses fonctions, ces durées sont portées à 5 et 3 ans.

5) Dispositions relatives aux exploitants agricoles

Protection de base

L'assurance maladie des exploitants agricoles ne comporte pas d'indemnités journalières (Code rural, art L 732-4).

En cas d'arrêt de travail pour maladie, l'exploitant ne peut prétendre – sous condition de ressources – qu'au bénéfice d'une aide pour son remplacement, au titre des prestations extralégales du FAMEXA.

Protection complémentaire

Il n'existe pas de protection complémentaire de type assurantiel, comme dans le régime des non salariés non agricoles, la loi Madelin ne s'appliquant pas aux exploitants agricoles.

6) Protection des professionnels non salariés non agricoles

Protection de base

a) Professions artisanales, industrielles et commerciales

Les membres de ces professions bénéficient de régimes d'indemnités journalières d'assurance maladie gérés par la CANAM.

- Délai de carence

7 jours à compter de la constatation médicale

En cas d'hospitalisation : 3 jours.

En cas de rechutes dues à une affection de longue durée, le délai n'est appliqué qu'au premier arrêt.

- Taux d'indemnisation

L'IJ est égale à 1/720 du revenu professionnel annuel moyen des 3 dernières années civiles pris en compte pour le calcul de la cotisation annuelle supplémentaire – finançant le régime d'IJ – émise et échue à la date de la constatation médicale de l'incapacité dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur à cette date.

Montant minimum : 1/720 de 40 % du plafond (16,51 € au 1er janvier 2004)

Montant maximum : 1/720 de ce plafond (41,26 €).

b) Professions libérales et avocats

Le groupe des professions libérales à la CANAM est trop hétérogène pour parvenir à s'accorder sur la création d'un régime d'IJ commun.

Les arrêts de travail des professionnels de santé libéraux et des avocats donnent lieu au versement d'indemnités journalières par le régime d'invalidité géré par leurs caisses de retraites respectives.

- Délai de carence

90 jours.

- Taux d'indemnisation

Il s'agit de montants journaliers forfaitaires, déterminés, le cas échéant, en fonction de la classe de cotisation au régime d'invalidité

A titre d'exemple :

- Médecins : 82 € au 1er janvier 2004

- Sages-femmes : minimum (classe obligatoire) : 11,60 € - Maximum (classe facultative) : 34,80 €.

- Auxiliaires médicaux : 40,37 € , majorée de 7,34 €/personne pour le conjoint et chaque enfant ou descendant à charge.

Suivant les caisses d'affiliation, la classe de cotisation peut être déterminée obligatoirement en fonction des revenus ou être choisie librement par le professionnel.

Protection complémentaire

- Cette protection est assez développée notamment dans le cadre des « contrats » Madelin, compte tenu des lacunes ou du caractère récent de la protection obligatoire contre l'incapacité temporaire.

- Elle est assurée à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat de groupe ou d'une profession ou des organismes de prévoyance de la profession (médecins, avocats, pharmaciens, etc..).

- Elle intervient généralement en complément de la protection obligatoire de sécurité sociale.

- ***Mais elle constitue l'unique protection contre l'incapacité temporaire pour certaines professions*** (notaires, agents d'assurances, pharmaciens, etc).

(création d'un régime invalidité au 1er janvier 2004 mais pas d'incapacité temporaire)

Annexe 23 : Les dépenses d'indemnités journalières maladie[68]

1. Les chiffres clefs[69]

- En 2002 et dans le régime général, on recense 200 millions de journées maladies indemnisées au titre de 6,7 millions d'arrêts de travail (soit une durée moyenne de 30 jours d'arrêt).

- Les dépenses d'IJ maladie prises en charge par l'assurance maladie dans le régime général représentent 5,1 milliards d'euros en 2002. Elles correspondent à 65% du montant total des dépenses consacrées aux arrêts maladie. Le reste est pris en charge par les régimes d'employeurs (21%) et les régimes d'assurance – mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance (14%).

- On constate depuis 1998 une accélération nette des dépenses prises en charge par l'assurance maladie (croissance de près de 50% entre 1997 et 2002 en euros courants).

Augmentation annuelle des dépenses d'IJ maladie[70]				
1998	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*
+8,8%	+4,2%	+8,8%	+7,5%	+10,1%

- Le montant moyen des IJ versées évolue comme le salaire moyen sous plafond. L'accélération des dépenses d'IJ est donc le seul fait d'un accroissement du nombre d'IJ versées.

- L'évolution du volume des IJ peut être répartie en trois périodes significatives : 1989-1992 où une légère augmentation du volume est recensée, 1993-1997 où on observe à l'inverse une légère baisse et depuis 1998 où une forte croissance du nombre des IJ est relevée. L'accélération du volume depuis 1998 contraste avec la relative stabilité de la longue période précédente.

- Précisément, le croissance des IJ de plus de 3 mois (de l'ordre de 7,3%, en moyenne par an, sur 5 ans) est plus marquée que celle des IJ de moins de 3 mois (croissance annuelle moyenne de 5,4%)[71].

---

[68] La présente note ne s'intéresse qu'aux indemnités journalières versées au titre d'un arrêt maladie (elles représentent 57% du total des IJ versées en 2002). Elle ne traite par conséquent pas des indemnités journalières d'assurance maternité et paternité (24% du total des IJ) ni des indemnités journalières d'accidents du travail (19%). La plupart des données et analyses de cette annexe sont extraites du rapport commun de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances sur les dépenses d'indemnités journalières d'octobre 2003.

[69] L'ensemble des données relatives aux IJ maladie sont issues du rapport IGF-IGAS précité sauf lorsqu'une autre source est précisée.

[70] Ces évolutions sont calculées en prenant comme référence les dépenses en « date d'arrêt du travail » qui se révèlent plus significatives que les dépenses « en date de remboursement » puisqu'elles éliminent les variations dans les délais de remboursement.

[71] A noter une corrélation dans leurs évolutions : parce que les IJ de moins de 3 mois comprennent les 3 premiers mois des IJ de plus longue durée, une augmentation des premières précède celle des secondes.

Evolution du volume des IJ maladie *(en date d'arrêt)*					
	1998	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*
IJ de moins de 3 mois	+7,4%	+2,4%	+8,7%	+5,9%	+2,8%
IJ de plus de 3 mois	+6,7%	+3,4%	+5,3%	+4,7%	+16,5%
Total	+6,9%	+2,6%	+6,9%	+4,9%	+7,5%

- On observe une concentration des dépenses :

  - sur les salariés les plus âgés[72] : au premier semestre 2003, les IJ de plus de 3 mois sont versées pour moitié aux plus de 50 ans et les 55-59 ans justifient 21% du nombre des IJ supérieures à 3 mois (contre 9% du nombre des IJ inférieures à 3 mois) ;

  - sur les arrêts les plus longs : les IJ de plus de 6 mois expliquent près de 60% des dépenses engagées alors qu'elles concernent moins de 10% des assurés en arrêt maladie.

Répartition des assurés et des dépenses selon nombre total de jours d'arrêt (moyenne établie sur 5 ans 1994-1998)		
	Effectifs	*Montants versés*
Durée inférieure à 15 jours	31%	2%
De 15 à 30 jours	21%	5%
De 1 à 6 mois	38%	33%
De 6 mois à 1 an	5,2%	16,4%
Durée supérieure à 1 an	4,5%	43,4%

- 26% des assurés du régime général ont connu au moins 1 arrêt maladie indemnisé au cours de l'année. 70% seront arrêtés une seule fois, 21% deux fois et 9% au moins trois fois [HCAAM (2003)].

- Au-delà de 2 semaines, les motifs d'arrêt les plus fréquents sont : les états anxio-dépressifs (12%), les pathologies dorso-lombaires (11,5%) et les fractures (9%). En parallèle, ce sont sur ces deux premiers motifs auxquels s'ajoutent les symptômes de fatigue, fièvre et douleurs abdominales que le service médical du service médical oppose le plus de rejets (il existe pour ces cas une large part laissée à la subjectivité dans l'appréciation de la nécessité et de la durée d'un arrêt de travail).

- Les prescripteurs sont à 74% des omnipraticiens, à 11% des spécialistes (en grande majorité, des gynécologues, des chirurgiens et des chirurgiens orthopédiques) et 15% des médecins hospitaliers. L'examen des comportements de prescription fait apparaître que ceux qui prescrivent le plus souvent des arrêts de travail sont aussi ceux qui prescrivent les arrêts de travail les plus longs.

- Une ventilation des dépenses en IJ par catégorie de population permet de conclure que :

[72] La fréquence et la durée des arrêts maladie augmentent avec l'âge.

- l'indemnisation des chômeurs contribue à hauteur de 8,8% aux dépenses totales en IJ maladie. Le nombre de chômeurs percevant des IJ est en moyenne plus faible que pour les actifs occupés (16,2% des chômeurs sont consommants d'IJ contre 22,8% des actifs occupés) mais le nombre moyen de journées indemnisées est plus important (55 jours contre 41 jours)[73] ;

- les affections chroniques (ALD) ne justifient pas un volume d'IJ versées plus important : seuls 12% des assurés ALD arrêtés le sont au titre de leur affection, ce qui n'empêche pas des arrêts maladies (pour cause de grippes, fracture ou lombalgies) similaires aux autres assurés. La raison tient à leur âge (en moyenne, peu de patients en ALD sont encore en activité) et à la nature des pathologies rencontrées (toutes les affections ne sont pas incompatibles avec la poursuite d'une activité professionnelle, comme en témoigne le diabète) ;

- la catégorie socio-professionnelle a un impact sur la consommation d'IJ maladie : selon la dernière enquête disponible, datant de 1986, les cadres s'absentent moins souvent que les ouvriers mais les durées d'absence ne sont pas influencées par le niveau hiérarchique ni le sexe des salariés. En moyenne, la plus grande fréquence des arrêts maladie chez les ouvriers explique la différence de jours d'arrêts par rapport aux cadres (16 jours contre 3,5 jours pour les cadres). En 2001, la CANAM établit une forte disparité du recours aux IJ au sein des professions indépendantes : 9,3% des artisans ont été arrêtés pour cause de maladie en 2001 contre 6,3% des commerçants.

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

[73] A noter que les IJ de courte durée sont sans doute sous-déclarés par les demandeurs d'emploi et ceci pour trois raisons : (i) à la différence du salarié, le demandeur d'emploi supporte systématiquement le délai de carence de 3 jours, (ii) l'indisponibilité physique peut être passée sous silence entre deux contrôles bimensuels des ASSEDIC et (iii) la complexité du traitement des IJ pour les demandeurs d'emploi (nécessité de remonter très en arrière et de prendre en considération plusieurs employeurs dans le calcul des IJ versées) peut générer des ruptures de ressources insupportables.

2. Quels facteurs expliquent l'évolution des dépenses d'IJ ?

Plusieurs facteurs sont susceptibles de concourir à la croissance du volume des IJ maladie d'après le rapport IGS-IGAS. Nous les recensons en les classant selon leur poids effectif dans l'accélération des dépenses depuis 1998.

Les facteurs déterminants de l'évolution des dépenses d'IJ maladie

- Le nombre des salariés du secteur privé et la conjoncture économique
  - *sens de la causalité* : l'accroissement de la population salariée a un effet mécanique sur le nombre des IJ versées. Le ralentissement économique et la dégradation du marché de l'emploi font baisser le volume des IJ courtes (il existe une corrélation négative entre le taux de chômage et le nombre d'IJ, particulièrement marquée pour les IJ de moins de 3 mois).
  - *contribution exacte* : la croissance de la population active expliquerait 23% de la croissance des IJ enregistrée entre 2000 et 2002 (20% de la croissance des IJ de plus de 3 mois et 25% de la croissance des IJ de moins de 3 mois).

- le vieillissement de la population
  - *sens de la causalité* : le vieillissement de la population qui accompagne son augmentation entraîne un accroissement de la fréquence et surtout de la durée des arrêts maladie.
  - *contribution exacte* : le vieillissement de la population expliquerait 12% de la croissance des IJ enregistrée entre 2000 et 2002 (22% de la croissance des IJ de plus de 3 mois et 5% de la croissance des IJ de moins de 3 mois).

- les marges d'action laissées par la faiblesse et l'inefficacité des contrôles du service médical
  - *sens de la causalité* : l'absence de mesures de contrôle, voire le cas échéant de sanctions, incite prescripteurs et patients à recourir aux IJ.
  - *contribution exacte* : le contrôle des arrêts maladie occupe entre 2 et 6,5% du temps de production des médecins conseils de sorte qu'au niveau national, seuls 6,4% (soit 427.000) des arrêts maladie ont été contrôlés en 2001, et parce que le contrôle portait à 94% sur des arrêts de plus de trois mois, moins de 0,5% des arrêts de courte durée ont été contrôlés[74].

  Au total, sur l'ensemble du territoire, les échelons locaux du service médical (ELSM) ont contrôlé près de 24 000 arrêts de courte durée, soit l'équivalent du nombre d'arrêts que la société SECUREX déclare avoir réalisés en France en 2003. Or, c'est justement pour ce type d'arrêt qu'on est susceptible de recenser le plus « d'arrêts de confort ». La faiblesse des contrôles et l'absence de sanctions, renforcées depuis 1998, semble être un facteur important de

[74] Le caractère incontrôlable des arrêts de moins de 15 jours est souvent avancé : « ce délai est dépassé le temps que le médecin conseil ait connaissance de l'arrêt, qu'il convoque l'intéressé et que celui-ci reçoive notification de la décision ». Pourtant, l'activité de la société SECUREX, société de prestation de services spécialisée dans l'organisation des contre-visites médicales prévues dans les textes relatifs à l'indemnisation complémentaire des arrêts maladie à la charge des employeurs, confirme la possibilité de contrôler les arrêts courts (cible essentielle de cette société qui déclare avoir réalisé près de 28 000 contre-visites en 2003 en France) et le caractère dissuasif du contrôle.

l'accélération des dépenses d'IJ sur la période récente. Notons que sur les arrêts de courte durée contrôlés par les ELSM de la CNAMTS, 12,4% présentent des « anomalies » en 2001 (13,7% en 2000, 13,8% en 1999). S'agissant des arrêts de plus de 3 mois, près de 403.000 arrêts ont été contrôlés ; 16,7% des prolongations d'arrêts n'étaient pas justifiés en 2001 (17,6% en 2000).

Les facteurs dont l'influence n'est que probable

- la réforme de l'assurance chômage
  - *sens de la causalité* : les arrêts maladie peuvent permettre aux demandeurs d'emploi d'allonger leur durée d'indemnisation et, pour certains d'entre eux, de bénéficier d'IJ supérieures à leur allocation chômage. En 2004, la mise en application de la nouvelle convention UNEDIC peut inciter encore plus massivement les demandeurs d'emploi à recourir aux arrêts maladie dans le but de reculer le plus possible le moment de la sortie de l'indemnisation par l'UNEDIC et leur éventuel basculement en ASS ou au RMI (en jouant sur le report d'indemnisation en allocation chômage résultant de la suspension pendant la perception des IJ) et de bénéficier d'une meilleure indemnisation (les IJ sont en général supérieures à l'ASS).
  - *contribution exacte* : aucun élément probant ne permet de conclure sur un comportement « abusif » de la part des chômeurs notamment parce que très peu de demandeurs d'emploi sont susceptibles de bénéficier d'IJ supérieures à leur indemnisation chômage. Mais, avec la réforme de l'assurance chômage, la croissance du nombre de demandeurs « potentiellement incités » (effectif concerné beaucoup plus large) risque de conduire à un recours plus massif aux IJ à partir de 2004.

- la décrue des préretraites et la généralisation des plans sociaux
  - *sens de la causalité* : les IJ de longue durée ainsi que l'invalidité peuvent être utilisées comme des palliatifs à la diminution des mesures d'âge de type préretraites. Parallèlement, les plans de reclassement peuvent être à l'origine, en raison de leurs répercussions sur la santé et la démotivation des salariés, d'un recours accru aux IJ.
  - *contribution exacte* : aucun élément probant concernant ces deux effets n'est établi car il existe très peu d'études exploitables, uniquement des examens sur expériences locales totalement contradictoires (certaines concluent à l'absence de lien entre procédure de licenciement et arrêts maladie, d'autres, au contraire, à une recrudescence du recours aux IJ en cas de sinistre social annoncé).

Les facteurs sans influence réelle sur la croissance des dépenses d'IJ

- l'amélioration de la couverture complémentaire et des dispositifs de prévoyance
  - *sens de la causalité* : la généralisation progressive d'une couverture complémentaire peut inciter, ou tout du moins ne pas freiner, le recours aux arrêts de travail (impact simultané sur la durée et la fréquence).
  - *contribution exacte* : aucun effet inflationniste ne peut être établi car (i) la généralisation progressive de la couverture complémentaire, initiée par la loi de 1978, s'accompagne jusqu'en 1998 d'une stabilité relative du volume des IJ, (ii) la longueur des délais de carence appliquées par les employeurs plaident en faveur de l'effet inverse et (iii) aucune

modification dans l'étendue ou le montant des couvertures complémentaires n'est perceptible sur la période récente.

- la croissance des affections de longue durée
  - *sens de la causalité* : l'accroissement du nombre de patients pris en charge au titre d'ALD peut justifier un report en volume sur les IJ de longue durée.
  - *contribution exacte* : les patients en ALD se révèlent être peu consommateurs en IJ au titre de leurs affections (cf. *supra*), donc, même si des limites importantes dans le contrôle des arrêts pour ces patients peuvent être soulignées, il apparaît que la contribution de l'accroissement du nombre de bénéficiaires du dispositif ALD à la croissance des IJ est faible.

- l'accentuation de l'absentéisme
  - *sens de la causalité* : un accroissement des taux d'absentéisme, en particulier dans certaines branches d'activité, permettrait de justifier une croissance en volume des IJ.
  - *contribution exacte* : la dernière étude recensée, qui date de 1990, fait état d'une relative stabilité du taux d'absence depuis 1974 (autour de 5-6% y compris congé maternité), répartie entre une légère baisse dans l'industrie et une légère hausse dans les services.

- la détérioration des conditions de travail
  - *sens de la causalité* : la dégradation des conditions et relations de travail (stress, difficultés d'adaptation aux évolutions techniques et organisationnelles, intensification du travail, dégradation du climat salarial en lien avec l'affaiblissement de la représentation syndicale) justifierait un recours accru aux IJ.
  - *contribution exacte* : pour justifier de l'accélération de la croissance en volume des IJ depuis 1998, il convient de se concentrer sur les conséquences du passage au 35 heures. Les enquêtes de satisfaction ne permettent pas de conclure dans le sens attendu puisque, même si plus d'un tiers des salariés déclarent « être plus stressé depuis la RTT » (seulement 28% perçoivent une détérioration de leurs conditions de travail), le temps de vie libéré compense en partie cette perception et conduit à une appréciation globale d'une amélioration des conditions de vie pour 60% (contre une dégradation pour 28% et une stabilité pour 12%).

Annexe 24 : Evolution des impositions affectées à la sécurité sociale – 1ère partie

1) Impositions collectées par le Ministère des finances (répartition)

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004
COMPETENCE DGDDI	DROIT DE CONSOMMATION SUR LES TABACS (art. 575 CGI)	FOREC : 77;72 % CNAMTS : 15,99 % ETAT : 5,90 % FCAATA : 0,39 % (hors Guyane, Réunion et Corse)*	FOREC : 97 % CNAMTS : 2,61 % FCAATA : 0,39 % (hors DOM et Corse)*	FOREC : 90,77 % CNAMTS : 8,84 % FCAATA : 0,39 % (hors DOM et Corse)*	FOREC : 84,45 % CNAMTS : 15,20 % FCAATA : 0,35 % (hors DOM et Corse)*	BAPSA : 52,06 % ETAT: 25,91 % CNAMTS : 21,42 % FCAATA : 0,31 % EPA BAPSA : 0,3 % (hors DOM et Corse)*
	DROIT DE CONSOMMATION SUR LES ALCOOLS (art. 403 CGI)	LFSS 2000 : FOREC : 47 % CNAMTS : 45 % FSV : 8 % (hors BAPSA et Corse)**	LFSS 2001 : FOREC : 55 % CNAMTS : 45 % (hors BAPSA et Corse)**	FOREC (hors BAPSA et Corse)**	FOREC (hors BAPSA)**	ETAT (hors BAPSA)**
		LFSS 2001 : FOREC : 55 % CNAMTS : 45 % (hors BAPSA et Corse)**	LFSS 2002 : FOREC (hors BAPSA et Corse)**			
	DROIT DE CIRCULATION SUR LES BIERES ET EAUX MINERALES (art. 520 A CGI)	LFSS 2000 : FSV	FOREC	FOREC	FOREC	ETAT
		LFSS 2001 : FOREC				
	DROIT DE CONSOMMATION SUR LES PRODUITS INTERMEDIAIRES (art. 402 bis CGI)	LFSS 2000 : FSV	FOREC	FOREC	FOREC	ETAT
		LFSS 2001 : FOREC				

	NATURE IMPOSITION	2000		2001	2002	2003	2004
COMPETENCE DGDDI	DROIT DE CIRCULATION SUR LES VINS-POIRES-CIDRES ET HYDROMELS (art. 438 CGI)	LFSS 2000	FSV	FOREC	FOREC	FOREC	ETAT
		LFSS 2001	FOREC				
	COTISATION SUR LES ALCOOLS DE PLUS DE 25 ° (art. L 245-7 à L 245-11 CSS)	CNAMTS		CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS
	TAXE "PREMIX" (art. 1613 bis CGI)	CNAMTS		CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS
COMPETENCE DGDDI/DRIRE***	TAXE GENERALE SUR LES ACTIVITES POLLUANTES (art. 266 sexies à 266 tercedecies du code des douanes)	FOREC		FOREC	FOREC	FOREC	ETAT

	NATURE IMPOSITION	2000	2001		2002	2003	2004
COMPETENCE DGI	TAXE SUR LES VEHICULES DES SOCIETES (art. 1010 CGI)	ETAT	ETAT		FOREC	FOREC	ETAT
	TAXE SUR LES CONVENTIONS D'ASSURANCES (art. 991 CGI)	ETAT	LFSS 2001	ETAT : 85,9 % FOREC : 14,1 %	ETAT : 69,44 % FOREC : 30,56 %	ETAT : 55,93 % FOREC : 44,07 %	ETAT
			LFSS 2002	ETAT : 75,3% FOREC : 24,7 %			
COMPETENCE DGI/DGCP****	CSG PLACEMENTS (art. L 136-7 CSS/ art.1600-O D CGI)	rég. obl. ass. mal. : 5,1 pts FSV : 1,3 pt CNAF : 1,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts FSV : 1,15 pt CNAF : 1,1 pt		rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt FAPA : 0,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt FAPA : 0,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt FAPA : 0,1 pt
	CRDS PLACEMENTS (art. 1600-O I CGI/ art. 16 O. 96-5024 du 24/01/96)	CADES	CADES		CADES	CADES	CADES
	2% PLACEMENTS (art. L 245-15 CSS/ art. 1600-O F bis CGI)	FRR : 49 % CNAVTS : 30 % CNAF : 13 % CNAMTS : 8 %	FRR : 50 % CNAVTS : 30 % FSV : 20 %		FRR : 65 % FSV : 20 % CNAVTS : 15 %	FRR : 65 % FSV : 20 % CNAVTS : 15 %	FRR : 65 % FSV : 20 % CNAVTS : 15 %

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004
COMPETENCE DGI	CSG PATRIMOINE (art. L 136-6 CSS/ art. 1600-O C CGI)	rég. obl. ass. mal. : 5,1 pts FSV : 1,3 pt CNAF : 1,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts FSV : 1,15 pt CNAF : 1,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt FAPA : 0,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt FAPA : 0,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt FAPA : 0,1 pt
	CRDS PATRIMOINE (art. 1600-O G CGI/ art. 15 O. 96-5024 du 24/01/96	CADES	CADES	CADES	CADES	CADES
	2% PATRIMOINE (art. L 245-14 CSS/ art.1600-O F bis CGI)	FRR : 49 % CNAVTS : 30 % CNAF : 13 % CNAMTS : 8 %	FRR : 50 % CNAVTS : 30 % FSV : 20 %	FRR : 65 % FSV : 20 % CNAVTS : 15 %	FRR : 65 % FSV : 20 % CNAVTS : 15 %	FRR : 65 % FSV : 20 % CNAVTS : 15 %
COMPETENCE DGCP/DGI****	CSG JEUX (art. L 136-7-1° CSS)	rég. obl. ass. mal. : 5,1 pts FSV : 1,3 pt CNAF : 1,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts FSV : 1,15 pt CNAF : 1,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt FAPA : 0,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt FAPA : 0,1 pt	rég. obl. ass. mal. : 5,25 pts CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt FAPA : 0,1 pt
	CRDS JEUX (art. 18 O. 96-5024 du 24/01/96)	CADES	CADES	CADES	CADES	CADES
	CONTRIBUTION SOCIALE SUR LES BENEFICES (art. 235 ter ZC CGI)	FOREC	FOREC	FOREC	FOREC	ETAT

*En 2000, les droits indirects sur les tabacs perçus à la Réunion et en Guyane sont affectés au budget de ces départements. A partir de 2001, cette règle est généralisée à tous les DOM. Les droits indirects sur les tabacs vendus en Corse sont affectés pour un quart au budget des départements de la Corse et pour trois quarts au budget de la collectivité territoriale de Corse.
**16 € / hectolitre, pour les produits mentionnés à l'article 403-I-2° du CGI, sauf les crèmes de cassis, sont affectés au BAPSA (art. 1615 bis CGI). Jusqu'en janvier 2002, les droits perçus en Corse sont affectés au budget de cette collectivité territoriale.
***TGAP- compétence DRIRE : composante installations classées (art. 266 sexies I-8 code des douanes)
****CSG/CRDS/2% PLACEMENTS : compétence DGCP marginale (pour les placements souscrits aux guichets des comptables publics).
****CSB : transfert du recouvrement de la DGCP à la DGI prévu avant le 1er janvier 2005.

2) Impositions collectées par le Ministère des finances (montant)

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004	PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES
COMPETENCE DGDDI	DROIT DE CONSOMMATION SUR LES TABACS (art. 575 CGI)	7.647 M€ = part sécu. (94,1 %)	8.760 M€ = part sécu. (100 %)	8.591 M€ = part sécu. (100 %)	8 800 M€ = part sécu. (100 %)	10 Md€ dont 5 197 M€ BAPSA 2 597 M€ Etat 2 138 M€ CNAMTS	LFI 2000 : relèvement des minima de perception et rapprochement de ceux applicables aux cigarettes (minima différents pour les cigarettes brunes et blondes, différenciation non conforme au droit communautaire). LFR 2000 (collectif printemps) : augmentation des tarifs (effets a/c 04/00). LFR 2000 (collectif automne) : baisse du tarif et instauration d'un minimum de perception pour les cigares, relèvement des minima de perception et rapprochement de ceux applicables aux cigarettes. LFR 2001 (collectif automne) : abaissement du tarif des cigares (de 25 à 20 %) LFSS 2002 : relèvement des minima de perception et rapprochement de ceux applicables aux cigarettes. LFSS 2003 : Unification et relèvement des minima de perception sur les cigarettes, relèvement du minimum de perception sur les tabacs à rouler et instauration d'un minimum de perception sur les autres tabacs à fumer Suppression de l'interdiction de pratiquer des prix différents selon le mode de conditionnement (non conforme au droit communautaire) Intégration en droit interne des changements apportés par la directive 2002/10/CE du 12 février 2002 (peu de conséquences pratiques) PPL "tabacs jeunes" (juillet 04) : augmentation du taux normal (de 58,99 % à 62 %) et relèvement du minimum de perception sur les cigarettes (effets a/c 10/00) PLFSS 2004 : relèvement des tarifs ainsi que des minima de perception sur tous les produits
	DROIT DE CONSOMMATION SUR LES ALCOOLS (art. 403 CGI)	2.035 M€	2.135 M€	1.954 M€	1 910 M€	0 M€	PLFI 2004 : budgétisation
	DROIT DE CIRCULATION SUR LES BIERES ET EAUX MINERALES (art. 520 A CGI)	358 M€	397 M€	361 M€	371 M€	0 M€	PLFI 2004 : budgétisation
	DROIT DE CONSOMMATION SUR LES PRODUITS INTERMEDIAIRES (art. 402 bis CGI)	184 M€	206 M€	183 M€	150 M€	0 M€	PLFI 2004 : budgétisation

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004	PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES
COMPETENCE DGDDI	DROIT DE CIRCULATION SUR LES VINS, CIDRES, POIRES ET HYDROMELS (art. 438 CGI)	126 M€	138 M€	127 M€	124 M€	0 M€	PLFI 2004 : budgétisation
	COTISATION CNAMTS (art. 26 L 83-25 du 19 janvier 1983)	357 M€	420 M€	388 M€	370 M€	370 M€	
	PREMIX (art.1613 bis CGI)	0,14 M€	0,15 M€	0,2 M€	0,4 M€	0,4 M€	
COMPETENCE DGDDI/DRIRE*	TAXE GENERALE SUR LES ACTIVITES POLLUANTES (art. 266 sexies à 266 tercedecies du code des douanes)	427 M€	523 M€	641 M€	500 M€	0 M€	LFSS 2000 : affectation sécurité sociale et extension d'assiette LFR 2000 (collectif d'automne) : aménagements divers (en particulier redéfinition des granulats) LFR 2001 (collectif d'automne) : simplification des modalités de paiement (entraîne un gonflement de la recette dû à la coexistence de l'ancien et du nouveau régime) LFR 2002 (collectif d'automne) : modification des tarifs de la composante "déchets" et "aéronefs" PLFI 2004 : budgétisation
COMPETENCE DGI	TAXE SUR LES VEHICULES DES SOCIETES (art. 1010 CGI)		701 M€	754 M€	770 M€	0 M€	LFSS 2001 : affectation sécurité sociale PLFI 2004 : budgétisation
	TAXE SUR LES CONVENTIONS D'ASSURANCES (art. 991 CGI)		1.050 M€ = part sécu. (24,7 %)	1.466 M€ = part sécu. (30,56 %)	2 260 M€ = part sécu. (44,07 %)	0 M€	LFSS 2001 : affectation sécurité sociale LFR 2001 (collectif d'automne) : remise aux normes communautaire pour les contrats d'assurance maladie complémentaire (effets à compter du 1er octobre 2002) PLFI 2004 : suppression de la part affectée à la sécurité sociale.

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004	PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES
COMPETENCE DGI/DGCP**	CSG PLACEMENTS (art. L 136-7 CSS/ art.1600-O D CGI)	2.820 M€	2.886 M€	2.725 M€	2 590 M€	2 630 M€	
	CRDS PLACEMENTS (art. 1600-O I CGI/ art. 16 O. 96-5024 du 24/01/96)	210 M€	230 M€	205 M€	180 M€	183 M€	
	2% PLACEMENTS (art. L 245-15 CSS/ art. 1600-O F bis CGI)	750 M€	737 M€	712 M€	677 M€	687 M€	
COMPETENCE DGI	CSG PATRIMOINE (art. L 136-6 CSS/ art. 1600-O C CGI)	4.025 M€	4.348 M€	4.004 M€	4 122 M€	4 137 M€	
	CRDS PATRIMOINE (art. 1600-O G CGI/ art. 15 O. 96-5024 du 24/01/96	238 M€	292 M€	268 M€	276 M€	277 M€	
	2% PATRIMOINE (art. L 245-14 CSS/ art.1600-O F bis CGI)	1.052 M€	1.163 M€	1.071 M€	1 102 M€	1 106 M€	

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004	PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES
COMPETENCE DGCP/DGI***	CSG JEUX (art. L 136-7-1° CSS)	285 M€	311 M€	336 M€	360 M€	380 M€	
	CRDS JEUX (art. 18 O. 96-5024 du 24/01/96)	91 M€	99 M€	107 M€	110 M€	120 M€	
	CONTRIBUTION SOCIALE SUR LES BENEFICES (art. 235 ter ZC CGI)	579 M€	1.056 M€	803 M€	740 M€	0 M€	LFSS 2000 : instauration PLFI 2004 : budgétisation

*TGAP- compétence DRIRE : composante installations classées (art. 266 sexies I-8 code des douanes)

**CSG/CRDS/2% PLACEMENTS : compétence DGCP marginale (pour les placements souscrits aux guichets des comptables publics).

***CSB : transfert du recouvrement de la DGCP à la DGI prévu avant le 1er janvier 2005.

Annexe 25 : Evolution des impositions affectées à la sécurité sociale – 2ème partie

1) Impositions collectées par les organismes de sécurité sociale (répartition)

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004
COMPETENCE URSSAF	CSG sur les revenus d'activité et de remplacement (art. L 136-1 à L 136-5 CSS)	Régimes obligatoires assurance maladie : 5,1 pt FSV : 1,3 pt CNAF : 1,1 pt	Régimes obligatoires assurance maladie : 5,25 pt FSV : 1,15 pt CNAF : 1,1 pt	Régimes obligatoires assurance maladie : 5,25 pt CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt *FAPA : 0,1 pt*	Régimes obligatoires assurance maladie : 5,25 pt CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt *FAPA : 0,1 pt*	Régimes obligatoires assurance maladie : 5,25 pt CNAF : 1,1 pt FSV : 1,05 pt *FAPA : 0,1 pt*
	CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement (O. 24 janvier 1996)	CADES	CADES	CADES	CADES	CADES
	Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire (art. L 137-1 à L 137-4 CSS)	FSV	FSV	FOREC	FOREC	ETAT
	contribution des organismes de protection sociale complémentaire à la couverture universelle du risque maladie (art L 862-4 CSS)	Fonds "CMU"	Fonds "CMU"	Fonds "CMU"	Fonds "CMU"	Fonds "CMU"

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004
COMPETENCE ACOSS	Contribution due par les laboratoires et les grossistes répartiteurs sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques (art. L 138-1 à L 138-9 CSS)	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"
	Contribution due par les laboratoires sur leurs ventes directes aux officines pharmaceutiques (art. L 245-6-1 à L 245-6-4 CSS)	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS		
	Contribution due par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité (art. L 245-1 à L 245-6 CSS)	CNAMTS	CNAMTS FOPIM : 10 % (arrêté 11/11/01)	CNAMTS	CNAMTS FOPIM : dans la limite 10 % (arrêté à venir)	CNAMTS FOPIM : dans la limite 10 %
	Contribution à la charge des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés avec le comité économique des produits de santé (art. L 138-10 à L 138-19 CSS)	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"	CNAMTS CCMSA CANAM selon clef répartition "PAM"
	Taxe sur les primes d'assurances automobile (art. L 137-6 CSS)	CNAMTS	CNAMTS	FOREC	FOREC	ETAT

<table>
<tr><th></th><th>NATURE IMPOSITION</th><th>2000</th><th>2001</th><th>2002</th><th>2003</th><th>2004</th></tr>
<tr><td rowspan="3">COMPETENCE ORGANIC</td><td>Contribution sociale de solidarité des sociétés
(art. L 651-1 à L 651-9 CSS)</td><td>1)CANAM, ORGANIC, CANCAVA au prorata de leurs déficits + BAPSA (LFI)
2) excédent au FSV et au FRR</td><td>1)CANAM, ORGANIC, CANCAVA + BAPSA (LFI + LFR) au prorata de leurs déficits
2) excédent au FSV et au FRR</td><td>1)CANAM, ORGANIC, CANCAVA au prorata de leurs déficits + BAPSA (LFI)
2) excédent au FSV et au FRR</td><td>1)CANAM, ORGANIC, CANCAVA au prorata de leurs déficits + BAPSA (LFI)
2) excédent au FSV et au FRR</td><td>1)CANAM, ORGANIC, CANCAVA au prorata de leurs déficits + BAPSA (LFI)
2) excédent au FSV et au FRR</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Taxe d'aide au commerce et à l'artisanat
(L n° 72-657 du 13 juillet 1972)</td><td>46 M€ entre ORGANIC et CANCAVA</td><td>46 M€ entre ORGANIC et CANCAVA</td><td>46 M€ entre ORGANIC et CANCAVA</td><td rowspan="2">ETAT</td><td rowspan="2">ETAT</td></tr>
<tr><td colspan="3">La TACA est également affectée au :
-financement de l'indemnité de départ instituée pour aider, sous condition de ressources, les commerçants et artisans âgés à se retirer ;
-FISAC
-financement de l'aménagement et de la restructuration des espaces commerciaux et artisanaux dans les zones urbaines sensibles ;
-Comité professionnel de la distribution de carburants.</td></tr>
</table>

2) Impositions collectées par les organismes de sécurité sociale (montant)

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004	PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES
COMPETENCE URSSAF	CSG sur les revenus d'activité et de remplacement (art. L 136-1 à L 136-5 CSS)	51 085 M€	54 481 M€	55 926 M€	57 406 M€	59 202 M€	
	CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement (O. 24 janvier 1996)	3 919 M€	3 995 M€	4 172 M€	4 244 M€	4 403 M€	
	Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire (art. L 137-1 à L 137-4 CSS)	409 M€	455 M€	579 M€	490 M€	0 M€	PLFI 2004 : budgétisation (Recette 2004 : 505 M€)
	contribution des organismes de protection sociale complémentaire à la couverture universelle du risque maladie (art L 862-4 CSS)	235,7 M€	200,8 M€	176 M€	170 M€	190 M€	

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004	PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES
COMPETENCE ACOSS	Contribution due par les laboratoires et les grossistes répartiteurs sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques (art. L 138-1 à L 138-9 CSS)	270 M€	342 M€	312 M€	339 M€	364 M€	LFSS 2001 : majoration du taux de la contribution et exonération médicaments orphelins
	Contribution due par les laboratoires sur leurs ventes directes aux officines pharmaceutiques (art. L 245-6-1 à L 245-6-4 CSS)	29,8 M€	28,4 M€	21,7 M€			LFSS 2002 : modulation du taux pour les médicaments hors prescription obligatoire LFSS 2003 : abrogation
	Contribution due par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité (art. L 245-1 à L 245-6 CSS)	202,5 M€	212,7 M€	213,7 M€	184 M€	304 M€	LFSS 2001: abattement médicaments orphelins LFSS 2002 : majoration du barème, des taux d'abattement et nouvel abattement (pharmaco-vigilance) LFSS 2003 : simplification de l'assiette et du taux PLFSS 2004 : modification barème
	Contribution à la charge des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés avec le comité économique des produits de santé (art. L 138-10 à L 138-19 CSS)	11,5 M€	0,042 M€	0,487 M€	0 M€	ND	LFSS 2001 : modification du mode de calcul de la contribution, exonération médicaments orphelins
	Contribution sur les primes d'assurances automobile (art. L 136-7à L 136-9 CSS)	879,33 M€	908 M€	947 M€	965 M€	0 M€	LFSS 2002 : transformation de la cotisation en contribution PLFI 2004 : budgétisation (Recette 2004 : 981 M€)

	NATURE IMPOSITION	2000	2001	2002	2003	2004	PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES
COMPETENCE ORGANIC	Contribution sociale de solidarité des sociétés (art. L 651-1 à L 651-9 CSS)	2 761 M€	3 045 M€	3 221 M€	3 269 M€	3 357 M€	
	TACA (L n° 72-657 du 13 juillet 1972)	46 M€	46 M€	46 M€	0 M€	0 M€	LFI 2003 : budgétisation

Annexe 25 : Les contrats Madelin
(étude de la Cour des Comptes 2001)

1) le dispositif

Les contrats de retraite et de prévoyance souscrits par un travailleur non salarié (TNS) sont régis par la loi n°94-126 du 11 février 1994.

L'article 154 bis du Code général des impôts autorise sous certaines conditions la déduction au titre de l'impôts sur le revenu des primes versées au titre de la prévoyance complémentairedans le cadre soit de contrats d'assurance groupe prévus à l'article 41 de la loi précitée soit des régimes facultatifs mis en place par les organismes de sécurité sociale visés aux 1°, 2° et 3° de l'article L 621-3 et aux articles L 644-1 et L 723-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées aux articles L 635-1 et L 644-1 du même code. Ces contrats de prévoyance recouvrent la prévoyance santé ainsi que la « prévoyance lourde »[75].

Les versements aux caisses de sécurité sociale au titre de l'assurance vieillesse obligatoire ainsi que les cotisations versées dans les conditions ci-dessus rappelées sont déductibles dans la limite de 19% d'une somme égale à 8 fois le plafond annuel (de la sécurité sociale). A l'intérieur de cette limite, la déduction des cotisations versées au titre des régimes de prévoyance complémentaire et de perte d'emploi ne peut excéder respectivement 3% et 1,5% de la somme susvisée. Comme on le voit, ces plafonds sont identiques à ceux retenus pour le régime général (avec une adaptation pour tenir compte du risque perte d'emploi subi, assimilable dans son principe au risque chômage des salariés pour lequel les cotisations ASSEDIC sont déductibles sur les plans social et fiscal sans qu'il y ait lieu d'en tenir compte pour l'application du plafond ; à ce titre le plafond des indépendants est plus sévère que celui des salariés).

La loi de finances initiale pour 2004 contient de nouvelles dispositions en matière de retraite et de prévoyance, afin d'accompagner la mise en place du plan d'épargne retraite populaire (PERP).

Elle dispose que les cotisations de retraite versées dans le cadre de régimes « Madelin » sont déductibles dans la limite d'un plafond spécifique égal à 10% du bénéfice imposable, dans la limite de huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Quant aux cotisations de prévoyance, elles sont désormais déductibles dans une limite annuelle égale à 3,75% du bénéfice imposable, également dans la limite de huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Ces limites sont assorties d'un plancher égal à 7% de ce même plafond afin de tenir compte de la situations d'entreprises précaires.

Ce nouveau dispositif a été aménagé à titre transitoire : si les plafonds actuels de déduction des cotisations de retraite et de prévoyance sont plus favorables, ils continuent à s'appliquer jusqu'au 31 décembre 2008, pour la déduction des revenus des versements effectués au titre des régimes mis en place ou des contrats conclu avant le 25 septembre 2003, au taux en vigueur avant cette date.

Compte tenu des cotisations aux régimes de retraite obligatoire, le disponible pour le déploiement de la protection complémentaire est important et appelle les commentaires suivants :

° le disponible varie selon les catégories socio-professionnelles (CSP), compte tenu du poids différent des régimes obligatoires ;

---

[75] Il convient de préciser que l'article 998-1° du code général des impôts prévoit une exonération de taxe sur les conventions d'assurance sous certaines conditions pour les contrats d'assurance groupe, y compris pour ceux conclu au profit des TNS. La prévoyance complémentaire assurance maladie bénéficie, sous certaines conditions, d'une exonération de taxe sur les conventions d'assurance en raison de l'objet même de ce type de contrat (art. 995-15° et 16° du code général des impôts).

° il excède celui des salariés ; mais il convient de remarquer que les retraites que ces derniers percevront seront généralement supérieures à celles des indépendants.

La Direction générale des impôts (DGI) estime le coût de la déductibilité en appliquant aux primes le taux d'imposition des TNS soit 30%. Sur ces bases, la dépense fiscale au titre de la prévoyance serait de près de 185 M€[76] (400 M€ au titre de la prévoyance et de la retraite).

2) étendue de la protection complémentaire des TNS

a) Le taux de pénétration

On dispose de trois sources :

- ***les travaux menés à la CANAM*** qui connaît en effet les primes Madelin puisqu'elles sont rajoutées à l'assiette des cotisations (revenu imposable).

° le taux de pénétration est de 45% (686 476 assurés ayant déclaré un contrat Madelin pour 1 535 353 assurés actifs en métropole)

° en forte croissance (+22% entre 1997 et 2000)

° variable selon les CSP

° croissant avec l'âge

- ***les statistiques de la FFSA***. Elle évalue, pour les seules sociétés d'assurance, les contrats Madelin en prévoyance à plus de 937 000 et plus de 416 000 en retraite. Mais un TNS peut avoir plusieurs contrats en prévoyance (voire en retraite). Le chiffre de la FFSA n'est donc pas incohérent avec celui de la CANAM. Par ailleurs la FFSA estime l'effectif total des TNS à 1 359 million (assurés hors retraités en France métropolitaine et médecins du secteur 1 et non conventionnés). Les taux de pénétration qu'elle établit sont plus élevés qu'à la CANAM et divergent en fonction de la garantie : 30% en retraite et 68% en prévoyance (61% contre 45%) à la fois parce qu'elle n'a pas tenu compte de l'écart contrats/TNS ayant un ou plusieurs contrats et parce que les effectifs diffèrent. Cette divergence a été signalée à la CANAM et à la FFSA.

- **l'*étude ponctuelle menée par la Caisse des barreaux français*** ; elle recoupe de façon cohérente l'étude de la CANAM

b) La nature des contrats.

- la CANAM n'a pas dans ses fichiers la nature du contrat (retraite ou prévoyance) au titre duquel les primes enregistrées sont payées ; mais on peut estimer que les primes de montant élevé sont le fait d'assurés qui disposent, outre le cas échéant d'un contrat de prévoyance, d'un contrat de retraite. L'étude précitée de la FFSA montre la forte présence en contrat de prévoyance et le taux limité de pénétration en retraite.

[76] Au 31/12/2001, les primes versées au titre des contrats d'assurance groupe (sur prévoyance uniquement) représenteraient 650 M€ (dont 624,5 M€ auprès des sociétés d'assurance et 25,08 M€ auprès des mutuelles). Sous la double hypothèse d'un taux moyen d'imposition des bénéfices imposables de 30% et d'un coefficent de recouvrement de 95%, la déductibilité représenterait un coût de l'ordre de 185 M€.

- Au sein de la prévoyance, la répartition entre remboursements de frais de soins d'une part, risques « incapacité, invalidité, décès » d'autre part mériterait d'être mieux étudiée.

3) Les primes acquittées

- étude CANAM :

° prime moyenne de 1887 € (soit une masse de 1,298Md€)

° forte dispersion

° croissance avec le revenu

- étude FFSA

° la cotisation moyenne à la souscription est de 640€ (prévoyance) et la cotisation moyenne courante de 677€ ; ces montants sont stables depuis 1994. Elle devrait baisser en 2001 compte tenu de l'alignement des conditions de remboursement des prestations en nature des non-non sur le régime général.

° la cotisation moyenne à la souscription (retraite) est de 3 785 € €[77] , en forte augmentation depuis 1994et la cotisation courante de 2400€. L'encours moyen par contrat s'établit à 9 900 euros à la fin de l'année 2002.[78]

[77] Cet écart provient de ce que le versement initial, à la conclusion, est plus important que les versements courants

[78] Source : FFSA - Annuaire des assurances de personnes 2003.

Annexe 27: La dette sociale

1 - Historique de la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES)

Créée par l'ordonnance N° 96-50 du 24 janvier 1996 modifiée par la loi 97-1164 du 19 décembre 1997, la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) a pour mission de financer la dette cumulée des régimes de sécurité sociale avant le 31 janvier 2014.

Nature du versement	*Montant (Md€)*
dette reprise par l'Etat en 1993	16,77
dette Régime général 1994-1995	18,3
dette Régime général 1996	2,6
dette Régime général 1997-1998	13,26
déficit CANAM 1995-1996	0,46
versement FOREC avril 2003	1,28
versement FOREC avril 2004	1,1
TOTAL des dettes reprises	**53,77**

Chaque année, jusqu'en 2005, la CADES doit verser 3 milliards d'euros au budget de l'État, (représentant capital et intérêts en compensation des 16,77 milliards d'euros de dette sociale repris à son compte par l'État en 1993).

2 - Situation de la CADES en 2003

Situation de la dette en 2003	*Montant (Md€)*
montant nominal de la dette à rembourser	30,4
FOREC 2004	1,1
Dette à l'Etat (reliquat 1993)	7,1
TOTAL à rembourser	**38,6**

3 - Situation prévisionnelle de la CADES pour 2004

Situation de la dette, prévision 2004	*Montant (Md€)*
montant nominal de la dette à rembourser	38,6
CRDS à percevoir à la fin 2003	-2,5
Intérêts 2003 sur la dette émise	0,7
versement à l'Etat fin 2003 (dont 1,5 Md€ nominal)	1,8
diminution du nominal de la dette	-1,5
CRDS à percevoir en 2004	-4,6
Versement FOREC 2004	-1,1
Compensation du versement FOREC	1,1
Versement à l'Etat 2004 (dont 2,7 Md€ nominal)	3
diminution du nominal de la dette	-2,7
Intérêts à payer sur la dette émise	1,5
TOTAL à rembourser	**34,3**

A fin 2004, la dette de la CADES s'établirait donc à 34,3 milliards d'euros. La dette émise sera alors de 31,5 milliards d'euros, montant équivalent à l'encours actuel accru du déficit prévisionnel 2004.

Source : CADES. Pour plus d'informations : www.cades.fr

Annexe 28 : facteurs structurel et conjoncturel dans le déficit de l'assurance maladie

1) Introduction

D'après le *Point de conjoncture* de la CNAMTS d'octobre 2003, la conjoncture semble avoir un impact relativement faible sur les dépenses de santé. Afin d'évaluer la part conjoncturelle du déficit de la CNAM, on considère en première approximation que la conjoncture a seulement un impact sur les recettes. La part des recettes non liée à la conjoncture parmi l'ensemble des recettes est estimée à environ 5%[79].

Évaluer la part conjoncturelle de l'activité suppose donc de déterminer la capacité de production de l'économie, entendue non pas comme le maximum qu'il serait possible de produire avec les équipements et la population disponible, mais comme la production qu'une économie est capable de soutenir sans générer de tensions correctrices à la hausse ou à la baisse sur l'évolution des prix.

2) Le solde structurel de la CNAMTS sur longue période

Le calcul repose sur deux éléments :

- ***Le calcul de la croissance potentielle et de l'écart de PIB correspondant***

La croissance potentielle peut faire l'objet de plusieurs approches. Sont présentés les résultats proposés par la Commission Européenne et ceux proposés par la Direction de la Prévision et de l'Analyse Economique. Les différentes manières de calculer la croissance potentielle et l'écart de PIB sont détaillées plus loin.

- ***Le calcul du solde de la CNAM et la détermination des postes affectés par la conjoncture***

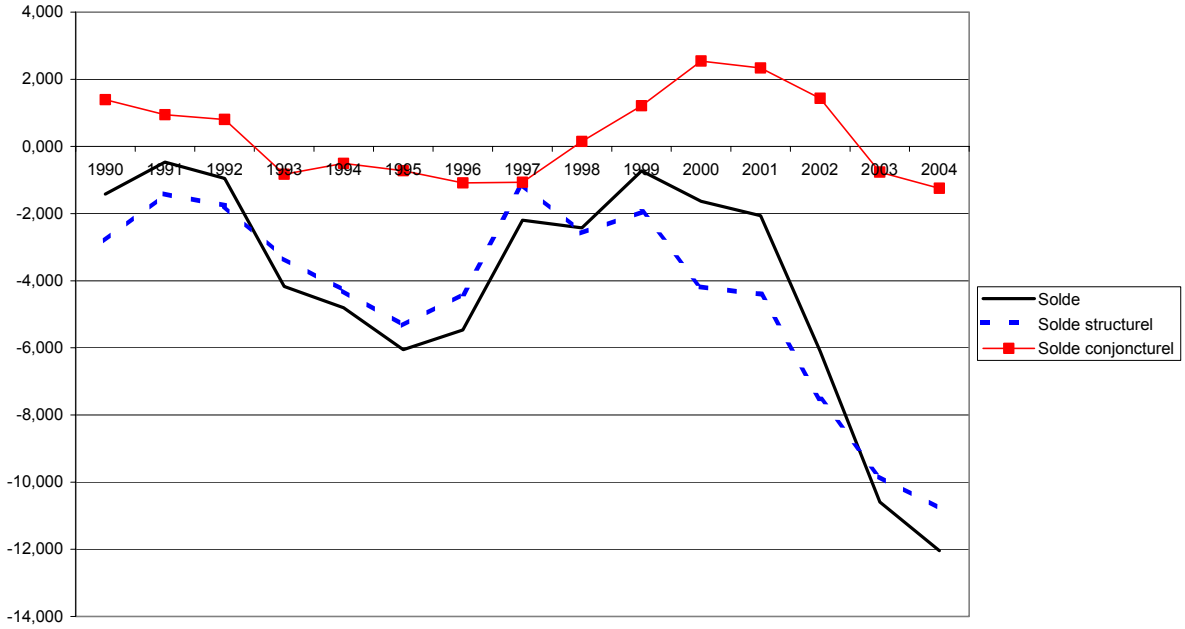
On considère, en première approximation, que l'ensemble des recettes sont soumises aux aléas conjoncturels, et que les dépenses ne dépendent que de facteurs structurels. En outre, on considère ici comme négligeable sur l'évolution des postes le passage d'un enregistrement en encaissements/décaissements à un enregistrement en droits constatés.

Quelle que soit la méthode retenue pour le calcul de la croissance potentielle et de l'écart de PIB (Commission ou DP), les grandes tendances sur le solde structurel sont les mêmes : une détérioration de ce solde de 1991 à 1995, une remontée entre 1996 et 1999 et une forte chute depuis.

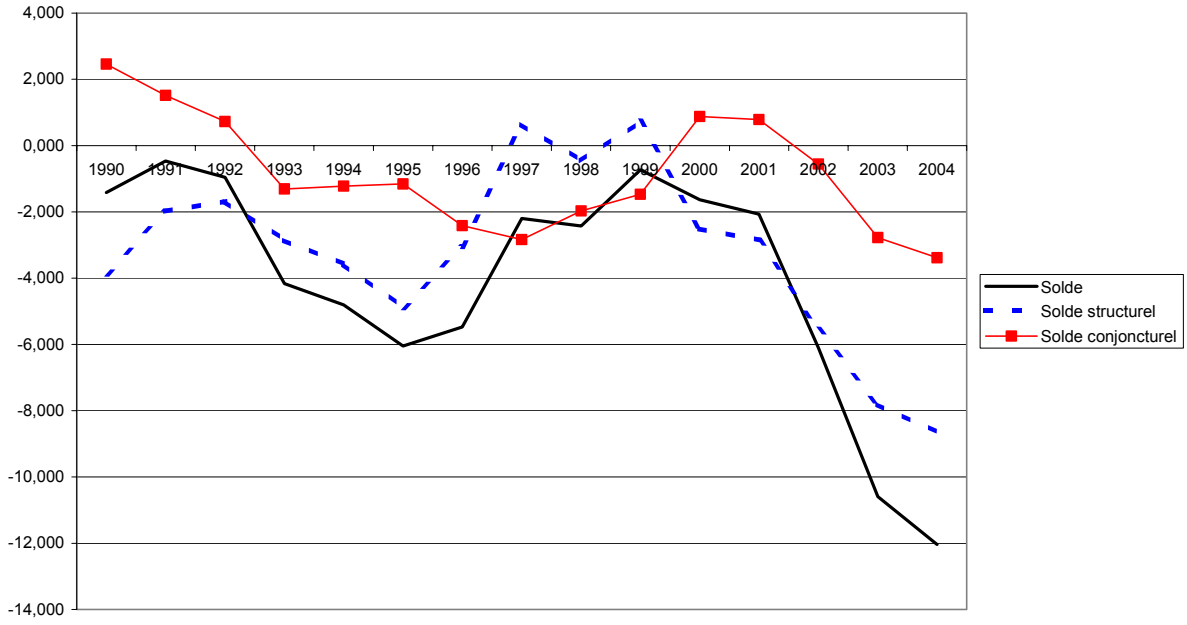
La remontée du solde structurel en 1997 s'explique à la fois par la modération des dépenses de la CNAMTS (à la suite de l'application du plan Juppé et sans doute aux effets psychologiques temporaires qu'il a induits) et par le surcroît de recettes dont a bénéficié la CNAMTS. Il faut en effet prendre garde aux différents changements de financement qui sont intervenus durant cette période. La substitution cotisations/CSG, ainsi que divers apports de nouvelles recettes (alcools, tabacs, contributions exceptionnelles des entreprises pharmaceutiques) influent directement sur le solde structurel des années 1997-1999. Si l'on prenait en compte ces éléments pour raisonner à législation constante, le solde structurel se trouverait diminué de l'ordre de 2 milliards d'euros (soit un peu plus de 0,1 point de PIB). La période 2002-2003 est marquée par des dépenses extrêmement dynamiques.

[79] Les recettes supposées dépendre de la conjoncture sont l'ensemble des cotisations impôts et produits affectés (89% des recettes) et les produits techniques (6% des recettes).

Solde structurel avec l'écart de PIB de la CE
(croissance potentielle de 2,0%/an en moyenne)



Solde structurel avec l'écart de PIB de la DP
(croissance potentielle de 2,2%/an en moyenne)



3) Calcul de la croissance potentielle

Afin d'estimer l'impact de la conjoncture sur le solde de la CNAMTS, il faut préalablement déterminer la part conjoncturelle du produit intérieur brut (PIB) de l'ensemble de l'économie française. Les évolutions conjoncturelles – ou cycliques – du PIB proviennent des mouvements de la consommation des ménages et des administrations, de l'investissement et des stocks des entreprises et du commerce extérieur. L'ensemble de ces postes représente la demande en biens et services adressée à l'économie française. Une modification de cette demande peut par exemple provenir d'un attrait plus marqué de nos partenaires commerciaux pour nos exportations, ou d'un regain de consommation dû à un rétablissement de la confiance des ménages.

Une amélioration de la demande entraîne généralement à la fois une augmentation de la production et une augmentation des prix. Les parts respectives de ces deux effets découlent de la confrontation de la demande avec le potentiel d'offre de l'économie française, i.e. de sa capacité de production. Au-delà d'un certain seuil, produire plus implique des tensions sur l'emploi et les salaires. Le concept de PIB potentiel est précisément défini comme étant le niveau de production – l'offre – soutenable sans tensions inflationnistes ou déflationnistes. C'est ce niveau de PIB potentiel qui est évalué, la partie conjoncturelle étant alors déduite par solde du PIB effectif.

Deux grands types de méthodes existent pour mener à bien cette évaluation :

- les méthodes *statistiques* estiment le PIB potentiel directement à partir des évolutions observées du PIB sur le passé ;
- des méthodes *économiques* se fondent autant que possible sur les déterminants de la production.

La méthode d'estimation du PIB potentiel utilisée par la Direction de la Prévision et de l'Analyse Economique appartient à la seconde famille[80], ce qui est également le cas pour les organismes internationaux (FMI, OCDE, Commission Européenne). Plus précisément, ce type de méthode retient une vision agrégée du processus de production de l'économie française et la résume sous la forme d'une *fonction de production*[81] conjuguant le travail et le capital, et tenant compte du progrès technique. Pour déterminer le niveau de PIB potentiel, cette fonction de production est appliquée aux niveaux potentiels des facteurs de production et du progrès technique.

Le niveau potentiel de ces déterminants est évalué comme suit :

- Pour le capital : à court-moyen terme, le capital est considéré comme donné. Son niveau potentiel est donc égal à son niveau effectif.
- Pour le travail : le niveau potentiel du travail combine à la fois des tendances démographiques et la structure du marché du travail. En effet, le facteur 'travail' combine le nombre de personnes en âge de travailler, le taux d'activité et le taux de chômage structurel. La population en âge de travailler est tirée des estimations d'évolutions de population de l'INSEE, de même que les taux d'activité. Le taux de chômage structurel se définit comme le taux de chômage qui n'accélère pas les prix et les salaires. Il est déterminé à la DP à l'aide d'un modèle structurel de négociation salariale entre les entreprises et les salariés. Les projections de taux d'activité et de chômage structurel sont bien évidemment contingentes des politiques économiques qui seront mises en œuvre.
- Pour le progrès technique : le progrès technique est estimé par le concept de productivité globale des facteurs de productions (PGF). C'est la part de la croissance du PIB qui n'est pas expliquée par l'augmentation de la quantité de travail ou par celle du stock de capital. Elle est donc imputée à une amélioration de la mise en œuvre de ces facteurs, i.e. un gain d'efficacité réalisé par les entreprises. Cette mesure de la productivité demeure cependant entachée de variations cycliques. En effet, face à une forte demande, une entreprise pourra par exemple intensifier l'utilisation de son capital, sans en

---

[80] Le détail de la méthode DP se trouve dans 'La croissance potentielle de l'économie française : une évaluation', S.Doisy, Document de travail DP, Novembre 2001.

[81] Techniquement, une fonction de type Cobb-Douglas a été retenue.

augmenter le stock. Cette composante cyclique doit donc être supprimée pour évaluer la PGF potentielle. La DP corrige ces fluctuations à l'aide d'une variable cyclique, le taux d'utilisation des capacités de production dans l'industrie manufacturière.

Les niveaux potentiels du travail, du capital et de la PGF sont alors recombinés via la fonction de production pour fournir le niveau de PIB potentiel. Le rapport du PIB effectif à ce PIB potentiel est appelé 'écart de production' ou *output-gap*. C'est l'indicateur cyclique recherché : un output gap positif indique que l'économie fonctionne au-dessus de son potentiel, entraînant des tensions sur les prix et les salaires. A l'inverse, en conjoncture basse, comme en 2003 par exemple en France, *l'output-gap* est négatif. Ainsi, la mauvaise conjoncture est estimée par la DP être à l'origine d'un output gap de – ½ point de PIB potentiel en 2002 et de –2½ points en 2003.

Suivant ces éléments, le déficit de la CNAM en 2003 est imputable pour un quart à des raisons conjoncturelles (insuffisance de recettes liée au déficit de croissance actuel), donc est aux trois quarts de nature structurelle ; en évolution entre 2002 et 2003 la détérioration du solde est pour moitié de nature structurelle et pour moitié de nature conjoncturelle.

La part structurelle dans le solde de la CNAM

en milliards d'euros et en pourcentage	**2002**	**2003**
Dépenses	**117,3**	**125,0**
Recettes	**111,2**	**114,4**
Recettes structurelles*	**111,8**	**117,1**
Solde effectif	-6,1	-10,6
Solde structurel	-5,5	-7,9
Détérioration du solde effectif		-4,5
Détérioration du solde structurel		-2,3
Part du solde structurel dans le solde effectif	**90,7%**	**74,2%**
Part structurelle de la détérioration		**51,8%**

* en supposant que l'écart de croissance est nul pour l'année considérée

NB : Comme l'on dispose de données plus détaillés sur les années 2002 et 2003, uniquement 90% des recettes ont été considérées comme étant soumises aux aléas conjoncturels. Cela ne modifie cependant qu'à la marge les analyses effectuées sur la période 1990-2004 (cf. supra)

Toutefois, la décomposition précédente doit être prise avec précaution. L'évaluation de l'output-gap est conditionnée à certains choix techniques et est intrinsèquement empreinte d'incertitude statistique. Les écarts d'évaluation entre les différents organismes internationaux en sont une illustration.

Estimations d'output-gap de différents organismes				
	FMI	**CE**	**OCDE**	**DP**
2002	-0,6	1,3	-0,4	-0,5
2003	-2,1	-0,7	-2,4	-2,5

Si le FMI, l'OCDE, la Commission Européenne (CE) et la DP utilisent fondamentalement la même méthode – une fonction de production –, ces organismes peuvent différer dans leurs estimations des déterminants du PIB potentiel, ce qui conduit à des évaluations d'*output-gap* différentes. Ces différences, notamment avec la Commission Européenne, sont principalement le périmètre retenu pour la fonction de production, l'évaluation du facteur travail et la correction cyclique de la PGF. Elles s'expliquent par l'obligation faite aux organismes internationaux de traiter l'ensemble de leurs pays membres de manière identique; ainsi certaines données, indisponibles pour quelques pays telle que la durée du travail, ne peuvent être actuellement prises en compte.[82]

Une première différence se situe au niveau *du champ sur lequel est appliquée la méthode*. La CE, par exemple, l'applique globalement à l'ensemble de l'économie, alors que la DP l'applique au seul secteur marchand. En effet, les relations entre emploi et production dans le secteur public sont largement contraintes par les normes de comptabilité nationale[83]. La DP lisse donc séparément la valeur ajoutée du secteur non marchand pour calculer par agrégation une croissance potentielle de l'économie entière.

Deux différences apparaissent sur *l'estimation du travail potentiel*.

- La DP utilise *le nombre d'heures travaillées* comme mesure du facteur travail (et donc une PGF *horaire*), alors que la CE utilise simplement l'emploi (et donc une PGF *par tête*), pour des raisons d'uniformité de méthode et de disponibilité des données pour tous les pays européens. Le fait de ne pas prendre en compte les variations de la durée du travail conduit la CE à considérer comme équivalentes une réduction de la croissance de la PGF liée à une baisse du rythme du progrès technique (a priori durable) et une réduction de la croissance de la PGF liée à une baisse de la durée du travail (qui, s'agissant notamment de la RTT, n'a pas nécessairement vocation à se poursuivre) : l'approche de la DP est donc préférable, surtout en prévision[84]. Cependant, le fait d'utiliser les évolutions de la durée du travail rend la croissance potentielle estimée par la DP un peu plus heurtée sur le passé.
- Il n'y a pas de consensus académique sur la meilleure méthode pour estimer *l'évaluation du taux de chômage structurel*, la DP, la CE et l'OCDE utilisent ainsi des approches assez différentes. Cependant, si elles peuvent assez fortement diverger sur le passé, les diverses estimations ont plutôt tendance à se rapprocher.

Enfin, *l'évaluation de la tendance de la productivité globale des facteurs est différente*. L'extraction d'une PGF tendancielle est rendue particulièrement délicate par le ralentissement de la PGF observé dans la seconde moitié des années 1990 en France. La CE estime la PGF tendancielle par un lissage statistique de la PGF, ce qui conduit à considérer le ralentissement récent comme durable. La DP suppose quant à elle, qu'au-delà des fluctuations de nature cyclique de la PGF estimées à l'aide du taux d'utilisation des capacités, la croissance de la PGF tendancielle est constante depuis le début des années 80. Dans la mesure où le ralentissement récent de la PGF ne s'observe pas dans le secteur manufacturier et est contemporain des politiques d'enrichissement de la croissance en emploi, qui par définition dégradent temporairement la productivité, il semble en effet prématuré d'afficher comme permanente l'apparente diminution de la croissance de la PGF des années récentes.

---

82 Ces difficultés ont évidemment vocation à se dissiper avec l'amélioration et l'harmonisation des appareils statistiques des différents pays membres

83 La masse salariale publique servant à évaluer la production du secteur public.

84 Les services de la Commission partagent d'ailleurs cette analyse. A la suite de la réunion de juillet 2003 du groupe de travail du CPE sur la croissance potentielle présidé par JL Tavernier, il a été décidé de prendre en compte la durée du travail dans la méthode de la CE dès qu'Eurostat disposerait des données nécessaires (courant 2004).

Ces différentes évaluations de l'output-gap français conduiraient évidemment à des évolutions différentes du solde structurel de la CNAM.

	Composante structurelle du déficit 2003	Part structurelle de la dégradation entre 2002 et 2003
FMI	78%	63%
CE	93%	54%
OCDE	75%	51%
DP	74%	52%

Enfin, une dernière hypothèse sous-jacente doit être précisée. La méthode d'évaluation du solde conjoncturel repose sur l'hypothèse conventionnelle que les recettes (cotisations sociales et CSG pour l'essentiel) sont proportionnelles au PIB (autrement dit, l'élasticité des recettes est supposée être unitaire et 1% de baisse du PIB entraîne donc 1% de baisse des recettes). Cette méthode conduit ainsi à répercuter entièrement en variation du solde structurel les fluctuations de l'élasticité des recettes.

Source : Direction de la Prévision et de l'Analyse Economique

Annexe 28 : Rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, septembre 2003, extrait

LE NIVEAU DU DEFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE INTERDIT UN RETOUR SPONTANE A L'EQUILIBRE

Si la situation dégradée du régime général tient en partie à la mauvaise conjoncture, elle est aussi liée à des causes plus structurelles qu'un retour à une croissance meilleure ne fera pas disparaître. De ce point de vue, les situations des branches, et leurs perspectives de redressement à l'horizon des prochaines années, sont assez contrastées.

La branche famille, dont les dépenses progressent à un rythme modéré, est structurellement excédentaire. La réduction de son excédent depuis 2002 est avant tout liée au ralentissement conjoncturel. La branche devrait supporter au cours des prochaines années le coût de mesures nouvelles, en particulier celles annoncées lors de la conférence de la famille du mois d'avril dernier, parmi lesquelles figure la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Néanmoins, même si le surcoût résultant de ces mesures pèsera sur les comptes de la branche, l'équilibre du compte devrait être préservé.

Les perspectives de la branche retraite sont naturellement moins bonnes. La conjoncture démographique favorable des dernières années va prochainement faire place à une accélération très rapide du nombre de retraités. Certes, la réforme des retraites adoptée cette année initie des changements structurels qui devraient à terme modérer la croissance des charges. Cependant, les effets de ces mesures sur le régime général se situent pour l'essentiel au-delà de 2009, et ne devraient pas suffire à assurer l'équilibre de la branche[85]. Dans le court terme, au contraire, la réforme va induire dès 2004 des surcoûts importants sur les dépenses de la branche, liés aux nouvelles possibilités de départ anticipé. En l'état des prévisions, la CNAV ne devrait plus dégager d'excédent à partir de 2004, comme cela était le cas depuis 1998, ce qui privera le fonds de réserves des retraites d'une de ses principales ressources.

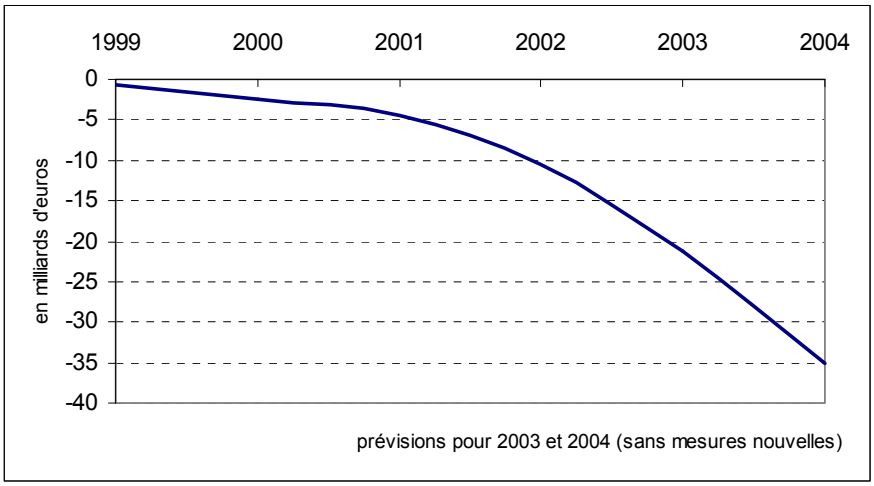
L'avenir de la branche maladie est le plus préoccupant pour les prochaines années. Ses dépenses augmentent tendanciellement beaucoup plus vite que ses recettes. La conjoncture exceptionnelle des années 1999 à 2001 n'avait pas suffi à rétablir son équilibre financier. Le solde a été constamment déficitaire depuis 1989. La mauvaise conjoncture des années 2002 et 2003, conjuguée à ce déséquilibre structurel, conduira le déficit de la branche à plus de 10 Md€ en 2003 et, en l'absence de mesures correctrices, à 14 Md€ en 2004. La dégradation du solde est extrêmement rapide. En outre, la disparition des excédents des autres branches interdit désormais toute possibilité de transfert de recettes vers l'assurance maladie.

Une réflexion purement comptable, même si elle s'abstrait des réalités concrètes, peut permettre de mesurer la difficulté de la situation :

- l'accumulation des déficits de la branche maladie entraîne des coûts financiers de plus en plus lourds, estimés à 600 M€ pour l'année 2004 ;

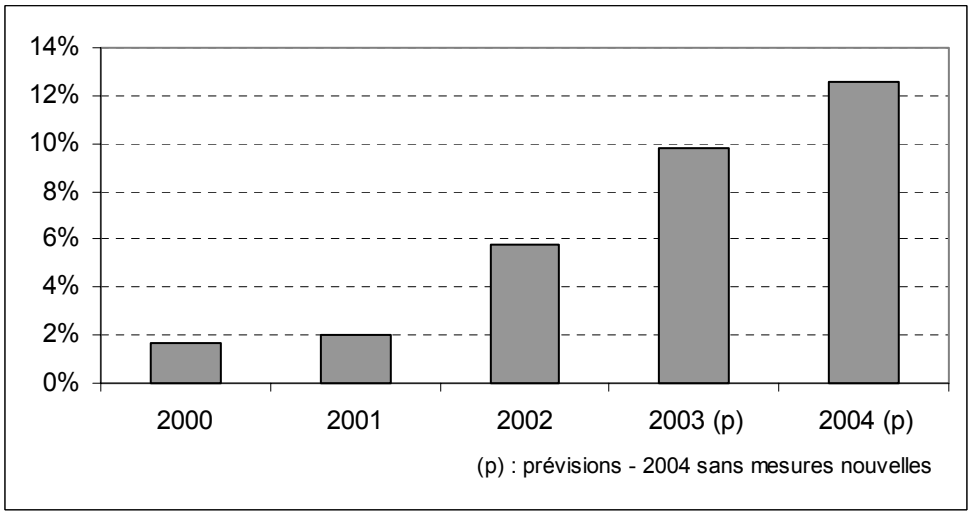
[85] A l'horizon 2020, les économies nettes procurées par la réforme représenteraient 1/3 du besoin de financement (15,5 Md€) évalué en 2001 par le Conseil d'orientation des retraites.

Déficit cumulé de la CNAM depuis la dernière reprise de dette
(la prévision 2004 n'intègre aucune mesure nouvelle)



- le déficit prévu pour 2003 représente 9,8 % des recettes de cotisations et d'impôts affectés (dont la CSG) ; en 2004, cette proportion serait de 12,6 %, sans aucune mesure nouvelle ; sous cette hypothèse, le déficit 2004 représenterait environ trois fois les remboursements d'honoraires de généralistes, environ deux fois les remboursements d'honoraires de spécialistes, et environ 90 % des remboursements de médicaments.

Déficit de la CNAM rapporté aux recettes de cotisations et d'impôts affectés



- pour simplement stabiliser le déficit de l'assurance maladie en 2004 à son niveau de 2003 avec la croissance des produits telle qu'elle figure dans le compte tendanciel, il faudrait limiter l'augmentation des charges à 2,1 % en 2004 ;

- pour rétablir l'équilibre en 2010, il faudrait que chaque année à partir de 2005 la croissance des produits soit supérieure d'un peu plus de deux points à celle des charges ; sous cette hypothèse, le cumul des déficits de la branche depuis 1999 (la CADES a repris les déficits jusqu'en 1998) serait proche de 80 Md€ à la fin 2010.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Annexes du Chapitre deux : Qualité du système de soins

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

Annexe 30 : Le contenu du périmètre de prise en charge par l'assurance maladie de base dans certains pays de l'OCDE

Dans un souci de simplicité, **il apparaît plus aisé de définir « en creux » le contenu du périmètre** de prise en charge des biens et services de santé en vigueur à l'étranger.

