

ÉDITION 2004

RAPPORT SUR L'EXÉCUTION DE L'ONDAM 2003

DIAGNOSTIQUER
EN ANALYSANT
L'ÉVOLUTION
DES DÉPENSES
DE SOINS

Réguler, c'est diagnostiquer, expertiser, organiser, maîtriser et gérer



RAPPORT SUR L'EXECUTION DE L'ONDAM 2003

PRESENTATION

SYNTHESE

GUIDE DE LECTURE

PARTIE I :	UN INVENTAIRE DE L'ANNEE 2003	1
PARTIE II :	ANALYSE DE QUELQUES MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE	47
PARTIE III :	BILAN, PERSPECTIVES ET AXES DE TRAVAIL	91
ANNEXES		131

PRESENTATION

A plusieurs titres, l'année 2003 est une année importante pour l'Assurance Maladie. Evénements et réflexions n'ont pas manqué pour rappeler et illustrer sa place dans la société française.

Les travaux et les réflexions d'abord. Que ces travaux concernent l'organisation du système de soins, le financement, la démographie médicale, l'hôpital ou des sujets plus ponctuels comme les arrêts de travail, la chirurgie ou la périnatalité, force est de constater qu'au-delà des rapports annuels¹ habituels, la réflexion publique consacrée à l'Assurance Maladie et à sa réforme a été dense et variée. Elle a traité des principales questions posées à l'Assurance Maladie ; elle a recensé et éclairé la plupart des points du système où se concentrent les problèmes. Elle culmine en fin d'année, avec les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dont le rapport présente une vaste synthèse consensuelle des connaissances et réflexions disponibles et indique les points névralgiques du système.

Les événements ensuite. La canicule, qui durant l'été 2003 a été à l'origine du décès de nombreuses personnes, est incontestablement le plus marquant. A côté des questions posées sur l'organisation du système de soins, cet événement met en lumière l'importance –croissante avec le vieillissement de la population– que revêt dans la société d'aujourd'hui la prise en charge du risque maladie et de la dépendance surtout lorsque des phénomènes climatiques ou d'autre nature, créent des situations d'urgence. Par ricochet, cet événement a mis l'accent sur tous les éléments qui, au-delà des soins curatifs, permettent à une société de gérer au mieux les risques qui menacent la santé d'une population. Questions décisives que porte la loi de santé publique dont la mise au point et la discussion constituent un second point fort de l'année 2003.

La nette aggravation de la crise financière de l'Assurance Maladie est bien évidemment l'autre point important de l'année. Endémique depuis plusieurs années², elle devient manifeste lorsque la commission des comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2003 publie les soldes prévisionnels de l'Assurance Maladie pour l'année en cours (- 10,6 milliards d'euros) et pour 2004 (- 14 milliards d'euros.³) Ces déficits sont certes historiques⁴, mais ils sont surtout peu soutenables financièrement, créant, ainsi que le note le rapport de la commission des comptes, le risque « *d'une perte durable de la maîtrise du système.* »

Ces événements et ces travaux témoignent de la double exigence qui s'adresse à l'Assurance Maladie : elle doit jouer son rôle d'opérateur organisant pour l'ensemble des assurés l'accès à des soins de qualité, et cet accès doit se faire au meilleur coût afin que l'équilibre financier du système soit respecté.

Ces deux exigences ne sont pas aisées à concilier.

En assurant un large accès aux soins, l'Assurance Maladie est garante de la cohésion sociale et concourt au bien-être de la population. En témoigne notamment son plan de lutte contre l'exclusion en faveur des populations en situation de précarité. Par ailleurs, en finançant l'activité de secteurs liés à la production de services et de biens de santé, elle nourrit une part de la croissance de l'activité économique. Le secteur de la santé occupe environ 1,9 million de personnes et représente 7 % de la valeur ajoutée nationale.

¹ Les plus importants étant les rapports de la commission des comptes de la Sécurité sociale publiés en mai et septembre, le rapport de la Cour des comptes ainsi que le rapport de la commission des comptes de la santé.

² Comme l'illustre l'étude sur le déficit tendanciel (point de conjoncture n° 22 de mars 2004) dont les conclusions sont reprises dans le rapport

³ La commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2004 a révisé ces montants ; le déficit 2003 est dorénavant de 11,1 milliards d'euros, celui de 2004 de 12,9 milliards d'euros.

⁴ Le déficit le plus important était précédemment celui enregistré en 1995, d'un montant de 6 milliards d'euros.

Revers de la médaille : financer la production de soins a un coût. Le coût incompressible des soins dont l'évolution est déterminée par le vieillissement de la population, la distribution des pathologies dans cette population, le progrès des sciences et techniques médicales, doit être distingué de nombre de coûts inutiles : l'Assurance Maladie doit faire face ici et là, à des choix peu efficaces et des situations sous-optimales, des rentes de situation, et parfois des abus ou des gaspillages, qui nuisent à la qualité des soins et qui à coup sûr, majorent les coûts auxquels ils sont délivrés aggravant ainsi les problèmes financiers.

Ces questions ne sont pas nouvelles pour l'Assurance Maladie. Le premier rapport sur l'exécution de l'ONDAM⁵ présentait plusieurs actions dont l'objectif était d'éliminer les coûts inutiles. « *Le système de soins, y précisait-on, dispose à résultats sanitaires équivalents, de marges d'économies qui restent considérables. Ce travail relève en fait soit d'accords de bon usage de soins et d'une stricte application des règles et recommandations existantes, soit d'une meilleure organisation des soins.* » Le rapport de cette année en détaille plusieurs autres et consacre un large développement aux différents gisements d'économies potentielles.

Aujourd'hui, cependant, la forte dégradation de la situation financière pose ces questions de nature médico-économique avec une urgence et une ampleur inédites. Elles sont de surcroît redoublées par une série de questions de nature macro-économique et financière :

Questions financières et macro-économiques : ni le déficit, ni la dette accumulée de l'Assurance Maladie ne peuvent croître indéfiniment. Pour des raisons éthiques -il ne serait guère convenable de reporter la charge des dépenses actuelles sur les générations futures- tout autant que financières, les charges financières liées à la gestion de la dette mobilisent en effet une part croissante des ressources. Mais également pour des raisons économiques : il est clair que des dépenses de santé et d'assurance maladie excessives –a fortiori financées par la dette– handicapent d'autant le financement d'autres fonctions collectives voire celui de la production d'autres richesses. Au total, ces questions peuvent se résumer en une seule : compte tenu des perspectives de croissance économique et des tendances de fond qui orientent les dépenses, quelle part de la richesse nationale consacrer au financement de l'Assurance Maladie et quel niveau de prise en charge retenir ?

Questions médico-économiques : dans un tel contexte, poursuivre le développement de la qualité des soins passe par la mise en œuvre d'actions visant à améliorer à tous les niveaux le rapport efficacité/coût :

au niveau des choix individuels des agents du système de soins : assurés et professionnels de santé doivent se conformer à la réglementation, au bon usage des soins, aux normes et références de bonne pratique ;

au niveau de l'organisation du système de soins : le parcours du malade dans le système de soins peut ne pas être optimal, les moyens employés pour le soigner peuvent ne pas être appropriés du fait d'une organisation du système complexe et peu transparente. Ainsi, à la jonction des soins de ville et des soins hospitaliers se situent d'importants gisements d'efficacité et donc d'économies ;

au niveau des choix collectifs : la loi de santé publique présente pour les cinq prochaines années 101 objectifs de santé publique, chacun d'entre eux étant accompagné d'indicateurs permettant au terme de la période une évaluation de la politique menée. L'Assurance Maladie doit donc développer des actions efficaces pour, au-delà de sa fonction curative, orienter le système de soins dans une direction compatible avec les grands choix de santé publique. Ce qui pose entre autre la question de l'articulation des lois de financement de la Sécurité sociale avec la loi de santé publique.

⁵ On peut citer également le rapport de la CNAMTS rédigé par son médecin conseil national, C Béraud « La sécu, c'est bien, en abuser ça craint » (1992) ou encore le plan stratégique de la CNAMTS de 1999.

Présentes tout au long du rapport 2003, notamment dans sa troisième partie qui fait le point sur les axes de travail de la CNAMTS, ces questions rendent plus important encore le développement d'une logique de résultats.

Exposée dans le précédent rapport, cette logique qui dès l'année prochaine, présidera à l'élaboration, au vote et à l'exécution du budget de l'Etat, nécessite de se doter d'objectifs précis et de définir avec soin le périmètre des actions à engager. L'exécution de ces actions doit être suivie et leurs résultats mesurés par des indicateurs permettant de se prononcer sur leur impact réel, leur coût et leur efficience. Tel doit être l'enjeu d'une meilleure régulation de la dépense de soins et d'assurance maladie.

L'architecture générale du présent rapport reste identique à celle de l'an passé. **Une première partie** consacrée à l'inventaire de l'année 2003 fera le point sur les dépenses de la CNAMTS. Par rapport à l'an passé, elle présente des développements plus appuyés concernant les effets de la croissance économique sur les comptes de l'Assurance Maladie et concernant la dépense hospitalière. Au total, son ambition est de répondre à une question légitime : sur 100 euros de cotisations, comment ont été utilisés les 96 euros consacrés aux soins et à la prévention⁶ ? Sur la base de ce constat et de cette analyse des dépenses seront identifiées les actions correctrices à mener. Une première prévision des dépenses de soins de l'année 2004 et de l'année 2005 -année de la loi de financement de la sécurité sociale en préparation- permettra de prendre la mesure de l'urgence de ces actions.

La deuxième partie présente les principales actions menées par la CNAMTS dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie 2003 et donne des éléments d'évolution. Ces actions couvrent la politique conventionnelle, la politique du médicament, les mesures visant à améliorer l'efficience ou l'organisation du système de soins, les contrôles, la politique de prévention.

Dans la logique de la loi organique c'est un des enjeux de ce rapport sur l'exécution que de rendre compte chaque année de l'efficacité des actions conduites.

Dans une troisième partie, sont avancés les axes de travail et les propositions retenus par la CNAMTS pour le court et le moyen terme. Cette partie prend un relief particulier du fait de l'actualité de la réforme de l'Assurance Maladie. Se détachant quelque peu de l'année 2003 et des évolutions conjoncturelles, elle tente, en soulevant trois questions d'avenir - l'équilibre financier du régime, l'organisation du système de soins, l'évaluation par les pouvoirs publics de l'état de santé de la population - d'indiquer les marges de manœuvre et les leviers d'action de l'Assurance Maladie. Une esquisse financière couvrant la période 2005- 2007, sert de toile de fond à ces développements.

La CNAMTS entend notamment indiquer qu'il subsiste des marges d'économies importantes à l'intérieur du système. Aussi le rapport expose-t-il longuement la méthodologie, la définition et l'estimation de ces économies potentielles, cette année pour le domaine ambulatoire.

Seconde tâche prioritaire et décisive pour l'avenir du système de soins et de prise en charge, la redéfinition du périmètre de soins remboursables à la lumière de ce qui est efficace, utile et nécessaire à la santé. Cette redéfinition du périmètre de soins remboursables n'a pas pour vocation de limiter les soins face à une pathologie sérieuse mais de définir précisément les produits et les actes qui procurent un service ou une utilité médicale qui justifie une prise en charge collective, en ville comme à l'hôpital.

⁶ Les 4 euros restants financent les dépenses de gestion du système.

Dès lors, ce périmètre de soins constituera l'élément central de l'achat par la Nation de ses biens et services médicaux. Il sera un instrument du pilotage du système et d'actions sur les comportements de tous les acteurs. Il aura un effet vertueux sur la gestion des dépenses et des risques.

Dans ce cadre, un document comme le rapport sur l'exécution de l'ONDAM, devra chaque année, en contribuant à identifier les actions correctrices nécessaires pour mieux définir le périmètre de soins et en assurer le respect, prendre sa place dans le processus d'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l'heure, son ambition, en dressant le constat d'évolution des dépenses et en précisant propositions et axes de travail, est d'apporter la contribution de la CNAMTS à la détermination des conditions d'une croissance soutenable des dépenses d'Assurance Maladie.

Daniel LENOIR

SYNTHESE

1. En 2003, même si les soins de ville marquent une décélération, les dépenses d'assurance maladie restent sur une tendance haussière.
 - Pour les soins de ville (+ 7,3 % en 2003), la tendance de moyen terme reste préoccupante

Il faut noter tout d'abord *la décélération manifeste, de postes de dépenses, dont la croissance est traditionnellement extrêmement forte* : les médicaments, du moins ceux délivrés en ville, les biens médicaux et les indemnités journalières. Certes, les tendances restent beaucoup trop élevées pour être compatibles avec un retour à l'équilibre ou même avec une simple stabilisation du déficit, mais elles s'inscrivent malgré tout en retrait par rapport à la croissance des années précédentes.

La déception vient en revanche, de *l'accélération incontestable de l'activité des professionnels de santé libéraux*, et en particulier des médecins, en 2003. Encore faut-il nuancer le propos : cette activité est largement contingente à la demande de soins de santé. Or, celle-ci a été forte en 2003, plus forte même qu'à l'accoutumée, pour des raisons d'ordre conjoncturel : l'année 2003 a connu deux pics épidémiques et si le premier, celui de début d'année, est habituel, le deuxième a été particulièrement précoce dans la chronique des mois de l'hiver 2003-2004. A l'évidence, l'activité des médecins et des infirmiers libéraux s'est adaptée à cette demande de soins supplémentaire. Le coût pour l'Assurance Maladie d'un de ces épisodes épidémiques est d'au moins 150 millions, soit 0,3 point de croissance supplémentaire.

Au total, la décélération, bien que réelle, reste encore timide. L'infléchissement des volumes est au maximum d'un point et demi par rapport aux taux de croissance des années 2000 et 2001. L'impact d'une telle décélération n'est pas à la hauteur des enjeux financiers. Quant on en reste aux tendances d'ensemble, l'année 2003 se situe bien dans le prolongement des années 1997-2002.

- Les dépenses des établissements (+ 5,7 % en 2003), et notamment des établissements financés par dotation globale, continuent de progresser vivement.

Sans bien sûr atteindre les taux d'évolution affichés par les soins de ville, les dépenses sous dotation globale progressent vivement sans que soit garantie pour autant une utilisation efficace de ces ressources. Des facteurs spécifiques au monde hospitalier et à l'organisation interne de l'hôpital pèsent sur l'efficacité des soins hospitaliers, ce qui engendre à la fois une hausse incessante de la dépense et une pénurie de moyens pour l'investissement nécessaire au renouvellement du matériel et à la rénovation des hôpitaux.

A cela s'ajoute une forte visibilité de l'hôpital qui en concentrant en un même lieu d'importants moyens accessibles à tout moment, attire une forte demande parfois accrue par les faiblesses de la médecine de ville en matière de permanence des soins.

En fait, dépenses de soins de ville et dépenses hospitalières, au-delà de leurs différences tant dans le mode de régulation que dans leur organisation, sont orientées à la hausse par les facteurs d'évolution repérés dans le précédent rapport sur l'exécution de l'ONDAM. Ces facteurs sont durablement installés. Rappelons les succinctement.

- *le progrès des sciences et des techniques médicales*, en substituant de nouvelles thérapeutiques aux anciennes, contribue au développement de l'efficacité et de la qualité des soins mais en renchérit également le coût ;

- *le vieillissement de la population va être rapide dans les prochaines années et continuera d'imprimer sa marque sur l'évolution du système de soins : modification de la demande de soins, importance accrue de certaines pathologies lourdes et donc de certains modes spécifiques de prise en charge ;*
- *l'épidémiologie des affections de longue durée : quatre affections se partagent 84 % des entrées dans le dispositif de prise en charge : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les troubles mentaux et le diabète. Ces affections, on le sait, sont plus fréquentes avec l'âge mais le risque intrinsèque de leur survenue augmente également.*

Ils expliquent le non respect persistant des objectifs et notamment de l'ONDAM voté par le Parlement. L'année 2003 si elle affiche un dépassement moins important (1,2 milliard) que ceux des autres années, le doit pour une part à un objectif fixé plus généreusement mais aussi à l'infléchissement des volumes des soins de ville (au maximum d'un point et demi par rapport aux taux de croissance des années 2000 et 2001).

Droits constatés	réalisation 2002	Evolution 2002/2001	objectif 2003	objectif/réalisation 2002	Réalisation 2003 CNAMTS	Extrapolation à l'ensemble des régimes	(en milliard d'€) dépassements 2003
ONDAM métropole	113,8	7,1 %	120,5	5,4 %	102,0	121,5	1,1
Soins de ville	54,5	7,9 %	57,8	6,1 %	48,9	58,5	0,8
<i>Dépenses déléguées</i>	25,0	7,2 %			22,8		
<i>Autres soins de ville</i>	29,5	8,5 %			26,2		
Etablissements	59,3	6,3 %	62,7	4,6 %	53,0	63,0	0,3
<i>sanitaires publics</i>	43,9	5,6 %	46,1	4,4 %	38,9	46,2	0,1
<i>Dont : établissements sous DG</i>	43,4		45,8	4,9 %	38,3	45,5	- 0,3
<i>sanitaires privés</i>	7,1	7,5 %	7,5	3,5 %	6,4	7,7	0,2
<i>médico-sociaux</i>	8,3	9,0 %	9,0	7,0 %	7,7	9,1	0,1
Réseaux			0,1		0,0	0,0	0,0
DOM	2,7		2,9	4,8 %	2,9	3,0	0,1
Ressortissant français de l'étranger	0,2	8,1 %	0,2	- 2,5 %	0,2	0,2	0,0
ONDAM France entière	116,7	7,2 %	123,5	5,3 %	105,1	124,7	1,2

Cette décélération n'est toutefois pas à la hauteur des enjeux financiers : il faut scruter le profil conjoncturel de ces dépenses pour percevoir ce mouvement. Quant on en reste aux tendances d'ensemble, l'année 2003 se situe bien dans le prolongement des années 1997-2002.