Aussi le tableau ci-dessous présente-t-il, sous la forme d'une « liste négative », les biens et services de santé qui ne sont pas retenus comme remboursables par l'assurance maladie de base dans les principaux pays industrialisés. Cette étude n'est pas exhaustive, compte tenu de la difficulté de synthétiser les données issues de très nombreuses « études-pays ».

Si les pays industrialisés présentent des soins remboursables assez diversifiés, **certains traits communs se dégagent** s'agissant des biens et services non pris en charge par l'assurance maladie de base. On peut citer ainsi : les soins et prothèses dentaires, notamment pour les adultes, les soins ophtalmologiques et matériels d'optique médicale (monture, verres de contact, lentilles), les médecines alternatives (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, ergothérapie, physiothérapie, etc…), la chirurgie esthétique, les médicaments du « bien-être », les cures thermales et les traitements de procréation médicalement assistée.

En France, les biens et services non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sont plutôt plus ciblés que chez nos voisins. Le périmètre de soins apparaît donc plus large qu'à l'étranger.

Les choix des pays de l'OCDE en matière de périmètre de prise en charge

Pays	**Biens et services de santé totalement exclus du périmètre de soins remboursables par l'assurance maladie de base**
Allemagne	traitements d'orthodontie pour les plus de 18 ans, montures de lunettes, cures thermales au-delà de trois semaines et au-delà d'une par période de quatre ans, certains médicaments (anorexigènes, toniques, laxatifs, contraceptifs oraux, médicaments utilisés dans le traitement des rhumes et des refroidissements, antinaupathiques), prestations liées à la contraception, aux inséminations artificielles et aux interruptions volontaires de grossesse ainsi que médicaments pouvant être achetés sans ordonnance même s'ils sont prescrits par un médecin (à compter de 2004)
Australie	examens et traitements dentaires, transports sanitaires, aides à domicile, kinésithérapie, ergothérapie, chiropraxie, traitement des maladies du pied, orthophonie, orthoptie, actes des psychologues, dispositifs médicaux auditifs, optique médicale, prothèses, chirurgie esthétique, acupuncture, frais médicaux imputables à un autre responsable (assureur, employeur, administration), frais médicaux non médicalement justifiés, frais d'hospitalisation en clinique privée (frais d'opération ou séjour en clinique), examens en vue de la souscription d'une assurance-vie, pour des cotisations à la retraite ou pour adhérer à une mutuelle ou une société de prévoyance
Belgique	médecine alternative (acupuncture, homéopathie et ostéopathie) ainsi que chirurgie plastique, montures de lunette et orthodontie dans certaines conditions, prothèses dentaires pour les personnes de moins de 50 ans, sauf dans certaines conditions médicalement justifiées
Canada (treize provinces et territoires)	*dans toutes les provinces et territoires* : médecine alternative (naturopathie, homéopathie et ostéopathie), hospitalisation en chambre privée ou semi-privée, sauf si elle est prescrite par un médecin, fourniture de téléphones et de téléviseurs à l'hôpital, soins infirmiers privés, visite d'optométriste au-delà d'une par an, consultation téléphonique, examens, délivrance de certificats médicaux pour l'employeur, l'école, les assureurs (assurance automobile, assurance-vie), les clubs de sport et de loisirs, et les témoignages devant les tribunaux, chirurgie esthétique *dans certains provinces et territoires* : enlèvement des verrues et de lésions cutanées bénignes (Nouvelle-Ecosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba, Alberta, Saskatchewan, Colombie-

	Britannique), gastroplastie (N.-E., N.-B., Yukon), circoncision de routine des nouveaux nés (Terre-Neuve-et-Labrador, Ile-du-Prince-Edouard, N.-E., On., Alb., Y.), enlèvement de taches ovalaires sur les yeux (T.-N., N-E., On.), hypnothérapie (T.-N.), extraction d'une dent incluse (T.-N.), otoplastie (T.-N., I.-P.-E., N.-B., On., Alb.), détatouage (S., Man., On.), inversion de stérilisation (I.-P.-E., N.-B., On., Man., S., Alb, Yn., N.-E, C. B.). prothèse pénienne (On., S., N.-E), psychanalyse (Man., Québec), examen de la vue pour les personnes âgées de 19 à 64 ans (I.-P.-E., N.-E, N.-B., Qc., Man., S., Alb.), deuxième échographie ou échographie subséquente dans le cas de grossesse sans complication (N.-E, C.-B.), fécondation in vitro (On., Man., T.-N., N.-E., Territoires du Nord-Ouest), insémination artificielle/intra-utérine (N.-E, N.-B., Alb.), enlèvement de cérumen (N.-E.), enlèvement de varices (N.-E., Qc., On., Man.), anesthésie pour un service non assuré (N.-B., S., Alb.), services de chiropraxie (S., Québec), épilation de poils faciaux (I.-P.-E., On.), réfractions oculaires (T.-N., S.), chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire (N.-E., N.-B., On., C.-B.), chirurgie réparatrice de l'oreille, frais d'achat, d'ajustement ou de réparation au-delà d'une prothèse auditive par personne tous les 6 ans selon certains niveaux de perte de l'ouïe, ambulance pour les personnes de moins de 65 ans, optométrie pour les 18 – 64 ans (Québec)
Danemark	chirurgie esthétique, sauf pour des cas fondés sur des causes psychologiques ou sociales, réflexotherapie, kinésithérapie, homéopathie, cures thermales, montures de lunette, sauf pour les patients qui ont une très mauvaise vue, fécondation assistée sauf pour les couples hétérosexuels dont la femme à moins de 45 ans, fécondation in vitro pour les femmes de plus de 40 ans ou, pour les femmes de plus de 40 ans, au-delà de la troisième tentative, frais d'hospitalisation en établissement non agréé, prothèses dentaires
Espagne	cures thermales, certains médicaments (antidiarrhéiques, laxatifs, antiacides, médicaments utilisés dans le traitement des rhumes et des refroidissements, certains anorexigènes et certaines topiques)
Etats-Unis (exemple de l'Orégon)	traitements des pathologies qui s'améliorent d'elles-mêmes, pathologies sans traitement efficace, traitements le plus souvent inefficaces, chirurgie plastique, y compris chirurgie reconstructrice, changement de sexe, traitements destinés à résoudre les problèmes de fertilité, traitements favorisant la perte de poids
Finlande	traitements et prothèses dentaires pour les adultes nés avant 1946 (sauf vétérans de guerre), montures de lunette, médecines alternatives, chirurgie esthétique, sauf en cas de lien avec une pathologie (tumeurs, brûlures)
France	chirurgie de la myopie, ostéodensitométrie, implants dentaires, parodontologie, certains médicaments (anti-asthéniques, multivitamines, pilules de 3ème génération, aides à l'arrêt du tabac, traitements des troubles érectiles et de l'obésité, certaines estrogènes, certains corticoïdes locaux, certains antispasmodiques, traitements anti-grippe, traitements de la calvitie hormonale), chirurgie esthétique sauf en cas de préjudice psychologique, psychothérapie non réalisée par un psychiatre (psychologue, psychanalyste), chiropraxie, traitements ambulatoires de psychomotricité ou d'ergothérapie, consultations de diététiciens en dehors de certains réseaux, consultations téléphoniques, délivrance de certains certificats médicaux (à compter de 2004)
Grèce	chirurgie esthétique, traitements dentaires pour les adultes (dans le régime agricole), traitements dentaires (dans le régime des non salariés non agricoles), cures thermales, consultations et traitements d'homéopathie
Luxem-bourg	la plupart des tests prénataux de détection des anomalies génétiques et malformations fœtales, une partie des traitements liés à la stérilité (ceux qui sont pris en charge nécessitent une certification, et, dans certains cas, une entente préalable), ostéodensitométrie, chirurgie ou traitement au laser pour corriger l'indice de réfraction (ophtalmologie), traitement chirurgical de l'obésité non fondé sur un rapport médical détaillé indiquant que tous les précédents traitements non chirurgicaux ont échoué, remplacement de prothèses mammaires pour lesquelles aucune entente préalable n'a été conclue au départ, certains médicaments (produits diététiques, antiasthéniques, médicaments homéopathiques, contraceptifs, médicaments utilisés dans le traitement des rhumes et des refroidissements, antinaupathiques, aides à l'arrêt du tabac, produits n'ayant pas suffisamment fait la preuve de leur efficacité ou jugés trop chers au regard des alternatives thérapeutiques)
Norvège	traitements et prothèses dentaires pour les adultes, sauf pour les analgésies dentaires, montures de lunettes, frais d'hospitalisation en clinique privée si celle-ci n'est pas agrée
Nouvelle-Zélande	traitements dentaires pour les adultes, sauf pour les prestations d'urgence pour les personnes à faibles ressources, optique médicale, tests opthalmologiques

Pays-Bas	montures de lunette et verres de contact (sauf premier achat), traitements dentaires pour les adultes (notamment les radiographies dentaires), sauf les traitements préventifs et les actes de chirurgie dentaire, limitation des séances de kinésithérapie et de physiothérapie, fécondation in vitro au-delà de la troisième tentative pour les femmes de plus de 40 ans, médicaments homéopathiques
Portugal	traitements dentaires pour les adultes, frais d'hospitalisation en chambre individuelle à l'hôpital privé, frais d'hospitalisation en clinique privée
Royaume-Uni	chirurgie esthétique, sauf chirurgie réparatrice, homéopathie, effacement de tatouage, examens d'acuité visuelle et optique médicale, sauf pour les étudiants de moins de 19 ans, les personnes à faibles ressources et les personnes ayant de graves problèmes de vue, cures thermales, certains médicaments (antiacides, laxatifs, analgésiques pour douleurs faibles ou moyennes, médicaments utilisés dans le traitement des rhumes et des refroidissements, toniques, vitamines, benzodiazépines – tranquillisants et sédatifs, antidiarrhéiques, antiallergiques, hypnotiques, anxiolytiques, anorexigènes, contraceptifs, médicaments à action locale – gynécologiques, nez, oreilles, peau, topiques anti-rhumatismaux, médicaments utilisés dans l'anémie), soins hospitaliers non cliniquement nécessaires, transports sanitaires ambulatoires, sauf cas d'urgence médicale.
Suède	une partie des actes dentaires pour les plus de 19 ans, fécondation in vitro au-delà d'une par an, mammographie au-delà d'une par an, chirurgie esthétique, certains médicaments (vitamines, laxatifs, topiques contenant du minoxidil, aides à l'arrêt du tabac, mucolytiques et antitussifs, médicaments utilisés dans le traitement de l'obésité et dans le traitement des dysfonctionnements érectiles)
Suisse	soins dentaires (notamment les coûts des plombages habituels en cas de carie ou les frais d'appareils dentaires pour enfants), sauf s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication ou par une autre maladie grave, ou encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave, psychotérapie effectuée auprès d'un praticien non qualifié, hypnose, chirurgie esthétique non liée à un accident, une maladie ou une malformation congénitale, fécondation in vitro

Source : Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, Commission européenne, European Observatory on Health Care Systems, Haut comité de la santé publique, Ministères de la Santé, Parlements et régimes d'assurance maladie des pays ou collectivités locales concernés, Organisation de la coopération et du développement économique, Organisation mondiale de la santé.

Annexe 31 : La redéfinition du périmètre de prise en charge par l'assurance maladie de base dans les systèmes de soins étrangers[86]

L'analyse des expériences étrangères met en évidence trois types d'approche :

- **la « priorisation par l'efficacité », c'est-à-dire la définition de ce que sont les soins médicalement les plus justifiés**, par opposition à ceux dont l'impact positif sur la santé des patients n'est pas avéré. L'enjeu principal est de ne faire prendre en charge par la collectivité que des biens et services dont l'utilité médicale est la plus certaine, quelle que soit la pathologie traitée. Les procédures d'évaluation des médicaments et dispositifs médicaux s'inscrivent précisément dans cette perspective ;
- **la « priorisation par l'efficience », c'est-à-dire la définition de ce que sont les soins susceptibles d'améliorer l'état des patients**, pour une pathologie donnée. Il s'agit, au vu de contraintes financières, d'exclure de la prise en charge des biens et services médicalement pourtant utiles, et ce en raison de leur rapport coût/efficacité trop élevé par rapport à d'autres ou de leur nature, comme les médicaments dits de « confort[87] » ou du « bien-être » ;
- enfin, **la « priorisation ciblée », qui consiste à fixer des lignes directrices pour la fourniture de certains biens et services de santé** dans certaines conditions. Il s'agit, dans ce cas, de limiter la prise en charge de certains traitements en fonction de critères relatifs aux patients ou aux professionnels de santé.

La présente note se penche sur les expériences conduites en la matière et notamment aux Etats-Unis (Etat de l'Orégon), aux Pays-Bas, en Suède, en Norvège, en Nouvelle-Zélande, en Australie ou, plus récemment, en Allemagne[88]. L'expérience la plus aboutie semble avoir été menée dans l'Orégon (cf. encadré 1).

L'exemple de l'Orégon souligne qu'une politique de redéfinition explicite du périmètre de soins pris en charge soulève de nombreuses questions complexes : qui décide de la composition du périmètre de soins (l'Etat, le ou les assureurs, les médecins, la population), à quel niveau (national, régional, local) et selon quelle procédure ? Ces décisions doivent-elles être explicites ou implicites ? Au vu de quels critères ces décisions doivent-elles être prises ? Quelle doit être l'articulation entre les critères objectifs et les valeurs d'une société ? Ces différentes questions ont partiellement reçu des réponses dans le cadre des expériences étrangères :

1) Les pays étrangers ont généralement privilégié l'acceptabilité sociale de la réduction du périmètre de soins à son efficacité financière

- Préférence pour le débat politique *versus* le débat technique : L'objectivité des critères techniques pour déterminer les priorités n'a pas semblé de nature à emporter, à elle seule, l'adhésion publique. L'exclusion de certains biens et services du périmètre des soins remboursés n'a pu résulter uniquement d'un choix fondé sur des éléments objectifs, tels des ratios coûts/bénéfices, mais est apparue comme devant faire l'objet d'un débat politique impliquant l'opinion publique.

---

[86] Cette annexe s'appuie très largement sur le rapport de l'Inspection générale des finances sur *la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères* (mars 2003).

[87] Cette dénomination est impropre et il convient d'utiliser la dénomination : médicaments utilisés dans le cas de pathologies ne présentant pas un caractère général de gravité

[88] Pour une présentation de cette approche en France, citons entre autres les travaux du Haut comité de la santé publique (*Le panier de biens et services de santé : première approche*, février 2000 et *Le panier de biens et services de santé : du concept aux modalités de gestion*, mars 2001).

Encadré 1 – La démarche de l'Orégon[89]

L'Oregon a lancé en 1989 un plan ambitieux d'extension de la couverture maladie (programme Medicaid) à une large partie de la population pauvre non assurée. Dans un contexte de contrainte budgétaire, les autorités de l'Oregon ont considéré que le prix à payer pour l'extension au plus grand nombre de la couverture maladie devait être une redéfinition du périmètre de soins pris en charge. Il s'agissait d'un arbitrage entre l'universalité de la couverture de la population et l'universalité des biens et services couverts.

Une commission sur les services de santé (Health Services Commission – HSC) a établi une liste de services médicaux, en classant ces derniers par ordre de priorité en fonction de leur bénéfice net pour la société. Il s'agissait de réduire un ensemble d'environ 10 000 actes médicaux à une liste de 696 paires reliant une situation clinique au traitement correspondant[90]. Au vu des ressources financières disponibles, le gouvernement devait fixer chaque année les n premières paires de la liste prises en charge par Medicaid.

Au-delà de la définition des paires, dont le nombre a varié pour atteindre 743 en 1999, c'est l'établissement d'un ordre de priorité qui a soulevé des difficultés. Ainsi, à l'origine, sur les 696 paires définies, la HSC a proposé que seules 565 paires donnent lieu à prise en charge publique. Dans un premier temps, la rationalisation des choix s'est appuyée sur une méthode fondée sur des ratios coût/résultat calculés pour chaque paire selon la formule : r = coût du traitement / (bénéfice du traitement x durée du bénéfice).

Le coût du traitement a été estimé à partir des coûts directs bruts, sans prise en compte des coûts qui auraient été exposés en l'absence de traitement. Le dénominateur est constitué par le bénéfice net du traitement à cinq ans, c'est-à-dire l'amélioration de la qualité de vie obtenue grâce au traitement. Le résultat de ces calculs a abouti à un ordre de priorité largement perçu comme incohérent, dans la mesure où, par exemple, le traitement de la migraine était prioritaire par rapport à celui du SIDA.

Plusieurs autres méthodologies de priorisation ont par la suite été élaborées, la dernière d'entre elles ordonnant les paires selon leur capacité à éviter le décès, puis classant les paires équivalentes selon le coût moyen du traitement. L'établissement définitif de la liste a fait l'objet de redressements, au vu de l'appréciation de la HSC et de l'avis de la population sollicité à l'occasion de multiples enquêtes et réunions.

L'approche par le ratio coûts/bénéfice n'a eu qu'un impact partiel sur l'établissement de l'ordre de priorité des paires pathologie/traitement qui reflète principalement les valeurs et les choix de la société Oregonienne. En 1999, sur un total de 743 paires figurant sur la liste, les 574 premières par ordre de priorité faisaient l'objet d'une prise en charge par Medicaid. Etaient notamment exclus du périmètre de soins pris en charge : les traitements de pathologies qui s'améliorent d'elles-mêmes, les pathologies sans traitement efficace et les traitements le plus souvent inefficaces ; la chirurgie plastique[91] et le changement de sexe ; les traitements destinés à résoudre les problèmes de fertilité ou favorisant la perte de poids. En outre, des recommandations de bonnes pratiques sont diffusées depuis 1997 pour favoriser un bon usage des soins couverts.

Le périmètre de soins ainsi défini est sensiblement plus large que celui proposé à leur clientèle par la plupart des assureurs privés. Cette situation trouve deux types explications. Lorsque, pour faire face à une crise budgétaire en 1996, l'Oregon a souhaité exclure du périmètre de soins des biens et services précédemment couverts, l'administration fédérale n'a donné qu'une autorisation partielle et a indiqué qu'elle s'opposerait à toute réduction ultérieure du périmètre de prise en charge. Par ailleurs, la dynamique citoyenne qui s'est créée autour de la procédure d'élaboration de la liste de paires et de l'ordre de priorité a également joué[92]. L'économie réalisée au cours des premières années d'expérimentation (1994-1997) grâce à l'exclusion de certains biens et services du périmètre de soins est estimée à 2% et l'extension de Medicaid à une population plus large a été financée par un relèvement de la taxe sur les tabacs.

---

89 Ce développement est largement repris de MIDY (F), *L'expérience de l'Oregon*, CREDES, nov.2000.

90 Citons un exemple de paire pathologie/traitement : péritonite/traitement chirurgical.

91 La chirurgie reconstructrice après mastectomie complète n'est pas couverte

92 JACOBS (L)., MARMOR (T), OBERLANDER (J), "The Oregon health plan and the political paradox of rationing: what advocates and critics have claimed and what Oregon did"; *Journal of health politics, policy and law,* vol 24, N°1, February 1999 et "Rationing medical care : rhetoric and reality in the Oregon health plan"; *Canadian medical association journal*, May 2001, 164 (11).

- **Recherche de l'adéquation avec les valeurs sociales :** Un équilibre entre des critères objectifs et des valeurs sociales a presque toujours été recherché. Pour orienter les choix en matière de priorité de financement et répondre à l'enjeu de l'acceptabilité sociale des décisions publiques, des tentatives de définition de critères prenant en compte les valeurs sociales aussi bien que les données médico-économiques (efficacité, ratio coût-bénéfice) ont été menées.

- **La participation du public,** sous une forme ou une autre est apparue comme un facteur déterminant pour assurer la légitimité et l'acceptabilité des décisions prises en la matière (sondages et réunions publiques en Orégon, questionnaires et réunions publiques en Nouvelle-Zélande, en Suède et au Royaume-Uni, campagne de communication aux Pays-Bas). A cet égard, la définition des priorités sous-jacentes au périmètre de soins est apparue comme le résultat de la rencontre entre pouvoirs publics, les patients et les offreurs de soins, dans une société donnée[93].

On constate dans ces expériences étrangères une certaine convergence des critères de choix qui pourraient définir le contour d'un champ de consensus possible. Les critères retenus aux Pays-Bas (nécessité, efficacité, efficience, responsabilité - cf. encadré 2) sont en définitive très proches de ceux utilisés par la Nouvelle-Zélande (efficacité, efficience, équité, cohérence avec les valeurs sociales) ou le Royaume-Uni (équité, efficience, efficacité).

Les démarches de redéfinition explicite du contenu du périmètre de soins ont souvent **un impact financier certes limité, mais non négligeable (réduction des dépenses de 2% en Orégon, de 6% aux Pays-Bas)**. Ces exemples montrent que **des aménagements du périmètre de soins, comme ceux réalisés aux Pays-Bas, ont été acceptés par l'opinion publique[94]**.

Encadré 2 – La démarche des Pays-Bas[95].

La réforme de la santé Dekker-Simons initiée à la fin des années 1980 aux Pays-Bas avait essentiellement deux objectifs : définir un périmètre de soins garanti par la puissance publique ; accroître l'efficacité du système en mettant en concurrence les différents assureurs santé, publics ou privés, dans la couverture des soins ainsi définis.

Pour définir ce dernier, la Commission Dunning en 1991 a proposé des critères qui devaient successivement être appliqués à chaque acte, traitement ou produit pour permettre leur inscription au remboursement :

- le premier critère, la nécessité, détermine tout d'abord les soins indispensables pour l'ensemble de la communauté qui garantissent une vie normale, en second lieu les soins qui permettent de participer à la vie économique et sociale ; enfin, les soins nécessaires au traitement des maladies graves à forte prévalence.
- le second critère est celui de l'efficacité. Les soins dont l'efficacité n'est pas démontrée (ou dont l'inefficacité est confirmée) sont exclus.
- le troisième critère est celui de l'efficience, *ie.* du rapport coût-efficacité.
- le quatrième critère vise à répondre à la question suivante : son financement peut-il être laissé à la charge du patient ? Il fait référence à la responsabilité individuelle. La Commission considère qu'il est nécessaire de fixer les limites à la solidarité lorsque les coûts sont élevés et que les effets des traitements se révèlent faibles.

---

93 On rappellera l'exemple historique du Seattle Artificial Kidney Program, première machine de rein artificiel installée à Seattle en 1960, qui avait conduit les autorités médicales à confier à un comité de citoyens « ordinaires » appelé *comité de vie* la définition des critères de choix et la sélection des malades pouvant bénéficier de la dialyse.

94 En Suède, les aménagements ont pu concerner la chirurgie esthétique, l'effacement des tâches de naissance, les programmes et aides à l'arrêt du tabac ou la fécondation in vitro.

95 BURG et VAN DER GRINTEN « Priority setting in Dutch health care », in HAM (ed.), *Priority setting in health care*, University Press, 2001 et de HERMANS et DEN EXTER « Priorities and Prioritu-Sitting in Health Care in the Netherlands », *Croatian Medical Journal*, septembre 1998, volume 39, numéro 3.

L'avantage de ces critères est incontestablement leur simplicité. Pour autant, plusieurs critiques ont pu être formulées. La définition de ce qu'est un traitement nécessaire peut apparaître délicate, d'autant que la primauté du point de vue de la communauté sur le point de vue du patient peut être contestée : ainsi les traitements de la stérilité peuvent être nécessaires à un patient mais peuvent ne pas être considérés comme indispensable à la société néerlandaise. L'efficacité et l'efficience d'un traitement dépend fortement des indications médicales. La détermination du reste à charge du patient pourrait être mieux reliée à ses contraintes financières.

Les propositions de la Commission ont soulevé un débat de société sur la question de savoir si la physiothérapie et la kinésithérapie, les soins dentaires pour les adultes (sauf mesures de prévention), les médicaments homéopathiques, les pilules contraceptives ou la fécondation in vitro devaient relever ou non du périmètre. Finalement, les trois premiers services de santé ont été déremboursés ; les deux derniers maintenus à la demande des patients, mais dans des conditions plus précisément définies.

L'économie réalisée grâce à ces mesures s'est élevée à près de 1 750 millions de florins (chiffres de 1995-1996) soit environ 800 millions d'euros et près de 6% des dépenses de santé. Depuis lors, les soins dentaires pour adultes sont à nouveau pris partiellement en charge par l'assurance maladie de base.

2) A côté de la redéfinition du contenu périmètre de soins, les pays étrangers ont souvent porté une grande attention à la question de la prise en charge de nouveaux biens ou services.

Ainsi, la plupart des pays développés ont décidé par exemple de ne pas rembourser le Viagra© en dépit de l'efficience de ce médicament. Au cas d'espèce, le refus de prise en charge du traitement a généralement été motivé par le fait qu'il s'agirait d'un médicament de confort, reflétant davantage un choix personnel de style de vie que répondant à une stricte nécessité médicale.

3) Une solution complémentaire a consisté à intégrer une logique d'optimisation des dépenses selon des référentiels

Une solution alternative actuellement privilégiée par les pays étrangers consiste à intégrer une logique d'optimisation des dépenses « au chevet du patient », au cas par cas et au vu de références médicales intégrant une dimension d'optimisation du rapport coût/impact des traitements[96]. Les économies engendrées par une telle approche ne sont pas à ce jour évaluées.

Les pays les plus engagés dans l'optimisation des dépenses grâce à des lignes directrices – Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni – ont, pour l'essentiel, rejeté le principe d'une liste de traitements classé par ordre de priorité. L'idée mise en avant est qu'on ne saurait exclure *a priori* la prise en charge socialisée de traitements dont l'efficience serait limitée : en effet, tel traitement dont les effets bénéfiques sont généralement limités ou inexistants sur une population générale, peut être considéré comme approprié pour certains patients, dans certaines circonstances. Plutôt que d'exclure de façon absolue des biens et services du périmètre de soins, il s'agit de s'assurer que les biens et services pris en charge par la collectivité sont utilisés de la manière la plus appropriée en fonction de normes, dans

[96] Pour une présentation du débat réduction du périmètre de soins vs références médicales, cf. HAM, HONIGSBAUM, « Priority setting and rationing health services », in SALTMAN, FIGUERAS, SAKELLARIDES eds., *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham and Philadelphia, Open University Press, 1998.

un cadre précis. La Nouvelle-Zélande privilégie ainsi le recours à des références médicales par pathologie en précisant dans quel cas il convient de refuser la prise en charge des soins[97]

Les exemples néerlandais ou de l'Orégon montrent toutefois que les deux solutions ne sont pas exclusives l'une de l'autre.

Ainsi, plutôt que d'exclure de la prise en charge la fécondations in vitro (FIV), les Pays-Bas ont limité à trois le nombres de tentatives de FIV pour les femmes âgées de plus de 40 ans, dans un nombre restreint de centres hospitaliers.

Il n'existe pas à ce jour d'évaluation de l'efficacité de cette régulation « au chevet du patient ». La réussite d'une telle démarche implique que deux conditions soient réunies : d'une part, les références médicales guidant l'action des médecins doivent intégrer une dimension d'optimisation de la pratique médicale sous contrainte financière ; d'autre part, les praticiens doivent se conformer effectivement, dans leur exercice quotidien, aux prescriptions des référentiels ainsi établis.

[97] FEEK, Mc KEAN, HENNEVELD, BARROW, EDGAR, PATERSON, Experience with rationing health care in New Zealand, *British Medical Journal*, vol 318, 15 mai 1999.

Annexe 32 : La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) et les remboursements par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Année 2001	***Montants remboursés par l'AMO (en millions d'euros)***	***CSBM (en millions d'euros)***
Hôpitaux Publics	42 128	45 332
Hôpitaux Privés	9 092	10 772
Sections médicalisées	1 972	1 972
Sous total Soins Hospitaliers et en sections médicalisées	***53 193***	***58 077***
Médecins	11 255	15 833
Auxiliaires	5 459	6 866
Dentistes	2 503	7 114
Laboratoires d'analyses	2 228	3 031
Etablissements thermaux	218	884
Sous total Soins Ambulatoires	***21 664***	***33 728***
Transport des malades	1 933	2 046
Sous total Prestataires de Soins	***76 790***	***93 851***
Officines pharmaceutiques	17 142	27 297
Optique	152	3 587
Prothèses	1 250	1 851
Sous total Biens Médicaux	20 282	34 682
CSBM	**97 072**	**128 533**

Source : Comptes Nationaux de la Santé, 2001

Annexe 33 : Le médicament dans le périmètre de prise en charge

Le secteur du médicament apporte un éclairage intéressant sur la notion de périmètre de prise en charge à plus d'un titre. Les procédures d'inscription des spécialités pharmaceutiques paraissent relativement abouties. En outre, les médicaments présentent des caractéristiques propres lorsqu'on observe la formation des prix, le poids des volumes ou le taux de remboursement.

1) Les modalités d'inscription des médicaments : des procédures très abouties qui ne produisent pas encore tous leurs effets

Les médicaments remboursables sont certainement les biens de santé pour lesquels les procédures d'inscription au remboursement sont les plus abouties. Schématiquement, s'agissant des médicaments remboursables en ville[98], on distingue trois étapes :

a) L'autorisation de mise sur le marché

Les médicaments reçoivent une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée, soit dans le cadre d'une procédure européenne par l'Agence Européenne du Médicament située à Londres, soit dans le cadre d'une procédure nationale par le directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), après avis de la Commission d'AMM[99]. Celle-ci s'assure de l'évaluation de l'efficacité, de la sécurité et de la qualité des produits[100].

b) L'inscription au remboursement

Après obtention de l'AMM, le remboursement est conditionné par l'inscription sur une liste « positive » des spécialités pharmaceutiques remboursables[101]. L'initiative de la demande d'inscription revient à l'entreprise qui exploite la spécialité. L'inscription sur la liste, la détermination du taux de remboursement et des conditions de prise en charge résultent d'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de la Transparence dont le secrétariat est assuré par l'AFSSAPS.

Depuis le décret du 27 octobre 1999, l'inscription est fondée sur un critère de niveau absolu : le **service médical rendu** (SMR)[102]. Un médicament est inscrit au vu de l'appréciation du service

---

98 Les prix sont libres pour les médicaments d'auto-médication, les médicaments de prescriptions non remboursables (Viagra®, pilules contraceptives de 3ème génération) ou les médicaments vendus à l'hôpital.

99 Le vrai nom de la Commission chargée de l'AMM est *Commission prévue à l'article R.5140 du Code de la Santé Publique* mais tout le monde utilise l'expression Commission d'AMM.

100 Certains produits sont exonérés de cette procédure, notamment certains médicaments délivrés à l'hôpital et qui bénéficient d'une autorisation temporaire d'utilisation, certains médicaments homéopathiques qui bénéficient de la procédure d'agrément ainsi que les préparations *magistrales*, c'est-à-dire fabriquées directement par un pharmacien.

101 Dans certains pays, comme l'Allemagne, l'Espagne et le Royaume-Uni, les médicaments qui obtiennent une autorisation de mise sur le marché bénéficient d'une présomption de remboursement, sauf exclusion explicite par les pouvoirs publics.

102 4 niveaux de SMR existent de fait : **majeur ou important** ; **modéré** ; **faible mais justifiant néanmoins une prise en charge** et **insuffisant pour justifier une prise en charge collective**. Le niveau ***insuffisant*** n'est pas défini explicitement dans le décret mais ce dernier précise que "*les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste*" (des spécialités remboursables).

médical rendu qu'il apporte indication par indication (article R.163-3 du Code de la Sécurité sociale). Le SMR d'un médicament est apprécié par la Commission de la Transparence en tenant compte de son efficacité et de ses effets indésirables, de sa place dans la stratégie thérapeutique au regard, notamment, des autres thérapies disponibles, de la gravité de la pathologie à laquelle il est destiné, du caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement et de son intérêt pour la santé publique.

De plus, la Commission de la Transparence évalue **l'amélioration du service médical rendu** (ASMR) par un médicament en le comparant à d'autres produits déjà commercialisés[103]. Le critère d'**amélioration du service médical rendu** (ASMR) ou d'économie devient une condition négative d'inscription, c'est-à-dire qu'on ne pourra inscrire sur la liste des médicaments remboursables un médicament qui n'apporte ni ASMR ni économie dans le coût du traitement médicamenteux (article R.163-5 du Code de la Sécurité Sociale).

Le taux de remboursement est modulé (100%, 65% ou 35%), conformément au tableau suivant :

Taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire

Service médical rendu	***Pathologie grave***	***Pathologie sans caractère de gravité***
Majeur ou important	100% pour les médicaments particulièrement coûteux 65%	35%
Modéré ou faible	35%	35%
Insuffisant	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge

Les indications thérapeutiques des médicaments sont opposables et des restrictions d'indications sont possibles. Certains médicaments sont à prescription restreinte : ceux qui sont réservés à l'usage hospitalier ; ceux à prescription initiale hospitalière mais dont le renouvellement est possible en ville ; ceux nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.

L'inscription sur la liste des produits remboursables n'est pas définitive : elle est accordée pour une durée de 5 ans. A l'issue de cette durée, la procédure d'inscription doit être renouvelée et l'appréciation du service médical rendu effectuée à nouveau. Par ailleurs, la Commission de la Transparence peut être appelée à réévaluer le service médical rendu des produits, notamment lorsqu'une entreprise demande l'admission au remboursement d'un nouveau médicament de la même classe pharmaco-thérapeutique ou à même visée thérapeutique.

c) la fixation du prix.

Cette compétence des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie est déléguée au Comité économique des produits de santé (CEPS). Les prix sont fixés par convention après négociation entre chaque entreprise du médicament et le CEPS[104], au vu, notamment, de l'analyse de l'amélioration du service médical rendu par ce produit. La fixation des prix tient

[103] Les niveaux d'ASMR sont attribués par référence à un ou plusieurs produits d'une classe pharmaco-thérapeutique donnée. Ce sont donc des niveaux relatifs. Ils vont de 1 (avancée thérapeutique majeure) à 5 (pas d'amélioration par rapport aux produits de références étudiés, c'est-à-dire que l'efficacité clinique et la sécurité du produit étudié ne sont pas différentes de celles des produits existants.

[104] Outre la fixation du prix à l'occasion de l'inscription sur la liste des produits remboursables, des baisses de prix peuvent intervenir au cours du « cycle de vie » du médicament (en cas d'infraction aux règles régissant la publicité, sur le fondement du service médical rendu insuffisant ou dans le cadre du dispositif de sauvegarde en cas d'évolution de la dépense du médicament concerné incompatible avec les objectifs de l'année).

également compte des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de ventes prévus ou constatés ainsi que des conditions d'utilisation du médicament.

Dans ses grandes lignes, cette procédure est proche de celles en vigueur dans les autres pays européens. Les critères utilisés pour l'entrée dans le périmètre remboursable sont semblables à ceux retenus par la France : valeur thérapeutique du produit, sévérité de la pathologie, existence d'alternatives en matière de soins et coût du traitement, dans l'absolu ou au regard des thérapeutiques existantes). Sur le plan de la transparence, certains pays ont adopté le principe de listes négatives de médicaments non remboursés : Espagne, Luxembourg, Royaume-Uni, Suède, Allemagne (en projet). Par ailleurs, l'administration des prix n'est pas systématique : inexistante aux Etats-Unis, où les prix sont libres, elle est forte en France et Espagne, plus souple en Allemagne[105] ou Grande-Bretagne[106].

La principale caractéristique de cette procédure est **l'importance accordée à la notion de service médical rendu et d'amélioration du service médical rendu**, qui a largement guidé l'intervention des pouvoirs publics depuis la fin des années 1990 (cf. encadré ci-dessous).

Service médical rendu, taux de remboursement et prix des médicaments

Entre 1998 et 1999, la Commission de la Transparence a procédé à la réévaluation du service médical rendu de 4.490 spécialités pharmaceutiques. Ses résultats sont les suivants : 2.815 SMR majeur ou important ; 840 SMR modéré ou faible ; 835 SMR insuffisant. Fin 1999, la décision a été annoncée que les spécialités à SMR insuffisant seraient déremboursées en trois étapes, de 2000 à 2002. Elle n'a pas été mise en œuvre : entre 1999 et 2002, seule une première vague de baisse de prix ou de taux a concerné certains produits à SMR insuffisant. En particulier, en août 2000, le taux de remboursement de 150 spécialités à SMR insuffisant est passé de 65 à 35%. En avril 2003, une baisse de taux de remboursement de 65 à 35% a concerné 617 présentations de produits à SMR faibles ou modérés. En octobre de la même année, dans le cadre d'un nouveau plan triennal de déremboursement de 650 produits à SMR insuffisant[107], 84 médicaments jugés comme n'ayant plus leur place dans une stratégie thérapeutique ont été déremboursés. En décembre 2003 ,le taux de remboursement des produits homéopathiques est passé de 65% à 35% . Une nouvelle procédure de « dépôt de prix » doit permettre d'accélérer la mise à la disposition des patients en ville de certains médicaments innovants offrant une amélioration du service médical rendu cotée entre I et III . Le délai de mise à disposition d'un médicament en ville devrait ainsi être réduit.

Cette procédure souffre pourtant de certaines limites. Son champ n'est pas complet, puisqu'il n'intègre pas, par exemple, les médicaments hospitaliers, les produits homéopathiques ou les préparations magistrales.

En outre, le délai moyen de traitement des dossiers de demande d'admission au remboursement sont supérieurs à ceux prévus par le droit communautaire : 243 jours en moyenne en 2002 (135 pour les génériques), contre 180.

Aucune procédure de réévaluation régulière des médicaments remboursables n'est prévue, hors le cas des renouvellements d'inscription, tous les cinq ans.

Les indications thérapeutiques sont censées être opposables et les médecins qui veulent se situer en dehors du cadre de remboursement doivent le signaler sur l'ordonnance (sigle NR, non remboursable).

105 Prix libres sauf pour les médicaments faisant l'objet de groupes avec *tarif forfaitaire de responsabilité*.

106 Il existe un mécanisme de régulation des profits de l'industrie pharmaceutique.

107 En 2002, les remboursements de produits à SMR insuffisant représentent 1 Md€.

Ce dispositif est peu appliqué. Les restrictions d'indications sont peu utilisées et concernent une trentaine de spécialités[108].

Enfin, la connaissance de l'utilisation réelle des médicaments (par indications, posologie, durée de traitement, comportement de prescription et d'observance) et de son impact réel sur les patients reste imparfaite. Il s'agit pourtant d'un enjeu décisif, dès lors que 15% des prescripteurs assurent 50% de la prescription pharmaceutique en montant remboursé.

De fait, la régulation « à la française » privilégie, sauf exception (par exemple la campagne antibiotiques menée par l'assurance maladie), l'offre de médicaments et particulièrement l'administration des prix, au détriment des actions sur la demande. Les incitations sur les prescripteurs et les consommateurs ont essentiellement été mises en place autour du générique (droit de substitution des pharmaciens, accord caisses d'assurance maladie – généralistes sur la prescription de génériques, mise en place du tarif forfaitaire de remboursement).

2) Exemples étrangers de régulation des prescriptions pharmaceutiques par les *enveloppes déléguées*

La délégation d'enveloppes aux praticiens (capitation sur les prescriptions de médicaments) a été expérimentée notamment au Royaume-Uni (*General practice fund holding - GPFH*), aux Etats-Unis (capitations globales, y compris sur le médicament), en Allemagne (réforme de 1993) ainsi qu'en Nouvelle-Zélande (*Independant practice associations*)[109].

Ces mesures visaient à inciter les praticiens à s'orienter vers les prescriptions médicamenteuses les plus efficientes. Elles ont parfois produit des effets positifs significatifs à court terme (cas des *GPFH* notamment : réduction à la fois des volumes et des coûts unitaires des médicaments prescrits). Toutefois, ces expériences ont mis en évidence la très grande difficulté à maintenir à terme de tels modes de prise en charge[110]. En effet, la définition de budgets de prescription peut conduire à un rationnement, du fait notamment des évolutions exogènes du coût des médicaments (progrès technologique, évolution des prix unitaires)[111]. En pratique, la plupart des pays ont donc rapidement assoupli, et même souvent supprimé ces dispositifs. C'est le cas en Allemagne et au Royaume-Uni ; aux Etats-Unis, les budgets de médicaments sont en régression rapide, du fait notamment du refus des patients et des professionnels de santé[112].

3) La formation du prix des médicaments en ville : des prix administrés qui intègrent des coûts de distribution importants

---

108 Il s'agit notamment de vaccins, d'antibiotiques, d'anti-ostéoporotiques et de médicaments de la maladie d'Alzheimer.

109 Pour plus de détails, cf. COZZAROLO et *alii*, « *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères* », Inspection générale des finances, 2003.

110 Cf. LE GRAND et *alii*, *Learning from the NHS Internal market*, 1998, King's Fund.

111 Cf. MAJEED et *alii*, « Setting prescribing budgets in general practice », *BMJ*, 1998.

112 Cf. notamment ROSENTHAL et *alii*, « Transmission of financial incentives to physicians by intermediary organizations in California », *Health affairs*, 2002 ; BAUMGARTEN, « California managed care review 2002 », *California health care foundation*, 2002 ; CHERNEW and *alii*, « Pharmaceutical cost growth under capitation : a case study », *Health affairs*, 2000 ; ROBINSON, « Physician organization in California : crisis and opportunity », *Health affairs*, 2001.

Les prix du médicament remboursable sont administrés, comme ceux du tabac ou du livre. L'intervention des pouvoirs publics porte sur tous les éléments constitutifs du prix du médicament qui se décompose schématiquement de la manière suivante :

prix public toutes taxes = prix fabricant hors taxe + marge du grossiste-répartiteur + marge du pharmacien + taxe sur la valeur ajoutée.

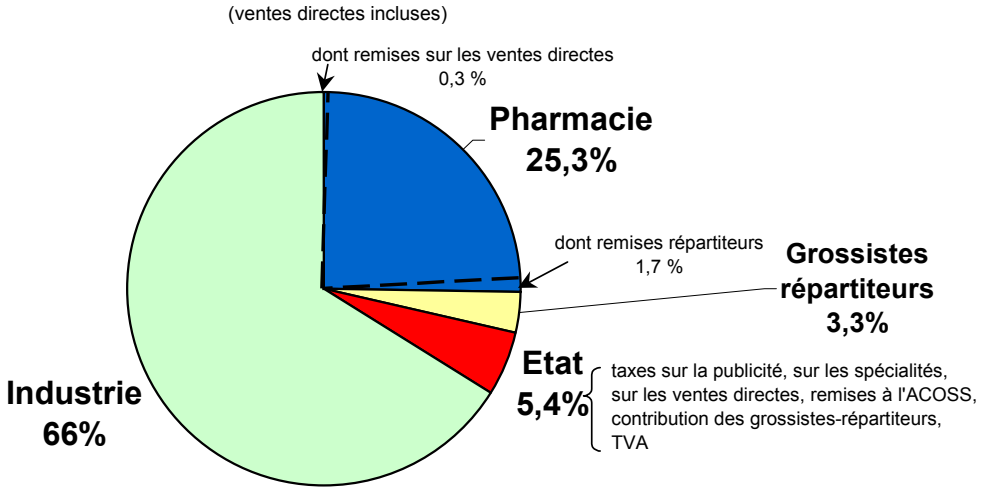
Le prix public toutes taxes d'un produit (PPTTC) est celui qui est affiché en pharmacie et payé par l'usager. Le prix fabricant hors taxe (PFHT) est le prix industriel, négocié entre le Comité économique des produits de santé et le laboratoire pharmaceutique producteur.

La marge du grossiste-répartiteur est dégressive : elle est égale à 10,74% du prix fabricant hors taxe pour la partie inférieure à 22,9 € et 6% au-delà[113].

La marge du pharmacien[114] comprend deux éléments : un forfait de 0,53 € HT par boîte de médicament vendue ainsi qu'une marge dégressive égale à 26,1% du PFHT pour la partie inférieure à 22,9 € et 10% au-delà. Pour des spécialités particulières (antirétroviraux, interférons, stupéfiants, médicaments d'exception, etc…), un forfait additionnel de 0,3 € par boîte est également prévu. Enfin, le taux de TVA applicable aux médicaments remboursables s'élève à 2,1%.

La structure du prix public du médicament remboursable en ville peut donc être présentée comme dans le diagramme ci-dessous :

Décomposition moyenne du chiffre d'affaires TTC* des médicaments remboursables dont homéopathie vendus par l'officine en 2002



Source : LEEM-CSRP

(*) Hors impôt de droit commun sur les sociétés

[113] L'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 accroît le plafond de la contribution sociale des grossistes qui passe de 2,17% à 2,70%.

[114] On compte environ 300 laboratoires pharmaceutiques, 12 grossistes-répartiteurs et 22 500 pharmacies officinales.

A titre de comparaison, la structure du prix public du médicament remboursable chez nos principaux partenaires s'établit au 1er trimestre 2001 conformément au tableau ci-dessous. On constate que les coûts de distribution (marge des grossistes et des pharmaciens) représentent 36% des prix de vente hors taxe. Ils se situent dans la moyenne de l'échantillon[115] mais pour des volumes de vente très supérieurs.

	point bas	France	point haut
prix fabricant	42%	64,22%	78%
marge grossiste	4%	9,7%	15%
marge pharmacien	21%	23,98%	36%
TVA	0%	2,1%	25%

Source IGAS/IGF/Conseil général des Mines, oct. 2002

La distribution pharmaceutique représente un poste de coût élevé, estimée selon les pays entre 21 et 36% environ du prix public TTC d'une spécialité pharmaceutique. Cette disparité est à relier à l'hétérogénéité des législations nationales et au cloisonnement des marchés pharmaceutiques. Les grossistes-répartiteurs assurent ainsi entre 70 % (au Royaume-Uni) et 95 % (en Espagne) de l'approvisionnement du circuit officinal, selon la part plus ou moins importante des ventes directes et des chaînes de pharmacies intégrées en amont, contre 77,7% en France (7,4% de ventes directes aux officines et 14,9% de ventes directes aux hôpitaux). De même, les pharmacies d'officine distribuent en moyenne 82% des ventes pharmaceutiques totales, avec toutefois des écarts allant de moins de 75 % au Royaume-Uni à près de 95 % en Belgique[116].

Dans de nombreux pays européens, la maîtrise de ce coût est recherchée, à travers la régulation des marges des distributeurs[117] et/ou le contournement du circuit traditionnel répartiteur-officine (développement des ventes directes, libéralisation du circuit officinal, importations parallèles[118], etc.). Ainsi, l'Italie permet depuis 2002 aux laboratoires de distribuer certains produits directement aux patients, tandis que le Royaume-Uni autorise d'ores et déjà la vente en ligne des produits OTC (*over the counter*, « *de l'autre côté du comptoir* », c'est-à-dire ne nécessitant pas une prescription médicale) inscrits sur la *General Sale List*[119].

4) Des prix traditionnellement peu élevés et des volumes importants : une spécificité française en voie de normalisation

La formation des prix du médicament se caractérisait traditionnellement en France par des prix se situant plutôt dans la moyenne basse des prix européens [120] . En revanche les volumes sont très importants.

---

115 L'échantillon est composé des pays suivants : Allemagne, Belgique, Espagne, Etats-Unis, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède.

116 Eurostaf, *La distribution du médicament en Europe*, février 2003.

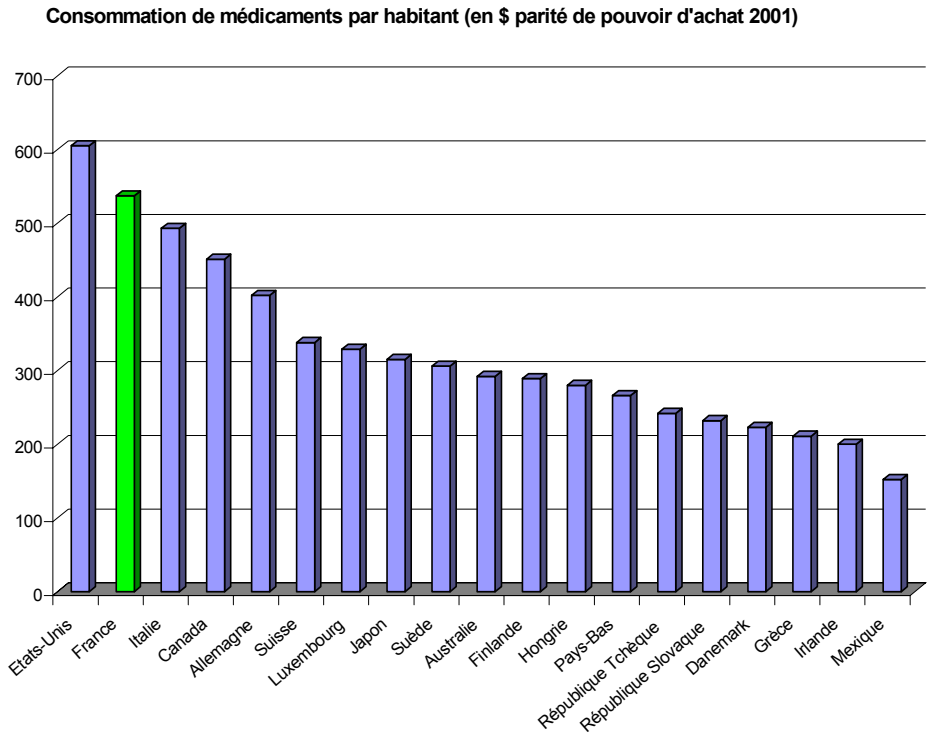
117 A l'exception du Royaume-Uni et des Pays-Bas.

118 La France et le Portugal, qui n'ont pas encore transposé la directive européenne sur les importations parallèles, sont fermés aux importations ; en Grande-Bretagne, celles-ci représentent 17% du marché ; en Allemagne, 7%, à la suite d'un accord entre les caisses et les pharmaciens en 2002.

119 Les marges de distribution sont de 12,5% en Grande-Bretagne contre 36% en France.

120 Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Conseil général des mines, *Mission interministérielle d'enquête sur la régulation de l'industrie et du marché du médicament*, octobre 2002.

La France figure au deuxième rang mondial de consommation de médicaments par habitant (537 $ PPA en 2001), derrière les Etats-Unis (605 $ PPA), soit près de deux fois plus qu'aux Pays-Bas, au Danemark ou en Irlande. Compte tenu de l'écart des prix avec les Etats-Unis, on peut affirmer que la France est au premier rang mondial de en volume de consommation de médicaments par habitant.



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

De plus c'est en France que **la part des dépenses de produits pharmaceutiques est la plus importante au sein de l'OCDE en pourcentage du PIB** (2%). En pourcentage du total des dépenses de santé, la France figure au deuxième rang (21% en 2001) derrière l'Italie (respectivement 22,3%)[121]. Elle constitue le quatrième marché mondial et le second marché européen après l'Allemagne. Cette situation résulte pour l'essentiel du niveau important des volumes, les prix français des produits se situant plutôt dans la moyenne basse des prix européens.

Les volumes consommés sont particulièrement importants en matière d'antibiotiques : la France est le premier consommateur en Europe. Elle consomme, dans le secteur ambulatoire, plus de trois fois plus d'antibiotiques que les Pays-Bas en dose quotidienne définie[122] : 32,9 contre 10. La même surconsommation relative se retrouve à l'hôpital. La France consomme également deux fois plus de vasodilatateurs et d'analgésiques, 2,5 fois plus de psychoanaleptiques et 3,5 fois plus de psycholeptiques que la moyenne des pays européens[123].

---

121 Source : OCDE, Ecosanté 2003 (3ème édition). A titre de comparaison, la dépense pharmaceutique représente entre 14 et 18% en Allemagne, en Autriche, au Canada, en Finlande ou au Japon et entre 10 et 13% aux Etats-Unis, en Irlande, aux Pays-Bas, en Suède ou en Suisse.

122 La dose quotidienne définie (*daily defined dose*) est une unité de mesure internationale employée dans les études d'utilisation des médicaments. Elle correspond à la dose moyenne par jour d'un médicament utilisé dans son indication principale chez un adulte.

123 Source : Ministère de la Santé.

Si les produits récents innovants sont tarifés au niveau des prix moyens européens, les produits anciens évoluent moins rapidement à la baisse que dans les autres pays. Malgré un niveau de prix plutôt bas, la France est, avec l'Italie, le pays où les revenus par habitant tirés d'une molécule internationale sont les plus élevés, après les Etats-Unis, mais devant l'Allemagne et la Grande-Bretagne[124].

Au total, cette politique d'alignement sur les prix européens pour les produits innovants et de moindre réactivité à la baisse des prix des produits anciens, dans un contexte de forte consommation, génère une charge importante pour l'assurance maladie[125].

Cette situation particulière témoigne de l'existence de rentes dans la tarification des biens et services de santé. Ce point est d'autant plus dommageable que 64% des dépenses pharmaceutiques remboursées portent sur des médicaments de plus de 9 ans d'ancienneté[126]. Les prix des produits des groupes génériques connaissent également des différences : en moyenne, le prix d'un générique est 20 à 30% moins cher que celui du princeps. Or, la mise en place du tarif forfaitaire de remboursement sur près de 70 groupes génériques en 2003 a conduit à une baisse des prix dans 75% des cas. Ce phénomène illustre également l'écart qu'il peut exister entre tarification administrée et formation des prix dans un cadre concurrentiel.

5) L'effet structure, une spécificité du marché du médicament

La croissance des dépenses remboursées est la résultante de plusieurs composantes :

- un effet quantité, lié à l'accroissement du nombre de boîtes de médicaments remboursées ;
- un effet prix, résultant des variations des prix unitaires ;
- un effet taux de remboursement, issu de la variation des taux moyens de remboursement par médicament calculé à structure constante;
- **un effet structure, prédominant**, lié à la modification de la répartition des prescriptions entre les différentes classes thérapeutiques (effet inter-classe) et au glissement, au sein d'une même classe, vers les produits les plus chers (effet intra-classe).

Décomposition des différents effets dans la croissance des remboursements

	2000	2001	2002
Croissance des remboursements	10,7%	8,6%	5,5%
Dont effet structure	6,0%	4,8%	4,2%
Dont effet quantité	4,3%	3,5%	1,8%
Dont effet prix	-0,2%	0,7%	-0,5%
Dont effet taux de remboursement	-0,3%	-0,5%	-0,1%

Source : CNAMTS, Medic'am, 2001, 2002 et 2003.

6) Le cas du médicament à l'hôpital

124 Eurostaf, *La formation du prix européen du médicament*, rapport d'étape 2002.

125 Cour des comptes, *rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002*.

126 CNAMTS, Médic'am, 2001.

Le circuit administratif et financier du médicament à l'hôpital est spécifique à plus d'un titre :

- parallèlement à la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux (en ville) évoquée ci-dessus, il existe une liste spécifique des médicaments agréés aux collectivités et divers services publics (à l'hôpital) arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de la Transparence ;

- certains médicaments peuvent être vendus sans autorisation de mise sur le marché[127]. Il s'agit des produits bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) à titre exceptionnel, soit pour des malades nommément désignés (ATU nominatives), soit pour un groupe de malades (ATU de cohorte)[128] ;

- les prix de cession des médicaments inscrits sur la liste des médicaments agréés aux collectivités sont librement négociés entre les hôpitaux et les laboratoires pharmaceutique, souvent en situation de monopole, dans le cadre de marchés ;

- la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments est de 100%, soit au titre de l'enveloppe hôpital soit au titre de l'enveloppe soins de ville pour les médicaments rétrocédés ;

- les médicaments à l'hôpital ne font pas l'objet d'un dispositif de réévaluation périodique, à l'image de ce qui est théoriquement possible ;

- la connaissance de l'utilisation des produits pharmaceutiques à l'hôpital est particulièrement faible (absence de codage)[129] ; des marges de progrès importantes en matière de gestion semblent ouvertes (codage, dispensation nominative, groupements d'achat inter-hospitalier, etc…).

Décomposition du chiffre d'affaires industriel (en millions de francs)

Année	CA ville remboursable	CA ville non remboursable	CA Hôpitaux	CA Total	*CA hôpital/CA total*
1996	70 050	***6 900***	**13 500**	90 450	**14,90%**
1997	72 400	***6 950***	**14 400**	93 750	**15,30%**
1998	76 400	***7 100***	**15 300**	98 800	**15,50%**
1999	81 400	***7 250***	**16 600**	105 250	**15,70%**
2000	88 600	***7 220***	**17 420**	113 240	**15,20%**
2001	94 970	***7 530***	**20 000**	122 500	**16,30%**

Source : LEEM

l'explosion de la rétrocession hospitalière en 2002[130].

La rétrocession hospitalière est la délivrance par une pharmacie hospitalière de médicaments non disponibles en officine de ville destinés à des malades ambulatoires. Ces médicaments ne sont pas alors financés sur dotation globale de fonctionnement mais payés directement par l'assurance maladie aux établissements de santé. On retrouve ainsi dans les soins de ville des dépenses générées pour

127 Lorsque la demande d'AMM est en cours de délivrance ou dès lors qu'un engagement de dépôt de demande d'AMM dans un délai déterminé a été pris par le laboratoire fabricant.

128 Les premières, au nombre de 26.833, concernaient 213 spécialités en 2000 ; les secondes, au nombre de 35, bénéficiaient à 59.089 patients. Près de 50% des ATU sont accordées pour des patients ambulatoires.

129 On ne connaît le nombre de boîtes vendues à l'hôpital.

130 Pour plus de détails voir à ce sujet les travaux publiés par la Direction des Statistiques et des Etudes de la CNAMTS : *Point de conjoncture*, n°9, janvier 2003 page 59 et *Point de conjoncture*, n°12, avril 2003, pp.22-23.

l'essentiel par des médecins hospitaliers. Entre autres produits coûteux rétrocédés en 2002 signalons Viraféron Peg® (traitement de l'Hépatite C) et Glivec® (traitement de la leucémie).

	Montant remboursé 2002	**Evolution 2002/2001**
Rétrocession hospitalière	1,0 Md€	+30,7%
Médicaments achetés en ville	13,4 Md€	+ 5,6%
Total Régime Général	14,4 Md€	+7,4%

Compte tenu du taux de progression de 30,7%, la rétrocession qui représente seulement 7% des remboursements en 2002 explique près de 2 points de l'évolution des dépenses totales de médicaments.

Ces spécificités font l'objet de nombreuses critiques, d'autant qu'elles jouent sur une dépense particulièrement dynamique[131], dont le montant dépasse 3,05 Md€ en 2001, dont près d'1 Md€ au titre de la rétrocession[132]. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dans son article 29, prévoit une procédure de type « dépôt de prix » pour les médicaments rétrocédés disposant une AMM.

131 Cour des comptes, *ibid*.

132 En 2002, avec une part de 15,7% dans les prescriptions remboursables et de 18,9% dans les prescriptions remboursées, la prescription hospitalière a contribué pour 38% à la croissance des dépenses remboursées de médicaments, soit 2,5 points sur les 6,7% de progression du poste.

Annexe 34 : La tarification à l'activité (T2A)

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) à partir de janvier 2004 pour le secteur hospitalier sous dotation globale et à partir d'octobre 2004 pour le secteur privé sous Objectif quantifié national. La tarification à l'activité est innovante par le mode de rémunération qu'elle propose des biens et services fournis par les établissements hospitaliers.

La réforme T2A s'appliquera aux champs médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pour l'hospitalisation et l'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi qu'à l'activité des services d'urgence, c'est-à-dire toute l'activité de court séjour des établissements hospitaliers publics et privés.

La T2A aura vocation à financer les coûts directement liés à l'activité ainsi que les coûts de structure. Le financement à l'activité devrait représenter :

- l'ensemble des ressources versées par l'assurance maladie obligatoire aux établissements privés ne participant pas au service public hospitalier ;
- 10%, en 2004, des ressources versées par l'assurance maladie obligatoire aux établissements publics et privés participant au service public hospitalier. Cette fraction a vocation à s'accroître progressivement. Le complément est versé sous la forme d'une dotation. Le mécanisme de la dotation globale hospitalière est maintenu pour 2004.
- Le financement à l'activité est composé d'un ensemble de tarifs par Groupes Homogènes de Séjour (GHS). Le principe est que tout séjour hospitalier est classé dans un et un seul GHS. Les GHS sont issus de :
    - 598 Groupes Homogènes de Malades (GHM) de la classification GHM du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information ;
    - 11 groupes de dialyse ;
    - 5 groupes d'interruption volontaire de grossesse ;
    - 2 groupes de soins palliatifs.

A ces GHS peut s'ajouter un forfait journalier de réanimation, des forfaits journaliers supplémentaires pour les séjours « extrêmes » (durées de séjour longues). L'essentiel des GHS est donc issu des GHM. On rappelle que les GHM ont été conçus à partir d'une classification médico-économique prenant en compte la pathologie, ainsi que la présence de facteurs influençant significativement le coût du séjour comme:

- certains actes chirurgicaux ;

GHM n°154 Pontages aorto-coronariens **avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie**
GHM n°155 Pontages aorto-coronariens **sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie**

- certaines complications ou comorbidités ;

GHM n°179 Infarctus aigu du myocarde **avec complications** cardio-vasculaires
GHM n°180 Infarctus aigu du myocarde **sans complication** cardio-vasculaire

- un âge élevé ;

GHM n°418 Diabète, **âge supérieur à 35 ans**
GHM n°419 Diabète, **âge inférieur à 36 ans**

- le décès s'il a eu lieu.

GHM n°180 Infarctus aigu du myocarde **avec décès**

Les tarifs des GHS sont construits à partir des coûts moyens de séjour observés sur un échantillon représentatif d'établissements pour le secteur sous dotation globale et à partir des montants moyens des factures pour la totalité des établissements sous objectif quantifié national.

Les GHS seront facturés par les établissements hospitaliers aux régimes obligatoires d'assurance maladie[133]. Les tarifs des GHS sont en principe des forfaits « tout compris », censés rémunérer les coûts associés au traitement, mais aussi les coûts de structure et de personnel. Toutefois, afin d'éviter que l'utilisation de tels forfaits ne nuise à la qualité des soins, certains médicaments et dispositifs médicaux implantables très onéreux seront facturés en sus du GHS.

Pour le secteur sous OQN, les tarifs des forfaits GHS sont fixés au niveau national et ajustés par établissement à l'aide d'un coefficient de transition dont la vocation est d'assurer la convergence vers le tarif national selon un calendrier fixé.

Pour les deux secteurs (OQN et DG), un coefficient de correction géographique permet de prendre en compte les contraintes financières liées à la localisation de l'établissement dans un nombre limité de zones géographiques.

L'innovation représentée par la T2A dans le mode de financement du panier de biens et services réside dans le caractère prospectif de la définition des tarifs. Le financement se fera en partie sur la base des coûts effectivement mis en œuvre, mais aussi sur la base de tarifs de prise en charge définis par avance.

[133] Pour le secteur sous OQN, dès octobre 2004 ; pour le secteur sous dotation globale, à partir du 1er janvier 2005 via l'Agence régionale de l'hospitalisation et à partir du 1er janvier 2006 en direct vers les caisses d'assurance maladie.

Annexe 35 : La classification commune des actes médicaux (CCAM)

La convention d'objectif et de gestion passée entre l'Etat et la CNAMTS en 1997 stipulait qu'une nomenclature unique des actes médicaux, destinée à se substituer à la liste des libellés de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) et du CDAM (catalogue des actes médicaux) serait élaborée et constituerait le support d'une nouvelle hiérarchisation et tarification des actes des professionnels.

1) Une méthodologie de valorisation des actes qui vise notamment à obtenir une grille pertinente du prix relatif des actes

En tant que nomenclature neutre et cohérente, la CCAM vise à établir, après hiérarchisation, la valeur de chaque acte en additionnant deux types de ressources mobilisées par le praticien pour réaliser l'acte :

- le prix du travail médical
- les charges financières qui lui incombent en propre (le coût de la pratique).

Evaluation du prix du travail médical

Le travail médical consiste à traduire la difficulté d'un acte. Il est mesuré par une méthode de hiérarchisation conduisant à un score exprimé en « points travail » évalué indépendamment de toute considération financière en se fondant sur la règle de l'art et sur le « patient habituel », c'est à dire le patient le plus fréquent pour un acte donné. Le travail médical est une combinaison de 4 composantes : *le stress, la durée de l'acte, la technicité et l'effort mental.* Les travaux de hiérarchisation de ce travail médical ont été effectuées en deux étapes : le travail médical de chaque acte a été évalué par rapport aux autres actes de la même spécialité puis des autres spécialités pour aboutir à une échelle unique du travail médical commune à tous les actes techniques des praticiens.

A l'issue de cette hiérarchisation du travail médical, le prix du travail médical est calculé en multipliant le score en points travail de chaque acte par la valeur en euros du point travail, identique pour toutes les spécialités : *le facteur de conversion monétaire*[134].

Evaluation du coût de la pratique

Le coût de la pratique recouvre les charges professionnelles des praticiens. Il est exprimé en euros par acte afin d'être intégré à l'honoraire. Pour chaque discipline, deux catégories de charges ont été distinguées :

- les charges *habituelles ou générales* (loyer, personnel, équipements habituels, prélèvements obligatoires, etc.. Elles sont réparties pour chaque acte au prorata du travail médical.
- les charges *supplémentaires* induites par la pratique de certains actes qui ne sont pas réalisés par tous les praticiens et qui nécessitent des investissements spécifiques coûteux. Ces surcoûts spécifiques évalués à partir de données recueillies auprès d'experts et de fabricants sont affectées directement à l'acte correspondant.

---

[134] Pour calculer ce facteur, il faut diviser le montant total en euros attribué au travail par la quantité totale de travail.

Les charges totales des différentes disciplines (composées des charges habituelles et des charges supplémentaires) ont été estimées à partir des données de la direction générale des impôts et d'enquêtes spécifiques.

La méthodologie de finalisation de la CCAM en vue de son usage tarifaire est actuellement en cours de validation technique.

2) Une méthodologie qui est susceptible, sous certaines conditions, d'être étendue à d'autres champs.

Comprenant plus de 7000 actes, la CCAM concerne aujourd'hui uniquement les actes techniques médicaux[135] et dentaires. Elle devrait être complétée par une différenciation des actes cliniques des médecins et devrait constituer, à terme, la première étape d'une classification commune des actes des professions de santé (incluant les actes des sages-femmes et des professions paramédicales).

La différenciation des actes cliniques des médecins est à l'étude avec une mise en œuvre prévue pour 2005. Toutefois, aucune étude complète permettant d'apprécier l'efficacité ou les difficultés de mise en œuvre de ces dispositifs n'est actuellement publiée. Le système québécois, le plus étudié, a montré néanmoins les risques de dérive à la hausse des consultations majorées et la nécessité d'un contrôle important pour limiter cette dérive.

[135] A l'exception des actes d'anatomopathologie

Annexe 36: L'iatrogénèse

(Extrait du rapport de Jacques Massol pour la préparation de la loi quinquennale sur la santé publique)

1) Présentation

La iatrogénie englobe l'ensemble des événements indésirables consécutifs à l'action médicale. Selon la loi du 4 mars 2002, ces événements sont dénommés "accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales[136]".

Du fait de la fréquence, de la gravité, et du coût de la iatrogénie, sa prévention est une priorité de santé publique dans de nombreux pays dont la France,

S'inscrivant à la fois dans le domaine de la qualité des soins et dans celui de la sécurité sanitaire, la iatrogénie, mérite d'autant plus de considération qu'elle est, en bonne partie évitable et que sa prévention ne bénéficie pas encore pleinement des applications possibles de la science des dangers.

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

D'après les études des centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV), les seuls événements iatrogènes médicamenteux représentent plus de 3% des motifs d'hospitalisation et touchent environ 10% des personnes hospitalisées en service de court séjour. Un tiers de ces derniers sont graves, conduisant au décès dans 9% des cas. Quant aux infections nosocomiales, elles sont présentent chez 6 à 10% des personnes hospitalisées "un jour donné" et conduiraient à un nombre de décès compris entre 7000 et 10 000 par an.

Aux USA, les erreurs médicales seraient à l'origine de 44 000 à 98 000 décès par an, représentant entre la 6ème et la 8ème cause de mortalité toutes causes confondues. Une part conséquente de ces erreurs est responsable de handicap définitif (2,6% dans la Harvard Medical Medical Practice Study, 1991).

Le coût de la iatrogénie est considérable.

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

2) Epidémiologie

a) données françaises :

Le risque iatrogène global:

Etude ERI :

---

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

On ne dispose pour l'instant que d'une enquête préliminaire de faisabilité réalisée dans les établissements de santé de la région Aquitaine en 2002 à la demande de la DGS de la DHOS et financée par la DREES. Cette étude a identifié 241 événements iatrogènes chez 174 patients sur un échantillon de 778 patients hospitalisés. Environ la moitié des événements étaient considérés comme inévitables. Quarante pour cent des événements étaient survenus avant l'hospitalisation.

Ces résultats sont cependant difficilement extrapolables à l'échelon national en particulier du fait que l'étude visait moins à déterminer une prévalence qu'à comparer les performances de 3 méthodes d'enquête du risque iatrogène évitables.

Certificats de décès :

En 1997, une étude de l'INSERM (SC-8) sur la fréquence des décès de cause iatrogène à partir des certificats de décès a recensé 3600 décès iatrogènes de causes immédiates (0.7% de la mortalité) et 10 000 si l'on totalise causes immédiates et associées. (les décès par IN ne sont pas comptabilisés).

Risque iatrogène médicamenteux a fait l'objet de plusieurs enquêtes épidémiologiques dont 2 enquêtes nationales coordonnées par les Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) et une étude de l'APNET.

L'étude de prévalence des CRPV réalisée en 1997[137] concernait la iatrogénie médicamenteuse hospitalière : 221 des 2132 patients hospitalisés présentaient un effet indésirable médicamenteux le jour de l'enquête, soit une prévalence de 10,3% [IC 95% : 8,7-11,9] ce qui, par extrapolation, conduisait à estimer à 1 300 000 le nombre de patients présentant chaque année un effet indésirable médicamenteux en cours d'hospitalisation. Un tiers des événements étaient considérés comme graves. 5,3% des événements étaient dus à un mésusage de médicament.

L'étude d'incidence des CRPV réalisée en 1998[138] concernait les hospitalisations dues à un effet indésirable et portait sur une période d'observation de 14 jours : 100 des 3137 entrées étaient dues à un effet indésirable d'un médicament, soit un taux d'incidence de 3,19% [IC 95% : 2,37-4,10]

L'APNET a réalisé une enquête nationale transversale « un jour donné » sur la iatrogénie, dans 26 CHU français, en juin 1990 (non représentative de la situation hospitalière). Cent neuf événements iatrogènes étaient identifiés dans une population de 1733 malades hospitalisés, soit une prévalence de 6,28%[139]. La moitié des événements étaient considérés comme graves.

Risque anesthésique et péri-opératoire :

En 1980, une enquête de l'INSERM sur 13 000 anesthésies mettait en évidence 6500 décès dans les 24 h suivant une intervention (soit 0,2% des actes).

En 1996, alors qu'une étude réalisée par la SFAR et l'INSERM montrait une augmentation régulière du nombre des anesthésies par habitant entre 1980 et 1996 et parmi celles-ci une augmentation du nombre de patients anesthésiés atteints de pathologie grave, les chiffres fournis par le GAMM (assureur de plus de la moitié des anesthésistes) permettait de conclure à une diminution régulière des accidents et des décès dus à l'anesthésie entre 89 et 98.

---

137 Imbs JL , Pouyanne P, Haramburu F et al. Iatrogénie médicamenteuse : estimation de sa prévalence dans les hôpitaux publics français Thérapie 1999, 54 : 21-27

138 Pouyanne P, Haramburu F, Imbs JL et al. Drug related hospital admissions : an incidence study in French public hospital medicl departments 6th annual meeting of the European Society of pharmacovigilance, Budapest, sep 27-28, 1998

139 Queneau P, Chabot JM, Rajaona H et al. Iatrogénie observée en milieu hospitalier. A propos de 109 cas colligés à partir d'une enquête transversale de l'APNET. Bull. Acad. Méd., 1992 , 176 (4) : 511-529

Risque iatrogène en réanimation :

Une étude prospective multicentrique internationale en pays francophones d'Europe (France, Belgique, Suisse) menée sur 2 mois dans 22 services de réanimation (étude coordonnée par Dhainaut JF, et Soufir L., transmise à la DGS en dec 99) a montré la présence d'au moins une complication iatrogène chez 15,30% des patients (18,2% des complications étaient qualifiées de majeures, 47,8% modérées et 34% mineures). Sur 99 patients ayant présenté une complication iatrogène et décédés, le décès était directement ou indirectement relié à la complication pour 13 patients (13%)

Infections nosocomiales : deux enquêtes nationales de prévalence ont été effectuées en 1996 et 2001 (tableau 1). Des enquêtes d'incidence en continu sont organisées par les Centres inter-régionaux de coordination de la lutte contre les IN (CCLIN).

Tableau 1 : Enquêtes de prévalence de 1996 et 2001

Etudes	Nombre de patients	prévalence
Enquête nationale de 1996	230 000 (77% hospitalisations publiques)	8%
Enquête nationale de 2001	305 656 (78% des hospitalisations publiques)	6,9%

Infections nosocomiales en chirurgie (infections du site opératoire) : une analyse rétrospective des données des années 1999 et 2000, réalisée dans le cadre du réseau national d'alerte d'investigations et de surveillance des IN (RAISIN) montre que 2% environ des 162151 interventions étudiées se compliquent d'une infection du site opératoire (de 1% pour le groupe d'interventions à faible risque d'infection chez les patients avec peu d'antécédents médicaux, à près de 16% en moyenne pour le groupe d'interventions à risque élevé d'infection, chez les patients les plus fragiles). L'infection du site opératoire représente environ 10 à 15% des IN.

Infections nosocomiales en réanimation : il n'y a pas encore de données nationales, mais des études portant sur un nombre significatif d'établissements impliqués dans la surveillance ont été publiées. Ainsi, 22% des patients admis en réanimation développent une infection. Les IN les plus fréquentes sont les infections urinaires et pulmonaires (données CCLIN Sud-Est, BEH 5/99).

Gravité des IN : les IN seraient responsables d'une Prolongation de durée de séjour de 6 à 20 jours et de 7000 à 20000 décès/an.

Evitabilité : d'après les estimations du NHS, 15% des IN seraient évitables.

b) données étrangères

Le risque iatrogène global:

L'estimation globale du risque iatrogène chez des malades hospitalisés repose essentiellement sur 5 enquêtes épidémiologiques rétrospectives effectués sur revue de dossier médical et font état de chiffres variables allant de 3,7 à plus de 16% d'événements iatrogènes dits graves, dont 30 à plus de 50% seraient évitables.

Avec les réserves qui doivent être émises à l'égard des comparaisons des chiffres issus des études épidémiologiques, la France se situe probablement, en termes de fréquence et de gravité des événements indésirables, à un rang comparable à celui des pays développés qui ont fait de la iatrogénie ou de l'erreur médicale une priorité de santé publique.

Tableau 2 :Etudes internationales sur la iatrogénie globale

Etudes épidémiologiques rétrospectives	Nombre de dossiers	Proportion d'hospitalisation pour événements indésirables %	Proportion d'événements indésirables évitables	Proportion d'événements ayant conduit à un décès
HMPS/NY Brennan et al, 1991[13] (USA :New York)	30195	3,7	27,6	13,6
QAHCS Wilson et al, 1995[15] (Australie)	14179	16,6%	51,2	4,9
UTCOS Thomas et al, 2000[14] (USA : Utah et Colorado)	15565	2,9	27,5 (Colorado) 32,6 (Utah)	6,6
Vincent C et al, 2001[16] (Grande Bretagne)	1014	10,8	48,0	8,0
Schioler et al, 2001[140] (Danemark)	1067	9	40,4	6,1

Aspects spécifiques de la iatrogénie

Les taux d'incidence des événements iatrogènes médicamenteux conduisant à une hospitalisation relevés par les CRPV en 1998 (3,19%) se situent dans la moyenne de ceux décrits dans la méta-analyse d'Einarson en 1993 d'après les données publiées internationales (2 à 8%)[141].

De même, pour les infections nosocomiales, la prévalence mise en évidence par l'enquête nationale de 1996 (8%) était similaire à ce qui est observé dans les autres pays comparables (5 à 12%) mais la résistance aux antibiotiques était plus fréquente en France que dans les autres pays européens, notamment les pays d'Europe du nord (Danemark, Pays-Bas, Allemagne).

Concernant les infections du site opératoire, et sans pouvoir effectuer de réelle comparaison, les taux de 2% relevés en France sur 162151 interventions en 1999-2000 (c.f. supra) peuvent être rapprochés du taux global d'infection du site opératoire de 4,4% sur un total de 13776 opérés des données anglaises de 1997 et 1998.

3) Propositions

a/ Améliorer la connaissance des événements iatrogènes

Pour cela, il convient de :

140 Schioler T, Lipczak H, Pedersen BLet al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records Ugeskr Laeger 2001; 163 : 5370-8

141 Einarson TR. Drug retated hospital admissions. Ann Pharmacother 1993 ; 27 : 832-40.

- constituer des bases de données des événements iatrogènes et de leurs causes à partir de toutes les informations disponibles. La base devrait être constituée à l'échelon local, régional et national [à l'image de celle sur les risques industriels et environnementaux (BARPI)], le type d'événement devant remonter aux différents échelons devant être défini auparavant.
- la base pourrait être constituée à partir des données :
- des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation prévues par la loi du 4 mars 2002 ;
- l'ensemble des systèmes de déclaration obligatoire ayant trait aux accidents iatrogènes qui devraient être croisées (Vigilance, IN, certificat décès…) ;
- de celles issues des démarches de type retours d'expérience (REX) actuellement en expérimentation dans certains établissements ainsi que du système de déclaration obligatoire des affections iatrogènes, accidents médicaux et infections nososomiales (c.f. infra).
- entreprendre régulièrement une étude épidémiologique nationale sur le risque iatrogène global (tous les 3 à 5 ans).

b/ Faciliter la déclaration obligatoire et l'analyse des évènements iatrogènes

- Une déclaration obligatoire des affections iatrogènes, accidents médicaux et infections nosocomiales est prévue par la loi du 4 mars 2002 (en attente de décret). Pour que cette déclaration soit utile pour la prévention et acceptable pour les déclarants, il convient de lui donner un cadre qui facilite une approche non punitive et facilite sa mise en œuvre et son appropriation.

Pour qu'elle soit utile, il convient de :

- définir le champ complémentaire que pourrait couvrir cette déclaration par rapport à celui couvert par les déclarations existantes (événements iatrogènes graves et évitables non pris en compte par les déclarations existantes).
- organiser la déclaration afin qu'elle soit analysée par des des pairs compétents ;

Pour qu'elle soit acceptable, il convient :

- d'organiser une concertation avec les représentants des médecins (URML, Syndicats hospitaliers) afin de trouver des mesures incitatives pour la déclaration (anonymat ? impunité ? effet sur les cotisations d'assurance ? etc.) ;
- d'apporter les garanties nécessaires aux déclarants pour qu'elle soit utilisée à des fins de prévention et non de punition ;

Les déclarations devraient être effectuées à partir des travaux d'analyse des commissions de mortalité/morbidité et de groupes de pairs et de tout autre type de méthode de retour d'expérience. Il convient donc d'assurer la confidentialité de ces travaux.

c/ Tirer partie des événements iatrogènes en pratique clinique.

Les établissements de santé doivent être encouragés à mesurer, à surveiller et à prévenir les événements iatrogènes dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Ceci n'est possible qu'avec l'adhésion forte des médecins cliniciens et des équipes de soins, réunis dans l'état d'esprit de la recherche de "l'erreur utile" et non dans le celui, plus habituel de la crainte du jugement et de la sanction, Pour que ces démarches se réalisent, elles doivent être financées et le temps médical passé à cette activité doit être reconnu et valorisé. Parmi les incitations citons l'inscription de ces projets dans les contrats d'objectifs des établissements et comme critère à satisfaire dans le processus d'accréditation.

Les organisations qui se prêtent à cette approche sont différentes selon les conditions d'exercice, citons

En établissement de santé :

- organisation des réunions de service pour analyser méthodiquement les événements iatrogènes avec les outils appropriés (formation des équipes au « root causes analysis »).
- mise en place de commission de morbidité mortalité (par exemple en reprenant les cas ayant donnée lieu à contentieux) à l'échelon transversal
- développement de structures de gestion du risque clinique, animées par des médecins ou des soignants formés à la méthodologie de gestion des risques.

En médecine de ville : utilisation de la méthode de groupes de pairs centrés sur les événements iatrogènes rencontrés par les participants, par exemple, à l'occasion des réunions de FMC ; autre proposition : centrer prioritairement l'évaluation des pratiques professionnelles organisée par l'ANAES et les URML sur les pratiques professionnelles qui occasionnent la plus grande survenue d'événements iatrogènes dans la discipline exercée.

Les modalités de transmission des données permettant de tirer partie des événements iatrogènes aux professionnels et aux tutelles doivent être prévues et organisées.

d/ Promouvoir des actions régionales de prévention d'événements iatrogènes déjà connus :

Sans attendre que l'épidémiologie de la iatrogénie soit mieux connue et que les démarches de gestion du risque médical soient généralisées, il est souhaitable de réaliser des actions de prévention sur des événements iatrogènes déjà bien identifiés, dont on connaît la fréquence, la gravité et l'évitabilité (par exemple, chutes d'origine iatrogène chez les personnes âgées). Pour ce faire, l'unité de lieu la plus appropriée est la région. Ces actions pourraient être promues en laissant aux régions le choix de ses priorités sur la base d'indicateurs régionaux ou à défaut sur :

- les événements indésirables répertoriés par les compagnies d'assurance comme étant à l'origine des contentieux et des dommages les plus fréquents et les plus graves dans la région,
- des populations vulnérables (sujets âgés, enfants…)

e/ Articuler les interventions au niveau régional, national et international

Pour pouvoir élaborer et mener une politique de lutte contre la iatrogénie, il est indispensable de disposer d'un espace régional et national permettant de croiser les données parcellaires et dispersées de notre système actuel avec celles issues des bases de données qui sont entrain ou vont prochainement pouvoir se constituer (cf. supra).

L'idéal serait de pouvoir regrouper les structures régionales existantes (CLIN régional, CRPV, autres vigilances) au sein d'une structure unique de coordination du risque iatrogène en mettant à profit les compétences de chacun des professionnels travaillant dans ces structures.

Créer une structure nationale : Haut Comité de Lutte Contre La Iatrogénie, (ou Centre National de la Sécurité des Patients), chargée d'élaborer une politique nationale, associant les représentants de la DGS, DHOS, des agences, de l'INSERM, des organismes d'assurance maladie, des représentants des professionnels de santé et des usagers.

Entamer une coopération sur le thème de la maîtrise du risque iatrogène global avec les structures internationales chargées de la sécurité des patients (par exemple : *National Patient Safety Foundation* en Grande Bretagne, *Center for Quality Improvement and Patient Safety* aux USA, instances européennes (DgSanco).

f/ Améliorer la formation des professionnels de santé à la maîtrise du risque iatrogène

- Inscrire la maîtrise de la iatrogénie dans le programme de toutes les formations initiales et continues des professions de santé et organiser une formation initiale graduée à la maîtrise du risque iatrogène (allant d'une sensibilisation en premier cycle à une formation pratique et spécialisée selon le type d'exercice) en prévoyant une partie de formation transprofessionnelle ;
- Développer des enseignements pilotes avant de les généraliser (ex: séminaire de 2ème cycle de l'enseignement initial en médecine) ;
- Partager des outils pédagogiques (banque de cas cliniques par exemple) ;
- Développer la formation spécialisée à la gestion des risques (DIU) ;
- Former des formateurs par exemple sur un outil standardisé d'analyse des causes des événements iatrogènes.

g/ Se donner les moyens d'une pratique médicale sécurisée

Pour sécuriser la pratique médicale, deux types d'actions complémentaires pourraient être engagées :

- actions d'amélioration de l'information des médecins sur les bénéfices et risques des actions médicales à risque (FOPIM, banques de données informatisées)
- développement et diffusion de l'outil informatique (aide à la prescription, aide à la décision, informatisation du circuit du médicament, dossier médical partagé) qui fait partie des mesures ayant le mieux démontré leur capacité à réduire les erreurs médicales [c.f. rapport récent de l'UCSF Standford Evidence Practice Center (EPC) Coordination Team sur le site de l'AHRQ].

h/ Encadrer les pratiques médicales "à risques"

- Qualification et formation requise
- Définition et vérification des conditions techniques nécessaires
- Elaboration de recommandations de bonne pratiques (ANAES)

i/ Renforcer les données de tolérance et encadrer les produits de santé "à risques"

- Renforcer les demandes de données de tolérance en pré et post AMM pour les produits à risque potentiel avéré (en particulier dans les populations fragiles) ;
- Assujettir la prise en charge des produits à risques à la réalisation d'études en conditions réelles d'utilisation (clause Etat-industrie) au moment du passage au Comité Economique des Produits de Santé ;
- Utiliser les mesures d'encadrement pour les produits "à risque" sérieux (usage réservé ou statut d'exception).

j/ Eduquer les usagers au bon usage des soins

Mobiliser les patients pour en faire des acteurs de la prévention : la loi du 4 mars 2002 a fixé les droits des patients. Il importe à présent de fixer leurs devoirs (signaler à son médecin les médicaments consommés y compris en automédication, faire part à son médecin de son degré d'observance, signaler

au pharmacien les médicaments de prescription suivis en cas d'achat d'automédication, éviter le nomadisme médical, etc.) Pour ce faire, on citera :

- Campagne d'éducation grand public (INPES)
- Education thérapeutique des patients
- Formation scolaire de proximité

Améliorer l'information grand public : la perception sociale du risque iatrogène est décalée par rapport à la perception médicale. Ce décalage est en bonne partie favorisé par une information médiatique tronquée et alarmiste. Une meilleure formation des journalistes et une charte éthique de l'information journalistique sur le risque iatrogène devraient être discutées.

k/ Susciter la recherche

Favoriser les recherches en sciences des dangers dans le domaine de la santé (création de laboratoires de recherche, appels d'offre de projets de recherche, bourses de recherche).

Annexe 37 : Le contrôle du respect du périmètre de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

Une définition rigoureuse du périmètre de prise en charge par l'assurance maladie n'a d'intérêt que si des outils efficaces permettent de s'assurer de son respect.

1) Un repli progressif de l'outil de contrôle *a priori* qu'est l'entente préalable.

La procédure d'entente préalable (EP) a pour objet de permettre le contrôle *a priori* par le service du contrôle médical de l'opportunité médicale de certains actes ou prestations et à assurer le respect des conditions posées au remboursement (indications thérapeutiques notamment).

Cette procédure a fait l'objet de nombreuses critiques de la part des patients, des professionnels de santé et des pouvoirs publics portant sur sa complexité et sa relative inefficacité. En particulier, il convient de noter que :

- la part du contrôle des EP dans l'activité du service médical de l'assurance maladie obligatoire est jugée trop importante, notamment par la CNAMTS, au regard des autres activités dont il est chargé. Ainsi, les praticiens conseils chirurgiens-dentistes de la CNAMTS auraient consacré, avant les réformes récemment introduites, jusqu'à 75% de leur temps au contrôle des EP. En 2000, on estimait à **37,7 millions** le nombre d'EP reçues chaque année par le service du contrôle médical (avec une prédominance des actes en série –kinésithérapie et soins infirmiers),
- compte tenu de son importance quantitative, le mécanisme de l'EP qui repose sur des accords tacites nuit à l'efficacité des actions ultérieures de contrôle des professionnels dans la mesure où, selon la Cour de cassation, le service du contrôle médical ne peut plus contester la nature ou la cotation d'un acte médical au cours d'un contrôle a posteriori dès lors que cet acte a fait l'objet d'une EP, même accordée de manière tacite et sans examen véritable,
- pour être applicable à un large champ d'actes, l'EP doit être donnée très vite et nécessite alors une forte mobilisation de moyens,
- l'absence de motivation des refus d'EP leur donne un caractère arbitraire aux yeux des assurés.

Plusieurs réformes sont intervenues depuis 1999 afin de supprimer certains cas d'EP inutiles ou obsolètes, de simplifier et harmoniser cette procédure et enfin d'améliorer son ciblage (cf. loi de financement pour 2002[142]). L'EP n'est en effet susceptible d'être efficace que si elle s'applique réellement à une minorité de cas. Les textes d'application de la loi de financement pour 2002 n'ont cependant pas été publiés à ce jour et le toilettage des nomenclatures d'actes n'a pas été entrepris (sauf sur le champ des actes prothétiques dentaires hors actes d'orthopédie dento-faciale).

---

[142] Désormais l'entente préalable est recentrée sur les prestations dont :
«- la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;
- la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;
- le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie. »

2) La limitation du remboursement aux médicaments prescrits dans certaines indications illustre les difficultés rencontrées pour la mise en place d'outils de contrôle *a posteriori*

Les indications de l'AMM correspondent aux indications thérapeutiques figurant dans le résumé des caractéristiques d'un produit. Tout médecin a la liberté de prescrire hors AMM. Mais dans ce cas le médicament n'est pas pris en charge pas la sécurité sociale et n'est donc pas remboursé. De plus, pour certains médicaments, l'arrêté d'inscription ne retient pour le remboursement que certaines des indications de l'AMM.

a) Lorsque le médecin prescrit une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie, il doit le signaler sur l'ordonnance par la mention NR (non remboursable) portée à côté de la dénomination de la spécialité. L'impact de cette réglementation semble cependant très limité car, en l'absence de cette mention par le prescripteur, les caisses d'assurance maladie ne peuvent s'assurer de la pertinence des prescriptions que dans le cadre d'enquêtes réalisées *a posteriori* et non exhaustives. De plus, il était originellement prévu que les comités médicaux régionaux (CMR)[143] soient saisis par le service du contrôle médical pour prononcer des sanctions financières à l'encontre des auteurs de prescriptions irrégulières. Mais cette procédure a été fortement contestée par les professionnels de santé et les CMR ont été supprimés.

b) La procédure des médicaments d'exception mise en place en 1994 concerne certains médicaments particulièrement coûteux et d'indications précises. Elle a notamment pour objectif de s'assurer que ces médicaments ne seront pas pris en charge dans des indications plus larges pour lesquelles leur prise en charge serait injustifiée. Cette procédure se caractérise par l'établissement par la commission de transparence d'une fiche d'information thérapeutique (qui reprend les indications admises au remboursement et opposables aux prescripteurs et précise les conditions dans lesquelles ces médicaments doivent être prescrits) et une procédure de prescription spécifique (réalisée sur une ordonnance spéciale par laquelle le prescripteur atteste qu'il a respecté les indications de la fiche d'information thérapeutique). Un bilan de la procédure a été effectué par le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale. Il en ressort que peu de dérives en termes de prescription sont observées même si ponctuellement le taux d'ordonnances incorrectement remplies peut atteindre 6% pour certains produits. En revanche, de nombreuses anomalies apparaissent en termes de délivrance (formulaire incorrectement rempli par le pharmacien dans deux tiers des cas) et le volet destiné au contrôle médical ne lui parvient que dans 10 à 20% des cas. Le contrôle médical peut toutefois effectuer un contrôle sélectif sur ces spécialités grâce au codage des médicaments.

---

143 Composés de deux représentants des URML exerçant à titre libéral, de deux médecins conseils et du médecin inspecteur régional qui en assurait la présidence, les CMR se prononçaient sur la matérialité des faits et les sanctions financières susceptibles d'être prises à l'encontre des professionnels en cas de :

- non respect des règles d'établissement des feuilles de soins et des ordonnances destinées aux assurés reconnus atteints d'affections de longue durée,
- non respect des règles de prescription de médicaments en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie
- non respect des conditions de prise en charge des frais de transport
- non respect des conditions prévues pour l'obtention d'indemnités journalières.

L'avis rendu par les CMR s'imposait aux caisses d'assurance maladie et aux professionnels concernés. Le montant des sanctions financières pouvait aller jusqu'au remboursement à la caisse de la dépense supportée par alle, au titre des actes et des prescriptions irréguliers.

3) Le protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES), outil de contractualisation entre les médecins traitants et les médecins conseils, devrait permettre un suivi effectif des patients en ALD.

Le PIRES constitue, avec l'ordonnancier bizone, le principal support en vigueur dans le dispositif de l'exonération du ticket modérateur. Pour effectuer une demande d'exonération du ticket modérateur dans le cadre d'une ALD, le médecin traitant utilise le PIRES qu'il adresse au médecin conseil avec l'accord du patient. Dans le cadre du PIRES, il doit fournir des éléments de diagnostic et de pronostic de nature à justifier l'admission en ALD et proposer un projet thérapeutique que le médecin conseil valide, éventuellement après concertation. En permettant une discussion entre le médecin conseil et le médecin traitant sur les conditions de prise en charge des longues maladies, le PIRES constitue donc potentiellement un outil fort d'encadrement des pratiques. Depuis un arrêté du 7 mars 2002, le PIRES comporte un volet destiné au patient, l'informant du périmètre précis de la prise en charge à 100% au titre de l'ALD et précisant le projet thérapeutique et le suivi envisagé.

En 1997, la Cour des Comptes a cependant critiqué cet outil en soulignant notamment :

- le taux très élevé de PIRES mal remplis et inexploitables par le contrôle médical (une étude menée par la CNAMTS et publiée dans la revue d'assurance maladie de mars 1996 aboutissait à un taux de 40%, les principaux défauts étant constatés étant l'insuffisance de précisions dans la preuve de l'affection et dans la description du projet thérapeutique),
- les durées élevées accordées en admission et parfois sans rapport avec les recommandations du haut comité médical de la sécurité sociale.

Enfin le PIRES ne lie que ses signataires et non les autres médecins que le patient consulte de sa propre initiative.

4) Les procédures de contrôle *a priori* par les assureurs aux Etats-Unis

Le contrôle *a priori* sur les renvois à l'hôpital et chez les spécialistes[144]

A la suite de l'envolée des primes d'assurance dans les années 1980, principalement en raison de l'augmentation des coûts hospitaliers, les organisations de *managed care* se sont développées aux Etats-Unis à partir du début des années 1990. Les principaux instruments de réduction de coûts mis en œuvre par les assureurs pratiquant le *managed care* sont le conventionnement sélectif des producteurs de soins, le paiement à la capitation, le *gatekeeping*, (c'est-à-dire le passage par un médecin de premier recours qui adresse ensuite si nécessaire le patient à un médecin de seconde intention), le recours autant que possible au secteur ambulatoire plutôt qu'à l'hôpital, et le contrôle *a priori* (*preauthorization programs* / *utilization management* / *utilization review*).

Le *utilization management* (UM) consiste à imposer aux praticiens du secteur primaire (médecins généralistes essentiellement) de recueillir l'accord préalable de l'assureur avant d'engager des soins coûteux et/ou complexes, notamment en cas de renvoi à des spécialistes ou à l'hôpital. Concrètement,

---

144 Les développements qui suivent s'inspirent notamment de BERENSON et ZELMAN, *The managed care blues and how to cure them*, Georgetown university press, 1998, et COZZAROLO et *alii*, *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, IGF, 2003.

l'UM consiste pour les sociétés d'assurance à mettre en place des équipes (médecins et personnels infirmiers) répondant, par écrit ou par téléphone, aux demandes d'autorisation adressées par les médecins traitants. Les assureurs peuvent ainsi s'assurer si la prescription peut être considérée comme « médicalement nécessaire ». Chez certains assureurs, toutes les admissions à l'hôpital doivent passer par une telle revue *a priori*, et la pertinence du maintien à l'hôpital est également examinée périodiquement. En pratique, l'UM est toujours associée à des dispositifs de *gatekeeping*.

La volonté des assureurs de contrôler étroitement les comportements de recours (*referrals*) aux soins secondaires se fondait notamment sur le constat de grande hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes en la matière. Une littérature abondante a mis en évidence cette hétérogénéité et a illustré que, si des facteurs explicatifs pouvaient être isolés[145] (les relations du médecin généraliste avec des spécialistes, l'éventuel éloignement des structures hospitalières…), l'hétérogénéité des comportements reste pour une part inexplicable à partir de paramètres observables objectifs[146]. Par ailleurs, des études ont précisé ce constat et ont montré qu'une part non négligeable de ces recours aux soins secondaires était évitable[147] ; un potentiel d'économie important existerait donc à ce niveau.

Il convient toutefois de noter que l'UM ne constitue pas la seule façon d'optimiser les comportements de renvoi sur les soins secondaires. Deux dispositifs alternatifs sont envisageables, de contrôle indirect et non direct, *a posteriori* et non *a priori* :

- mettre en place des incitations financières à la diminution des recours aux soins secondaires, notamment en confiant aux médecins généralistes une enveloppe d'achat de soins secondaires ; c'est la solution qui a été retenue par le Royaume-Uni avec le *General practice fund holding* ;
- pratiquer un retour d'information et une revue par les pairs des comportements des praticiens[148].

En ce qui concerne l'impact de l'UM, tant en termes de coûts que de qualité des soins, la littérature est étonnamment peu développée.

Il est bien établi que les assureurs pratiquant le *managed care* ont pu diminuer très fortement le recours à l'hôpital. Ainsi par exemple en 1998 le nombre de journées d'hospitalisation par an était de 230 pour 1 000 habitants dans les organisations de *managed care* californiennes, contre 450 en moyenne nationale. Toutefois, il n'est pas possible de lier directement ce résultat à la mise en œuvre de l'UM[149].

---

145 Cf. LANGLEY et *alii*, « Regional variation in nonmedical factors affecting family physicians' decisions about referral for consultation", *CMAJ*, 1997 ; LANGLEY et *alii*, "Effect of nonmedical factors on family physicians' decisions about referral for consultation", *CMAJ*, 1992 ; AARAAS et *alii*, "GPs' motives for referrals to general hospitals: does access to GP hospital beds make any difference?", *Family practice*, 1998.

146 Cf. STARFIELD et *alii*, « Variability in physician referral decisions", *The Journal of the American Board of Family Practice*, 2002. Pour une revue de littérature, cf. O'DONNELL, « Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature ? ", *Family practice*, 2000, et WILKIN et *alii*, "Explaining variation in general practitioner referrals to hospital", *Family practice*, 1987.

147 Cf. ELWYN et *alii*, « Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care", *BMJ*, 1994 : sur les 168 recours aux soins secondaires étudiés, 58 étaient évitables.

148 Cf. WRIGHT et *alii*, "General practitioners' attitudes to variations in referral rates and how these could be managed", *Family practice*, 1996.

149 Néanmoins, dans LINDROOTH et *alii*, "Provider selection, bargaining, and utilization management in managed care", *Economic inquiry*, 2002, il est estimé que la réduction des dépenses hospitalières obtenue par une compagnie d'assurance est due à 30% à la contractualisation sélective, à 5% à la négociation entre assureur et producteur, et à 65% à l'UM.

Par ailleurs, la littérature sur les effets de l'UM est peu concluante. La plupart des études mettent en évidence la faible fréquence des refus de soins[150] et certaines études mettent en évidence le peu d'effet pratique de l'UM, tant sur les pratiques que sur les coûts[151]. Ces résultats sont toutefois soumis à controverse, et en tout état de cause, ils dépendent des caractéristiques du dispositif d'UM sous revue, et de la rigueur avec laquelle il est mis en œuvre[152]. En outre, l'impact de l'UM sur la qualité des soins et l'état de santé des populations n'a pas fait l'objet d'études approfondies.

Quoi qu'il en soit, la mise en œuvre de l'UM est aujourd'hui en repli rapide, du fait des contestations tant des praticiens[153], qui y voyaient une réduction de leur autonomie professionnelle et une procédure de rationnement des soins, que des patients. Les assureurs eux-mêmes ont été tentés de réduire ces dispositifs face aux procédures judiciaires engagées par des patients s'étant vu refuser des soins (*denials*)[154]. Ils préfèrent aujourd'hui que ce soit le patient qui prenne la responsabilité de choisir les soins qui lui sont médicalement nécessaires (désintermédiation – *patient empowerment*). Par ailleurs, le régulateur exige désormais de la part des assureurs une définition explicite des soins et des services remboursés, et des conditions exactes de remboursement, pour protéger le consommateur.

En outre, dans un contexte américain de pluralité des assureurs, et face à la tendance récente à ne plus contracter de relations exclusives entre assureurs et producteurs de soins, la mise en œuvre de l'UM est plus difficile, chaque praticien devant mettre en œuvre plusieurs dispositifs d'UM, un par assureur. Les organisations de *managed care* américaines se tournent donc plus aujourd'hui vers des contrôles *a posteriori* (retour d'information, incitations financières), le plus souvent ciblés sur les pathologies les plus coûteuses (maladies chroniques[155]).

Le contrôle *a priori* sur les médicaments[156]

En ce qui concerne la régulation de l'usage des médicaments, de même que pour le recours aux soins secondaires, aux côtés de dispositifs d'incitation financières et de revue des pratiques, des procédures de contrôle *a priori* ont été mis en place aux Etats-Unis par les organismes de *managed care*.

---

150 Cf. par exemple KOIKE et *alii*, « Utilization management in a large managed behavioral health organization", *Psychiatric Services*, 2000 ; 0,8% des recours aux soins secondaires sont refusés, et 1,3% sont acceptés, mais avec une intensité moindre que celle demandée par le médecin généraliste.

151 Cf. ROSENBERG et *alii*, « Effect of utilization review in a fee-for-service health insurance plan", *New England journal of medicine*, 1995.

152 KAPUR et *alii*, « Utilization review in action at two capitated medical groups", *Health affairs*, 2003 fait état de taux de refus de 6%. Par ailleurs, dans FELDSTEIN et *alii*, "Private cost containment. The effects of utilization review programs on health care use and expenditures", *New England journal of medicine*, 1988, il est fait mention d'une diminution des admissions à l'hôpital de 12,3%, des journées d'hospitalisation de 8,0%, des dépenses hospitalières de 11,9%, et des dépenses médicales totales de 8,3%.

153 Cf. *Tracking report*, Center for studying health system change ; cf. également SCHLESINGER, "Medical Professionalism under managed care : the pros and cons of utilization review", *Health affairs*, 1997.

154 Cf. DRAPER et *alii*, "The changing face of managed care", *Health Affairs*, 2002.

155 Cf. DECOSTER et *alii*, « Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review", *CMAJ*, 1997.

156 Les développements qui suivent s'inspirent notamment de PARIS et *alii*, « Comparaison internationale des processus d'évaluation des comportements individuels de prescription des médecins et utilisation dans les relations avec les professionnels », CREDES, 2002, et de STORCH, *Rapport particulier relatif à la régulation de la prescription des médicaments : analyse comparative des pratiques internationales*, IGF, 2002 (cf. en particulier l'annexe intitulée « le fonctionnement du marché du médicament aux Etats-Unis »).

Ces dispositifs reposent sur la définition de formulaires, listes positives par lesquelles les assureurs déterminent, pour chaque pathologie, le ou les médicaments qu'il prend en charge, et en informent les médecins, les pharmaciens et les patients. Ces formulaires peuvent soit être indicatifs (*open formularies*), soit prévoir plusieurs niveaux de prise en charge selon les médicaments prescrits (*incentive based formularies*), soit enfin définir de manière limitative et obligatoire les médicaments admis au remboursement (*closed formularies*). En outre, certains médicaments peuvent n'être pris en charge que si le prescripteur a une compétence particulière, ou si la prescription intervient après l'échec d'un premier traitement (*step therapy*).

L'établissement et la révision des formulaires nécessitent d'effectuer une sélection entre différents produits présentant les mêmes conditions de sécurité sanitaire et d'efficacité dans le traitement de la pathologie prise en charge. Cette sélection est réalisée par des *Pharmacy and Therapeutics (P & T) Committee* de chaque assureur, composés majoritairement de professionnels de santé indépendants, sur la base de l'efficacité thérapeutique et du coût des médicaments.

Ces procédures se rapprochent donc plus d'une définition d'un panier de soins pris en charge par l'assureur, que des procédures de pré-autorisation au cas par cas détaillées *supra*. Toutefois, certains formulaires définissent des mécanismes d'entente préalable, qui doit être accordée avant la délivrance du médicament. Il s'agit essentiellement de médicaments très chers et/ou qui sont utilisés en dehors des indications thérapeutiques standard. Outre des produits nécessitant une justification médicale pour être pris en charge (Viagra®, hormones de croissance, anti-inflammatoires anti-cox2), il s'agit essentiellement des antifongiques, des anti-migraineux, de certains antalgiques, des antidépresseurs, des anti-cholestérol, des alpha-bloquants, des antiulcéreux, des inhibiteurs calciques, et des antiasthmatiques sympathomimétiques et des macrolides.

De même que dans le cas de l'UM, l'application des formulaires a suscité une forte contestation de la part à la fois des praticiens et des patients, qui ont souvent intenté des actions judiciaires contre les assureurs.

Annexe 38 : Les accords de bon usage des soins

Les accords de bon usage des soins (AcBUS) ont été instaurés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, initialement pour les seuls médecins généralistes et les spécialistes (article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale).

L'introduction des accords de bon usage des soins avait pour principal objectif de mettre en œuvre un système d'intéressement des médecins, ces derniers pouvant percevoir une partie des dépenses évitées grâce à leurs engagements collectifs sur leur niveau d'activité ou de prescription et leurs pratiques.

La loi du 6 mars 2002 relative aux rapports conventionnels a modifié les dispositions relatives aux accords de bon usage des soins en :

- les étendant à toutes les professions conventionnées,
- prévoyant que les ACBUS peuvent être utilisés comme outil de régulation dans le cadre des conventions nationales (en effet, les engagements des signataires conventionnels, collectifs ou individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées peuvent prendre la forme d'accords de bon usage des soins qui, dans ce cas, constituent une annexe à la convention nationale),
- précisant que les dépenses évitées par la mise en œuvre des accords peuvent éventuellement être versées sous la forme de forfaits aux professionnels concernés,
- accordant à l'Etat la possibilité, dans certaines conditions, de se substituer aux partenaires conventionnels pour prendre l'initiative de tels accords.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 devrait notamment renforcer la légitimité médicale et scientifique de ces accords qui devront avoir reçu l'avis favorable de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) avant de pouvoir être appliqués par les professionnels concernés.

En juin 2003, la Cour des comptes dénombrait 13 ACBUS au plan national et 23 ACBUS régionaux dont 21 comme application au plan régional de l'accord national sur les visites signé avec les médecins généralistes.

La majeure partie des accords de bon usage des soins ayant été conclus à la fin de l'année 2002 puis approuvés au début de l'année 2003, dans le cadre de la mise en conformité des conventions nationales aux dispositions de la loi du 6 mars 2002 relative aux rapports conventionnels, leur impact financier ne peut être à ce stade précisément évalué.

Toutefois, l'ACBUS relatif à la généralisation des tests de diagnostic rapide (TDR) des angines, approuvé par arrêté du 28 juin 2002[157], et qui vise à promouvoir l'utilisation des TDR par les médecins généralistes et à contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des angines, a eu un impact significatif sur la prescription des médecins. De juin 2002 à mai 2003, le nombre de boites vendues de pénicillines à large spectre a en effet diminué de 17 % par rapport au douze mois précédents. De même, dans la classe des antibiotiques appartenant aux macrolides, la diminution a été de 14 %.

---

157 dans le cadre de l'avenant n°10 à la convention nationale des médecins généralistes

De même, à la suite de l'ACBUS conclu le 1er juillet 2002 portant sur la bonne utilisation des visites au domicile du patient et décliné au niveau régional, une baisse sensible du nombre des visites de l'ordre de 18% en moyenne annuelle a été constatée. Cette baisse a permis d'équilibrer le coût de la mise en œuvre de la majoration dont 85% des visites ont bénéficié.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2003, la Cour des comptes observe que les accords conclus jusqu'à présent n'ont pas porté sur certains sujets essentiels dans l'évolution des dépenses d'assurance maladie (comme la prescription d'arrêts de travail, la prescription d'analyses de biologie et de transports). La Cour des comptes regrette le caractère limité de certains accords régionaux et insiste sur la nécessité d'un suivi national de ces accords. Il convient également de noter que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 supprime la procédure d'approbation, jugée trop lourde, des ACBUS nationaux et régionaux par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale. Plus généralement, la Cour des comptes s'interroge sur la multiplication des ACBUS en indiquant que si leur développement est positif, ce développement doit être suffisamment ciblé car il ne peut tenir lieu à lui seul de régulation. Il convient également de souligner que, contrairement à l'esprit de la loi qui visait à mettre en place un système d'intéressement en reversant une partie des dépenses évitées aux professionnels concernés, certains ACBUS ont accordé des incitations financières lors de leur conclusion sans que les engagements des professionnels sur leurs pratiques aient pu être vérifiés.

Annexe 39 : Chiffre d'affaires, marge et revenu des pharmaciens

1) Un chiffre d'affaires réel qui progresse annuellement de plus de 4% sur longue période, avec une accélération depuis 1998

Le chiffre d'affaires hors taxe des officines représente 29,8 Mds€ en 2002[158].

Ce chiffre d'affaires a été multiplié par près de 6 entre 1980 et 2002 en euros courants (croissance moyenne annuelle de 8,3%), et par près de 2,5 en euros constants (croissance moyenne annuelle de 4,2%).

Cette croissance n'est pas régulière. Elle peut être en partie liée au contexte administratif (par exemple modification du calcul de la marge ou création de la Couverture Maladie Universelle). Sur la période récente, en particulier depuis 1998, la croissance annuelle moyenne s'accélère pour atteindre plus de 7% par an[159].

2) Une marge proportionnelle qui représente 24% du prix moyen des spécialités remboursables

Les marges allouées sur les médicaments remboursables aux différents stades de la distribution constituent une part importante du chiffre d'affaires du secteur pharmaceutique et des dépenses correspondantes de l'assurance maladie.

La marge globale perçue à ce titre par les pharmaciens s'est élevée à 5 Md€ en 2001 pour un chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) de médicaments remboursables de 20,8 Md€, soit un taux de marge moyen de 24%. Quant aux grossistes-répartiteurs, ils perçoivent environ 1 Md€ de marges nettes sur les ventes en gros perçues par les grossistes répartiteurs ou par les laboratoires réalisant des ventes en direct.

2.1. Le système de marge des pharmaciens a été modifié en avril 1999, à la suite du protocole signé entre le gouvernement et les deux syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine. Le pharmacien reçoit un forfait de 0,53 € par conditionnement vendu, plus 26,1% pour la part du PFHT inférieure à 22,90 € et 10% pour la partie du PFHT au-delà de 22,90 €. Aujourd'hui la marge dégressive lissée n'est donc plus composée que de deux tranches au lieu de six avant 1999. En contrepartie de la réduction du nombre de tranches, les pharmaciens s'étaient engagés à exercer davantage leur droit de substitution sur le répertoire des génériques.

Parallèlement à cet accord sur les marges des pharmaciens, un nouveau système de marge des grossistes répartiteurs a été mis en place sous la même forme que pour la marge des pharmaciens : le grossiste perçoit 10,74% du PFHT pour la partie inférieure à 22,90 € et 6% pour la partie du PFHT au-delà de 22,90 €. Les grossistes sont autorisés à consentir des remises aux pharmacies dans la limite de 2,5% du prix grossiste.

Les marges en gros ont représenté 1,48 Md€ en 2001, dont 1,35 Md€ pour les grossistes répartiteurs et 0,13 Md€ de marge sur les ventes directes, ceci pour un chiffre d'affaires hors taxes de 15,8 Mds€, soit

---

158 Le chiffre d'affaires des médicaments est, au prix public hors taxe, 23,8Md€ en 2002, en croissance de 3,5% par rapport à 2001.

159 Source : Eco-santé France, 2003. La croissance du chiffre d'affaires des médicaments sur la même période est 7,7% en moyenne annuelle.

un taux de marge moyen de 9,4 %. Le versement des grossistes répartiteurs au titre de la contribution sur les ventes en gros de spécialités pharmaceutiques remboursables, qui s'est élevé à 322 M€ en 2001, réduit cependant la marge effective à 1,03 Md€, soit un taux de marge de 6,5%.

2.2. Les marges de distribution ont connu, ces dernières années, une croissance très soutenue liée à l'évolution de la consommation de médicaments. La mise en œuvre en 1991 d'un dispositif de marge dégressive lissée et l'institution d'une taxe sur les ventes en gros avaient permis de déconnecter partiellement l'augmentation du chiffre d'affaires de l'industrie de celle des marges, mais la réforme intervenue en 1999 (simplification des tranches de la marge dégressive lissée dans le cadre du développement des génériques) a conduit à rétablir des niveaux de marge élevés. On est passé de 4,3 Md€ pour la marge brute des pharmaciens + 1,2 Md€ pour celle des grossistes (5,5 Md€ pour l'ensemble des marges de distribution) en 1998 à 5 Md€ en 2001 pour les pharmaciens + 1,5 pour les grossistes (6,5 Md€, total des marges de distribution), soit une progression de plus de 5% en moyenne annuelle.

2.3. Le système de marge mis en place est assez largement proportionnel et légèrement dégressif avec le prix du médicament vendu.

Le système de rémunération des pharmaciens appelle certaines observations. De manière générale, il ne semble pas parfaitement cohérent avec le service rendu aux patients, plus souvent forfaitaire, quel que soit le produit délivré.

En effet, les coûts de gestion, de stockage et de délivrance d'une boîte de médicaments ne sont pas proportionnels à son prix. Dans le même temps, les pharmaciens exercent des fonctions telles que le conseil, l'information et l'éducation du public en matière sanitaire et sociale[160], d'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale et de mise à disposition des informations nécessaires au bon usage des médicaments[161], ou de participation aux services de garde et d'urgence[162] dont la prise en charge n'a, *a priori*, aucune raison d'être proportionnée au prix de la boîte de médicament vendu. Or, en valeur absolue, la marge croît avec le prix de la boîte de médicament : pour un médicament dont le PFHT représente 1€, la marge s'élève à 79 centimes ; pour un produit donc le PFHT atteint 100€, la marge dépasse 14 €.

La part forfaitaire de la marge est très largement inférieure à la part proportionnelle. Aujourd'hui 35% de la rémunération de l'officine est forfaitisé. Le poids de ce forfait va sensiblement augmenter avec l'aménagement de l'actuelle rémunération par l'introduction d'une nouvelle tranche permettant de diminuer la marge du pharmacien sur les médicaments à prix élevé issus de la réserve hospitalière. Mais la part forfaitaire demeurera minoritaire. L'Allemagne a récemment fait le choix inverse, en augmentant la part forfaitaire et réduisant la part proportionnelle, dès lors que le service médical rendu par le pharmacien n'est pas lié au prix du produit délivré. Le système allemand de marge dégressive devrait ainsi laisser la place à un honoraire de délivrance de 8,10 € par ordonnance, avec un supplément de 3% du coût total des produits.

En outre, dans le système français, malgré la dégressivité de la marge[163], les effets de structure (déplacement de consommation vers des produits plus coûteux) se répercutent automatiquement sur les marges, et donc sur le prix public du médicament. De même, l'inscription au remboursement de médicaments innovants qui s'effectue à des prix de plus en plus élevés a un effet positif sur la marge, alors même qu'une augmentation de celle-ci ne semble pas systématiquement justifiée par un service

160 Article R. 5015-3 du code de la santé publique.
161 Article R. 5015-48 du même code.
162 Article R. 5015-49 du même code.
163 Le taux de marge passe de 25% pour un médicament dont le prix public est 7,5€ à 15% pour un prix de 59€ et à 11% pour un prix de 150€.

rendu à la population plus important. Nombre de ces médicaments ont bénéficié d'une première prescription hospitalière dans le cadre d'Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) ; la marge importante procurée par le passage en ville du produit est alors contestable dès lors que le service médical a été rendu à l'hôpital[164].

3) Des revenus qui connaissent une forte croissance et une certaine dispersion

Outre la vente de médicaments remboursables, le revenu des pharmaciens comprend également des marges[165] sur la vente des autres produits rentrant dans le monopole de dispensation des officines, ou de produits qui peuvent être vendus par les pharmaciens concurremment avec les autres circuits de distribution (15% du chiffre d'affaires, 25% de la marge[166]). Viennent s'ajouter des remises négociées par les officines auprès de leurs fournisseurs industriels et grossistes. Ces remises, souvent conséquentes pour les génériques, n'apparaissent dans aucune statistique.

3.1. Des revenus importants

Le revenu annuel moyen des pharmaciens libéraux s'élevait à 91 900 € en 2002 contre 90 500 € en 2001 et 84 600 € en 2000, selon les déclarations des pharmaciens auprès de la caisse d'assurance maladie des professions indépendantes[167]. Pour l'INSEE, le revenu net des pharmaciens serait de l'ordre de 94 600€[168] pour l'année 2000. Pour les services fiscaux, le revenu fiscal moyen des pharmacies serait de 104 950 € en 2000, soit 88 200 euros par pharmacien[169].

3.2. Des revenus en forte croissance depuis 1997

La progression des marges sur les médicaments remboursables a été de 0,4% en 1996, 0,8% en 1997, 1,5% en 1998. L'évolution réelle de ces revenus a été particulièrement dynamique sur la période 1997-2002 : +6,6% en moyenne annuelle (+3,4% entre 1991 et 2002). Cette hausse du revenu est liée à la hausse du chiffre d'affaire hors taxes des officines, qui a progressé de 5,9% sur la même période, sous l'effet du nouveau mode de calcul de la marge introduit en 1999 et de la croissance du nombre de boîtes vendues. Signalons toutefois que la mise en œuvre des accords sur la réduction du temps de travail s'est traduite, pour la pharmacie d'officine, par une hausse de la masse salariale brute de 9,7% en 2001 et 9,1% en 2002.

---

164 Ainsi, Glivec® (Novartis), nouveau médicament pour le traitement de certains cancers, générera une marge nette de 3 000 € par an et par patient pour un officinal qui aura à délivrer 12 boîtes.

165 Il est à noter que ce type de marge n'est pas réglementé.

166 L'assurance maladie finance donc 75% de la marge des pharmaciens.

167 Les données évoquées dans cette annexe sont composées du revenu que perçoit chaque pharmacien libéral et qu'il a déclaré, pour l'année 2001, à la caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP). Les revenus des pharmaciens d'officines sont ceux issus de leur activité libérale. Ils représentent la différence entre le chiffre d'affaire hors taxe (CAHT) et les charges de l'officine. Ils sont nets des intérêts (mais pas du capital) versés au titre des emprunts contractés pour l'achat de l'officine. Le CAHT est constitué par la vente des médicaments remboursables pour lesquels le prix est fixé administrativement, soit environ 80% du chiffre d'affaire, et des produits à tarifs libres (médicaments non remboursés, parapharmacie). Les charges sont celles d'une entreprise commerciale, dont les coûts d'achat des produits et les charges de personnel.

168 L'estimation de l'INSEE concerne uniquement les officines entreprises individuelles. En tenant compte des officines en multi-propriété, le revenu moyen est évidemment plus faible.

169 On comptait environ 1,19 pharmaciens par officine en 2000.

3.3 Une dispersion importante des revenus

La dispersion des revenus entre officines est importante, mais nettement inférieure à celle constatée pour les autres entrepreneurs individuels. Un quart des pharmaciens perçoivent plus de 120.000 € de revenus en 2001 ; 50% ont des revenus compris entre 120.000 et 60.000 € ; enfin, 25% d'entre eux ont des revenus inférieurs à 60.000 € (données CAVP).

Environ 3.000 pharmaciens, soit plus de 10% d'entre eux, perçoivent moins de 30.000 € de revenus par an, soit plus de trois fois moins que la moyenne nationale. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être relevés : poids des charges d'intérêt liées à l'acquisition de l'officine lors des premières années d'exercice, partage de l'officine par plusieurs pharmaciens, implantation dans une zone de forte densité de pharmacies.

3.4. Des revenus corrélés avec l'implantation géographique

Deux facteurs principaux expliquent la dispersion des revenus des pharmaciens : la densité d'officines et la consommation par habitant. Ainsi, le revenu est plus élevé dans les départements où le nombre d'officines pour 100 000 habitants est faible et où la consommation de produits pharmaceutiques par habitant est élevée.

Le chiffre d'affaires des officines en zone rurale est assez comparable à celui des autres pharmacies (hors officines situées en centres commerciaux). Ainsi, les pharmaciens installés dans les départements de l'Aisne ou de la Somme ont des revenus parmi les plus élevés de métropole. Au contraire, dans les départements abritant de grands centres urbains (Paris, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux), le revenu moyen des pharmaciens est inférieur à la moyenne nationale. Ces grandes métropoles se caractérisent en effet par une consommation pharmaceutique moyenne relativement faible et une densité d'officines relativement forte.

Cette dispersion est à relier au quota administratif d'autorisations d'ouverture (une officine pour 2.500 ou 3.000 habitants, respectivement pour les agglomérations comptant entre 2.500 et 30.000 habitants, ou de plus de 30.000 habitants), resté globalement stable depuis son introduction en 1941, sans prise en compte de nouveaux modes de transport des patients ou de distribution de marchandises (vente à distance notamment).

Annexe 40 : Evolution comparée des revenus de certaines professions de santé avec d'autres professions libérales

1 Sources des données

L'union nationale des associations agréées (UNASA) qui regroupe 61 associations réparties sur le territoire national et représentant 140 000 professionnels libéraux, collecte chaque année les informations de revenus de ses adhérents.

Exemple de professionnels de santé membres de l'UNASA

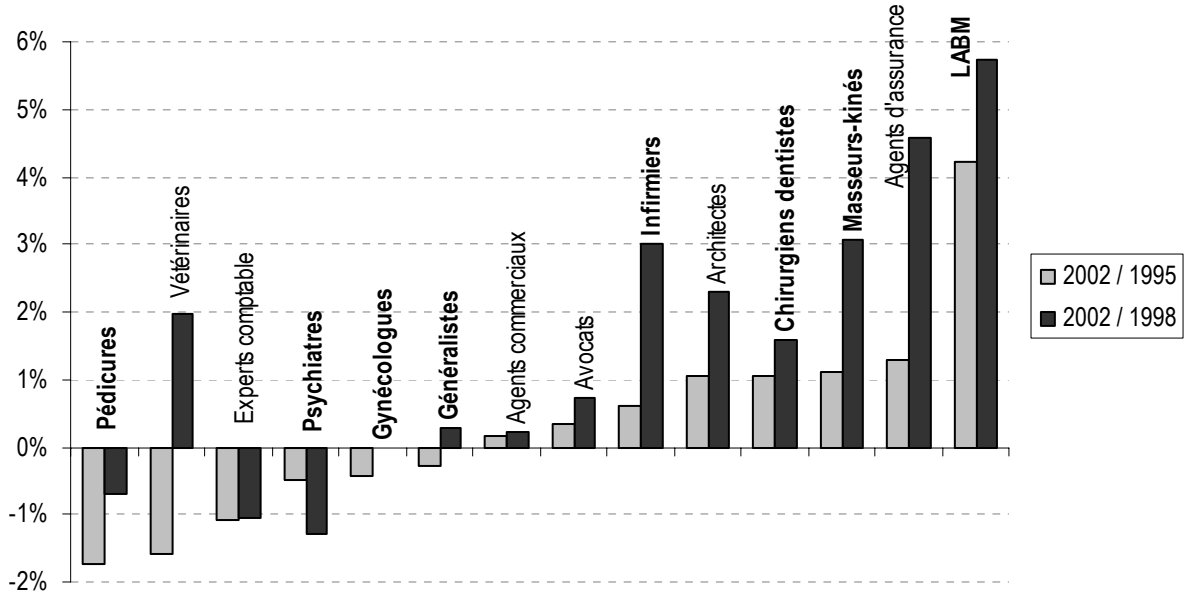
	Nombre d'adhérents UNASA en 2002	*Nombre total de libéraux en 2002 (source : CNAM)*	*Part des adhérents à l'UNASA*
Généralistes	10 023	54 403	18%
Neuro et psychiatres	1 047	6 510	16%
Gynécologues	922	5 590	16%
Chirurgiens dentistes	4 114	34 905	12%
Infirmiers	7 741	48 254	16%
Masseurs-kinésithérapeutes	5 009	40 434	12%
Laboratoires d'analyses	384	3 981	10%

Les professionnels de santé sont au moins 10 % à être adhérent à l'UNASA. Les données de l'UNASA constitue ainsi, un échantillon satisfaisant de ces professions. La représentativité la plus importante est celle des généralistes libéraux qui sont plus de 18 % à adhérer.

2 Evolution du pouvoir d'achat entre 1995 et 2002

Taux de croissance annuel moyen du pouvoir d'achat sur les périodes 1995-2002 et 1998-2002

Comparaison de 8 professions de santé et de 6 autres professions libérales (Source : UNASA)



Globalement, les données issues de l'UNASA donnent des résultats légèrement différents que ceux de la DREES. Il convient donc d'interpréter ces données en terme relatif. Par ailleurs, le champ des professionnels libéraux regroupe des professions très différentes (du vétérinaire à l'agent d'assurance) et la comparaison des évolutions de leur pouvoir d'achat apparaît comme un exercice très arbitraire.

A l'instar des différences entre professions, l'évolution du pouvoir d'achat des professionnels libéraux est très hétérogène. Entre 1995 et 2002, le taux de croissance annuel moyen varie de + 4,2 % pour les laboratoires d'analyses médicales à – 1,7 % pour les pédicures. La croissance du pouvoir d'achat des généralistes sur la période récente (1998-2002) est comparable à celle des avocats, respectivement + 0,3 % et + 0,7 % en moyenne par an.

3 Annexes

Evolution des revenus entre 1995 et 2002

Revenus en euros courants

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Pédicures podologues	21 168	20 669	19 810	20 011	19 556	19 634	20 050	20 559
Vétérinaires	51 976	53 501	47 271	44 658	50 213	45 921	52 163	51 055
Experts comptables	51 673	51 248	51 576	51 978	51 461	52 311	54 114	52 641
Neuro et psychiatres	51 637	50 438	53 227	54 643	52 427	52 555	53 023	54 863
Gynécologues	61 969	63 159	61 650	62 500	62 770	59 226	58 982	66 017
Généralistes	58 164	54 477	54 141	58 679	56 183	56 615	56 810	62 705
Agents commerciaux	23 444	22 795	23 831	24 440	25 064	26 619	27 004	26 075
Avocats	42 161	43 708	43 857	43 586	43 418	44 541	42 855	47 409
Infirmiers	28 159	27 776	26 685	27 124	26 967	28 106	28 687	32 263
Architectes	28 092	25 999	26 803	28 647	31 173	31 885	33 146	33 177
Chirurgiens dentistes	60 071	61 953	62 017	63 007	60 766	62 600	67 298	70 949
Masseurs-kinés	31 159	29 851	29 406	31 044	31 082	32 025	35 058	37 017
Agents d'assurance	50 401	48 783	49 496	47 959	50 069	50 432	55 477	60 608
Laboratoires d'analyses	108 575	110 007	105 513	120 652	129 901	124 763	137 609	159 309

Sources : UNASA

Evolution des revenus entre 1995 et 2002

Taux de croissance annuel en euros courants

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Pédicures podologues	-2,4%	-4,2%	1,0%	-2,3%	0,4%	2,1%	2,5%
Vétérinaires	2,9%	-11,6%	-5,5%	12,4%	-8,5%	13,6%	-2,1%
Experts comptables	-0,8%	0,6%	0,8%	-1,0%	1,7%	3,4%	-2,7%
Neuro et psychiatres	-2,3%	5,5%	2,7%	-4,1%	0,2%	0,9%	3,5%
Gynécologues	1,9%	-2,4%	1,4%	0,4%	-5,6%	-0,4%	11,9%
Généralistes	-6,3%	-0,6%	8,4%	-4,3%	0,8%	0,3%	10,4%
Agents commerciaux	-2,8%	4,5%	2,6%	2,6%	6,2%	1,4%	-3,4%
Avocats	3,7%	0,3%	-0,6%	-0,4%	2,6%	-3,8%	10,6%
Infirmiers	-1,4%	-3,9%	1,6%	-0,6%	4,2%	2,1%	12,5%
Architectes	-7,5%	3,1%	6,9%	8,8%	2,3%	4,0%	0,1%
Chirurgiens dentistes	3,1%	0,1%	1,6%	-3,6%	3,0%	7,5%	5,4%
Masseurs-kinés	-4,2%	-1,5%	5,6%	0,1%	3,0%	9,5%	5,6%
Agents d'assurance	-3,2%	1,5%	-3,1%	4,4%	0,7%	10,0%	9,2%
Laboratoires d'analyses	1,3%	-4,1%	14,3%	7,7%	-4,0%	10,3%	15,8%

Sources : UNASA

Evolution des revenus entre 1995 et 2002

Taux de croissance annuel en euros constants

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Pédicures podologues	-4,2%	-5,3%	0,3%	-2,7%	-1,3%	0,5%	0,6%
Vétérinaires	0,9%	-12,7%	-6,2%	12,0%	-10,1%	11,8%	-3,9%
Experts comptables	-2,7%	-0,6%	0,1%	-1,4%	0,0%	1,8%	-4,5%
Neuro et psychiatres	-4,2%	4,2%	2,0%	-4,4%	-1,4%	-0,7%	1,5%
Gynécologues	-0,1%	-3,6%	0,7%	0,0%	-7,2%	-2,0%	9,8%
Généralistes	-8,1%	-1,8%	7,6%	-4,6%	-0,9%	-1,2%	8,3%
Agents commerciaux	-4,6%	3,3%	1,8%	2,1%	4,4%	-0,2%	-5,2%
Avocats	1,7%	-0,9%	-1,3%	-0,8%	0,9%	-5,3%	8,6%
Infirmiers	-3,3%	-5,1%	0,9%	-1,0%	2,5%	0,5%	10,4%
Architectes	-9,2%	1,8%	6,1%	8,4%	0,6%	2,3%	-1,8%
Chirurgiens dentistes	1,1%	-1,1%	0,9%	-3,9%	1,3%	5,8%	3,5%
Masseurs-kinés	-6,0%	-2,7%	4,8%	-0,3%	1,3%	7,7%	3,6%
Agents d'assurance	-5,1%	0,2%	-3,8%	4,0%	-1,0%	8,3%	7,2%
Laboratoires d'analyses	-0,6%	-5,3%	13,6%	7,2%	-5,6%	8,6%	13,6%

Sources : UNASA

Evolution des revenus entre 1995 et 2002

Taux de croissance annuel moyen en euros courants

	1995-1996	1995-1997	1995-1998	1995-1999	1995-2000	1995-2001	1995-2002
Pédicures podologues	-2,4%	-3,3%	-1,9%	-2,0%	-1,5%	-0,9%	-0,4%
Vétérinaires	2,9%	-4,6%	-4,9%	-0,9%	-2,4%	0,1%	-0,3%
Experts comptables	-0,8%	-0,1%	0,2%	-0,1%	0,2%	0,8%	0,3%
Neuro et psychiatres	-2,3%	1,5%	1,9%	0,4%	0,4%	0,4%	0,9%
Gynécologues	1,9%	-0,3%	0,3%	0,3%	-0,9%	-0,8%	0,9%
Généralistes	-6,3%	-3,5%	0,3%	-0,9%	-0,5%	-0,4%	1,1%
Agents commerciaux	-2,8%	0,8%	1,4%	1,7%	2,6%	2,4%	1,5%
Avocats	3,7%	2,0%	1,1%	0,7%	1,1%	0,3%	1,7%
Infirmiers	-1,4%	-2,7%	-1,2%	-1,1%	0,0%	0,3%	2,0%
Architectes	-7,5%	-2,3%	0,7%	2,6%	2,6%	2,8%	2,4%
Chirurgiens dentistes	3,1%	1,6%	1,6%	0,3%	0,8%	1,9%	2,4%
Masseurs-kinés	-4,2%	-2,9%	-0,1%	-0,1%	0,5%	2,0%	2,5%
Agents d'assurance	-3,2%	-0,9%	-1,6%	-0,2%	0,0%	1,6%	2,7%
Laboratoires d'analyses	1,3%	-1,4%	3,6%	4,6%	2,8%	4,0%	5,6%

Sources : UNASA

Evolution des revenus entre 1995 et 2002

Taux de croissance annuel moyen en euros constants

	1995-1996	1995-1997	1995-1998	1995-1999	1995-2000	1995-2001	1995-2002	1998-2002
Pédicures podologues	-4,2%	-4,8%	-3,1%	-3,0%	-2,7%	-2,1%	-1,7%	-0,7%
Vétérinaires	0,9%	-6,1%	-6,2%	-1,9%	-3,6%	-1,2%	-1,6%	2,0%
Experts comptables	-2,7%	-1,7%	-1,1%	-1,2%	-0,9%	-0,5%	-1,1%	-1,1%
Neuro et psychiatres	-4,2%	-0,1%	0,6%	-0,7%	-0,8%	-0,8%	-0,5%	-1,3%
Gynécologues	-0,1%	-1,8%	-1,0%	-0,7%	-2,1%	-2,1%	-0,4%	0,0%
Généralistes	-8,1%	-5,0%	-1,0%	-1,9%	-1,7%	-1,6%	-0,3%	0,3%
Agents commerciaux	-4,6%	-0,8%	0,1%	0,6%	1,4%	1,1%	0,2%	0,2%
Avocats	1,7%	0,4%	-0,2%	-0,3%	-0,1%	-1,0%	0,3%	0,7%
Infirmiers	-3,3%	-4,2%	-2,5%	-2,1%	-1,2%	-0,9%	0,6%	3,0%
Architectes	-9,2%	-3,9%	-0,6%	1,5%	1,4%	1,5%	1,0%	2,3%
Chirurgiens dentistes	1,1%	0,0%	0,3%	-0,8%	-0,4%	0,6%	1,0%	1,6%
Masseurs-kinés	-6,0%	-4,4%	-1,4%	-1,1%	-0,6%	0,7%	1,1%	3,1%
Agents d'assurance	-5,1%	-2,5%	-2,9%	-1,2%	-1,2%	0,3%	1,3%	4,6%
Laboratoires d'analyses	-0,6%	-3,0%	2,3%	3,5%	1,6%	2,7%	4,2%	5,7%

Sources : UNASA

Annexe 41 : Les modes de rémunération en médecine de ville, expériences françaises et étrangères

Dans cette annexe, il sera question uniquement de la **prise en charge des actes techniques et cliniques** réalisés par les professionnels de santé en ville. Les modalités de prise en charge sont très différentes selon les pays et les assureurs, la France étant caractérisée pour la pratique libérale par un seul mode de rémunération : le paiement à l'acte.

1) Les différents types de rémunération et leur impact

Trois grandes modes de rémunération peuvent être distingués[170] :

- le paiement à l'acte (France, Canada, Allemagne, Etats-Unis – Medicare, Pays-Bas – assureurs privés) ;
- le salariat (Suède, Royaume-Uni) ;
- la capitation[171] et les formules mixtes de paiement (Danemark, Irlande, Royaume-Uni, Pays-Bas – assureurs publics, Etats-Unis – assureurs privés).

Ces différents modes de rémunération et leurs conséquences sur la dépense de santé, la qualité des soins et l'accès aux soins ont été étudiés depuis longtemps par les observateurs et les analystes des systèmes de santé. Une présentation des principaux effets en a été faite dans un récent travail de synthèse dont est extrait le tableau ci-dessous[172].

Capitation	Salariat	Paiement à l'acte
1. Limite les coûts financiers et humains (temps passé et effort intellectuel) par patient par le biais de : - Une sélection des patients à faible risque (écrémage), sauf à ce que le *per capita* soit ajusté aux risques ; - La prescription de médicaments et l'adressage à des spécialistes, sauf à ce que le médecin soit responsabilisé sur ses prescriptions de médicaments et de soins secondaires ; - La dispensation de soins préventifs. 2. Le médecin attire et retient les patients par une action sur la qualité des soins (ou par les prix, si ceux-ci ne sont pas administrés).	Limite les coûts humains (temps passé et effort intellectuel) pendant les heures de travail par le biais de : - Une sélection des patients à faible risque ; - La prescription de médicaments et l'adressage à des spécialistes ; - La minimisation du nombre de consultations.	1. Limite les coûts de production de chaque acte facturé 2. Induit la demande quand : - Il y a incertitude sur le traitement le plus approprié ; - La charge de travail est faible ; - La densité médicale est forte et entraîne de la concurrence ; - Le tarif des actes baisse 3. Accroît la quantité de soins délivrés tant que le gain marginal est supérieur au coût marginal (pour les médecins optimisant leur revenu), notamment au moyen d'un allongement de la durée du travail et de la distorsion de l'offre au profit des actes les plus rentables.

[170] Pour plus de détails, cf. ROCHAIX ed., *Modes alternatifs de rémunération de la médecine ambulatoire*, rapport pour la direction de la sécurité sociale, octobre 2000, et GRIGNON et *alii*, *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins*, Contribution à la commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.

[171] Les médecins perçoivent un forfait pour chaque personne inscrite auprès d'eux au cours d'une période donnée. En échange, les praticiens s'engagent à fournir à leurs patients les soins dont ils ont besoin.

[172] Cf. GOSDEN et *alii*, « Impact of payment method on behaviour of primary care physicians : a systematic review », *Journal of Health Service Research Policy*, 2001.

2) Les exemples de rémunération à l'acte

a) Rémunération à l'acte avec plafonnement individuel du revenu ou de l'activité des médecins

Les pays utilisant le paiement à l'acte ont mis en œuvre différents mécanismes de régulation individuelle, qui peuvent schématiquement être classés en deux catégories : ceux qui contraignent les revenus, au travers de seuils de revenus au-delà desquels la rémunération des actes est nulle ou très réduite (Canada), et ceux qui régulent le nombre d'actes pris en charge (systèmes de droits de tirages – Allemagne).

❏ Les provinces canadiennes ont introduit de longue date des mécanismes de régulation des revenus. Le Québec a ainsi mis en œuvre à partir de 1976 un plafonnement trimestriel de la rémunération des omnipraticiens. Ce dispositif a été mis en place à la demande des organismes représentant les médecins, dans un contexte d'enveloppe globale et de point flottant. Au-delà d'un seuil de revenu égal à 135% du revenu moyen, les actes supplémentaires ne sont rémunérés qu'à 25% du tarif normal. 10% environ des omnipraticiens voient ainsi leur revenu écrêté.

L'Ontario a instauré en 1991 pour les omnipraticiens un système de tarification dégressive, étendu depuis aux spécialistes :

Taux de rémunération	66,7%	33,3%	25%
Omnipraticiens – seuils de rémunération	350 000 $	375 000 $	400 000 $
Spécialistes – seuils de rémunération	430 000 $	455 000 $	480 000 $

Les médecins implantés dans les zones souffrant d'une insuffisante offre médicale sont exemptés de plafond.

❏ L'Allemagne a mis en place un dispositif original de régulation du nombre d'actes pris en charge pour les généralistes ainsi que plusieurs autres spécialités : le *praxisbudget*. Ce mécanisme a été introduit dans un contexte d'enveloppe globale, à l'initiative des organismes représentant les médecins.

Le *praxisbudget* consiste à attribuer à un médecin un « droit de tirage », exprimé en points de nomenclature, pour tout patient vu au moins une fois au cours d'un trimestre. Toute personne qui consulte pour la première fois un médecin au cours d'un trimestre est considérée comme un « cas » pour ce médecin. Il est indifférent que la personne ait ou non déjà consulté le médecin au cours de trimestres précédents. Par ailleurs, si la même personne consulte plusieurs fois son médecin au cours du trimestre, elle ne représente qu'un seul cas. Le droit de tirage attribué au médecin correspond au coût moyen (régional) de traitement d'un patient sur une période de trois mois, modulé suivant l'âge des patients. Les droits de tirage acquis par le médecin pour chaque patient sont fongibles : un médecin qui aurait 100 patients ouvrant droit chacun à 800 points de nomenclature disposerait ainsi d'un droit de tirage global de 80 000 points sur le trimestre considéré.

Concrètement, le tiers-payeur - en Allemagne l'union régionale de médecins, gestionnaire d'une enveloppe d'honoraires déléguée par les caisses d'assurance-maladie - paye les factures présentées par

le médecin jusqu'au point où le montant remboursé, exprimé en points de nomenclature, atteint le total des droits de tirage correspondant à la clientèle du médecin. Dans l'exemple choisi, le médecin sera donc remboursé pour toutes les factures émises au cours du trimestre jusqu'à un plafond de 80 000 points. Le point est affecté d'une valeur monétaire. La multiplication du nombre de points par le facteur de conversion monétaire permet d'obtenir la rémunération du médecin exprimée en euros. Pour les actes réalisés au-delà de ce plafond, le médecin n'est pas rémunéré. Inversement, si le total de facturation du médecin est inférieur à 80 000 points, le praticien ne percevra que le montant correspondant à son volume d'activité effectif.

En outre, divers actes dont la dispensation est encouragée ne sont pas inclus dans le dispositif de *praxisbudget* : il s'agit principalement de prestations de prévention, de vaccinations et d'actes effectués dans le cadre de la médecine d'urgence.

Enfin, une modulation du nombre de points par cas est mise en œuvre suivant la taille du cabinet (incitation à pratiquer en groupe), ainsi que le niveau d'activité du médecin. Cette mesure a pour effet :

- de majorer de 10 % le nombre de points par cas pour les cas situés en dessous de 50 % de la moyenne régionale du nombre de cas par médecin ;

- de minorer de 10 % le nombre de points par cas pour les cas situés entre 50 et 150 % de la moyenne régionale du nombre de cas par médecin ;

- de minorer de 20 % le nombre de points par cas pour les cas situés au-delà de 150 % de la moyenne régionale du nombre de cas par médecin.

❑ En France, des dispositifs de plafonnement du nombre d'actes ont été introduits dans certaines conventions signées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé : convention nationale de 1992 pour les infirmiers libéraux, convention nationale de 1994 pour les kinésithérapeutes-rééducateurs, et option médecin référent pour la convention médicale généraliste de 1998. **Mais il ne s'agit pas là d'un mécanisme de régulation** du type de ceux présentés précédemment dans les exemples canadien et allemand.

Pour les infirmiers libéraux, un *seuil d'efficience* exprimé en coefficients a été défini. On rappelle que chaque acte réalisé par les infirmiers est associé à un nombre de coefficients : par exemple une injection intramusculaire est cotée 1, un pansement d'ulcère 4. Ces actes sont classés en deux catégories : les actes en AIS (actes infirmiers de soins), qui correspondent à des soins d'hygiène et les actes en AMI (actes médico-infirmiers) plus techniques (injections, par exemple).

Le seuil d'efficience a été fixé par voie conventionnelle à 23 000 coefficients en AMI et/ou AIS, représentant une activité théorique moyenne de 11 heures de travail par jour, 365 jours par an. Ce seuil est à rapprocher de l'activité médiane des infirmiers actifs à temps plein qui s'établissait en 2000 à 14 700 coefficients. En 2000, 2 800 infirmiers, soit 5% de la profession, dépassaient ce seuil, le montant des honoraires perçus au-delà du plafond représentant 1% de la dépense totale. En 2002, les actes AMI ont été exclus du calcul du seuil et le plafond a été porté à 22 000 coefficients AIS (plus ou moins 1000 coefficients selon les départements). Le dépassement du seuil d'efficience donne lieu à reversement par le praticien sur la base de 70% de l'assiette des dépassements la première fois et 90% en cas de récidive.

Un dispositif similaire a été instauré pour les masseurs-kinésithérapeutes, définissant « *un plafond d'efficience d'activité individuelle compatible avec la distribution de soins de qualité* », fixé à 47 000

AMC et/ou AMK dans la convention de 1994 et révisé à 45 000 AMC-AMK-AMS en 2000 (à comparer avec l'activité moyenne de 21 000 coefficients par an et par masseur-kinésithérapeute).

Enfin, dans le cadre de l'option médecin référent créée en 1998, l'activité prise en charge des praticiens souscrivant à cette option a été plafonnée à 7 500 C+V. La convention et ses avenants permettent une modulation de ce plafond au regard de diverses considérations tenant à la taille de la clientèle des médecins concernés ou à la densité médicale observée au plan local. Le plafond effectif est arrêté par un comité médical paritaire local (CMPL), sauf lorsqu'il excède 7 500 actes, auquel cas l'aval du comité médical paritaire national est nécessaire. En 2000, 15% des généralistes français dépassaient ce seuil.

b) Rémunération à l'acte avec enveloppe collective

Le Canada, les Etats-Unis et l'Allemagne ont défini au niveau national des enveloppes globales d'honoraires, dont le respect est assuré par un ajustement du prix unitaire des actes.

❏ L'Allemagne a mis en œuvre depuis 1984 un système de point flottant strict, permettant de respecter de manière certaine l'enveloppe définie *ex ante*. Au niveau de chaque Land, une enveloppe globale est déléguée par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie à l'union régionale des médecins conventionnés, à charge pour celle-ci de rémunérer les prestations accomplies par les médecins conventionnés. Celles-ci sont facturées sur la base d'une nomenclature exprimée en points, et la valeur unitaire du point est déterminée en fin de trimestre en rapportant le montant de l'enveloppe au nombre total de points facturés au cours du trimestre.

Cette variation du prix s'applique rétrospectivement aux actes réalisés au cours du trimestre, de sorte qu'il y a un bouclage financier strict faisant converger la dépense budgétée et celle effectivement réalisée. La conséquence de ce mécanisme est que le prix des actes n'est connu par les médecins qu'a posteriori. De plus, la variation de prix s'applique à l'ensemble des professionnels. L'application d'un prix défini en fin de période aux actes réalisés au cours de celle-ci est facilitée par le système de tiers-payant en vigueur en Allemagne.

Par ailleurs, les taux d'évolution des enveloppes régionales sont encadrés : les enveloppes ne peuvent pas augmenter plus vite que le taux de croissance des cotisations des assurés.

❏ Le dispositif mis en place aux Etats-Unis pour le programme public fédéral Medicare vise uniquement un bouclage financier sur moyenne période. A chaque acte est attaché un nombre de points, la valeur monétaire du point étant définie par un facteur de conversion. Celui-ci est ajusté une fois par an dans le cadre d'un mécanisme d'enveloppe. Le calcul de l'évolution du facteur de conversion, donc du prix, se réalise en deux étapes.

Dans un premier temps, l'administration fédérale calcule un taux de croissance soutenable (*sustainable growth rate – SGR*), qui est le taux directeur de l'enveloppe Medicare. Le SGR est fondé sur une formule définie par *le Balanced Budget Act* (BBA) de 1997 ; il dépend :

- du taux d'évolution du prix des inputs des actes médicaux. Il s'agit de compenser l'inflation des biens et services consommés par les médecins dans leur pratique professionnelle ;
- de l'évolution du nombre de bénéficiaires du programme ;
- de l'évolution du produit intérieur brut (PIB) par tête ;
- de l'impact sur la dépense occasionné par des modifications de l'environnement réglementaire.

Dans un deuxième temps, est calculée l'évolution du facteur de conversion monétaire. Cet ajustement du prix est principalement fonction :

- du taux d'évolution du prix des inputs des actes médicaux ;
- d'un facteur d'ajustement destiné à aligner la dépense effective, constatée au cours de la période, avec le taux directeur précédemment calculé (SGR).

En d'autres termes, l'évolution du prix est égale à l'inflation du prix des inputs des actes médicaux lorsque le taux d'évolution de la dépense constatée équivaut au taux directeur. Si l'évolution de la dépense effective est supérieure au SGR, l'ajustement du prix est inférieur à l'inflation. Si le taux directeur de l'enveloppe (SGR) excède la dépense constatée, la revalorisation du prix des actes médicaux est supérieure à l'inflation.

❏ Enfin, au Canada, des enveloppes ont été mises en œuvre de longue date (1970 au Québec) dans toutes les provinces. Les formules retenues pour en assurer le respect sont variables, mais elles reposent toutes sur un ajustement à la baisse des tarifs en cas de dépassement du budget initialement prévu. Cet ajustement ne vaut toutefois que pour le futur, ce qui ne permet généralement pas un bouclage financier strict.

3) Les exemples de capitation et de paiement à la performance

Dans de nombreux pays développés, tout ou partie des généralistes sont payés au moins partiellement à la capitation. C'est notamment le cas du Danemark, de l'Irlande, des Pays-Bas, du Royaume-Uni et des Etats-Unis.

❏ Aux Pays-Bas, toute la population est inscrite auprès d'un généraliste, et les généralistes sont rémunérés à la capitation pour les patients assurés auprès de caisses publiques (65% de la population), et à l'acte pour les personnes bénéficiant d'une couverture privée (35%).

Le montant de la capitation par patient est calculé à partir de la formule suivante : un revenu de référence additionné à un coût de la pratique de référence est rapporté à un niveau de charge de travail standard. Le revenu de référence a été défini en 1994 par accord entre le gouvernement et les généralistes. Il est issu d'une comparaison avec les niveaux de revenu d'autres professions hautement qualifiées. En 2002, ce revenu de référence s'établissait à 86 977 €.

Les coûts de référence prennent en compte les coûts de déplacement (véhicule pour les visites à domicile), l'immobilier, le téléphone, le personnel assistant le médecin, l'amortissement du matériel, ainsi que divers coûts annexes. Le total s'élevait en 2002 à 82 694 €.

La charge de travail de référence est fixée à 2 350 patients inscrits. La formule de calcul aboutit donc à un *per capita* de 72,20 €.

Au *per capita* ainsi défini il convient d'ajouter un forfait complémentaire pour l'informatique et la participation à des groupes de pairs. De même, le travail de nuit et le week-end fait l'objet d'une tarification spéciale.