- **En 2004, la croissance spontanée des soins de ville (6,3 %) devrait rester en deçà de celle de 2003. La croissance spontanée 2005 (6,2 %) ne devrait pas être sensiblement inférieure à la croissance 2000-2004.**

Pour 2004, hors mesures, la prévision la plus plausible aujourd'hui est celle qui repose sur l'hypothèse d'une reprise, à compter du deuxième trimestre 2004, de la croissance des soins de ville sur un rythme voisin du rythme de croissance connu en 2003. La prévision qui est faite ici est donc tendancielle. Elle ne préjuge évidemment pas de l'impact des mesures récemment annoncées. Plusieurs facteurs expliquent le fléchissement de ce taux de croissance, en net retrait par rapport à celui des années précédentes : l'absence en 2004 de revalorisations tarifaires, un début d'année dans l'ensemble modéré...

En 2005, les facteurs de modération des dépenses, du moins ceux qui sont à l'œuvre au début de l'année 2004 (qu'il s'agisse de la pause observée au premier trimestre, ou de l'effet plein des mesures de la LFSS 2004, qui sera de toute façon acquis dès la fin de l'année 2004) n'ont guère de raisons de peser davantage sur le taux de croissance des dépenses. La prévision **n'intègre pas à ce stade les effets de nouvelles mesures d'économies sur les dépenses** et repose sur l'hypothèse d'un maintien des tendances observées sur la période 2000-2004, pour ce qui concerne le volume des soins de ville.

2. **Du fait de ces fortes dépenses, l'Assurance Maladie est structurellement déficitaire. Le déficit de l'ordre de 11,1 milliards d'euros en 2003 devrait être, en tenant compte du plan de financement, de l'ordre de 8 milliards en 2005 et pourrait atteindre 6 milliards en 2006. Pour sortir de l'impasse financière, on ne peut compter que sur une politique résolue de maîtrise des dépenses.**

En observant les années 1991-2003, si l'on fait abstraction des variations conjoncturelles et des mesures de financement prises au cours de ces années, le déficit tendanciel de l'Assurance Maladie s'est accru d'environ 2,8 milliards d'euros par an. Cette évolution annuelle du déficit tendanciel est celle qui correspond à une croissance tendancielle de l'économie française de l'ordre de 2,2 % en volume. Cette croissance économique détermine à moyen terme les recettes du régime alors que ses dépenses -rappelons-le- sont déconnectées de la croissance et largement déterminées par des facteurs démographiques et médicaux.

La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs conduit à mesurer la complexité du problème auquel est confrontée l'Assurance Maladie :

- à elle seule, la croissance économique ne sera pas suffisante : le rythme nécessaire pour engendrer des recettes permettant de couvrir un déficit progressant de 2,8 milliards d'euros par an serait de 2 points supérieur à la croissance potentielle (2,2 %) ;
- l'augmentation des prélèvements si elle peut s'avérer indispensable ne serait pas toutefois une solution pérenne. A titre d'exemple, il faudrait, une fois le régime remis à l'équilibre, une hausse de 1 point de CSG tous les trois ans pour ne pas, de nouveau, recommencer à accumuler du déficit. Symétriquement, la baisse des taux de remboursement qui serait nécessaire pour rééquilibrer le système serait incompatible avec le rôle social que joue l'Assurance Maladie ;
- la dette enfin ne doit pas croître indéfiniment, le coût de la consommation actuelle ne pouvant être systématiquement rejeté sur les générations futures.

Sans négliger aucun des paramètres mentionnés ci-dessus et notamment la fixation de recettes à un niveau suffisant, la garantie d'un équilibre financier *durable* de l'Assurance Maladie passe par une maîtrise dynamique des dépenses. Cette maîtrise implique deux actions d'envergure : la mobilisation des marges d'économies qui existent dans le système, la mise en œuvre d'une nouvelle définition du périmètre de soins remboursables et sa gestion active.

Cette politique doit être vigoureuse, à la hauteur des enjeux financiers et surtout des forces qui jouent à la hausse des dépenses. Elle est indispensable au succès des mesures annoncées dans le récent projet de loi relatif à l'Assurance Maladie.

Ces mesures visent à rapprocher de l'équilibre la branche maladie du régime général en 2007 : le dispositif financier mis en œuvre repose sur une intervention de la CADES visant à reprendre les déficits cumulés jusqu'à fin 2004 (environ 32 milliards), mais aussi ceux de 2005 et de 2006 (soit au total 45 à 47 milliards). Ainsi, le retour à l'équilibre ne semble pas pouvoir être acquis avant 2007.

De fait, ce plan de réforme de l'Assurance Maladie se donne pour objectif d'alléger de 15 milliards environ le déficit d'exercice du régime général en 2007, grâce à des mesures comportant tout à la fois des recettes supplémentaires (+ 5 milliards à partir de 2005) et des actions sur les dépenses, qui conduiraient à des économies d'un peu plus de 3 milliards en 2005, d'environ 6,5 milliards en 2006 et de finalement 10 milliards en 2007.

La mise en œuvre rapide de ces mesures soulagera fortement la branche maladie du régime général dès 2005 : son déficit pourrait alors revenir à -8 milliards l'année prochaine. Il devrait s'améliorer encore en 2006 et 2007. Sans actions structurelles supplémentaires sur les dépenses – s'attachant notamment à modifier les comportements des agents – ces efforts risqueraient d'être contrecarrés par la croissance tendancielle du déficit : si la tendance observée au cours des dernières années se maintenait, il ne serait pas certain que le déficit du régime général puisse être ramené à moins de 5 milliards d'euros en 2007. Cet écart à l'équilibre en fin de période représente l'effort qui devra être fait par les gestionnaires de l'Assurance Maladie pour infléchir la tendance à la croissance des dépenses.

3. Cette politique de maîtrise peut s'appuyer sur la politique engagée en 2003 et sur les premiers résultats d'ores et déjà obtenus.

La CNAMTS a déjà mis en œuvre, en 2002 et en 2003, plusieurs actions de maîtrise des dépenses dont les résultats sont d'ores et déjà palpables, notamment dans la décélération de certains postes de dépenses.

• La rénovation de la politique conventionnelle

En s'appuyant sur la loi du 6 mars 2002, l'Assurance Maladie a poursuivi avec l'ensemble des professions de santé la définition d'accords et de contrats qui, en complétant les conventions précisent les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non respect des engagements.

Ces nouveaux outils que sont les Acbus, les contrats de bonne pratique, les contrats de santé publique et les contrats de pratiques professionnelles ont pour objectif d'améliorer la qualité des soins et de faire évoluer les pratiques des professionnels de santé, ceci à travers la définition d'incitations notamment financières. Ils sont fondés sur la contractualisation et la médicalisation.

Actuellement, *treize AcBUS ont été signés*. Leur objectif est de faire évoluer les pratiques vers le bon usage des soins. Deux types d'accords se distinguent assez nettement : des accords dont l'objectif principal est d'accompagner la réalisation de documents de synthèse ou de documents de liaison entre les professionnels de santé (accord avec les transporteurs relatif à la mise en œuvre d'une fiche clinique du patient par les transporteurs dans le cadre de l'aide médicale d'urgence ; accord avec les masseurs kinésithérapeutes relatif à une meilleure utilisation de la fiche synthèse du bilan diagnostic) ;des accords dont le principal objectif est l'amélioration des pratiques médicales (accord relatif à la démarche de soins infirmiers ; accord avec les sages femmes relatif aux modalités de prise en charge de la femme enceinte dans le cadre de séances de préparation à la naissance).

Sept contrats de bonne pratique ont été signés. Ils ont pour objectif l'évaluation de la pratique professionnelle, et donc, la définition des modalités de suivi de l'activité des professionnels. Il peut, de plus, comporter des éléments sur le niveau de l'activité. Contrairement aux AcBUS, ce sont des contrats à adhésion individuelle qui ouvrent droit à une rémunération forfaitaire supplémentaire à la rémunération des actes.

A l'exception de ceux concernant les laboratoires et les transporteurs, ils contiennent une obligation de formation continue conventionnelle prise en charge et indemnisée par l'Assurance Maladie. Cette obligation de formation continue est la plupart du temps, en phase avec le thème de l'AcBUS signé avec la profession.

Trois contrats de santé publique ont été signés : leur objectif est de renforcer la permanence et la coordination des soins ou de développer des actions de prévention. L'adhésion est individuelle et ouvre droit à une rémunération forfaitaire supplémentaire. Un contrat de santé publique relatif aux soins palliatifs, signé avec les médecins généralistes répond à un objectif d'amélioration de la coordination des soins ; un second contrat de santé publique concernant le suivi biologique des patients sous anti-vitamine signé avec les laboratoires s'inscrit dans une volonté de développer les démarches de prévention. Le troisième contrat consacré à la prise en charge des patients diabétiques signé avec les infirmiers souhaite à la fois améliorer la coordination des soins et développer des démarches de prévention.

Cinq contrats de pratiques professionnelles ont été signés. Ils permettent une contractualisation entre les partenaires conventionnels sur un champ plus large que celui couvert par les contrats de bonne pratique. En effet, le cadre de leurs obligations n'est pas strictement défini par un article du code de la Sécurité sociale ce qui autorise une plus grande souplesse. Ils peuvent mettre en œuvre des dispositions permettant une meilleure coordination de soins, une évolution des pratiques professionnelles. Trois contrats passés avec les spécialistes permettent notamment la prise en charge d'une partie de la responsabilité civile professionnelle des médecins spécialistes concernés.

- **La politique du médicament**

Le médicament est traditionnellement –et notamment en France– un important poste de dépenses (15,4 milliards d'euros en 2003). Ce poste connaît de surcroît des taux d'évolution annuelle élevés du fait d'une forte évolution des volumes prescrits et d'un glissement important de la consommation vers les produits les plus chers.

Trois actions de l'Assurance Maladie se fixent pour objectif de casser cette tendance :

- ① *La promotion du bon usage du médicament.* Ainsi, la campagne de l'Assurance Maladie visant à favoriser le bon usage des antibiotiques qui repose sur un AcBUS, s'est-elle fixée pour objectif de diminuer de 25 % en cinq ans le ratio rapportant le nombre d'actes avec prescriptions d'antibiotiques au nombre d'actes avec prescriptions de médicaments. Engagée en 2002, la campagne a porté ses fruits puisque une baisse de 10,2 % de la consommation d'antibiotiques a été constatée durant l'hiver 2002-2003, ce qui a permis à l'assurance maladie d'économiser environ 50 millions d'euros. A comparer avec les 6 millions d'euros d'investissements qu'ont nécessité la campagne pour informer les assurés et les professionnels de santé.
- ② *Le développement des médicaments génériques.* L'accord du 5 juin 2002 avec les médecins généralistes comprenait un engagement des médecins à prescrire des médicaments génériques. Cet engagement qui avait été appliqué sans délai avait fait passer la prescription en génériques, mesurée en nombre de boîtes, de 28 % du marché des médicaments générables en juin 2002 à près de 60 % en décembre 2003. A la fin mars, et compte tenu des effets saisonniers (on consomme plus de médicaments en hiver qu'en été), la délivrance de médicaments génériques avait continué de progresser.

La mise en œuvre du Tarif forfaitaire de responsabilité qui détermine le niveau des remboursements par les régimes obligatoires de Sécurité sociale de certains médicaments principaux au regard du prix moyen des génériques associés, confortera ce processus.

③ *La baisse du taux de remboursement des médicaments à service médical rendu faible.* Modifier le périmètre de soins remboursables pour des médicaments dont l'efficacité n'est plus avérée permet à l'Assurance Maladie de réaliser des économies. Ainsi, la mise en œuvre pour 616 spécialités d'une baisse du taux de remboursement de 65 % à 35 % a permis pendant les onze premiers mois de 2003 et par rapport aux onze premiers mois de 2002, une baisse de 23,8 % du montant des remboursements correspondant à ces spécialités.

- **L'approfondissement de l'analyse des pratiques professionnelles**

Plusieurs enquêtes du service médical de l'Assurance maladie ont analysé les pratiques des professionnels de santé afin de les comparer aux recommandations de bonnes pratiques «édictées par les agences (ANAES, AFSSAPS). L'ensemble de ces travaux, qu'ils concernent la médecine de ville (traitement des dyslipidémies) ou la médecine hospitalière (chirurgie digestive de l'obésité, pose des endoprothèses aortiques) ont débouché sur des constats et des états des lieux qui servent de base aux interventions de l'Assurance Maladie, soit en direction des Agences pour améliorer les recommandations, soit en direction des professionnels de santé pour modifier leur pratiques.

- **Le développement d'un plan de contrôles ciblés**

Organisé sur l'ensemble du territoire, ce plan a débuté en 2001, il a été amélioré en 2002 et généralisé en 2003/2004. Il a pour principal objectif de mettre en place, en direction des professionnels de santé et des assurés, des contrôles mieux ciblés, plus actualisés, plus opérationnels et plus dissuasifs notamment en matière de contentieux et de fraude.

Ces objectifs ont été atteints. En effet, toutes professions confondues, le programme a permis d'augmenter sensiblement le nombre de dossiers déposés auprès d'instances ordinaires. Pour certaines professions, le nombre de contentieux engagés par rapport aux années antérieures a pratiquement doublé. L'amélioration du ciblage est patente puisque 25,2 % des professionnels contrôlés dans le cadre du programme ont fait l'objet d'un contentieux ordinal contre seulement 1,5 % en 2001. Il a révélé certaines pratiques frauduleuses dont, principalement, des facturations de consultations avec majoration de nuit ou de dimanche non réalisées ou de fausses déclarations sur des comptes-rendus opératoires transformant des libellés d'actes réellement pratiqués en libellés d'actes lourds (par exemple tumorectomie avec plastie pour une ablation simple de verrues). Il a aussi mis en évidence des pratiques faisant courir un risque injustifié aux patients telles que l'absence d'examen histologique des pièces opératoires, l'existence de conditions sanitaires insuffisantes ou l'inadéquation entre structure et intervention. En matière de contrôle des bénéficiaires (grands consommateurs et consommateurs atypiques), les outils mis à disposition des acteurs de terrain (requête de ciblage, méthode de contrôle) ont fait la preuve de leur efficacité puisque 62,4 % des bénéficiaires contrôlés avaient un traitement inappropriate à leur état de santé.

Les limites à ces contrôles tiennent aux difficultés rencontrées par les organismes pour appliquer des textes réglementaires, lesquels demandent à être complétés et à l'absence de dispositifs gradués de pénalités.

- **Le développement de plans d'action de régulation et de contrôle**

Ces plans d'action combinent des dispositifs de bon usage des soins, des contrats de bonne pratique ainsi que des dispositifs de contrôles qui ont été renforcés. Ils ont été lancés en 2003 sur la base de l'analyse des dépenses 2002 et ont été étendus en 2004. Ils concernent les postes de dépenses dont les augmentations sont particulièrement fortes (affections de longue durée, indemnités journalières, prescriptions d'analyses biologiques, dispositifs médicaux, transports sanitaires).

Le plan d'actions mis en œuvre dans le cadre des indemnités journalières (IJ) vise à diminuer les arrêts de travail non justifiés médicalement. Pour le seul risque maladie - le coût des arrêts de travail a représenté environ 5,3 Md € en 2003. En outre, les arrêts de travail non médicalement justifiés, itératifs ou d'une durée excessive peuvent être à l'origine d'une désinsertion socioprofessionnelle pouvant elle-même être génératrice de pathologies d'ordre dépressif. Ce plan s'articule autour de deux axes: les contrôles ciblés des assurés sociaux et des prescripteurs pour modifier leur comportement, une étude visant à améliorer les connaissances et les performances des contrôles des arrêts de travail de longue durée. Ce plan commence à produire ses effets puisque la croissance des dépenses d'indemnités journalières a fléchi en 2003.

Le plan d'actions mis en place dans le cadre des affections de longue durée (ALD) vise à maîtriser les dépenses des patients atteints d'une de ces affections et qui sont pris en charge à 100 %. Les soins dispensés aux personnes en ALD représentaient en 2002, 40 % des dépenses remboursées au titre des soins de ville. Elles augmentent plus vite que les dépenses des autres assurés, soit + 12,8 % par an en moyenne contre + 4,5 % pour les autres malades. L'objectif de ce plan est d'améliorer la gestion des ALD en contrôlant la conformité de l'entrée et du maintien dans le dispositif et en veillant à ce que l'exonération du ticket modérateur soit limitée au traitement de la maladie qui a justifié l'entrée dans le dispositif. Ce plan sera effectif en 2004.

4. Il convient à présent de systématiser cette politique de maîtrise. La CNAMTS propose d'optimiser l'organisation du système de soins, d'agir sur les économies potentielles. Seule, une redéfinition du périmètre de soins remboursables, permettra en modifiant le comportement de tous les acteurs, d'intervenir efficacement sur la dépense.