Enfin, le *per capita* est modulé de manière à tenir compte de la morbidité probable des personnes inscrites. Cet ajustement au risque prend en compte l'âge des individus et leur lieu de résidence. Une majoration de la capitation est ainsi accordée pour les personnes résidant dans des zones défavorisées, celles-ci étant définies au regard de critères de revenu moyen et d'origine ethnique/géographique des habitants.

En pratique, en 2002, quatre niveaux de per capita existent : 73 € pour les patients jusqu'à 64 ans, 86,2 € pour les patients au-delà de 64 ans, et respectivement 80,4 € et 93,6 € dans les zones défavorisées.

❏ Aux Etats-Unis, si le programme fédéral Medicare paye les praticiens à l'acte, la majeure partie des assureurs privés payent les groupes de médecins sous forme de capitations. Ainsi en 2001 75% du revenu des *medical groups* californiens provenait de capitations[173]. Cette capitation payée au niveau du groupe est ensuite déclinée au niveau de chaque praticien, sous forme selon les cas de salaire, de paiement à l'acte et/ou de capitation. Ainsi en 2001 dans les mêmes *medical groups* californiens le revenu des praticiens individuels provenait à 21% d'une capitation, à 38% d'un paiement à l'acte, et à 41% d'un salaire.

Les capitations payées aux groupes de médecins peuvent être de plusieurs types :

- les *professional services capitations* couvrent les soins de médecine ambulatoire (généralistes et spécialistes), les analyses de laboratoire, la radiologie, ainsi que les services d'urgence et les opérations chirurgicales mineures dans la plupart des cas ;
- les *global capitations* couvrent également l'ensemble des soins hospitaliers, ainsi que, dans la majorité des cas, les dépenses de médicaments.

Ces capitations sont par ailleurs de plus en plus souvent associées à des paiements à la performance : une partie de la rémunération des groupes de médecins et/ou des praticiens individuels dépend de leurs performances financières, et/ou de leurs performances sanitaires, qui peuvent être mesurées à partir :

- du résultat final, c'est-à-dire de l'impact sur la santé des patients : évolution de la morbidité, enquête de satisfaction… ;
- des résultats intermédiaires : taux de vaccination et de dépistage, caractère approprié des diagnostics et des prescriptions, utilisation des ressources de soins (hôpital, médicaments)… ;
- de l'organisation et de la structure de production de soins : équipement, qualification des personnels...

[173] Cf. ROSENTHAL et *alii* (2002), ainsi que PEDERSEN et *alii*, « Primary care physician incentives in medical group practices », *Archives of family medicine*, 2000.

Ainsi l'assureur AETNA a lié une fraction de la rémunération des médecins (bonus) à leur score sur un index de qualité intégrant notamment la satisfaction du patient et l'adéquation des traitements aux diagnostics. *Wellpoint* attribue jusqu'à 5 000 $ de bonus annuel en fonction de la qualité des pratiques cliniques, de l'accès et de la continuité des soins, de l'intensité de la prescription de génériques, et de la qualité de l'organisation. CIGNA et *Independent Health association* attribuent également des bonus en fonction de critères semblables. En 1999, seuls 23% des médecins américains en secteur ambulatoire ne bénéficiaient pas de tels schémas de paiement à la performance[174]. En 1998, 7% du revenu des médecins était lié à la performance[175].

❏ Au Royaume-Uni[176], le mode de paiement le plus répandu[177] (80% des médecins généralistes) est le GMS (G*eneral medical services*), qui mêle une allocation de base destinée à prendre en charge une fraction des coûts de fonctionnement (18%[178]), une capitation (56%), des paiements à l'acte (visites de nuit, vaccinations, urgences, soins de maternité, prévention, chirurgie mineure, contraception… ; 7%), et des paiements sur objectifs sanitaires (taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, suivi des actes de grossesse et couverture vaccinale des très jeunes enfants – 19%). A cette rémunération peut en outre s'ajouter les éventuelles incitations financières spécifiques définies de manière autonome au plan local par les PCG/Ts.

❏ Enfin, au Canada[179], où les praticiens étaient traditionnellement payés à l'acte, des modes de rémunération alternatifs, fondés sur une capitation, se développent en Ontario[180] au travers des *Family health networks* (*FHNs*).

Les FHNs sont constitués d'un ou plusieurs cabinets médicaux, et ils regroupent sur une base volontaire au moins 5 médecins généralistes ainsi que, éventuellement, d'autres professions médicales (diététiciens, *nurse practitioners*…). Les patients doivent s'inscrire auprès du FHN pour une période de six mois au moins.

Un nouveau mode de rémunération mixte, basé sur une capitation, est mis en œuvre, dans lequel l'essentiel des paiements est réalisé au profit du groupe et non des praticiens individuellement.

Pour les patients inscrits auprès du FHN, le paiement de base est une capitation couvrant le montant moyen de consommation des actes de médecine générale les plus courants (57 codes de nomenclature, représentant 80% des factures des médecins généralistes ontariens). Cette capitation est de 96,85 $ en moyenne. Elle est ajustée au risque des patients (âge, sexe) et varie dans une fourchette allant de 40 à 250 $. Cette capitation est versée au FHN. Lorsque le nombre de patients inscrits par médecin, pour l'ensemble du FHN, est supérieur à 2 400, le montant de la capitation est diminué de 50%.

---

174 Cf. STRUNK et *alii*, « Kinder and gentler : physicians and managed care, 1997 – 2001 », *Tracking report n°5*, novembre 2002, Center for studying health system change.

175 Cf. GRUMBACH et *alii*, « Primary care physicians' experience of financial incentives in managed care systems », *New England journal of medicine*, 1998, cité dans GRIGNON et *alii* (2002).

176 Cf. *Redbook*, *List of fees and allowances*, NHS, 2002.

177 Le PMS (*personal medical services*), schéma de rémunération introduit en 1997, est négocié directement entre le PCG/T et le praticien. Il constitue le plus souvent un mixte de capitation, de paiement à l'acte, et de paiement à la performance, les PCG/T prenant souvent en charge une partie des frais de structure du cabinet.

178 Chiffres de la *British medical association* (BMA).

179 Au Québec, les Groupes de médecins de famille (GMF) restent rémunérés à l'acte, contrairement à ce que proposait la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair).

180 Cf. SPURGEON, « Ontario's family doctors may opt for a capitation payment system », *BMJ*, 2002.

Par ailleurs, lorsqu'un praticien membre d'un FHN exécute un des 57 actes faisant partie du panier de soins de la capitation et s'il déclare cet acte (facturation détaillée), le groupe reçoit, en plus de la capitation, 10% de la valeur de cet acte. Il s'agit d'une incitation à fournir une information indispensable au suivi des comportements individuels (shadow billing).

Pour tous les actes en dehors de ce panier de soins, le groupe reçoit 100% de la valeur des actes. Par ailleurs, le FHN reçoit une prime inversement proportionnelle à la consommation de soins de ses patients dans d'autres services de médecine ambulatoire, afin d'inciter à la fidélisation des patients (jusqu'à 20 $ par an et par patient inscrit).

Pour les patients soignés par le FHN sans y être inscrits, le groupe reçoit 100% de la valeur des actes, dans la limite de 40 000 $ par an et par médecin membre (à partir de la deuxième année d'existence du FHN).

En outre, le FHN reçoit également un paiement de 1 $ par an et par patient au titre de ses frais de structure.

Enfin, différentes primes incitatives sont prévues, selon l'effort de formation continue (100 $ par heure, payé directement au médecin), la productivité (jusqu'à 10 200 $ par an pour chaque médecin), et le nombre d'actes de prévention réalisés (jusqu'à 8 800 $ par médecin).

Annexe 42 : Les référentiels[181]

1) Les référentiels utilisés en France

Les références médicales opposables (RMO)

Les RMO sont issues de la convention de 1993 avec les médecins. Elles visent à éliminer « des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux ». Elles portent actuellement sur les prescriptions pharmaceutiques, les prescriptions de biologie et les actes diagnostiques. La convention de 1993 avait rendu opposables 147 références. Les conventions médicales de 1997 ont étendu leur nombre : 194 pour les médecins généralistes et 243 pour les médecins spécialistes. Dans le cadre de la convention nationale des médecins généralistes de 1998, certaines RMO ont été supprimées . Depuis cette date, d'autres ont été suspendues. Ainsi, actuellement, 155 références médicales sont opposables aux généralistes.

L'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé du 24 avril 1996 a rendu effective l'opposabilité de RMO et a précisé les conditions de leur élaboration :

- L'Etat, les organismes de prise en charge et les professionnels de santé proposent aux agences les thèmes de recommandations de bonne pratique dans lesquels seront choisies les références qui pourront devenir opposables.
- Les références sont établies par l'ANAES et, pour le domaine des produits de santé, par l'AFSSAPS. Le décret du 7 avril 1997 constitutif de l'ANAES a précisé que les thèmes relevant de la compétence conjointe des deux agences doivent faire l'objet de propositions communes.
- Les partenaires conventionnels (le Comité médical paritaire national) choisissent parmi les références élaborées par les agences celles qu'ils rendent opposables. Les conventions ou, à défaut, le règlement conventionnel minimal, déterminent les références médicales opposables aux médecins et les conditions de cette opposablité.
- Des sanctions financières peuvent être prononcées par le comité médical régional ou le comité paritaire médical local (suspension de tout ou partie de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des médecins).

Dans la mesure où les RMO existant dans le domaine du médicament ont pour l'essentiel été élaborées antérieurement au transfert de la compétence à l'AFSSAPS, le travail pour l'Agence consiste en la réévaluation des 65 RMO concernées.

La mise en œuvre des RMO s'est heurtée à plusieurs limites :

- Les RMO ne sont que partiellement respectées. Le rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale de 1997 mentionne que sur 23 254 médecins contrôlés entre 1994 et 1997 (soit 20,6% des médecins généralistes français), 48% ont dérogé au moins à une RMO, sans forcément atteindre le seuil déclenchant une sanction.

[181] Le terme de référentiels regroupe aussi bien les *recommandations de bonne pratique*, formulées de manière positive, et les *références médicales opposables*, qui prennent la forme d'interdictions.

- Les sanctions ne sont pas appliquées. Parmi les médecins ayant été contrôlés entre 1994 et 1997, seuls 0,5% ont été *in fine* sanctionnés. En outre, le Conseil d'Etat a annulé en 1999 le mode de calcul des sanctions, contenu dans la convention des médecins généralistes de 1998 ainsi que le règlement conventionnel minimal. Depuis lors, les RMO demeurent en théorie opposables, mais leur non-respect ne peut plus être sanctionné. La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2003 a supprimé les comités médicaux régionaux.

- Il n'existe que très peu d'études évaluant l'impact sanitaire et financier des RMO. Les RMO ne semblent pas avoir eu d'impact financier, selon deux études menées à ce sujet[182], alors que les gains attendus initialement étaient considérables (estimations de 1,5 Mds d'euros). En revanche, l'étude du CREDES suggère qu'une partie des RMO aurait une influence certaine sur la prescription pharmaceutique et que cet effet serait durable.

- La liste des RMO n'a pas été réglementairement actualisée depuis 1998, alors que l'article L162-12-15 du CSS prévoit qu'elle le soit, en fonction notamment des données scientifiques.

Les recommandations de bonnes pratiques (RBP)

L'élaboration de recommandations de bonne pratique a commencé sous l'égide de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), créée en 1989. A la suite notamment de l'annulation par le Conseil d'Etat des dispositifs de sanction associés aux RMO, il s'est dégagé un consensus sur le développement de ces recommandations de bonnes pratiques. A l'inverse des RMO, elles ont un caractère positif. Ce développement s'appuie sur les travaux de l'ANAES et de l'AFSSAPS.

Deux méthodes sont utilisées pour élaborer des recommandations professionnelles :

- La méthode « conférence de consensus » où un jury présente en séance publique une ou des recommandations, à l'issue d'une rédaction à huis clos. Une conférence de consensus nécessite l'intervention d'experts, sans conflits d'intérêt, un niveau de preuve documenté (analyse de la littérature scientifique internationale) et une présentation par les professionnels de l'état de leur pratique et de la justification de ces recommandations.
- La méthode « recommandations pour la pratique clinique » : un groupe de travail constitué d'experts et de professionnels prend connaissance de la littérature scientifique et de son niveau de preuve, de l'état des pratiques professionnelles et de l'avis des experts d'un groupe de lecture extérieur.

Début 2003, l'ANAES avait réalisé plus de 200 conférences de consensus et recommandations pour la pratique clinique. A titre d'exemple, le programme de travail 2003 de l'ANAES comprend 14 recommandations pour la pratique clinique et sept conférences de consensus.

L'ANAES peut aussi intervenir par le biais du « faire-faire ». Il est prévu que la méthode de labellisation, utilisée actuellement, soit bientôt remplacée par un nouveau dispositif. Ainsi, par le biais de la mise en œuvre de la banque de recommandation française (BRF), l'ANAES cotera toutes les

[182] A.LE PAPE et C.SERMET, *Les RMO sur le médicament : bilan de trois années d'application*, Credes 1998, et OR, *Improving the performance of health care systems : from measures to action*, Labour market and social policy – occasional papers n°57, OCDE 2002.

recommandations de bonne pratique (les siennes et celles élaborées par les sociétés savantes) en fonction de la grille AGREE et de leur degré de pertinence.

Dans le domaine du médicament, on peut noter la diversité des formes de référentiels. D'une part, l'AFSSAPS établit les recommandations de bonne pratique et les références médicales. A cet égard, un rapport de l'IGAS[183] a estimé qu'elles étaient peu nombreuses et insuffisamment diffusées. D'autre part, la Commission de la Transparence, dont l'AFSSAPS assure le secrétariat, participe à la production et élabore les fiches d'information thérapeutique pour les médicaments d'exception (soumis aux conditions de prescription restreinte prévues aux articles R.5143-5-1 et R.5143-5-6 du Code de la Santé Publique) ainsi que les fiches de transparence pour tous les médicaments.

2) Les exemples étrangers.

Les recommandations et standards de bonnes pratiques sont des outils utilisés depuis de nombreuses années aux Etats-Unis et dans d'autres pays européens, tels que les Pays-Bas et la Grande-Bretagne. Les conditions de succès de ces référentiels ne sont pas toutes cernées mais des études ont identifié plusieurs éléments comme déterminants[184] :

Participation à leur élaboration de ceux qui auront à les appliquer.

Des études[185] ont décrit des phénomènes de rejet collectif lorsque les lignes directrices sont contraignantes et lorsqu'elles ne se contentent pas de prohiber les pratiques inutiles et dangereuses, mais qu'elles opèrent aussi une sélection parmi les différentes pratiques envisageables pour une même pathologie.

❑ Aux Pays-Bas, les recommandations de bonne pratique sont élaborées par le collège scientifique des médecins, auquel adhèrent 70% des médecins généralistes et dont l'autorité est reconnue et acceptée. Des médecins volontaires constituent à cette fin des groupes de travail. La procédure d'autorisation a lieu après une phase de test auprès des praticiens.

❑ Aux Etats-Unis, les recommandations sont élaborées par les conférences de consensus, les sociétés savantes, les *plans* (assureurs), les réseaux. La participation des médecins à la fixation des normes est néanmoins variable au sein des réseaux.

Les référentiels doivent faire l'objet d'une diffusion facilitant leur appropriation.

❑ Aux Etats-Unis, chaque réseau fixe lui-même les règles que doivent respecter les professionnels de santé. Ainsi, un médecin contractant avec plusieurs réseaux doit suivre plusieurs séries de règles parfois différentes. Du fait de la multiplication des bonnes pratiques, une action de clarification a d'ailleurs été entreprise aux Etats-Unis. Une agence fédérale, en liaison avec les associations professionnelles respectives des médecins et des assureurs, a créé un site internet spécifique qui fournit une information standardisée sur les principales recommandations récentes (de moins de cinq ans).

---

183 IGAS/IGF*, Rapport particulier relatif au rôle de l'AFSSAPS dans le bon usage des produits de santé*, décembre 2002.

184 ANAES, *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales*, janvier 2000 ; IGAS, *L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire. Etude administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas*, mai 2002 ; IGF, *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, mars 2003.

185 BERENSON et ZELMAN, *The managed care blues and how to cure them*, Georgetown university press, 1998, pages 102 et suivantes.

❑ Aux Pays-Bas, le système est beaucoup plus centralisé et le degré de diffusion est important. Le collège scientifique des médecins s'appuie, pour la diffusion des recommandations, sur l'association professionnelle des médecins qui mobilise plusieurs relais :

- un médecin en exercice par district, qui a la charge de la promotion des bonnes pratiques et y consacre une partie de son temps ;

- les groupes locaux de travail ;

- la formation continue (les référentiels servant notamment de base aux cours suivis pour la recertification (voir annexe sur la FMC) ;

- des recueils de synthèse, revues périodiques médicales, support informatique directement accessible sur écran par le médecin dans son cabinet.

❑ L'appropriation des recommandations de bonne pratique se fait dans de nombreux pays par le biais de **cercles de qualité**. Ceux-ci se sont développés soit à l'initiative des médecins ou de leurs représentants, soit du fait d'une politique volontariste des pouvoirs publics. Toutes les expériences menées reposent sur des groupes de discussion autour d'un thème ou d'une étude de cas encadrés par des animateurs ou des spécialistes cliniciens. En Grande-Bretagne, par exemple, les *Primary care groups* et *Primary care trusts* (chaque structure regroupant une centaine de généralistes) ont pratiquement tous mis en place des groupes de travail chargés d'améliorer les comportements de prescription des médicaments. En France, citons l'expérience qui a été menée à l'initative de Groupama (voir annexe correspondante).

L'étude des expériences étrangères (Belgique, Grande-Bretagne, Allemagne, Pays-Bas) permet de mettre en évidence les facteurs de succès de telles démarches : l'utilisation de leaders d'opinion ; la qualité de l'animation des groupes et leur structuration.

Une démarche incitative et participative plutôt qu'imposée.

Les expériences étrangères privilégient les contraintes « extra-légales » (contrats, pression concurrentielle, etc.) et les référentiels ne sont pas nécessairement imposés.

Ainsi, aux Pays-Bas par exemple, les recommandations sont devenues des *normes*. Il en est de même aux Etats-Unis où elles sont bien un *standard* mais ne constituent pas pour autant, sauf exception, une obligation. Elles ne font d'ailleurs pas l'objet d'un contrôle ou d'une évaluation explicite. Toutefois on notera qu'une énorme contrainte existe *de facto* aux Etats-Unis puisqu'elles sont prises en compte dans les procédures d'entente préalable, à l'occasion de la sélection ou de la resélection des médecins par les assureurs, par les programmes d'amélioration de la qualité et lors de la mesure de la performance des réseaux.

Au total, les exemples étrangers mettent en évidence pour l'application de références médicales, l'acceptation par les praticiens, un accompagnement au plan local et un investissement sur le choix et l'élaboration de démarches pédagogiques efficaces. En outre, on peut observer que des dispositifs reposant sur un petit nombre de références médicales discutées au plan local ainsi que sur un contact direct, régulier et structuré entre le praticien et ses confrères, peuvent avoir des effets significatifs.

Si les recommandations de bonne pratique se sont développées dans la plupart des pays de l'OCDE afin d'améliorer la qualité des soins, il faut néanmoins rappeler qu'elles ne sont pas suffisantes à elles seules. Leur efficacité est limitée par d'autres facteurs, tels que les modes d'organisation des soins ou d'allocation des ressources, qui ont eux-mêmes une influence tout à fait déterminante sur les pratiques.

Annexe 43 : La variabilité des pratiques

De nombreuses études ont constaté une très grande variabilité des pratiques médicales de la part des professionnels de santé. L'annexe ci dessous en fournit quelques illustrations.

Iatrogénie médicamenteuse

Le terme de *iatrogénie*[186] *médicamenteuse* regroupe toutes les complications provoquées par un traitement médicamenteux. L'insuffisante évaluation de certaines associations médicamenteuses peut entraîner des accidents graves ou mortels qui pourraient être évités. La iatrogénie médicamenteuse a été retenue comme priorité par la Conférence nationale de santé dès 1998.

Une analyse menée dans le Nord-Pas-de-Calais au cours du premier trimestre 1999 a relevé 3 145 associations formellement contre-indiquées sur plus de 5 millions d'ordonnances[187].

Prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë

Une étude récente du Credes d'août 2003[188] porte sur la variabilité de prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë : « *les recommandations récentes de pratique clinique excluent sans ambiguïté les antibiotiques dans la prise en charge de la rhinopharyngite. Ainsi, selon l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé, seules les complications avérées supposées d'origine bactérienne, otite moyenne aiguë et sinusite aiguë principalement, justifient la prescription d'antibiotiques* ». Or 50,8% des consultations analysées se concluent par une antibiothérapie pour rhynopharyngite. La prescription d'antibiotiques est corrélée négativement (c'est-à-dire dans le sens préconisé par les recommandations) avec : l'âge du médecin lorsqu'il est compris entre 35 et 44 ans ; la densité médicale ; le nombre de séances de formation médicale continue annuel ; la participation à un réseau de soins.

Les facteurs corrélés positivement avec la prescription d'antibiotiques (c'est-à-dire dans le sens contraire des recommandations) sont la fréquence des visiteurs médicaux ; le nombre quotidien moyen d'actes médicaux.

Lombalgies aiguës

Le constat dressé par l'Assurance Maladie est le suivant : "*Les innombrables lombalgies dont souffrent les Français provoquent une inflation d'actes de masso-kinésithérapie et d'examens d'imagerie médicale inadaptés, inutiles et même dangereux : des prescriptions de kinésithérapie contraires aux consensus professionnels pour la lombalgie aiguë, des prescriptions de scanners ou d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) qui peuvent conduire à des interventions chirurgicales à mauvais escient, ont été relevées en nombre dans tous les départements où le Service médical du Régime général a enquêté. Le simple respect des références médicales opposables permettrait d'éviter cette inflation préjudiciable aux malades comme à la collectivité.*"

Les mauvaises prescriptions sont estimées à environ 20% des cas.[189]

---

186 En grec *o iatros* signifie *le médecin*

187 Les éléments de ce constat sont issus des *Faits Marquants de l'Assurance Maladie*, CNAMTS, 2002.

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

189 *Faits Marquants de l'Assurance Maladie*, CNAMTS, 2000, page 37

Hysterectomie chez la femme jeune

Le niveau de pratique des professionnels de santé est un facteur qui peut être lié au choix de traitement. L'exemple de l'ablation de l'utérus (hystérectomie) chez la femme jeune est, à ce titre, assez illustratif[190]. Deux types de chirurgie sont envisageables lors d'une hystérectomie :

- la voie haute, par incision de l'abdomen ;
- la voie basse vaginale, source de moindres complications et d'une meilleure tolérance psychique pour les patientes, mais réclamant une technicité importante.

Les recommandations publiées en 1995 par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale tout comme les experts des sociétés savantes recommandent, en l'absence de contre-indications, l'hystérectomie par voie basse. Il ressort d'une étude de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Bretagne réalisée en 1998 que « *les opérateurs qui utilisent la voie basse sont ceux qui réalisent le plus grand nombre d'hystérectomies (54% de voie vaginale pour les praticiens réalisant plus de 9 actes par trimestre contre 17% pour les praticiens réalisant moins de 4 hystérectomies durant la même période)* ».

Césarienne

Le même constat peut être dressé et complété pour la pratique de la césarienne. L'étude de DAVID *et alii* (2001)[191] analyse les facteurs corrélés avec le taux de césarienne. Cette étude prend en considération les caractéristiques maternelles et tient donc compte du recrutement des maternités. Il ressort de l'analyse de DAVID et alii (2001) que les maternités de centre hospitalier universitaire de plus de 2 000 accouchements par an :

- pratiquaient plus fréquemment des césariennes avant travail que les maternités de centre hospitalier général ou privées de plus de 2 000 accouchements par an ;
- pratiquaient moins fréquemment des césariennes avant travail que les maternités privées de moins de 2 000 accouchements par an.

Le niveau de pratique est donc corrélé avec le taux de césariennes, mais d'autres facteurs, comme le statut universitaire sont aussi liés à des pratiques différentes.

Cancer du sein et chirurgie

Une analyse réalisée dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1997 sur le traitement du cancer du sein a montré de fortes disparités de traitement[192]. La prise en charge chirurgicale du cancer est dans 75% des cas conservatrice, mais avec de fortes disparités suivant les lieux de la pratique : 90% de chirurgie conservatrice dans le secteur ouest des Bouches-du-Rhône contre 55% seulement dans les Hautes-Alpes et les Alpes de Haute-Provence. L'analyse de l'âge des malades et des caractéristiques du cancer ne parviennent pas à justifier de telles disparités.

Chirurgie de la cataracte

Dans le traitement chirurgical de la cataracte, la technique de phaco-émulsification s'impose[193]. Une étude réalisée en Bretagne en 1999 montre que cette technique était utilisée dans 95% des cas dans les départements du Finistère, de l'Ille-et-Vilaine et du Morbihan et dans 91% des cas dans les Côtes

190 Les éléments présentés sont issus des Faits Marquants de l'Assurance Maladie, 2001, page 45.

191 DAVID (S), RIVIERE (O) et MAMELLE (N) « L'auto-évaluation des pratiques en périnatalité. Estimation d'un taux attendu de césarienne, adapté au niveau de recrutement d'une maternité (analyse à partir du réseau sentinelle de maternités AUDIPOG) », Revue Médicale de l'Assurance Maladie, vol.32, n° 4, oct.-déc. 2001.

192 *Faits Marquants de l'Assurance Maladie*, CNAMTS, 2000, page 27

193 *Faits Marquants de l'Assurance Maladie*, CNAMTS, 2001, page 49

d'Armor.

Urgences hospitalières

Il ressort de deux enquêtes menées par l'Assurance Maladie en Ile de France et en Rhone-Alpes en 1998 que les caractéristiques techniques de fonctionnement des structures d'accueil des urgences hospitalières ne répondaient qu'incomplètement aux normes des services d'accueil et de traitement des urgences fixées par les décrets de 1995 et 1997 et notamment:

- insuffisance des zones de surveillance de très courte durée, absentes dans 70% des sites rhodaniens et 66% des sites franciliens

- 25% des patients ont été examinés par un médecin non senior, 44% des sites ne pouvaient faire appel à un psychiatre en moins de 30 minutes, absence de pédiatre dans plus de la moitié des structures.

Au total, les sites bénéficiant d'une conformité totale vis-à-vis des normes réglementaires étaient rares au jour de l'enquête (30% en Ile de France)[194]

Stimulateurs cardiaques

Le niveau d'activité des opérateurs est un critère susceptible d'influencer la qualité des soins. Dans le cadre de la pose de stimulateurs cardiaques (pacemakers), la Société française de cardiologie a émis en 1999 des recommandations sur les seuils minimaux d'activité annuelle : 50 implantations par centre et 20 implantations par opérateur. En Alsace, 9 centres sur 17 et 17 sur 44 atteignaient ces niveaux d'activité en 1998[195]. En Paca, 41 centres sur 69 et 90 opérateurs sur 134 atteignaient ces niveaux d'activité en 2001.

194 *Faits Marquants de l'Assurance Maladie*, CNAMTS, 2001, page 153

195 *Faits Marquants de l'Assurance Maladie*, CNAMTS, 2003.

Annexe 44 : Un exemple de cercle de qualité : l'expérience *Groupama Partenaires Santé*

Un cercle de qualité est un lieu d'échange entre professionnels, en nombre limité (moins de quinze) sur des thèmes déterminés par ces professionnels. L'objectif de ces structures n'est pas tant de diffuser des normes et référentiels que de favoriser un échange constructif et l'émergence d'un consensus autour de références de bonne pratique et ainsi d'aider les praticiens à les intégrer à leur activité quotidienne.

Dans le cas de la France, l'expérience « Groupama partenaires santé » a été particulièrement décrite et commentée[196]. Des cercles de qualité locaux d'une dizaine de praticiens, animés par des médecins extérieurs, ont été créés afin de définir, sur les pathologies identifiées comme prioritaires compte tenu du contexte local, des références de bonne pratique médicale. Des médecins généralistes ont été recrutés sur la base du volontariat dans 25 cantons ruraux des départements de l'Allier, des Côtes d'Armor et des Pyrénées Atlantiques. Il a été proposé à leurs patients, lorsqu'ils étaient affiliés à la MSA et assurés ou ayant droit à Groupama, de participer à l'opération.

La centaine de médecins généralistes participant à l'expérimentation s'engageaient à participer à des cercles de progrès qui visaient « *au travers d'une démarche collective et de volontariat à établir des principes et des outils communs de bonnes pratiques diagnostiques, thérapeutiques et de prévention, orientées sur la recherche de la qualité et de moyens d'une maîtrise médicalisée des coûts* ». Leur participation a été rémunérée à hauteur de 45 consultations, soit 780 € pour les 18 mois de l'expérimentation. Ces groupes de progrès, constitués de 10 à 12 médecins, ont tenu des réunions thématiques une fois par mois, sur des pathologies ou sur des questions d'organisation des soins. Les thèmes ont été choisis par les médecins eux-mêmes.

Groupama et la MSA ont fourni des animateurs médecins extérieurs, ainsi que des données médicales support. Les médecins-conseils de Groupama et de la MSA étaient observateurs. Dans plusieurs de ces groupes, ces réunions ont été l'occasion de définir des références médicales partagées, qui ont ensuite été appliquées par les praticiens et diffusées aux patients.

Quant aux 3700 sociétaires de Groupama, ils s'engageaient à suivre les prescriptions ainsi que les opérations de prévention. Par ailleurs, ils bénéficiaient d'un tiers payant intégral et recevaient une revue et des fiches de conseil sur certaines pathologies.

Les résultats de cette expérience sont très significatifs, avec notamment, après 18 mois de fonctionnement, une réduction de 3,1% des prescriptions des généralistes pour le groupe expérimental, à comparer avec l'augmentation de 16,8% de ces mêmes prescriptions constatée sur le groupe témoin.

En termes de satisfaction des patients, 95% des adhérents ont trouvé utile ou très utile de ne pas avancer les frais. Seuls 6% se sont sentis contraints de ne pas pouvoir consulter un autre médecin. 65% des patients se sont déclarés satisfaits et 31% très satisfaits. 98% ont déclaré vouloir rester dans ce dispositif, dont 76% qui considèrent que c'est très important. En ce qui concerne les praticiens, 80% se sont déclarés satisfaits par le fonctionnement des groupes et 75% souhaitent continuer l'expérience.

[196] L'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a notamment été inspiré par cette expérience.

Différentes critiques ont été émises quant à la fiabilité des résultats de cette expérience :

- l'évaluation de l'expérimentation s'est faite sans prise en compte des *coûts complets*, c'est-à-dire sans introduire les soins hospitaliers. Or il se pourrait fort bien que les résultats positifs obtenus sur les coûts en médecine générale soient compensés par des coûts hospitaliers plus importants. Les données de la MSA ne permettent pas de mesurer ce point. Toutefois, l'évolution modérée des frais de spécialistes (+12,6% contre +11,6% pour le groupe témoin) laisse penser que ces effets reports sont limités.

- l'existence d'un biais de sélection inhérent à ce type d'expérimentation, le volontariat ayant conduit à sélectionner les médecins et les patients les plus enclins à un comportement d'optimisation des pratiques. Toutefois la centaine de médecins impliqués dans l'expérience représentait environ la moitié des généralistes des zones concernées et les 3700 sociétaires plus du tiers des patients répondant aux critères de sélection.

- l'incertitude quant aux effets de long terme d'un tel dispositif. Il convient à cet égard de noter que les groupes n'ont, la plupart du temps, pu aborder en 18 mois qu'une ou deux pathologies, ce qui laisse penser que des économies potentielles restent envisageables dans le futur en appliquant la même méthodologie à d'autres pathologies

- l'importance du contexte local. L'expérimentation concerne les zones rurales qui seraient dans des situations d'une offre médicale plutôt basse ce qui inciterait les médecins à rationaliser leurs pratiques. Cette observation n'enlève toutefois rien au constat de l'importance des gains potentiels résultant d'une optimisation des pratiques.

Annexe 45 : La formation médicale continue

1) L'historique de la FMC

Une première initiative a vu le jour en 1974 : la création du *fonds d'assurance formation de la profession médicale* (FAF-PM) sous l'impulsion de deux syndicats nationaux, la CSMF et la FMF. Ce fonds est resté pratiquement sans activité pendant dix ans. Aussi, sous l'égide du ministère de la santé, une nouvelle association, l'*UNAFORMEC* est créée en 1978. Née de la fusion de deux associations rivales, l'UNAFORMEC regroupe des fédérations régionales, elles-mêmes composées d'associations locales. Sa principale mission consiste à répartir la subvention du ministère de la santé entre différentes actions de formation. A partir de 1983, ce fonds a concerné essentiellement les généralistes. Parallèlement, des associations ont été créées pour prendre en charge la formation des spécialistes et la formation des cadres syndicaux à la vie conventionnelle.

Au début des années 1980, le *comité national pour la FMC* est créé à l'initiative des pouvoirs publics, afin de déterminer chaque année les thèmes prioritaires à mettre en œuvre par les associations de FMC. Au plan régional, des comités régionaux pour la FMC ont également été mis en place avec les mêmes attributions.

Dans une deuxième phase, la loi du 23 janvier 1990 a ouvert la possibilité d'organiser conventionnellement la formation, ce qui a été fait par la convention du 9 mars 1990. De nouveaux organismes ont alors été mis en place, parallèlement aux institutions créées dans les années 1980: le *comité national paritaire pour la FMC* et les *commissions régionales paritaires*. La loi du 31 décembre 1991 a instauré une cotisation obligatoire, versée, à partir de 1993, au FAF-PM. La loi du 4 janvier 1993 a prévu qu'elle soit abondée par une dotation des caisses, finançant l'indemnisation des participants.

A partir de 1995, sur fond de rivalités syndicales, deux organismes se sont partagé les fonds de la FMC : l'AGECOMED, fondée par la CSMF et le SML, recevait les fonds conventionnels ; le FAF-PM recevait la contribution obligatoire des médecins, les subventions du ministère et les versements du laboratoire Servier, seule firme pharmaceutique à avoir passé une convention avec le FAF-PM.

L'ordonnance du 24 avril 1996 a créé un système contraignant, « *afin que les médecins bénéficient, dans l'intérêt de leurs malades, de l'élévation constante du niveau des connaissances et des techniques* ». Le non respect de cette obligation a été déclaré constitutif d'une faute, pouvant entraîner une sanction au niveau des conseils régionaux de l'Ordre. En contrepartie, une attestation, délivrée par les nouveaux conseils régionaux de la FMC, devait être fournie tous les cinq ans à chaque médecin. En outre, l'ordonnance du 24 avril 1996 a modifié le dispositif institutionnel. Elle a créé un *conseil national de la formation continue* (CNFMC) et des *conseils régionaux* (CRFMC), se substituant au comité national et aux comités régionaux mis en place au début des années 1980. Elle a également créé un nouveau fonds d'assurance-formation, le *FAF-MEL*, dont les ressources devaient être identiques à celles du FAF-PM et de l'AGECOMED auxquels il se substituait.

Au total, les projets successifs ont buté sur un problème de financement, le caractère obligatoire de la formation et les désaccords entre organisations professionnelles. Ainsi, le nouveau FAF, créé en 1996, n'a jamais pu être mis en place en raison de désaccords entre syndicats professionnels.

Dans ce contexte, **la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a réaffirmé le caractère obligatoire de la FMC**. Cette obligation s'impose aux médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens qui exercent dans un établissement de santé, public ou privé, participant au service public hospitalier. En outre, la loi a prévu de nouvelles instances, au niveau national (trois conseils nationaux[197], un comité de coordination, un fonds national de la FMC) et au niveau régional (conseils régionaux). Les conseils régionaux ont pour mission de délivrer à chaque médecin le certificat de validation, de mettre en oeuvre la procédure de conciliation et de saisir, le cas échéant, le conseil de l'ordre en vue de sanctions. A partir de juillet 2002, à la demande du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, une large concertation a été engagée avec les professionnels de santé sur l'organisation de l'ensemble de la formation continue. Il n'existe toujours pas de référentiel de qualité pour les formations. L'articulation avec l'évaluation n'a jamais été précisée pas plus que la valorisation des formations et il n'a pas été mené de réflexion sur les attentes des professionnels de santé.

2) La formation conventionnelle

a) La formation professionnelle conventionnelle (FPC)

En parallèle à la formation médicale continue, la convention nationale des généralistes de 1998 a mis en place une formation professionnelle conventionnelle (FPC) conçue, organisée et financée par les seuls partenaires conventionnels. Ce dispositif a été consacré en 1999 par la loi portant création de la Couverture Maladie Universelle qui prévoit une formation professionnelle conventionnelle pour les médecins. Un avenant en a organisé les modalités pour les généralistes. Cette formation donne lieu à indemnisation.

Les premiers séminaires ont eu lieu en septembre 2001. Le nombre total de médecins ayant participé à des formations en 2001 et 2002 était de l'ordre de 11000, soit un généraliste sur six. Parmi les thèmes ayant été suivis par le plus grand nombre de médecins, on trouve le système du médecin référent, les urgences et le diabète[198]. La FPC a représenté 30 millions d'euros en 2002[199].

b) La formation continue conventionnelle (FCC)

Pour les professions para-médicales, la FCC est entrée progressivement dans les conventions nationales :

- 1994 : directeurs de laboratoire, masseurs-kinésithérapeutes
- 1995 : orthoptistes, sages-femmes
- 1996 : orthophonistes, infirmiers

En outre, la FCC a été étendue aux chirugiens-dentistes en février 2003, et aux centres de santé, par l'accord national du 19 avril 2003.

Une enveloppe de 30 millions d'euros a été mobilisée pour financer la FCC pour l'exercice 2003.

---

197 Médecins libéraux, médecins salariés non hospitaliers et personnels médicaux exerçant dans des établissements de santé

198 La formation professionnelle conventionnelle 2001. Rapport d'activité, www.ameli.fr

199 Ce montant ne concerne que les médecins généralistes du fait de l'absence de convention avec les spécialistes en 2002.

3) Le bilan de la FMC et de la formation conventionnelle

La concertation engagée en 2002 et le rapport Laurent ont permis d'identifier un certain nombre d'insuffisances du dispositif actuel :

La complexité de l'organisation et du financement de la formation.

La formation médicale continue est financée par des ressources d'origines diverses : la contribution conventionnelle des caisses nationales d'assurance maladie, la contribution obligatoire versée par les médecins, des subventions du ministère chargé de la santé.

A titre d'illustration, la formation des médecins libéraux est financée par les sources suivantes :

- Le FAF-PM représente environ 400 millions d'euros. Il est alimenté par une cotisation obligatoire prélevée sur chaque médecin à hauteur de 0,15% de son revenu annuel dans la limite du plafond de la sécurité sociale.
- Les financements CNAM de la formation médicale continue conventionnelle : 17 millions d'euros en 2002.
- Les déductions fiscales et la participation personnelle des médecins
- Les financements d'Etat, au titre de la DGS (environ un million d'euros).
- Les financements de l'industrie pharmaceutique.

La rigidité et le manque d'efficacité des sanctions disciplinaires.

Le rapport Laurent estime que les sanctions prévues par la loi du 4 mars 2002 ne sont pas opportunes et surtout peu efficaces. Il propose en contrepartie plusieurs pistes de réflexion sur des mécanismes incitatifs :

- la délivrance d'un label spécifique qui pourrait comporter plusieurs niveaux successifs et qui pourrait figurer sur les ordonnances et la plaque du médecin ;
- l'accès à des fonctions de formation universitaire ;
- l'accès à des rémunérations forfaitaires supplémentaires générales ou bien particulières ;
- une prise en charge supplémentaire de cotisations au régime d'assurance vieillesse ;
- des points permettant des réductions des primes d'assurance.

La question du maintien de la FPC aux côtés de la FMC rénovée.

Les membres du groupe de travail Laurent se sont interrogés sur la pertinence de conserver la FPC, dans la mesure où elle a été mise en place à une époque où la formation médicale continue était encore facultative (le caractère obligatoire de la FMC, instauré en 1996, n'ayant jamais été effectif) et dans la mesure où la loi du 4 mars 2002 a créé un dispositif obligatoire général, géré par les médecins.

Si le nombre des professionnels formés est élevé dans les professions comme les orthophonistes et les orthoptistes, il est faible dans les professions les plus nombreuses, les infirmières et les masseurs pour lesquels les taux de professionnels ayant suivi ces formations sont respectivement de 2% et 1,7% en 2002. Cette même année, le taux de réalisation des stages agréés n'a été que d'environ 40% pour les masseurs-kinésithérapeutes et 46% pour les infirmières.

4) Des réformes prévues par le projet de loi relative à la politique de santé publique

Le projet de loi relative à la politique de santé publique prévoit les réformes suivantes de la FMC :

- L'abandon des sanctions disciplinaires, au profit d'un mécanisme d'incitation et de valorisation professionnelle.

- L'assouplissement des conditions de validation de la FMC, en particulier en supprimant, parmi les modalités de validation, la notion de « présentation orale du dossier » et en prévoyant la mise en place d'une « procédure adaptée d'évaluation ». L'évaluation ne serait plus limitée aux seules connaissances médicales des praticiens mais inclurait aussi l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

- La simplification de l'organisation régionale et du financement.Le projet de loi prévoit de remplacer les trois conseil régionaux de FMC[200] par un conseil unique, chargé de valider tous les cinq ans le respect de l'obligation de formation. Par ailleurs, le projet supprime le fonds national de la FMC, prévu par la loi du 4 mars 2002.

5) Les expériences étrangères[201]

❏ En Allemagne, la formation continue est une obligation déontologique, mais ne fait l'objet d'aucun contrôle. Il existe cependant des actions localisées dans le cadre des cercles de qualité, mis en place au niveau des unions de médecins, et de contrats spécifiques, comme ceux concernant le traitement des patients diabétiques.

❏ Aux Pays-Bas, le suivi d'une formation est une condition pour obtenir, tous les cinq ans, la recertification. Introduite récemment, cette obligation légale de recertification est mise en œuvre et contrôlée par l'association professionnelle des médecins. La poursuite de l'exercice médical est ainsi subordonnée au respect de deux conditions : la validation de 40 heures de formation et un exercice médical d'au moins une journée par semaine. A défaut de recul dans le temps, les données relatives au non-renouvellement des certifications ne sont pas disponibles.

❏ En Angleterre, les dispositifs de formation médicale continue relèvent de l'initative du *Royal College of General Practicioners (RCGP)*. Outre la certification des médecins généralistes à l'issue de leurs trois années de spécialisation, il a en effet en charge la promotion de la formation continue des médecins généralistes. Les outils dispensés par le RCGP sont variés. Le programme de l'*Accredited professionnal development* offre en particulier aux médecins volontaires une vision exhaustive de leur niveau global en termes de connaissances théoriques, de pratique médicale quotidienne et de rapports aux patients. Le programme prend la forme d'un travail d'auto-évaluation quotidien, combiné à une évaluation externe par le RGCP. Par ailleurs, la formation médicale continue fait l'objet d'une incitation financière prenant la forme d'un forfait additionnel de rémunération (*postgraduate general education allowance*). Ce forfait est accessible aux médecins ayant fait la preuve d'une formation continue régulière par le suivi d'un nombre minimal d'heures de formation, fixé par le RGCP.

---

200 Médecins libéraux, médecins salariés non hospitaliers et personnels médicaux exerçant dans des établissements de santé

201 IGAS, *L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire. Etude administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas*, mai 2002

Annexe 46 : L'action des producteurs de produits de santé

1) Les dépenses de promotion pharmaceutique

Les dépenses de promotion incluent les frais de visite médicale, les échantillons, les congrès, la publicité dans la presse médicale et les autres dépenses (publipostage, promotion dans les officines, télévision...) ainsi que la promotion à l'export (source : LEEM).

Les dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique représentent en 2002 plus de 2 milliards d'euros. 31000 personnes sont employées pour la commercialisation des médicaments dont environ 24000 visiteurs médicaux. Les dépenses de visites médicales représentent 70% des dépenses de promotion de l'industrie. Ces dépenses sont taxées et le produit de la taxe sur la promotion représente environ 10% du montant des dépenses. Le recouvrement de cette taxe donne lieu à de nombreux contentieux auprès de l'organisme en charge de cette tâche (ACOSS). Le produit de la taxe sur la promotion est essentiellement versé à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et en partie au Fonds de Promotion de l'Information Médicale et Médico-économique (FOPIM).

Evolution des dépenses et de la taxe sur la promotion

	CA HT France médecine humaine*	Part des dépenses de promotion dans le CA	Montant des dépenses de promotion*	Taux de croissance de dépenses de promotion	Montant du produit de la taxe sur la promotion*	Taux de croissance du produit de la taxe sur la promotion
1995	13 348	12,6%	1 682		137	
1996	13 789	12,1%	1 668	-0,8%	137	0,0%
1997	14 292	11,3%	1 615	-3,2%	154	12,4%
1998	15 047	11,5%	1 730	7,1%	184	19,5%
1999	16 045	12,2%	1 958	13,1%	198	7,6%
2000	17 263	12,7%	2 192	12,0%	202	2,0%
2001	18 675	11%	2 054	-6,3%	212	5,0%
2002	19 911	10,3%	2 047	-0.3%	214	0,9%

*Valeur, prix courants, Millions d'euros

Source: Eco-Santé France 2003

2) Le contrôle de la publicité[202]

Le contrôle de la promotion (publicité envers les professionnels de santé et publicité envers le grand public) est assuré par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). D'après le rapport IGF-IGAS sur l'AFFSAPS, la promotion relative aux dispositifs médicaux est moins bien assurée que la publicité relative aux médicaments.

[202] Cette section reprend des éléments tirés du rapport IGF-IGAS sur l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé de décembre 2002.

La diffusion d'informations publicitaires à destination du public est très réglementée en France : il est interdit de faire de la publicité pour les médicaments remboursables par l'Assurance Maladie ainsi que pour les médicaments inscrits sur une liste de substances vénéneuses. En 2001, les dépenses de publicité à destination du public représentent moins de 20% de l'ensemble des dépenses de promotion dans leur ensemble.

Les publicités relatives aux médicaments envers le grand public sont soumises à l'obtention d'un visa délivré par l'AFSSAPS après avis de la commission chargée du contrôle de la publicité et de la diffusion de recommandations sur le bon usage des médicaments. Parmi les vecteurs publicitaires, l'activité de distribution par les professionnels de santé de supports de communication à l'attention des patients est en fort développement.

Il existe trois domaines pour lesquels le contrôle de la frontière entre information et promotion est moins développé :

- La publicité sur Internet. Le rapport IGF-IGAS précise que le contrôle de la publicité sur Internet s'est traduit « par l'élaboration d'une charte Internet co-signée par le directeur général de l'AFFSPAS et le président du SNIP fin décembre 2000. L'objectif de cette charte est d'aider les industriels à concevoir leurs pages Internet dans le respect de la réglementation en distinguant ce qui relève du champ publicitaire et du champ informationnel. ».
- les logiciels d'aide à la prescription. Un groupe de travail conjoint à l'industrie pharmaceutique et à l'AFFSAPS a été créé afin de définir des règles pour que les logiciels d'aide à la prescription ne soient pas promotionnels.
- Les formations continues organisées en partenariat avec l'industrie pharmaceutique. Un projet de charte a été rédigé afin de définir des critères auxquels devraient souscrire ces formations.

3) Le rôle de la promotion

La promotion a une portée informative : les réseaux de visiteurs médicaux, la presse médicale et les nouveaux médias permettent aux industries pharmaceutiques de **tenir les praticiens régulièrement informés**.

En revanche, la promotion à destination des professionnels de santé peut aussi influencer les comportements de prescription. Une étude du Credes d'août 2003 sur la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë[203] montre **l'influence significative des visiteurs médicaux sur la probabilité de prescription d'antibiotiques par les médecins** et ce, toutes choses égales par ailleurs.

Une étude américaine de la Kaiser Family Foundation de 2001 a étudié l'impact de la publicité à destination du public pour des médicaments sur le comportement des américains. Environ un tiers (30%) des personnes sondées ont parlé à leur médecin d'un médicament dont ils avaient vu la publicité, et 44% d'entre elles se sont alors vu prescrire ce médicament. **Cela signifie que la publicité envers les consommateurs a entraîné une prescription chez 13% des américains**.

---

[203] MOUSQUES et alii, "*Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë*", Questions d'économie de la santé n°70, CREDES, 2003.

4) Comparaison internationale des dépenses de promotion

Il s'agit d'une information très difficile à obtenir car les associations et syndicats professionnels communiquent peu sur ce sujet. De plus, les ratios sont à prendre avec prudence compte tenu de la difficulté de connaître avec exactitude le champ et la définition exactes des grandeurs mesurées. Par exemple, aux Etats-Unis, les chiffres ne concernent que les médicaments prescrits et vendus sur ordonnance (Ethical Drugs), contrairement à la France où même les médicaments vétérinaires sont inclus dans le chiffre d'affaires.

	Etats-Unis		**France**	
	En milliards $	En%	En milliards d'€ et hors taxes	En%
Chiffre d'Affaires domestique	145		20	
Chiffre d'Affaires total (domestique +exportations)	197		34	
Dépenses de promotion domestiques	15,7	11%	2,1	11%
R&D totale	25,7	13%	3,3	10%

Sources : *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, PhRMA Annual Membership Survey, 2003 et Les Entreprises du Médicament (LEEM), réalités Economiques 2002.*

5) Les relations entre les professionnels de santé et les firmes

Depuis 1993, les professionnels de santé sont soumis à des dispositions leur interdisant de recevoir des avantages directs ou indirects de la part des entreprises fabriquant ou exploitant des produits de santé, sauf dans le cadre de certaines activités de recherche et d'évaluation scientifiques (invitations à des congrès, dîners, séminaires, etc.) sous réserve que ces activités soient déclarées par les praticiens à leur Ordre professionnel (loi n° 93 121 du 27/01/1993 - article 47 modifiant l'article L 365-1 du Code de la santé publique). Les infractions à ces dispositions sont passibles de sanction pénale. Ces dispositions ont été étendues aux pharmaciens à l'occasion de le loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999.

La loi du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) étend et renforce la transparence des relations entre industries et professionnels de santé. Elle oblige les laboratoires invitant les médecins à des congrès, dîners ou séminaires, à transmettre à ces derniers l'avis de l'Ordre des médecins lorsque celui-ci est négatif.

L'impact de ces règles n'a pas été évalué à ce jour.

Le cas de l'hôpital[204]

« *Malgré les ordonnances d'avril 1996, peu de choses se sont améliorées pour la formation continue des praticiens hospitaliers ; il en est ainsi des plans de formation continue sur cinq ans qui devaient être validés par les CME et qui sont restés lettre-morte.*

Cette situation laisse un champ très large à l'industrie pharmaceutique pour organiser et prendre en charge, avec professionnalisme, la formation médicale continue.

Sur la communication de leurs nouveaux médicaments, innovants ou pas, les laboratoires ont investi dans le marketing. Le premier cercle est constitué des réseaux de visite médicale (visiteurs diplômés maintenant formés par l'université) qui forment un maillage plus ou moins serré, tête de pont de la communication des laboratoires au plus près des praticiens.

Les soirées thématiques et conviviales, les symposiums organisés dans des endroits plaisants, l'utilisation de la notoriété des intervenants (experts reconnus dans leur domaine) constituent le deuxième cercle d'apport d'information et de formation contrôlé par les laboratoires.

La participation aux congrès nationaux, européens et internationaux est le point d'orgue de la stratégie des laboratoires. En effet, ces participations sont extrêmement intéressantes pour les professionnels, leur permettant de rencontrer leurs confrères, de s'ouvrir à d'autres habitudes, de découvrir les dernières innovations.

Mais le coût financier de ces déplacements n'est quasiment pas pris en charge par les hôpitaux et peut difficilement l'être par les praticiens eux-mêmes. Ce sont donc les laboratoires qui les permettent, s'assurant ainsi de la reconnaissance des médecins (et pharmaciens) invités. Selon les disciplines, il existe d'ailleurs une inégalité de traitement selon le caractère porteur de telle ou telle activité en fonction des stratégies commerciales.

Il faut rajouter que bon nombre de congrès organisés par les sociétés savantes, ne pourraient pas avoir lieu, sans l'aide de l'industrie pharmaceutique.

Les montants « statutaires » consacrés à la formation médicale continue dans les établissements représentent 0,75 % de la masse salariale. Ces crédits sont anormalement bas pour permettre l'accès à une formation adaptée.

Dans un tel contexte, il paraît difficile de garantir une indépendance totale des décisions multiples concourant à l'établissement du livret du médicament ou aux protocoles et recommandations divers.

Pour finir, il faut souligner que la loi a rendu transparentes ces dépenses « de promotion » des laboratoires.

La faiblesse de financement et l'absence d'application de la politique de formation médicale continue rendent celle-ci quasiment dépendante de l'industrie pharmaceutique. »

---

[204] Extrait du rapport remis à Mr. J-F.Mattéi par Mme le Professeur M-C.Woronoff-Lemsi et al., *Le Médicament à l'Hôpital*, mai 2003

Annexe 47 : Le retour d'information vers le praticien et l'évaluation des pratiques en médecine libérale, approches française et étrangères

Le retour d'information vers le praticien lui permet de connaître les caractéristiques de sa propre pratique et de s'auto-évaluer. Il se conjugue souvent à des systèmes d'évaluation des pratiques individuelles. En France, plusieurs dispositifs s'inscrivent dans un tel cadre.

1) Les Relevés individuels d'activité et de prescriptions (RIAP)

Succédant en 1993 aux Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens (TSAP), les relevés individuels d'activité et de prescriptions sont adressés tous les trimestres par les caisses d'assurance maladie aux praticiens libéraux[205]. Ils comptabilisent l'ensemble des éléments figurant sur les feuilles de soins ayant donné lieu à remboursement par les caisses des différents régimes d'Assurance Maladie pendant la période étudiée. Ils permettent d'établir un profil d'activité individuel et de le comparer à celui des autres praticiens de spécialité identique au sein du département (pour les généralistes) ou de la région (pour les spécialistes). Les informations recensées sont le nombre des actes (consultations, visites, actes techniques, etc.) ainsi que les prescriptions (soins infirmiers, kinésithérapie, biologie, indemnités journalières, médicaments (dont pourcentage de génériques), dispositifs médicaux, transport). Une répartition par classe d'âge (moins de 16 ans, de 16 à 60, de 60 à 70, plus de 70 ans) de sa patientèle est également fournie au médecin.

A côté de ce dispositif national, il existe des initiatives prises par des caisses d'assurance maladie ou des Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) comme le programme de retour d'informations sur les prescriptions pharmaceutiques des médecins libéraux (PRESCOPE) créé en 1997 par la CPAM de la Sarthe et repris par d'autres depuis. Un document très détaillé sur les prescriptions pharmaceutiques est présenté chaque année par la caisse à chaque médecin du département[206].

Signalons enfin que dans le cadre du nouveau système d'informations de l'assurance maladie, le Système National de l'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), les professionnels de santé pourront accéder en 2004 aux données détaillées mensuelles de leur propre activité et aux données agrégées de leur spécialité. Ils disposeront ainsi de l'information pour situer leur pratique par rapport à leurs confrères.

2) L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en médecine libérale

Mise en place par le décret n°99-1130 du 28 décembre 1999, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) se déroule sous l'égide des unions régionales des médecins libéraux (URML), selon un référentiel établi avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Elle a été proposée à partir d'octobre 2002 aux médecins de quatre régions (Basse-Normandie, Nord-

[205] Ils existent pour toutes les professions de santé libérales : RIAP (Relevés Individuels d'Activité et de Prescription) pour les médecins et les chirurgiens-dentistes et RIA (Relevés Individuels d'Activité) pour les sages-femmes, les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les biologistes, les orthophonistes, les orthoptistes.

[206] Selon les caisses, le document est adressé par courrier au médecin ou donne lieu à une présentation et un échange avec chaque praticien à son cabinet, quelles que soient ses prescriptions pharmaceutiques.

Pas-de-Calais, Lorraine et Ile-de-France). Elle a été étendue en mars 2003 à 13 nouvelles régions. En mars 2003, 180 médecins libéraux (sur environ 115 000) s'étaient portés volontaires pour se soumettre à une évaluation individuelle ou collective.

Les éléments suivants caractérisent l'EPP :

- La participation à l'EPP est laissée à l'initiative des praticiens et ses résultats sont confidentiels ;
- Il n'est prévu aucune articulation avec la formation continue ou le système de médecin référent ;
- Son coût pour les URML peut freiner sa diffusion (une procédure individuelle représente un coût d'environ 1000, contre 300 euros pour l'évaluation collective) ;
- Le médecin évalué ne retire pas de bénéfices en termes de « réputation » de l'EPP et il n'existe pas d'incitation financière mais ces deux aspects ne sont pas sans rapport avec le caractère « volontaire » et « confidentiel » de l'évaluation.
- L'EPP comprend surtout une phase d'évaluation de la tenue du dossier médical, la démarche est donc faiblement médicalisée.

3) Les expériences étrangères[207]

Les études menées au sujet du retour d'information et de l'audit des pratiques professionnelles, essentiellement à partir d'expériences américaines, mettent en évidence **l'effet fortement positif que peuvent avoir ces dispositifs**[208]. Ils permettent de réduire la variabilité des pratiques et d'en diminuer le coût moyen. L'effet peut être particulièrement important sur les prescriptions de médicaments et les examens de laboratoire.

Par ailleurs, différentes études ont précisé que les dispositifs de retour d'information et d'évaluation des pratiques individuelles étaient les plus efficaces à condition de s'inscrire dans un dispositif de définition consensuelle de références médicales et de dialogue régulier entre le praticien et ses pairs (cercles de qualité). Les expériences en Grande-Bretagne et en Allemagne illustrent ce constat.

❑ En **Grande-Bretagne**, l'activité médicale des médecins généralistes ne fait pas l'objet d'un suivi systématique, à l'exception des actions de santé publique. Cependant, un dispositif particulier a été mis en œuvre en matière de prescriptions de médicaments. Ainsi, un outil informatique, le *Prescribing Analysis and CosT*, (PACT), créé en 1988 et utilisé par 87% des structures, permet de founir des informations relatives aux comportements individuels de prescriptions, notamment la position du médecin par rapport à la moyenne locale. Ces informations sont ensuite analysées au niveau des *Primary care groups* (PCG) et des *Primary care trusts* (PCT), chacune de ces structures regroupant une centaine de généralistes. Dans les trois quarts des PCG et PCT, les performances individuelles en matière de prescription sont communiquées à l'ensemble des praticiens de la structure. Cette remontée d'information ne vise pas à sanctionner mais à infléchir en amont les pratiques médicales. Si l'efficacité du dispositif n'a pu être encore évaluée, on peut cependant signaler que les taux de

---

[207] IGF, *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, mars 2003. IGAS, *L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire. Etude administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas*, mai 2002. IGAS, *Le système de santé en Angleterre : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, juin 2002.

[208] L'analyse des 37 études, considérées dans la revue de la *Cochrane Library*, révèle que l'impact des retours d'information et de l'évaluation des pratiques sur les indicateurs de qualité, définis dans chaque étude, est généralement positif, pouvant aller jusqu'à une amélioration de 152%.

génériques et de prescription en dénomination commune internationale (DCI, c'est-à-dire en nom de molécule) sont particulièrement élevés en Grande-Bretagne.

❑ Dans d'autres systèmes de santé, le retour d'information et l'évaluation des pratiques ne mettent pas en jeu des groupes de pairs, mais sont mis en œuvre à l'initiative d'assureurs, sans suivi régulier. Ces procédures se heurtent alors à une forte opposition des médecins et ont un impact limité. C'est le cas notamment en **Allemagne**, où les médecins sont soumis à un contrôle d'efficacité économique de leur pratique, mis en œuvre par les unions professionnelles de médecins et les caisses régionales d'assurance maladie. Les profils d'activité individuels sont comparés à des profils moyens. En cas de dépassement de plus de 40% par rapport à la moyenne, la commission paritaire peut demander au praticien de s'expliquer et éventuellement prendre des sanctions financières. En pratique, ces dispositifs sont peu appliqués car ils se heurtent à d'importantes résistances du corps médical. Par ailleurs, lorsqu'ils sont appliqués, ils ne semblent pas avoir permis d'amélioration substantielle des pratiques médicales.

❑ Nous présenterons enfin le cas de l'Australie bien qu'il ne concerne pas la médecine libérale. **En Australie,** le retour d'information se fait auprès des établissements de santé. Ainsi, l'agence australienne d'accréditation propose depuis plusieurs années aux établissements volontaires de suivre une batterie d'indicateurs cliniques par activité (plus de 200 actuellement) et leur restitue semestriellement l'image obtenue par rapport à celle d'établissements similaires. Elle a constaté une évolution positive des résultats des hôpitaux qui utilisent ce tableau de bord, contrairement à la situation observée dans ceux qui s'en désintéressent[209].

[209] B.T.COLLOPY, « Clinical indicators in accreditation : an effective stimulus to improve patient care », *International Journal for Quality in Health Care*, 2000.

Annexe 48 : L'ANAES et l'accréditation des établissements de santé

L'accréditation est définie comme une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

1) La mise en place de l'accréditation par l'ANAES

En France, en application de l'ordonnance du 24 avril 1996, la procédure d'accréditation est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Elle avait été amorcée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui imposait aux établissements hospitaliers de développer une pratique d'évaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins, afin d'en garantir la qualité et l'efficience.

L'accréditation est une démarche obligatoire, qui concerne tous les établissements de santé publics et privés. Elle concerne également les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé et les réseaux de soins. Elle ne s'applique pas actuellement aux activités médico-sociales même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé.

La conduite de la procédure confie un rôle important au personnel des établissements. Une première phase d'auto-évaluation doit en effet être menée au regard du manuel d'accréditation édité par l'ANAES, qui contient dix référentiels, 89 références et 298 critères censés couvrir l'organisation et la gestion de l'établissement ainsi que la prévention des risques. Elle est suivie d'une visite sur site conduite par une équipe d'experts-visiteurs de l'ANAES qui établit un projet de rapport d'accréditation, sur lequel un collège d'accréditation se prononce, après avis éventuel de l'établissement concerné.

L'accréditation n'est pas liée aux modes traditionnels de régulation. Ainsi, il n'existe pas de lien, en droit, entre l'accréditation, les procédures d'autorisation d'exercice et celles d'allocations des moyens.

L'ANAES

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) est un établissement public de l'État à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Elle a été créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. La loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé étend et précise les missions de l'Agence. Le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 précise son organisation, ainsi que son rôle.

L'ANAES est en charge de trois grandes missions :

1°) favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des stratégies et des actes à visée préventive, diagnostique et thérapeutique ;

2°) mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé ;

3°) participer à l'évaluation de la qualité de la prise en charge de la population par le système de santé et contribuer à son développement.

Au titre de ses missions d'évaluation, l'Agence réalise ou valide des travaux se rapportant aux méthodes nécessaires à l'évaluation des soins, aux recommandations de bonne pratique clinique et aux références médicales ou professionnelles, à des études d'évaluation de technologies et à l'évaluation

des pratiques professionnelles. Elle est également chargée de donner un avis sur les actes et prestations qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie, à l'exception du médicament, et d'évaluer, à la demande du ministre, la qualité et l'efficacité d'actions ou de programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins. Enfin, elle est chargée d'assurer la veille scientifique et technique relevant de son domaine de compétence et d'actualiser ses travaux en fonction de l'évolution des données de la science.

Au titre de sa mission d'accréditation, elle est chargée de l'élaboration et de la validation des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles ainsi que de la mise en œuvre de la procédure d'accréditation des établissements de santé publics et privés, des réseaux de soins et groupements de coopération sanitaire et des installations de chirurgie esthétique.

a) Évaluation

Fin 2003, 71 projets d'évaluation technologique et de recommandations sont en cours de réalisation, directement ou par le biais de partenariats, notamment avec les sociétés savantes.

a1) Évaluation des technologies

L'évaluation des technologies médicales permet de faire le point sur les données techniques et cliniques disponibles concernant des techniques ou des procédures médicales ou chirurgicales.

6 projets ont été achevés et diffusés en 2002 et 12 nouveaux projets ont été initiés en 2003.

a2) Évaluation des recommandations de bonnes pratiques cliniques (RPC)

Les RPC utilisent la synthèse des données cliniques, de façon à construire des recommandations professionnelles avec une graduation du niveau de preuve ou de l'accord des professionnels.

15 recommandations ont été finalisées et 15 autres ont été débutées en 2002 et 19 nouvelles recommandations ont été initiées en 2003.

a3) Avis sur les actes ou prestations pris en charge ou donnant lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie.

Les codes de la santé publique et de la sécurité sociale prévoient que l'ANAES donne un avis sur la liste des actes et prestations en vue de leur prise en charge ou remboursement par l'assurance maladie. Cet avis porte sur l'efficacité, de la sécurité (indications validées de réalisation d'un acte, conditions de réalisation) et de l'utilité (intérêt de la prise en charge par l'assurance maladie) des actes et prestations en vue d'une décision de prise en charge par l'assurance maladie.

Le nombre des évaluations réalisées depuis 1999 s'élevait à 466.

a4) Évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques en milieu libéral

Le décret du 28 décembre 1999 a institué une procédure d'évaluation individuelle ou collective, volontaire et non sanctionnante, des pratiques professionnelles en milieu libéral. L'ANAES est chargée de valider les outils et la méthode et d'habiliter les médecins candidats à la fonction de médecin - évaluateur. Les URML organisent la démarche localement ainsi que la gestion des médecins habilités.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est entrée dans sa phase de diffusion. Limitée à 4 régions (Ile de France, Basse Normandie, Lorraine, Nord Pas de Calais), elle sera étendue en 2004 à l'ensemble des régions.

L'ANAES a défini une méthode d'élaboration des référentiels et accompagne les sociétés professionnelles dans leurs premières réalisations. 14 associations ont demandé à être accompagnées, ce qui permettra à l'ANAES de réaliser plus de 30 nouveaux référentiels d'évaluation de pratique en 2004.

L'évaluation des pratiques en établissements de santé

L'EPP sera renforcée dans les établissements de santé : elle est en effet au cœur de la deuxième version de la procédure d'accréditation (Cf. infra). Cette activité prolonge les autres projets d'amélioration de la qualité promus par l'ANAES. A ce titre, des guides méthodologiques et des référentiels ont été publiés : la préparation de la sortie du patient hospitalisé, la prise en charge des pneumonies aiguës, la prise en charge chirurgicale des lésions mammaires, etc.

D'autre part, 7 audits de pratiques ont été achevés en 2002. Ils concernent 274 établissements répartis dans toute la France et portent sur la douleur chez les personnes âgées non communicantes, la pose et la surveillance des sondes urinaires, l'utilisation et la surveillance des chambres à cathéter implantables, la tenue du partogramme, la limitation des risques liés à la contention physique chez les personnes âgées, l'antibioprophylaxie en chirurgie appliquée à la pose de prothèse totale de hanche et la prise en charge des jeunes suicidants.

b) Accréditation

Au 31 décembre 2002, la totalité des 3000 établissements de santé étaient engagés dans la procédure d'accréditation.

Évolution du nombre de visites d'accréditation réalisées annuellement depuis 1999[210] ***:***

	1999	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004***
Visites initiales	9	66	164	298	605	750-800
Visites ciblées				15[211]	21	18

*prévisions

Le nombre total des visites cumulées à fin 2003 est 1142 établissements (soit 38% de l'ensemble des établissements de santé français) et 287 700 lits (soit environ 50% du nombre total de lits).

Nombre d'établissements de santé visités (au 31 décembre 2003)

CHU[212]	CH	CHS	HL	CP	PSPH	CLCC	**TOTAL**
52[213]	276	47	89	460	202	16	**1142**
62%	51%	56%	31%	31%	44%	85%	**38%**

[210] Source : Programme de travail 2004, adopté par le conseil d'administration de l'ANAES le 28 novembre 2003 et Conseil scientifique du 18 décembre 2003.

[211] Ces établissements de santé, dont le dossier avait été instruit en 2000 ou 2001, ont fait l'objet d'un rapport de suivi ou d'une visite ciblée en 2002. A l'issue de ce nouvel examen par le collège, 9 réserves ont été levées et 12 transformées en recommandations.

[212] La signification des sigles est la suivante : CHU (centre hospitalier universitaire), CH (centre hospitalier), CHS (centre hospitalier spécialisé), HL (hôpital local), CP (clinique privée), PSPH (privé participant au service public hospitalier), CLCC (centre de lutte contre le cancer)

[213] Plusieurs démarches peuvent avoir lieu pour un même CHU, ce qui explique le nombre de visites supérieur au nombre de CHU.

Taille des établissements de santé visités (au 31 décembre 2003)

CHU	CH	CHS	HL	CP	PSPH	CLCC	**TOTAL**
52 580	116 645	27 641	6 715	47 602	33 522	2 995	**287 700**
58%	57%	56%	30%	37%	55%	80%	**50%**

Comptes rendus d'accréditation (au 30 novembre 2003) :

Type de décision	***Nombre de décisions***
Sans recommandation	92 (14%)
Avec recommandation	353 (56%)
Avec réserves	181 (29%)
Avec réserves majeures	8 (1%)
TOTAL	634 (100%)

Mesures de suivi

Rapport de suivi	102	54%	16% des Comptes rendus
Visites ciblées	85	45%	13% des CR
Visites globales	2	1%	0,3% des CR
TOTAL	189	100%	29,3% des CR

Il convient de noter que 40 visites d'expérimentation de la nouvelle procédure d'accréditation seront réalisées en 2004, avant son lancement effectif en 2005. A cette fin, un nouveau manuel d'accréditation a été validé par le conseil d'administration du 28 novembre 2003, dans un souci de simplification, de meilleure appréciation de la qualité du service médical rendu et de crédibilité.

2) Le bilan de l'accréditation

La Cour des Comptes dresse le bilan suivant de la procédure d'accréditation[214] :

- ***Une procédure lente***. Au 31 mai 2003, 795 établissements avaient bénéficié d'une visite d'accréditation, soit 26% du parc hospitalier français, représentant 37% des capacités en lits. Dans son programme de travail 2003, l'ANAES avait prévu de réaliser 650 accréditations, soit le double de l'année précédente. Pour que tous les établissements soient accrédités en 2006 (fin du premier cycle d'accréditation), il faudrait que ce rythme s'accélère significativement. Il est vrai que l'adhésion des établissements à la démarche d'accréditation a été très progressive.

[214] Rapport de la Cour des Comptes sur la Loi de financement de la sécurité sociale, 2002.

- ***Une procédure non médicalisée***. La démarche d'accréditation est centrée sur la qualité du fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge des malades, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire la qualité de l'acte médical lui-même. La structure du manuel d'accréditation, qui accorde une importance primordiale au respect des droits et à l'information du patient, ainsi qu'à la tenue du dossier médical, est le reflet de cette approche. La Cour des comptes estime qu'outre le fait qu'elle ne remplit pas la mission définie par l'ordonnance de 1996, l'accréditation, telle qu'elle est pratiquée actuellement, est décalée par rapport aux attentes des usagers. Même si l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques cliniques est complexe, des indicateurs existent pour certaines activités. Ils sont utilisés au sein des établissements et des ARH.

Il est à noter que la deuxième procédure d'accréditation prévoit un renforcement de l'évaluation des pratiques cliniques. Une expérimentation en ce sens sera conduite en 2004 dans 40 établissements volontaires, ayant achevé le premier cycle d'accréditation.

- ***Une procédure globale***. La procédure d'accréditation est globale pour un établissement, même très important et diversifié. Cette approche est cohérente avec le choix de l'ANAES d'analyser le fonctionnement de l'ensemble des composantes de l'établissement, qu'il s'agisse des services médico-techniques, administratifs ou logistiques. Mais elle ne répond pas nécessairement à ce qu'on est en droit d'attendre d'un audit comparatif de services hospitaliers.

- ***Le problème des réserves***. L'accréditation est accordée, y compris quand elle est assortie de réserves : sur 398 établissements accrédités en mai 2003, 129 le sont avec réserve (32%) et 7 avec réserves majeures (2%).

3) La procédure d'accréditation en France s'est appuyée sur des exemples étrangers

Alors que la France n'a introduit le concept d'accréditation que récemment, les Etats-Unis, le Canada et l'Australie mènent des programmes d'accréditation depuis plusieurs décennies. Au Royaume-Uni, se sont développés depuis le début des années 1990 deux programmes nationaux, le *Healthcare accreditation program* (HAC) et le *Health quality service* (HQS). Plusieurs grands axes peuvent être dégagés à partir de ces exemples étrangers[215] :

- L'indépendance des programmes d'accréditation par rapport aux pouvoir publics.

D'une part, les programmes d'accréditation ont été créés à l'origine par les professionnels de santé. Aux Etats-Unis, les chirurgiens, réunis au sein de *l'American College of Surgeons* (ACS), ont décidé en 1917 de créer une procédure globale visant à assurer la compétence des médecins, la qualité adéquate de laboratoires et des plateaux techniques, la bonne tenue des dossiers et l'évaluation régulière des actes médicaux et chirurgicaux. L'extension progressive de ce programme a abouti à la création en 1951 de la *Joint commission on accreditation of healthcare organisation* (JCAHO). En 1953, l'Association médicale canadienne a quitté cette commission pour créer avec l'Association des hôpitaux canadiens le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé. En Australie, c'est sur décision de l'Association médciale australienne que débute en 1974 le programme de *l'Australian*

---

[215] C.BRUNEAU, *L'accréditation dans les systèmes de santé étrangers : démarche incitative ou normative ?,* Le concours médical, 1997.

Council on Healthcare standards. Au Royaume-Uni, le système d'accréditation a été créé sur le modèle australien.

D'autre part, le financement des organismes accréditeurs est assuré essentiellement par les établissements qui se joignent au programme, sous la forme de cotisations ou d'honoraires. Les pouvoirs publics ne participent au financement que par le biais des budgets des hôpitaux.

- D'une analyse des processus organisationnels à une évaluation des soins.

Les objectifs des programmes d'accréditation ont évolué au cours des années, sous l'impulsion des associations professionnelles, des pouvoirs publics, des organismes payeurs et parfois de la concurrence entre les divers organismes accréditeurs (Etats-Unis). A une standardisation initiale exigeant la conformité à des normes minimales a succédé la mise en place de normes optimales.

Par ailleurs, les systèmes d'accréditation ont remis en question leur démarche centrée sur l'analyse des processus organisationnels, qui reposait sur l'hypothèse que des structures conformes conduisaient à la production de soins de qualité. Désormais les organismes accréditeurs cherchent également à évaluer les résultats obtenus et la performance des établissements, à l'aide d'indicateurs. En 1989, *l'Australian Council on Healthcare Standards* a mis en place le *Care Evaluation Program*. Dix indicateurs cliniques, évaluant les soins donnés à l'échelle de l'institution, ont été validés et utilisés. De même, la commission américaine a validé une trentaine d'indicateurs cliniques.

- Des liens variables entre accréditation et régulation du système de santé.

Aux Etats-Unis, l'obtention de l'accréditation est devenue *de facto* une condition préalable à la participation aux programmes socialisés de prise en charge (*Medicare* et *Medicaid*). En outre, les établissements non accrédités risquent de ne pas être reconnus par les assurances. Au Canada et en Australie, les impacts directs sont moindres. En Australie, les compagnies d'assurance accordent un bonus assurantiel aux établissements accrédités. Les hôpitaux canadiens non accrédités perdent le privilège de recruter des internes et des résidents. En Catalogne, la procédure d'accréditation a été introduite dans un objectif d'aide à la décision en matière de planification et de restructuration de l'offre hospitalière, afin de fermer les établissements qui ne présentaient pas les conditions minimales de sécurité.

La participation aux programmes d'accréditation, dans les pays étudiés, se fait généralement sur la base du volontariat. On notera cependant que ce volontariat peut avoir des conséquences importantes sur la vie économique de l'établissement. Aux Etats-Unis, certains établissements n'ont pas recours au processus d'accréditation, en raison de son coût toujours à la charge de l'établissement accrédité. Au Canada, environ 1800 établissements adhèrent au programme d'accréditation, représentant la quasi-totalité des lits d'hospitalisation. En Australie, plus de 40% des établissements sont accrédités.

Tous les organismes accréditeurs s'engagent à respecter la confidentialité du rapport officiel détaillé de la décision d'accréditation. Généralement seuls le résultat global et le statut actuel d'accréditation sont rendus publics. Le JCAHO rend aussi publiques les raisons de non-accréditation ou d'accréditation conditionnelle, ce qui n'est évidemment pas neutre quant à la perception que peut avoir le public ou tout autre acteur du système de santé sur l'établissement hospitalier non accrédité.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Annexes du Chapitre deux : Qualité du système de soins

Deuxième partie : L'efficacité dans le système de soins

Annexe 49 : Indicateurs régionaux d'état de santé et d'offre de soins

	Espérance de vie à la naissance	n°	Espérance de vie à la nais.Hom.	n°	Espérance de vie à la nais.Fem.	n°	Taux de mortalité infantile /1000	n°	Taux brut mortalité /1000	n°	Médecins Libéraux (1990) /100 000	n°	Médecins Libéraux (2000) /100 000	n°	Lits Hospitaliers (2000) / 1000	n°
Ile-de-France	77	9	73,1	8	81	11	7,6	15	**7,3**	1	224	4	215	6	7,6	22
Champagne-Ardenne	76	16	71,8	16	80,4	16	8,9	21	9,2	9	146	21	157	20	11,9	3
Picardie	75,3	21	71,1	20	79,6	21	8,9	22	9	7	139	22	145	22	9,6	17
Haute-Normandie	76	17	71,7	18	80,5	15	7,5	13	8,5	3	151	19	158	19	9,1	20
Centre	77,3	3	73,5	3	81,4	3	7,9	18	9,7	12	154	16	159	18	10,6	9
Basse-Normandie	76,5	13	72,2	14	80,9	12	6,8	6	9,3	10	147	20	154	21	11,2	7
Bourgogne	76,7	12	72,5	12	81,1	10	7,1	7	10,8	20	161	14	167	15	11,9	2
Nord-Pas-de-Calais	74,2	22	69,8	22	78,8	22	8,2	20	9,3	11	152	18	165	16	8,3	21
Lorraine	75,8	18	71,8	17	79,9	19	7,5	14	8,9	6	158	15	167	14	10,3	13
Alsace	75,6	20	71,7	19	79,7	20	7,3	10	9,1	8	189	7	197	7	11,4	5
Franche-Comté	76,8	11	73	10	80,8	14	7,5	12	8,8	5	161	13	169	13	10,5	10
Pays de la Loire	77,2	5	73,2	7	81,4	5	6,5	2	8,8	4	153	17	160	17	9,9	16
Bretagne	75,7	19	71,1	21	80,4	17	7,1	8	10,4	15	162	12	175	12	11,7	4
Poitou-Charentes	77,8	2	74	2	81,7	1	7,3	9	10,3	14	171	11	178	11	9,3	19
Aquitaine	77,2	6	73,4	4	81,2	7	8,1	19	10,6	17	213	6	221	5	10,0	15
Midi-Pyrénées	**78**	1	**74,5**	1	81,6	2	6,7	5	10,5	16	222	5	222	4	10,6	8
Limousin	77,1	8	73,1	9	81,3	6	**6,4**	1	13,5	22	182	9	192	8	**13,9**	1
Rhône-Alpes	77,3	4	73,4	5	81,4	4	6,6	4	8,4	2	182	8	188	9	10,2	14
Auvergne	76,4	14	72,1	15	80,9	13	7,7	16	11,3	21	175	10	179	10	11,4	6
Languedoc-Roussillon	77,2	7	73,4	6	81,1	8	7,8	17	10,7	19	235	2	235	2	10,4	11
Provence-Alpes-Côte d'Azur	76,9	10	73	11	81,1	9	6,5	3	10,2	13	**274**	1	**265**	1	9,5	18
Corse	76,2	15	72,3	13	80,3	18	7,4	11	10,7	18	229	3	230	3	10,4	12

Source : Eco Santé 2003. Les données sur l'état de santé sont issues du recensement 1990.

Lecture du tableau : à côté de chaque indicateur est donné le rang de la région. Par exemple, en Ile de France, l'espérance de vie à la naissance est de 77 ans, ce qui situe la région à la 9ème place des régions françaises, la région dont l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée étant Midi-Pyrénées (chiffres en gras).

Comme on peut le constater sur le tableau ci-dessus, il n'existe aucun lien entre les indicateurs d'état de santé (espérance de vie à la naissance, espérance de vie à la naissance des hommes, espérance de vie à la naissance des femmes, mortalité infantile, mortalité générale) et les indicateurs d'offre de soins (démographie médicale, équipement en lits hospitaliers). On remarquera également qu'il ne semble pas y avoir de lien entre les données d'état de santé elles-mêmes ni entre les données sur la démographie médicale libérale et l'équipement en lits hospitaliers.

Annexe 50 : Les écarts de démographie professionnelle entre départements

	Min	Max	Moyenne
Généralistes	67,5	136,8	92,2
Anesthésistes	1,3	12,4	5,6
Cardiologues	2,6	14,5	6,7
Dermatologues	1,6	16,3	5,6
Gastro-entérologues	0,8	7,7	3,6
Gynécologues	3,3	27,9	9,6
Ophtalmologistes	2,7	19,6	7,7
ORL	1,2	9,8	4,0
Radiologistes	3,3	15,2	8,8
Rhumatologues	0,9	8,5	3,2
Psychiatres	2,0	64,7	11,1
Stomatologistes	0,0	8,5	2,1
Chirurgiens	0,9	17,6	5,9
Chirurgiens-dentistes	33,4	122,4	62,6
Sages-femmes	0,0	7,45	2,8
Masseurs-kinésithérapeutes	31,7	119,0	65,2
Infirmiers	34,8	216,4	82,4
Orthophonistes	3,3	35,5	17,3
Orthoptistes	0,4	6,1	2,4
Pédicures-podologues	2,7	17,8	9,8

Source : Eco Santé 2003, données portant sur l'année 2000

N'ont été retenues que les professions ou spécialités pour lesquelles la densité moyenne était supérieure à 2 pour 100 000 habitants.

Tableau des variations de densité départementale des professions de santé
(pour 100 000 habitants)

Annexe 51 : La prévention[216]

Dans une première approche, on peut définir la prévention médicale comme l'ensemble des actions tendant à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue d'un accident.

On peut distinguer trois niveaux de prévention :

- la prévention primaire, dont l'objectif est d'éviter l'apparition de la maladie ou du traumatisme, en agissant sur les facteurs de risque ;
- la prévention secondaire, dont l'objectif est la détection de la maladie ou de la lésion qui la précède, à un stade où il est encore possible d'intervenir utilement ;
- la prévention tertiaire, dont l'objectif est de diminuer les incapacités, les séquelles ou les récidives et de faciliter la réinsertion sociale.

L'exemple du diabète de type II

Le diabète de type II illustre les trois niveaux de prévention[217]. Dans la mesure où il s'agit d'une pathologie évitable, on peut jouer sur ces déterminants : nutrition et activité physique (prévention primaire). Cependant, si l'individu est atteint du diabète, le dépistage doit être précoce, avec des stratégies particulières (prévention secondaire). Enfin, il faut limiter les conséquences du diabète, qu'elles soient organiques ou psychologiques (prévention tertiaire).

Cet exemple montre par ailleurs que la frontière entre prévention, notamment tertiaire, et soins est tenue. En effet, souvent, le soin sert à éviter une aggravation de la pathologie[218].

1) La prévention n'est redevenue que récemment une préoccupation majeure.

De la seconde moitié du 19e siècle jusqu'à la seconde guerre mondiale, les politiques de santé se sont organisées autour de la démarche préventive : hygiénisme, vaccination et lutte contre les fléaux sociaux. A partir de 1945, sous l'effet conjugué de la rénovation urbaine, du développement de la sécurité sociale et des progrès de la médecine, c'est le volet curatif de la médecine qui est devenu prédominant.

Puis, récemment, la prévention est redevenue une préoccupation majeure à la suite notamment de l'apparition du SIDA et des crises sanitaires des années 1990. Par ailleurs, il est apparu que, si la France était très bien placée en termes d'indicateurs globaux[219], le système de soins semblait incapable de réduire les inégalités sociales et spatiales de santé ainsi que la mortalité prématurée. Ainsi, la mortalité prématurée évitable des hommes est l'une des plus élevées d'Europe. Les décès avant soixante-cinq ans représentent un cinquième du total des décès, soit 110 000 décès par an. Or, les principales causes directes de cette mortalité résultent soit d'un accès insuffisant ou trop tardif à des soins efficaces (par exemple le traitement précoce de certains cancers), soit de comportements

---

216 Cette annexe a été essentiellement réalisée à partir du rapport annuel de l'IGAS de 2003 : « *Santé, pour une politique de prévention durable* ».

217 B.Garros*, Prévention et assurance maladie*, Séminaire de travail organisé par la Mire / DREES sur le thème « Prévention et assurance », 19 juin 2002.

218 W.Dab : *Préventif et curatif : attention aux faux semblants*, 2003

219 L'OMS a classé en 2000 le système de santé français comme le plus performant.

nuisibles à court terme (violence routière, suicide) ou de façon différée (alcool, tabac), soit d'exposition à des agents toxiques en particulier dans l'environnement urbain ou professionnel. Enfin, l'infléchissement en faveur de la prévention a été encouragé par l'OMS, notamment à l'occasion de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, organisée à Ottawa en 1986.

Après que des textes eurent fait des références générales à la prévention (article L262-1 du code de la sécurité sociale, confiant en 1988 une mission de prévention aux caisses d'assurance maladie ; loi contre les exclusions de 1998 instaurant des programmes d'accès à la prévention), la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins a introduit pour la première fois dans le droit positif français **une définition de la prévention** : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé* ».

La loi du 4 mars 2002 esquisse ainsi une singularité française par rapport aux concepts de la charte d'Ottawa. D'une part, une définition concrète de la prévention est retenue, de préférence à la conception plus globale de promotion de la santé. D'autre part, alors que la définition de la charte d'Ottawa se place **du point de vue des personnes** (« *La promotion de la santé a pour but premier de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* »), la définition française réaffirme **le rôle primordial de l'Etat régalien** (« *la prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population* »). La formule de la charte d'Ottawa n'est ajoutée que dans un second temps.

Si la prise en compte de l'individu, de son environnement et de son comportement est essentielle dans la politique de prévention, on ne peut pour autant lui en attribuer l'entière responsabilité. D'une part, la marge d'action de l'individu est variable selon le niveau de prévention considéré. Il peut jouer un certain rôle dans la prévention primaire. Pour la prévention secondaire, l'apparition de nouvelles technologies de dépistage précoce de différentes maladies graves a en revanche renforcé le rôle des médecins ; dans ces cas, la prévention n'est pas du ressort unique du patient[220]. D'autre part, l'individu est incité à adopter des comportements de prévention, afin de préserver un bon état de santé. Certes, la théorie de l'assurance enseigne que les individus qui bénéficient d'un contrat d'assurance sont moins incités à développer des comportements de prévention, *a fortiori* si la couverture est complète. C'est le phénomène du **risque moral *ex ante***. Cependant, le secteur de l'assurance maladie présente des spécificités propres, dans la mesure où les individus internalisent les bénéfices de leur comportement de prévention à travers leur état de santé. Autrement dit, ils accordent suffisamment d'importance à leur santé pour adopter des comportements de prévention, quel que soit le degré de couverture offert par l'assurance.

Enfin, la notion de comportement à risque est une notion subjective. Lorsque la prévention vise à agir sur certains comportements (la consommation de tabac ou d'alcool par exemple) en tant que causes pathogènes, elle ne s'appuie pas sur une certitude scientifique absolue. Un lien épidémiologique est certes établi entre la consommation de tabac et le cancer mais, dans de nombreux cas, on ignore complètement l'étiologie du cancer. De nombreuses études montrent que les facteurs de comportement

[220] On peut néanmoins noter l'expérience britannique visant à renforcer le rôle des patients dans la gestion de leur maladie, notamment pour les maladies chroniques. Un programme forme ainsi des groupes de patients à la prévention secondaire pour des maladies comme l'asthme, l'épilepsie ou le diabète.

individuels ne constituent qu'un des éléments explicatifs parmi de nombreux autres, dont la pondération peut être tout à fait supérieure.

Au-delà, **la prévention pose d'importants problèmes éthiques**. En se fixant comme objectif de faire adopter par la population des comportements sains, la promotion de la santé cherche à imposer des valeurs que ne partagent pas nécessairement les nombreux sous-groupes constituant la société. La politique de prévention doit par conséquent trouver le juste équilibre entre des tendances divergentes : persuader ou contraindre ; culpabiliser ou responsabiliser ; collecter des données sanitaires et assurer leur confidentialité ; mener des actions ciblées et éviter l'étiquetage social ; promouvoir l'intérêt collectif et respecter l'intérêt individuel ; viser à l'abolition des risques ou travailler à sa réduction.

2) Malgré les difficultés pour déterminer son périmètre, la prévention reste le parent pauvre de la politique de santé.

Selon les comptes nationaux de la santé, les dépenses de prévention s'élevaient en 2002 à 3,6 milliards d'euros, soit 2,3% du total de la dépense courante de santé. Ces dépenses comprennent :

- **la consommation de médecine préventive**, qui recouvre le coût des services intervenant pour : la médecine du travail ; la médecine scolaire ; la protection maternelle et infantile ; les missions assurées par l'Etat, c'est-à-dire la lutte contre les maladies infectieuses, l'alcoolisme, le tabac, la toxicomanie, le SIDA, qui représentent environ 300 millions d'euros par an ; les autres missions assurées par les collectivités locales (vaccinations, planning familial, lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le cancer).

- **la prévention collective et le contrôle sanitaire**, qui recouvrent le coût des actions de prévention pour : le contrôle des eaux, le contrôle sanitaire aux frontières, les campagnes d'information et d'éducation sanitaire, les actions et programmes du ministère de la santé, les dépenses des bureaux municipaux d'hygiène, les dépenses des fonds nationaux de la prévention de la sécurité sociale…

Cette comptabilisation n'inclut pas les dépenses non individualisables, en raison de l'insuffisance des marqueurs statistiques et comptables. D'une part, il s'agit d'une partie des dépenses de gestion générale, de recherche médicale ou sociale, de fonctionnement des établissements de santé, de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale, et des actions entreprises par le mouvement mutualiste, qui contribuent à la prévention sans être répertoriés comme telles. Des actions financées par d'autres ministères que celui de la santé ne sont pas comptabilisées, en matière de prévention routière par exemple.

D'autre part, **ne sont pas intégrées les dépenses couvertes par l'assurance maladie au titre de l'activité de soins, mais concernant en réalité une activité de prévention** (vaccination, dépistage, temps consacré au conseil, soins curatifs délivrés dans le cas d'une maladie aiguë ou chronique, qui sont aussi préventifs de complications, etc.)

Ainsi, une étude conjointe du département études du groupe Thalès et du cabinet de conseil en économie médicale CEMKA, réalisée sur l'année 1999, montre que 63% des consultations

enregistrées sur la base Thalès comprenaient au moins un diagnostic de prévention (dont 35% pour l'hypertension artérielle et 18% pour l'hyperlipidémie). Après extrapolation et valorisation à la France entière, l'activité libérale de prévention des médecins généralistes aurait représenté en 1999 environ 15% des dépenses de prévention.

Par ailleurs, une étude DREES / CREDES[221] a estimé les dépenses de santé consacrées à la prévention, grâce aux sources d'information médicalisées disponibles. Il apparaît que, pour l'année 1998, **la France a consacré au minimum 9 milliards d'euros à la prévention, soit 7% de la dépense courante de santé** :

- 44% de ces dépenses sont imputables directement aux traitements préventifs et au dépistage de certaines maladies ;
- 40% sont attribuables au traitement de six facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie, obésité, alcool et tabac) ;
- 8% sont relatifs à la grossesse normale, à la contraception et à la prévention de l'ostéoporose liée à la ménopause.

Cette estimation est considérée comme minimale par les auteurs de l'étude.

Quoi qu'il en soit, même en l'estimant à plus du triple des dépenses comptabilisées, l'effort consacré à la prévention reste relativement faible par rapport à la dépense de soins.

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)

Créé en 1988, le FNPEIS, doté en 2001 de 290 millions d'euros, regroupe l'essentiel des actions programmées de prévention. Il ne s'agit cependant qu'un des modes de financement des actions préventives dans le régime général d'assurance maladie.

Les actions se divisent en trois rubriques :

- la prévention primaire et notamment les actions de vaccination organisée, ainsi que les programmes nationaux et locaux d'éducation pour la santé ;
- la prévention secondaire, en particulier le dépistage organisé et systématique de maladies génétiques, cancers et affections bucco-dentaires ;
- la prévention tertiaire, c'est à dire les programmes d'éducation du patient atteint de maladies chroniques.

Les thèmes de programme sont fixés par la convention triennale d'objectifs et de gestion négociée et signée entre la CNAMTS et le ministère de la santé.

3) L'enchevêtrement des compétences ne favorise pas la cohérence de la politique de prévention.

L'Etat, outre ses missions générales de définition de la politique de santé publique et d'édiction des normes sanitaires (article L1311-1 du code de la santé publique), a compétence en matière de lutte

[221] Ph.Le Fur, V.Paris, C.Pereira, T.Renaud et C.Sermet : « Les dépenses de préventions dans les Comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire », *Questions d'économie de la santé*, n°68, Série Analyse, juillet 2003.

contre certaines pathologies ou risques (SIDA, addictions, santé mentale), de politique vaccinale et de santé des populations en situation de précarité et d'exclusion. Au sein même de l'Etat, le ministère de la santé a compétence partagée avec notamment les ministères en charge de l'agriculture et de la consommation pour la sécurité des produits alimentaires ; le ministère de l'éducation nationale, dont relèvent les services de santé scolaire, pour les actions de santé en direction de la jeunesse ; le ministère des affaires sociales et du travail pour les risques professionnels (en lien avec l'assurance maladie et les entreprises).

En outre, aux côtés de l'Etat et de l'assurance maladie, de nombreux instances spécialisées et organismes publics ou parapublics jouent un rôle en matière de prévention, en particulier le Haut comité de santé publique, la Conférence nationale de santé, l'Institut national de veille sanitaire (INVS), etc.

Quant aux collectivités locales, ce sont les départements qui se sont vu confier le plus de compétences sanitaires par la loi de décentralisation du 22 juillet 1983 : la lutte contre les fléaux sociaux (maladies vénériennes et tuberculose), le dépistage précoce des affections cancéreuses et les actions de lutte contre la lèpre ; l'organisation des services de vaccination ; l'organisation des activités et des services de Protection Maternelle et Infantile ; la gestion des dispensaires anti-tuberculeux et anti-vénériens. Or ce partage des compétences s'est avéré inadapté à l'évolution des enjeux sanitaires, en particulier dans le domaine des maladies transmissibles et du cancer. C'est dans ces domaines qu'en outre, les modalités d'exercice de leurs compétences sanitaires par les départements sont les plus contrastées. De semblables disparités peuvent être observées au niveau des communes (vaccinations, désinfection, contrôle des règles d'hygiène, etc.).

Afin de remédier à cette inadaptation, il a été décidé d'intégrer dans le projet de loi relatif aux responsabilités locales des mesures de recentralisation en matière sanitaire dans les domaines suivants : lutte contre le cancer, la lèpre, la tuberculose, les vaccinations, les infections sexuellement transmissibles.

4) L'efficacité des actions de prévention

Il n'existe pas d'étude globale sur l'efficacité des actions de prévention en France. L'exercice est en effet délicat comme le montre l'exemple de l'éducation à la santé[222].Les évaluations qui sont menées régulièrement à ce sujet cherchent à mesurer deux types de résultats[223] :

- les résultats immédiats, à savoir la compréhension, l'acquisition de connaissances ou la motivation au changement sont mesurés par des enquêtes qualitatives ou, dans le cas de campagnes médiatiques, par des post-tests portant sur un échantillon représentatif de la population ;

- les résultats à plus long terme, c'est-à-dire les effets sur les comportements de santé sont plus difficiles à évaluer parce qu'ils se manifestent dans la durée et sous l'effet de nombreux déterminants,

---

[222] Par éducation de la santé, on entend les actions d'information, d'éducation et de communication qui visent à modifier les connaissances, croyances, attitudes, comportements ou compétences d'un individu, d'un groupe ou d'une population.

[223] L'éducation pour la santé est-elle efficace ? Editions CFES, 1998.

parmi lesquels l'éducation à la santé est difficile à évaluer comme facteur causal. Ces données sont mesurées par des enquêtes régulières du type baromètre santé ou par des analyses de cohorte.

Les études menées en France sur les effets des actions d'éducation à la santé font apparaître que les meilleurs résultats sont obtenus dans les domaines où l'investissement a été important : accidents de la vie domestique (1000 vies d'enfants gagnées chaque année pendant quinze ans), hygiène bucco-dentaire (réduction de moitié du taux de carie chez l'enfant entre 1987 et 1993) et mort subite du nourrisson. Pour la rougeole – oreillons – rubéole, le taux de vaccination est passé de 59% en 1990, date de la première campagne, à 84% en 2000.

Quant aux actions individuelles d'éducation pour la santé, elles semblent être efficaces en prévention primaire (les interventions minimales sur le tabagisme menées en consultation médicale ont quadruplé le taux de sevrage prolongé) et en éducation thérapeutique du patient dans les domaines comme le diabète, l'asthme ou les problèmes cardio-vasculaires (réduction des taux de complication).

Au total, l'impact des programmes d'éducation pour la santé dépend de :

- la durée, par opposition au caractère ponctuel de certaines interventions ;

- la cohérence de l'action avec l'environnement social et administratif ;

- le professionnalisme et la rigueur méthodologique ;

- le respect des principes éthiques de bienveillance, d'équité et d'autonomie des personnes.

A l'étranger, les évaluations sont également peu nombreuses et difficiles à réaliser, notamment les évaluations d'impact[224]. La plupart des travaux disponibles sont des évaluations de processus. Néanmoins, le rapport de l'IGAS a retenu deux exemples de politiques de prévention réussies : la prévention des maladies cardiovasculaires en Finlande, qui se caractérise par son approche globale, et le dépistage systématique du cancer du sein en Grande-Bretagne (programme lancé depuis 1990). En revanche, les actions de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme des jeunes, menées en Grande-Bretagne, Finlande et Québec, ont eu des effets incertains, voire nuls. Enfin, les politiques de prévention de certaines pathologies, comme les maladies sexuellement transmissibles ou le SIDA, doivent être régulièrement revues pour s'adapter à l'évolution des comportements.

5) Rôle des professionnels de santé dans la prévention, quelques enseignements d'expériences étrangères.

L'IGAS formule à l'égard de la situation française deux constats principaux :

- Ni leur formation, ni leurs conditions d'exercice, ni leur rémunération (cf. infra) ne permettent actuellement aux médecins de s'investir pleinement dans la prévention ;

- La complexification des actions préventives requiert des stratégies globales qui ne sont possibles qu'avec le concours d'un grand nombre d'acteurs et de professionnels différents, parmi lesquels le professionnel de santé conserve un rôle majeur mais pas toujours prédominant.

---

[224] IGAS : D.Jourdain-Menninger, M.Lignot-Leloup : *Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire,* janvier 2003.

Ainsi, en France, si les médecins généralistes accomplissent tous les jours des actions de nature préventive, leur activité de prévention n'est pas programmée ou coordonnée. Leur activité prioritaire demeure les soins curatifs. Certes, certaines expériences de développement de programmes de prévention sont menées au niveau local, à l'initiative de médecins libéraux, mais elles restes circonscrites.

Cependant, la diffusion des bonnes pratiques, le développement des accords de bon usage des soins ainsi que le dispositif de contrats de santé publique peuvent être interprétés comme des avancées. Les contrats de santé publique notamment permettront la rémunération de la participation des médecins à des actions à visée préventive. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique précise que l'objet de ces consultations de prévention et des examens de dépistage seront définis par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la protection sociale

Par ailleurs, l'enseignement spécialisé de la santé publique est globalement pauvre et segmenté, notamment par rapport à ce qui se pratique à l'étranger. L'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) offre certes un large éventail mais forme davantage des personnels concourant à l'administration du système de santé que des promoteurs de santé publique.

Les comparaisons internationales montrent que dans d'autres pays se posent des questions similaires sur le rôle des médecins libéraux, en particulier :

- La rémunération des actes de prévention accomplis par les médecins généralistes.

S'il est admis que les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans la prévention, les réflexions s'articulent autour de la meilleure manière d'inciter le généraliste à accomplir des actes de prévention et le mode de rémunération associé. Les modalités retenues comme les plus efficaces combinent la capitation pour l'activité de soins curatifs, associée à un paiement à l'acte des actes de prévention.

Au Royaume-Uni, la rémunération des généralistes comprend depuis 1990 un certain nombre de forfaits destinés à rémunérer les actions de santé publique telles que la vaccination, la promotion de la santé et la gestion des maladies chroniques (diabète, asthme). La quasi totalité des médecins s'est engagée dans ce type d'actions. Les services de prévention et de promotion de la santé se sont développés en conséquence. Néanmoins, les incitations financières auraient parfois conduit à une pression du médecin sur le patient et un moindre respect de ses choix, en matière de dépistage du cancer de l'utérus par exemple. Quant aux incitations financières destinées à favoriser la mise en place d'action d'éducation à la santé, elles n'ont eu que peu d'effets.

Dans un contexte de paiement à l'acte, l'activité préventive doit être relativement aussi bien rémunérée que la médecine curative. Ainsi, au Danemark, les médecins généralistes peuvent facturer des « consultations générales de promotion de la santé » (une par an et par patient). Cependant, dans la mesure où elles sont rémunérées au même tarif que les actes curatifs, alors qu'elles durent sensiblement plus longtemps, cette pratique reste limitée.

Au Québec, un acte dit « acte complet majeur » permet de rémunérer une séance consacrée à la prévention.

En Norvège, les généralistes sont rémunérés depuis 2001 à la capitation et peuvent obtenir une prime additionnelle pour des actions de prévention consommatrices de temps, telles que le soutien à la cessation du tabagisme.

- L'inscription des patients auprès de structures de soins

La pérennité de la relation entre le patient et le praticien permet une meilleure mise en oeuvre d'actes de prévention, ce dernier connaissant l'historique du patient. Au Canada, dans l'Ontario, les *Family health networks* (FHNs) combinent plusieurs éléments favorables à la prévention : l'inscription des patients pour une période minimale de six mois ; un mode de rémunération mixte fondé sur la capitation avec des primes incitatives en fonction du nombre d'actes de prévention réalisés ; l'association des médecins généralistes avec d'autres professions médicales (voir annexe sur les modes de rémunération en médecine de ville).

- La répartition des compétences entre les médecins et les infirmières

Au Royaume-Uni, en parallèle à l'accroissement de leur nombre dans les cabinets de médecins généralistes, le rôle des infirmières dans le dépistage, la vaccination et les autres actions de promotion de la santé est devenu déterminant au cours des années 1990. Dans cette perspective, le rapport Wanless (2002) a préconisé une révision du partage de compétences entre professionnels de santé, avec un transfert du médecin généraliste vers l'infirmière et de celle-ci vers l'assistante médicale.

Au Québec, une loi du 21 juin 2002 a modifié la répartition des compétences entre médecins et infirmières pour accroître le rôle de ces dernières dans la prévention tertiaire.

En Finlande, où la culture de prévention est ancienne, le taux d'infirmières par habitant est parmi les plus élevés de l'Union européenne. Les infirmières de santé publique, en particulier, jouent un rôle essentiel dans les cliniques maternelles et infantiles ainsi que dans la santé scolaire. Un rôle similaire est joué par les infirmières de santé publique en Norvège.

- L'implication d'autres acteurs que les professionnels de santé.

Les politiques de promotion de santé tendent à impliquer de manière croissante des associations, des travailleurs sociaux ayant une compétence en matière de santé, des professionnels d'origine variée. Au Royaume-Uni, les équipes des *Sure start centers*, qui ont pour objectif d' « accompagner le développement social et sanitaire de l'enfant », regroupent des infirmières, des travailleurs sociaux spécialisés dans les dépressions post-natales, des thérapeutes du langage, des spécialistes de l'arrêt du tabac ainsi que des assistants en santé.

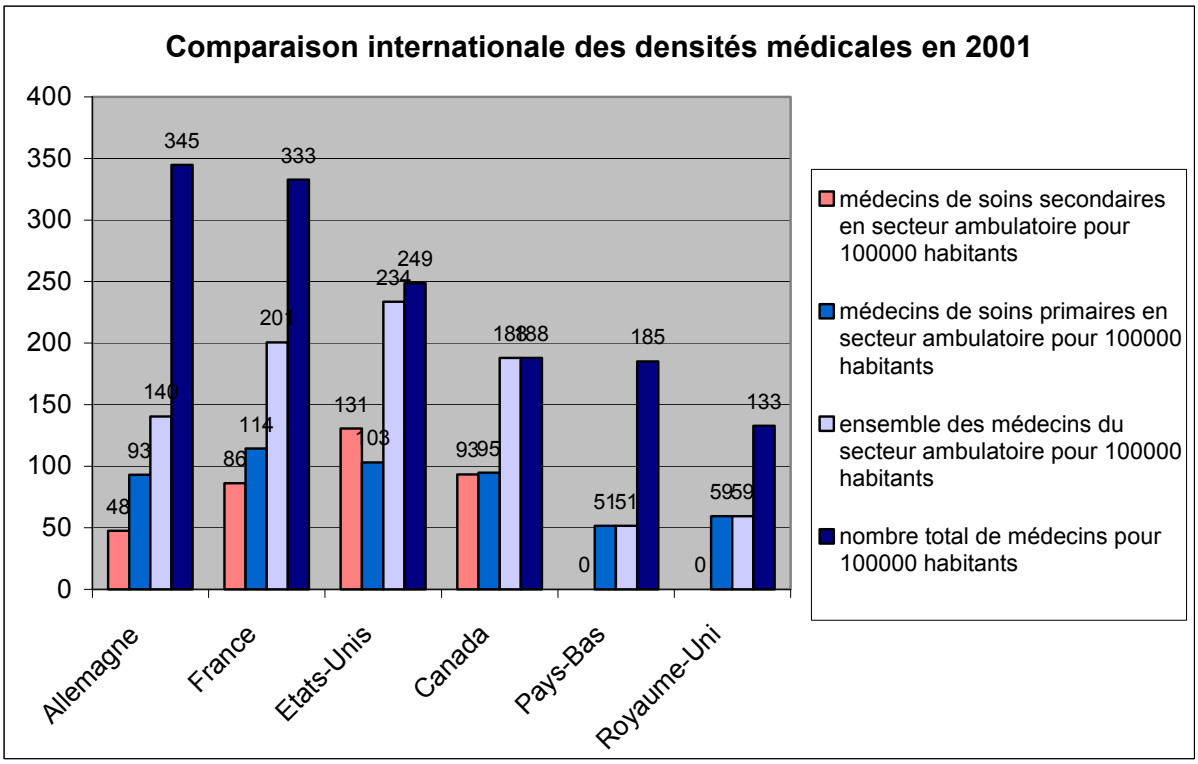
- La formation en santé publique.

En 1953, le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède ont créé l'Ecole nordique de la santé publique. Elle offre des formations en santé publique aux professionnels de santé comme aux autres professionnels. L'Association européenne des écoles en santé publique a reconnu la qualité de ces formations, tout en soulignant l'enjeu d'une plus grande ouverture internationale et d'un développement du secteur de la recherche.

Au Royaume-Uni, la réforme du système de santé s'accompagne d'une réflexion sur la formation des professionnels de santé publique. L'objectif est simultanément d'étendre la spécialisation de santé publique au-delà des médecins et de renforcer la professionnalisation.

Annexe 52 : Densité médicale : Constat et projections démographiques

La densité médicale était au 1er janvier 2001 de 329 médecins pour 100 000 habitants (France métropolitaine + DOM) et de 332 en métropole. La France se situe parmi les pays développés où la densité médicale est la plus forte, derrière l'Allemagne.



1) D'importantes disparités régionales, y compris à l'hôpital

La densité médicale varie du simple au double selon les régions. Elle atteint un maximum en Ile-de-France (423 médecins pour 100 000 habitants), suivie des régions méridionales : la Provence-Alpes-Côte-d'Azur (407), puis le Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et l'Aquitaine, avec des densités médicales voisines de 350.

A l'inverse, ce sont les départements d'outre-mer qui ont la densité médicale la plus faible (203 médecins pour 100 000 habitants), derrière la Picardie (249), dernière région métropolitaine en termes de densité médicale.

A l'hôpital, la densité moyenne est de 94 médecins salariés hospitaliers pour 100 000 habitants sur l'ensemble du territoire français (France métropolitaine et DOM). Cette densité varie dans un rapport de 1 à 2,5 selon les régions. C'est encore une fois l'Île-de-France qui se trouve placée au premier rang, avec 132 médecins salariés hospitaliers pour 100 000 habitants.

Mais sur l'ensemble des autres régions, les densités médicales hospitalières sont moins dispersées que les densités médicales globales. Les médecins apparaissent donc, en dehors de l'Île-de-France, répartis

plus également entre les régions dans le secteur hospitalier qu'ils ne le sont dans leur ensemble. Par exemple, la Franche-Comté et la Lorraine, dont les densités médicales globales sont inférieures à la moyenne nationale, ont une densité hospitalière proche de celle-ci (92 médecins salariés hospitaliers pour 100 000 habitants contre 94), car elles comptent un pourcentage élevé de salariés hospitaliers parmi les médecins.

A l'inverse, les quatre régions les plus méridionales, dont on a vu qu'elles ont les densités médicales globales les plus élevées après l'Île-de-France, ont aussi des densités médicales hospitalières proches de la moyenne nationale, du fait de la faible part de salariés hospitaliers parmi leurs médecins, 24 % à 26 %

Le poids des généralistes à l'hôpital

A l'hôpital, les généralistes représentent en moyenne 27,5 % des médecins salariés. Ce pourcentage varie de 22 % en Haute-Normandie à 33 % en Auvergne, mais il ne semble pas corrélé avec la densité médicale hospitalière. L'Île-de-France et la région PACA cumulent ainsi une forte densité de médecins à l'hôpital et une proportion élevée de généralistes dans leurs hôpitaux, alors que l'Alsace et le Limousin, également bien pourvus en médecins hospitaliers, y accueillent plutôt plus de spécialistes. Inversement, dans certaines régions ayant relativement peu de médecins hospitaliers par habitant, on trouve également assez peu de généralistes hospitaliers (Haute-Normandie, Aquitaine, Bretagne, …). D'autres régions sont en revanche mieux dotées en généralistes (DOM, Bourgogne, Auvergne, Picardie, …).

2) De fortes disparités départementales

Au niveau départemental, la densité médicale présente une forte hétérogénéité, et présente une nette opposition entre le nord et le sud. Elle varie de 1 à 4 entre le département le plus faiblement doté, la Mayenne (205 médecins pour 100 000 habitants), et le département le mieux pourvu, Paris (834 médecins pour 100 000 habitants). Les densités d'omnipraticiens sont fortes au sud, et la densité de spécialiste est toujours plus forte dans les départements sièges de CHU. Toutefois, au cours de la période 1998-2000 les nouvelles installations d'omnipraticiens ses sont effectuées plus fréquemment dans la moitié nord du pays.

3) Une diminution projetée du nombre des médecins à partir de 2004 et des médecins hospitaliers à partir de 2008

Les projections démographiques effectuées grâce au modèle de projection DREES - INED sous des hypothèses de comportements inchangés (déroulement de scolarité, installation, exercice, départ à la retraite et régulation démographique), ont été mises à jour fin 2001. Elles aboutissent globalement à un nombre de médecins en France (y compris les DOM) qui pourrait augmenter légèrement jusqu'en 2003 pour atteindre environ 200 000, avant de diminuer de façon continue à partir de 2004, pour atteindre 193 000 en 2010 et 161 000 en 2020.

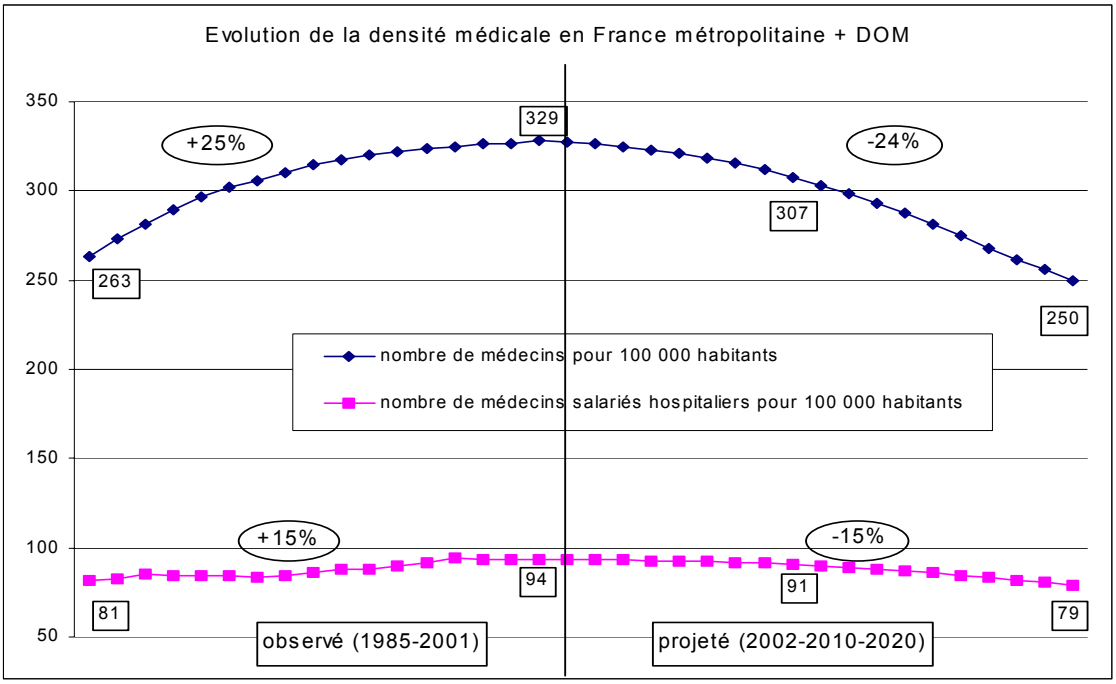
De la même façon, le nombre de médecins salariés hospitaliers devrait, sous ces hypothèses, légèrement progresser jusqu'en 2007, passant de 56 900 à 57 400, pour décroître ensuite de façon

continue à partir de 2008, atteignant 57 000 en 2010, puis 51 200 en 2020. Le fait que cette diminution à l'hôpital soit plus faible et plus tardive que la baisse globale des effectifs médicaux est lié à l'hypothèse, retenue ici à titre de référence, de constance des comportements, et notamment des comportements d'installation. En effet, depuis quelques années, de plus en plus de jeunes médecins commencent leur carrière à l'hôpital, et y restent pour une durée moyenne de 16 ans.

Une inflexion plus précoce pour les densités médicales rapportées à la population

Compte tenu du fait que la population française devrait augmenter de façon continue pendant la même période, cette diminution des effectifs médicaux devrait se traduire plus précocement au niveau des densités médicales. Toujours sous l'hypothèse d'une constance des comportements et sur la base des projections démographiques de l'Insee, **la densité médicale passerait ainsi de 329 médecins pour 100 000 habitants en 2001 à 307 en 2010, puis à 250 en 2020**. Cette diminution de 24 %, ferait toutefois suite à une augmentation qui a atteint 25 % entre 1985 et 2001. La densité médicale globale reviendrait alors à son **niveau du début des années 80**.

Sous les mêmes hypothèses, la densité médicale en médecins salariés hospitaliers baisserait elle aussi à partir d'aujourd'hui, passant de 94 médecins pour 100 000 habitants aujourd'hui à 91 en 2010, puis à 79 en 2020. Cette diminution d'environ 15 % d'ici l'an 2020 interviendrait aussi après une croissance de 15 % constatée entre 1985 et 2001. La densité hospitalière reviendrait donc ainsi, comme la densité médicale globale, à son niveau du début des années 80.



Source : DREES

Le résultat des projections est largement dépendant des hypothèses de numerus clausus adoptées c'est pourquoi plusieurs variantes sont présentées dans l'encadré 1.

4) Des projections régionales par mode d'exercice et par spécialité

Par rapport aux projections globales, dont le contenu vient d'être rappelé, la présente étude franchit une étape supplémentaire en les présentant au niveau régional, avec une distinction en fonction du mode d'exercice, et pour les médecins hospitaliers, des spécialités pratiquées[225]. Bien entendu, l'hypothèse de constance des comportements, qui sert de référence à ces projections, est ici encore plus discutable, et fait de cet exercice un ''cas d'école''. Il est avant tout destiné à repérer les tendances ''spontanées'' d'évolution. Avec cette hypothèse particulière, la diminution projetée des densités médicales se retrouve à l'horizon 2020 dans toutes les régions, avec -24 % en moyenne, et des variations qui vont de -3 % en Champagne-Ardenne à -38 % dans le Languedoc-Roussillon. La diminution des densités de médecins salariés hospitaliers, -15 % en moyenne, pourrait quant à elle s'étager entre -2 % en Auvergne et -29 % dans le Languedoc-Roussillon. Trois régions verraient leur densité hospitalière augmenter, le Limousin (+1 %), Champagne-Ardenne (+2 %) et le Nord – Pas-de-Calais (+7 %).

A comportements constants, une tendance à l'homogénéisation des densités médicales régionales

Ces projections font donc apparaître, s'il n'y avait pas de changement dans les comportements des médecins et des régulateurs, une modification potentielle de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les régions des groupes 1, 4 et 5, c'est-à-dire, à l'exception de l'Alsace, toutes les régions du Nord et de l'Est de la France, auraient ainsi une densité médicale maintenue ou portée à un niveau supérieur à la moyenne nationale, y compris des régions comme le Nord – Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, la Lorraine et l'Auvergne. À l'inverse, les mêmes projections aboutissent à une densité qui resterait ou deviendrait inférieure à la moyenne nationale dans les autres régions (groupes 2, 3 et 6) (voir tableau page suivante).

Cet exercice de projection fait donc ressortir une tendance « spontanée à comportements constants » à l'homogénéisation des densités médicales régionales (Île-de-France mise à part), aussi bien au niveau global qu'à l'hôpital.

Il convient toutefois de signaler deux éléments susceptibles d'influer sur les tendances :

- le vieillissement de la population qui va accroître les besoins.
- l'incertitude sur le temps de travail, l'organisation des soins, les modifications des métiers, facteurs qui peuvent avoir des effets à la hausse ou à la baisse.

---

[225]. Ces projections actualisent celles fournies par la DREES à la Direction générale de la santé pour le rapport sur la démographie médicale publié en juin 2001. Par rapport à celles-ci, les projections présentées ici s'appuient sur l'observation de la démographie médicale au 1er janvier 2001, simulent un *numerus clausus* actualisé à 4700 élèves par an, et utilisent des données sur les départs à la retraite plus fines qu'auparavant. Pour les résultats détaillés, on pourra se référer au document de travail de la DREES, ''Projections de médecins 2002-2020''.

L'évolution projetée des densités médicales globale et hospitalière pour chaque groupe de régions.

		densité médicale globale…	
		… supérieure à la densité nationale	… inférieure à la densité nationale
densité médicale à l'hôpital…	… supérieure à la densité nationale	1/ ● Île-de-France	4/ ← Franche-Comté Lorraine
	... inférieure à la densité nationale dans certaines disciplines	2/ ↓ Alsace Limousin PACA & Corse	5/ ↖ Rhône-Alpes Auvergne Champagne-Ardenne Nord - Pas-de-Calais
	... inférieure à la densité nationale dans toutes les disciplines ou presque	3/ ● Aquitaine Midi-Pyrénées Languedoc-Roussillon	6/ ● Bretagne Poitou-Charentes Basse-Normandie Bourgogne Haute-Normandie Picardie Centre Pays de la Loire DOM

<u>Lecture :</u> ce tableau présente les groupes de régions décrits ci-dessous, numérotés de 1/ à 6/. La dimension verticale (colonnes) correspond à la densité médicale globale. La dimension horizontale (lignes) correspond à la densité médicale en salariés hospitaliers. Les points et les flèches matérialisent la dimension temporelle, c'est-à-dire la façon dont pourrait évoluer la situation d'ici 2020 : les groupes marqués d'un point resteraient dans la même situation qu'aujourd'hui relativement à la densité médicale nationale (globalement comme à l'hôpital), une densité à l'hôpital qui diminue par rapport à la densité médicale nationale est représentée par un décalage vers le bas, une augmentation globale par rapport à la densité médicale nationale correspond à un décalage vers la gauche, enfin une hausse projetée globalement et à l'hôpital implique un décalage vers le haut et la gauche du tableau.

Hypothèses alternatives de numerus clausus

Le relèvement du numerus clausus à 5 600 étudiants dès 2003 a pour conséquence d'avancer d'environ cinq ans le moment où la densité atteindrait son point bas : 234 médecins pour 100 000 habitants en 2030, puis une augmentation jusqu'à 255 en 2050. Dans les autres hypothèses, un numerus clausus à 6000 étudiants conduirait au même profil avec des niveaux légèrement supérieurs (245 médecins pour 100 000 habitants en 2030, 274 en 2050). Un numerus clausus à 7 000 dès 2003 entraînerait une baisse jusqu'en 2025 (269 médecins pour 100 000 habitants) et aboutirait à redresser la densité médicale à 319 à partir de 2050, niveau comparable à celui d'aujourd'hui. Un numerus clausus élevé à 8 000 en 2003 n'éviterait pas une baisse de la densité médicale jusqu'en 2025, mais son maintien à ce niveau tout au long de la période amènerait cette densité à des niveaux plus élevés en 2050 qu'aujourd'hui.

Deux enseignements peuvent être tirés de ces variantes. Le premier est l'inertie de la démographie médicale face aux variations de numerus clausus. Le deuxième est que l'évolution du numerus clausus doit tenir compte non seulement des niveaux souhaités de la densité médicale, mais également de la date à partir de laquelle on désire atteindre cette cible. Ainsi, quel que soit le numerus clausus fixé pour ces prochaines années, les projections à comportements constants aboutissent à une diminution de la densité médicale jusqu'en 2012, à environ 305 médecins pour 100 000 habitants. Si on voulait par exemple maintenir à partir de cette date la densité médicale à ce niveau, les fluctuations du numerus clausus devraient alors être extrêmement contrastées : hausse immédiate à près de 8 750, puis maintien à 9 250 jusqu'en 2010, date à partir de laquelle le numerus clausus devrait entamer une baisse continue pendant vingt ans jusqu'à atteindre 4 750 en 2030, puis, pour compenser les départs à la retraite induits par la hausse brutale du nombre d'étudiants entrés au cours des années 2000, à nouveau une hausse immédiate du numerus clausus aux alentours de 7 750 vers 2040. Le retour à l'horizon 2020 à une densité médicale proche de celle d'aujourd'hui (332) impliquerait quant à lui des fluctuations de numerus clausus encore plus importantes, compte tenu de la proximité de cet horizon temporel, eu égard à la longueur des études médicales.

Evolution et projections du nombre de médecins pour 100 000 habitants selon plusieurs hypothèses d'évolution du *numerus clausus* - France métropolitaine

		observé		projeté				
		1980	2001	2010	2020	2030	2040	2050
Population française (en milliers)		53 731	59 053	61 061	62 734	63 927	64 468	64 032
Hypothèse de référence : NC à 4 700	numerus clausus	6 409	4 100	4 700	4 700	4 700	4 700	4 700
	nombre de médecins	115 200	196 000	189 800	158 400	134 500	134 700	137 300
	densité médicale	214	332	311	253	210	209	214
NC à 5600	numerus clausus			5600	5600	5600	5600	5600
	nombre de médecins			189 800	164 900	149 600	157 400	163 500
	Densité médicale			311	263	234	244	255
NC à 6 000	numerus clausus			6 000	6 000	6 000	6 000	6 000
	nombre de médecins			189 800	167 800	156 300	167 600	175 200
	densité médicale			311	268	244	260	274
NC à 7 000	numerus clausus			7 000	7 000	7 000	7 000	7 000
	nombre de médecins			189 800	175 300	173 100	192 900	204 200
	densité médicale			311	279	271	299	319
NC à 8 000	numerus clausus			8 000	8 000	8 000	8 000	8 000
	nombre de médecins			189 800	182 800	189 800	218 200	233 300
	densité médicale			311	291	297	338	364
Hypothèse de stabilité à 305 à partir de 2012	numerus clausus			9 250	6 000	4 750	7 500	7 500
	nombre de médecins			189 800	191 300	194 700	196 700	195 300
	densité médicale			311	305	305	305	305

Source : Drees, Insee

Annexe 53: La recomposition de l'offre de soins hospitaliers [226].

Les données quantitatives et qualitatives des opérations menées dans le cadre des régions sont directement renseignées par les agences régionales sur le site de l'observatoire des recompositions qui peut être mis à jour au fil de l'eau et en tout état de cause avant le 30 juin de chaque année, date à laquelle il est procédé à l'examen comparatif de la situation d'une année à l'autre.

1) Les opérations de recompositions qui sont parvenues à leur terme entre 2002 et 2003 :

58 opérations de recompositions qui étaient précédemment engagées sont parvenues à terme.

L'analyse des opérations parvenues à terme permet de dégager des tendances générales dans les objectifs assignés aux opérations de recompositions, même si certaines d'entre elles répondent à des spécificités régionales.

a) l'objectif d'optimisation des moyens figure dans 16 cas sur 58, exprimé sous différentes formules telles « la nécessité d'assurer une masse critique d'activité d'un plateau technique », « optimiser les moyens en personnel et plateau technique », « renforcement et optimisation du dispositif sanitaire dans une zone déterminée », « recherche de complémentarités et de coopération forte entre deux ou plusieurs établissements », « partage d'activités entre établissements », « mettre fin à une concurrence préjudiciable à la qualité de l'offre », « améliorer la qualité de la prise en charge par une meilleure répartition des activités ».

L'objectif d'atteindre un volume d'activité suffisant pour dégager des économies d'échelle est très présent dans les opérations touchant les cliniques privées et donne lieu à des fusions juridiques et regroupements de cliniques sur un même site géographique, à des rachats d'une structure privée par une autre, à des partages d'activités avec l'établissement public de santé proche aboutissant souvent à l'attribution de la totalité de l'activité de chirurgie à la clinique sur la base d'une concession de service public et, parfois, regroupement de l'établissement public de santé et d'une clinique sur un même site géographique avec coexistence des deux statuts.

Dans les opérations visant à l'optimisation des moyens mettant en jeu les seuls établissements publics de santé, le moyen utilisé à cet effet est souvent la fusion des structures (7 opérations de fusion) avec parfois utilisation de la formule du SIH (syndicat interhospitalier) comme étape intermédiaire préparatoire à la fusion.

b) l'amélioration de l'organisation de l'activité d'obstétrique, apparaît dans 11 des 58 opérations menées à leur terme. Cet objectif s'est traduit par le regroupement de l'activité d'obstétrique de deux ou plusieurs structures sur un site unique.

Le transfert de l'activité d'obstétrique est opéré dans la plupart des cas, d'une structure privée vers une structure publique avec, lorsque le contexte local le justifie, l'ouverture d'une clinique ouverte dans l'enceinte de l'établissement hospitalier public où se trouve regroupée la totalité de l'activité d'obstétrique, et l'ouverture d'un centre périnatal de proximité dans le site où l'activité d'accouchement a été supprimée.

---

[226] Cf., en complément, les sites Internet relatifs aux recompositions (http://www.recomposition-hospitaliere.net) et à la télésanté (http://www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr/).

Dans les opérations concernant les centres hospitaliers, la sécurisation médicale de l'activité d'obstétrique d'un établissement connaissant des difficultés a été assurée par la création d'une F.M.I.H. (fédération médicale interhospitalière) avec l'équipe médicale d'un autre établissement de santé et mise en place d'une organisation entre les deux établissements pour la prise en charge des interventions programmées et des urgences.

c) l'amélioration de la qualité et de la sécurité comme déterminant de la recomposition opérée apparaît également dans de nombreuses opérations. Cet objectif est expressément mentionné dans 9 opérations sur les 58 abouties. Il figure en filigrane dans la plupart des actions de recompositions. Cependant, c'est principalement au niveau de l'activité de chirurgie que se situe cette action de sécurisation.

Les opérations menées concernent des établissements publics de santé. Les actions consistent à supprimer l'activité de chirurgie dans un ou plusieurs établissements avec regroupement de cette activité dans l'établissement de santé servant de pilier, avec mise en place de consultations avancées dans les établissements ayant cessé l'activité de chirurgie et parfois d'une UPATOU (unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences).

Lorsque l'activité de chirurgie est ainsi supprimée, l'activité des établissements de santé concernés est infléchie vers un rôle de soins de proximité, tandis que l'établissement pilier, autour duquel ces actions ont été conduites, voit son rôle d'établissement d'appel renforcé.

d) l'objectif de maintien ou d'organisation de soins de proximité est mentionné dans 8 cas sur 58. Ces opérations se traduisent selon les cas par :

- des changements de localisation d'un équipement lourd de cancérologie avec instauration d'un partenariat entre plusieurs utilisateurs, des implantations d'unités de psychiatrie d'hospitalisation complète dans des hôpitaux généraux, ces unités continuant à être gérées par un CHS (centre hospitalier spécialisé),
- par la mise en place dans les établissements de santé de la région des services de proximité susceptibles de désengorger le CHR avec le concours des médecins du CHR qui contribuent à la formation des équipes,
- par la délocalisation de certains établissements de SSR (soins de suite et réadaptation) pour les rapprocher des agglomérations qu'ils desservent majoritairement .

e) l'objectif de mise en place de filières court-séjour, réadaptation, soins de suite est présent dans 5 cas sur 58.

Cet objectif apparaît surtout dans les opérations de recompositions des activités de soins qui s'organisent à partir d'un CHR avec les établissements périphériques par reconversion de lits de médecine en lits de SSR (soins de suite et réadaptation) pour augmenter la capacité de ces structures dans ce domaine, et l'instauration d'un partenariat entre le CHR et ces établissements.

Ainsi les grandes tendances qui se dégagent des opérations réalisées sont celles d'une recherche d'optimisation des moyens par des actions de regroupement d'une ou de plusieurs activités sur un seul site, d'une graduation de l'offre de soins avec une offre de proximité dispensée par des établissements de santé situés dans le bassin de population desservie et dont l'action s'organise autour d'une structure de soins hospitalière plus importante qui joue le rôle de structure d'appel par rapport aux précédentes. Le ciment de cette organisation est une concertation médicale forte formalisée par le biais des F.M.I.H. (fédérations médicales interhospitalières) et par une organisation des activités de soins en pôles de santé.

2) Les opérations de recompositions initiées depuis le 30 juin 2002

78 nouvelles opérations ont été initiées par les agences régionales d'hospitalisation entre le 30/06/2002 et le 30/06/2003 :

- 40% des opérations envisagées visent un objectif d'optimisation et de rationalisation des activités de soins,
- un peu plus de 10 % mentionnent l'objectif d'organiser une offre de soins de proximité,
- près de 10 % des opérations invoquent la nécessité de réorganisation de l'activité obstétricale,
- dans les 40 % restants, les objectifs formulés évoquent la notion de réorganisation de l'offre de soins dans une zone géographique donnée pour l'adapter aux besoins de la population. Cette indication à caractère général ne permet pas de restituer avec précision l'orientation recherchée.

On constate d'ores et déjà que la tendance forte des actions envisagées est celle d'une optimisation des moyens par regroupement des moyens existants et par toute action mettant en œuvre une forte complémentarité entre établissements de santé.

Annexe 54 : Est-il possible de définir les besoins en professionnels de santé ?

Parvenir à une mesure objective des *besoins* en santé est une tâche difficile, voire quasi impossible, tant la notion de besoins est problématique. Les besoins en général, de santé en particulier, peuvent être perçus comme infinis et une telle idée ne revêtirait alors aucun caractère opératoire. De ce fait, une définition précise de ce que doit être une politique de démographie médicale pour obtenir le meilleur accès aux soins et la meilleure qualité au coût le plus bas, ne peut s'appuyer efficacement sur l'idée de besoins. En revanche, il peut être avancé qu'une politique de démographie médicale ne doit ni conduire à un rationnement des soins, ni à un surcoût du fait d'une offre de soins surabondante.

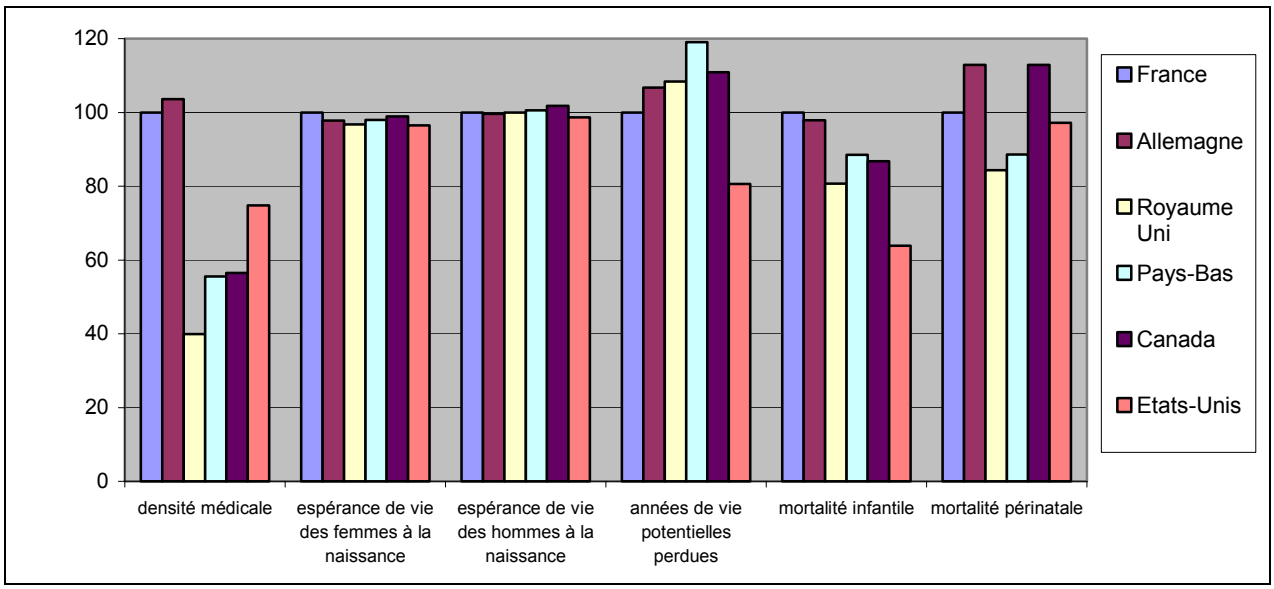
1) Il est difficile de définir précisément quels sont les besoins en santé, et donc quels doivent être les objectifs de la politique démographique

Deux approches sont possibles *a priori* pour définir, au sein de la fourchette très large délimitée par une sous-dimension (induisant des problèmes d'accès aux soins) et une sur-dimension (avec comme conséquence une demande induite par l'offre surabondante), quels sont les besoins en effectifs de professionnels de santé : modéliser ce que pourrait être une densité *optimale*, ou définir de manière normative un besoin en effectifs. Ces deux méthodes semblent toutefois peu opérantes.

a) La difficile mesure de l'impact de la densité médicale sur les performances du système de santé

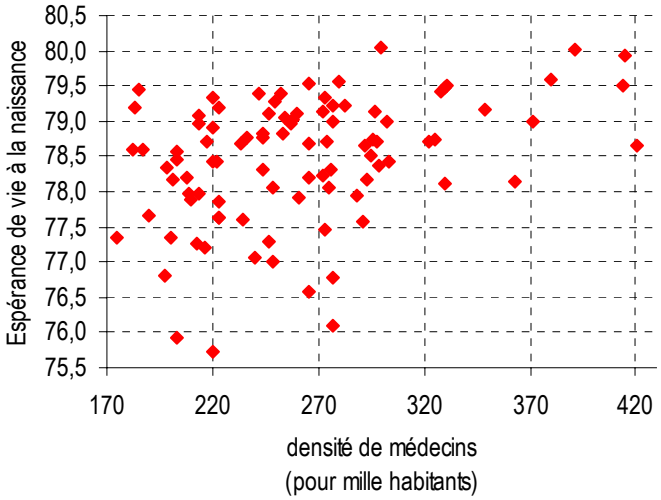
Les densités médicales sont très hétérogènes suivant les pays, et à l'intérieur d'un pays suivant les territoires. Néanmoins, on ne peut établir que la densité ait un impact sur les indicateurs de mortalité.

Sur un plan d'ensemble tout d'abord, la densité médicale des pays n'est pas corrélée avec les indicateurs usuels de performance sanitaire, comme le montre le graphique ci-dessous.

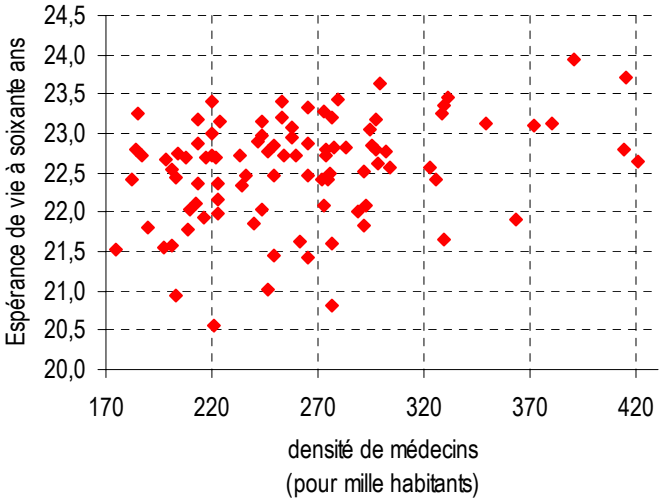


De même, au niveau infra-national, la densité médicale ne semble pas avoir d'impact sur la situation sanitaire générale.

Espérance de vie à la naissance par département suivant la densité de médecins généralistes libéraux



Espérance de vie à soixante ans par département suivant la densité de médecins généralistes libéraux



La littérature sur les indicateurs dans le domaine de la santé montre que les indicateurs sanitaires couramment utilisés (mortalité évitée, hospitalisation évitée, etc.), que ce soit en niveau ou en évolution, évaluent plus les caractéristiques de la population soignée (état de santé initial, caractéristiques socioéconomiques, etc.) que la performance des producteurs de soins[227].

Les travaux qui ont pu être réalisés dans le cas de la France en géographie de la santé[228] confirment ces constats :

---

[227] pour un panorama complet, HURST et *alii*, "Performance measurement and performance management in OECD health systems"*, Labour market and social policy – occasional papers n°47*, OCDE 2001.

[228] voir notamment SALEM et *alii*, *Atlas de la santé en France, volume 1 : les causes de décès*, John Libbey Eurotext, 1999 ; cet ouvrage a été réalisé à partir de données INSERM couvrant les périodes 1973 à 1977 et 1988 à 1992.

- il existe des différences très importantes en ce qui concerne les indicateurs de mortalité et de morbidité suivant les lieux : écart de un à dix ans pour l'espérance de vie à la naissance des hommes entre Lens et Menton, du simple au double pour le taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire entre les zones d'emplois de Nice, Tours, Poitiers ou Versailles et Boulogne, Wissembourg ou Calais, écart de mortalité masculine par cancer broncho-pulmonaire du simple au quintuple entre les zones d'emploi de Rodez ou d'Aurillac et celles de Valenciennes ou Thionville… ;

- ces disparités proviennent principalement de différences comportementales (en particulier alimentaires), ainsi que de disparités sociales et environnementales (degré d'industrialisation, etc.).

Par ailleurs, sur un plan de l'analyse individuelle, s'il est vrai que lorsque l'activité d'un praticien devient extrêmement élevée, on peut craindre une baisse de la qualité, il n'existe pas d'études systématiques et fiables établissant une corrélation négative entre le nombre d'actes réalisés par les praticiens et la qualité des soins dispensés.

Seule une étude anglaise semble indiquer que les praticiens les moins surchargés sont également ceux dont les performances sont les meilleures[229].

Relation entre taille de la clientèle et qualité, cas des cabinets londoniens

Nombre de patients par médecin	2 405	2 350	2 136	1 937
Temps de consultation moyen (minutes)	7,6	8,5	9,7	11,2
Indicateur synthétique de performance	4,9	4,6	6,2	6,4

b) L'impossible définition d'un besoin normatif en effectifs de professionnels de santé

L'impact de la densité médicale sur les performances sanitaires est donc très difficile à mesurer. Plus largement, la recherche médico-économique actuellement disponible ne permet pas de déterminer de manière normative ce qu'est le besoin en effectifs de professionnels de santé[230].

La définition d'un besoin normatif en effectifs nécessite en effet de déterminer les besoins en soins, puis le nombre de praticiens permettant de produire les soins nécessaires.

Pour réaliser le deuxième temps du raisonnement, il est nécessaire de connaître le niveau d'activité des praticiens, leur temps de travail, leur productivité, le mode d'organisation choisi, etc. Ce calcul est complexe mais *a priori* envisageable.

En revanche, le premier temps du raisonnement nécessite de déterminer un besoin normatif en soins (*needs assessment*). Sur cette question, la recherche disponible n'apporte pas d'élément de réponse concluant. Une importante littérature a certes été développée sur les méthodes de répartition des ressources (*ressource allocation*), dans des contextes de paiement à la capitation ou de régionalisation du système de santé nécessitant la délégation d'enveloppes individuelles ou collectives. Des modèles ont ainsi été développés afin de tenter d'identifier de manière prospective quels sont les déterminants des besoins en santé (morbidité passée, âge, contexte social et environnemental…)[231].

---

229 CAMPBELL et *alii*, « Practice size : impact on consultation, workload, and patient assessment of care », *BMJ*, 2001.

230 CREDES (2001) précédemment cité, qui qualifie d' « illusoire » toute tentative de modélisation des besoins en effectifs.

231 Ces modèles visent notamment à ajuster au risque (*risk adjustment*) des capitations. Cf. RICE et *alii*, "Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and

Toutefois, ces initiatives conduisent uniquement à développer des modèles de répartition des dépenses socialisées, sur la base essentiellement des comportements passés. Elles ne permettent pas de déterminer dans l'absolu les besoins en santé. En pratique, dans les pays ayant mis en œuvre des capitations ou des enveloppes déconcentrées, le montant de l'ensemble des capitations / enveloppes a été déterminé de manière politique, sous une contrainte budgétaire, c'est-à-dire en pratique sur une base historique[232]. Les modèles de *needs assessment* n'ont été utilisés que pour déterminer quelle était la répartition la plus efficiente des ressources, nécessairement limitées, consacrées à la santé[233].

c) L'hétérogénéité des normes mises en œuvre par les pays étrangers

Malgré cette difficulté à définir un besoin optimal, de nombreux pays étrangers se sont donnés, de manière implicite ou explicite, des normes d'activité et/ou des normes de démographie pour les professionnels de santé :

- au Québec, au-delà d'un seuil de revenu correspondant à 135% du revenu moyen des médecins, les actes ne sont plus remboursés qu'à 25% ; cette mesure concerne environ 10% des médecins ; l'Ontario a mis en place un dispositif du même ordre ; par ailleurs, dans le cadre de l'option *Family health networks*, le montant de la capitation payé au groupe de médecins est réduit de 50% lorsque le nombre de patients inscrit est supérieur à 2 400 ;

- aux Pays-Bas, le montant de la capitation est fixé en considérant qu'un médecin généraliste doit traiter 2 350 patients ;

- au Royaume-Uni, jusqu'en 2002, quatre types de zones avaient été définies en fonction du nombre moyen de patients inscrits auprès des médecins : plus de 2 500 patients par liste : zone « désignée » ; de 2 101 à 2 500 : zone « ouverte » ; de 1 701 à 2 100 : zone « intermédiaire » ; jusqu'à 1 700 : zone « restreinte », dans laquelle en pratique l'installation était interdite ;

- aux Etats-Unis, le *National health service corps* octroie des aides et des prêts bonifiés aux médecins généralistes s'installant dans des zones comptant moins d'un médecin généraliste pour 3 500 habitants ;

En pratique, les ratios de densité de praticiens par habitant, de nombre de patients suivis par médecin et de nombre de consultations par médecin, sont très hétérogènes suivant les pays.

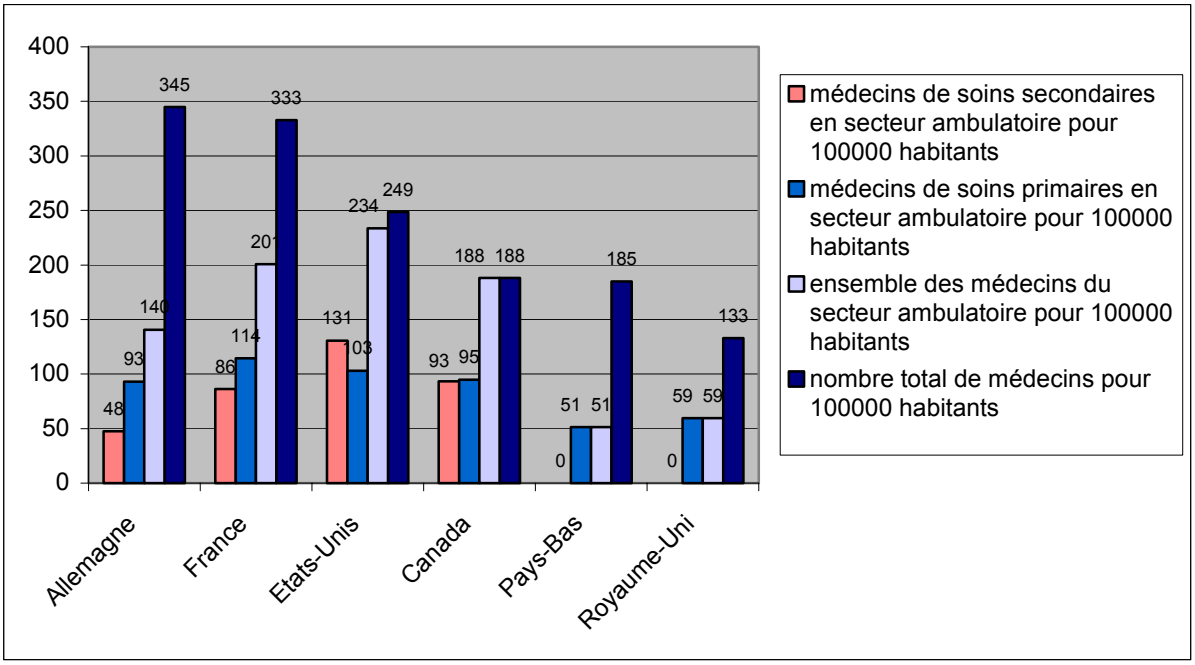
---

primary care groups in England: regression analysis", *BMJ*, 2000 ; ROLAND et *alii*, « Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices », *BMJ*, 1996 ; pour une présentation des méthodes d'ajustement au risque les plus récentes, et notamment celle développée à l'université John Hopkins et reposant sur un classement des patients en groupes cliniques, cf. MAJEED et *alii*, « Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care I & II", *BMJ*, 2001.

[232] RICE et *alii*, « Strategic resource allocation and funding decisions », in MOSSIALOS, *Funding health care : options for Europe*, The European observatory on health care systems, 2002.

[233] WRIGHT et *alii*, « Health needs assessment », *BMJ*, 1998.

Comparaison des densités médicales en 2001



Nombre de consultations par médecin et nombre de patients par médecin

comparaisons internationales

	Nombre de consultations par médecin de soins ambulatoires et par an, 1996	Nombre de patients par médecin de soins primaires en secteur ambulatoire, 2001
Allemagne	4 643	1 075
France	3 234	877
Etats-Unis	2 479	971
Canada	3 404	1 053
Pays-Bas	10 588	1 961
Royaume-Uni	10 339	1 695

2) La démographie ne doit pas entraver l'accès aux soins, ni occasionner le développement d'une production de soins inefficiente

Trois éléments, qui doivent être optimisés mais qui ne sont pas indépendants, interviennent dans tout système de santé : l'accès aux soins, la qualité des soins et le coût. Le nombre de professionnels de santé a un impact sur ces trois facteurs. Déterminer un niveau optimal de professionnels conduit à effectuer un arbitrage entre ces différents éléments.

S'il y a beaucoup trop peu de médecins et de paramédicaux, l'accès aux soins va être insuffisant, ce qui peut avoir des conséquences sur l'état de santé des populations et les dépenses de santé à moyen terme, ou tout au moins générer des reports potentiellement coûteux vers des structures de soins autres que la médecine de ville (urgences et services hospitaliers).

Le concept d'accès aux soins recouvre ici deux questions différentes : le temps d'attente, et la distance géographique.

En ce qui concerne la distance à parcourir pour accéder à un médecin, il ne semble pas, en France, que la situation soit véritablement alarmante. Ainsi une étude réalisée conjointement par les URCAM d'Aquitaine, de Franche-Comté et du Languedoc-Roussillon et le CREDES a simulé les conséquences, en termes de distance d'accès au médecin, d'une situation où l'ensemble des praticiens isolés dans leur commune et partant en retraite ne seraient pas remplacés. En Franche-Comté, ceci conduirait uniquement 4% de la population à parcourir en moyenne 4,5 km de plus pour consulter un généraliste[234].