L'analyse des dépenses de l'année 2002 et de l'année 2003 a montré que :

- d'un côté, plus d'un milliard d'événements différents, qui résultent tout à la fois de demandes de soins émanant de plusieurs dizaines de millions de patients et de pratiques professionnelles mises en œuvre par plusieurs centaines de milliers de personnes déterminent chaque année les dépenses de santé et donc les dépenses d'assurance maladie. Ces millions de décisions individuelles sont régies, du moins en théorie, par une réglementation et des référentiels médicaux. Lorsque les décisions des assurés et professionnels de santé ne respectent pas, soit les textes et la réglementation, soit les recommandations de bonne pratique médicale, apparaît une surconsommation de biens et services médicaux dont l'élimination constitue une source non négligeable d'économies ;
- de l'autre côté, des décisions publiques fixent les objectifs d'assurance maladie et définiront les objectifs de santé publique. C'est le domaine des équilibres financiers, des contraintes macroéconomiques, de la décision et des choix collectifs. Les économies potentielles sont ici liées à la capacité de l'Etat et de l'Assurance Maladie de conférer le maximum d'efficacité à la dépense de santé. Ainsi, si la France se caractérise par un niveau de dépenses de santé et d'assurance maladie et par un état de santé de sa population, est-on certain que d'autres mesures ne permettraient pas d'atteindre ce même état de santé avec une dépense moindre ?

Ces questions visent toutes deux à conférer le maximum d'efficience à la dépense : élimination des consommations inutiles et abusives pour l'une, amélioration de l'efficacité du système pour l'autre. Elles n'ont probablement pas la même portée : remise à niveau des dépenses pour la première, action à plus long terme pour la seconde qui vise à obtenir un effet durable sur la croissance des dépenses d'assurance maladie : elles recouvrent une multitude d'actions qui concerne soit le développement de bons usages des soins, soit le respect de recommandations, soit une meilleure organisation des soins notamment à la frontière ville – hôpital. Actuellement et en première approche, on peut avancer avec prudence, l'idée que la résorption de ces poches d'inefficacité engendrerait une économie de l'ordre de 5 à 6 milliards d'euros.

Mais l'analyse de ces gisements d'économies potentielles montre qu'il est indispensable de redéfinir plus précisément le périmètre des soins remboursables.

La fixation de ce périmètre des soins remboursables est essentielle d'un point de vue social puisqu'il indique clairement aux assurés ce qui est pris en charge et ce qui ne l'est pas ; d'un point de vue conventionnel puisqu'il fixe clairement les règles du jeu avec l'ensemble des professionnels de santé et les acteurs du monde de la santé ; d'un point de vue financier puisqu'il commande la part remboursable des dépenses de santé à la charge de l'Assurance Maladie. Cet ensemble de règles du jeu n'est cependant pas assez précisément défini dans notre système de sécurité sociale.

C'est un des enjeux de la réforme que de donner à l'Assurance Maladie le moyen de mieux définir le périmètre des soins remboursables.

La redéfinition du périmètre de soins ne signifie pas qu'il faille limiter les soins, ce qui contreviendrait à la mission de l'assurance maladie telle que définie dans le Préambule de la Constitution. Elle doit être entendue comme la possibilité de définir quels sont les produits et les actes ainsi que les conditions et fréquence de réalisation qui procurent un service médical qui justifie la prise en charge collective, en ville comme à l'hôpital.

C'est la condition pour que la croissance des dépenses de santé et leur niveau de prise en charge retrouve un rythme soutenable pour la prise en charge collective.

Cette redéfinition permettra également d'améliorer les indications médicales et de mieux circonscrire la responsabilisation du professionnel de santé. Les protocoles de soins constituent un excellent support en la matière. L'objectif est également de donner les moyens aux assurés de savoir pourquoi tel médicament ou tel acte est - ou n'est pas - remboursable dans telle situation ou pathologie. Dès lors, le périmètre de soins constituera l'élément central de l'achat par la nation de ses biens et services médicaux. Il est un instrument du pilotage fin du système (visibilité, contrôle, responsabilisation...) et d'action sur les comportements de tous les acteurs (professionnels de santé, assurés...). En outre, il aura un effet vertueux sur la gestion des dépenses et des risques car il permettra à l'Assurance Maladie de se comporter davantage en acheteur avisé

Sur la base de cet ensemble d'analyses, la CNAMTS a engagé les actions suivantes :

- **développer ses plans d'actions de régulation et de contrôle**

L'efficacité de ces plans qui concernent les prescriptions les plus dynamiques (médicaments, arrêts de travail, dispositifs médicaux, biologie, transports et suivi des ALD) sera renforcée au moyen **d'une déclinaison régionale** en s'appuyant sur les comités régionaux de l'Assurance maladie. Il pourrait également faire l'objet d'une collaboration inter régimes.

L'amélioration de l'organisation du système de soins invite à **les élargir à l'hôpital**. Ils constitueront alors un moyen pour agir sur les prescriptions hospitalières et obtenir une meilleure coordination.

Ce plan doit faire l'objet ***d'un suivi régulier*** à partir de tableaux de bord ***publiés tous les six mois***.

La mise en place ***d'une politique de résultats***, dans la continuité de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, suppose de compléter les indicateurs en vue de mesurer facilement et à tous moments les taux de réalisation.

- **déployer les moyens permettant d'assurer le respect du périmètre des soins :**

Etre en mesure de faire respecter le périmètre de soins nécessite au préalable que l'ensemble des acteurs concernés se soient entendus sur la définition du périmètre lui-même. Ensuite, il importe de diffuser une information sur les critères et les pratiques auprès des professionnels de santé et des assurés. Enfin, de mettre en place les outils permettant d'en vérifier le respect.

Dans cette perspective, la CNAMTS a retenu les axes suivants :

En amont de la prestation, la CNAMTS utilise le dispositif d'entente préalable, l'article L 315-2 du Code de la sécurité sociale et le Protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES).

La CNAMTS propose que l'ensemble de ces dispositifs soit plus souple, plus ciblé et puisse être modifié rapidement en fonction de l'importance des enjeux financiers et de santé publique.

En aval de la prestation, la CNAMTS a privilégié et renforcé depuis deux ans les contrôles ciblés et a posteriori afin de mieux vérifier les consommateurs et prescripteurs atypiques (assurés et professionnels de santé) et de responsabiliser ceux qui abusent.

La CNAMTS propose de prévoir des mécanismes de responsabilisation des assurés et des professionnels de santé déviants. A ce titre, elle propose d'accentuer l'information qui leur est diffusée et de développer les accords de bon usage de soins notamment concernant les médicaments.

Au moment de la liquidation des prestations, la CNAMTS développe des outils de liquidation médicalisée au moyen de contrôles ex ante pour vérifier si les critères de remboursement ont été respectés. La généralisation de ces développements est conditionnée par la refonte du système d'information.

Le respect du périmètre de soins par les prescripteurs et les assurés s'appuiera sur l'information et l'accès au dossier de suivi des consommations des patients, cela passe par une meilleure diffusion des références médicales et leur intégration dans des logiciels de pratique professionnelle.

Les initiatives favorisant la coordination des soins et la complémentarité des professionnels doivent également contribuer à la qualité des soins.

De façon générale, tout ce qui concourt à la qualité du système de soins - accréditation, évaluation, habilitation, formation, échange d'information - contribue à une meilleure gestion du périmètre de soins et à une adaptation de l'offre.

A ce titre, la CNAMTS propose d'améliorer la réglementation par un important travail de simplification et par la mise en place de procédures de gestion précises.

GUIDE DE LECTURE

Après en avoir lu la synthèse, il y a plusieurs façons de prendre connaissance de ce document.

La première, qui est certainement la meilleure, consiste à le lire de la première à la dernière page, ce qui suppose une disponibilité suffisante. L'organisation de ce document s'y prête bien, puisque le fil de l'exposé est pratiquement chronologique : le rapport présente d'abord les résultats de l'année 2003, puis les actions entreprises en 2003 par l'Assurance maladie et poursuivies en 2004, et enfin celles qu'elle compte mener l'année prochaine.

Mais il est toujours possible d'aller au plus court, puisque la table des matières permet de piocher dans les thèmes qui paraissent les plus intéressants. Cependant, cette façon de faire n'est que partiellement satisfaisante, car presque tous ces thèmes se retrouvent en réalité tout au long du rapport, tout en étant abordés de façon différente suivant qu'il s'agit de constater, d'analyser ou de proposer.

Pour les personnes qui souhaiteraient suivre de bout en bout certains de ces thèmes, le schéma qui suit fournit (au moins pour ceux qui ont été retenus dans la synthèse qui précède), quelques repères qui permettent de les localiser dans ce document.

Thèmes	Parties et chapitres concernés		
<i>Une situation financière assombrie par une conjoncture médiocre</i>	⇒	Partie 1	I – 1. une conjoncture économique mauvaise en 2003
		Partie 3	I – 1.1 la composante conjoncturelle du déficit
		Partie 3	I – 2.1 un environnement économique qui reste défavorable en 2004 et 2005
<i>Un déficit avant tout d'ordre structurel</i>	⇒	Partie 1	II – 3.4 la tendance de moyen terme des soins de ville reste préoccupante
		Partie 1	III – en tendance, la croissance à moyen terme des soins de ville restera importante
		Partie 3	I – 2.2 un déficit en croissance tendancielle de 3 milliards par an
<i>Des économies à mobiliser</i>	⇒	Partie 3	II. des gisements d'économies potentielles
<i>Une gestion du périmètre des soins au plus près des besoins</i>	⇒	Partie 2	I. la politique conventionnelle
		Partie 2	III. améliorer l'efficience des soins
		Partie 2	IV. rationaliser la prise en charge
		Partie 2	V. développer la prévention
		Partie 3	V – 2. et 3. la définition et la gestion du périmètre des soins
<i>Une amélioration encore timide en 2003</i>	⇒	Partie 1	II – 3.2 une croissance ralentie des médicaments, des biens médicaux et des indemnités journalières
		Partie 1	II – 3.3 les soins de ville ont connu une certaine décélération en 2003
<i>Faire évoluer rapidement les pratiques médicales et les comportements</i>	⇒	Partie 3	IV – 2. l'éducation des patients et le développement d'une culture de prévention
		Partie 3	V – 1. développer, approfondir et systématiser les plans d'actions de régulation et de contrôle

Par ailleurs, une annexe fournit une aide, souvent nécessaire malheureusement, aux personnes désireuses de se retrouver dans la liste facilement foisonnante des acronymes et autres sigles utilisés dans le secteur de l'assurance maladie.

TABLE DES MATIERES

PARTIE 1 : UN INVENTAIRE DE L'ANNEE 2003	1
I. DES RESULTATS FINANCIERS QUI SE RESSENTENT D'UN ENVIRONNEMENT ECONOMIQUE DEFAVORABLE	1
1. <i>La conjoncture économique est restée mauvaise en 2003.....</i>	<i>1</i>
2. <i>La masse salariale a progressé faiblement.....</i>	<i>3</i>
3. <i>Le régime général de l'Assurance Maladie est lourdement déficitaire.....</i>	<i>5</i>
II. LA CROISSANCE TENDANCIELLE DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE SE POURSUIT EN 2003	6
1. <i>La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et l'ONDAM.....</i>	<i>6</i>
2. <i>Les réalisations dans le champ de l'ONDAM</i>	<i>8</i>
3. <i>L'évolution des soins de ville au cours de l'année 2003</i>	<i>9</i>
3.1 <i>L'activité des différentes professions de santé a été plus importante qu'en 2002.....</i>	<i>10</i>
3.2 <i>La croissance des autres soins de ville est moins forte que les années précédentes.....</i>	<i>12</i>
3.3 <i>Même si leur croissance reste très élevée, les soins de ville ont décéléré en 2003.....</i>	<i>21</i>
3.4 <i>La tendance de moyen terme reste préoccupante</i>	<i>22</i>
4. <i>Un événement exceptionnel : la canicule de l'été 2003.....</i>	<i>25</i>
5. <i>Les dépenses hospitalières.....</i>	<i>30</i>
5.1 <i>Les établissements de santé financés par dotation globale.....</i>	<i>31</i>
5.2 <i>Les cliniques privées</i>	<i>37</i>
5.3 <i>Les établissements médico-sociaux</i>	<i>38</i>
III. L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE EN 2004 ET 2005 : LA CROISSANCE TENDANCIELLE DES SOINS DE VILLE RESTERA FORTE	43

PARTIE 2 : ANALYSE DE QUELQUES MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE 47

I.	LA POLITIQUE CONVENTIONNELLE	48
1.	<i>Présentation des accords et contrats.....</i>	48
2.	<i>Bilan et évaluation de ces contrats.....</i>	53
3.	<i>Evolution des conventions en 2003.....</i>	54
II.	LA POLITIQUE DU MEDICAMENT	55
III.	L'AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DES SOINS	60
1.	<i>Dans le domaine des soins de ville : le programme dyslipidémie</i>	60
2.	<i>Dans le domaine des soins en milieu hospitalier.....</i>	62
2.1	<i>Les technologies émergentes</i>	62
2.2	<i>L'organisation de l'offre de soins</i>	65
3.	<i>L'accès aux soins : l'insuffisance rénale chronique.....</i>	70
IV.	LA RATIONALISATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	73
1.	<i>Le plan d'amélioration de l'efficacité des contrôles.....</i>	73
1.1	<i>Le contrôle des professionnels de santé</i>	74
1.2	<i>Le contrôle des consommateurs atypiques et gros consommateurs de soins</i>	75
1.3	<i>Les limites des contrôles.....</i>	76
2.	<i>Le plan d'actions concernant les arrêts de travail</i>	77
3.	<i>Le plan concernant les affections de longue durée (ALD).....</i>	79
3.1	<i>Le dispositif médico administratif.....</i>	79
3.2	<i>Le constat et l'analyse de l'Assurance Maladie.....</i>	82
V.	LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION.....	85
1.	<i>La vaccination rougeole – oreillons – rubéole</i>	86
2.	<i>Le dépistage et le traitement des grandes affections</i>	86
3.	<i>La prévention des pathologies liées au vieillissement</i>	88

PARTIE 3 : BILAN, PERSPECTIVES ET AXES DE TRAVAIL 91

I.	L'EQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE	92
1.	<i>Le déficit de l'Assurance Maladie est principalement d'ordre structurel.....</i>	93
1.1.	<i>La composante conjoncturelle du déficit.....</i>	94
1.2.	<i>La composante structurelle du déficit</i>	95
2.	<i>Un retour à l'équilibre à moyen terme rendu particulièrement difficile par des facteurs tout à la fois conjoncturels et structurels</i>	97
2.1	<i>L'environnement économique restera défavorable à l'équilibre des comptes sociaux en 2004 et 2005.....</i>	97
2.2	<i>Un déficit de 13 à 14 milliards en 2004, en croissance tendancielle de 3 milliards chaque année</i>	98
3.	<i>Sortir de l'impasse</i>	100
II.	UN PREMIER VOLET : LES GISEMENTS D'ECONOMIES POTENTIELLES	102
1.	<i>La problématique</i>	102
2.	<i>Une approche macroéconomique</i>	104
3.	<i>L'approche médicale</i>	108
4.	<i>Le bon usage des soins.....</i>	109
III.	L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS : LA COMPLEMENTARITE VILLE-HOPITAL	112
1.	<i>Les trois approches</i>	112
2.	<i>L'impact financier de l'articulation ville-hôpital</i>	112
3.	<i>L'articulation ville-hôpital : un élément de l'organisation du système de soins</i>	114
IV.	LA LOI DE SANTE PUBLIQUE ET LA PREVENTION	119
1.	<i>La politique de santé publique</i>	119
2.	<i>Les compétences de l'Assurance Maladie en matière de prévention</i>	120
V.	LES ORIENTATIONS POUR 2005	123
1.	<i>Développer, approfondir et systématiser les plans d'actions de régulation et de contrôle</i>	123
2.	<i>Assurer le respect du périmètre de soins remboursables.....</i>	126
3.	<i>Au cœur du problème, la définition du périmètre de soins remboursables</i>	128

PARTIE 1 : UN INVENTAIRE DE L'ANNEE 2003

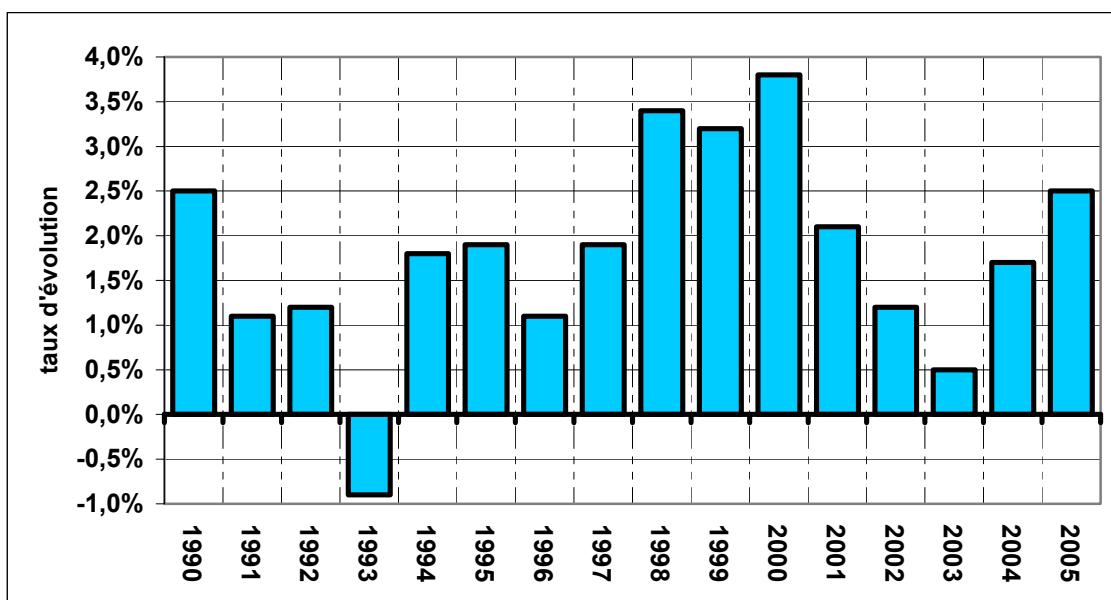
I. Des résultats financiers qui se ressentent d'un environnement économique défavorable

1. La conjoncture économique est restée mauvaise en 2003

Du point de vue économique, l'année 2003 est une nouvelle déception. «*L'activité économique, note l'INSEE⁷, ralentit pour la troisième année consécutive. Le PIB s'accroît en effet de 0,5 % seulement en 2003, après + 1,2 % en 2002 et + 2,1 % en 2001.*» Cette déception n'est pas spécifique à la France. Elle est commune à tous les pays de la « zone euro » qui, du fait de l'appréciation de la monnaie européenne et d'un comportement prudent des consommateurs, restent en deçà de la reprise mondiale qui s'est dessinée dès le printemps 2003, portée par le vif redémarrage de l'économie américaine.

EVOLUTION ANNUELLE DU PIB FRANCAIS EN VOLUME

Réalisations 1990 -2003 et prévisions 2004-2005



Les Etats-Unis ont enregistré à partir du deuxième trimestre une croissance supérieure au rythme tendanciel de longue période. Si l'année se termine sur une tendance un peu moins vigoureuse, la croissance américaine aura été néanmoins de 3,1 % en 2003. L'Asie a connu en 2003 une croissance très forte (plus de 8 % pour l'Inde et la Chine) et le Japon retrouve une croissance significative (+ 2,7 %). Cependant, même si l'économie française et les autres économies européennes ont bénéficié à partir du printemps du souffle de cette reprise mondiale, «*l'évolution très décevante de l'activité en Europe continentale est loin de refléter les tendances de l'économie mondiale.⁸*»

⁷ «Les comptes de la Nation en 2003 : au creux du cycle» INSEE première, N° 960 - avril 2004.

⁸ Note de conjoncture. INSEE - mars 2004.

De fait, la croissance française de 0,5 % en moyenne annuelle est la résultante de mouvements semestriels bien distincts. Après un premier semestre enregistrant un recul de la production, le second semestre affiche un rythme annuel de progression plus soutenu, insuffisant cependant pour relever significativement le taux moyen de croissance de l'ensemble de l'année.

EVOLUTIONS TRIMESTRIELLES DU PIB EN 2003

Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4
0 %	-0,40 %	0,70 %	0,70 %

Source : note de conjoncture de mars 2004 - INSEE

Au total, ainsi que le montre le tableau ci-dessous, extrait des Comptes de la Nation, la plupart des moteurs de la croissance a tourné au ralenti en 2003 :

- les exportations ont enregistré un recul de 2,5 % du fait de la déprime des marchés mondiaux que la reprise du printemps n'a pu effacer.
- l'investissement des entreprises qui ne s'est redressé qu'au quatrième trimestre, recule de nouveau en 2003 (- 1,9 %) du fait de la poursuite de l'ajustement des bilans, de la hausse des prix de l'énergie et de la baisse du taux de marge des entreprises. «Les coûts salariaux, indique l'INSEE, augmentent plus rapidement que la valeur ajoutée, bien que les créations d'emplois et le salaire moyen ralentissent.»
- la consommation effective des ménages a de nouveau connu une progression faible en 2003, environ + 1,7 % en 2003 après + 2,3 % en 2002. Cette attitude prudente des ménages français s'explique par la crainte suscitée par le risque du chômage, mais aussi par une décélération du pouvoir d'achat. Encore les ménages ont-ils «moins épargné qu'en 2002 pour soutenir leurs dépenses.» Leur taux d'épargne s'établit à 15,8 % contre 16,8 % un an plus tôt.
- seul l'investissement public avec une évolution de 5,2 % s'est révélé suffisamment tonique pour dynamiser la croissance.

CONTRIBUTION DES COMPOSANTES DE LA DEMANDE A LA CROISSANCE DU PIB

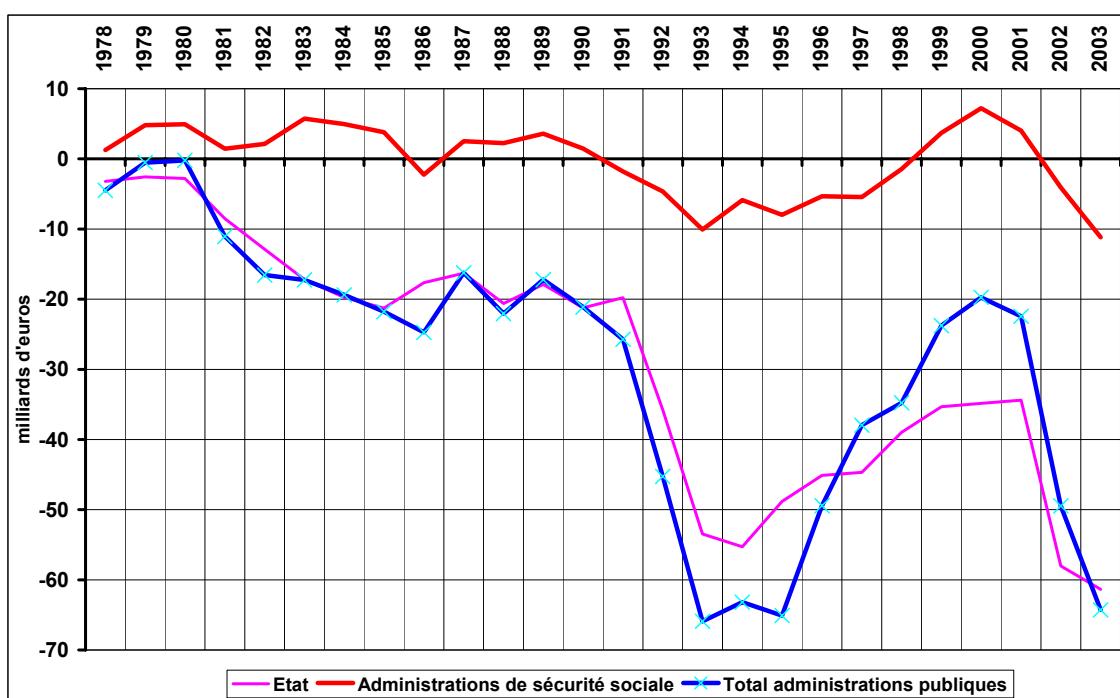
	Evolution en volume (en %)		Valeur (Mds euros)	Contribution à la croissance en %
	2002	2003		
Produit intérieur brut	1,2	0,5	1 557,2	0,5
Importations	2,9	-0,1	382,6	0
Total des emplois finals	1,5	0,4	1 939,8	
Consommation effective des ménages dont :	2,3	1,7	1 095,1	1,2
- dépenses de cons. des ménages	1,5	1,4	854,2	0,8
- dépenses individualisables des APU	5,2	2,6	230,2	0,4
Consommation effective des APU	3,7	2	148,1	0,2
FBCF :	-2	-0,2	298,7	0
- des sociétés non financières et entr. ind.	-3,6	-1,9	160,2	-0,2
- des ménages	0,7	0,8	77	0
- des APU	0,7	5,2	50,6	0,2
Variation de stocks	-0,1	-0,2	-5,2	-0,2
Exportations	1,9	-2,5	401,9	-0,7

Source : comptes de la nation, INSEE

Une telle situation ne peut être que préjudiciable aux comptes publics. La faiblesse des recettes du fait d'une conjoncture atone, alors que les dépenses continuent de croître à un rythme soutenu, débouche sur un alourdissement du besoin de financement des administrations (c'est-à-dire du déficit public). Au sens du pacte de stabilité de Maastricht, celui-ci atteint, en 2003, 64,3 milliards d'euros et représente 4,1 % du PIB. Par ailleurs, l'endettement public atteint aujourd'hui 63,7 % du PIB contre 58,8 % en 2002, soit une augmentation de près de 95 milliards d'euros.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution de déficit de l'ensemble des administrations publiques ainsi que celui de deux de ses composantes, l'Etat⁹ et les administrations de sécurité sociale.

DEFICIT PUBLIC AU SENS DE MAASTRICHT



2. La masse salariale a progressé faiblement

La masse salariale est une grandeur d'importance pour l'Assurance Maladie car elle constitue l'assiette sur laquelle repose le montant de ses principales recettes : les cotisations et la contribution sociale généralisée. Cette grandeur est elle-même dépendante de l'évolution de l'emploi salarié et du salaire moyen par tête.

Avec une progression de 0,1 % en moyenne annuelle, l'emploi salarié a quasiment stagné en 2003. Dans l'industrie, la baisse des effectifs salariés se poursuit. La baisse est particulièrement sensible dans l'industrie manufacturière où elle atteint – 2,8 % en moyenne annuelle.

⁹ La comptabilité nationale distingue trois sous-secteurs au sein des administrations publiques : les administrations publiques centrales, qui rassemblent, outre l'Etat, des organismes divers d'administration centrale (parmi lesquels le fonds de réserve des retraites et la CADES), les administrations publiques locales, et les administrations de sécurité sociale, parmi lesquels figurent les régimes d'assurance sociale (y compris les dispositifs d'indemnisation du chômage).

La note de conjoncture de l'INSEE qui elle, raisonne en glissement¹⁰, permet d'avoir une idée plus précise encore de l'évolution de l'emploi au cours de l'année.

Pour la première fois depuis la récession de 1993, l'emploi salarié dans les secteurs concurrentiels diminue, la baisse est d'environ 52 000 postes soit un glissement annuel de - 0,3 %. L'industrie connaît la plus forte hémorragie d'emplois puisqu'en 2003, elle perd près de 100 000 emplois, soit une baisse de 2,3 % en glissement annuel.

La forte baisse de l'emploi enregistrée en 2003, s'est produite au premier semestre de l'année (- 0,4 % en glissement semestriel), le second semestre affichant une stabilisation due à la légère reprise du quatrième trimestre (+ 22 000 emplois), du fait de la progression du travail intérimaire. Après une baisse importante lors du premier semestre (- 5,9 %), ce secteur connaît une variation positive non négligeable au quatrième trimestre 2003 (+ 6,7 %).

EVOLUTION DE L'EMPLOI EN 2003

	Glissements trimestriels 2003 (en %)				Niveau de fin d'année (en milliers)		Glissements annuels (%)	
	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	2002	2003	2002	2003
Secteurs essentiellement marchands	-0,3	-0,1	-0,1	0,1	15 472	15 420	0,2	-0,3
Industrie	-0,5	-0,6	-0,6	-0,6	4 063	3 969	-2,2	-2,3
<i>Dont industrie manufacturière</i>	-0,6	-0,7	-0,7	-0,8	3 242	3 151	-2,7	-2,8
Construction	0,2	0,4	0,2	0,3	241	237	0,3	1,1
Tertiaire essentiellement marchand	-0,2	0,1	0	0,4	10 140	10 168	1,2	0,3
Tertiaire essentiellement non marchand					6 706	6 688	1,2	-0,3
Emploi total (yc sal agric. et non salariés)					24 658	24 589	0,4	-0,3

Source : note de conjoncture INSEE, mars 2004

L'intérim constitue en effet «une variable d'ajustement rapide dans les changements de phases conjoncturelles»¹¹. Il est de ce fait un bon indicateur du climat économique.

Suivant les comptes de la Nation, les salaires bruts reçus par les ménages en 2003 ont progressé de 2,1 % contre 3,6 % en 2002 et 5,4 % en 2001. Compte tenu de leurs autres revenus (dividendes, revenus de transferts, prestations), le revenu disponible des ménages s'accroît de 2,3 %. «Comme le prix de la dépense de consommation des ménages, note l'INSEE, s'accroît de 2 % en moyenne, le pouvoir d'achat de leur revenu disponible ne s'accroît que faiblement, 0,3 %, ce qui fait de 2003 la plus mauvaise année depuis 1996. »

Dans les branches marchandes non agricoles, le salaire moyen par tête progresserait en 2003 de + 2,3 %. L'évolution des effectifs salariés étant de 0,1 %, la masse salariale augmenterait de + 2,4 %.¹²

¹⁰ Le glissement annuel compare le niveau atteint un trimestre donné au niveau atteint un an avant.

¹¹ Note de conjoncture de mars 2004. INSEE.

¹² Soit 0,1 point de plus que l'évolution retenue par la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2003.

EVOLUTION DE LA MASSE SALARIALE DEPUIS 1997

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Salaire moyen par tête	2,3 %	1,3 %	2,1 %	2,3 %	3,0 %	2,5 %	2,3 %
Effectifs salariés	0,9 %	2,5 %	2,6 %	3,8 %	2,7 %	0,8 %	0,1 %
Masse salariale	3,2 %	3,8 %	4,8 %	6,2 %	5,8 %	3,3 %	2,4 %

Source : Direction de la Prévision et de l'Analyse Economique

3. Le régime général de l'Assurance Maladie est lourdement déficitaire

Cette situation économique ne pouvait guère être favorable aux comptes du régime général de l'Assurance Maladie. Les dépenses de prestations déjà bien installées sur une tendance haussière sont, du moins pour la branche maladie, fortement inélastiques à la conjoncture économique. Il n'en est pas de même pour les recettes qui réagissent toujours à la baisse lorsque la morosité économique affecte leurs assiettes.

Cette dissymétrie, dans une période marquée par la vive progression des prestations, ne pouvait qu'accuser fortement le déficit de la branche maladie de la CNAMTS qui atteint 11,1 milliards d'euros en 2003. La branche des accidents du travail et des maladies professionnelles affiche pour sa part un résultat négatif de 472 millions d'euros¹³.

La branche maladie

Les charges totales de la branche maladie représentent 125,1 milliards d'euros ; elles progressent de 6,6 % par rapport à 2002. Environ 86 % de ces charges sont des dépenses de prestations. Parmi elles, les prestations légales¹⁴ évoluent de 7 %, les prestations légales appartenant au champ de l'ONDAM augmentant un peu plus rapidement : 7,3 % pour les soins de ville et 6,9 % pour les établissements.

Les autres charges évoluant de manière importante en 2003 sont les dépenses du fonds de prévention¹⁵ (20,9 %) et les charges financières (22,4 %). Celles-ci, d'un montant de 381 millions d'euros « évoluent fortement en 2003 du fait de la situation déficitaire du compte courant de la branche maladie pendant la totalité de l'exercice 2003 et dont le solde est passé de -11,26 milliards d'euros au 31 décembre 2002 à -22,18 milliards d'euros au 31 décembre 2003 »¹⁶.

On soulignera que la hausse des charges financières est contenue du fait de la forte diminution des taux d'intérêt appliqués à l'ACOSS.

¹³ Voir le rapport de l'agent comptable de la CNAMTS sur les comptes de l'exercice 2003. Avril 2004.

¹⁴ L'ensemble des prestations comprend les prestations légales, les prestations extra légales et les autres prestations. Les prestations appartenant au champ de l'ONDAM sont les prestations légales des risques maladie, maternité et accidents du travail à l'exception des indemnités journalières maternité et des rentes d'incapacité permanente.

¹⁵ Les dépenses de prévention évoquées ici sont celles imputées au fonds de prévention (FNPEIS) ; ce ne sont qu'une partie des dépenses de prévention, une autre part étant imputée sur l'ONDAM. Voir sur ce point le développement consacré à la prévention dans la seconde partie du rapport.

¹⁶ Rapport de l'agent comptable de la CNAMTS, page 61.

Les produits de la branche maladie se montent à 114 milliards d'euros soit une progression de 2,5 % par rapport à l'année 2002. Plus de 88 % de ces produits sont constitués par des cotisations, impôts et taxes. On notera essentiellement que les cotisations sociales (57,6 milliards d'euros) ne progressent que de 2,4 % en 2003 après 2,1 % en 2002. La contribution sociale généralisée (CSG) augmente également de 2,4 %. Cette évolution « est impactée par le dispositif de répartition de la CSG entre les régimes d'Assurance Maladie, défavorable à la CNAMTS en 2003. Le rendement de la CSG attribuée à la CNAMTS de 2,4 % serait en décalage de - 0,5 % par rapport à une croissance globale de 2,9 % de la CSG maladie, la CSG attribuée aux autres régimes évoluant de 6,7 %»¹⁷. Les montants affectés aux autres régimes d'Assurance Maladie augmentent en effet rapidement en 2003 parce qu'ils sont indexés avec deux ans de retard sur l'évolution des revenus servant d'assiette à la CSG. La CNAMTS, qui reçoit le solde disponible après cette première répartition, se trouve donc relativement défavorisée.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles

Comme pour la branche maladie, *les charges* de la branche AT/MP d'un montant de 9,2 milliards d'euros, sont essentiellement composées de prestations (71 %). Les prestations légales progressent de 4,4 %. Si celles correspondant aux soins en établissements affichent une progression de 2,6 % les prestations prises en charge au titre des soins de ville augmentent fortement (8,6 %). Par ailleurs, la contribution de la CNAMTS au FCAATA¹⁸ enregistre en 2003 une hausse de + 50 % après une progression de + 46 % en 2002.

Les produits de la branche AT-MP (8,8 milliards d'euros) affichent une évolution plus modeste (2,4 %). L'ensemble des cotisations qui -cotisations prises en charges comprises -représentent 92,6 % des produits- ne progresse que de 2,1 %.