A l'inverse, s'il y a beaucoup trop de professionnels de santé sur un territoire, dans un contexte de paiement à l'acte, il risque de se développer une dépense de santé non efficiente. Du fait des asymétries d'information existant entre le patient et le médecin, les médecins ont en effet la capacité d'influencer la demande qui leur est adressée et ainsi d'engendrer une production de soins partiellement inefficiente.

L'ampleur du phénomène de demande induite reste un sujet de débats[235]. Toutefois, l'expérience des pays étrangers montre que les professionnels de santé adaptent leur profil de pratique en fonction des modifications des prix relatifs, et compensent par les volumes les réductions des prix unitaires (cf. l'impact sur le nombre d'actes des dispositifs de bouclage macroéconomique de Medicare ou des provinces canadiennes, ainsi que du point flottant en Allemagne).

Une étude de la CNAMTS sur les infirmières libérales[236] a mis en évidence les points suivants :

- répartition très inégale sur le territoire (densités départementales variant dans un rapport allant de 1 à 5,5),

- faible variation des honoraires par tête ; en effet, la forte concurrence pousse les infirmiers à effectuer davantage d'actes infirmiers de soins (AIS) en substitution d'actes médico-infirmiers (AMI)

---

234 « Les besoins en médecins : état des connaissances et pistes de recherche », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, 2001.

235 ROCHAIX et *alii*, « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Economie et Prévision*, 1997, ainsi que POLTON et *alii*, *Les interactions entre l'offre et la consommation de soins* CREDES, 2000.

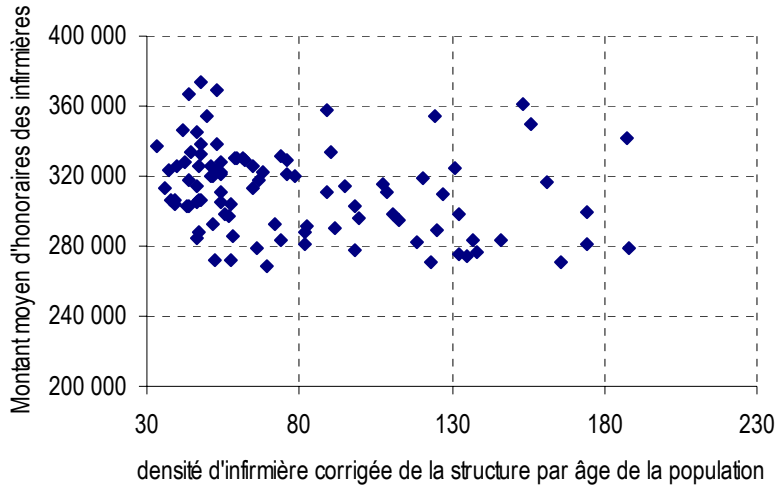
236 « L'activité des infirmières libérales », *Dossier Etudes et Statistiques*, n°52, 2001, CNAMTS.

afin d'atteindre un revenu cible (cf. graphiques ci-après illustrant cette substitution AIS / AMI et la corrélation entre densité et actes en AIS).

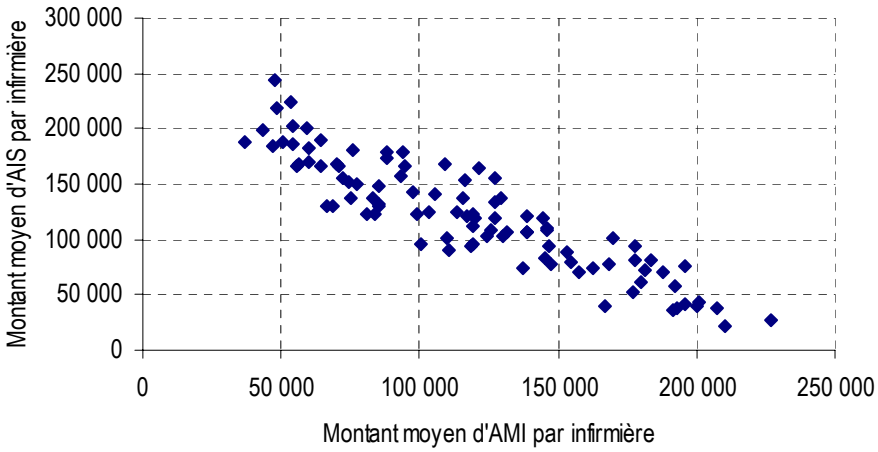
Ainsi, dans les départements où la densité d'infirmiers est relativement faible, la consommation d'actes en AIS ne dépasse guère 5 coefficients AIS par habitant et par an. En revanche, dans les départements où les infirmiers sont présents en grand nombre, cette consommation peut atteindre 25 coefficients par personne et par an.

La corrélation entre la dispensation d'actes en AIS et la densité infirmière départementale est de 0,94.

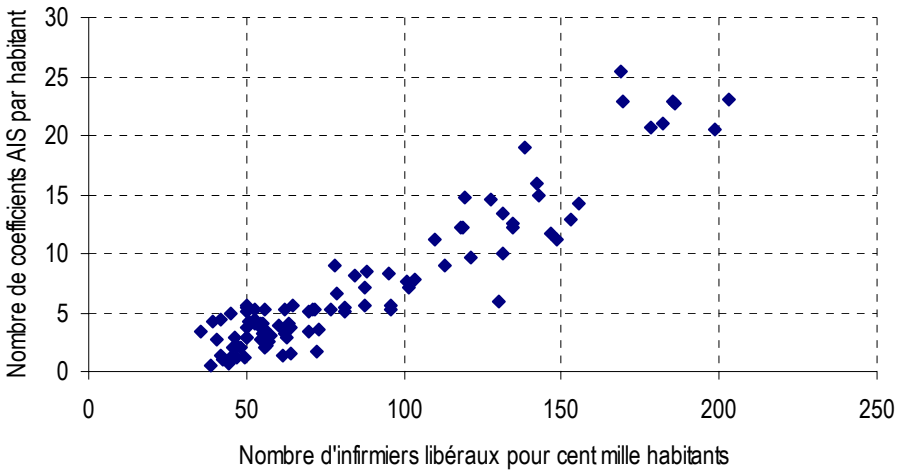
Montant moyen d'honoraire des infirmiers suivant la densité départementale en francs, en 1998



Structure des honoraires des infirmiers entre actes en AMI et actes en AIS, en 1998

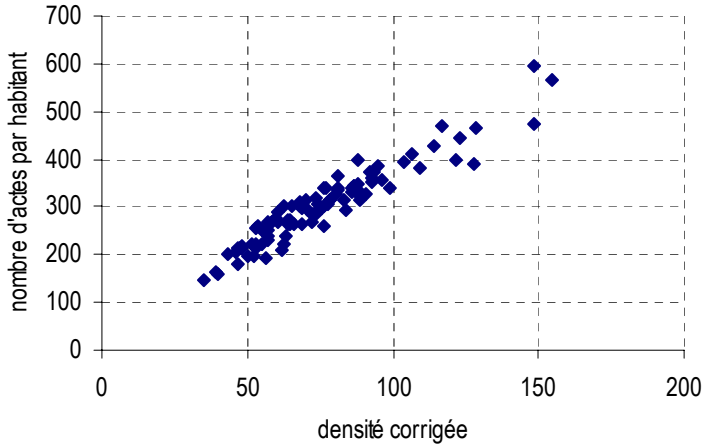


Consommation d'actes en AIS suivant la densité départementale d'infirmiers libéraux, en 1998



Un autre travail de la CNAMTS sur les spécialistes libéraux met en évidence que le nombre d'actes par habitant est directement corrélé avec la densité médicale. La moitié de la variance de la consommation entre départements s'expliquerait du fait des écarts de densité[237]. Dans le cas particulier des cardiologues, il semble qu'il existe un revenu cible[238] : ainsi en 1993, pour des niveaux d'honoraires annuels comparables (respectivement 691 et 713 kF, pour une moyenne nationale de 683 kF), les cardiologues d'Indre-et-Loire et d'Eure-et-Loir facturaient en moyenne respectivement 439 et 286 F par séance, pour une moyenne nationale de 293 F.

Nombre d'actes de spécialistes par habitant
suivant la densité corrigée de la structure par âge de la population



237 ROQUEFEUIL, « Modélisation géographique des dépenses de remboursement du secteur libéral en 1992 », *Dossier Etudes et Statistiques*, n°29, CNAMTS, 1995.

238 Syndicat national des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux et SANESCO, *Cardiologie 2000, Livre blanc sur la prise en charge des maladies cardiovasculaires en France*, 1996.

Annexe 55 : Les instruments de la politique démographique

La présente annexe vise à décrire, à l'aide d'exemples français et étrangers, les différents outils que la politique démographique peut mobiliser, notamment en ce qui concerne les médecins, et à évaluer, autant qu'il est possible, leur efficacité[239].

1) La régulation du nombre global de praticiens dans chaque spécialité

La régulation du nombre global de praticiens dans chaque spécialité peut passer par une action sur les flux d'entrée (accès à la formation initiale, accueil de praticiens étrangers), les flux de sortie, et/ou le niveau d'activité des praticiens.

a) L'accès aux études de médecine et l'accès aux cursus de spécialisation

La plupart des pays étrangers planifient et contrôlent l'accès général aux études de médecine (*numerus clausus*), ainsi que l'accès aux cursus de spécialisation.

❑ Ainsi aux **Pays-Bas**, l'Organe de la Capacité (*Capaciteitsorgaan*), organisme tripartite (universités, organismes d'assurance maladie, représentants des médecins) fixe depuis 2000 le nombre de places par spécialité dans les universités. Auparavant, ce paramètre était défini par les universités seules. En Belgique, pour répondre à la situation de sur-offre, un *numerus clausus* devrait également être mis en œuvre à partir de 2004 pour limiter l'accès à la profession médicale.

❑ En **Allemagne**, l'article 12 de la Loi fondamentale garantit la liberté du choix de la profession. Par ailleurs, la formation médicale relève des Länder, qui sont tenus d'épuiser les capacités de formation existantes (décision de la Cour constitutionnelle fédérale du 18 juillet 1972). Il n'existe donc pas en théorie de *numerus clausus* ni de mécanismes de régulation d'accès aux spécialités. Toutefois, il existe une régulation indirecte par l'intermédiaire de l'offre de stages, spécialité par spécialité.

❑ Au **Royaume-Uni**, avant la réforme « *Shifting the balance of power* », le ministère de la santé s'appuyait sur les recommandations du *Medical workforce standing advisory committee* (MWSAC), exprimées environ tous les deux ans, pour définir le nombre d'étudiants admissibles chaque année dans les facultés de médecine, et sur celles du *Specialist workforce advisory group* (SWAG) pour définir le nombre de spécialistes à former dans chaque spécialité. Depuis 2002, cette compétence de planification a été confiée aux autorités de santé régionales (cf. *infra* § 2 pour le dispositif actuel).

❑ Au **Québec**, le gouvernement provincial fixe annuellement, par décret, le nombre d'étudiants susceptibles d'être admis dans les quatre facultés de médecine ainsi que le nombre de postes de résidence disponibles par spécialité. La détermination, sur une base triennale, des objectifs gouvernementaux, fait l'objet d'un important processus de concertation faisant intervenir trois organismes paritaires – Conseil médical du Québec, comité de suivi et Table de concertation.

---

[239] Pour plus de détails, cf. notamment le document de travail de la DREES, réalisé par POUVOURVILLE et *alii*, « La régulation des professions de santé, études monographiques », 2002.

❑ Même aux **Etats-Unis**, où les universités, souvent privées, définissent en théorie librement le nombre de places ouvertes, une régulation existe. Ainsi, dans le contexte actuel de manque de médecins généralistes, le gouvernement a signé des *Memorandum of Understanding* avec 5 des 8 plus grosses universités de médecine, pour garantir que 50% au moins des médecins formés seraient des généralistes. Par ailleurs, Medicare contribue à hauteur de 7 M$ au budget des universités, et Medicaid pour 2 M$, ce qui fait de ces programmes fédéraux deux leviers importants de régulation des effectifs médicaux, notamment pour tenter de favoriser la formation de médecins généralistes.

❑ En ce qui concerne la **France**, l'accès aux études de médecine est limité par le *numerus clausus*, et le contrôle d'accès aux cycles de spécialisation est effectué par le concours de l'internat.

Sur ce dernier sujet, le débat en France[240] porte essentiellement sur :

- la détermination du nombre d'internes par filière de spécialisation, qui prendrait plus en considération le besoin en internes des CHU que les besoins du système de santé dans son ensemble ;

- le niveau de précision de la définition des filières et des spécialités d'exercice ; l'écart entre le nombre de disciplines du concours de l'internat – 9 à l'heure actuelle – et le nombre de disciplines d'exercice des médecins spécialistes – 38 – est très supérieur aux écarts constatés dans d'autres pays : ainsi, en Allemagne, les 13 spécialités médicales et chirurgicales correspondent à 20 qualifications.

- l'absence de passerelles d'accès entre médecine générale et médecine spécialisée, voire entre les différentes spécialités, que ce soit au cours de la formation initiale ou durant la période d'exercice professionnel ; à titre de comparaison, le Québec fournit un exemple de passerelle permettant d'assouplir le caractère définitif du choix effectué à l'issue du concours de l'internat : les spécialités sont regroupées en quatre classes selon le degré estimé de « gravité des besoins en effectif médical », et les étudiants peuvent changer de spécialité en cours de cursus, à condition de choisir parmi les spécialités de la même classe ou de se diriger vers une classe où les besoins sont plus urgents. En France, un récent rapport[241] a appelé à la création de passerelles entre les professions médicales et/ou paramédicales, en s'appuyant sur le droit à la validation des acquis de l'expérience instauré par la loi du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale.

Signalons enfin qu'à partir de 2004-2005, tous les étudiants ayant validé le second cycle d'études médicales passeront le concours de l'internat, y compris ceux qui souhaiteront se diriger vers la médecine générale. Les premières promotions de médecins généralistes dont la spécialité est « médecine générale » sortiront donc en 2007.

b) L'incitation à l'installation de médecins étrangers

Pour répondre à l'insuffisance du nombre de praticiens, certains pays (Canada et Etats-Unis notamment) tentent d'attirer des médecins étrangers. Ainsi aux **Etats-Unis** le programme *Inner national medical graduate* accorde un visa de travail pour trois ans à des médecins généralistes formés à l'étranger. Ces médecins doivent refaire leur internat (*residence*), sans financement spécifique, et ils ne peuvent exercer que dans certaines zones en déficit de médecins généralistes, les *Health Professions Shortage Areas* (HPSAs).

---

240 *Rapport sur la démographie médicale*, DGS, 2001 ; NICOLAS et *alii*, *Rapport sur les options à prendre en matière de démographie médicale*, DHOS, 2001 ; BERLAND, *Démographie des professions de santé*, 2002.

241 MATILLON, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et au Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, août 2003.

Il existe aujourd'hui 4 200 médecins généralistes (soit environ 2% des généralistes) qui profitent de ce régime aux Etats-Unis[242]. En pratique, 50% des médecins concernés acquièrent la nationalité américaine et restent sur le territoire américain à l'issue de cette période. Aujourd'hui 25% des médecins généralistes exerçant aux Etats-Unis sont d'origine étrangère.

c) L'action sur les flux de sortie

L'action sur les flux de sortie peut permettre de diminuer le nombre de praticiens en activité (incitations au départ à la retraite) ou au contraire inciter au maintien en activité ou au retour en activité.

Le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA)

La France a mis en place ce mécanisme spécifique aux médecins en 1988. Il permet aux praticiens de percevoir une allocation de remplacement (ADR) jusqu'à 65 ans. Une fois cet âge atteint, les praticiens peuvent prétendre à leur retraite au taux plein.

Au départ, ce mécanisme était réservé aux praticiens âgés de 60 ans et impliquait l'arrêt de toute activité médicale salariée ou non. Des assouplissements ont ensuite été décidés, permettant de cumuler l'allocation de remplacement avec les revenus issus d'une activité médicale salariée (à concurrence de 124.870 Francs nets par an en 2000). Toutefois, seule une activité non médicale, salariée ou non, était cumulable sans restriction avec l'ADR.

Le système a été pérennisé par l'Ordonnance du 24 Avril 1996 et étendu à des bénéficiaires plus jeunes (à partir de 57 ans). Aucune activité médicale libérale n'est possible. En revanche une activité salariée peut être commencée, sans limite de revenu, si elle ne présente pas un caractère médical. Si l'activité salariée est de nature médicale, 2 conditions doivent être remplies : le montant net des revenus salariaux ne doit pas dépasser 124 870 Francs annuels ; l'activité ne doit pas être prescriptive (elle ne doit pas entraîner des frais à la charge de l'assurance maladie). Les médecins pluriactifs peuvent continuer à exercer leurs fonctions salariées, même prescriptives, si ces dernières ont un caractère accessoire et si le revenu net retiré ne dépasse pas le plafond de 124 870 Francs (au 01/01/2000). Si cette limite est dépassée, l'allocation est réduite à due concurrence. Ces aides ne sont pas couplées avec des restrictions à l'installation de nouveaux médecins en lieu et place des praticiens partant à la retraite.

Le MICA est financé par une cotisation à la charge des médecins conventionnés (0,55 % du revenu conventionnel net) et par les caisses d'assurance-maladie. La répartition des charges entre l'assurance maladie et les médecins conventionnés est 68,75% - 31,25%. Jusqu'en 1990, la participation de chaque partenaire était de 50%.

Ce dispositif avait été prorogé par décret du 24/07/2000 jusqu'au 31 décembre 2004. Toutefois, un décret du 01/08/2003 a précisé que ne pouvaient bénéficier du MICA que les médecins de 57 à 64 ans ayant cessé leur activité avant le 1er octobre 2003.

Le nombre total de bénéficiaires depuis la mise en place du dispositif jusqu'à fin 2002 était 9 354 médecins. Le flux d'entrées en 2003 a été de 1000 médecins, ce qui porte le stock de bénéficiaires à environ 3 600 personnes pour un coût annuel d'environ 130 millions d'euros.

Toutefois, faute d'avoir été précisément ciblé et surtout, faute d'avoir été assorti d'un contrôle des installations nouvelles, le MICA n'a pas pu constituer un véritable dispositif de régulation de la densité médicale.

---

[242] BIVIANO et *alii*, *The physician and nursing workforce in the United States : imbalances, remuneration and migration,* OCDE, 2002.

❑ A l'inverse, en ce qui concerne les mesures de maintien en activité ou de reprise d'activité, le **Royaume-Uni** constitue l'exemple étranger le plus significatif.

Dès 1972 ont été introduits les premiers « *Retainer schemes* », dans un contexte d'insuffisance d'offre. Ces dispositifs avaient pour objet d'encourager des médecins de moins de 55 ans à maintenir un niveau minimum de pratique et de formation continue. Ils offraient la possibilité de travailler jusqu'à deux *sessions* (durée inférieure ou égale à une demi-journée) par semaine, avec un minimum de douze sessions par an, auxquels s'ajoutaient 7 sessions obligatoires de formation par an. En plus du salaire versé pour ces sessions, le médecin percevait un forfait annuel de 300 £ (environ 460 euros); le cabinet employant le médecin était quant à lui remboursé du montant d'une session de travail par semaine, soit 44,70 £ (environ 70 euros) [243].

Cette mesure a été remplacée en 1998 par le « *GP retainer scheme »*, offrant une flexibilité supérieure, puisqu'il permet aux médecins de travailler jusqu'à 52 sessions par trimestre[244].

Peu de médecins ont bénéficié de ces dispositifs. Le R*oyal College of General Practitioners* estime ainsi qu'entre 600 et 700 médecins étaient employés dans ce cadre en 1998 (à rapporter aux 37 000 généralistes en activité)[245]. Toutefois, le *Review Body* souligne le relatif succès de l'assouplissement intervenu en 1998, constatant qu'en 2000 les bénéficiaires du *GP retainer scheme* étaient au nombre de 1 350. Par ailleurs, d'après une étude de satisfaction menée en Ecosse en 1996[246], cette mesure avait évité un retrait complet de l'activité médicale pour 66 % des bénéficiaires, et constituait pour 61 % une solution de repli en l'absence de possibilité de trouver au sein du système de santé un travail à temps partiel compatible avec leurs charges familiales.

Ces dispositifs ont été remplacés par un nouveau paquet de mesures présentées par le gouvernement britannique en mars 2002, qui comprennent notamment le « *Golden comeback* » (prime d'un montant maximum de 5 000 £ pour les médecins relevant des *retainer schemes* qui reprennent une activité à plein temps ou à temps partiel) et le « *Golden Goodbye* » (prime de maintien en activité de 10 000 £) pour les médecins acceptant de différer leur départ en retraite jusqu'à l'âge de 65 ans).

d) L'action sur l'activité des praticiens

Le potentiel d'activité dans chaque spécialité résulte du nombre de praticiens en activité, de leur temps de travail, et de leur productivité.

Aujourd'hui, dans tous les pays développés, on constate une dispersion des volumes d'activité, qui résulte, entre autres, de :

- la forte féminisation de la profession médicale. En France, la part des femmes dans l'exercice libéral est passée de 23,9 % en 1990 à 29,1 % en 2001, et pourrait atteindre, selon certaines projections de la DREES, 43,4 % en 2020[247]. En 1999, les femmes généralistes travaillaient en moyenne 46,9 heures

---

243 Royal College of general practitionners, « General Practitionners», 1998.

244 HASTIE, « The general practitioner retainer scheme », *BMJ*, 2001.

245 Royal College of general practitionners (1998).

246 DOUGLAS et *alii*, « Doctors' retainer scheme in Scotland : time for change ? », *BMJ*, 1996.

247 NIEL, « La démographie médicale à l'horizon 2020, une réactualisation des projections à partir de 2002 », DREES, 2002.

par semaine, contre 58,6 heures pour leurs confrères masculins. L'écart est plus sensible encore pour les spécialistes libéraux (55,1 heures pour les hommes contre 38,6 heures pour les femmes)[248] ;

- l'existence d'un cycle de vie de l'activité médicale. Au cours des 5 à 8 premières années d'activité, les médecins ont un niveau d'activité faible, mais celui-ci s'accroît rapidement, pour se stabiliser à un niveau de croisière conservé jusqu'à l'âge de 55 ans environ, stade à partir duquel l'activité des praticiens décline.

Une action sur les volumes d'activité individuels des médecins est donc envisageable, à condition de ne pas nuire à la qualité des soins. C'est ainsi que l'Ontario a exclu du mécanisme de plafonnement les médecins installés dans des zones où l'insuffisance d'offre médicale est avérée (« *service retention intiatives* »).

2) La maîtrise de la répartition géographique des médecins

La plupart des pays développés sont confrontés à l'hétérogénéité de la densité médicale sur leur territoire, ce qui a suscité la mise en place d'instruments de régulation.

a) Les incitations financières

Afin d'améliorer la répartition des praticiens sur le territoire, de nombreux Etats ont mis en place des incitations financières, qui peuvent prendre essentiellement deux formes : des primes à l'installation, ou des bonifications de tarification des actes ou des capitations.

Primes à l'installation

Elles sont pratiquées notamment au **Royaume-Uni**, où le nouveau schéma d'incitations présenté en mars 2002 comprend une prime de 5 000 £ pour les médecins généralistes qui s'installent dans des secteurs en situation de sous-offre significative.

❑ Au **Canada**, les études médicales des étudiants se destinant à pratiquer dans des zones éloignées sont souvent prises en charge par l'Etat (20 000 $ par an au Québec, et 10 000 $ par an pour l'enseignement de spécialité)[249]. Par ailleurs, au Québec, les médecins s'engageant à s'installer, ou à se maintenir, dans une zone éloignée, peuvent bénéficier d'une prime d'un montant maximal de 25 000 $, en échange d'un engagement à rester pour une durée d'un an.

❑ Les **Etats-Unis**, outre le *Inner national medical graduate* précédemment décrit, ont mis en place depuis 1970 un programme fédéral, le *National health service corps*, qui octroie des aides et des prêts bonifiés, en échange d'une installation dans une zone comptant moins d'un médecin généraliste pour 3 500 habitants. Pour les médecins diplômés, le programme propose la prise en charge des remboursements d'emprunts contractés pour le financement des études (*NHSC loan repayment*), dans une limite de 35 000 $ par an. Pour les étudiants non encore diplômés, les études restant à réaliser sont prises en charge (*NHSC scolarship)*, avec pour contrepartie un engagement à rester dans une zone

---

248 NIEL et *alii*, « Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1er janvier 1999 », DREES, 1999.

249 STODDART et *alii*, *Improving access to needed medical services in rural and remote communities : recruitment and retention revisited*, 1999.

sous-dotée à raison d'un an par année d'études financée. Aujourd'hui, près de 1 300 médecins bénéficient de ce programme. En outre, les états fédérés peuvent également mettre en place des programmes complémentaires du même type pour attirer des médecins dans des *Health Professions Shortage Areas* (HPSAs)[250].

❑ En **France**, la convention nationale entre les médecins généralistes et les caisses d'assurance maladie prévoit, dans son avenant n°8 publié au Journal officiel du 1er février 2002, prévoit d'affecter 76 millions d'euros pour favoriser l'installation des médecins généralistes dans les zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit de l'offre de soins, et faciliter le regroupement des cabinets professionnels.

De même, le projet de loi relatif au développement des territoires ruraux prévoit, dans son article 38, que les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en matière d'offres de soins.

Signalons toutefois que les textes réglementaires qui permettront la définition des zones déficitaires ne sont pas encore parus.

Bonifications de tarification

❑ Au **Québec**, où les tarifs des actes sont modulées de +/-30% suivant l'attractivité des zones ; la suppression de cette mesure a toutefois été proposée par le ministre en charge de la santé à l'automne 2002 ; par ailleurs, tout médecin exerçant en région éloignée a droit à 20 jours ouvrables de ressourcement par an, pendant lesquels il perçoit des frais de séjour (148 $ par jour pour un omnipraticien, 180 $ pour un spécialiste), et une indemnité de revenu (353 et 375 $ par jour) ;

❑ Au **Royaume-Uni**, les *Personal Medical Service* (20% des budgets de la médecine de ville) permettent aux autorités locales du *National Health Service* d'inciter les praticiens notamment à s'installer en centre ville ou dans des zones éloignées grâce à des programmes de rémunération spécifiques ;

❑ Aux **Etats-Unis**, dans le programme Medicare destiné aux personnes âgées, les trois composantes (travail du praticien, coût de la pratique, coût de l'assurance professionnelle) de la nomenclature *resource-based relative value scale* (RBRVS) sont modulées suivant la localisation du médecin. Le territoire a, pour ce faire, été découpé en 89 zones géographiques ; sur chacune d'entre elle, le coût d'opportunité de l'exercice de la médecine, le coût de la vie et le coût des primes d'assurance sont évaluées.

L'efficacité de ces mesures est conditionnée au poids du facteur revenu dans le choix de l'installation des médecins, et de la réversibilité de celle-ci. Si ce sont essentiellement les facteurs de qualité de vie qui importent, et si l'installation n'est pas véritablement réversible, des mesures d'incitation financière vont être largement inefficaces et susciteront essentiellement des effets d'aubaine.

En ce qui concerne la sensibilité de l'endroit d'installation au revenu, une corrélation inverse a été constatée en France, au niveau départemental, entre les densités médicales d'une part, et les honoraires des médecins d'autre part. Le coefficient de corrélation entre densité et honoraires est de -0,6 pour les

[250] PATHMAN et *alii*, « State scolarship, loan forgiveness and related programs : the unheralded safety net », *JAMA*, 2000.

omnipraticiens et de -0,5 pour les spécialistes[251]. Par ailleurs, d'après la DREES, les omnipraticiens et les masseurs kinésithérapeutes perçoivent des revenus supérieurs d'environ 10% à la moyenne dans les espaces à dominante rurale ou les petites unités urbaines[252]. En d'autres termes, l'activité des médecins exerçant dans les zones les moins denses leur permet d'avoir des revenus individuels généralement supérieurs à ceux des médecins exerçant dans les zones les plus denses. Un tel constat est de nature à relativiser l'attractivité présumée des incitations financières.

Par ailleurs, des études menées aux Etats-Unis soulignent que les choix d'installation dans des zones ou auprès de populations mal desservies relèvent en grande partie de facteurs éthiques, ou de l'origine sociale et géographique des médecins concernés[253]. Une autre étude met en évidence l'importance chez les diplômés des facteurs d'origine sociale et géographiques et des facteurs de vocation dans le choix d'exercer en zone rurale[254].

Les études menées en France ont confirmé que le choix du lieu d'installation des jeunes diplômés ne se fonde pas tant sur le revenu espéré que sur des critères relatifs au contexte économique et démographique, aux conditions de vie et de pratique professionnelle[255], ainsi qu'au lieu où ils ont été diplômés[256].

Dans le cas particulier de l'Ile-de-France, les motifs les plus importants pour les médecins qui s'installent sont les propositions d'installation et la présence du conjoint dans la région. Le troisième critère dans l'ordre d'importance porte sur le lieu d'obtention du diplôme. Seuls 0,9% des médecins ayant répondu à cette enquête se sont installés pour des raisons d'opportunité financière[257].

b) La limitation de la liberté d'installation

Trois pays ont mis en œuvre des mécanismes de limitation de la liberté d'installation : le Royaume-Uni depuis 1945, l'Allemagne depuis 1993, et les Pays-Bas.

❑ Au **Royaume-Uni**, les autorisations d'installation, avant la réforme de 2002, étaient délivrées par les *Medical practices committees* (MPC), composés majoritairement de médecins généralistes, en fonction d'un découpage du territoire en quatre types de zones, définis en fonction du nombre moyen de patients inscrits auprès des médecins : plus de 2500 patients par liste : zone « désignée » ; de 2101 à 2500 : zone « ouverte » ; de 1701 à 2100 : zone « intermédiaire » ; jusqu'à 1700 : zone « restreinte ».

---

251 FIVAZ et *alii*, « Une semaine d'activité des généralistes libéraux », CNAMTS, 2002.

252 DESCOURS, *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*, 2003.

253 ELIASON et *alii*, « Personal values of Family physicians, practice satisfaction and service to the undeserved », *Archives of Family Medicine*, 2000.

254 RABINOWITZ et *alii*, « Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians », *JAMA*, 2001

255 COUFFINHAL et *alii*, « Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001 », CREDES, 2002, ainsi que DESCOURS (2003).

256 NIEL et *alii*, « Les inégalités régionales de densité médicale : le rôle de la mobilité des jeunes médecins », DREES, 1999 : cette explication semble toutefois moins valable que par le passé. Ainsi alors qu'en 1980 80 % des spécialistes diplômés depuis moins de cinq ans exerçaient dans leur région de diplôme, ce taux s'est progressivement réduit pour atteindre 76 % en 1995 et 66 % aujourd'hui.

257 *Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux*, URCAM Ile de France, 2002.

❑ En **Allemagne**, le territoire est divisé en 417 *Kreise*. Pour chacune des 14 spécialités, chaque *Kreis* peut être classé en zone *sur-approvisionnée* (respectivement *sous-approvisionnée*) si la densité, par rapport à la densité en 1990, est supérieure de plus de 10 % (respectivement inférieure de 25 % pour les médecins de famille, ou de 50 % pour les spécialistes).

Ce classement emporte des conséquences sur les agréments délivrés par les commissions paritaires d'agrément placées auprès de chaque union régionale de médecins. En particulier, tous les *Kreise* en sur-approvisionnement sont en théorie considérés comme « fermés » et ne peuvent plus recevoir de nouvelles installations.

Ce principe général souffre toutefois de nombreuses exceptions :

- le droit du médecin de disposer librement de son cabinet, en raison de la protection du droit de propriété, permet au médecin qui le souhaite, ou à ses héritiers, d'assurer la transmission du cabinet. Dans un *Kreis* fermé, le droit du médecin est aménagé : l'union régionale des médecins annonce la succession, et organise une procédure de choix des candidats qui dépend notamment de la durée d'inscription sur une liste d'attente établie, pour chaque secteur de planification, par l'union de médecins ;
- tout médecin ou cabinet de groupe peut, y compris en zone fermée, procéder à l'embauche d'un médecin salarié, dans la même spécialité, et avec l'engagement de ne pas dépasser de plus de 3 % le volume initial des prestations ; ces médecins employés ne sont en outre pas comptabilisés dans le calcul du degré d'approvisionnement ;
- dans un secteur fermé, la commission d'agrément peut délivrer des agréments en cas d'existence prouvée d'un besoin de soins très spécifique et spécialisé.

En pratique, les agréments d'installation sont en moyenne trois fois supérieurs à ce qui est permis par la règle initiale.

❑ Aux **Pays-Bas**, il n'existe pas formellement de procédure d'autorisation régulant la distribution géographique des médecins. Toutefois, la distribution géographique des médecins est régulée par la profession elle-même.

En effet, l'association professionnelle des médecins (LHV) dispose de commissions régionales, composées de médecins et de représentants des compagnies d'assurance, qui établissent des « plannings régionaux ». Si ces plannings ne sont pas juridiquement contraignants, un médecin qui s'installerait en dehors des installations prévues par ces plannings devrait faire face à la fois à une mise à l'écart de la part de l'association des médecins – notamment pour l'établissement du tour de garde, qui constitue une part importante de la rémunération – et à des refus d'agrément par les compagnies d'assurance.

c) La régionalisation de la politique démographique

❑ Le **Royaume-Uni** constitue un exemple intéressant de déconcentration de la politique démographique, à la fois en ce qui concerne la définition des objectifs et la responsabilité de la mise en œuvre des mesures concrètes. Dans le schéma promu par la réforme « *shifting the balance of*

power » de 2002, les besoins ne sont plus définis au plan national et déclinés au plan local, mais directement déterminés localement.

27 *Workforce development confederations (WDC)*, instances partenariales constituées de représentants des institutions locales du NHS (*Strategic Health authorities, Primary care trusts*, hôpitaux, doyens des facultés de médecine) et d'autres institutions (collectivités gérant des services sociaux, institutions de formation, représentants des professionnels…), sont placées auprès des 28 *Strategic health authorities* (SHA). Elles sont chargées de la coordination de la planification des ressources humaines, ainsi que de la gestion des budgets de formation. Elles ont ainsi la responsabilité principale de la gestion du budget de formation du NHS, qui représente annuellement environ 3 Md£.

A ce titre, elles doivent contractualiser avec les établissements d'enseignement supérieur : facultés de médecine (*Postgraduate Deaneries)* pour la formation supérieure des médecins et dentistes, autres institutions d'enseignement supérieur pour les infirmières et les autres professions de santé.

Elles peuvent également utiliser les fonds du budget de formation du *NHS* pour faciliter le développement des centres locaux de formation, des bibliothèques ouvertes aux professionnels de santé en activité, des centres de ressources inter-professionnels et multi-disciplinaires.

Enfin, elles sont responsables de l'affectation en stage des étudiants relevant des programmes de formation du *NHS* et des programmes de formation supérieure des professionnels de santé financés sur fonds publics (programmes du *Higher Education Funding Council for England*).

Quant aux *Primary care trusts*, qui gèrent 75% du budget du *NHS* et sont chargés de la délivrance des soins communautaires, de l'organisation des soins primaires et de l'achat de soins hospitaliers, ils doivent évaluer les objectifs, compte tenu des besoins en santé. Par ailleurs, ils ont la responsabilité de déclarer les vacances de poste et de réaliser le recrutement des médecins généralistes sur leur ressort géographique.

Au plan central, des instances nationales de planification de la démographie médicale ont été maintenues (*Workforce number advisory board* notamment), et sont chargées de présenter annuellement des recommandations concernant le nombre de places à offrir dans les universités de médecine, en croisant les besoins locaux, exprimés par les *Workforce development confederations*, et les analyses transversales par type de soins menées par les *Care group workforce teams*.

Annexe 56 : Les schémas régionaux d'organisation des soins

Dominique Polton - CREDES

1) De la carte sanitaire au schéma régional d'organisation sanitaire

La planification hospitalière est née avec la loi hospitalière de 1970 qui a instauré la carte sanitaire, instrument exclusivement quantitatif consistant à définir des normes de besoin par zone géographique (les secteurs sanitaires), exprimées en ratios lits/population ou équipements/population. Les nouvelles installations de lits et d'équipements "lourds", désormais soumises a autorisation, ne sont devenues possibles que dans les secteurs considérés comme déficitaires au regard de ces indices. L'objectif visé était un rééquilibrage des équipements hospitaliers, et la disponibilité d'un plateau technique minimum au sein de chacun des 256 secteurs sanitaires, dont le découpage a été arrêté en 1974.

Un tel instrument ne pouvait jouer qu'un rôle de plafonnement quantitatif des équipements, et le besoin est apparu d'un outil complémentaire permettant d'orienter et d'organiser la structuration de l'offre hospitalière au sein de ce volume d'équipement global, en s'appuyant sur des critères de besoins plus élaborés.

La loi hospitalière de 1991 a dans ce but créé les SROS, schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Art. L. 712-3 - Un schéma est établie pour chaque région sanitaire pour tout ou partie des moyens dont la nature est arrêtée par la carte sanitaire. Toutefois, des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent être établis pour certaines installations ou activités de soins mentionnées à l'article L. 712-2.

Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé.

Il détermine l'organisation territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire, qui permettra la réalisation des objectifs mentionnés à l'article L. 712-1. Il peut comporter dans le même paragraphe des recommandations utiles à la réalisation de ces objectifs.

(article modifié par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle)

Art. l. 712-3-1 - Pour chaque schéma d'organisation sanitaire, une annexe au schéma élaborée selon la même procédure indique, compte tenu de la nature et de l'importance de l'ensemble de l'offre de soins existante au moment où il entre en vigueur et des objectifs retenus par le schéma, les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités qui seraient nécessaires à sa réalisation.

L'annexe est un document à caractère indicatif.

L'instauration des SROS a coïncidé avec un mouvement de déconcentration de la planification hospitalière et c'est aux DRASS (Directions régionales des affaires sanitaires et sociales) qu'a été confiée l'élaboration des premiers schémas, qui ont couvert la période 1994-1999.

Ces premiers schémas ont été déjà placés sous le signe de la restructuration de l'offre hospitalière, avec un objectif de concentration des plateaux techniques et de fermeture ou de réorientation des petits établissements. Dans cette perspective, les DRASS ont été invitées à revoir le découpage des secteurs sanitaires pour en faire des zones plus larges, comportant au minimum 250 000 habitants[258]. De 223 en 1984, le nombre de secteurs est passé à 152 en 1994 (puis 150 en 1999).

---

[258] La seule exception à cette règle étant les secteurs couvrant un département entier ayant une population inférieure à ce seuil.

Cependant, en dehors de cette orientation générale, peu d'indications ont été données aux DRASS sur la manière de faire et elles ont largement innové. Les premiers SROS ont ainsi donné lieu, dans nombre de régions, au développement d'une expertise géographique pour analyser les flux de populations, les zones d'attraction des établissements, afin d'asseoir les nouveau découpage en secteurs sanitaires. Ils ont été aussi l'occasion d'associer le corps médical hospitalier régional à la réflexion sur l'évolution souhaitable de l'offre régionale.

L'ensemble de ces réflexions a abouti à des documents retraçant, dans chaque région, les perspectives d'organisation de l'offre par grande discipline, et proposant une déclinaison de ces orientations sous formes d'annexes décrivant, pour chaque secteur sanitaire, les opérations de restructuration envisagées.

2) Les orientations pour les SROS de deuxième génération

Sur la base d'un bilan de ce premier exercice[259], la circulaire du 26 mars 1998 relative à la révision des SROS a mis l'accent, pour l'élaboration des SROS de deuxième génération, sur quelques principes directeurs :

a) Un SROS qui s'inscrit dans une approche globale de la santé

Les SROS 1 avaient été exclusivement centrés sur l'offre hospitalière : l'ambition donnée aux SROS 2 était d'aller au-delà, et d'inscrire la réponse hospitalière dans une réflexion d'ensemble sur les trajectoires suivies par les patients, en associant à cette réflexion la médecine de ville et les collectivités locales.

b) Un SROS resserré sur quelques priorités et tourné vers l'action

Les SROS de première génération avaient parfois eu une ambition planificatrice trop vaste préjudiciable à leur efficacité. Leur souci d'exhaustivité avait contribué à diluer leur capacité d'action. L'orientation donnée aux SROS 2 était d'être des SROS plus resserrés, plus efficaces, concentrés sur quelques priorités d'action.

c) Un SROS respectueux de l'autonomie des acteurs de terrain

Plutôt que d'aller dans le détail des prescriptions individuelles aux établissements, jusqu'à se substituer a eux, l'objectif était de donner aux SROS2 un rôle d'orientation stratégique et d'inciter les acteurs à s'inscrire dans cette stratégie, en privilégiant une planification contractuelle.

d) Un SROS fort d'une légitimité démocratique et professionnelle

S'il y a eu débat sur les résultats opérationnels des premiers schémas, ils ont été l'occasion d'une mobilisation de l'expertise professionnelle dans les régions, et d'un apprentissage du travail en commun, dont témoigne l'importance des référentiels produits régionalement. Les SROS2 ont eu pour objectif de dépasser cette recherche d'une légitimité professionnelle, fondée sur l'expertise, pour gagner en légitimité politique et citoyenne, en inventant des modalités nouvelles de concertation et d'implication des acteurs concernés.

---

259 Rapport du comité de pilotage sur la révision des SROS, novembre 1997

e) Un SROS dont la mise en œuvre doit être évaluée

Le constat avait été en effet que l'absence d'outils d'évaluation des SROS 1 rendait difficile l'appréciation objective de leur efficacité opérationnelle et de leur portée pratique sur l'évolution du tissu hospitalier.

Au-delà de ces grands principes, les instructions ministérielles donnaient des éléments de démarche et de méthodologie d'élaboration :

– Le redécoupage des secteurs, qui avait été un aspect important des premiers SROS, n'était pas jugé prioritaire, l'essentiel dans ce domaine étant fait. Cependant, indépendamment de cet exercice, la circulaire insistait sur la réflexion nécessaire pour définir des territoires pertinents, des « bassins de vie qui transcendent les découpages administratifs traditionnels », définis à partir des habitudes de vie et de circulation des populations.

– Un accent particulier était mis sur les instances de dialogue et de consultation, et notamment sur le débat avec les usagers, en appui de la recherche d'un meilleur ancrage démocratique des décisions de planification.

Les instructions données aux agences régionales de l'hospitalisation par cette circulaire, confortées par les dispositions législatives introduites dans la loi de juillet 1999 portant création de la CMU, ont donc consacré l'évolution de la démarche vers une planification plus stratégique et une conception plus qualitative de l'organisation des services.

Dans plusieurs domaines, cette conception s'est appuyée sur la notion de réseau gradué de soins, organisant la coopération entre établissements de technicités différentes de façon à garantir l'orientation optimale des patients vers les niveaux de plateaux techniques adaptés à la gravité de leur cas. Dans certains cas (périnatalité, urgences), cette gradation des établissements en plusieurs niveaux a été officialisée par des autorisations[260].

3) Quelques éléments de bilan [261]

Les éléments de bilan des SROS 2 [262] publiés par le Ministère notent que « si on a pu reprocher aux premiers schémas d'avoir porté presque trop exclusivement sur la répartition géographique des installations (lits et places) et des équipements lourds, les schémas de seconde génération, *a contrario*, se présentent comme des documents d'orientation plus « médicales » dont la mise en œuvre ne repose plus exclusivement sur les moyens des la carte sanitaire. …Dans une perspective d'organisation fine des complémentarités, comme en cancérologie par exemple (pôle régional, centres orientés cancérologie, centres de proximité), les instruments de la carte sanitaire n'apparaissent plus pertinents….Au-delà de la réorganisation des urgences et de la périnatalité qui implique *in fine* la délivrance d'autorisations, les thèmes choisis par les régions impliquent surtout de nouvelles pratiques, la mise en place d'une organisation fine des prises en charge, et misent fortement sur le changement de comportement des acteurs et les mutations internes des établissements de santé ».

En termes de thèmes, les SROS 2 ont nécessairement inclus les priorités nationales (périnatalité, urgences, cancérologie). Au-delà, les priorités régionales les plus fréquentes ont été la cardiologie, les soins de suite et de réadaptation, les soins palliatifs et la douleur, les personnes âgées.

---

260 L'organisation de ces deux activités en niveaux de soins a fait l'objet de décrets. Des orientations similaires ont été également données pour la cancérologie par voie de circulaire.

261 Un bilan détaillé et chiffré est présenté dans l'annexe suivante.

262 La révision des schémas d'organisation sanitaire – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, novembre 1999

Le sujet du découpage des secteurs sanitaires n'a pas été véritablement réouvert pour les SROS 2, bien que plusieurs régions aient jugé ces découpages inadaptés. Sans doute, par delà les instructions qui avaient été données en ce sens par la circulaire, les ARH ont considéré que l'enjeu était moins désormais de calibrer un territoire et une offre en installations telles que définies par la carte sanitaire que de susciter des organisations et des modes de prise en charge pouvant répondre au mieux aux besoins de soins.

Par ailleurs, sur le plan du processus d'élaboration du SROS, les ARH ont investi dans la question du débat public, comme elles y étaient conviées par les orientations nationales, en cherchant des modalités de consultation et d'implication des acteurs. Les expériences régionales ont été diversifiées et riches d'enseignements ; elles mériteraient d'ailleurs d'être mieux capitalisées[263].

Les résultats sont plus modestes apparemment en ce qui concerne le décloisonnement de la planification hospitalière avec son environnement : faire le lien avec la médecine de ville et avec le secteur médico-social et social n'est pas si facile en l'absence d'outils opérationnels.

Enfin il est assez difficile, de l'extérieur et du niveau national, de porter un jugement d'ensemble documenté sur l'efficacité des SROS, c'est-à-dire sur leurs résultats concrets en termes de réorganisation de l'offre et d'amélioration du service rendu à la population. L'évaluation de leur mise en œuvre, voulue par la circulaire, est restée à nouveau assez limitée, en tous cas au plan national (au-delà des opérations recensées dans l'atlas des restructurations). Il faudrait d'ailleurs inclure dans une telle évaluation l'utilisation des contrats d'objectifs et de moyens, outil essentiel de mise en œuvre du SROS.

4) Un premier cadrage pour les SROS de troisième génération

Même si la circulaire fixant le cadre de la préparation des SROS de troisième génération n'est pas encore publiée, les orientations contenues dans le plan Hôpital 2007 et dans l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 fournissent déjà des éléments de cadrage, auxquels on peut ajouter les travaux préparatoires des groupes de travail, publiés pour certains.

Certaines de ces orientations apparaissent, à la lumière de ce qui a été dit sur les exercices précédents, comme poursuivant et accentuant des dynamiques déjà esquissées.

a) Le plan hôpital 2007 et l'ordonnance de simplification administrative

Les orientations majeures que l'on peut dégager de ces différents textes sont les suivantes :

<u>La carte sanitaire est supprimée.</u>

Les secteurs sanitaires et les indices disparaissent. Le SROS, renforcé et rénové, devient désormais l'outil central de la régulation de l'offre de soins.

Ceci ne signifie pas pour autant la suppression de tout contingentement quantitatif : une annexe du SROS continuera à définir la répartition quantitative souhaitable des activités et des équipements. Mais :

- cette répartition sera opérée selon des territoires, appelés « bassins de santé », définis par l'ARH, et qui peuvent être différents d'une activité à l'autre. L'ordonnance abandonne donc le concept d'un secteur sanitaire commun aux différentes activités de santé et confie à l'ARH le soin de définir ces différents territoires ;

---

263 Même si elles ont fait l'objet d'un recensement dans le document DHOS déjà cité.

- les notions de besoins quantitatifs sont arrêtés par les l'ARH indépendamment d'un encadrement national (alors que jusqu'à présent la fixation des indices régionaux était encadrée par des fourchettes d'indices nationaux).

Par ailleurs, différentes mesures simplifient un paysage administratif qui s'était complexifié au cours du temps : outre la suppression de la carte sanitaire, le régime d'autorisations est simplifié, toutes les durées d'autorisation sont harmonisées à 5 ans, le schéma régional de psychiatrie est intégré au SROS. Les contrats d'objectifs et de moyens définissent pour 5 ans des objectifs quantifiés par activité en cohérence avec le contenu du SROS.

Ces évolutions s'inscrivent dans le cadre d'un renforcement du rôle des ARH, à qui sont désormais déléguées la compétence pour la totalité des autorisations, pour la définition complète des notions de besoins (le Ministère se dessaisit de ses prérogatives dans ces deux domaines) ainsi que le pouvoir de contrôle des établissements de santé.

Un nouvel instrument apparaît, le groupement de coopération sanitaire. Potentiellement, c'est l'instrument de la transversalité qui avait été recherchée dans les précédents SROS. Le groupement de coopération sanitaire, support juridique pour faciliter la gestion partagée d'équipements de santé, amené à remplacer le syndicat interhospitalier jugé trop lourd, est en effet ouvert non seulement aux établissements, mais aux professionnels libéraux et aux établissements médico-sociaux.

b) La réflexion sur les territoires

Sortir du seul cadre hospitalier pour tenter d'optimiser l'ensemble du service rendu à la population, en associant à la réflexion la médecine libérale et le secteur médico-social ; mener cette réflexion autour de territoires pertinents, construits à partir des populations et de leurs habitudes de vie : ces deux idées étaient déjà présentes dans le SROS de deuxième génération, même si leur mise en œuvre a été inégale. Les orientations des SROS 3 vont plus loin en donnant à la fois des marges de manœuvre (dans la définition des territoires) et des instruments de coopération.

Une réflexion spécifique sur les territoires a été menée dans le cadre de la préparation des SROS 3. Le territoire peut être, en effet, un des instruments de cette cohérence et de ce décloisonnement recherché, si on ne le conçoit pas comme un simple exercice de découpage, mais bien comme le support géographique d'un contenu de services à la population. L'idée pourrait être de définir des territoires « emboîtés », depuis le territoire de proximité jusqu'au territoire régional ou inter-régional des services tertiaires très spécialisés. Une place particulière a été faite, dans la réflexion, à cette notion nouvelle de territoire de proximité. Ce niveau de services sera d'autant plus important à assurer si, comme on peut le penser avec l'évolution de la démographie médicale, les plateaux techniques sont amenés à se concentrer. Sur ces territoires de proximité devraient être disponibles les soins de premier recours (y compris la permanence des soins), une prise en charge coordonnée sanitaire – médico-sociale – sociale, la prévention, le premier niveau d'hospitalisation de type hôpital local, les structures sectorielles en psychiatrie, les soins à domicile,…Dans cette perspective, le territoire peut être un levier pour fédérer les professionnels de santé, hospitaliers mais aussi libéraux, autour de projets communs. Ces projets de territoires pourraient matérialiser une évolution vers une responsabilisation collective vis-à-vis du service rendu à la population, au-delà du soin individuel à chaque patient. Ils pourraient progressivement impliquer, au-delà des professionnels de santé, les services sociaux, les élus locaux, les usagers.

Annexe 57 : Bilan des SROS

1) Les SROS périnatalité :

Le décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale prévoyant la révision des volets périnatalité des SROS et la délivrance de nouvelles autorisations requises pour ces activités dans un délai d'un an suivant sa publication, toutes les régions ont arrêté un SROS et délivré de nouvelles autorisations en 2000 et 2001.

726 autorisations ont été délivrées aux 488 établissements de santé publics ou participant au service public hospitalier, financés par dotation globale et 238 cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN) :

- 382 maternités avec unité d'obstétrique (niveau 1)
- 133 maternités avec unité de néonatalogie sans soins intensifs (niveau 2 A)
- 90 maternités avec unité de néonatalogie pratiquant les soins intensifs (niveau 2 B)
- 68 maternités avec unité de néonatalogie et de réanimation néonatale (niveau 3)
- 53 centres périnataux de proximité assurant des consultations pré et postnatales, des cours de préparation à la naissance, de l'enseignement des soins aux nouveau-nés et des consultations de planification familiale (article R 712-88 du code de la santé publique).

La réorganisation de la prise en charge des soins périnataux donne ainsi lieu à un nouveau paysage de l'offre de soins, dont la restructuration est toujours en cours.

Entre 1999 et 2002, 96 maternités ont été fermées (respectivement 24, 31, 20 et 21), dont 24 maternités sous dotation globale et 72 sous OQN. Ces fermetures représentent 2 003 lits (780 et 1 223) soit 8,3 % de la capacité autorisée à ce jour, et environ 33 926 accouchements. Ces fermetures ne concernent pas toutes les régions, l'Alsace, la Corse, le Limousin, la Martinique et la Réunion n'ayant fermé aucune maternité depuis 1999. Les fermetures de maternité touchent plus fortement le secteur privé, qui représente 75% de celles-ci.

En matière de recomposition, on dénombre, en 2002, 10 nouvelles opérations de fusion de maternités portant leur nombre à 28, impliquant 58 établissements dans 17 régions.

Un nouveau centre hospitalier intercommunal (CHI), créé en Rhône-Alpes, vient s'ajouter aux 6 CHI recensés en 2001.

Les modes de coopérations les plus utilisés en périnatalité sont les cliniques ouvertes et les syndicats inter-hospitaliers (SIH), qui connaissent une montée en charge progressive. En 2002, 5 SIH dans dix régions[264] et 4 cliniques ouvertes ont été créés. Ils viennent s'ajouter aux 9 SIH et 19 cliniques ouvertes existants depuis 1999. Il convient de noter qu'à elles seules, les régions Rhône Alpes et PACA représentent, avec 11 cliniques ouvertes, près de 50% de l'offre sur ce mode de coopération.

La périnatalité est un des secteurs privilégiés du développement des réseaux de santé. Depuis 1999, 31 réseaux, dont 11 créés en 2002, sont ainsi recensés, représentant environ 218 établissements de santé

[264] Alsace, Aquitaine, Basse Normandie, Bourgogne, Champagne Ardenne, Limousin, Lorraine, Nord-Pas de Calais, Réunion et Rhône Alpes

dans 19 régions. Trois des grandes régions ont développé plusieurs réseaux : 8 en Ile de France, 3 en PACA et 4 en Rhône-Alpes.

Par ailleurs, douze régions disposent d'un (Lorraine, Haute Normandie, Midi-Pyrénées, Picardie,…) à cinq (Ile de France, PACA) services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatriques. Aucun nouveau SMUR pédiatrique n'a été créé depuis 2000.

La Réunion fait désormais partie des 12 régions offrant une prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) en pré et/ou post partum. Au 31 décembre 2002, 26 services d'HAD proposaient 116 places dédiées à la périnatalité, soit 10% de places supplémentaires par rapport à 2001, mais ce chiffre reste encore trop limité.

2) Les SROS urgences :

Le décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé prévoyant la révision des volets urgences des SROS et la délivrance de nouvelles autorisations requises pour cette activité dans un délai de 18 mois suivant sa publication, toutes les régions ont arrêté un SROS et délivré de nouvelles autorisations entre 1999 et 2001.

La mise en œuvre des volets urgences des SROS a conduit à une réorganisation territoriale fondée sur une réponse graduée aux urgences, organisée en réseau, associant établissements publics et privés.

Entre 1999 et 2000, certains services qui accueillaient des urgences non programmées n'ont pas été autorisés dans le cadre des SROS de deuxième génération 1999-2004 (SROS 2). Depuis 1999, aucune fermeture n'a été enregistrée pour cette activité.

Le nombre d'unités ou services autorisés pour l'activité de soins urgences est en progression : de 597 au 31 décembre 2000, ils sont aujourd'hui 624, répartis en 497 établissements publics ou participant au service public hospitalier (PSPH) financés sous dotation globale et 127 établissements privés sous objectif quantifié national (OQN). Ainsi, en 2001 et 2002, 27 nouvelles autorisations ont été délivrées : 19 autorisations en 2001 (16 UPATOU et 3 POSU) dans 11 régions[265] et 2002, 8 autorisations dans 4[266] régions. La région Ile de France, qui a été la première région à délivrer ses autorisations en 2000 dans le cadre des SROS 2, représente un tiers des nouvelles autorisations soit 9 UPATOU, ainsi que les Pays de Loire avec 4 autorisations (3 UPATOU et 1 POSU).

Ces 624 autorisations se répartissent comme suit :

- 37 pôles spécialisés (POSU), sont répartis dans 16 régions. 20, soit 54% des POSU sont situés dans des établissements publics ou PSPH dont 19 sont dédiés à la pédiatrie et 1 en traumatologie. 17, soit 46% des POSU sont situés dans des établissements privés à but lucratif dont 6 sont spécialisés en cardiologie, 5 en chirurgie cardiaque, 5 en chirurgie de la main, 1 en chirurgie vasculaire.

---

265 Bourgogne, Haute Normandie, Ile de France, Languedoc Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi Pyrénées, Pays de Loire, Picardie, Poitou-Charentes et Rhône Alpes

266 Centre, Ile de France, Languedoc Roussillon et Pays de Loire

- 208 services d'accueil et traitement des urgences (SAU). Ce chiffre, qui était de 201 en janvier 2001, est stable depuis janvier 2002.
- 379 unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU). Cette dernière catégorie est celle qui a le plus augmenté (358 en janvier 2001 soit + 6%), offrant ainsi en proximité un accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Cette nouvelle organisation de la prise en charge des urgences conduit depuis 2000 à une montée en charge de la coopération entre établissements de santé formalisée par la signature de contrats-relais qui, selon l'article R712-69 du code la santé publique, peut être conclu entre l'établissement siège d'une unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences et tout autre établissement de santé qui dispose des compétences médicales et des moyens humains et technologiques nécessaires à la prise en charge et au traitement sans délai des patients orientés vers lui.

Année	Nombre de contrats public/public		Nombre de contrats public/privé		Nombre de contrats privé/privé		*Total*	
	Nb. en projets	Nb. approuvés	Nb. en projets	Nb. approuvés	Nb. en projets	Nb. approuvés	Nb. en projets	Nb. approuvés
2000	189	48	77	26	62	0	328	74
2001	111	103	35	37	12	26	158	166
2002	157	110	63	43	46	39	266	192
Total	457	261	175	106	120	65	752	432

60% des contrats-relais approuvés sont passés entre des établissements de santé publics. 15% sont passés entre établissements privés et 25% entre des établissements de santé public et privés.

La mutualisation des moyens médicaux entre les différents services des urgences, le SAMU, les SMUR, et le cas échéant la réanimation, et entre établissements d'un même territoire, dans le cadre de fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) permet de maintenir un niveau de formation, d'activité et de compétences satisfaisant pour l'ensemble des médecins d'urgence et de mieux gérer les permanences. Ainsi, en 2002, 5 nouvelles FMIH ont été constituées, portant leur nombre à 26 dans les 9 régions ayant mis en œuvre ce type d'organisation[267].

En ce qui concerne la coopération, 8 syndicats inter-hospitaliers (SIH) ont été créés depuis 1999 dans 5 régions (1 en Basse Normandie, 1 en Centre, 4 en Ile de France, 1 en PACA et 1 en Rhône Alpes, cette dernière ayant vu un SIH fermé en 2002). Par ailleurs, il existe 2 groupements de coopération sanitaire (GCS) situés en PACA. Aucune nouvelle opération n'a été déclarée en 2002.

Six réseaux dédiés aux urgences sont recensés dans six régions[268], dont 2 créés en 2002. Parmi ces réseaux, 4 ont un territoire d'action départemental, 1 régional, le dernier étant constitué au niveau du secteur sanitaire. Le mode de financement de ces réseaux est variable, mais fait intervenir l'ARH et le fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Ainsi 2 réseaux sont uniquement financés par le FAQSV, et 4 par des financements conjoints de l'ARH et du FAQSV.

[267] 1 en Alsace, 4 en Basse Normandie, 1 en Bourgogne, 1 en Franche-Comté, 2 en Lorraine, 4 en Midi-Pyrénées, 9 en PACA, 3 en Pays de Loire, et 1 en Picardie.

[268] Basse Normandie, Bourgogne, Guadeloupe, Lorraine, Réunion et Rhône Alpes

Les SROS ont également eu pour objet la réorganisation du dispositif pré-hospitalier de prise en charge des urgences. Le SAMU et les SMUR ont ainsi été confortés dans leur rôle pivot de l'organisation et du fonctionnement de l'aide médicale urgente, et, le cas échéant, les effectifs de permanenciers auxiliaires de régulation médicale renforcés. En 2002, deux nouveaux SMUR ont été créés en régions Centre et PACA, cette dernière ayant également autorisé une nouvelle antenne SMUR. Ainsi en 2002, 105 SAMU coordonnent l'action des 436 SMUR (361 SMUR, 65 antennes SMUR et 10 SMUR saisonniers).

Par ailleurs, l'organisation de la prise en charge des soins non programmés par les services hospitaliers s'accompagne d'une réflexion sur les articulations qu'il convient de développer avec la permanence de soins assurée par la médecine de ville, dont le dispositif vient d'être rénové afin que les libéraux constituent une réponse alternative aux recours aux services des urgences.

Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de deuxième génération ont en grande majorité été adoptés par arrêtés des directeurs d'agences régionales d'hospitalisation entre juin 1999 et janvier 2000.

3) Les thématiques abordées en 2002

a) La filière gériatrique :

La circulaire ministérielle du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique préconisait l'élaboration d'un volet spécifique du schéma régional. L'amélioration de la filière de soins gériatriques s'articule autour de trois axes : le renforcement des soins de proximité, le développement de services de court séjour gériatriques, l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée par l'adaptation des soins de suite et de réadaptation aux besoins des personnes âgées et le développement de l'hospitalisation à domicile en faveur de ces personnes. Au 31 décembre 2002, seize régions avaient déjà intégré dans leur SROS un volet gériatrique.

b) L'insuffisance rénale chronique :

L' arrêté du 18 juillet 2003 relatif à la prise en compte de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra rénale dans les SROS, publié le 30 juillet 2003 prévoit une révision des SROS en vigueur avant le 30 juillet 2004.

Le volet « insuffisance rénale chronique » (IRC) des SROS fixera des objectifs à cinq ans d'organisation du traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale et déterminera la répartition de l'offre de soins entre les différentes modalités de traitement : hémodialyse en centre, hémodialyse en unité de dialyse médicalisée, hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple ou assistée, dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale. Il tiendra compte des ressources humaines disponibles et des conditions d'accès aux modalités de traitement dans les différentes entités du territoire. Il devra comporter des éléments relatifs à la prévention de l'IRC et devra être élaboré en lien avec le volet « greffes » du SROS.

Les volets IRC « rénovés » évalueront les besoins à cinq ans en précisant le nombre de patients susceptibles d'être traités en tenant compte des différentes modalités de traitement. Les autorisations seront délivrées dans le cadre des besoins ainsi définis.

La difficulté majeure consiste à disposer, dans toutes les régions et selon une méthodologie commune, d'une connaissance des besoins des patients.

La mise en place progressive du Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) en France ne peut apporter l'ensemble des données nécessaires à l'élaboration des prochains SROS.

Ceci a conduit la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) à mettre en œuvre, en concertation étroite avec les représentants des professionnels et des patients, une enquête, courant 2003, sur les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale traités par dialyse, de manière à permettre que les nouveaux SROS IRC soient arrêtés dans toutes les régions au 30 juillet 2004.

Cette enquête SROS-IRC permettra :

- de mesurer en termes de prévalence la répartition actuelle des patients selon les différentes modalités de prise en charge de l'IRC (dialyse et greffe),

- d'estimer l'incidence de l'IRC traitée par dialyse et la tendance de la prévalence pour apprécier les besoins des cinq prochaines années,

- de connaître les moyens humains et matériels dont disposent actuellement les structures, pour apprécier le différentiel par rapport au contenu des nouveaux décrets et ajuster les ressources nécessaires pour combler cet écart,

- de mesurer les dépenses de l'Assurance Maladie pour les patients dialysés selon les modalités de prise en charge et d'évaluer les coûts induits par l'adaptation des structures aux dispositions des nouveaux décrets.

c) La psychiatrie :

Le groupe de travail « territoires et accès aux soins » a fait apparaître la nécessité dans l'élaboration des SROS d'une plus grande fonctionnalité entre les secteurs sanitaires pour dépasser les insuffisances liées aux découpages, mettre l'accent sur la continuité des soins et la fluidité des prises en charge, de favoriser les partenariats et les coopérations tant dans le champ sanitaire (médecin généraliste, psychiatres libéraux, établissements de santé publics et privés) qu'avec les secteurs social et médico-social.

Ainsi certaines régions ont modifié récemment la carte sanitaire de psychiatrie pour faire coïncider les regroupements de secteurs de psychiatrie avec les secteurs sanitaires, pour favoriser les synergies avec les autres disciplines médicales et chirurgicales. C'est ce qu'a fait l'agence régionale de Bretagne, avec deux objectifs : intégrer la psychiatrie dans un dispositif global de soins et favoriser la coopération entre les différents acteurs.

Les limites régionales ou départementales, voire nationales ainsi que d'autres sectorisations ne semblent plus être un obstacle à la coopération d'établissements de santé ou de services proches.

En 2003, toutes les régions ont arrêtés leur premier SROS de psychiatrie. Dès à présent plusieurs régions ont intégré un volet psychiatrique dans le schéma régional d'organisation sanitaire : l'Auvergne, la Basse-Normandie, la Bourgogne, la Champagne-Ardenne, la Guadeloupe, l'Ile-de-France, le Nord-Pas de calais.

Annexe 58 : L'organisation de la permanence des soins

1) Le système d'organisation des gardes et des astreintes des médecins libéraux a été très critiqué ces dernières années

Jusqu'à la publication récente en septembre 2003 d'un décret relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, l'article 77 du code de déontologie médicale prévoyait, d'une part, que le médecin avait le devoir de participer aux services de garde de jour et de nuit et d'autre part, que le conseil départemental de l'ordre pouvait accorder des exemptions en fonction de l'âge du médecin, de son état de santé ou de ses conditions d'exercice.

Il existe une certaine confusion entre la notion de garde et celle d'astreinte, modalités qui concourent toutes deux à la permanence de soins :

Astreinte

L'astreinte se définit comme l'obligation de disponibilité d'un praticien pour répondre à une demande de soins non programmés. Le praticien doit être joignable en permanence pendant la période d'astreinte qu'il peut effectuer soit à son domicile soit dans tout autre lieu de son choix, et pouvoir intervenir dans les plus brefs délais à la demande de la régulation centralisée de permanence de soins.

Garde

La garde se définit comme l'obligation de présence d'un praticien dans un lieu d'exercice médical pour répondre à une demande de soins non programmés. Pendant la période de garde le médecin s'engage à accueillir les patients qui lui sont adressés par le centre de régulation de la permanence de soins.

Cette organisation de la permanence des soins a été fortement critiquée sur plusieurs plans.

a) La nécessité de clarifier la responsabilité des autorités ordinales

Elle est préconisée dans un rapport de l'IGAS relatif aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins dès novembre 2000. Certes, les modalités d'organisation de la garde relèvent de la compétence ordinale. En effet, en vertu des articles L. 4174-1, L. 4122-2 et L. 4121-2 du code de la santé publique, les autorités ordinales détiennent le pouvoir de définir les règles applicables à la profession et de veiller à leur observation par tous. Toutefois, en pratique, les médecins libéraux s'organisaient entre eux pour les tours de gardes et cette organisation pouvait être déléguée à une association (type SOS médecins par exemple) regroupant les médecins intéressés, les conseils départementaux de l'ordre n'intervenant souvent qu'en cas de carence[269].

[269] Il convient de rappeler que si l'organisation des gardes est déléguée à une association, cette dernière n'a pas compétence pour donner à ces tours de garde un caractère obligatoire (arrêt du CE du 19/12/1994, Desamet)

b) Alors que les services d'urgence ont vu leur activité augmenter de façon considérable, une part plus importante des demandes de soins non programmés pourrait être prise en charge par les médecins libéraux.

Le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 64% entre 1990 et 2001[270] (soit 4,6% par an) avec une accélération en fin de période (+6,2% entre 1998 et 2000) pour atteindre 13,4 millions en 2001. Sur la même période, le nombre de patients admis en hospitalisation n'augmente que faiblement, à hauteur d'1% par an. Toutefois, alors que la gravité de l'état des patients est habituellement évaluée par les spécialistes de l'urgence à l'aide d'une échelle de gravité croissante allant de 1 à 5, 74% des patients (hors enfants de moins de 6 ans et patients venus pour un motif psychiatrique) sont classés par les médecins au niveau 2 (état clinique jugé stable - décisions d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence). Les autres se répartissent essentiellement entre des personnes dont l'état clinique ne nécessite pas le recours à un acte complémentaire (14% des passages relèvent du niveau 1) et des malades dont l'état est susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital (11% des passages relèvent du niveau 3). Globalement, **seuls 19% des passages aux urgences ont donné lieu à un transfert dans une unité d'hospitalisation en dehors du service d'urgence**[271]. Enfin, trois-quarts des usagers se présentant aux urgences viennent directement, sans contact médical préalable. Ces données indiquent que les comportements des patients dans leur mode d'accès au système de soins ne sont pas optimaux et que la coordination ville-hôpital en matière d'urgences n'est pas pleinement satisfaisante. Ces deux phénomènes contribuent à engorger les services d'urgences, qui occupent pourtant 8% des médecins et des infirmiers hospitaliers.

c) Les grèves des gardes des médecins généralistes de l'hiver 2001-2002 ont mis en exergue les difficultés ressenties par les professionnels dans leur pratique quotidienne.

En particulier, les médecins libéraux ont souligné le caractère insuffisamment incitatif des rémunérations perçues. En effet, jusqu'au début de l'année 2002, la participation des médecins libéraux aux gardes étant une obligation, des majorations (s'ajoutant à la valeur des actes effectués) avaient été créées (majoration de nuit, de dimanche et de jours fériés, et la majoration d'urgence). Il n'y avait cependant pas de rémunération spécifique liée à l'astreinte du médecin. De même, le nombre important de secteurs de garde (la DHOS au Ministère de la santé en recensait environ 3 416 en avril 2002) définis parfois sans lien avec la population couverte et le niveau d'offre de soins pouvait accroître la pénibilité de l'obligation de garde pesant sur les médecins du fait d'une rotation rapide des médecins désignés d'astreinte.

d) La coordination ville-hôpital doit être renforcée.

En particulier, en matière de régulation des demandes de soins non programmées, le Sénateur Descours soulignait en janvier 2003[272] la nécessité de fiabiliser, d'améliorer et de sécuriser les conditions de travail des médecins de garde et la réponse aux demandes de la population par :

- une centralisation des appels de permanence des soins,

---

[270] DREES, Etudes et Résultats n°72, « Le passage aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », juillet 2000.

[271] DREES, Etudes et Résultats n°212, « Les usagers des urgences – Premiers résultats d'une enquête nationale », janvier 2003

[272] Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, Sénateur Descours, janvier 2003

- une régulation des appels, qui doit être organisée avec la participation des médecins libéraux eux-mêmes,

- une procédure formalisée entre les secteurs de permanence des soins et la régulation pour garantir la fiabilité de la réponse locale et la bonne orientation à partir de la régulation.

Cette amélioration de la régulation est d'autant plus indispensable qu'une enquête sur les astreintes effectuées par les médecins généralistes en mars 2003 par la CNAMTS[273] (hors médecins exerçant dans le cadre d'une organisation de type SOS médecins ou dans des maisons médicales de garde) montre que 60% des astreintes ne donnent pas lieu à des actes tarifés[274].

Enfin, le drame de la canicule de cet été a montré que si les généralistes n'étaient pas plus en vacances que d'habitude au début du mois d'août 2003, « *tout s'est passé comme s'ils n'avaient pas eu connaissance de l'ampleur de la crise sanitaire ou comme s'ils avaient été très peu sollicités pendant cette période* »[275].

e) Les usagers des urgences témoignent d'une connaissance limitée des possibilités de prise en charge en ville. Ainsi les trois-quarts des patients ignorent que l'on peut obtenir une radiographie sans ordonnance, 20% ne savent pas qu'il existe un médecin de garde dans la commune où ils se trouvaient lors de la survenue de leur problème de santé et 25% qu'il existe à proximité un centre de santé ; enfin 9% des usagers disent ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non, connaissance de son existence.

2. La réforme récente de la permanence des soins

Diverses réformes récentes ou en cours devraient permettre une meilleure prise en charge en amont des urgences.

En particulier, le dispositif de permanence des soins libéraux est rénové afin de mieux s'adapter aux besoins de soins et aux aspirations des professionnels :

- une redéfinition des secteurs de permanence de soins est engagée ,

- si la participation des médecins au système de permanence reste un devoir[276], cette participation est fondée sur le volontariat. Toutefois, en cas d'absence ou d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre de médecins volontaires, ce conseil, après avis des organisations

---

273 CNAMTS, Point de conjoncture n°16-17, Septembre 2003

274 Lorsqu'un médecin a travaillé pendant son astreinte, il a réalisé en moyenne 6,3 actes le dimanche et 1,6 actes la nuit. La CNAMTS souligne par ailleurs que de façon quelque peu paradoxale, les médecins d'astreinte, en effectuant au total, sur l'ensemble de leurs nuits d'astreinte, 1,6 actes en moyenne, sembleraient moins actifs que l'ensemble des médecins qui réalisent en fait deux actes en moyenne. La CNAMTS propose comme explication de ces chiffres qu'il n'est pas à exclure que les patients aient encore une faible visibilité de ce dispositif et que la médecin d'astreinte de nuit leur soit mal connu et qu'il est également possible que le médecin habituel du patient accepte dans nombre de cas de lui dispenser la nuit les soins qui lui sont nécessaires.

275 CNAMTS, *Point de conjoncture* n°18, Octobre 2003, p. 19

276 Nouvel article 77 du code de déontologie issu du décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 qui dispose qu'il « est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »

représentatives des médecins complète le tableau de permanence. Si, à l'issue de cette concertation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires,

- L'adhésion des médecins libéraux au dispositif de permanence des soins devrait être renforcée grâce à leur participation aux comités départementaux de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU) dont les missions sont étendues à la permanence des soins (organisation et re-sectorisation),

- Depuis mars 2002, l'assurance maladie verse une rémunération forfaitaire de 50 € par période de 12 heures aux médecins d'astreinte (ce forfait s'ajoutant au montant des actes réalisés). Au cours du premier semestre 2003, l'assurance maladie a indemnisé plus de 290 000 astreintes pour un montant total de 14,5 millions d'euros[277]

- Une régulation unique (ou interconnectée) des généralistes et des urgentistes, centralisée dans chaque département en liaison avec le SAMU-centre 15, devrait être mise en place afin de coordonner la réponse entre les secteurs libéral et hospitalier.

- Les expériences de maison médicale (qui sont actuellement au nombre de 34 et devraient être 80 d'ici 2005) seront intégrées au dispositif de permanence des soins.

[277] CNAMTS, Point de conjoncture n°16-17, Septembre 2003

Annexe 59 : la prise en charge des pathologies lourdes et/ou chroniques

1) Les expériences étrangères démontrent l'intérêt d'optimiser les processus de soins dans le cas des pathologies chroniques

Dans l'ensemble des pays développés, les dépenses de santé sont très concentrées, en particulier sur les patients atteints de pathologies chroniques.