II. La croissance tendancielle des dépenses d'assurance maladie se poursuit en 2003

1. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et l'ONDAM

La loi de financement fixe chaque année un objectif national des dépenses d'assurance maladie ainsi que des objectifs de dépenses par branche.

L'ONDAM est un objectif unique, tous risques et tous régimes. Il ne comprend que les prestations légales. Il concerne l'ensemble des régimes obligatoires de base. En revanche, les objectifs de dépenses par branche intègrent l'ensemble des dépenses de la branche comme les dépenses de prévention, les dépenses d'action sociale et les dépenses de gestion. Ces objectifs portent sur l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

¹⁷ Rapport de l'agent comptable de la CNAMTS, page 67.

¹⁸ Fonds de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante.

L'ONDAM

L'ONDAM (objectif national des dépenses d'Assurance Maladie) comprend l'ensemble des dépenses de prestations légales remboursées par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie pour les risques maladie, maternité et accidents du travail. Les indemnités journalières versées au titre de la maternité et les rentes d'accidents du travail en sont exclues. Depuis 2002, l'ONDAM est fixé en droits constatés. Ne sont donc comptabilisés que les remboursements se rapportant à la consommation de soins effectuée pendant l'année.

Par ailleurs, il convient de préciser que :

- l'ONDAM est un objectif voté par le Parlement. Il est unique et voté pour l'ensemble des régimes et des risques. Toute décomposition de cet objectif (par régime ou par risque) revêt un caractère conventionnel ;
- l'ONDAM, une fois voté, est décliné en cinq enveloppes :
 - . les dépenses d'hospitalisation publiques
 - . les cliniques privées
 - . Les établissements médico-sociaux
 - . la dotation du développement des réseaux
 - . les soins de ville

Les quatre premiers objectifs sont fixés par le gouvernement par voie d'arrêté ministériel. Ces enveloppes concernent la Métropole. L'ensemble des dépenses correspondant aux DOM est regroupé sur une ligne spécifique.

Pour 2003, le Parlement a voté un objectif national de dépenses d'assurance maladie de 123,5 milliards d'euros pour la France entière : pour la seule métropole, l'ONDAM se monte à 120,5 milliards d'euros^{19..}

L'objectif de soins de ville doit être fixé par accord entre la CNAMTS et l'Etat (il fait alors l'objet d'un avenant à la convention d'objectifs et de gestion qui lie l'Etat et la CNAMTS). Il en va de même de l'objectif qui porte, à l'intérieur des soins de ville, sur les dépenses déléguées (aux régimes d'assurance maladie). A défaut d'accord, le montant de ces deux objectifs est déterminé par arrêté ministériel. De fait, ces objectifs n'ont été fixés ni en 2003, ni en 2004 : les objectifs de soins de ville qui auraient permis de « tenir » dans l'enveloppe votée par le Parlement étaient à l'évidence hors d'atteinte.

L'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès a été fixé à 136,35 milliards d'euros ; celui de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à 9,4 milliards d'euros.

^{19..} Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Article 49. J.O. du 24 décembre 2002.

2. Les réalisations dans le champ de l'ONDAM

Les résultats de la branche maladie du régime général sont les suivants :

MONTANTS DES PRESTATIONS REMBOURSEES PAR LA CNAMTS DANS LE CHAMP DE L'ONDAM

	<i>en milliards d'euros</i>	
	2002	2003
Soins de ville	45,5	48,9
Honoraires des professionnels de santé	20,7	22,8
Autres soins de ville	24,8	26,2
Etablissements de santé publics (et assimilés)	36,8	38,9
Cliniques privées	6,0	6,4
Etablissements médico-sociaux	7,0	7,7
Réseaux de santé	0,01	0,02
Total (Métropole)	95,3	102,0

Source : CNAMTS/DFC

En extrapolant ces résultats à l'ensemble des régimes, on obtient une estimation plausible des réalisations 2003 qui seront connues lorsque l'ensemble des régimes aura communiqué ses résultats²⁰.

Cette estimation repose sur l'hypothèse que la part du régime général dans l'ensemble des prestations ne se modifie que très peu et régulièrement au fil des années : du fait d'une salarisation croissante, le régime général couvre une part croissante de la population des assurés. Fin 2002, il couvrait 84,5 % de la population française.

Les réalisations pour l'année 2003 s'établiraient ainsi à 124,7 milliards d'euros pour l'ONDAM France entière, le dépassement de l'objectif étant de 1,25 milliard d'euros.

Droits constatés	réalisation 2002 ²¹	Evolution 2002/2001	objectif 2003	objectif/ réalisation 2002	Réalisation 2003 CNAMTS	Extrapolation à l'ensemble des régimes	dépassements 2003
ONDAM métropole	113,8	7,1 %	120,5	5,4 %	102,0	121,5	1,10
Soins de ville	54,5	7,9 %	57,8	6,1 %	48,9	58,5	0,8
<i>Dépenses déléguées</i>	25,0	7,2 %			22,8		
<i>Autres soins de ville</i>	29,5	8,5 %			26,2		
Etablissements	59,3	6,3 %	62,7	4,6 %	53,0	63,0	0,3
sanitaires publics	43,9	5,6 %	46,1	4,4 %	38,9	46,2	0,1
<i>dont : établissements sous DG</i>	43,4		45,8	4,9 %	38,3	45,5	- 0,3
sanitaires privés	7,1	7,5 %	7,5	3,5 %	6,4	7,7	0,2
médico-sociaux	8,3	9,0 %	9,0	7,0 %	7,7	9,1	0,1
Réseaux			0,1		0,0	0,0	0,0
DOM	2,7		2,9	4,8 %	2,9	3,0	0,1
Ressortissant français de l'étranger	0,2	8,1 %	0,2	- 2,5 %	0,2	0,2	0,0
ONDAM France entière	116,7	7,2 %	123,5	5,3 %	105,1	124,7	1,2

²⁰ Cette opération d'agrégation des résultats d'une année se fait généralement à la fin du premier semestre de l'année suivante.

²¹ Ce tableau un peu complexe est tiré de différents rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale. Les estimations faites ici pour 2003 sont cohérentes avec le dernier de ces rapports (paru le 16 juin 2004). Pour ce qui concerne l'année 2002, les chiffres repris ici sont ceux qui figuraient dans le rapport précédent. Ils ne tiennent pas compte des transferts de charges (environ 0,6 milliard) opérés en 2003 entre l'Etat et la sécurité sociale.

Les soins de ville affichent en 2003 un dépassement de 0,8 milliard d'euros tandis que le dépassement de l'enveloppe des dépenses des établissements est environ de 0,3 milliard d'euros.

3. L'évolution des soins de ville au cours de l'année 2003

Mesurés en année de soins, les soins de ville remboursés par la CNAMTS ont atteint 48,9 milliards d'euros en 2003, soit une progression de 7,3 % par rapport à 2002.

Plus faible que celle de 2002, cette progression reste pourtant l'une des plus soutenues depuis l'instauration de l'ONDAM en 1997 comme l'indique le tableau ci après :

CROISSANCE ANNUELLE DES SOINS DE VILLE REMBOURSÉS PAR LE REGIME GENERAL
En valeur et après corrections des effets tarifaires

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Valeur	6,6 %	0,8 %	3,4 %	6,4 %	5,6 %	7,3 %	7,2 %	7,7 %	7,3 %
Après correction des effets tarifaires	4,2 %	-0,2 %	2,9 %	5,9 %	5,2 %	7,0 %	7,2 %	6,4 %	5,9 % ²²

(hors correction des effets de nomenclature)

source : CNAMTS,DSE

En valeur, le taux affiché en 2003 s'inscrit parfaitement dans le prolongement des années précédentes. En volume, même si la progression 2003 est en retrait par rapport aux fortes évolutions connues en 2000 et 2001, et même par rapport à celle, plus modérée, de 2002, on reste sur un rythme élevé, proche de celui de l'année précédente.

Encore faut-il noter qu'on le doit probablement à la modération de la consommation de soins au premier trimestre. Les trois autres trimestres ont en effet connu des évolutions en volume plus importantes que celles des trimestres homologues de l'année 2002.

SOINS DE VILLE
Evolutions trimestrielles en 2002 et 2003

	premier trimestre	second trimestre	troisième trimestre	quatrième trimestre
2002				
valeur	2,5 %	1,9 %	2,9 %	2,2 %
volume	2,1 %	1,4 %	1,8 %	2,0 %
2003				
valeur	0,8 %	1,8 %	1,8 %	1,8 %
volume	0,7 %	1,6 %	1,7 %	1,6 %

Source : CNAMTS, DSE

La consommation du quatrième trimestre de l'année a été soutenue par l'importance de l'épidémie de grippe qui a frappé la France pendant les mois de novembre et décembre 2003. Cette conjoncture épidémique aura probablement engendré 150 millions de dépenses supplémentaires.

²² En corrigeant également de l'impact des révisions de nomenclature, le volume des soins de ville évoluerait plus faiblement : + 6,1 % en 2002, + 5,6 % en 2003.

3.1. L'activité des différentes professions de santé a été plus importante qu'en 2002

Comment a évolué l'activité des professions de santé en 2003 ? On peut apporter une première réponse à cette question en observant l'évolution de l'ensemble des honoraires des professions de santé à statut libéral.

Comme pour l'ensemble des soins de ville dont ils représentent près de 47 %, le rythme d'évolution en volume de ces dépenses reste en 2003 dans la ligne de celui des années précédentes. Aucun fléchissement ne semble intervenir.

CROISSANCE ANNUELLE DES HONORAIRE DES PROFESSIONS DE SANTE LIBERALES REMBOURSES PAR LE REGIME GENERAL

En valeur et après corrections des effets tarifaires

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Valeur	6,1 %	1,1 %	1,9 %	4,6 %	3,1 %	4,7 %	4,9 %	7,0 %	7,3 %
Après correction des effets tarifaires	3,5 %	-0,3 %	1,8 %	4,2 %	2,4 %	5,1 %	4,7 %	4,3 %	5,2 %(*)

+4,5% en volume, en corrigeant également des mesures de nomenclature.

Source : CNAMETS, DSE

Plutôt calme en début d'année, l'activité des professionnels de santé s'est fortement redressée au second semestre notamment au quatrième trimestre 2003, du fait de l'épidémie de grippe mentionnée ci-dessus.

HONORAIRE DES PROFESSIONS DE SANTE LIBERALES

Evolutions trimestrielles en 2002 et 2003

	premier trimestre	second trimestre	troisième trimestre	quatrième trimestre
2002				
valeur	2,1 %	1,8 %	3,9 %	2,1 %
volume	1,2 %	1,1 %	1,7 %	1,7 %
2003				
valeur	1,0 %	0,9 %	1,6 %	1,7 %
volume	0,9 %	0,6 %	1,5 %	1,4 %

Source : CNAMETS, DSE

Comme en 2002, le volume global des soins de ville et notamment des honoraires des professions de santé constitue le principal facteur de la croissance des dépenses.

Certes, des revalorisations d'honoraires des professions de santé, dont on trouvera un récapitulatif en annexe²³, ont pesé sur l'année 2002 et sur l'année 2003, même si cet effet reste relativement limité.

L'année 2003 supporte l'effet report des mesures entrées en vigueur en 2002 ainsi que le coût des mesures mises en œuvre en 2003. Les premières représentent environ 375 millions d'euros, les secondes se chiffrent à 188 millions d'euros²⁴. Ainsi, l'année 2003 est-elle impactée par ces mesures à hauteur de 563 millions d'euros au total pour le régime général, soit environ 670 millions pour l'ensemble des régimes.

²³ Voir annexe n° 1

²⁴ On notera cependant que certaines de ces revalorisations tarifaires ont été arrêtées en contrepartie d'engagements des professionnels de santé portant soit sur une diminution des visites rendues aux patients, soit sur le développement de la prescription de médicaments en DCI (dénomination commune internationale), afin de favoriser l'essor des produits génériques.

Ces mesures ont eu ainsi sur l'évolution des dépenses d'honoraires un effet majorant de 2,6 % en 2003. Sur l'ensemble des dépenses de soins de ville, l'effet est de 1,2 %, pour une croissance totale de ces soins de + 7,3%.

**COUT DES MESURES DE REVALORISATION TARIFAIRES
ET DE NOMENCLATURE INTERVENUES EN 2002 ET 2003**

- régime général -

Professions de santé	Montant des revalorisations (en millions d'euros)			
	2002		2003	
	Revalorisations mises en œuvres	Effets des revalorisations	Revalorisations mises en œuvre	Total des revalorisations
Généralistes	316	222	40	262
Spécialistes	55	32	42	74
Dentistes	0	0	49	49
Sages femmes	0	2	0	2
Infirmières	103	50	40	90
Masseurs-kinésithérapeutes	52	2	8	10
Orthophonistes	14	7	2	9
Orthoptistes	1	33	0	3
Laboratoires	35	40	0	40
Transporteurs	20	17	7	24
TOTAL	596	375	188	563

Source : Cnamts, DSE

Le tableau ci-après montre d'ailleurs que pour quasiment l'ensemble des professions de santé, la responsabilité des volumes et donc de l'activité dans l'évolution des dépenses d'honoraires est prépondérante. Pour nombre de professions, parmi les plus importantes en termes de dépenses, l'activité a été notablement supérieure à celle de l'année 2002.

**LES DIFFERENTS POSTES DE SOINS DE VILLE EN 2003
EVOLUTION DU VOLUME DES DEPENSES ET DE LEUR VALEUR**

	Part du poste dans les SDV en 2002	Volume 2003	Evolution globale 2003	Volume 2002	Evolution globale 2002
Soins de ville (total)	100 %	5,6 %	7,3 %	6,1 %	7,7 %
Honoraires des professions de santé	45,5 %	4,5 %	7,3 %	3,7 %	7,0 %
Généralistes	9,3 %	1,8 %	8,7 %	-1,5 %	7,1 %
Spécialistes	14,0 %	4,0 %	5,2 %	3,8 %	4,9 %
Dentistes	4,8 %	4,4 %	6,7 %	2,8 %	2,8 %
Sages femmes	0,1 %	6,3 %	8,9 %	10,0 %	11,2 %
Infirmières	4,3 %	5,5 %	10,6 %	4,0 %	10,1 %
M. Kinésithérapeutes	3,9 %	4,8 %	5,1 %	5,5 %	8,4 %
Orthophonistes	0,6 %	4,9 %	8,5 %	6,6 %	12,9 %
Orthoptistes	0,1 %	9,2 %	15,3 %	5,6 %	12,8 %
Laboratoires	4,8 %	7,4 %	9,6 %	8,8 %	10,8 %
Transporteurs	3,6 %	6,8 %	8,2 %	8,0 %	9,4 %
Médicaments	31,6 %		6,9 %		6,6 %
Produits et prestations	5,8 %		10,4 %		11,8 %
Indemnités journalières	15,3 %		6,7 %		10,9 %

Source : Cnamts, DSE

Les médecins généralistes et spécialistes, les dentistes et les infirmières affichent des volumes d'activité en hausse. Ainsi, l'activité des généralistes, après avoir reculé en 2002 (- 1,5 %), retrouve une croissance positive en 2003. Quant aux spécialistes, ils se sont inscrits en 2003 sur une tendance plus forte.

L'activité des autres professions continue à progresser en 2003, bien que moins fortement que l'année précédente.

Ainsi l'activité des laboratoires d'analyses biologiques progresse-t-elle de + 7,4 % en 2003 après + 8,8 % en 2002. Cette forte progression, analysée dans le rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2002 s'explique par le poids de plus en plus important des actes de dépistage dans l'activité des laboratoires (dépistage d'affections hépatiques, explorations thyroïdiennes, affections de la prostate, infections virales liées au sida) mais aussi par les actes de laboratoires correspondant au suivi des affections cardio-vasculaires ou des cancers. L'importance de ces actes au regard de la qualité des soins mais aussi de leurs coûts financiers a, du reste, conduit l'Assurance Maladie à engager un plan d'actions afin de promouvoir les bonnes références médicales au détriment des analyses biologiques inutiles et de procéder à un réexamen de la nomenclature de certains actes.

3.2. La croissance des autres soins de ville est moins forte que les années précédentes

Les autres soins de ville comprennent les médicaments, les biens médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) et les indemnités journalières. Ces dépenses ne font pas partie de celles dont la gestion a été explicitement déléguée à l'Assurance Maladie au cours des années récentes. Représentant environ 53 % de l'ensemble des soins de ville, elles ont globalement progressé de 7,2 % en 2003 contre 8,4 % en 2002.

Les médicaments

Mesurée en année de soins, la dépense liée aux médicaments s'est établie en 2003 à 15,4 milliards d'euros soit une progression annuelle de 6,9 % contre 6,6 % en 2002. Cette forte progression demande à être appréciée.

Une analyse en données de remboursement permet de le faire. En effet, les soins dispensés en 2003 ne sont pas encore complètement connus : les données disponibles en année de soins ne se prêtent donc pas encore à une analyse détaillée. En revanche, les remboursements effectués en 2003 sont connus et permettent une analyse relativement fine des principaux facteurs qui, au plan financier, expliquent cette croissance. Le faible délai existant entre la délivrance du médicament et son remboursement, du fait de l'importance des télétransmissions entre les officines de ville et l'Assurance Maladie, permet de penser que les résultats qui sont présentés dans les développements qui suivent ne seront pas remis en cause. Mesurées en données de remboursement, les dépenses de médicaments ont progressé de + 6,4 % en 2003.