Des stratégies spécifiques (*disease management*) ont été développées ces dernières années, notamment aux Etats-Unis, afin d'optimiser par un suivi plus régulier que dans le strict cadre de la médecine de ville traditionnelle, la prise en charge de ces pathologies chroniques. L'objectif est une meilleure gestion d'ensemble et une diminution du coût en réduisant le recours à l'hôpital. Ces stratégies visent à s'assurer du respect de **protocoles** pour un petit nombre de patients précisément identifiés, par une action conjointe sur le praticien (formation, retour d'information, évaluation) et le patient (information, auto-évaluation). Elles se traduisent le plus souvent par la mise en place d'équipes pluridisciplinaires dédiées, extérieures aux cabinets médicaux, comportant une proportion importante de personnel infirmier.

Le *disease management* est mis en œuvre depuis de nombreuses années aux Etats-Unis à grande échelle. Ainsi 13% des assurés de Wellpoint sont aujourd'hui suivis au titre du *disease management* (soit 2 millions de personnes environ), et sur les 25 plus grosses organisations de médecins en Californie, 10 mettent en œuvre des programmes de *disease management* pour le diabète.

L'impact de ces stratégies est bien documenté. Le suivi spécifique des pathologies chroniques et le développement d'équipes dédiées permet la **modification sensible et rapide des pratiques et l'amélioration significative des principaux indicateurs de suivi sanitaire** relatifs à ces pathologies (taux de HbA1c pour les diabétiques, taux d'asthme contrôlé, diminution des séjours à l'hôpital et de leur durée pour toutes les pathologies, etc.).

En ce qui concerne le coût de ces dispositifs, les bilans financiers sont difficiles à réaliser, Ces programmes se traduisent en effet à la fois par des coûts additionnels (structures supports, hausse des prescriptions de médicaments) qui peuvent être très élevés (300 $ par patient pour certains programmes américains de suivi des asthmatiques) et des économies (hôpital, urgences). L'impact financier doit donc être mesuré en coûts complets (médecine ambulatoire, prescriptions, hôpital), et sur une période de temps suffisamment longue.

Néanmoins, il semble que ces stratégies permettent à court-moyen terme de **diminuer les coûts unitaires de prise en charge des patients**, et qu'elles sont donc **rentables**, tout au moins pour le diabète, l'asthme et les maladies cardiovasculaires. Cette rentabilité provient d'une déformation de la structure de coûts, l'augmentation des coûts de traitement thérapeutiques étant plus que compensée par la diminution des coûts hospitaliers[278].

---

[278] Cf. notamment SIDOROV et *alii*, « Does diabetes disease management save money and improve outcomes ? », *Diabetes care*, 2002 ; ALASTAIR et *alii*, « Implementing intensive control of blood glucose concentration and blood pressure in type 2 diabetes in England : cost analysis », *BMJ*, 2002 ; OSWALD, *Improving quality of care for californians with diabetes*, California healthcare foundation, 2002, et OSWALD et alii, *Overview of five white papers on improving quality of care*, California healthcare foundation, 2002 ; WAGNER et *alii*, « Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization » *JAMA*, 2001.

Ces dispositifs sont d'autant plus efficaces qu'ils combinent différents modes d'action, sur les patients (suivi téléphonique personnalisé) et sur les praticiens (références médicales simples, formation, suivi personnalisé), s'appuyant sur des équipes multidisciplinaires spécialisées reposant largement sur des personnels infirmiers, ainsi que le cas échéant sur des équipes de soins à domicile.

2) En France, la prise en charge des pathologies lourdes et / ou chroniques passe par les ALD et les programmes de santé publique, ainsi que dans une moindre mesure par les réseaux de santé

La question de **la variabilité des pratiques médicales** a déjà été traitée dans une autre annexe technique. En ce qui concerne les pathologies lourdes et notamment chroniques, le constat semble être identique. Ainsi pour l'asthme, une étude récente du Credes[279] sur les asthmatiques persistants d'Ile-de-France met en évidence que selon le jugement de médecins conseil après examen des patients, suivant les classes de risque, de 13 à 96% des traitements sont insuffisants. Par ailleurs, cette étude montre que le fait d'avoir un traitement de fond et de recevoir un traitement adapté diminue les hospitalisations de 60% et les coûts globaux de prise en charge de 24%. Les enjeux financiers sont donc très importants ; le coût annuel global de la prise en charge de l'asthme en France est en effet évalué à 1,1 Md€ (7 millions de journées d'arrêt de travail, 604 000 journées d'hospitalisation en court séjour, 236 000 en moyen séjour).

L'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques passe en France par les ALD, les programmes de santé publique, ainsi que les réseaux.

a) les ALD et le Protocole PIRES

Le régime prévu pour les **affections de longue durée** (ALD – 30 catégories d'affections, dont les pathologies chroniques, auxquelles s'ajoutent les polypathologies et les affections graves non répertoriées), qui prévoit la prise en charge à 100% des dépenses, comporte également un volet sanitaire :

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

- un protocole de soins doit être établi et validé : lors de la demande d'admission en ALD par le médecin traitant, celui-ci établit un certificat médical et remplit un protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES), qui est transmis pour validation au médecin conseil de la Caisse primaire dont dépend l'assuré[280] ; ce protocole doit comprendre le diagnostic précis, confirmé par des arguments cliniques détaillés, ainsi que par les résultats des examens complémentaires nécessaires ; il mentionne également le programme thérapeutique adopté (traitement proprement médical, soins de nature non médicamenteuse, périodicité des examens de surveillance et de suivi), qui doit être conforme à l'état actuel de la science ; la précision et l'exhaustivité des informations données dans le protocole conditionnent le règlement des honoraires de 2,5 C ;

---

279 COM-RUELLE et *alii*, « Les déterminants du coût de l'asthme persistant en Ile-de-France », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, 2002.

280 Le PLF 2004 prévoit que les recommandations actuellement élaborées par le Haut comité médical de la sécurité sociale (HCMSS) pour être admis en ALD seront rendues opposables. Il faudra donc satisfaire les critères médicaux définis par le HCMSS pour pouvoir bénéficier de l'exonération du ticket modérateur.

- ce protocole de soins doit être respecté : une fois le patient admis en ALD, l'exonération du ticket modérateur est conditionnée au suivi des traitements prescrits par le médecin traitant et agréés avec le médecin conseil ; la Caisse d'assurance maladie peut le cas échéant convoquer l'assuré pour une visite médicale ; elle peut, sur avis du médecin conseil, suspendre, réduire, ou supprimer l'exonération du ticket modérateur.

L'impact de ces mesures sur la qualité des pratiques et la santé des patients n'a toutefois pas semble-t-il fait l'objet d'évaluations à ce jour.

b) Les programmes de santé publique

L'amélioration de la prise en charge des pathologies lourdes et chroniques passe également en France par les **programmes de santé publique** qui concernent notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, l'asthme, les maladies rares, la maladie d'Alzheimer, la lutte contre les hépatites B et C et la lutte contre le cancer.

Ces programmes ont pour objectif d'améliorer **la prévention de ces pathologies** par une action sur les facteurs de risques, ainsi que la qualité des pratiques médicales.

En pratique, ces programmes visent à :

- diffuser auprès des médecins généralistes les recommandations de l'ANAES, de l'AFSSAPS et de l'INSERM sur ces pathologies par différents moyens : supports écrits divers (guides, posters, visites de prescription), et entretiens entre les services médicaux et les praticiens (« entretiens confraternels ») à l'occasion notamment des demandes d'exonération du ticket modérateur ;

- développer l'éducation thérapeutique : la circulaire DHOS/DGS n°2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé a défini les modalités d'un appel à projet national pour développer l'éducation thérapeutique ambulatoire de groupe pour des patients diabétiques, asthmatiques et porteurs de pathologies cardio-vasculaires ;

- améliorer l'organisation des soins : création des consultations mémoires à l'hôpital pour la maladie d'Alzheimer, création à la nomenclature des soins infirmiers d'un acte spécifique relatif à une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour les patients diabétiques de plus de 75 ans insulino-dépendants…

Ces programmes peuvent être complétés par des actions développées conjointement depuis 1998 par les organismes d'assurance maladie et les services médicaux des trois régimes obligatoires principaux (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes) notamment en ce qui concerne le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle sévère (HTA).

Signalons le **plan de mobilisation nationale contre le cancer** établi en 2003 qui comporte, outre des dispositions en faveur de la prévention, le dépistage, l'accompagnement des malades et la recherche, des mesures visant à améliorer la prise en charge des patients atteints de cancers : création de réseaux de cancérologie coordonnant ville et hôpital, diffusion de guides de bonne pratique, réalisation pour chaque patient d'un programme personnalisé de soins par une équipe pluridisciplinaire, dossier médical commun, rénovation de la formation initiale et continue des médecins et des professions paramédicales.

En termes d'évaluation, même s'il est difficile d'imputer précisément les résultats aux différentes actions, on observe que les recommandations de l'ANAES sont aujourd'hui mieux appliquées, en ce qui concerne le **diabète**, par les médecins et de manière plus homogène sur l'ensemble du territoire[281]. Quant à l'**Hypertension artérielle**, une évaluation complète du programme reste à faire ; toutefois, il semble qu'aucune modification significative des pratiques n'a été constatée.

La **loi sur la santé publique**, actuellement au cours de discussion parlementaire, devrait réformer ce dispositif. L'article 1er du projet loi qui a été voté en première lecture à l'Assemblée Nationale prévoit ainsi que « *le gouvernement précise dans un rapport annexé au projet de loi les objectifs de sa politique et les principaux plans d'actions qu'il entend mettre en œuvre […]* ». L'article 14 dispose que ce rapport d'objectifs de santé publique est approuvé pour les années 2004 à 2008.

Le rapport annexé propose cent objectifs quantifiés et **six plans d'actions**. Un nombre important de ces objectifs concerne des pathologies chroniques, qu'elles aient fait ou non l'objet d'un programme de santé publique. Trois plans d'actions concernent particulièrement les maladies chroniques et/ou lourdes : plan de mobilisation contre le cancer, qualité de vie et maladies chroniques, maladies rares.

c) les réseaux de santé

Enfin, il convient de mentionner les **réseaux de santé**. Seule une faible part de ces réseaux a trait à des pathologies spécifiques (cf. annexe technique), et il n'existe pratiquement aucune littérature sur l'impact sanitaire et financier de ces réseaux par pathologie.

Une expérience de réseau visant à améliorer la prise en charge de l'asthme a toutefois été documentée. Il s'agit du réseau **Résalis**, développé à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure et du groupe pharmaceutique Glaxo Smeethkline[282]. Ce réseau s'apparente à une opération de *disease management* tel qu'il est pratiqué actuellement aux Etats-Unis (coordination ville/hôpital au travers d'un dossier médical partagé, sensibilisation et éducation, sur la base de références médicales, à la fois des praticiens et des patients – entretien individuel, auto-surveillance...). Entre octobre 2000 et octobre 2002, le coût global de prise en charge des patients suivis dans le cadre de ce réseau a été réduit de 24%, alors que dans le même temps il augmentait de 13% pour le groupe témoin. La structure de coût a été fortement modifiée (médicaments +21%, hospitalisation –25%). Par ailleurs, l'état de santé et la qualité de vie des patients ont été améliorés sensiblement.

Bien entendu se posent, comme pour tout exemple de ce type, les questions de la réplication à grande échelle d'une telle expérience et des incidences économiques réelles, compte tenu de l'adaptation effective ou non du système de soins.

---

281 CNAMTS, *Faits marquants*, 2002.

282 LAUNOIS *et alii*, *Expérimentation de la prise en charge de l'asthme en réseau de soins coordonnés : bilan de l'expérience Résalis dans l'Eure, 18 mois avant et 12 mois après intervention*, à paraître.

Annexe 60 : Disparité de la valeur du point ISA

1) Le principe de calcul des points ISA

La totalité de l'activité d'hospitalisation complète et incomplète est décrite à travers une classification de « Groupe Homogène de Malades » (GHM). Chaque séjour est classé, selon les diagnostics et les actes qu'il comporte, dans un et un seul GHM par le truchement d'un algorithme informatisé. .La classification des GHM utilisée en 2002 comporte 592 GHM différents.

Le point ISA (Indicateur Synthétique d'Activité) est l'unité d'œuvre de l'échelle de coûts relatifs hiérarchisant les différents GHM selon les consommations de ressources qu'ils génèrent. Un score en point ISA est attribué à chaque GHM de la classification. Le calcul de ces scores, et donc de cette échelle, est fondé sur l'exploitation de données issues des établissements, une quarantaine environ, participant volontairement à l'Etude Nationale de Coûts (ENC) et disposant d'une comptabilité analytique permettant d'imputer les coûts par séjour. On attribue par convention 1000 points ISA à un GHM de référence qui est l'accouchement par voie basse sans complication (GHM 540). Le choix de ce GHM résulte de 4 critères : il est le GHM d'hospitalisation complète le plus fréquent, sa durée de séjour est relativement stable et standardisée, la distribution des coûts constatés est particulièrement homogène, et enfin il fait référence à une prise en charge dont les composantes sont stables dans le temps et relativement bien standardisées. Aux autres GHM est affecté un nombre de points ISA fondé sur leurs coûts moyens de production relativement au coût moyen du GHM de référence. Ainsi un GHM qui a un coût de production 2 fois plus élevé que le GHM accouchement par voie basse sans complication correspondra à 2000 points ISA. Voici 2 exemples de GHM : 310 points ISA pour une libération du canal carpien en ambulatoire, et 5165 points ISA pour la pose d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive.

Le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) permet de connaître pour chaque établissement le nombre de séjours par GHM, donc le nombre total de points ISA résultant de l'activité d'hospitalisation complète et incomplète de l'établissement. A ce total de points ISA d'hospitalisation, s'ajoute d'une part des points ISA provenant de la valorisation des lettres clefs de la Nomenclature Général des Actes Professionnels décrivant l'activité dite « ambulatoire » c'est à dire hors hospitalisation : consultations externes et passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, et enfin d'autre part des points ISA provenant de la valorisation des dépenses d'une liste fermée de molécules de chimiothérapie anticancéreuse. Le total de ces points ISA quantifie l'activité Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de l'établissement.

Reste à attribuer une valeur financière à ce point ISA, par établissement. Chaque établissement fourni un compte administratif qui permet d'isoler du budget général la masse des dépenses consacrées à l'activité MCO. Cette masse financière divisée par le volume de points ISA produit permet de calculer la valeur du point ISA de l'établissement. Selon les mêmes modalités on peut calculer la valeur moyenne régionale ou la valeur moyenne nationale du point ISA en divisant la somme des comptes administratifs retraités de la région ou France entière par la somme des points ISA produits par la région ou France entière. On peut ainsi voir comment se situent les établissements et/ou les régions en termes de valeurs de point ISA, c'est-à-dire en termes de coût de production.

Pour chaque région il est possible alors de calculer un budget théorique MCO en attribuant la valeur moyenne nationale du point ISA au volume de points ISA produits par la région. On peut mettre ainsi en évidence les régions sous- ou sur- dotées, ce qui a été une des composantes de la péréquation interrégionale mise en oeuvre par les pouvoirs publics. De même il est possible de calculer le budget

théorique de chaque établissement en appliquant la valeur moyenne régionale du point ISA au volume de points ISA qu'il produit.

Le point ISA, par construction, prend en compte le volume d'activité ainsi que la nature de l'activité produite. Sa valeur calculée prend en compte le niveau de dépenses (et donc les ressources) consacrées à l'activité MCO et donc aussi le niveau de contrainte budgétaire.

Cette approche a toutefois plusieurs limites, outre le fait qu'elle se centre uniquement pour l'instant sur l'activité MCO :

- le problème se pose de la représentativité et de la stabilité dans le temps de l'échantillon national des coûts fondé sur le volontariat (types d'établissements participants, taille des cohortes de certains GHM peu représentés, etc.). Afin d'améliorer cette représentativité, les échelles de coûts sont construites sur deux années de recueil et des redressements sont opérés sur les coûts constatés ;
- dans le cadre de l'échantillon national des coûts, une très grande majorité des dépenses est imputée, par séjour, à la journée moyenne, en particulier les dépenses de personnel des services cliniques et logistiques ;
- la classification des GHM est évolutive et en amélioration constante (une version tous les 2 ans en moyenne), sachant que certaines activités spécifiques sont relativement mal prises en compte : réanimation, soins palliatifs en particulier.

2) Facteurs explicatifs de la variabilité des valeurs du point ISA.

En 1997, la valeur du point ISA des établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH), apparaît fortement dispersée autour d'une valeur médiane de 1,75 €. (1,84 € en moyenne). La moitié des établissements se situe à l'extérieur d'une fourchette de 1,45 à 2,04 € ; un quart des établissements a une valeur du point inférieure à 92% de la médiane et un quart a une valeur supérieure à 110% de la médiane. Les établissements de soins médicaux, chirurgicaux et pluridisciplinaires ainsi que les centres de lutte contre le cancer (CLCC) (établissements dits PSPH, privés participant au service public hospitalier), présentent des valeurs du point plus dispersées que les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires et régionaux[283].

Valeurs du point ISA par type d'établissement

Catégorie d'établissement	**Valeur moyenne en €**	**Ecart type**	**Valeur médiane en €**	**Ecart Inter quartile**	**Nombre d'établissements**
CHRU	1,97	0,03	1,83	0,21	29
CHRU hors AP-HP	1,87	0,01	1,82	0,22	28
CLCC	1,92	0,01	1,78	0,35	20
CH	1,76	0,007	1,73	0,26	362
Etablissements de soins pluridisciplinaires	1,88	0,01	1,79	0,44	52
Etablissements de soins chirurgicaux	1,80	0,01	2,0	0,79	8
Etablissements de soins médicaux	2,22	0,009	2,21	0,84	8
Ensemble des établissements de soins	**1,84**	**0,01**	**1,75**	**0,29**	**479**

Source : DREES, PMSI 1997, SAE 1997. Champ : Etablissements publics et PSPH de France métropolitaine, ayant réalisé en 1997 des actes dans le champ du PMSI, c'est à dire en court séjour, médecine chirurgie obstétrique.

[283] Pour calculer la valeur du point des CHRU et des CLCC, le budget réel est diminué de 13%, comme cela est d'usage dans l'analyse de la gestion hospitalière nationale, afin de tenir compte forfaitairement des coûts engendrés par les activités de recherche et d'enseignement pratiquées dans ces établissements.

Trois ensembles de caractéristiques peuvent a priori expliquer la dispersion des valeurs du point ISA : celles de l'établissement (statut, taille, spécialisation, proportion de personnel para médical), celles des séjours (durée moyenne, activités spécifiques mal prises en compte par les GHM), et celles de l'environnement de l'établissement (effet fuite/attraction, positionnement de recours…).

Pour juger de l'évolution de cette dispersion dans le temps, on peut utiliser, plus grossièrement, le coefficient de dispersion des valeurs du point ISA par catégorie d'établissements. L'utilisation de ce coefficient permet de s'abstraire des évolutions de la classification et de la valeur monétaire brute du point ISA.

	1998		1999		2000		2001		2002	
	coef disp*	nb etabt	coef disp	nb etabt	coef disp	nb etabt	coef disp	nb etabt	coef disp	nb etabt
CHU	0,08	31	0,10	31	0,10	31	0,11	31	0,11	31
CH	0,14	394	0,14	397	0,21	400	0,18	405	0,24	403
CLCC	0,18	20	0,16	20	0,13	20	0,13	20	0,13	20
EBNL**	0,27	90	0,19	94	0,27	97	0,23	103	0,25	109
Nation hors HL***	0,18	535	0,18	542	0,22	548	0,22	559	0,23	563
Nb étab hors DOM	522		528		533		548		548	

** : coef disp = ET/moy ** : PSPH hors CLCC *** : Hôpitaux Locaux*

Pour les Centres Hospitaliers (CH) et les PSPH hors CLCC (Etablissements à but non lucratif : EBNL), la dispersion s'est plutôt accentuée au fil des années. Toutefois, il convient de signaler que depuis l'année 2000, le champ a changé et les plus petits établissements (moins de 100 lits MCO) on été introduits dans la base. On aurait pu attendre de l'utilisation du PMSI un resserrement des extrêmes, une diminution de la dispersion des valeurs de points ISA et son corollaire, la diminution des masses financières à redistribuer. Force est de constater que les disparités interrégionales ont modérément évolué (« l'effet PMSI » utilisé dans la péréquation interrégionale a été lissé par les autres critères) et que chaque région a mené une politique variable de réduction des écarts parfois contrebalancée par l'attribution de crédits fléchés ou de programmes de restructuration (cf annexe).

3) Principaux enseignements

- La valeur régionale du point ISA peut apparaître liée aux caractéristiques socio-économiques de la région (taux de chômage, salaire moyen) ce qui traduit des effets de demande de soins. Elle est aussi liée à l'offre de lits en Médecine Chirurgie Obstétrique dans la région.

- La valeur du point de chaque établissement dépend pour partie de sa taille : la corrélation est positive (plus l'établissement est grand, plus le point ISA vaut cher) pour les CHRU (centres hospitaliers régionaux universitaires) et les CLCC (centres de lutte contre le cancer), ce qui peut traduire des rendements d'échelle décroissants. En revanche, pour les autres établissements la corrélation est négative. La durée moyenne des séjours et la gravité moyenne ne sont positivement corrélées à la valeur du point que pour les établissements de soins médicaux et de soins chirurgicaux. En revanche, le ratio de personnel para médical varie comme la valeur du point pour la plupart des catégories d'établissements. Par ailleurs, la valeur du point de chaque établissement est souvent liée aux

caractéristiques socio-économiques de la région. Enfin, une partie de la variabilité du point peut être imputable à des caractéristiques propres de l'établissement, des décisions prises en matière d'organisation des soins au niveau régional et à la structure historique de l'offre hospitalière.

- L'exploitation des retraitements comptables qui permettent de ventiler les dépenses par grands groupes, permet d'attester de l'hétérogénéité des pratiques selon les établissements.

catégorie	groupe 1 MCO (Personnel)	groupe 2 MCO charg med tech	groupe 3 MCO blanch restau	groupe 4 MCO	recet subsid et créd excpt MCO	logistique et gestion Générale
CH1(CH nb-sejours<=5500)	49,82%	26,84%	3,92%	0,80%	1,79%	20,41%
CH2 (CH 5500<nb-sejours<=10000)	48,22%	27,90%	3,98%	0,73%	1,72%	20,89%
CH3 (CH 10000<nb-sejours<=16000)	47,14%	28,03%	4,14%	0,80%	2,04%	21,93%
CH4 (CH nb-sejours>16000)	45,97%	31,61%	3,95%	0,80%	3,31%	20,98%
CHR/U	40,53%	37,39%	3,52%	0,68%	4,81%	22,69%
CLCC	34,92%	43,42%	3,67%	0,67%	4,40%	21,72%
HL	56,76%	12,64%	10,15%	0,30%	6,81%	26,96%
PSPH	44,96%	34,06%	4,56%	0,98%	1,81%	17,25%
Moyenne pondérée	43,57%	33,98%	3,82%	0,75%	3,63%	21,50%

Les CHU et les CLCC consacrent plus de ressources aux charges médico-techniques et logistique – gestion générale (personnels inclus). En revanche, ils bénéficient de plus de crédits non reconductibles et de recettes subsidiaires.

L'utilisation du coefficient de dispersion par groupe de dépenses au sein de chaque catégorie d'établissements montre que les CH et les PSPH hors CLCC ont des pratiques plus dispersées, en particulier pour ce qui concerne les dépenses de type hôtelières et la logistique - gestion générale. Cette notion est confirmée par les derniers travaux de mission d'audit hospitalier (MeaH).

	%Gr 1	%Gr 2	%Gr 3	%Gr 4	%crédits	%recettes	%logistique
CH	0,10	0,19	0,40	0,47	2,18	1,17	0,19
CHR	0,08	0,09	0,13	0,35	1,65	0,68	0,14
CLCC	0,15	0,12	0,23	0,81	1,10	0,91	0,16
PSPH	0,15	0,25	0,36	0,84	3,02	1,15	0,28
Nation hors HL	0,13	0,23	0,40	0,61	2,17	1,12	0,21

Les effectifs médicaux et para médicaux expliquent une grande part des dispersions observées. Les ratios d'Equivalents Temps Plein (ETP) de personnel médical et non médical par 1000 journées ou par 100 000 points ISA produits, permettent de s'abstraire de la notion de séjour qui n'a que peu de sens. En données brutes, les CLCC et les PSPH sont plutôt moins bien dotés en personnel médical et non médical. En revanche les CHU ont une densité de personnel beaucoup plus forte. Il convient de rappeler que, s'agissant du ratio par 100 000 points ISA, le poids de l'activité est pris en compte, tout

en prenant en considération les limites exposées plus haut. S'agissant des coefficients de dispersion de ces ratios, les catégories CH et les PSPH hors CLCC sont particulièrement hétérogènes.

catégorie	ETP pers. Médical / 1000 journées	ETP pers. médical / 100 000 pts ISA	ETP pers non méd. / 1000 journées	ETP pers non méd. / 100 000 pts ISA
CH1(CH nb-séjours<=5500)	0,82	0,40	5,32	2,58
CH2 (CH 5500<nb-séjours<=10000)	0,75	0,34	5,05	2,28
CH3 (CH 10000<nb-séjours<=16000)	0,84	0,35	5,29	2,22
CH4 (CH nb-séjours>16000)	0,85	0,34	5,61	2,27
CHR/U	1,42	0,50	7,82	2,77
CLCC	0,88	0,35	4,33	1,69
HL	0,20	0,17	4,23	3,73
PSPH	0,89	0,32	5,44	1,97
Moyenne pondérée	1,04	0,40	6,23	2,43

	ETP méd / 1000j	ETP méd / 100 000 ISA	ETP non méd / 1000j	ETP non méd / 100 000 ISA
CH	0,32	0,31	0,22	0,27
CHR	0,20	0,16	0,14	0,11
CLCC	0,25	0,18	0,25	0,13
PSPH	0,62	0,42	0,50	0,54
Nation hors HL	0,40	0,32	0,30	0,33

Références :

Balsan D., « La variabilité de la valeur du point ISA dans les établissements de soins en 1997 » DREES, Etudes et Résultats n°124, juin 2001.

DREES, Dossier Solidarité Santé « La régulation des dépenses de santé », n°1 janvier mars 2001.

Balsan D., « Le coût unitaire de l'activité hospitalière publique en 1997 : le poids des déterminants régionaux ».

Revue française d'économie, Volume XVII, octobre 2002.

Dormont B., Milcent C., « Quelle régulation pour les hôpitaux publics français ? », *Revue française d'économie*, Volume XVII, octobre 2002.

Destais N., « Commentaire des articles de D. Balsan et de B Dormont et C. Milcent : hétérogénéité des coûts et tarification hospitalière », Revue française d'économie*, Volume XVII, octobre 2002.*

PLFSS annexe B2 « Le programme de médicalisation des systèmes d'information » 1998 à 2003 - AGHN 2001

Annexe 61 : Ecarts de coûts entre établissements de santé: aspects factuels et méthodologiques du calcul des points ISA

L'utilisation des données issues du PMSI ("points ISA") a pour objectif de permettre la comparaison des coûts entre établissements en prenant en compte la nature des cas traités (pathologies, et actes pratiqués). Ce dispositif n'est toutefois totalement opérationnel que pour les activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il convient au surplus d'attirer l'attention sur le caractère encore frustre des résultats issus de ce système d'information des données

Au-delà des résultats bruts, l'interprétation des résultats, notamment en termes d'écart de productivité, doit en effet prendre en compte trois composantes :

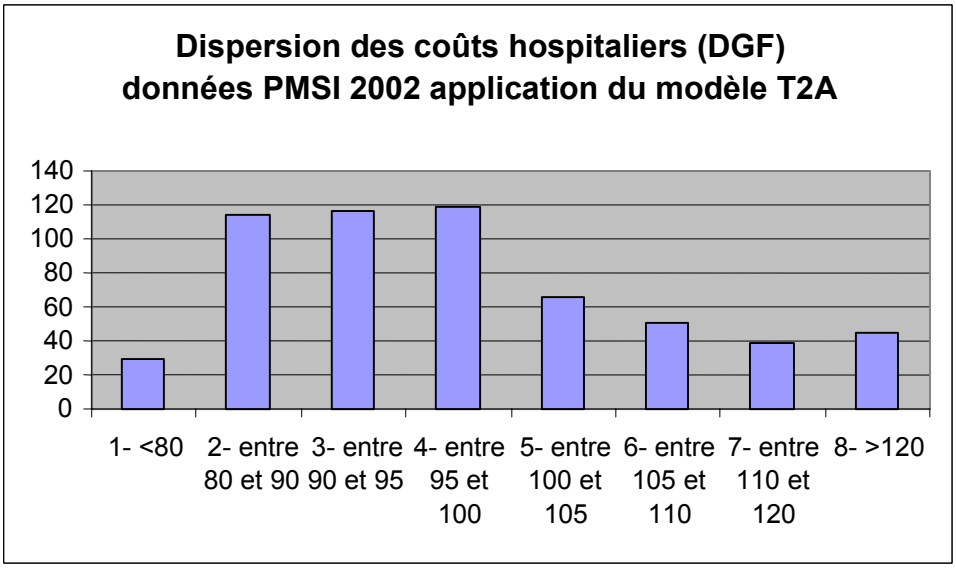
- les limites techniques de l'outil de mesure
- les déterminants de coûts, externes aux établissements
- les déterminants de coûts, internes aux établissements (seul ce dernier élément devant être pris en compte dans une approche en terme de productivité.

1) Les résultats bruts : la disparité apparente des coûts inter établissements

- ***Au sein du secteur public (établissements publics et privés sous dotation globale)***

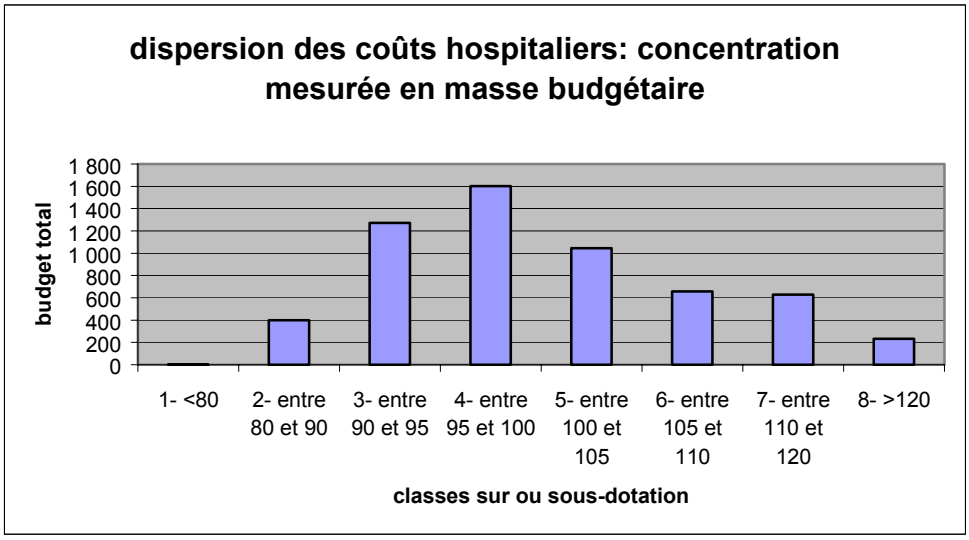
Les travaux réalisés dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A permettent de fournir une description actualisée des écarts de ressources prenant en compte les améliorations apportées par le dispositif technique support de la réforme : nouvelle version de la classification des GHM, paiement majoré des séjours anormalement longs, paiement en sus du tarif du GHS des journées de réanimation, de certains médicaments ou dispositifs médicaux coûteux…

L'exploitation des données PMSI 2002 sur la base de ce modèle montre que près de 61% des établissements se situent entre -10% et +10% autour de la moyenne. Cette proportion passe à 87,24% si on retient un intervalle de +/- 20% autour de la moyenne.



Source : DHOS

La dispersion des coûts est plus réduite si on prend en compte les masses budgétaires des établissements, de façon à réduire l'effet de certains petits établissements atypiques qui augmentent la dispersion des écarts de dotation. La somme des budgets des établissements dont la « sur ou la sous-dotation s'établit entre +/- 10% représente en effet 78% de la masse budgétaire totale, ce pourcentage étant porté à 96% si on retient l'intervalle +/- 20%.

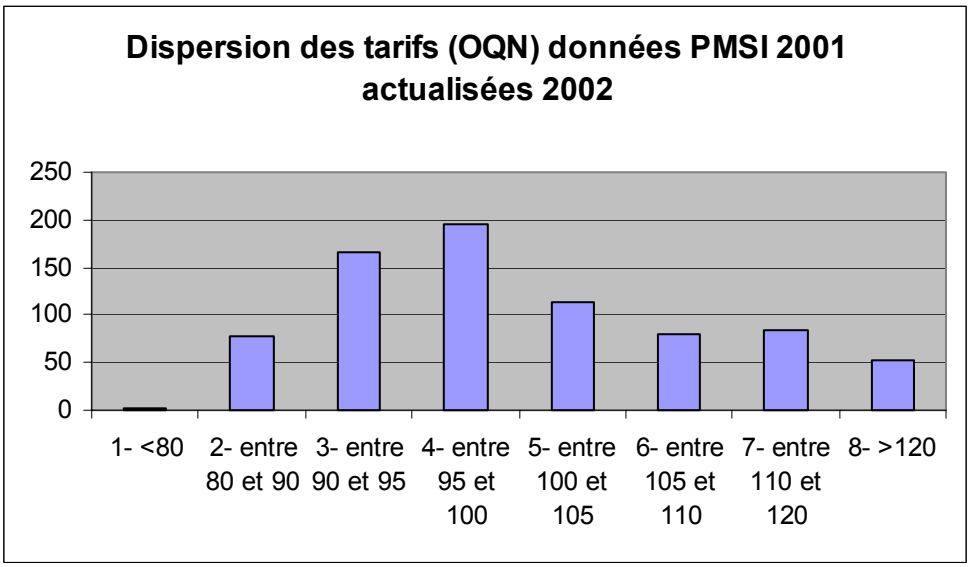


Source : DHOS

Ces résultats ne sont pas totalement définitifs, certains éléments du dispositif n'étant pas encore arrêtés. Ils conduisent toutefois à relativiser le constat de la disparité des ressources. le modèle de la T2A conduit ainsi à réduire l'écart entre l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et le CHU de Besançon de 33% à 20%.

- ***Au sein du secteur privé***

Les données 2002 sont actuellement en cours de validation dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A au 1er octobre 2004. Les données 2001, actualisées des augmentations tarifaires de l'année 2002 sont en revanche disponibles et permettent de disposer d'une photographie récente des écarts de ressources. On observe que 72% des établissements se situent entre +/- 10% autour de la moyenne. Cette proportion se trouve portée à près de 93% si on retient un intervalle de +/- 20%.



Les disparités apparaissent plus réduites que dans le secteur public. Sans anticiper sur les remarques de la partie suivante, cette observation témoigne probablement d'une part d'une politique d'allocation de ressources historiquement plus standardisée, d'autre part d'une homogénéité plus grande des établissements en termes d'activité et de missions.

2) L'analyse des résultats

L'écart brut observé recouvre en fait trois composantes qu'il convient de distinguer.

a) les limites de l'outil

Si le PMSI a bien pour but de fournir un instrument de mesure de l'activité qui permette de comparer entre eux n'importe quels établissements, il convient cependant de prendre en compte les limites techniques de l'outil. Le PMSI distingue ainsi 600 types de séjours, là où le médecin distingue des milliers d'entités cliniques différentes sans tenir compte des éléments relatifs au milieu ou au contexte psychologique du patient. Si la plupart des différences cliniques observables par le médecin n'ont pas d'influence significative sur les coûts ou si la loi des grands nombres conduit à neutraliser l'effet des variations interpersonnelles, il n'en reste pas moins que l'incapacité du PMSI à capter tous les facteurs pouvant influer sur le coût du traitement peut conduire à sous-estimer les différences d'activité entre établissements.

Il en va ainsi de la gravité ou de la complexité des cas incomplètement traduite par le PMSI qui explique une part de l'écart de coût entre notamment les CHU et les CH. A ce titre, les améliorations techniques récemment apportées au PMSI à l'occasion des travaux de préparation de la T2A ont eu pour objectif de mieux prendre en compte la gravité et pour effet de réduire les écarts entre les établissements.

De façon générale, les difficultés du PMSI à appréhender la totalité des facteurs de différentiation du coût de la prise en charge sont plus importantes en médecine qu'en chirurgie (ou les

modalités de prise en charge sont par nature plus standardisées et organisées autour de l'acte opératoire). Au sein de la médecine, elles sont également plus importantes en médecine interne ou en neurologie qu'en cardiologie où, là encore, les prises en charge sont plus standardisées.

Ces limites techniques sont d'autant plus importantes à prendre en compte en matière de comparaison entre les secteurs publics et privés que le premier est dominant en médecine et le second en chirurgie (voir tableau). A ce titre, une partie de l'écart observé trouve sa source dans une appréciation insuffisamment précise des différences de structures d'activité qu'on a pris l'habitude d'appeler du nom anglais *casemix*.

b) les facteurs exogènes aux établissements

Le passage du constat d'un écart de la valeur du point ISA à celui d'un écart de productivité potentiellement résorbable implique d'exclure préalablement les facteurs exogènes aux établissements.

Ces facteurs sont eux-mêmes de deux natures :

b1) Si le PMSI décrit l'activité de soins, il convient de s'assurer que les coûts pris en compte ne recouvrent bien que cette activité. Si ce rapprochement est automatique pour les cliniques qui facturent leurs séjours à l'assurance maladie, il n'en va pas de même pour les établissements sous dotation globale (établissements publics + privés participant au service public hospitalier) dont le budget peut recouvrir de multiples activités et missions autres que de soins. C'est le but des retraitements comptables opérés par les établissements à partir de leur compte administratif annuel qui permettent d'exclure les charges non liées à l'activité de soins. Néanmoins, si cette tâche est facile pour des secteurs physiquement identifiables et donc comptablement isolables (écoles, services de soins de suite ou de psychiatrie…), il n'en va pas de même dès lors qu'il s'agit d'isoler des charges liées à des missions fortement intriquées avec les soins eux-mêmes : enseignement des étudiants, recherche clinique, organisation de la permanence.

Pour les CHU, un coefficient conventionnel de 13% est appliqué pour minorer les charges considérant qu'environ 13% de celles-ci sont liées à la mission d'enseignement et de recherche (temps de soins plus long en raison de l'enseignement prodigué en même temps, plus fortes prescriptions d'actes liées à la recherche clinique, etc.). Les travaux menés dans le cadre de la T2A devraient conduire à moduler ce taux pour tenir compte de l'importance variable de cette mission d'un CHU à l'autre. Si leur état d'avancement n'a pas permis de finaliser une méthodologie pour l'exercice 2004, les premiers résultats suggèrent néanmoins clairement que le dispositif de modulation viendrait réduire les écarts de coûts bruts observés entre CHU.

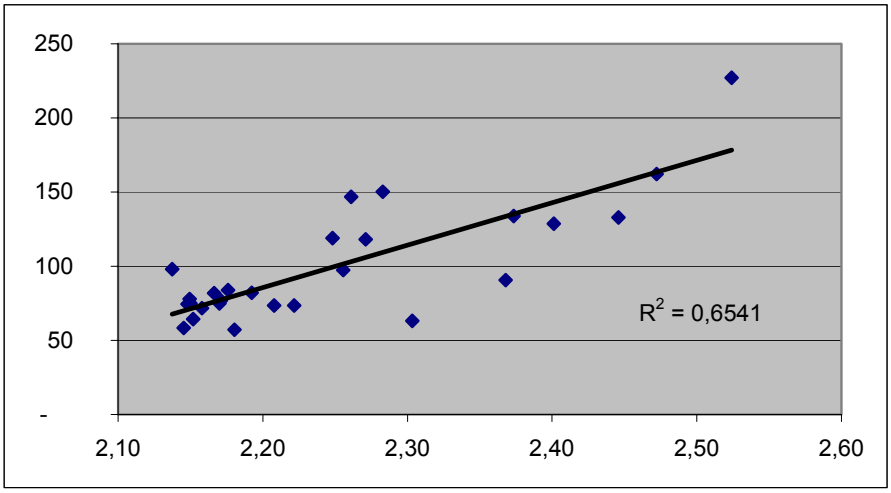
De même, la comparaison entre établissements publics et privés doit tenir compte des différences de missions, notamment en matière d'organisation de la permanence (induisant une part d'activité non programmée plus importante dans le secteur public), dont le coût est difficilement isolable à partir des seuls systèmes d'information comptable.

b2) le deuxième type de facteurs regroupe les éléments déterminés en dehors du champ d'action de l'établissement et qui influencent positivement ou négativement le niveau des coûts.

En matière de comparaison public / privé, le niveau des salaires constitue un des facteurs explicatifs des différences de coût. Les conflits sociaux qui se sont déroulés dans les cliniques privées en 2000 et 2001 se sont, du reste, développés à partir de la revendication de l'alignement des rémunérations. Les données de l'époque montraient ainsi un écart de 20% en faveur d'une infirmière diplômée d'Etat du secteur public par rapport à sa collègue du secteur privé à ancienneté égale.

L'entrée en vigueur en 2002 d'une nouvelle convention collective a réduit cet écart sans le supprimer totalement, en particulier en Province, où la pression sur les salaires liée à la pénurie de main d'œuvre et à la concurrence entre établissements est moins forte qu'en région Ile-de-France.

Au sein de chacun des secteurs public et privé, la T2A a conduit à s'intéresser aux facteurs de surcoûts liés à la localisation géographique. Là encore, si les travaux ne sont pas complètement achevés, il apparaît clairement qu'une partie non négligeable du surcoût des établissements publics ou privés de la région Ile-de-France ont une origine structurelle liées à la région : coût de l'immobilier, pression sur les salaires des employés qui répercutent le coût supérieur de la vie, absentéisme, contraintes sur les plannings liées aux temps de transport des agents.



Le graphique qui précède illustre, pour les établissements sous DG, la corrélation observée entre la valeur du point ISA (calculée ici en regroupant les établissements par département) et l'indice de coût de l'immobilier pour les départements qui présentent une valeur du point ISA supérieure à la moyenne nationale. Il témoigne du fait qu'une partie des écarts de coûts, notamment des établissements de la région Ile-de-France qui sont systématiquement parmi les plus coûteux, s'explique par l'existence de facteurs de surcoûts exogènes.

c) les facteurs de coûts propres aux établissements

Les facteurs de coûts propres aux établissements sont les seuls qui relèvent d'une analyse en termes d'écarts de productivité.

L'analyse des différents postes de coûts conduit à centrer rapidement l'analyse sur les charges de personnel et les charges de structures. Ces dernières sont pour l'essentiel le reflet de la politique d'investissement passé de l'établissement et sont peu variables à court terme. Compte tenu de l'état vieillissant du parc hospitalier, il ne semble par ailleurs pas souhaitable d'en faire une variable d'ajustement. Les dépenses de personnel constituent donc, de par leur poids, le facteur explicatif principal des écarts de coûts propres aux établissements.

Le poids variable des dépenses à caractère médical s'explique pour l'essentiel par les différences de *casemix* (cf. par exemple le poids important de ces dépenses dans les centres de lutte contre le cancer). Les dépenses à caractère hôtelier ont fait l'objet ces dernières années d'un effort de maîtrise qui tend à les rapprocher d'un niveau plancher commun à tous les établissements.

Comparaison des *casemix* des secteurs public et privé

Activités	Med / Chir	Hospit. > 24h		Hospit. < 24h	
		Public + PSPH	Privé OQN	Public + PSPH	Privé OQN
Chirurgie ORL, Stomato, Thyroide et Parathyroide	Chir	31%	**69%**	20%	**80%**
Chirurgie vasculaire "périphérique",	Chir	32%	**68%**	11%	**89%**
Chirurgie Ophtalmologique	Chir	33%	**67%**	19%	**81%**
Chirurgie appareil génital masculin	Chir	39%	**61%**	34%	**66%**
Chirurgie Urologique	Chir	43%	**57%**	29%	**71%**
Chirurgie gynécologique, sein	Chir	43%	**57%**	43%	**57%**
Chirurgie Viscérale	Chir	45%	**55%**	42%	**58%**
Stimulateurs cardiaques	Chir	47%	**53%**	ns	ns
Orthopédie, Traumatologie	Chir	47%	**53%**	29%	**71%**
Chirurgie Hépato-biliaire et Pancréatique	Chir	49%	**51%**	74%	26%
Chir. diverses : Traumatologie, Brûlures, Greffes, …	Chir	51%	49%	27%	73%
Neuro-chirurgie. Chirurgie du rachis,	Chir	55%	45%	ns	ns
Obstétrique: Accouchements, Césariennes	Chir	65%	35%	ns	ns
Obstétrique avec acte (hors acc et césar) IVG instrumentales, ambulatoi	Chir	65%	35%	65%	35%
Chirurgie cardio-thoracique (sauf transplantation cardiaque)	Chir	68%	32%	ns	ns
Séjours inclassables	Chir	74%	26%	ns	ns
Transplantations d'organes, greffes de moelle	Chir	100%	0%	ns	ns
Nouveau-nés, prématurés, affections de la période périnatale	Med	67%	33%	82%	18%
Hépato-Gastro-Entérologie	Med	69%	31%	23%	77%
Appareil génital masculin	Med	69%	31%	42%	58%
Gynécologie-Obstétrique (avortements "non instrumentaux"), Sénologie	Med	70%	30%	76%	24%
Surveillance d'état pathologique connu, Suivi thérapeutique, Rééducation	Med	70%	30%	ns	ns
Uro-Néphrologie (hors dialyses)	Med	74%	26%	56%	44%
Cardiologie	Med	75%	25%	72%	28%
ORL et Stomato	Med	78%	22%	49%	51%
Rhumatologie, Traumatismes, Traitements orthopédiques	Med	80%	20%	70%	30%
Divers sans acte: Traumatismes, Brûlures, Symptomes,...	Med	80%	20%	77%	23%
Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques,	Med	86%	14%	79%	21%
Dialyse, Epuration extra-rénale, y compris séances	Med	86%	14%	ns	ns
Pneumologie	Med	87%	13%	63%	37%
Diabète, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications)	Med	89%	11%	96%	4%
Chimiothérapie & Radiothérapie avec et sans séances	Med	89%	11%	ns	ns
Ophtalmologie	Med	91%	9%	78%	22%
Fièvre, Infection, Septicémie	Med	91%	9%	96%	4%
Neurologie,	Med	93%	7%	95%	5%
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	Med	93%	7%	98%	2%
Décés, Transferts immédiats	Med	97%	3%	87%	13%
V.I.H. sans acte	Med	99%	1%	ns	ns
TOTAL		**66%**	**34%**	**53%**	**47%**

Annexe 62 : Les réseaux de santé

1) La réalité que recouvrent les réseaux demeure complexe et difficile à appréhender dans sa globalité

Les réseaux de santé sont apparus il y a une trentaine d'années. En 1999, la Direction générale de la santé au Ministère de la santé recensait environ 800 réseaux très divers (réseaux alcool, VIH, toxicomanie, gérontologie, précarité, VHC, etc).

Une étude du CREDES[284] et du groupe IMAGE souligne que si, d'une part, le réseau est une structure d'organisation des activités du système de soins qui produit des services à des usagers/patients, d'autre part, c'est aussi une dynamique d'acteurs, un espace de créativité institutionnelle où peuvent se renégocier les rôles de chacun et s'inventer des solutions nouvelles.

Cette double finalité des réseaux s'est exprimée notamment dans le cadre des ordonnances du 24 avril 1996 qui ont institué en particulier :

- les réseaux inter-établissements (ancien article L. 6121-5 du code de la santé publique)

- une procédure d'agrément d'actions expérimentales en vue de promouvoir « des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins et de prévention » (ancien article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale).

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) liste à cet égard les attentes de ces réseaux par rapport aux principaux dysfonctionnements du système de soins :

- une meilleure adaptation du système de soins aux besoins des patients,

- un décloisonnement du système de soins (entre médecine de ville et établissements de santé, entre les champs médicaux et les autres, participation de certains acteurs non pris en charge en ville…)

- un accroissement de la compétence collective des professionnels de santé par une mise en commun plus efficiente de leurs expertises et savoir-faire (actions de formations, échanges de pratiques, élaboration de référentiels, mise en place de systèmes d'information centrés sur le patient …)

Le rôle des réseaux dans le système de soins a été encadré et réaffirmé dans le système de soins sous l'action conjuguée de :

- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui définit les réseaux de santé et les critères de qualité auxquels ils doivent répondre. Désormais, l'article L. 6321-1 du code de la santé publique dispose que « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. »

---

[284] « L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations. » Ouvrage collectif CREDES et IMAGE (ENSP) juin 2001

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 qui unifie et pérennise le financement des réseaux de santé dans le cadre d'une enveloppe nationale de développement des réseaux (qui représentait 45,86 M€ en 2003) répartie au niveau régional.

Malgré cette simplification, la réalité que recouvre les réseaux demeure complexe et difficile à appréhender dans sa globalité :

- certains réseaux continuent de bénéficier de financements informels (de mutuelles notamment) ou non pérennes (en effet, jusqu'en 2006, l'enveloppe nationale de développement des réseaux coexistera avec les financements du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville – FAQSV[285] - qui a pour mission de « financer des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville »),

- les pouvoirs publics envisagent dans certains cas la création de réseaux de santé comme un outil de structuration de l'offre de soins (cf. plan urgence de fin septembre 2003 qui prévoit que l'augmentation de la dotation nationale des réseaux en 2004 bénéficie en priorité au développement de réseaux gérontologiques, plan cancer 2003-2007 qui prévoit d'assurer d'ici 2007 la couverture de l'ensemble des régions françaises par un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins avec, au terme de quatre ans, l'obligation pour la pratique de la cancérologie de s'inscrire dans le cadre des réseaux). Toutefois, les réseaux de santé coexistent souvent avec des structures plus souples (cf. obligation de pratiquer les soins palliatifs dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile[286], l'équipe de soins palliatifs à domicile pouvant faire appel le cas échéant aux réseaux de santé[287]),

- une clarification des rôles respectifs de certains réseaux avec d'autres structures de coordination s'avère nécessaire. Ainsi, dans son rapport sur la sécurité sociale 2003, la Cour des comptes recommandait, dans le cadre de la coordination gérontologique, de clarifier les rôles des réseaux de santé pour personnes âgées, des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et des équipes APA (aide personnalisée à l'autonomie).

L'évaluation tant sanitaire que financière de l'action des réseaux reste par ailleurs à mener.

La Cour des comptes[288] souligne, dans le cadre de son étude des réseaux gérontologiques et des actions du FAQSV, que malgré la place centrale de l'évaluation, et parfois jugée excessive[289], dans les textes définissant les procédures de développement et de financement des réseaux, cette question reste entière aujourd'hui.

---

[285] article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999

[286] article L. 1111-3 du code de la santé publique

[287] article R. 162-1-10 du code de la sécurité sociale

[288] rapport sur la sécurité sociale, 2003, Cour des comptes. En ce qui concerne les réseaux financés par le FAQSV, la Cour note qu'aucun cadre national d'évaluation n'a été établi, ni d'ailleurs aucun logiciel de remontées d'informations vers la CNAMTS et d'échanges avec les autres régions. Aucune méthodologie n'a été définie pour étudier l'impact économique des projets aidés sur les consommations de soins. 41% des dossiers acceptés n'indiquent pas le nombre de professionnels concernés et 46% ne mentionnent pas d'objectif de nombre de patients.

[289] La CNAMTS, en particulier dans le cadre des actions financées par le FAQSV, s'est interrogée sur le fait que les exigences d'évaluation imposées aux réseaux pouvaient sembler démesurées par rapport à ce qui est demandé aux autres acteurs de santé.

2) Les réseaux financés sur la dotation régionale de développement des réseaux et par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

Il existe à ce jour deux sources principales d'information concernant les réseaux et correspondant à deux sources de financements :

- les agences régionales de l'hospitalisation pour les réseaux financés sur la dotation globale et depuis décembre 2002 sur la dotation régionale de développement des réseaux

- la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour le fonds d'aide à la qualité des soins de ville

a) Réseaux reconnus par les agences régionales de l'hospitalisation

Région	*Nombre de réseaux*
ALSACE	5
AQUITAINE	7
AUVERGNE	8
BASSE-NORMANDIE	6
BOURGOGNE	18
BRETAGNE	10
CENTRE	10
CHAMPAGNE-ARDENNE	4
CORSE	5
FRANCHE-COMTE	11
GUADELOUPE	5
HAUTE-NORMANDIE	10
LANGUEDOC-ROUSSILLON	13
LIMOUSIN	4
LORRAINE	11
MARTINIQUE	5
MIDI-PYRENEES	6
NORD-PAS-DE-CALAIS	8
PAYS DE LA LOIRE	7
PICARDIE	6
POITOU-CHARENTES	11
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	6
RHONE-ALPES	6
TOTAL	**182**

b) Réseaux financés par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville

	diabète	gérontologie	cardiologie	Cancérol.	Soins palliatifs	périnatalité	Sida	Psychiatrie	urgences
2000	13	13	1	8	14	5			5
2001	31	19	5	12	25	9	3	2	1
	30	28	5	12	33	9			7

	IRC[290]	Polypathologie	Insuf.respir.	précarité	obésité	Addictions	Asthme	Hépatite C
2000								
2001	2	11	1	2	3	16	2	4
Total		1	1	2	2	5		4

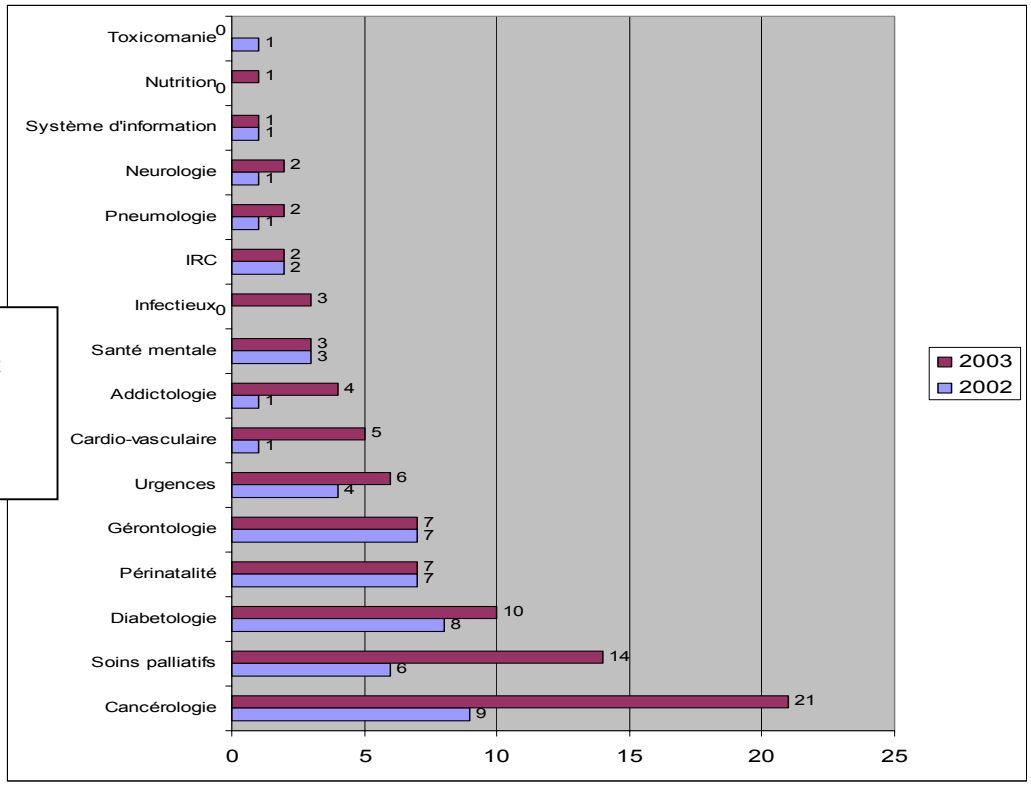
	Handicap	Douleur	AVC	Dentaire	HTA	autres	TOTAL
2000						30	89
2001	2	2	2	1	1	5	158
TOTAL						35	247

3) Réseaux et santé publique

Les champs thématiques prioritaires au niveau national affirmés dans les plans gouvernementaux sont les suivants : la périnatalité, le cancer, les soins palliatifs/douleur, les personnes âgées (cf. circulaire relative aux filières gériatriques et approche territoriale), les urgences et la permanence des soins, l'insuffisance rénale chronique et le diabète, les maladies cardiovasculaires, la santé mentale, les enfants et les adolescents, le handicap (soins de suite et de réadaptation).

Les réseaux de santé bénéficiaires d'un financement de la dotation nationale de développement des réseaux tels qu'ils ont pu être recensés (88 au 31 août 2003, 176 à ce jour suivant le recensement en cours), correspondent bien aux priorités nationales de santé publique, déclinées au niveau régional. Ainsi, les réseaux de cancérologie sont les plus grands bénéficiaires, suivis des réseaux de soins palliatifs, de prise en charge du diabète, des urgences, des personnes âgées et de la périnatalité.

Répartition thématique des réseaux bénéficiant d'un financement sur la DNDR (recensement établi au 31 août 2003



[290] IRC = Insuffisance rénale chronique ; AVC = Accident vasculaire cérébral ; HTA = hypertension artérielle

Les expérimentations agréées
dans le cadre de la procédure ex-article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

Projet	Promoteur	Thème	Zone géographique	Arrêté
Prophylaxie et soins dentaires chez l'enfant	CCMSA + CNSD	prévention bucco-dentaire chez les enfants de 7 à 12 ans	national	03/09/98
Partenaires Santé	GROUPAMA + CCMSA	soins ambulatoires	Allier, Côtes d'Armor, Pyrénées Atlantiques	30/09/99
ESPOIR	Association Aider et Osmose	insuffisance rénale chronique	Bourgogne et Franche-Comté	26/11/99
Soins palliatifs 65	CPAM Tarbes	soins palliatifs	Hautes-Pyrénées	30/09/99
Soins palliatifs 65 (extension à la MSA)	CPAM Tarbes	soins palliatifs	Hautes-Pyrénées	17/10/00
ONCORESE	CPAM Tulle	soins palliatifs et chimiothérapie	Corrèze	26/11/99
Lens	CPAM de Lens + Médéric+ Prévéa	Réseau global d'exercice	Bassin de vie de Lens	01/08/00
Réseau gérontologique	CCMSA	personnes âgées	19 sites	30/03/00
RESOPAD 43	Association RESOPAD 43	soins palliatifs	Haute-Loire	17/10/00
PARAD	CPAM 63	alcool	Auvergne	06/12/00
Soins palliatifs du Faucigny	Association « Unité pilote de soins palliatifs à domicile du Faucigny »	Soins palliatifs à domicile	Haute-Savoie	23/03/01
GT69	Association GT 69 + CPAM de Lyon	Toxicomanie	Lyon	02/08/01
REDIAB	Association REDIAB + CPAM 62	Diabète	Pas de Calais	24/08/01
REVEDIAB	Dpts 91 et 94	Diabète	Essonne et Val de Marne	02/08/01
SPOD	CHU Limoges + CPAM 87	Surveillance post-opératoire à domicile	Dpt 87	02/08/01
Pays de Retz	Association de Gérontologie Clinique de l'Estuaire de la Loire (AGCEL)	Personnes âgées	Pays de Retz	07/11/01
Douleur 77	Association Douleur 77	Douleur chronique	Seine et Marne	19/12/01
Diabète 49	CPAM Angers + Cholet + Mutualité de Cholet	Diabète	Maine et Loire	19/12/01
Prévention des risques liés au vieillissement	CPAM 06 + Mutualité Française	Prévention et dépistage des pathologies chez les 70 ans et +	Bassin de Nice	19/12/01
AMLUV 58	Association AMLUV 58	Prise en charge des urgences vitales à + de 30 minutes d'un SMUR	Nièvre	19/12/01

Annexe 63 : L'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire[291]

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation avec hébergement. C'est avant tout une **chirurgie programmée et organisée autour du patient** lui permettant de regagner son domicile le jour même de son intervention. Tous les patients ne sont pas éligibles à la chirurgie ambulatoire. Ils doivent répondre à un certain nombre de critères médicaux et surtout psychosociaux et environnementaux (accès rapide à un téléphone, éloignement du domicile de moins d'une heure d'un établissement de santé, compréhension suffisante de ce qui est proposé,etc.).

Comparativement aux autres pays de l'OCDE, la France accuse un important retard en matière de développement de la chirurgie ambulatoire. Alors qu'aux USA, 94 % des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire, 85% au Canada, 78% au Danemark, 67% en Hollande et 60% en Grande Bretagne, seulement 30%[292] sont pratiqués en ambulatoire confinant **la France au 12ème rang (sur 14)** en termes de développement. Pourtant, selon l'Académie Nationale de Médecine, ce mode de prise en charge apparaît bénéfique en termes d'organisation, est synonyme d'économie de temps et de ressources. Une amélioration du service rendu au patient est attendue en contribuant à son confort et à la qualité de ses soins par une suppression des hospitalisations inutiles et une réduction des infections nosocomiales.

La CNAMTS a piloté une grande enquête nationale de santé publique dans le cadre du programme national inter-régimes de gestion du risque sur la période 2001-2003. Il s'agit de la plus grande enquête jamais entreprise à ce jour sur ce thème. Elle a mobilisé environ 500 médecins conseils des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes), 200 agents des caisses régionales et 40 personnes au niveau national. L'enquête s'est déroulée dans environ 1300 des 3076 établissements de santé de France. 34 000 dossiers de patients ont été examinés, 29 000 entretiens téléphoniques menés, 5000 questionnaires d'opinion exploités et plus de 15 000 mots analysés, 6000 patients sélectionnés pour l'étude des dépenses.

Cette enquête a permis d'identifier très précisément les besoins de la population en matière de chirurgie ambulatoire, de déterminer l'offre de soins la plus adéquate pour répondre à ces besoins, de connaître les points de vue des acteurs et des patients et enfin d'évaluer le coût de ce mode de prise en charge chirurgicale.

1) Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire en France en 1999

On note un important déséquilibre entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Le secteur privé sous Objectif Quantifié National (OQN) disposait, en 1999, de 81% des places de chirurgie ambulatoire installées et réalisait 87% des interventions chirurgicales en ambulatoire. En revanche, le secteur public sous dotation globale (DG) comportait 19% des places installées et réalisait

---

[291] Cette note est une synthèse de l'enquête publiée par la CNAMTS en septembre 2003 : « *Chirurgie ambulatoire, une pratique appréciée par les patients et moins coûteuse pour la collectivité* »

[292] En 1999 2,2 millions d'interventions chirurgicales ont été pratiquées en chirurgie ambulatoire et 5,1 millions en hospitalisation complète.

13% des interventions chirurgicales en ambulatoire. Par ailleurs, il existe une très grande disparité des pratiques professionnelles selon les régions (exemple pour la chirurgie de la cataracte : 58% sont réalisés en ambulatoire en Poitou Charentes contre seulement 11% en Haute Normandie).

2) Analyse des besoins de la population en 2001

Ce volet de l'enquête a permis de déterminer, pour chaque région administrative et pour chacune des 18 interventions chirurgicales explorées, le potentiel d'activité aujourd'hui réalisée en hospitalisation avec hébergement et qui serait transférable vers l'ambulatoire.

Il existe en France un très important potentiel de substitution vers l'ambulatoire. Dans le cas de la cataracte, où 73% des interventions nécessitent encore une hospitalisation en France, la proportion d'interventions pouvant être réalisée en ambulatoire pourrait se situer à terme entre 70 et 90%[293] ; de même dans le cas des cures de hernies inguinales ou crurales le taux de chirurgie ambulatoire pourrait au moins être multiplié par dix chez l'adulte[294] ; la grande hétérogénéité de la pratique de la chirurgie ambulatoire en France selon les établissements renforce l'idée d'un potentiel de développement important[295]. A titre d'exemple, le potentiel de substitution de la chirurgie de la cataracte en Ile de France est de 32%, celui des extractions dentaires en Basse Normandie de 79% et celui de l'arthroscopie du genou en Alsace de 49%.

Il faut signaler que le taux plafond de développement auquel on pourrait aboutir pour la chirurgie ambulatoire en France correspond aux niveaux de développement observés dans les pays de l'OCDE qui ont largement développé la chirurgie ambulatoire.

3) Analyse de l'offre de soins en 1999

A partir de requêtes nationales sur les systèmes d'information dont le PMSI, un outil d'aide à la décision a été construit en vue de déterminer, parmi les 1300 établissements de santé français, les établissements « potentiellement porteurs » d'un développement de la chirurgie ambulatoire.

33 % des établissements sous OQN et 35 % des établissements sous DG ont été définis comme « potentiellement porteurs » d'une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines chirurgicales. Appliqué à des données plus récentes, cet outil pourrait contribuer à suivre les pratiques de chirurgie ambulatoire et à accompagner de façon plus pertinente son développement.

---

293 LE GUELLEC et *alii*, « Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999 », CREDES, *Bulletin d'information en économie de la santé*, 2001.

294 LE GUELLEC et *alii*, « Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire – l'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales », CREDES, *Bulletin d'information en économie de la santé*, 2000.

295 LE GUELLEC, « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », CREDES, *Bulletin d'information en économie de la santé*, 2002 : pour un même geste, les taux de chirurgie ambulatoire diffèrent fortement d'un établissement à l'autre : certains ont des taux élevés, prouvant qu'ils ont adapté leur organisation à la pratique de la chirurgie ambulatoire, d'autres n'opèrent qu'en hospitalisation complète avec une durée de séjour plus ou moins longue.

Les principaux facteurs explicatifs du niveau de développement de la chirurgie ambulatoire qui ont été retrouvés sont pour la plupart liés aux établissements. Ces facteurs concernent l'organisation, le volume d'activité, la taille, le case-mix, la notoriété, la spécialisation et la stratégie gestionnaire de l'établissement.

4) Point de vue des acteurs en 2001

Les déclarations des patients contactés par téléphone montraient un taux de satisfaction de la chirurgie ambulatoire dans plus de 90% des cas.

Par ailleurs, une enquête d'opinion auprès des acteurs de terrain (directeurs, chirurgiens, médecins et infirmiers) travaillant dans les établissements de santé a permis de recueillir les freins et les leviers au développement de la chirurgie ambulatoire tels qu'ils étaient ressentis et exprimés. Plus de 4700 questionnaires recueillis dans les 1300 établissements de santé ont été analysés.

Les résultats montrent que le patient n'apparaît pas au centre du discours des divers répondants, à l'exception des responsables des soins infirmiers. Ces derniers sont les seuls à manifester une vision orientée vers le patient s'inscrivant dans une démarche d'information large auprès de tous les acteurs. Cette étude a montré la différence des problématiques entre le secteur privé et le secteur public témoignant de deux stades de développement de la chirurgie ambulatoire : le secteur privé est dans une phase d'industrialisation du processus et de développement, le secteur public n'en est qu'aux prémices. Cela confirme que le mode d'allocation des ressources, ainsi que la réglementation vécue différemment par les deux secteurs, peuvent être à l'origine de freins au développement de la chirurgie ambulatoire.

Il n'y a aucun fait régional particulier. La problématique résulte surtout de différences culturelles ou de formation des acteurs, en particulier dans le secteur public où la logique de « chefferie de services » et de gestion patrimoniale des lits se heurte au développement de la chirurgie ambulatoire.

5) Etude des dépenses de l'assurance maladie en 2001

L'étude a eu pour objectifs de comparer les dépenses de l'assurance maladie liées à la prise en charge en hospitalisation complète et en ambulatoire et d'étudier les éventuels transferts de dépenses entre les enveloppes soins de ville et hospitalières qui feraient suite au développement de la chirurgie ambulatoire.

Cinq activités chirurgicales parmi les plus fréquemment pratiquées ont été retenues (arthroscopie du genou, intervention sur le canal carpien, intervention sur les varices, opération de la cataracte, extraction de 2 dents de sagesse). L'étude a pris en compte l'ensemble des dépenses à la charge de l'assurance maladie dans une période couvrant trois semaines avant l'intervention jusqu'à deux mois après.

Il ressort de l'analyse que les séjours pris en charge en ambulatoire coûtent moins cher à l'assurance maladie que les séjours en hospitalisation complète. Ce différentiel est, selon les actes, compris entre 7 % et 26 % dans le secteur privé et entre 25 % et 51 % dans le secteur public. Ce différentiel s'observe évidemment pour la période d'hospitalisation elle-même mais également pour les périodes en amont et en aval de l'intervention. C'est-à-dire qu'une personne opérée par chirurgie ambulatoire mobilise en moyenne avant, pendant et après son intervention moins de ressources qu'une personne opérée traditionnellement. Le différentiel sur les soins de ville témoignerait d'un effet « pratique médicale » ou « structure », la consommation de soins de ville augmentant avec la durée de séjour, à pathologies identiques.

La prise en charge en chirurgie ambulatoire n'est donc à l'origine d'aucun déport de dépenses réalisées pendant le séjour hospitalier vers les périodes antérieures ou postérieures au séjour hospitalier. Il n'existe ainsi pas de phénomène d'externalisation des dépenses, lié à la chirurgie ambulatoire.

Pour les cinq actes et sur la population étudiée, la prise en charge en chirurgie ambulatoire diminue les dépenses d'assurance maladie. L'estimation au niveau national des économies potentielles pour les cinq interventions chirurgicales étudiées est de 100 millions €.

Annexe 64 : hospitalisation à domicile, maintien à domicile

Les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle se sont développées récemment dans la plupart des pays développés, notamment aux Etats-Unis et au Québec (« virage ambulatoire »[296]). La note suivant en fait une présentation ainsi pour la France.

1) Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation

L'article R 712-2-1 du code de la santé publique, inséré par décret du 2 octobre 1992, précise quelles sont les structures de soins *alternatives* à l'hospitalisation, c'est-à-dire ayant pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée :

- ***les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit***, permettant la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale ;
- ***les structures dites d'hospitalisation à domicile*** (HAD), assurant au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile (soins à domicile – SAD) par la complexité et la fréquence des actes ;
- ***les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire***, d'effectuant, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire[297].

2) L'hospitalisation à domicile (HAD)

Le développement de l'HAD peut répondre à la fois à une exigence d'amélioration de la qualité des soins (infections nosocomiales moindres) et de la qualité de vie du patient (en lui proposant un retour précoce à domicile ou bien en supprimant des séjours hospitaliers lorsque son état de santé le permet), une volonté de rationalisation économique de la production de soins (le transfert d'activité de l'hôpital vers la ville permettant de recentrer l'activité hospitalière sur les activités les plus pointues), ou encore à un objectif d'équité dans l'offre géographique de soins.

En France, l'HAD existe depuis les années 1970, et est reconnue comme une véritable alternative à l'hospitalisation classique depuis 1992[298]. Une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du 30 mai 2000 est venue encadrer le champ d'intervention (admission en HAD justifiée par la charge en soins et le niveau de spécialisation) et le fonctionnement de l'HAD (existence d'un projet thérapeutique, médecin coordonnateur, accompagnement psychosocial, soins palliatifs…).

---

296 Cf. notamment BOCAGNANO et *alii*, « Développer la chirurgie ambulatoire : le cas du Québec », CREDES-AHQ, 1997.

297 Voir l'annexe spécialement consacrée à la chirurgie ambulatoire

298 COM-RUELLE et *alii*, « L'hospitalisation à domicile à l'aube du 3ème millénaire », CREDES, 2000.

Les services d'HAD peuvent soit dépendre d'un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier (PSPH), soit être gérés par des associations loi de 1901. Dans le cas de services dépendants d'un établissement public ou PSPH, l'HAD entre dans la catégorie des alternatives à l'hospitalisation et dépend à ce titre de l'ONDAM hospitalier. Le financement est alors intégré à la dotation globale hospitalière et les personnels de l'HAD « appartiennent » à l'hôpital[299].

Dans le cas de services d'HAD gérés par des associations, des conventions doivent être signées entre ces services et les établissements qui adressent habituellement des patients au service d'HAD. Les conventions liant les structures d'HAD et les établissements de santé doivent prévoir l'élaboration de projets thérapeutiques, les modalités de liaison avec le médecin traitant, les ré-hospitalisations et la prise en charge des urgences. Ce type d'HAD est financé selon un forfait journalier, dont le montant varie suivant les conventions.

Par ailleurs, le financement des structures HAD souffre aujourd'hui d'une trop grande opacité, source de disparités entre les structures et d'inégalités dans les prises en charges.

Etat des lieux

En 2002, le nombre total de structures d'HAD en France s'élève à 108 contre 68 en 1999, soit une augmentation de 58 % en 3 ans. Sur la période 1999-2002, le nombre de places autorisées varie de 3908 à 4739 et le nombre de places installées progresse de 3832 à 4206.

La part des structures publiques (dont PSPH) est stable entre 1999 et 2002 (respectivement 66 % contre 67 %). Deux grosses régions concentrent un nombre important de structures : l'IDF avec 12 structures, PACA avec 13.

En 1999, la répartition des structures d'HAD sur le territoire était très inégale puisque 52 départements n'en comptaient aucune. Le développement des HAD était exclusivement urbain.

En 2002, 33 départements ne disposent encore d'aucune place. Cependant, les structures nouvellement créées sont situées majoritairement dans des départements totalement dépourvus d'HAD, souvent peu urbanisés, ce qui témoigne d'un certain rééquilibrage territorial.

Les deux tiers des structures sont sous dotation globale, un tiers au prix de journée (non OQN). Les prix de journée négociés avec chaque ARH recouvrent des prestations variables d'une structure à l'autre. Ainsi, les honoraires du médecin de ville ne sont intégrés dans la dotation globale ou dans le prix de journée, que dans un tiers des cas.

Ce dispositif paraît peu lisible et incitatif tant pour les promoteurs que pour les agences régionales d'hospitalisation qui doivent négocier les tarifs sans cadre de référence. Cette faible lisibilité explique pour partie les réticences des ARH à créer des HAD.

Le développement de l'hospitalisation à domicile a été réservé, jusqu'à présent, aux structures non lucratives, hospitalières et associatives.

Par ailleurs, alors que l'hospitalisation à domicile est destinée à écourter ou éviter une hospitalisation, ce qui suppose une prescription possible et même souhaitable par les médecins libéraux, seuls 10 % de prescripteurs d'HAD sont des médecins libéraux.

---

[299] A partir de 2005, les services de HAD seront soumis à une tarification à l'activité ; cf. PLFSS 2004 et COM-RUELLE et *alii*, « Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile », CREDES, *Questions d'économie de la santé*, 2003.