Trois points caractérisent l'année 2003 :

- ⑦ *Les remboursements liés aux délivrances de médicaments en ville ont évolué à un rythme plutôt modéré (4,6 %).*

Cette décélération des remboursements liés aux médicaments délivrés en ville, résulte d'abord de la moindre croissance des quantités vendues. A cet effet s'ajoute celui de la baisse de certains taux de remboursement, essentiellement celle intervenue en avril 2003, pour des produits à service médical rendu jugé faible ou modéré. A contrario, les effets de structure semblent avoir plus fortement joué en 2003 qu'en 2002. On rappellera ici que la déformation de cette structure résulte de deux effets : d'une part, la modification de la part relative de chaque classe pharmaco-thérapeutique et d'autre part celle, à l'intérieur de chacune de ces classes, de la part des produits chers. Il sera évidemment intéressant d'analyser les responsabilités respectives de chacun de ces deux facteurs dans la progression, particulièrement importante en 2003, de cet effet de structure.

TAUX DE CROISSANCE DES REMBOURSEMENTS DE MEDICAMENTS DELIVRES EN VILLE

	2001	2002	2003
Evolution des montants	8,6 %	5,5 %	4,6 %
<i>dont :</i>			
Quantités	3,5 %	1,8 %	0,7 %
Prix	0,7 %	-0,5 %	-0,5 %
Effet taux	-0,5 %	-0,1 %	-1,2 %
Effet de structure	4,8 %	4,2 %	5,6 %

Source : Médic'AM 2001 et 2002 et premiers résultats pour 2003

- ② *Les remboursements liés aux délivrances effectuées par les pharmacies hospitalières ont progressé de 30,1 % en 2003.*

Ces médicaments sont délivrés par des pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés. L'Assurance Maladie rembourse alors la dépense correspondante sur facture aux établissements hospitaliers. Cette dépense, qui fait partie de l'enveloppe de soins de ville, est traditionnellement appelée rétrocession hospitalière.

Entre 2000 et 2003, les dépenses remboursées au titre de la rétrocession ont augmenté de 98,4 % : en trois ans, la rétrocession hospitalière a donc doublé.

DONNEES GENERALES DE LA RETROCESSION EN MONTANTS REMBOURSES
(en mois de remboursements) – régime général

Années (périodes d'évolutions)	Montants remboursés (en millions d'Euros)	Part de la rétrocession dans la dépense totale de médicament	Taux d'évolution de la rétrocession par rapport à l'année précédente	Taux d'évolution de l'ensemble des médicaments remboursés
2000	661	5,3 %		
2001	771	5,7 %	+ 16,7 %	+ 8,9 %
2002	1 008	7,0 %	+ 30,7 %	+ 7,4 %
2003	1 311	8,5 %	+ 30,1 %	+ 6,4 %

Source : CNAMTS/DSE

Certes, la rétrocession occupe une place encore réduite dans l'ensemble des dépenses de médicaments mais elle est en expansion rapide. Elle représente aujourd'hui 8,5 % des dépenses de pharmacie en 2003 contre 5,3 % en 2000. Sa part dans ces dépenses a donc augmenté de 3 points en quatre ans.

Il s'agit notamment des médicaments contre le sida et l'hépatite C, mais aussi du traitement de l'anémie secondaire à une insuffisance rénale chronique chez les patients dialysés, ou des anémies induites par les chimiothérapies anticancéreuses.

C'est à partir de 2002 que la rétrocession hospitalière connaît une croissance importante. Alors que sa croissance en 2001 est de 16,7 %, elle atteint presque le double au cours des deux années suivantes (30,7 % en 2002 et 30,1 % en 2003).

La rétrocession hospitalière connaît en 2003 un taux d'évolution près de six fois supérieur à celui des autres médicaments. Elle est responsable du tiers ou presque de la croissance générale de la dépense de médicaments en 2003. On appellera ici que la diffusion des médicaments innovants et coûteux s'opère souvent dans un premier temps par le canal privilégié de l'hôpital. Cette diffusion s'élargit ensuite à la ville, lorsque les médecins libéraux prennent le relais des hospitaliers pour assurer le suivi des patients rentrés chez eux.

③ *En ville, le taux moyen de prise en charge des dépenses de médicaments par le régime général a, pour la première fois depuis longtemps, légèrement diminué.*

Ce mouvement découle très largement de la diminution des taux de remboursement, intervenue à compter d'avril 2003, de certains médicaments (616 au total) qui rendaient un service médical jugé faible ou modéré. Cette diminution compense en 2003 la hausse structurelle du taux moyen de prise en charge des médicaments, qui découle de l'arrivée sur le marché de médicaments innovants et bien remboursés, mais coûteux.

Cela dit, ville et hôpital confondus, la hausse du taux de prise en charge des médicaments, liée aux médicaments rétrocédés à l'hôpital, et à l'augmentation des dépenses relatives aux personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) se poursuit.

Le taux moyen de remboursement, aujourd'hui de 73,4 % pour les médicaments délivrés en officine de ville, évolue sous l'influence de plusieurs facteurs. Il y a d'abord l'effet de la modification des taux de prise en charge des médicaments, qu'il s'agisse d'une modification du taux de remboursement de base (100 %, 65 % s'il s'agit de médicaments à vignette blanche, ou 35 % pour les médicaments à vignette bleue), ou d'une progression du nombre des assurés qui sont intégralement remboursés par l'Assurance Maladie, pour des motifs administratifs et, surtout, pour des raisons médicales (affections de longue durée). Ce taux moyen de remboursement évolue aussi pour des raisons qui tiennent à l'effet de structure décrit plus haut : la part des médicaments à taux de remboursement de base élevé peut augmenter d'une année sur l'autre et il peut en être de même de la part des médicaments pris en charge par le régime général au-delà du taux de base.

Ces différents effets peuvent être suivis depuis 2001.

**EVOLUTION DU TAUX MOYEN DE REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS DELIVRES EN VILLE
ET DE SES DIFFERENTES COMPOSANTES**

	2001	2001/2002	2002	2002/2003	2003
Taux moyen de remboursement	73,16	0,48	73,64	-0,26	73,38
Taux nominal de remboursement²⁵	61,64	-0,02	61,62	-0,76	60,86
<i>dont progression du taux à panier constant de médicaments</i>		-0,36		-1,29	
<i>dont progression du taux liée à la structure des médicaments</i>		0,35		0,53	
Taux de remboursement au-delà du taux nominal	11,52	0,50	12,02	0,50	12,52
<i>dont progression du taux à panier constant de médicaments</i>		0,28		0,38	
<i>dont progression du taux liée à la structure des médicaments</i>		0,22		0,13	

Source : CNAMETS/DSE

²⁵ Il s'agit ici du taux moyen de la vignette.

En 2003, le taux moyen de prise en charge est de 73,4 % (il s'agit là, il faut le répéter, d'un chiffre qui ne prend pas en compte les médicaments rétrocédés par l'hôpital qui, dans la quasi-totalité des cas, sont remboursés intégralement). Ce taux correspond à un taux de base moyen de 60,9 % et à une intervention du régime général au-delà de ce taux de base pour des personnes ou des affections spécifiques, qui aboutit à majorer de 12,5 points en moyenne ses taux de remboursement de base.

Cette majoration du taux de remboursement, pour l'essentiel concentrée sur les patients bénéficiant d'une prise en charge intégrale au titre d'une affection de longue durée, semble augmenter de façon régulière : 0,5 point par an, que ce soit en raison de l'augmentation du nombre de ces patients ou du niveau de leur consommation, ou encore parce que la part des médicaments consacrés au traitement de ces affectations est elle-même en augmentation.

Le taux nominal de remboursement évolue lui-même sous l'influence de deux effets bien distincts : la diminution du taux de remboursement de base de certains médicaments (un des exemples les plus récents est celui, déjà cité plus haut des médicaments à service médical rendu jugé faible ou modéré), mais aussi un effet antagoniste résultant de l'augmentation continue de la part des médicaments à taux de remboursement élevé. En 2002, cet effet a contrebalancé le précédent. En 2003, la baisse de certains taux nominaux de remboursement a induit une baisse de 1,3 point du taux de prise en charge général.

Au total, le taux de remboursement moyen a diminué de 0,3 point en 2003 pour les médicaments délivrés en ville. Pour l'ensemble (délivrances ville et hôpital confondues), il augmente légèrement : de 74,9 % en 2002 à 75 % en 2003. Ainsi, malgré les baisses de taux de remboursement intervenues en 2003, la part prise par les régimes obligatoires dans le financement de ces dépenses a continué à augmenter.

Les indemnités journalières maladie

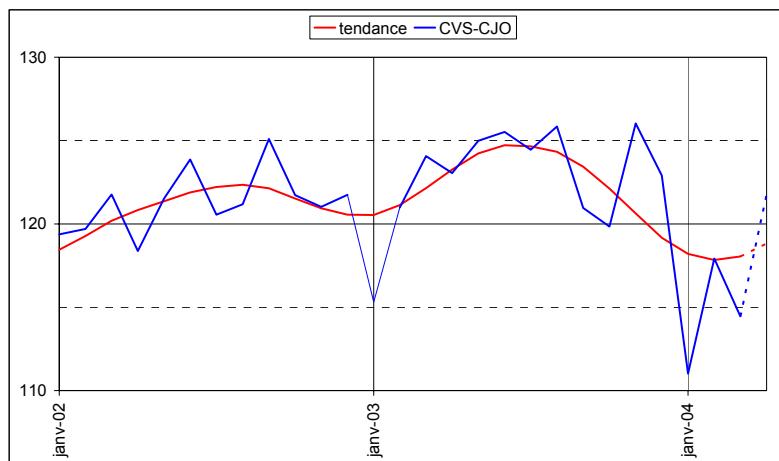
Le montant des indemnités journalières versées par le régime général est d'environ 5,5 milliards d'euros. Leur progression de + 6,3 % en 2003 est nettement inférieure à celle de l'année 2002 (+ 10,2 %).

Ces arrêts de travail semblent bien avoir amorcé un fléchissement prononcé en 2003. Deux points peuvent l'expliquer :

- *la conjoncture économique, dont on a souligné qu'elle avait été morose.* Dans de telles périodes, deux facteurs freinent la croissance des indemnités journalières : le recours aux arrêts de travail se fait moins fréquent, et le niveau d'indemnisation se ressent de la décélération générale des salaires. La corrélation qui relie l'activité économique à la croissance des indemnités journalières de courte durée est aujourd'hui la seule qui soit évidente ;
- *le plan d'actions de l'Assurance Maladie, mis en place à partir du début de l'année 2003²⁶.* A cet égard, la décélération est beaucoup moins nette pour les arrêts de travail de longue durée dont le dynamisme paraît lié avant tout à des facteurs plus structurels. Cependant, les efforts qui ont été entrepris d'un suivi plus précoce de ces arrêts, d'une vérification plus attentive de leur légitimité, mais aussi d'un accompagnement à la reprise du travail dès que celle-ci est possible, ne peuvent être suivis d'effets positifs qu'à plus long terme.

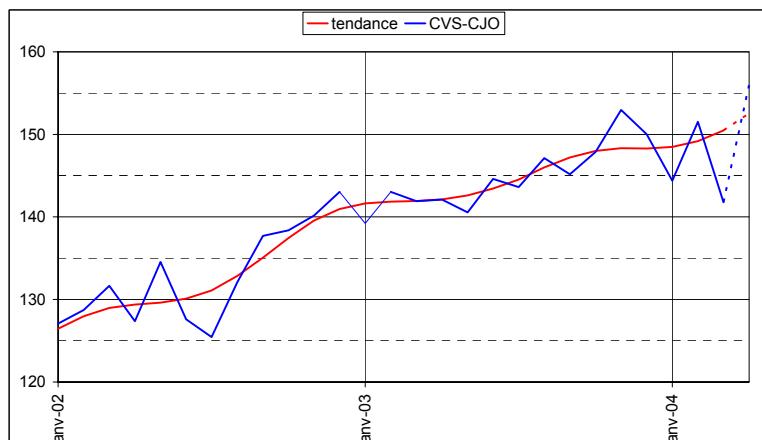
²⁶ Voir à ce sujet dans la seconde partie du rapport, le chapitre consacré aux actions touchant la prise en charge où on trouvera des développements concernant le plan d'actions sur les arrêts de travail.

INDEMNITES JOURNALIERES DE MOINS DE TROIS MOIS
Série en volume en mois de soins - base 100 : juin 1998



Source : CNAMTS/DSE

INDEMNITES JOURNALIERES DE PLUS DE TROIS MOIS
Série en volume en mois de soins - base 100 : juin 1998



Source : CNAMTS/DSE

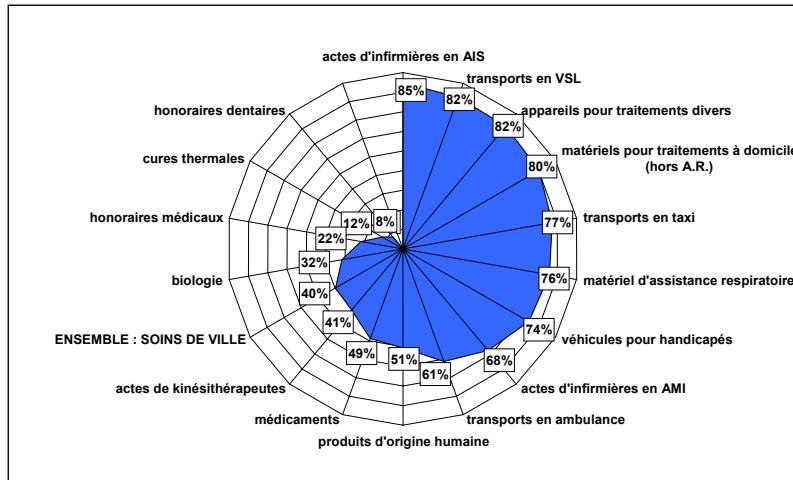
Les biens médicaux

Cet ensemble de produits médicaux, inscrits sur une liste spécifique, comprend essentiellement les appareils nécessaires au traitement de certaines affections, les pansements et les prothèses internes et externes (y compris les prothèses auditives et la lunetterie). Bien qu'en retrait par rapport à 2002 (+ 11,8 %), la progression de ce poste reste vive (+ 10,4 %) en 2003.

La forte croissance de ce poste, qui représente 6,0 % des dépenses de soins de ville du régime général, est probablement liée au dynamisme qui affecte les dépenses des personnes prises en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée.

Beaucoup de biens médicaux sont effectivement destinés principalement à la consommation des personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD), comme le montre le graphique ci après.

**PART DES DEPENSES DE SOINS DE VILLE CONSACREES AUX PERSONNES ATTEINTES
D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE PAR TYPE DE PRESTATIONS**
risque maladie – remboursements de l'année 2002 – régime général



Lecture du graphique : En 2002, 82 % des remboursements de dépenses de transports en VSL (véhicules sanitaires légers) ont été faits à des patients atteints d'une affection de longue durée (et donc 18 % concernent d'autres patients).

Source : CNAMTS/DSE

En 2003, la croissance des dépenses a été particulièrement vive sur cinq grandes catégories de biens médicaux inscrits sur la « liste des produits et prestations » (LPP), qui correspondent à eux seuls à 61% des dépenses faites pour rembourser les produits de cette liste :

**MONTANT DES DEPENSES LIEES A LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS
régime général – 2003**

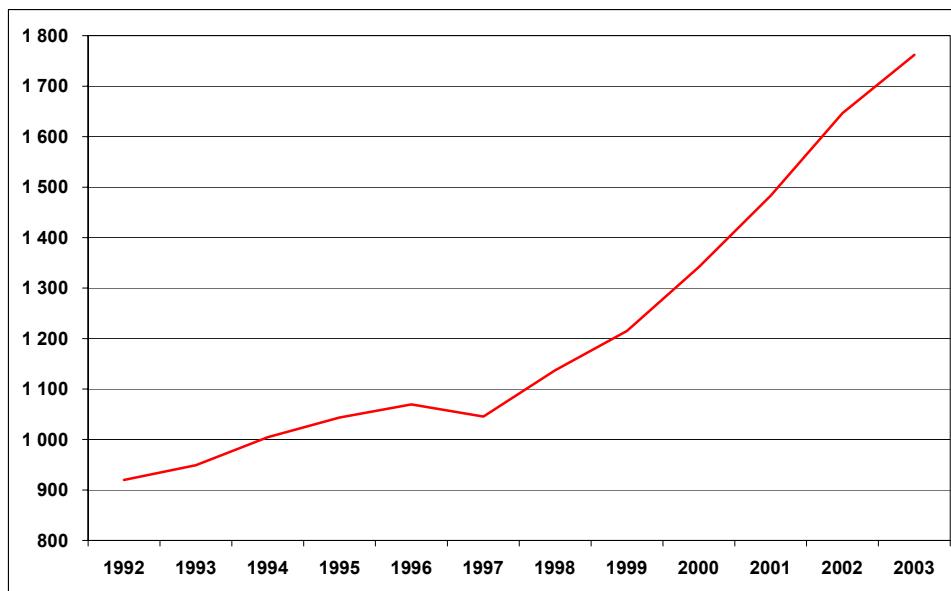
	2 002	2 003	2003/2002
Appareils électroniques de surdité	48 M€	55 M€	+15,4%
Appareils d'assistance respiratoire à domicile	288 M€	333 M€	+15,4%
Ortho prothèses	88 M€	100 M€	+14,6%
Matériels et appareils pour traitements divers	508 M€	579 M€	+14,0%
Articles de pansements	260 M€	291 M€	+11,8%
Autres matériels traitement à domicile (Lits, ...)	380 M€	419 M€	+10,1%
TOTAL DES CATEGORIES PRECEDENTES		1 777 M€	
TOTAL DES BIENS MEDICAUX (LPP)		2 906 M€	

Source : CNAMTS/DSE

Les transports de malades

Autre poste important de dépenses (il représente pour le régime général 1,8 milliard d'euros, soit 3,6% des soins de ville en 2003), les transports de malades ont connu en 2003 une progression qui, quoique un peu inférieure à celle des années précédentes, s'inscrit elle aussi dans une très vive tendance de long terme. Ces dépenses, qui ont pratiquement doublé depuis 1992, progressent à un rythme particulièrement rapide depuis 1997 : + 9% par an, en moyenne.