2003 est ainsi une année charnière à plusieurs titres pour l'HAD. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé rénove en profondeur les règles de planification de cette alternative :

- dès à présent, la carte sanitaire n'est plus opposable aux promoteurs d'HAD : il n'est plus nécessaire de fermer des lits d'hospitalisation complète pour créer des places.
- le « taux de change » – fermeture d'1 voire 2 lits pour 1 place d'HAD – est supprimé.
- cette problématique est intégrée dans les Schémas Régionaux d'OrganisationS.

La rénovation de la tarification de l'HAD, actuellement en cours, permettra de supprimer les inégalités tarifaires, d'harmoniser les prestations, et de mieux prendre en compte l'activité réelle.

Le Plan Cancer de 2003 prévoit de mettre en place d'ici cinq ans 2 000 places supplémentaires d'HAD, par création et reconversion.

En pratique, les patients ayant recours à l'HAD sont pour 86% d'entre eux atteints d'une affection de longue durée (ALD) : 22% des admissions se font pour chimiothérapie, 18% pour soins palliatifs, 14% pour pansements complexes, 9% pour traitements anti-infectieux, 9% pour dépendance, et 4% pour surveillance de grossesse.

Aspects économiques de l'HAD

Plusieurs études ont été conduites sur l'HAD en France[300]. Elles ont permis de mieux analyser le coût de l'HAD, et elles mettent en évidence :

- la préférence des patients pour les HAD par rapport à l'hospitalisation traditionnelle ; 90,9% des hommes et 87,6% des femmes se disaient satisfaits ou très satisfaits de l'HAD dans l'enquête menée en France en 1992[301] ;

- l'existence d'un différentiel de coût important : en ce qui concerne la chimiothérapie antinéoplastique., l'HAD, sous l'hypothèse de prix de médicaments identiques en ville et à l'hôpital, est 46% moins coûteuse que l'hospitalisation de jour, du fait de coûts de structure 6 fois moins importants. De manière plus générale le coût moyen global de l'HAD est d'environ 140€ par jour[302]. Les travaux du CREDES mettent en évidence les économies pour l'assurance maladie générées par l'HAD[303].

---

[300] REMONNAY et *alii*, « Evaluation économique de l'administration de chimiothérapie antinéoplastique à domicile ou en milieu hospitalier », 2001. COM-RUELLE et *alii*, « Les patients hospitalisés à domicile en 1992 », CREDES, 1994

[301] COM-RUELLE et *alii*, « Pourquoi et comment mesurer la satisfaction du patient hospitalisé à domicile ? », Intervention à la journée de rencontre des professionnels de santé d'Ile-de-France, CREDES, 2000.

[302] Ce coût englobe les prestations incluses dans le prix de journée des structures d 'HAD (119€) et les éventuelles consommations remboursées en sus par l'assurance maladie (21€, soit 15% du total). Le coût médical direct, c'est-à-dire le coût des soins délivrés au patient, représente environ 70% du coût global, soit 98€. Les 30% restants se répartissent entre la coordination médico-sociale (temps consacré par l'équipe de l'HAD aux tâches de coordination) et les frais de fonctionnement de la structure d'HAD. Les soins infirmiers rassemblent 39% du coût médical direct, suivis de la pharmacie (21%) et du matériel médical (18%). Cf. COM-RUELLE et *alii*, « Le coût de prise en charge en HAD », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, 2003 :

[303] COM-RUELLE et *alii* (1994), et COM-RUELLE et *alii*, « L'hospitalisation à domicile, une réalité économique », CREDES, 2000.

3) Le maintien à domicile

Le développement des soins à domicile (SAD) et le maintien à domicile, aujourd'hui facilité par l'innovation technologique, apportent une réponse intéressante dans un contexte de vieillissement des populations. En termes économiques, une étude française portant sur le cancer[304] a ainsi comparé les coûts réels des soins effectués au domicile du patient aux coûts qu'aurait dû supporter l'hôpital en l'absence de SAD. Cette étude illustre que pour la chimiothérapie, les soins palliatifs et les autres soins ponctuels (immunothérapie, alimentation parentérale, antibiothérapie, nursing…), les coûts supportés par l'hôpital auraient été respectivement 1,4, 2,9 et 2,5 fois plus élevés que les coûts engendrés par une prise en charge à domicile[305]. Au total, l'externalisation de l'activité hospitalière de cancérologie en SAD serait 2,6 fois moins coûteuse que la prise en charge à l'hôpital.

Le maintien à domicile nécessite le plus souvent à la fois des soins infirmiers et l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Son développement suppose donc une bonne coordination entre les personnels infirmiers et les services d'aide au maintien à domicile.

Ces services d'aide à domicile comprennent des associations ainsi que les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CIAS et CCAS) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) financés par l'assurance maladie. Ils emploient des aides ménagères et des auxiliaires de vie, regroupés depuis mars 2002 sous l'appellation d'*auxiliaire de vie sociale*, ainsi que des techniciens de l'intervention sociale et familiale. En pratique, ce sont les personnels infirmiers qui peuvent proposer et encadrer l'intervention des services d'aide au maintien à domicile.

Une étude[306] menée par le CREDES à l'automne 2001 souligne toutefois le mauvais fonctionnement actuel de la coordination entre les infirmiers libéraux et le secteur de l'aide à domicile. Les infirmiers libéraux ont une connaissance imprécise des différents intervenants du secteur de l'aide à domicile. Un infirmier sur dix déclare ainsi ne pas connaître les attributions des intervenants sociaux dans sa zone géographique. Les infirmiers décrivent des contacts malaisés avec le secteur social ; la famille et le médecin traitant restent ses correspondants privilégiés. Les délais d'intervention sont souvent jugés trop longs, et pour 14 %des patients, les prises de contact n'aboutissent à aucune solution. La dépendance vis-à-vis de la toilette apparaît comme centrale du fait de sa forte prévalence et des débats actuels sur les professions compétentes pour la prendre en charge.

Dans une étude portant spécifiquement sur les SSIAD, la CNAMTS[307] a également relevé des dysfonctionnements dans leur intervention en faveur du maintien à domicile. Notamment, la prise en charge assurée par les SSIAD semble dans certains cas être insuffisante : ainsi dans le Var en janvier 2002 un tiers des patients ne relevaient pas d'une prise en charge en SSIAD, compte tenu de leur état de dépendance et de leurs besoins en soins. Des actes infirmiers prescrits par le médecin n'étaient pas réalisés dans un tiers des cas. Enfin, chez 28 % des patients les familles participaient aux soins d'hygiène, alors que ces soins constituent la principale prise en charge des patients à domicile.

---

304 REMONNAY et *alii*, «Traiter le cancer à domicile ou à l'hôpital : quels coûts pour l'assurance maladie?», 2001.

305 Cette étude se limite aux coûts supportés par l'assurance maladie, sans tenir compte notamment des coûts indirects supportés par le patient et par son entourage.

306 COM-RUELLE et *alii*, *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d 'aide au maintien à domicile*, Questions d'économie de la santé n°55, CREDES 2002.

307 CNAMTS, *Faits marquants*, 2003.

La démarche de soins infirmiers (DSI)

Afin d'améliorer la coordination des intervenants entre soins infirmiers et structures d'aval, un dispositif nouveau a été mis en place : la démarche de soins infirmiers (DSI). Cette démarche a été négociée entre les caisses d'assurance maladie et la profession infirmière dans le cadre de la convention nationale infirmière (février 2002)

La DSI est destinée à favoriser le maintien à domicile de 350 000 personnes en situation de dépendance, temporaire ou permanente, quel que soit leur âge, en améliorant l'articulation avec les médecins traitants et en favorisant le recentrage de l'activité des infirmières sur leur activité la plus spécifique, tout en les autorisant à prodiguer aux patients des soins personnels.

L'élément principal de la DSI consiste à réaliser un programme de soins personnalisés. Ce programme est déterminé par l'infirmière libérale, en collaboration avec le médecin traitant.

Concrètement, quatre types d'actes sont prévus pour les soins infirmiers à domicile :

- La démarche de soins infirmiers proprement dite, qui conditionne la réalisation et le remboursement des trois autres. Prescrite par le médecin, il s'agit de la planification par l'infirmier libéral (nature, fréquence et durée des soins à réaliser), pour une durée de trois mois maximum, des actes nécessaires au maintien du patient dans son cadre de vie (domicile ou établissement d'hébergement). L'infirmier propose sa prescription d'actes au médecin, qui la valide.

- Les séances de soins infirmiers. Elles concernent les actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne.

- La mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée, lorsque le patient ne nécessite pas de soins infirmiers. Il s'agit de séances au cours desquelles l'infirmier libéral aide le patient à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux. L'infirmière accompagne la personne et son entourage dans leur recherche d'une aide à domicile. Dans l'attente de l'intervenant voulu, elle peut assurer elle-même cette prise en charge, pendant une durée de trois mois maximum.

- Les séances hebdomadaires de surveillance clinique infirmière et de prévention. Ce sont des séances de contrôle des paramètres du patient (mobilité, etc.), de l'observance, des conditions de sécurité et de confort, ou de contrôle d'un éventuel programme d'aide personnalisée. Ces séances n'interviennent qu'après des périodes de séances de soins infirmiers ou après la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée.

L'accord de février 2002 complété par l'arrêté du 28 juin 2002 modifiant la Nomenclature générale des Actes professionnels (NGAP) s'est traduit par une revalorisation de 10% des soins infirmiers et par une rémunération spécifique de 15€ pour la réalisation du bilan de soins infirmiers (15€ pour la première DSI, 10€ pour les suivantes).

Annexe 65 : La prise en charge des urgences

1) Organisation de la prise en charge des urgences dans les établissements de santé

La réorganisation du dispositif d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé découle des décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997. Elle est entrée pleinement en vigueur en 2000, après l'adoption des schémas régionaux d'organisation sanitaire dans toutes les régions et la délivrance jusqu'en 2001 des autorisations désormais requises pour exercer cette activité.

Le nombre d'unités ou services autorisés pour l'activité de soins urgences est en progression : de 597 au 31 décembre 2000, ils sont aujourd'hui 624, répartis en 497 établissements publics ou participant au service public hospitalier (PSPH), financés sous dotation globale, et 127 établissements privés, sous objectif quantifié national (OQN).

Ces 624 autorisations (dont la répartition géographique est décrite dans une carte ci-jointe) sont réparties ainsi en :

- 37 pôles spécialisés (POSU)[308] ; ces pôles assurent les urgences spécialisées en rapport avec leur plateau technique et leurs disciplines d'équipement (19 POSU sont dédiés à la pédiatrie et 1 à la traumatologie) ;

- 208 services d'accueil et traitement des urgences (SAU) ; ils ont l'obligation d'assurer la prise en charge sur place de tous les types d'urgence qui se présentent à eux ; ils ont simultanément une mission d'appui et de recours à l'égard des unités de proximité et des POSU situés au sein du même bassin de population ;

- 379 unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU)[309], dont le nombre et la répartition permet de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Contrairement aux SAU, ces unités ne doivent pas nécessairement disposer d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et peuvent réorienter des patients dans le cadre de contrats-relais avec tout autre établissement de santé qui dispose des compétences et des moyens pour traiter sans délai des patients orientés vers lui.

Deux tiers des passages aux urgences sont pris en charge dans des SAU[310].

---

[308] 54 % des POSU sont situés dans des établissements publics ou PSPH, 46% sont situés dans des établissements privés à but lucratif dont, 6 sont spécialisés en cardiologie, 5 en chirurgie cardiaque, 5 en chirurgie de la main, 1 en chirurgie vasculaire.

[309] Cette dernière catégorie est celle qui a le plus augmenté (358 UPATOU étaient autorisées en janvier 2001, ce qui représente une augmentation de + 6%)

[310] DREES, Etudes et résultats, n°212 (janvier 2003) « Les usagers des urgences –Premiers résultats d'une enquête nationale ».

A partir de 1999, la politique des urgences a été soutenue par l'attribution de crédits fléchés au niveau national. La réorganisation du dispositif d'urgences a été également financée d'une part, par les efforts de redéploiement des établissements, et d'autre part, par les crédits dégagés au sein des dotations régionales des dépenses hospitalières par les agences régionales de l'hospitalisation

Les effectifs des services d'urgence ont été considérablement renforcés sur la période 1999/2002. Au total, sur la période, les effectifs de personnel médical ont été augmentés de plus de 900 postes et les effectifs de personnel non médical de près de 1500 postes, ce qui a représenté plus de 83 M€.

Le renforcement des services d'urgence a continué d'être en 2003 une des premières priorités des ARH, le bilan effectué en fin d'exercice permettra d'évaluer le montant des crédits qu'elles y ont consacré.

Par ailleurs l'investissement des services d'urgence a pu bénéficier du fonds d'investissements pour la modernisation des établissements qui a accordé des subventions d'un montant de 23 M€ en 2000 et 35,3 M€ en 2002 aux opérations consacrées à l'amélioration de l'accueil des patients et à l'organisation des soins des services d'urgence.

2) Une activité croissante des services d'urgence[311]

Le nombre de passages aux urgences dans les sites d'urgence autorisés a crû de 64% entre 1990 et 2001 pour atteindre 12,34 millions en 1999 et 13,4 millions en 2001.

a) La population privilégie l'hôpital en cas d'urgence médicale.

Les établissements de santé privés prennent en charge 12% des urgences[312]. Le recours à l'hôpital s'expliquerait notamment parce que les patients craignent que les services d'urgence des cliniques leur coûte cher (ils craignent d'être moins bien remboursés) ou par manque d'informations sur l'existence même de ces services d'urgences.

b) Le recours aux urgences est segmenté en fonction de l'âge.

Ainsi, le recours aux urgences est particulièrement élevé chez les enfants de moins de un an (par rapport à leur part dans la population générale, ils sont proportionnellement 15 fois plus nombreux dans la clientèle des urgences), les urgences semblant utilisées par les parents de nourrissons comme une porte d'entrée à une consultation médicale de pédiatrie. En ce qui concerne les patients de plus de 70 ans, les urgences joueraient le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée. Les personnes de plus de 80 ans en particulier (qui représentent 38% de la clientèle des urgences et qui ont, dans deux tiers des cas, bénéficié d'une orientation médicale préalable) sont généralement adressées par un médecin pour être hospitalisées et arrivent seuls, souvent le matin alors que les sorties

311 Les données de ce paragraphe sont issues des études suivantes : CNAMTS, Point de conjoncture n°16-17, septembre 2003 ; DREES, Etudes et résultats n° 55 (mars 2000) « Les appels d'urgence au centre 15 en 1997 », n°72 (juillet 2000) « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés » ; n°212 (janvier 2003) « Les usagers des urgences –Premiers résultats d'une enquête nationale », n°215 (janvier 2003) « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières » ; Rapport des groupes de travail sur les urgences présenté par M. Nicolle, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, janvier 2002.

312 Circulaire DHOS n°195 du 16/04/2003 relative à la prise en charge des urgences.

programmées libérant les lits n'ont lieu généralement que l'après-midi. . Le taux d'hospitalisation augmente d'ailleurs avec l'âge pour atteindre 49% pour les 71-80 ans.

c) Les services d'urgences hospitalières exercent l'essentiel de leur activité pendant les jours ouvrables et aux heures de la journée.

Contrairement à une idée reçue, *urgence* ne signifie pas *nuit*. Si 28% des usagers des urgences ont eu recours à ces services le week-end (ce qui est équivalent à la fréquentation de la semaine), la fréquentation la nuit est moins importante (21%). Par ailleurs, si le rythme des arrivées varie au fil de la journée, elles atteignent leur maximum entre 10 et 11 heures du matin et connaissent deux autres paliers entre 4 et 6 heures du soir puis, mais de façon moindre, autour de minuit.

d) Les motifs de recours aux urgences sont très divers.

Les traumatismes et problèmes somatiques représentent les principales causes de recours avec de fortes disparités selon les âges des patients. Les motivations les plus courantes (des patients n'ayant pas été adressés par un médecin) tiennent à la proximité de l'établissement, au sentiment d'urgence ou de gravité, au besoin d'un plateau technique. Selon le rapport de M. Nicolle, l'anticipation des patients qui choisissent d'aller aux urgences parce qu'ils pensent avoir besoin d'examens complémentaires (notamment d'actes d'imagerie) est d'ailleurs fondée dans 80% des cas.

e) Trois quarts des usagers des urgences arrivent directement aux urgences et par leurs propres moyens.

f) 19% des passages aux urgences donnent lieu à un transfert dans une unité d'hospitalisation en dehors du service d'urgence.

Par ailleurs 3% des patients ont été pris en charge dans la zone de surveillance de très courte durée au sein même des services d'urgence.

3) Les réformes en cours : le plan urgence annoncé fin septembre 2003

Outre le renforcement de la coordination en amont entre la ville et l'hôpital, un *plan urgence* a été annoncé fin septembre 2003. Ce plan global tend à repositionner la prise en charge de l'urgence dans les missions de l'ensemble des services des établissements autorisés pour cette activité et non comme relevant du seul service des urgences. Il vise également à répondre aux dysfonctionnements en l'aval des urgences, notamment en axant certaines mesures sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Au total, 489 millions d'euros sur cinq ans dont 150 millions d'euros financée sur l'Ondam en 2004 seront consacrés au plan urgence.

a) Le renforcement des moyens attribués aux services des urgences, aux SAMU et aux SMUR.

Le plan prévoit notamment la création totale de 10 500 postes médicaux et non médicaux sur cinq ans, dont 10% de postes de praticiens hospitaliers. Une partie de ces effectifs supplémentaires sera affectée à l'accueil des urgences qui sera amélioré par la mise en place d'équipes d'accueil comportant un trio avec un médecin senior, un infirmier organisateur et un travailleur social pour assurer une orientation adaptée pour chaque patient. Cette mesure représente un coût de 8 millions d'euros pour 2004. Les "équipes logistiques" (secrétaires médicales, brancardiers, etc) seront également renforcées, pour un coût de 8 millions d'euros en 2004, puis 17 millions d'euros en année pleine.

Afin de tenir compte des pics d'activité aux urgences, le Ministre de la santé a également annoncé le déblocage de 14 millions d'euros en 2004 et 28 millions d'euros en année pleine pour financer ponctuellement des remplacements et des heures supplémentaires.

Par ailleurs, les équipes des SAMU et des SMUR devraient également recevoir un renfort, d'ici 2006, de 100 postes de permanenciers, de 20 postes de praticiens hospitaliers et de 600 postes d'infirmières, pour un coût total de 29 millions d'euros sur trois ans.

Enfin, la reconnaissance de la spécialité d'urgentiste et les meilleures conditions de travail permettront d'attirer davantage de praticiens.

Une enveloppe de 24 millions d'euros en 2004 et 48 millions d'euros en année pleine sera par ailleurs consacrée à la création de zone de surveillance de très courte durée.

Pour "une meilleure information partagée", les systèmes informatiques des services d'urgences et leur mise en réseau seront mis en place pour un coût total de 4 millions d'euros (auxquels s'ajoutent 22 millions prévus dans le pan Hôpital 2007). Enfin, plus de 200 millions d'euros pour les locaux des urgences viennent s'ajouter aux 673 millions d'euros d'investissements prévus pour les urgences dans le cadre du plan Hôpital 2007.

L'organisation des urgences en réseau sera également développée: l'accréditation des services d'urgences sera désormais conditionnée à leur engagement dans un réseau associant établissements sanitaires, établissements médico-sociaux et médecins de ville. Les travaux sont en cours dans le cadre du groupe urgences afin d'introduire cette notion de fonctionnement en réseau dans les textes réglementaires applicables aux établissements autorisés pour la prise en charge des urgences.

b) Un plan global prévoyant le renforcement des moyens pour mieux répondre à la prise en charge des personnes âgées.

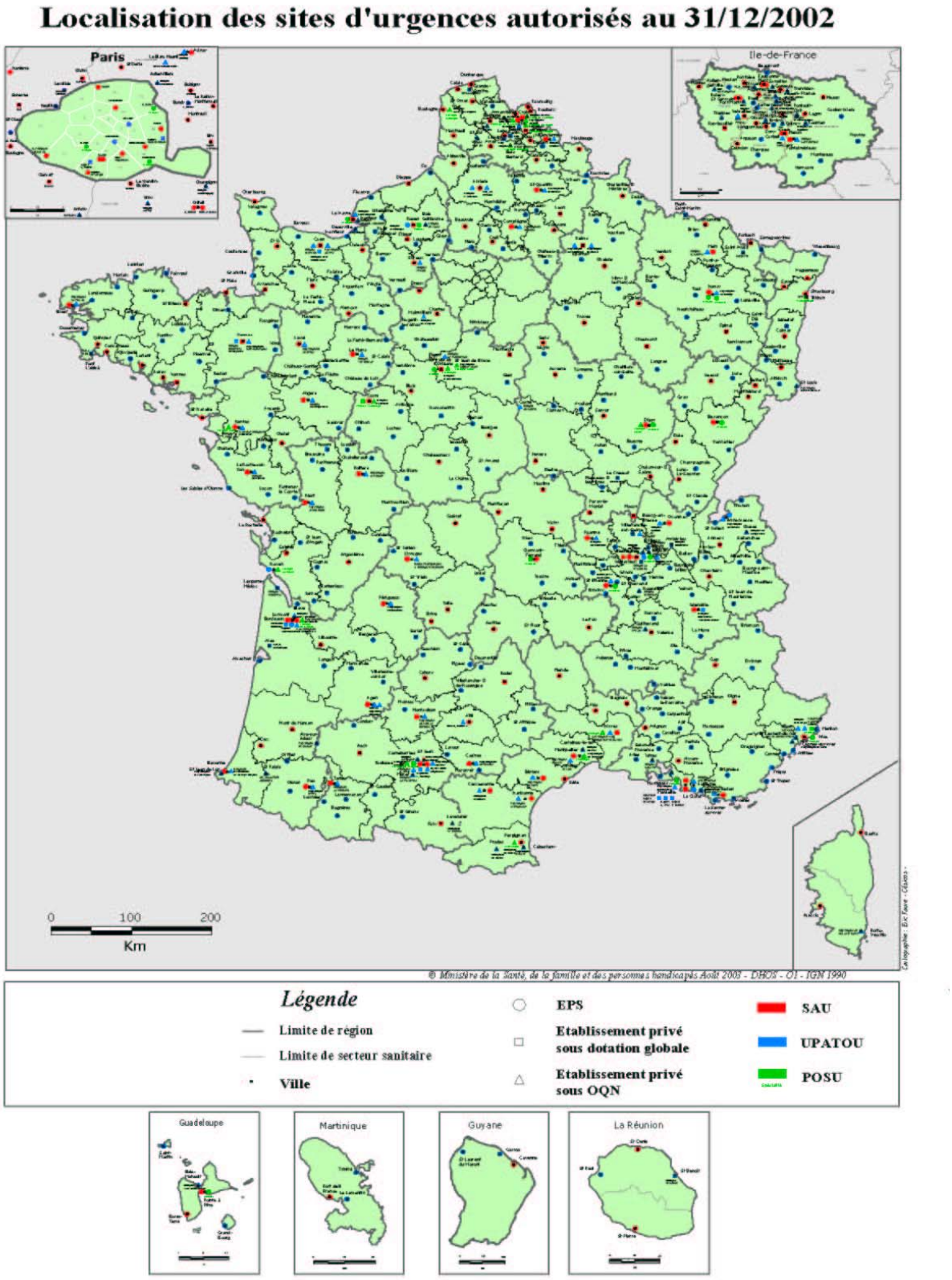
Une partie de ce plan sera également consacrée à l'aval, notamment en gériatrie. Par création pure ou par transformation, 15 000 lits de soins de suite médicalisés devraient ainsi être créés d'ici 2008, pour un coût total de 130 millions d'euros.

50 équipes mobiles gériatriques en 2004, qui seront affectées dans l'ensemble des services, y compris aux urgences seront créées, pour un coût de 10 millions d'euros. Au total, 160 équipes mobiles gériatriques devraient être créées d'ici 2008.

Le plan pluriannuel visant à individualiser des lits de court séjour gériatrique sera également accéléré, de façon à ce que les 90 derniers services nécessaires soient mis en place d'ici la fin de l'année 2004.

Enfin, 66 millions d'euros seront consacrés au développement de l'hospitalisation à domicile pour atteindre une capacité totale de 8 000 places d'ici cinq ans.

Carte des services d'urgences



Annexe 66 : L'information de l'usager sur le système de soins

L'information de l'usager sur le système de soins peut prendre trois formes[313] :

- information sur les performances du système de santé ;
- information sur la qualité du système de santé.
- information sur les coûts individuels de santé ;

1) L'information de l'usager sur les performances et la qualité du système de soins

La diffusion aux usagers d'informations sur les performances du système de soins devrait permettre d'accroître la concurrence par la qualité entre les offreurs, et ainsi stimuler une augmentation globale de la qualité des soins.

L'information du public suppose de pouvoir mettre en place un jeu d'indicateurs sanitaires et financiers mesurant de manière fiable la performance des offreurs de soins. En particulier, ces indicateurs ne doivent pas susciter de comportements d'optimisation de la part des offreurs (sélection des risques pour améliorer les performances cliniques, concentration des offreurs sur les aspects couverts par les indicateurs…). Ces indicateurs peuvent porter soit sur le résultat final / l'impact (satisfaction des patients, mortalité évitée, hospitalisation évitée…), soit sur les résultats intermédiaires et l'efficience des pratiques mises en œuvre (taux de dépistage, de vaccination, pertinence des prescriptions, qualité de l'organisation…).

La diffusion d'informations dans le public se développe fortement dans certains pays, à l'initiative des pouvoirs publics, des assureurs ou d'organismes privés.

❑ Ainsi aux **Etats-Unis** de nombreux organismes diffusent des informations sur les producteurs de soins (« *report cards »*), à des niveaux plus ou moins agrégés (groupe médical ou plan d'assurance) : HEDIS, *Health plan employer data and information set*, développé par le NCQA (*National committee for quality assurance*) ; CAHPS, *Consumer assessment of health plans*, indicateurs de la *California healthcare foundation,* etc.

Certains assureurs américains se sont engagés dans une diffusion très large d'information sur leurs propres producteurs de soins. Ainsi Wellpoint propose à ses clients un service Internet permettant de sélectionner les producteurs de soins, primaires et secondaires, au regard de critères tels que la taille de la structure, les technologies employées, la réputation ou les résultats cliniques.

Cette forte implication du patient aux Etats-Unis (« *patient empowerment* ») s'inscrit dans le cadre d'une judiciarisation des rapports entre les assurés et les assureurs et d'une désintermédiation de l'achat de soins visant à reporter sur le patient le choix du producteur de soins.

---

313 Les développements qui suivent doivent beaucoup à deux récentes publications de l'OCDE : SMITH ed., *Measuring up, improving health system performance in OECD countries*, OCDE, 2002, et HURST et *alii*, « Performance measurement and performance management in OECD health systems », *Labour market and social policy – occasional papers n°47*, OCDE, 2001.

Mais les indicateurs d'impact sont très difficiles à manier ; les indicateurs d'impact couramment utilisés (mortalité évitée, hospitalisation évitée…) évaluent en effet plus les caractéristiques de la population soignée (état de santé initial, caractéristiques socioéconomiques…) que la performance des producteurs de soins. Par ailleurs, l'ajustement au risque de ces indicateurs est très complexe en pratique. Enfin, il est très difficile de distinguer, au sein d'une filière de soins (paramédicaux, médecin généraliste, spécialiste, hôpital), la responsabilité des différents offreurs de soins, et notamment d'isoler l'impact des soins de ville[314]. Les discordances fréquentes entre les différentes *report cards* disponibles aux Etats-Unis illustrent cette difficulté à élaborer des indicateurs fiables[315].

En outre, de nombreux travaux anglo-américains semblent montrer que, tant dans le domaine hospitalier[316] que dans celui de la médecine ambulatoire[317], les patients ne seraient pas sensibles aux informations diffusées sur la qualité des pratiques :

- les patients semblent choisir essentiellement leurs hôpitaux par information anecdotique (rumeurs et réputations rapportées, cas médiatisés de mauvaise pratique) ; ils lisent mal les informations sur les producteurs de soins (surpondération du critère financier, incompréhension des indicateurs sanitaires). C'est le constat de l'inefficacité de cette mesure qui a amené le programme fédéral américain Medicare à interrompre la diffusion de données de mortalité pour les hôpitaux[318].

- quant aux soins ambulatoires, les patients seraient principalement sensibles au facteur relationnel et à l'équipement du cabinet.

❑ Au **Royaume-Uni**, différents organismes privés (exemple : association Dr Foster, www.drfoster.co.uk) rendent publiques des informations sur les producteurs de soins.

Le gouvernement britannique s'est également orienté ces dernières années vers une publication large d'indicateurs sur les producteurs de soins. Des documents publics classent ainsi depuis le milieu des années 1990 les hôpitaux publics suivant leurs performances (satisfaction des patients, performances cliniques – réadmissions et mortalité -, qualité de l'organisation).

Cette démarche a été étendue au secteur ambulatoire depuis 2002. Chaque *Primary Care Group* ou *Primary Care Trust* (groupe d'une centaine de médecins généralistes) est noté suivant ses performances sanitaires (taux de vaccination et de dépistage, fréquence de certaines maladies, mortalité), l'accès au soins (durée des files d'attente…), et la qualité de ses pratiques (taux de génériques et d'antibiotiques prescrits, taux de recours aux urgences, qualité de l'équipement des généralistes…).

---

314 GIUFFRIDA et *alii*, « Measuring quality of care with routine data : avoiding confusion between performance indicators and health outcomes », *BMJ*, 1999.

315 SIMON et *alii*, « California provider group report cards : what do they tell us ? », *American journal of medical quality*, 2001, ainsi que HOFER et *alii*, « The unreliability of individual physician « report cards » for assessing the costs and quality of care of a chronic disease », *JAMA*, 1999.

316 MARSHALL et *alii*, « The public release of performance data : what do we expect to gain ? a review of the evidence », *JAMA*, 2000 ; SCHNEIDER et EPSTEIN, « Use of public performance report », *JAMA*, 1999 ; HIBBARD et *alii*, « Will quality report card help consumers ? », *Health affairs*, 1997 ; de POUVOURVILLE et *alii*, *Measuring the quality of hospital care : the state of the art*, in OCDE (2002).

317 MARSHALL et *alii*, « Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care : qualitative study », *BMJ*, 2002.

318 MENNENMEYER et *alii*, « Death and reputation : how consumers acted upon HCFA mortality information », *Inquiry*, 1997.

Il semble qu'en Ecosse la diffusion publique des indicateurs de gestion des hôpitaux n'a pas eu d'impact mesurable[319]. En Angleterre également, la diminution des listes d'attente consécutive à la publication d'indicateurs serait principalement due à une manipulation des données par les établissements[320].

❑ En **France**, les informations diffusées par les pouvoirs publics sont très partielles. Les compte-rendus des procédures d'accréditation des établissements de santé sont certes publiés sur le site internet de l'ANAES, mais ils ne contiennent pas de données sur la qualité des pratiques cliniques (voir l'annexe sur l'accréditation).

Les hôpitaux et les cliniques privées font toutefois l'objet d'enquêtes ponctuelles ou régulières, essentiellement à l'initiative de la presse, largement diffusées :

- enquête annuelle du Point sur les hôpitaux (juin) et sur les cliniques privées (octobre), par questionnaire et en utilisant le PMSI ;
- enquête de septembre 2003 du Nouvel Observateur sur les urgences à l'hôpital ;
- classement des hôpitaux et des cliniques privées établi en 2001 par l'IFOP pour Le Figaro, en interrogeant des médecins généralistes libéraux.

En ce qui concerne les soins de ville, la CNAMTS a développé depuis quelque temps des programmes d'information pour les assurés à travers plusieurs medias. Tout d'abord elle utilise les *relevés de prestations* (environ 1,2 milliards de feuilles de soins par an) pour informer les assurés sur les modifications réglementaires importantes (modifications tarifaires sur les actes, etc.). De plus elle diffuse une lettre aux assurés adressée à 12 millions d'exemplaires, tous les deux mois, avec le relevé de prestations. Les informations diffusées à cette occasion portent aussi bien sur les génériques, le dépistage du cancer du sein, la carte vitale que sur les accidents causés par les tiers. Enfin les plates-formes de service mises en place dans la quasi totalité des caisses reçoivent près de 3,5 millions d'appels par mois. Du côté de l'assurance complémentaire, signalons, outre les plates formes de service que certains organismes ont mises en place, un service téléphonique pour les soins dentaires et l'optique qui permet à leurs adhérents d'évaluer la pertinence, sur le plan du prix et des pratiques employées, des devis qui leur sont proposés.

Au demeurant, en ce qui concerne la médecine libérale, le code de déontologie restreint fortement les informations qui peuvent être communiquées au public. Notamment, en interdisant aux médecins tous procédés directs ou indirects de publicité (article 19), et en définissant de manière très limitative les informations pouvant être portées sur les feuilles d'ordonnance (article 79), les annuaires à usage du public (article 80) et la plaque (article 81), ce code ne permet pas aux médecins de se prévaloir d'informations concernant la qualité de leur pratique (évaluation réalisée, formation continue reçue, agrément qualité obtenu…). Il convient également de rappeler que les tarifs pratiqués par les médecins ne peuvent être affichés au cabinet médical que depuis 1996.

La diffusion d'informations sur la qualité et les performances du système de santé est trop récente en France pour qu'une évaluation en ait été faite.

---

319 MANNION et *alii*, 2001, « Impact of published clinical outcomes data », *BMJ*, 2001.

320 GRAVELLE et *alii*, « The impact of performance measurement in the NHS, report for the department of health », York, 2000.

L'expérience de ce qui a été fait dans les autres pays étrangers doit attirer l'attention sur la nécessité d'élaborer des indicateurs fiables, comme les indicateurs de résultat intermédiaires / d'efficience des pratiques (taux de vaccination, respect des protocoles…), ainsi que, pour l'hôpital, les indicateurs d'impact focalisés sur une pathologie précise, pour laquelle les évolutions sont rapides et les relations entre le traitement prodigué et l'état de santé univoques. En tout état de cause, ces indicateurs doivent, autant que possible, être ajustés au risque, et porter plus sur les valeurs relatives et les progressions que sur les valeurs absolues, moins significatives. Enfin, il convient, dès lors qu'il s'agit d'indicateurs, d'être attentif au coût de leur mise en œuvre, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'indicateurs d'impact réalisés sur la base de données individuelles, patient par patient.

En particulier il semblerait, d'après la littérature internationale, que la satisfaction des patients, évaluée par exemple par des sondages, ne constitue pas un bon indicateur, car la qualité et l'efficience réelles des pratiques ne sont que très imparfaitement mesurées par les patients[321] ;

2) L'information de l'usager sur les coûts du système de santé

Certains pays (Singapour, Afrique du Sud) ont mis en place des comptes épargne médicale pour prendre en charge le « petit risque ». Cette logique de démutualisation des risques s'est accompagnée, en ce qui concerne l'information sur les coûts individuels de santé, d'une communication à chaque assuré de sa consommation individuelle.

Une telle démarche va toutefois à l'encontre du principe même de l'assurance maladie qui vise à mutualiser la prise en charge d'un risque concentré sur un nombre réduit de patients. L'impact de telles mesures sur la dépense de santé est très incertain ; notamment, elles pourraient conduire à un relèvement de la dépense pour la fraction majoritaire de la population dont la consommation historique est inférieure aux cotisations.

[321] DONELAN et *alii*, « The cost of health system change : public discontent in five nations », *Health affairs*, 1998, et LUFT et MILLER, « HMO plan performance update : an analysis of the literature », *Health affairs*, 2002.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Annexes du Chapitre trois : La gouvernance de l'assurance maladie

Annexe 67 : Projet de loi de Finances pour 2004, La programmation pluriannuelle

Conformément à l'article 50 de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1er août 2001, et dans la perspective du prochain dépôt du programme de stabilité 2005-2007 à la Commission Européenne, un exercice de programmation pluriannuelle est annexé, comme pour le PLF 2003, au projet de loi de finances pour 2004. Cette programmation inscrit ainsi le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 dans une stratégie de moyen terme de finances publiques qui concerne l'ensemble des administrations publiques : État, organismes sociaux et collectivités locales.

La présenter en même temps que le PLF et le PLFSS permet d'articuler les arbitrages de l'année avec les orientations de moyen terme. Cela assure également la possibilité pour les Français et leurs représentants de s'exprimer sur les grands axes du programme de stabilité 2005-2007 qui sera transmis à la Commission Européenne d'ici fin novembre, et qui précisera les éléments de cette programmation.

La programmation pluriannuelle des finances publiques repose sur un cadrage macroéconomique prudent.

La programmation retient une hypothèse de croissance annuelle du PIB de 2,5 % et une inflation de 1,5 %. Ce scénario apparaît prudent au regard du retard de demande accumulé par l'économie française au cours du ralentissement récent.

La croissance potentielle est actuellement voisine de 2,5%. Elle devrait spontanément s'infléchir au cours des prochaines années, compte tenu du vieillissement de la population. C'est en effet à partir de 2005-2006 que les classes nombreuses du baby-boom parviendront à l'âge de la retraite, la progression de la population active devrait ainsi ralentir à cet horizon. Les réformes de structure mises en œuvre par le gouvernement, sur le marché du travail et dans le domaine des retraites notamment, visent à augmenter le taux d'activité pour faire face à ce ralentissement. Dans ce contexte, la programmation pluriannuelle des finances publiques retient des hypothèses volontairement prudentes, qui conduisent à une croissance potentielle de 21/4 % seulement sur la période 2004-2007.

L'économie française a accumulé un important retard de demande, proche de 2,5 points de PIB en 2003. Sous l'effet du ralentissement de l'économie mondiale, la croissance française est passée depuis 2001 en dessous de son rythme potentiel. Après trois années de croissance « molle », elle accuse un retard de demande significatif : en 2004, après une nouvelle année de croissance inférieure au potentiel, l'output gap s'élèverait à 2,9 points de PIB. Une telle situation ouvre la perspective d'un rattrapage de l'activité à moyen terme : la croissance pourrait ainsi excéder son rythme potentiel sans que des tensions inflationnistes se manifestent. L'hypothèse de 2,5 % de croissance, retenue pour la programmation pluriannuelle, apparaît donc prudente au regard du retard de demande accumulé au cours des années récentes : celui-ci ne serait que très partiellement réduit à l'horizon de la projection, puisqu'il s'élèverait encore à 2,2 points de PIB en 2007. Si l'économie devait combler l'essentiel de son retard de demande à l'horizon de la programmation, la marge de croissance supplémentaire au delà de la croissance potentielle serait de l'ordre de 3/4 point par an d'ici 2007, soit une progression moyenne du PIB de 3 % par an. La programmation pluriannuelle présente donc un scénario variantiel fondé sur une croissance annuelle du PIB de 3 %.

Les dépenses de l'État seraient stabilisées en volume sur l'ensemble de la période

La stabilisation en volume des dépenses de l'État est déjà programmée dans le PLF 2004. Cet effort sera poursuivi sur la durée de la programmation, ce qui exigera un effort accru d'économies et de redéploiement. En raison de la progression des charges de la dette, des dépenses de pensions, de la

montée en puissance des allègements de charges et du financement des priorités du Gouvernement, il sera en effet nécessaire de dégager des économies sur les autres postes de dépenses.

Les dépenses de l'assurance maladie évolueraient en ligne avec la croissance potentielle de l'économie (2 1/4 % en volume).

La réforme de l'assurance maladie constitue un chantier prioritaire pour les prochains mois. Cette réforme est nécessaire : les déficits d'aujourd'hui qui correspondent à des prestations au profit des générations actuelles sont financés par la dette. Il n'est pas équitable que les générations de demain en payent autant le prix.

Le Gouvernement entreprend cet automne une vaste consultation qui doit mener à l'adoption d'une réforme ambitieuse de l'assurance maladie au cours de l'année 2004. L'enjeu est d'adapter notre système de santé aux nouveaux défis du vieillissement tout en mettant parallèlement en œuvre les mécanismes de régulation permettant de responsabiliser le comportement des acteurs, tant du côté de l'offre que de la demande de soins.

Le Gouvernement s'est fixé deux objectifs clairs :

– sur la durée de la programmation, les dépenses d'assurance maladie ne devrait pas progresser pas plus vite que le PIB potentiel (soit 2,25 % par an en termes réels, corrigés de l'inflation) ;

– à l'horizon 2007, les comptes des administrations de sécurité sociale devraient revenir à l'équilibre.

Au total, l'ensemble des dépenses publiques progresseraient de 1% en moyenne par an en volume.

Les dépenses des administrations publiques locales devraient progresser à un rythme de 1,8 % par an, en volume, sur la période de programmation 2005-2007. La progression des investissements resterait relativement dynamique, avec une progression supérieure à 3% en volume en moyenne annuelle. La charge de la dette se réduirait grâce à la poursuite du désendettement des collectivités locales.

Au total, les dépenses publiques évolueraient au rythme de 1 % en volume en moyenne sur la période de programmation. La part des dépenses dans le PIB serait ainsi réduite de 2,3 points entre 2004 et 2007.

Progression moyenne des dépenses publiques

(en volume par an)

	Programmation 2005-2007
Dépenses publiques, dont	1 %
État	0 %
Assurance Maladie (ONDAM)	2,5 % (PIB potentiel)
Collectivités locales	1,8 %

Annexe 68 : Extraits du rapport 2003 de la Cour des Comptes sur la LFSS

Le présent chapitre examine successivement l'utilisation faite par l'Etat et l'assurance maladie des différents instruments directs permettant d'infléchir l'évolution des dépenses : l'encadrement global par profession ou secteur d'activités, la politique conventionnelle avec les professions de santé, les actions dites de gestion du risque et les contrôles sur les professionnels de santé et sur les assurés, l'admission au remboursement et la fixation des prix des médicaments et autres produits et prestations de santé.

Il analyse enfin l'évolution des éléments de régulation par les prix et par les tarifs de remboursement.

I - L'encadrement des enveloppes et des professions

A – Les soins de ville

1 – Les mécanismes globaux

Les lois de financement, jusqu'à celle de 2001, ont successivement prévu des mécanismes d'encadrement des dépenses, parfois inspirés de ceux mis en place avec certaines professions dans la période antérieure. Ont ainsi été tentés la responsabilisation directe des prescripteurs sur les produits prescrits et celle des professions prescrites, les sanctions collectives et individuelles, la délégation d'objectifs à la CNAM avec mandat pour elle d'établir trois rapports d'équilibre dans l'année et de prendre ou proposer les mesures nécessaires, un système de « lettres clefs flottantes » faisant varier la valeur des lettres clefs en fonction de l'évolution des remboursements par profession. Aucun de ces systèmes n'a pu fonctionner, en raison soit de problèmes juridiques, soit d'impossibilités techniques, soit de l'impossibilité de les faire fonctionner entre l'Etat, la CNAM et les professions.

Les systèmes reposant sur des sanctions posaient à la fois des problèmes juridiques et des questions pratiques, qui n'avaient pas été suffisamment pris en compte lors de leur élaboration. Le Conseil constitutionnel et le Conseil d'Etat les ont donc censurés. Au-delà de ces échecs, des enseignements généraux peuvent en être tirés.

Des sanctions collectives sont, en droit, impossibles, car nul ne peut être responsable du fait d'autrui : un professionnel ne peut subir les conséquences du comportement de ses confrères. Des sanctions individuelles supposent que les remboursements afférents à chaque professionnel soient connus sans risque de contestation ; elles exigent des procédures lourdes et onéreuses, concevables seulement s'il s'agit de comportements peu nombreux et manifestement aberrants ; elles sont nécessaires pour éviter des effets d'entraînement ou d'imitation, mais trop ponctuelles pour constituer un outil de régulation.

La responsabilisation des médecins sur leur prescription consistait à baisser leurs honoraires en cas de dépassement d'un plafond global de hausse des prescriptions ; outre les problèmes juridiques afférents à toute sanction, elle s'est heurtée à un dilemme prévisible. Le montant des prescriptions étant très supérieur à celui des honoraires des médecins, soit la récupération prenait une ampleur confiscatoire, soit elle se limitait à une fraction de l'excès de prescriptions (5 % du dépassement selon la règle retenue), mais son impact sur la hausse des prescriptions était alors réduit. Centrale dans le dispositif de 1997, cette tentative a donc échoué, non sans avoir ébranlé les accords antérieurs avec les professions « prescrites » qui avaient misé sur la responsabilisation de celles-ci.

Le système d'objectif de dépenses délégué (ODD), assorti de rapports d'équilibre, institué par la loi de financement pour 2000, partait de deux bonnes idées : celle de donner dès le début de l'année à la

CNAM un cadre financier global pour les négociations sur les avenants annuels aux conventions avec les professions de santé, ce qui était l'objet du premier rapport d'équilibre ; celle de favoriser une réaction rapide en cas de dérapage, sans attendre que la situation soit trop dégradée, ce qui était la justification du second rapport, établi au printemps.

Cependant, l'ONDAM étant sous-évalué, l'ODD notifié par l'Etat à la CNAM l'était également. Négocier sur cette base, et simultanément avec toutes les professions, ne pouvait conduire, au moment du premier rapport, qu'à un blocage ou à un résultat supérieur à l'objectif, compliquant l'établissement des rapports d'équilibre suivants. Même avec un objectif plus réaliste, concevoir sa répartition entre toutes les professions, puis négocier avec chacune en début d'année, tout en tentant de respecter la limite globale fixée, était plus que difficile.

Quant au troisième rapport, il devait être établi en novembre, c'est-à-dire au moment où le Parlement examinait la loi de financement pour l'année suivante.

Dès 2000, le système a mal fonctionné, le premier rapport d'équilibre ayant comporté des dépenses nouvelles qui rendaient encore plus improbable le respect d'un objectif sous-estimé et, en compensation partielle, une mesure d'économie concernant les infirmières, qui a été refusée par l'Etat. En 2001, ces dispositions sont tombées en désuétude, l'Etat n'ayant notifié l'ODD à la CNAM qu'en avril et la caisse ayant jugé impossible dans ces conditions d'établir le premier rapport.

Le système consistant à faire fluctuer la valeur des lettres clé en fonction de l'évolution des remboursements a été abrogé par la loi de financement pour 2003. Il n'a pas été censuré par les juridictions, mais n'a pas pu fonctionner comme mode global de régulation pour l'ensemble des professions alors qu'il avait été admis conventionnellement au début des années 90 dans quelques professions. L'échec de cette tentative de généralisation a déstabilisé les systèmes sectoriels existants.

2 – Les mécanismes sectoriels

Pour les infirmières, masseurs et biologistes, des systèmes d'enveloppes « ouvertes » ou « fermées » avaient été mis en place, au début des années 90, conduisant au blocage des honoraires, voire à leur baisse, en cas de dépassement de l'objectif fixé conventionnellement.

Ces dispositifs ont de fait disparu quand la loi de financement pour 2000 a institué l'objectif de dépenses déléguées et le système des rapports d'équilibre. Celui-ci ayant lui-même disparu, ces secteurs échappent à toute régulation.

La loi du 6 mars 2002 rénovant le cadre conventionnel a prévu que toute négociation conventionnelle devrait donner lieu à discussion d'accords de bon usage des soins et de contrats de bonne pratique, en référence à l'objectif de dépenses déléguées. Mais cette mention ne crée à l'évidence pas un système de régulation aussi fort que celui qui existait antérieurement pour ces professions. Au surplus, si de nouvelles conventions conformes à la loi du 6 mars 2002 sont en cours de négociation et si celle avec les biologistes semble en voie d'aboutir, les discussions avec les infirmières sont loin d'être finalisées et celles avec les masseurs-kinésithérapeutes débutent.

Ainsi, les mécanismes de régulation directe de ces professions, où la croissance des remboursements est particulièrement vive, ont, pour l'instant, régressé par rapport à la situation antérieure à 1997.

Annexe 69 : Les Agences régionales de l'hospitalisation

Créées par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) constituent l'une des innovations majeures des réformes de l'organisation sanitaire mises en place en 1996. Elles ont pour objectif d'assurer une meilleure régulation des activités hospitalières en regroupant l'essentiel des responsabilités déconcentrées en matière de planification de l'offre de soins et de financement des établissements.

Les préfets de département et de région ont perdu ainsi les attributions hospitalières qu'ils exerçaient auparavant par l'entremise des services déconcentrés, DDASS et DRASS. Ils ont néanmoins conservé leurs compétences pour les contrôles de la sécurité sanitaire et le contrôle de légalité des marchés publics. Cependant, l'ordonnance du 4 septembre 2003 a défini les compétences des directeurs d'ARH dans le domaine de la sécurité sanitaire, à la suite des recommandations de la Cour des Comptes[322].

1) Statut juridique

Les ARH sont des groupements d'intérêt public (GIP), constitués entre l'Etat et les organismes d'assurance maladie. Une convention constitutive précise, dans chaque région, la participation des différents partenaires : d'une part, les services déconcentrés de l'Etat (DDASS et DRASS), d'autre part, les caisses d'assurance maladie des trois principaux régimes, c'est-à-dire l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), l'échelon régional du service médical (ERSM), la caisse mutuelle régionale (CMR) du régime des non salariés, non agricoles et l'association régionale des caisses de la mutualité sociale agricole (MSA). Ces organismes mettent à disposition des ARH des agents mais conservent néanmoins l'autonomie organique.

Le statut de GIP présentait l'avantage de permettre la mise en place rapide de nouvelles structures, sans que soient soulevées des difficultés d'ordre statutaire ou institutionnel. Selon les estimations de la Cour des comptes[323], les agences emploient environ 280 agents, alors que les effectifs des services et organismes leur prêtant concours sont de l'ordre de 2300 agents. Par conséquent, le budget de fonctionnement est peu important : 27,6 millions d'euros en 2003[324], dont 80% financés par l'Etat et 20% par l'assurance maladie. Cependant, il apparaît que les disparités régionales sont importantes, à la fois pour les coûts globaux de fonctionnement et pour la répartition de l'effort contributif des partenaires.

2) Fonctionnement interne

Chaque ARH est administrée par une commission exécutive et dirigée par un directeur.

La commission exécutive

La commission exécutive est composée à parité :

- de représentants de l'Etat, désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

---

322 Cour des comptes, *Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale*, 2002.

323 *op. cit.*

324 Le coût global de fonctionnement (budget des ARH et coût des personnels mis à disposition ou prêtant leur concours aux missions des agences) n'est pas connu par la DHOS. En effet, les services de l'Etat ont des difficultés pour estimer le coût des missions qu'ils effectuent pour le compte des ARH.

- de représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie signataires de la convention constitutive, désignés par ceux-ci.

La commission exécutive prend des délibérations, en vertu de pouvoirs propres, dans trois domaines :

- les autorisations de création, d'extension, de regroupement ou de conversion des établissements de santé, ainsi que celles ayant trait aux équipements matériels lourds et aux structures alternatives à l'hospitalisation ;
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre l'agence et les établissements de santé, après avis des organismes d'assurance maladie ;
- les orientations stratégiques qui président à l'allocation des ressources aux établissements de santé, après avis des organismes d'assurance maladie.

Le directeur

Nommé en conseil des ministres et révoqué librement par le gouvernement, le directeur exerce ses compétences sous l'autorité des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La Cour des comptes estime, qu'à la faveur du premier renouvellement en 1999, s'est substitué à la diversité initiale un recrutement plus traditionnel de personnes issues du ministère des affaires sociales.

Outre sa fonction de président de la commission exécutive avec voix prépondérante, le directeur dispose de toutes les compétences attribuées à l'agence, à l'exception de celles expressément confiées à la commission exécutive :

- il met en œuvre la planification sanitaire régionale : délimitation des secteurs sanitaires et des secteurs psychiatriques, établissement de la carte sanitaire (jusqu'à l'ordonnance de simplification administrative), établissement du schéma régional d'organisation des soins (SROS) et de son annexe ;
- il est responsable du secteur public hospitalier : création, regroupement et fusion des établissements publics, tutelle, allocation de la dotation globale, conclusion de contrats de concession de service public hospitalier ;
- pour l'hospitalisation privée, il met en œuvre, à l'échelon régional, notamment sur le plan financier, la politique conventionnelle définie au plan national ;
- il surveille le bon fonctionnement de l'ensemble du système hospitalier : approbation de la création de groupements de coopération sanitaire, autorisation de fonctionnement des établissements.

Toutes ces compétences exigent la consultation préalable de la commission exécutive, mais d'autres compétences ne nécessitent qu'une simple information.

Le directeur regroupe autour de lui une dizaine de personnes, qui sont soit, pour l'essentiel, des collaborateurs rémunérés sur le budget de fonctionnement de l'ARH, soit des agents mis à disposition par l'assurance maladie.

3) Répartition des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie au sein des ARH

Les rapports disponibles sur le fonctionnement des agences régionales de l'hospitalisation[325] font apparaître des différences entre régions, qui tiennent notamment aux méthodes de gestion du directeur, au rôle joué par son équipe rapprochée ou à l'implication plus ou moins grande des services de l'Etat

[325] En particulier, le rapport de la Cour des comptes et rapports de contrôle de l'IGAS sur les ARH d'Aquitaine, d'Alsace, de Languedoc-Roussillon et de Nord-Pas-de-Calais.

et de l'assurance maladie. Il n'est donc pas possible de porter un jugement global sur le fonctionnement des ARH. Cependant, la Cour des comptes a fait les constats suivant sur la répartition des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie au sein des ARH.

Selon la Cour des comptes, les organismes d'assurance maladie, qui bénéficient d'effectifs plus nombreux, ont développé progressivement des compétences dans des secteurs nouveaux pour eux : instruction de dossiers d'autorisations d'activité, visites de conformité des sites autorisés, PMSI, élaboration de volets du SROS, instruction de projets d'établissement, négociation de contrats d'objectifs et de moyens, contrôle des comptes retraités des établissements.

En revanche, les services de l'Etat, s'ils restent maître d'œuvre de la carte sanitaire et de l'allocation des ressources aux établissements sous dotation globale, ont pris en charge peu de tâches nouvelles, notamment dans le secteur des cliniques privées. Les contrôles liés à la facturation des cliniques privées restent d'ailleurs de la compétence de l'assurance maladie.

Il est à noter que les médecins inspecteurs de santé publique associent de plus en plus les médecins conseils de l'assurance maladie, non seulement pour les compétences exercées par l'ARH (visites de conformité, instruction des dossiers présentés au comité régional d'organisation sanitaire) mais aussi pour les compétences de l'Etat. Ainsi, pour les contrôles de la sécurité sanitaire, les médecins inspecteurs sont souvent accompagnés de médecins conseils vérifiant parallèlement le fonctionnement médical de l'établissement.

Le contrôle des établissements relève des ARH, y compris, depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, une partie de la sécurité sanitaire. Au sein de l'ARH, les services de l'Etat sont plutôt chargés du contrôle du respect de la réglementation et des procédures : contrôle des délibérations des conseils d'administration des établissements publics, contrôle des budgets et des comptes, contrôle des plans d'investissement, contrôle des données médicales PMSI (en collaboration avec les médecins-conseils de l'assurance maladie). Les organismes d'assurance maladie, pour leur part, contrôlent plutôt le fonctionnement médical et analysent l'activité.

La collaboration entre l'Etat et l'assurance maladie reste néanmoins fragiles. Les services de l'Etat sont par exemple confrontés à des vacances chroniques de postes pour les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et les médecins inspecteurs de santé publique.

Annexe 70 : Commission Permanente de la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

Rôle de la commission

Instituée par l'arrêté du 28 janvier 1986, cette commission fait, à la demande

- du Ministre chargé de la Sécurité Sociale
- d'une des Caisses nationales de sécurité sociale
- des organisations professionnelles les plus représentatives
- ou de la majorité de ses membres fait des propositions

des propositions sur :

- la cotation provisoire et l'inscription à la nomenclature des actes qui apportent une amélioration du service médical ou une économie dans le coût du traitement ainsi que les prescriptions de nature à faciliter le contrôle médical de certains actes,
- la révision des cotations
- l'interprétation de la nomenclature

Les propositions relatives aux nouvelles cotations doivent comporter, sous peine d'irrecevabilité, une approche économique de la valeur de l'acte (approche microéconomique) et une estimation des dépenses correspondantes à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie (approche macroéconomique).

Composition et durée du mandat

C'est une commission paritaire qui comprend, outre un Président choisi par le ministre chargé de la sécurité sociale (Pr. Jean Escat depuis le 6 mai 1998), 7 ou 8 représentants des professions intéressées, nommés par le ministre sur proposition des syndicats.

Le nombre diffère (7 ou 8) selon la formation, c'est-à-dire selon que les questions débattues sont relatives aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes ou pédicures podologues. La parité est assurée par 7 ou 8 membres (le directeur et le médecin conseil de chacune des 3 caisses nationales (CNAMTS, CCSMA, CANAM), 1 personnalité choisie en raison de ses compétences économiques et, le cas échéant, 1 autre choisie pour ses compétences dans le domaine de la santé, ces personnalités étant nommées par le ministre sur proposition conjointe des directeurs des 3 caisses nationales)

Collège professionnel pour les :

- généralistes : 4 CSMF, 2 MG, 2 SML (arrêté du 8 juillet 2003)
- spécialistes : 3 CSMF, 2 FMF, 2 SML, 1 Alliance (arrêté du 8 juillet 2003)[326]
- chirurgiens dentistes : 3 CNSD, 1 FSDL, 1 FCDF, 1 UJCD, 1 nommé CSMF/FMF (arr.6 mai 98)
- sages-femmes : 1 CSMF, 1 MG, 1 SML, 3 ONSSF, 1 UNSSF (arr. 23 août 1994)
- infirmiers : 1 CSMF, 1 MG, 1 SML, 3 FNI, 2 Convergence (arrêté 8 juillet 2003)[327]

---

[326] Cette répartition résulte de la nouvelle représentativité syndicale qui résulte de la dernière enquête de représentativité professionnelle (2002). La nomination des membres du collège médecins n'a toujours pas eu lieu et la Commission permanente ne peut donc pas se réunir.

[327] Même remarque que pour les médecins. La nomination des représentants infirmiers n'a toujours pas eu lieu.

- masseurs-kinésithérapeutes : 5 FFMKR, 2 SNMKR (arrêté 23 août 1994)
- orthophonistes : 7 FNO (arrêté 6 mai 1998)
- orthoptistes : 7 SNAO (arrêté 23 août 1994)
- pédicures-podologues : 5 FNP, 2 SNP (arrêté 23 août 1994)

Les membres sont nommés pour une durée qui ne peut excéder 3 ans et leur mandat peut être prorogé pour une durée maximale de un an. La commission actuelle a été reconduite en mars 2003 jusqu'au 31 décembre 2003. Il n'y a pas de continuité dans la tenue de cette commission permanente et une nouvelle commission ne vient pas prendre immédiatement le relais de la précédente. La dernière réunion de la commission présidée par le docteur Gubler s'est déroulée le 10 juillet 1997 et la première réunion de la commission présidée par le professeur Escat cas a eu lieu le 3 juillet 1998. De même, l'actuelle commission a été renommée le 26 mars 2003 après une vacance de plusieurs mois de la précédente.

Outre les membres, deux commissaires du gouvernement représentent le ministre chargé de la sécurité sociale. Les ministres chargés de l'agriculture et de la Santé sont représentés chacun par un commissaire du gouvernement. Les commissaires sont entendus chaque fois qu'ils le demandent. Assiste également, sans voix délibérative, un représentant de l'ANAES

Fonctionnement et décision

Le secrétariat est assuré par les Caisses nationales d'assurance maladie. Dans la pratique, c'est lui qui contribue à définir l'ordre du jour de la Commission bien que cette prérogative relève théoriquement du seul président.

Les demandes formulées à la Commission sont, la plupart du temps, instruites par un rapporteur désigné par le président. Mais la commission s'est organisée également en groupes de travail sans rapporteur. Lorsqu'il y en a un, en général, c'est un hospitalo-universitaire indépendant. Il est rémunéré entre 150 et 750 euros le dossier. Contrairement au domaine du médicament où les rapporteurs sont tenus de signaler officiellement les conflits d'intérêt, le rapporteur de la commission permanente de la NGAP n'est pas tenu à ce type de signalement.

Les représentants de chacune des organisations professionnelles concernées peuvent désigner un expert pour chaque dossier. L'expert est entendu par le rapporteur mais ne participe pas aux réunions. Le rapport présenté devant la commission doit obligatoirement comporter une approche microéconomique et une approche macroéconomique. Le rapport conclut sur une proposition de cotation. Elle fait l'objet de discussions au sein de la commission, en l'absence du rapporteur.

Il convient de savoir que toutes les demandes faites à la commission ne sont pas nécessairement étudiées. Par exemple, il y a un quasi-consensus pour que les demandes sur le thermalisme ne soient jamais traitées par la commission.

Les propositions sont faites, à la majorité des suffrages, en général dans un délai de trois mois après l'inscription de la demande à l'ordre du jour de la commission. La proposition consiste en un libellé, une lettre-clé (C, Z, K, AMK, etc.) et un coefficient technique, base de la tarification.

Le ministre n'est pas tenu par les propositions de la commission. Il peut suivre ou ne pas suivre et modifier les cotations proposée. De même il n'est pas tenu à donner suite aux demandes. Ainsi de nombreux dossiers étudiés par la commission n'ont pas encore été inscrits à la nomenclature. Citons entre autres : ponctions échoguidées, chirurgie de l'obésité, hystéroscopie opératoire en gynéco-

obstétrique, vélocimétrie fœtale et utérine, modifications de la nomenclature des actes de chirurgie veineuse, pinces à biopsie jetables, ostéodensitométrie, mammotome, etc.

En ce qui concerne les actes techniques médicaux et dentaires, dès 2004 ils seront gérés par la nouvelle nomenclature CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux. La NGAP se limitera alors aux champs non encore couverts par la CCAM, c'est-à-dire les actes cliniques médicaux et les actes techniques des autres professionnels de santé.

Annexe 71 : l'évolution récente des conventions médicales et paramédicales.

Après un premier système de conventions négociées au niveau départemental dans lequel les tarifs pouvaient être différents selon les départements, le second système mis en place à partir de 1970 permet d'instaurer dans le cadre d'une convention nationale une uniformité de tarifs sur l'ensemble du territoire. Les professionnels de santé sont tenus de ne pas dépasser ces tarifs et bénéficient en contrepartie de la prise en charge par les caisses de sécurité sociale d'une partie des cotisations maladie, vieillesse et également famille pour les médecins.

Ce système vise à concilier les deux caractéristiques majeures du système de santé français : l'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales assorti du libre accès aux soins d'une part, une assurance maladie obligatoire d'autre part.

Initialement limité à la fixation d'un tarif unique pour l'ensemble des professionnels de santé servant de base au remboursement de l'assuré, le champ des conventions a progressivement été élargi pour englober une part croissante de la relation entre le professionnel de santé et le patient.

Si les premiers textes conventionnels, outre les tarifs, ont un contenu essentiellement administratif et définissent notamment les règles de procédure que doivent suivre les professionnels dans leurs rapports avec les caisses (utilisation des feuilles de soins ou des formulaires), les conventions comprennent aujourd'hui deux types de dispositions principales :

- celles relatives à la régulation collective des dépenses,
- celles relatives à la qualité des pratiques des professionnels.

1) L'évolution du champ des conventions a été différente selon les professions.

Les textes sont restés assez généraux et leur champ relativement restreint pour certaines professions (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes).

Le champ des conventions relatives aux infirmiers et aux masseurs kinésithérapeutes a été étendu, ces professions ayant accepté d'entrer dans un processus de régulation d'activité en vue d'obtenir une meilleure qualité des pratiques (création des seuils d'efficience compatible avec la qualité des soins notamment) ou d'imposer des conditions d'accès au conventionnement (durée préalable d'exercice en établissement pour les infirmiers).

En revanche, le champ des conventions médicales a été largement modifié, d'une part pour permettre la conclusion de conventions séparées entre les médecins généralistes et spécialistes, d'autre part, pour, en particulier :

- introduire des mécanismes négociés de maîtrise médicalisée et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés (RMO),
- traiter des sujets relatifs à la formation médicale professionnelle (sélection des thèmes, indemnisation, fixation des objectifs et des modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle) et à l'évaluation des pratiques professionnelles,
- permettre la mise en place d'un dispositif de soins coordonnés par le médecin généraliste[328]

[328] Pour mémoire, le premier dispositif de médecin référent mis en place par la convention a été annulé pour défaut de base légale, ce qui a conduit à modifier l'article définissant le champ de la convention médicale (article L. 162-5 du code de la sécurité sociale) dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

- ou encore prévoir les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins libéraux.

2) Les conventions se sont progressivement enrichies d'éléments « extra-tarifaires », relatifs au contenu et aux modalités de la pratique professionnelle.

En 1996, l'ordonnance du 24 avril généralise les RMO à toutes les professions (mais il n'en existe d'opposables que pour les médecins[329]).

En 1998, pour les médecins, et en 1999, pour les autres professions, la loi habilite la convention à définir les conditions d'exercice propres à favoriser la coordination des soins et à permettre la prise en charge globale des patients dans le cadre de réseaux, et des modes de rémunération, autres qu'à l'acte, pour ces activités ainsi que pour la rémunération d'activités non curatives. Les conventions peuvent pour cela faire usage des dérogations prévues pour les expérimentations de filières et réseaux de soins mentionnées à l'ancien article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale).

En 2000 et en 2002, la loi permet à toutes les professions de santé de bénéficier dans le cadre conventionnel de contrats de bonne pratique, d'AcBUS (accords de bon usage des soins) et de contrats de santé publique.

Même si la négociation conventionnelle est d'abord une négociation tarifaire, c'est bien, d'après la loi, l'ensemble des « rapports » entre une profession donnée et les organismes d'assurance maladie qui ont vocation à être régis par l'instrument conventionnel.

Or de ce point de vue, on constate que, depuis une dizaine d'années, le champ que la loi réserve à la convention s'est progressivement étendu sur le terrain de la pratique professionnelle : références médicales et bonnes pratiques, modes d'organisation des soins, formation, etc.

L'exemple des conventions médicales est à cet égard très frappant. Mais la même remarque peut être faite sur l'ensemble des autres conventions.

L'enrichissement du contenu conventionnel : l'exemple des conventions médicales

Le texte législatif qui régit la première convention médicale nationale de 1971 (ancien article L.259, devenu ensuite L.162-6) ne prévoit que deux éléments à cette convention : les « obligations des caisses primaires d'assurances maladies et des médecins », et les « tarifs de honoraires et frais accessoires ». A partir de la troisième convention nationale des médecins (1980-1985) apparaît également la notion d'objectif de dépense annuel et donc de maîtrise des dépenses par la voie conventionnelle.

La loi du 23 janvier 1990 ajoute un troisième paragraphe à l'article L.162-6 : le financement, « le cas échéant » des actions de formation continue, ainsi que des programmes d'évaluation de la pratique médicale.

La loi du 4 janvier 1993 marque le tournant le plus important. Le champ s'ouvre pour la première fois à l'organisation de la pratique médicale. Apparaissent par exemple les « modalités de financement des expérimentations et actions innovantes », les « dispositions permettant une meilleure coordination de la médecine générale et de la médecine spécialisée », le « financement de programmes permettant l'évaluation de références médicales », ou les « majorations des tarifs en vue de valoriser une pratique de

[329] Sachant que par ailleurs, les annulations prononcées par le Conseil d'Etat ont privé de toute sanction ce dispositif.

qualité ». De plus, la convention se voit reconnaître quelques fonctions d'organisation de l'offre de soins : « modalités de financement et d'organisation de reconversions professionnelles », ainsi que les premières dispositions relatives au partage de l'information médicale.

Du point de vue de l'enrichissement du « contenu » conventionnel, l'ordonnance du 24 avril 1996 n'a pas marqué de changement : la convention se voit seulement chargée, en plus, de gérer la mise en œuvre concrète des enveloppes opposables et de leur mécanisme de reversement.

En revanche, la période récente a encore élargi, par plusieurs alinéas nouveaux, le champ de compétence des conventions médicales : conditions particulières d'exercice des médecins généralistes, et modalités de rémunération autres que le paiement à l'acte (LFSS du 23 décembre 1998) ; objectifs et modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle (loi du 27 juillet 1999) ; procédures applicables aux médecins ayant des pratiques « abusives » (LFSS du 20 décembre 2002). Désormais, c'est clairement la pratique médicale qui veut être au cœur des novations conventionnelles.

3) L'apparition des modulations individuelles des engagements conventionnels

« L'option conventionnelle » de 1997 relative au « médecin généraliste référent » a été le premier exemple de modulation individuelle du contenu de la relation conventionnelle (si l'on excepte le cas très particulier de l'introduction du « secteur 2 » en 1980).

Dans le cadre de la convention nationale des médecins généralistes, un médecin pouvait, pour la première fois, choisir de souscrire à un certain nombre de droits et de devoirs supplémentaires. Il fallait à ce dispositif, qui rompait avec la logique normale de l'acte conventionnel national, une base légale particulière qui fut introduite par la LFSS pour 1999.

Une année plus tard, la LFSS pour 2000 (loi du 29 décembre 1999) a introduit une base légale identique dans les autres conventions (chirurgiens dentistes, sages femmes, infirmiers, kinésithérapeutes). Cette faculté n'a toutefois, pour l'instant, pas été utilisée.

La même loi introduisait la faculté de prévoir, dans les conventions nationales, les « contrats de bonne pratique » dont il a déjà été souvent question. Là encore, il s'agit d'une modulation des engagements conventionnels qui est contractée à titre individuel par tout professionnel conventionné, en échange d'un complément de rémunération.

Enfin, la loi du 6 mars 2002 (qui étend la faculté des « contrat de bonne pratique » aux laboratoires de biologie et aux transporteurs sanitaires) a permis aux conventions nationales de prévoir une troisième sorte de « sur-conventionnement » individuel : le contrat de santé publique.

Annexe 72 : La « fragilité » juridique des conventions

La « fragilité » juridique des conventions a été souvent dénoncée, au vu du nombre d'annulations pour *excès de pouvoir*, totales ou partielles, prononcées par le juge administratif saisi des arrêtés ministériels d'approbation. Le Conseil d'Etat a, ainsi, notamment annulé les arrêté d'approbations de quatre conventions nationales conclues avec les chirurgiens dentistes, de cinq conventions médicales (1971, 1980, 1990, et les deux conventions de 1997, plus une partie de l'arrêté d'approbation de la convention « généralistes » de 1998), de la convention des infirmiers de 1992, de la conventions des kinésithérapeutes de 1994 ainsi que de nombreux arrêtés approuvant divers avenants.

On doit cependant signaler un revirement jurisprudentiel extrêmement important, tant par ses aspects théoriques que par ses conséquences pratiques, effectué par le Conseil d'Etat en 1999[330]. Désormais, l'illégalité d'une ou de plusieurs stipulations particulières d'une convention n'entraîne plus la chute de la convention toute entière, mais seulement l'annulation de l'arrêté d'approbation « en tant » qu'il approuve la ou les stipulations en question. Les annulations deviennent « sélectives », et on peut donc considérer que, sauf vice majeur et global entachant la convention ou l'arrêté d'approbation dans leur ensemble, les censures contentieuses spectaculaires de tout l'édifice conventionnel appartiennent au passé.

La loi a d'ailleurs ultérieurement permis au gouvernement d'approuver, lui aussi, les conventions de manière sélective.

Il reste que la rédaction des textes conventionnels demeure un exercice juridiquement exposé, pour au moins trois raisons :

- en premier lieu, on doit constater que les conventions continuent d'être presque systématiquement contestées au contentieux par le ou les syndicats non signataires. Il y a peut-être là un effet intrinsèque de leur élaboration négociée.

- en deuxième lieu, la Cour des comptes a critiqué, dans son rapport sur la Sécurité sociale pour 2000, l'insuffisance de préparation juridique des négociations conventionnelles, mettant en avant la nécessité de renforcer les moyens juridiques des caisses nationales, et d'intégrer davantage l'expertise et la technique juridiques dans l'élaboration des textes conventionnels.

- enfin, en troisième lieu, on ne doit pas perdre de vue que l'instrument conventionnel est aujourd'hui, pour des raisons constitutionnelles – différentes de celles déjà évoquées plus haut -, un instrument forcément limité. En effet, en vertu de l'article 34 de la Constitution, toute novation, en matière d'organisation de la sécurité sociale, doit avoir été préalablement prévue par la loi, et encadrée avec assez de précision pour que le législateur ne se voie pas reprocher d'avoir excessivement délégué sa compétence.

330 Section, 14 avril 1999, « Syndicat des médecins libéraux et autres », rec.p.139.

Les deux limites constitutionnelles des conventions

La Constitution de la V^{ème} République limite le champ d'intervention des conventions passées avec les professionnels libéraux de deux façons, c'est-à-dire sur les deux frontières qu'elles entretiennent respectivement avec la loi et avec le règlement d'application.

En premier lieu, l'article 34 de la Constitution réserve à la loi la définition des « principes fondamentaux de la sécurité sociale ». C'est donc au Parlement qu'il convient de définir ces « principes fondamentaux », et la loi qui renverrait à une convention médicale le soin d'y procéder à sa place, ou qui resterait trop générale dans la définition, serait, pour ce motif, entachée d'inconstitutionnalité (voir par exemple la décision du Conseil constitutionnel n°98-404DC du 18 décembre 1998, à propos de la LFSS pour 1999).

Or la notion de « principe fondamental de la sécurité sociale » est, en jurisprudence constitutionnelle, extrêmement extensive, et va bien au-delà des seuls éléments les plus fondamentaux d'organisation du système. En fait, la convention ne peut fixer elle-même aucune des règles générales de remboursement, de tarification ou d'organisation des rapports avec l'assurance maladie, sans que la loi l'ait prévu avec suffisamment de précision. De même elle ne peut déroger aux règles légales que si, là encore, celles-ci l'ont prévu avec suffisamment de précision.

En second lieu, l'article 21 de la Constitution réserve au pouvoir réglementaire le soin d'assurer « l'exécution des lois ». Dès lors, les « principes fondamentaux » de la sécurité sociale, tels qu'ils sont fixés par la loi, ne peuvent être normalement précisés et organisés que par voie réglementaire, c'est à dire par décret ou, sous certaines conditions, par arrêté.

Le Conseil constitutionnel a cependant admis la possibilité de « décliner » ou de « préciser » la loi par voie de convention médicale ou paramédicale, mais il a eu besoin pour cela de s'appuyer sur le fait que ces conventions étaient approuvées par arrêté interministériel – et demeuraient donc sous un certain contrôle du pouvoir réglementaire – (décision n°89-269DC du 22 janvier 1990).

Certes, ce pouvoir d'agrément peut être encadré par la loi, ainsi qu'il l'est aujourd'hui. Mais cet encadrement ne saurait aller, pour le motif constitutionnel qu'on vient d'indiquer, jusqu'à réduire l'approbation à un simple enregistrement quasi-automatique.