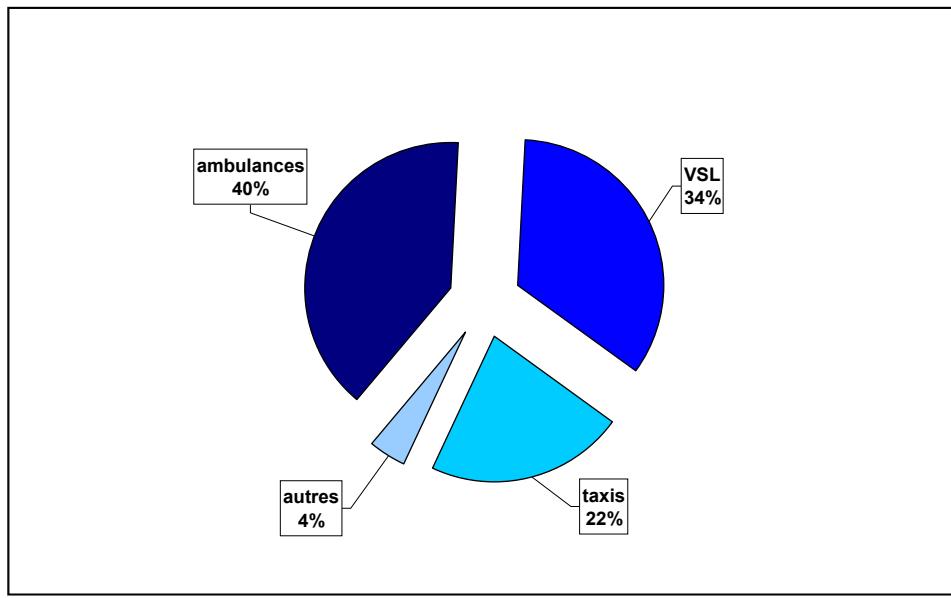
EVOLUTION DES FRAIS DE TRANSPORT DES MALADES DEPUIS 1992
régime général – millions d'euros courants – 1992 – 2003



Source : CNAMETS/DSE

En 2003, le transport par ambulance représente 40% des dépenses, celui par véhicule sanitaire léger (VSL) 34 %. Quoiqu'en progression très raide le taxi ne représente, en termes de masse financière, que 22 % de l'ensemble des transports de malades. Les autres modes de transports, Service médical d'urgence et de réanimation (SMUR), véhicule personnel, occupent une place beaucoup plus réduite.

LES DEPENSES DE TRANSPORT DES MALADES
PART DES DIFFERENTS MODES DE TRANSPORT
régime général – 2003

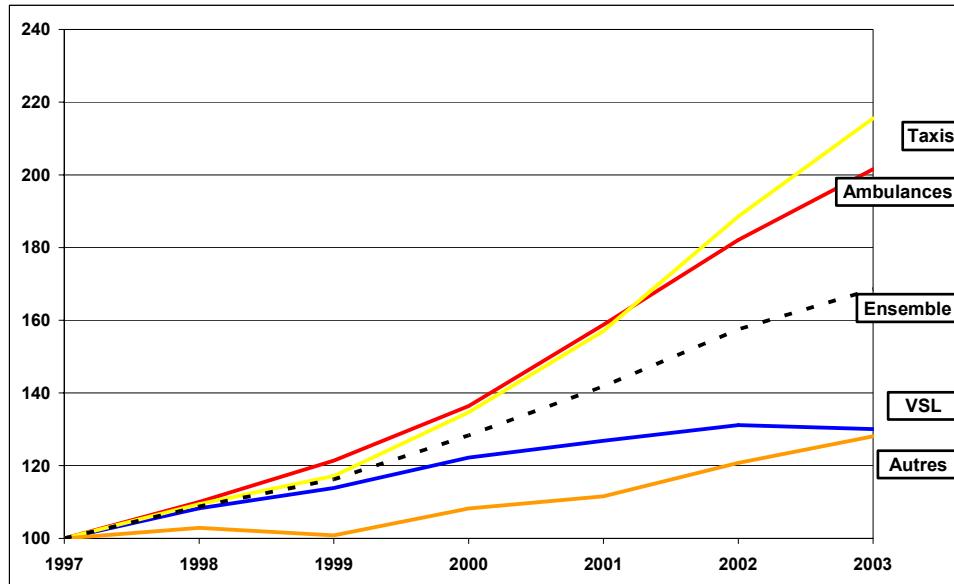


Source : CNAMETS/DSE

Depuis 1997, les dépenses liées aux transports en taxi et surtout en ambulance ont plus que doublé. Ainsi, les frais d'ambulance progressent depuis cette date, de 12 % par an en moyenne. En comparaison, ceux liés aux autres modes de transport ont connu une croissance beaucoup plus faible : les frais de véhicule sanitaire léger (VSL) progressent de + 4,5 % par an en moyenne.

**PROGRESSION DES DEPENSES DE TRANSPORT DES MALADES DEPUIS 1997
EN FONCTION DU MODE DE TRANSPORT**

Régime général – base 100 : 1997



Source : CNAMETS/DSE

Quelques caractéristiques des transports de malades

1. Les patients transportés

Classes d'âge 2002	Nb personnes protégées	Nb de personnes avec des transports	Part des personnes de la classe d'âges qui sont transportées	Classes d'âge 2002	Répartition des personnes transportées	Répartition des transports
moins de 2 ans	20 757	459	2,2 %	Moins de 2 ans	8 %	5 %
20-39 ans	20 354	726	3,6 %	20-39 ans	14 %	15 %
40-59 ans	19 020	1 317	6,9 %	40-59 ans	22 %	13 %
60-79 ans	11 544	1 831	15,9 %	60-79 ans	29 %	34 %
80 ans et plus	3 020	1 029	34,1 %	80 ans et plus	28 %	32 %
Total	74 695	5 362	7,2 %	Total	100 %	100 %

Source EPAS 2002

2. Le coût des transports de malades

Les transports concernent 7,2 % des personnes protégées par le régime général mais plus d'une personne de 60 à 79 ans sur six et plus d'un tiers des 80 ans ou plus. Les deux tiers des transports concernent des personnes de plus de 60 ans.

NOMBRES DE TRANSPORTS ET HONORAIRES EN 2002

	Ambulances	VSL	Taxis
Nombre de transports	8 344 158	20 679 560	ND
Honoraires totaux en €	806 230 195	748 116 329	345 383 017
Montants remboursés en €	765 888 137	732 227 221	337 677 715
Montant moyen / transport en €	96,6	36,2	
Taux de remboursement	95%	98%	98%

Source : SNIR 2002 – tous régimes

Le nombre de transports en taxi n'est connu que de façon estimative. Au total, tous modes confondus, le nombre de transports de malades doit approcher 40 millions chaque année.

Le taux de remboursement des transports dépasse largement 90 % : il est de 95 % pour les transports en ambulance et de 98% pour les VSL et les taxis. Ainsi, les personnes concernées sont presque toujours exonérées du ticket modérateur. Parmi les bénéficiaires du régime général (source EPAS), 71 % des transports sont exonérés du TM au titre d'une ALD et 7 % au titre des soins dispensés à la suite d'une exonération liée à l'importance des actes effectués (exonération dite « K50 »). La réforme de ce dispositif au 1^{er} janvier 2004, se traduit par une baisse d'un point du taux de remboursement sur les trois premiers mois de l'année 2004.

3.3. Même si leur croissance reste très élevée, les soins de ville ont décéléré en 2003

L'année 2003 est d'interprétation difficile. Il faut en faire une lecture attentive, pour y déceler des signes encourageants. Pourtant, ceux-ci existent bel et bien.

Il y a tout d'abord la décélération manifeste, de postes de dépenses, dont la croissance est traditionnellement extrêmement forte : les médicaments, du moins ceux délivrés en ville, les biens médicaux et les indemnités journalières. Les tendances restent beaucoup trop élevées pour être compatibles avec un retour à l'équilibre ou même avec une simple stabilisation du déficit, mais elles s'inscrivent malgré tout en retrait par rapport à la croissance des années précédentes.

Sur l'ensemble des soins de ville, la chronique des taux de croissance annuelle des volumes depuis 1999 est parlante :

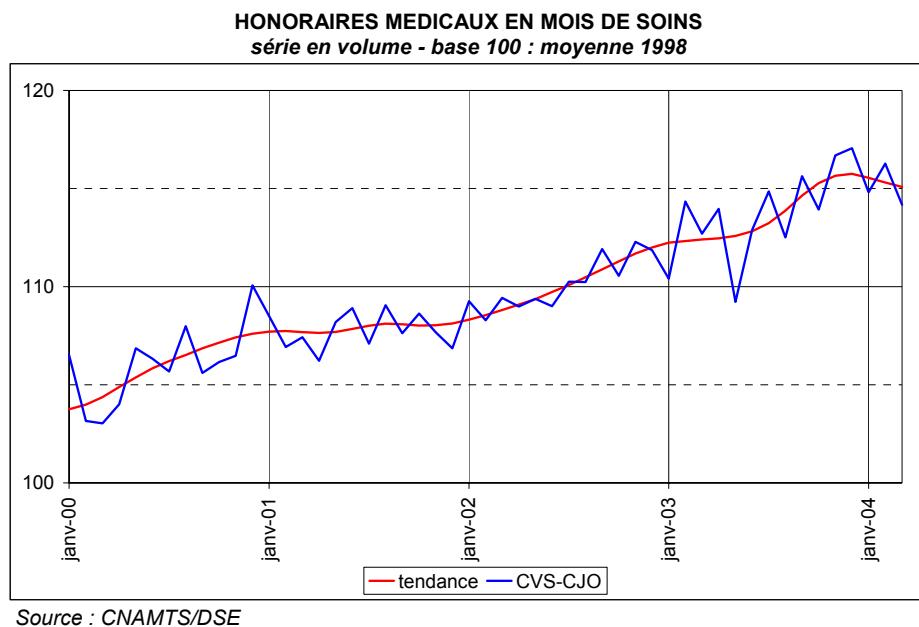
VOLUME DES SOINS DE VILLE
taux de croissance annuels – régime général

2000	+ 7,0 %
2001	+ 7,2 %
2002	+ 6,1 %
2003	+ 5,6 %

La déception la plus importante vient en fait de l'accélération incontestable de l'activité des professionnels de santé libéraux, et en particulier des médecins, en 2003. Encore faut-il nuancer le propos : cette activité est largement contingente à la demande de soins de santé. Or, celle-ci a été forte en 2003, plus forte même qu'à l'accoutumée, pour des raisons d'ordre conjoncturel : l'année 2003 a connu deux pics épidémiques et si le premier, celui de début d'année, est habituel, le deuxième a été particulièrement précoce dans la chronique des mois de l'hiver 2003-2004.

A l'évidence, l'activité des médecins et des infirmiers libéraux s'est adaptée à cette demande de soins supplémentaire. Le coût pour l'Assurance Maladie d'un de ces épisodes épidémiques est d'au moins 150 millions, soit 0,3 point de croissance supplémentaire.

Le graphique qui suit montre clairement cet effet sur l'activité des médecins libéraux, et le contrecoup qui s'ensuit logiquement au premier trimestre 2004, une fois passé cet épisode.



3.4. La tendance de moyen terme reste préoccupante

Ainsi, l'année 2003 marque, du point de vue de la croissance des soins de ville, des signes de décélération.

Mais cette décélération, bien que réelle, reste timide. L'infléchissement des volumes est au maximum d'un point et demi par rapport aux taux de croissance des années 2000 et 2001. L'impact d'une telle décélération n'est pas à la hauteur des enjeux financiers. Du reste, il faut scruter le profil conjoncturel de ces dépenses pour percevoir ce mouvement. Quand on en reste aux tendances d'ensemble, l'année 2003 se situe bien dans le prolongement des années 1997-2002.

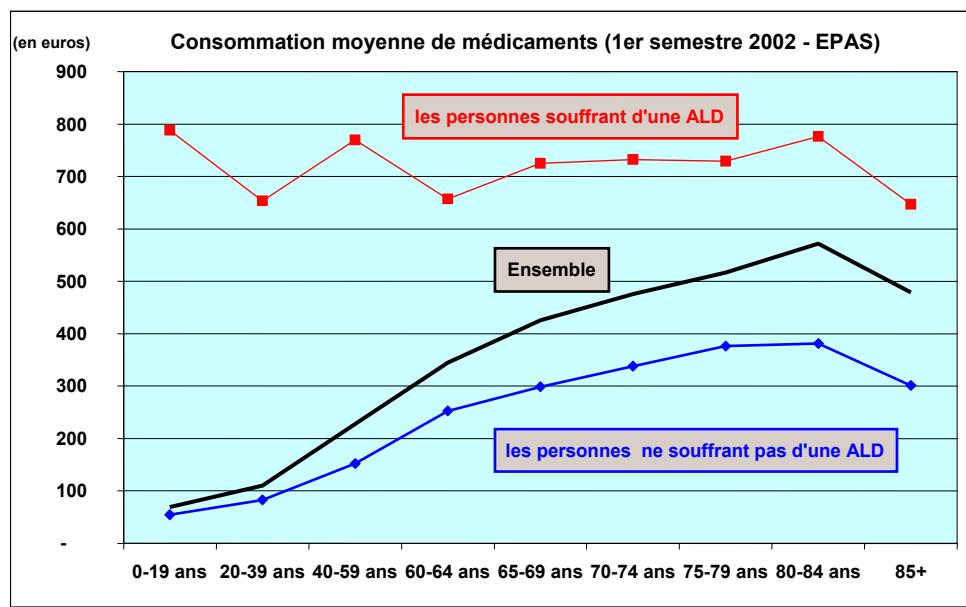
Les évolutions en volume constatées, qu'elles concernent les soins de ville dans leur ensemble (+ 5,6 %) ou plus précisément les honoraires des professions libérales (+ 4,5 %), attestent bien que les facteurs d'évolution repérés dans le précédent rapport sur l'exécution de l'ONDAM restent toujours à l'œuvre. Rappelons les succinctement :

- *le progrès des sciences et des techniques médicales* qui, en substituant de nouvelles thérapeutiques aux anciennes, contribue au développement de l'efficacité et de la qualité des soins mais en renchérit également le coût (il reste évidemment à s'assurer que l'accroissement de qualité justifie la croissance des coûts) ;
- *le vieillissement de la population* qui va être rapide dans les prochaines années, continuera d'imprimer sa marque sur l'évolution du système de soins : modification de la demande de soins, importance accrue de certaines pathologies lourdes et donc de certains modes spécifiques de prise en charge ;

- l'épidémiologie des affections de longue durée* : quatre affections se partagent 84 % des entrées dans le dispositif de prise en charge : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les troubles mentaux et le diabète. Ces affections, on le sait, sont plus fréquentes avec l'âge mais le risque intrinsèque de leur survenue augmente également. Ainsi « pour 170 000 nouveaux cas de cancers enregistrés en France en 1980, on en a dénombré 278 000 en 2000, soit une augmentation de plus de 60 %, liée en partie au vieillissement de la population, mais également à une augmentation du risque estimée à plus de 35 %²⁷ ». Un meilleur dépistage de ces affections permet sans nul doute des entrées plus fréquentes dans le dispositif qui permet la prise en intégrale de ces soins.

Ces différents facteurs n'agissent pas séparément, ils se combinent pour produire une tendance haussière et durable des dépenses d'assurance maladie. L'exemple du médicament permet d'illustrer l'effet de cette combinaison. La consommation moyenne de médicaments des personnes qui ne sont pas atteintes d'une affection de longue durée augmente avec l'âge, mais de façon modérée. La consommation des personnes qui sont concernées par une ALD est importante à tout âge et reste la même quel que soit cet âge. Mais le nombre de personnes en ALD augmentant avec l'âge, le vieillissement de la population engendre fatalement une hausse de la consommation de médicaments.

CONSOMMATION MOYENNE DE MEDICAMENTS
(1^{er} semestre 2002 – EPAS)



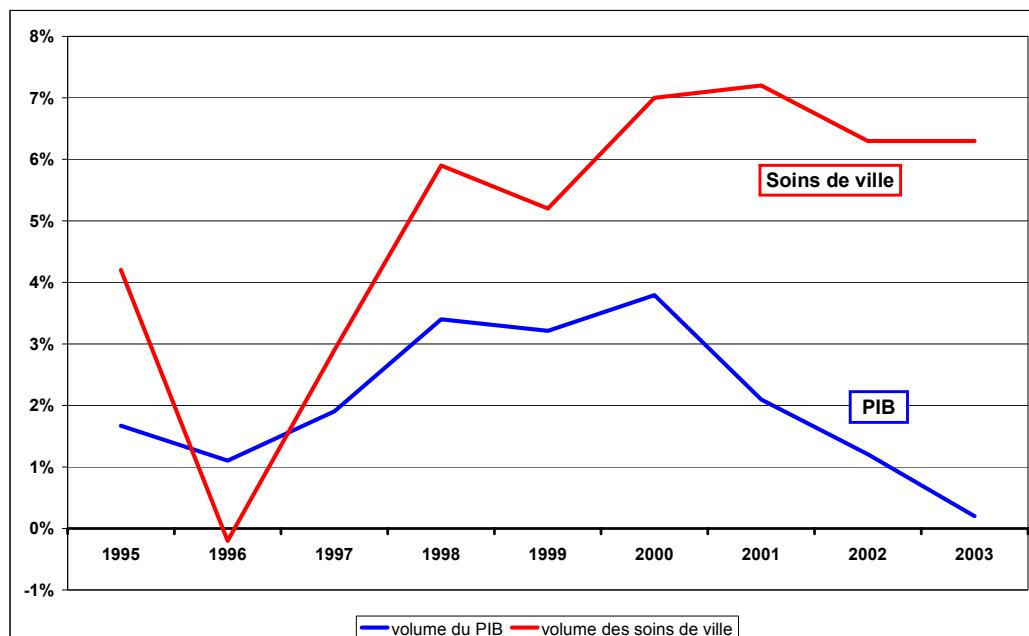
Source : CNAMETS/DSE

Si l'on précise enfin que les laboratoires pharmaceutiques mettent au point des médicaments nouveaux, la plupart du temps plus performants mais aussi souvent plus chers, cet exemple simple montre comment ces tendances de fond contribuent à la dynamique des dépenses.

²⁷ IGAS - rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable. Page 23.

Un premier enseignement de ce qui vient d'être rappelé est le suivant : la croissance économique générale est de peu d'incidence sur celle des dépenses d'assurance maladie. On pouvait en effet espérer en 2003 une certaine décélération des dépenses sous les effets d'une conjoncture économique morose : elle n'a pas eu lieu. Cette déconnexion entre la conjoncture économique et la plupart des postes de dépenses d'assurance maladie renforce l'idée que la croissance des dépenses de santé est bien plus liée à des déterminants démographiques, médicaux et sociaux qu'à des éléments purement économiques tels que le revenu ou les disponibilités de trésorerie des ménages²⁸.

TAUX DE CROISSANCE ANNUELS DU PIB ET DES SOINS DE VILLE EN VOLUME



Source : CNAMTS/DSE

Le besoin de sécurité, notamment face au risque de maladie, qui s'exprime dans la société française comme dans toutes les sociétés développées pourrait être lui-même un des déterminants les plus importants.

Cette déconnexion entre la croissance économique et les dépenses d'assurance maladie, engendre une forte tension sur les comptes des régimes, tension qui bien sûr devient critique lorsque les recettes chutent du fait d'une conjoncture morose. Ce point est plus amplement développé dans la troisième partie du présent rapport.

Elle suggère également que la demande adressée au système de santé et donc au dispositif de prise en charge peut, dès lors que, selon une enquête du CREDOC, 95 % des assurés bénéficient d'une couverture complémentaire, devenir exigeante, autonome et sans limite.

²⁸ On pouvait également espérer une telle décélération du débat soutenu et médiatisé sur l'assurance maladie, qui a lieu depuis un an : c'est du reste ce qui s'était produit en 1996. Cette décélération ne s'est pas véritablement produite en 2003 et, comme on le verra plus loin, n'est pas (encore ?) visible en 2004.

Enfin, l'année 2003 a aussi montré que si le besoin de santé sollicitait des moyens financiers croissants, il n'en était que plus urgent encore de gérer les excès et abus que peut engendrer du fait de l'existence d'un système de prise en charge, une forte demande de santé. Maîtriser les dépenses, éliminer les actes inutiles ne présentant guère d'efficacité pour la santé des individus, ou les sollicitations inutiles ou inadéquates du système de soins : autant d'exigences qui, du fait des actions de l'Assurance Maladie, commencent, semble-t-il, à imprégner les comportements des offreurs et demandeurs de soins. Ces actions rappelons-le, vont de l'accord de bon usage des soins (Acbus) régulant le recours aux visites des médecins généralistes, à la campagne sur les antibiotiques et au développement de la consommation de médicaments génériques, en passant par le contrôle du recours aux arrêts de travail.

4. Un évènement exceptionnel : la canicule de l'été 2003

A bien des égards, l'épisode caniculaire qu'a connu la France pendant l'été 2003, est un événement exceptionnel.

- exceptionnel du point de vue climatique : par les niveaux minima et maxima atteints par les températures et par la durée de ces fortes chaleurs ;
- exceptionnel, avant tout, par la mortalité enregistrée au cours du mois d'août ;
- exceptionnel enfin par les questions que pose rapidement l'événement : questions de santé publique concernant l'absence d'anticipation et de programme de prévention robuste. Questions d'organisation du système de soins, l'évènement révélant dramatiquement en effet « *les difficultés préexistantes du système de soins, et notamment des services d'accueil des urgences et des services accueillant les personnes âgées ainsi que de la permanence des soins exercée par la médecine libérale.*²⁹ »

La surmortalité du mois d'août 2003

Le mois de juin a connu des températures supérieures de 4 à 5 degrés aux normales saisonnières, le mois de juillet ayant été conforme aux températures habituellement constatées à cette époque de l'année. Les fortes chaleurs démarrent à Paris le 2 août et commencent à décliner vers le 13 août. « *La période du 4 au 12 août, précise le rapport de la mission d'expertise déjà cité, par son intensité et sa durée est unique dans les annales depuis 1873, date de début des mesures de temps à Paris Montsouris. Une séquence de neuf jours consécutifs est observée du 4 au 12 août avec un maximum de 39,5° Celsius (températures moyennes observées sur cette période : minimale : 23,3° – maximale : 38,1° – moyenne : 30,8°).*

La plupart des régions françaises ont été touchées puisque du 4 au 11 août des températures supérieures à 35° ont été observées dans deux tiers des stations météorologiques réparties sur le territoire français.

Or, des travaux épidémiologiques réalisés pour l'essentiel à l'étranger, établissent quatre points importants concernant les vagues de chaleur susceptibles d'engendrer une surmortalité³⁰ :

- le risque de décès provient de la succession de plusieurs jours de fortes chaleurs ;
- la température minimale, notamment nocturne, est un facteur prédictif important ;
- les décès interviennent très vite après les phases de fortes chaleurs ;
- il existe bien un phénomène d'apprentissage à la chaleur.

²⁹ Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003. Septembre 2003.

³⁰ Voir le rapport de la mission d'expertise déjà cité ainsi que le rapport de l'INSERM sur la surmortalité liée à la canicule d'août 2003 : estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques. Septembre 2003.

Ces points permettent de comprendre l'ampleur de la vague de surmortalité qui a frappé la France au mois d'août. «*La vague de surmortalité a été d'une importance exceptionnelle, indique le rapport de l'INSERM. Pour la seule journée du 4 août, près de 300 décès ont été observés en excès par rapport aux années précédentes ; l'excès a augmenté régulièrement et massivement jusqu'à atteindre, pour la journée du 12 août plus de 2 000 décès. A partir du 19 août, et au cours de la semaine qui a suivi, la mortalité quotidienne a retrouvé un niveau normal. Au total, le nombre cumulé de décès en excès par rapport aux années précédentes a été de 300 le 4 août, 3 900 le 8 août, 10 600 le 12 août et 14 800 le 20 août, soit une augmentation de 60 % par rapport à la mortalité habituelle.*»

Les surmortalités les plus importantes sont observées pour des causes de décès directement liées à la chaleur (hyperthermie, déshydratation...). Les maladies de l'appareil génito-urinaire et les maladies de l'appareil respiratoire viennent ensuite. De manière générale, la canicule a fortement modifié la répartition de la mortalité par cause : ainsi, le poids des tumeurs est passé de 30,4 % dans la structure habituelle à 5,5 % des décès. L'excès de mortalité a surtout frappé les personnes de plus de 75 ans, mais on constate également une augmentation des décès pour la classe d'âge allant de 45 à 75 ans ; cette augmentation est de 40 % pour les femmes et de 20 % pour les hommes.

Une certaine surmédication peut avoir joué un rôle dans ces décès : les données de consommation de l'Assurance Maladie disponibles sur les personnes décédées durant cette période indiquent que leur consommation de psychotropes était particulièrement élevée.

Enfin, si la surmortalité a concerné l'ensemble du territoire français, elle n'a pas connu la même ampleur selon les régions. Les régions côtières et les régions habituellement marquées par la chaleur ont connu une augmentation inférieure à la moyenne nationale. En revanche, l'Ile-de-France et la région Centre ont vu leur mortalité doubler.

Améliorer l'anticipation par la construction d'un programme de prévention

Selon le rapport de la mission d'expertise, «*cette catastrophe sanitaire est survenue alors qu'aucun programme d'action contre la chaleur n'avait été mis au point. Faute d'anticipation, d'organisation et de coordination la réponse n'a pas été adaptée. La mise en commun des informations disponibles par chacun des acteurs impliqués aurait permis de percevoir plus tôt le caractère exceptionnel du phénomène, de dépasser plus rapidement les interrogations sur les fluctuations habituelles des activités d'urgence et ainsi de réagir plus vite, de façon mieux coordonnée et sans doute plus efficace*³¹».

Deux éléments semblent, dans ces situations de risque, essentiels :

D'une part, la capacité d'anticipation. En effet, le délai entre la phase de fortes chaleurs et la mortalité est très bref. C'est donc l'anticipation de l'épisode caniculaire qui, en permettant de prendre à temps les mesures nécessaires, permet de prévenir efficacement un excès de mortalité.

D'autre part, l'organisation de l'alerte et du programme d'actions. Ces programmes d'actions tels qu'ils sont organisés dans d'autres pays frappés par des épisodes de canicule retiennent au moins trois grands principes :

- ils supposent la collaboration de nombreux services : services météorologiques, agences de santé ...,
- ils ciblent des populations à risque qui ont été préalablement identifiées : jeunes enfants, personnes âgées valides, personnes âgées en situation de dépendance, personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, respiratoire ou rénale, personnes consommant des neuroleptiques, des diurétiques...,

³¹ Rapport de la mission d'expertise, chapitre IV conclusions et propositions.

- ils décrivent clairement les recommandations surtout vis-à-vis des personnes âgées à domicile. Ces recommandations sont adaptées aux différentes structures d'accueil des personnes âgées.

L'ensemble de ces points - disposer de données épidémiologiques adéquates, les faire connaître, organiser la surveillance et le déclenchement des programmes d'actions – relèvent clairement d'une politique de prévention telle qu'elle est définie dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé³². Il est important à cet égard que la prochaine loi de santé publique reprenne cette définition de la prévention pour l'intégrer plus largement dans celle d'une politique de santé publique.

L'organisation du système de soins.

La canicule a de surcroît révélé les faiblesses de l'organisation du système de soins. Ces faiblesses ont porté notamment sur les trois points suivants : le service d'accueil des urgences, les services accueillant les personnes âgées et la permanence des soins exercée par la médecine libérale.

En ce qui concerne l'activité de la médecine libérale, l'Assurance Maladie peut apporter quelques éléments de réponse généraux. Depuis janvier 2000 en effet, la CNAMTS est en mesure de suivre l'activité des professionnels de santé au jour le jour. Il lui est donc possible de rendre compte de l'offre de soins libérale qui était disponible en médecine générale durant la crise sanitaire des premiers jours du mois d'août 2003, d'autant plus que certaines caractéristiques des patients soignés, notamment leur âge et l'affection de longue durée dont ils peuvent souffrir, sont également connues.

Quels sont les enseignements de l'analyse qui a été menée ?

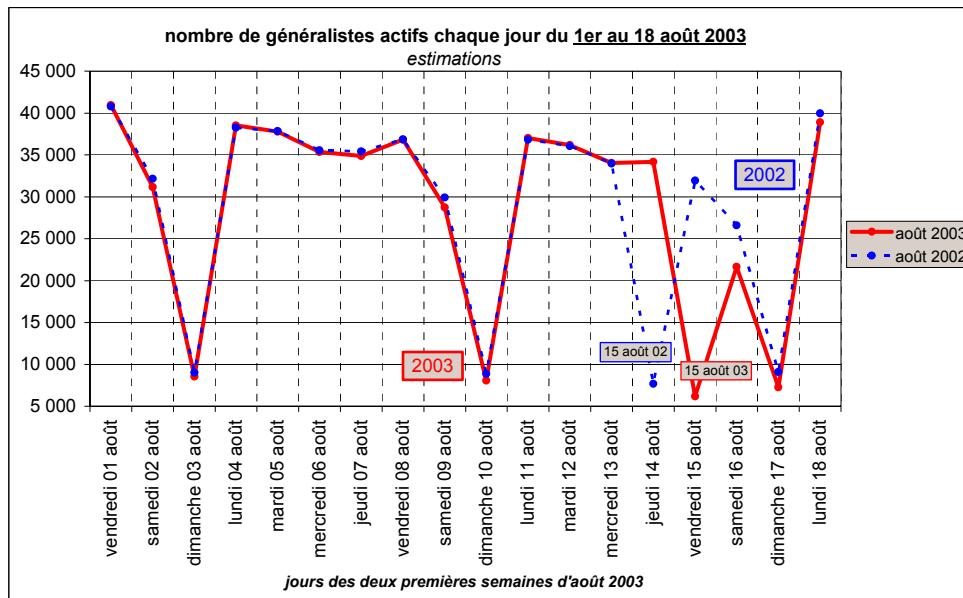
Il faut rappeler au préalable que, depuis quelques années, l'activité des médecins généralistes libéraux est marquée par quatre principaux facteurs :

- la désaffection croissante des médecins vis-à-vis de la pratique des visites et leur préférence pour une activité en cabinet ;
- le désengagement progressif de la médecine générale le week-end, qui s'accompagne cependant d'un renforcement d'une présence médicale la veille et le lendemain de ces week-ends ;
- la diminution du nombre de jours travaillés par ces médecins, qui va de pair avec une augmentation parfois importante de la quantité de leur travail quotidien ;
- le recentrage de plus en plus fréquent de cette médecine sur des soins dispensés aux personnes souffrant d'une affection de longue durée.

Il faut en effet souligner la faiblesse structurelle de l'offre de soins en médecine générale durant les mois d'été : la présence des médecins généralistes est alors réduite. Ainsi, durant la semaine encadrant le quinze août, les médecins généralistes étaient de 30 à 32 000 environ à exercer leur activité, en 2000 comme en 2002, contre 42 à 44 000 de janvier à juin : environ un tiers des généralistes sont en congé au plus creux de l'année.

Le graphique ci-après, permet d'apprécier sur cette période le nombre de médecins généralistes libéraux qui ont été actifs chaque jour du début du mois d'août 2003 et de le rapprocher de la même période, un an auparavant.

³² «La politique de prévention tend notamment à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer tels, l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé. » Article L.1417-1.



Source : CNAMETS/DSE

Les variations sont faibles d'une année sur l'autre : en fait, l'offre de soins en médecine générale libérale a diminué de 2 % entre le mois d'août de 2002 et celui de 2003. Cette diminution recouvre une très légère baisse voire une quasi-stabilité pour ce qui concerne les jours ouvrables de la semaine, mais aussi une baisse très prononcée durant les week-ends, allant jusqu'à -9 % le dimanche 10 août 2003.

NOMBRE DE GENERALISTES ACTIFS CHAQUE JOUR DU 1ER AU 18 AOUT 2003 ET DU 2 AU 19 AOUT 2002

2003	Nombre de médecins actifs en août 2003	2002	Nombre de médecins actifs en août 2002	Evolution 2003/2002
vendredi 1 août 2003	40 958	vendredi 02 août 2002	40 768	0,5 %
samedi 2 août 2003	31 180	samedi 03 août 2002	32 161	-3,1 %
dimanche 3 août 2003	8 555	dimanche 04 août 2002	9 037	-5,3 %
lundi 4 août 2003	38 511	lundi 05 août 2002	38 254	0,7 %
mardi 5 août 2003	37 771	mardi 06 août 2002	37 850	-0,2 %
mercredi 6 août 2003	35 354	mercredi 07 août 2002	35 553	-0,6 %
jeudi 7 août 2003	34 874	jeudi 08 août 2002	35 420	-1,5 %
vendredi 8 août 2003	36 810	vendredi 09 août 2002	36 862	-0,1 %
samedi 9 août 2003	28 742	samedi 10 août 2002	29 907	-3,9 %
dimanche 10 août 2003	8 076	dimanche 11 août 2002	8 878	-9,0 %
lundi 11 août 2003	37 022	lundi 12 août 2002	36 816	0,6 %
mardi 12 août 2003	36 179	mardi 13 août 2002	36 070	0,3 %
mercredi 13 août 2003	34 031	mercredi 14 août 2002	33 980	0,2 %
jeudi 14 août 2003	34 174	jeudi 15 août 2002	7 670	n.s.
vendredi 15 août 2003	6 197	vendredi 16 août 2002	31 930	n.s.
samedi 16 août 2003	21 640	samedi 17 août 2002	26 605	-18,7 %
dimanche 17 août 2003	7 284	dimanche 18 août 2002	9 093	-19,9 %
lundi 18 août 2003	38 890	lundi 19 août 2002	39 959	-2,7 %
ensemble	516 247	ensemble	526 813	-2,0 %

Source : CNAMETS/DSE

Ce point est important : les médecins généralistes ne se sont pas (ou n'ont pas été) mobilisés durant la canicule. Le mouvement général, déjà mis en évidence entre 2000 et 2002 - de moins en moins de généralistes actifs, essentiellement le week-end - s'est prolongé en 2003 et la crise sanitaire du mois d'août ne semble pas en avoir troublé le cours.

Globalement, l'activité des médecins en exercice a un peu augmenté : + 2,1 % semble-t-il entre ces deux périodes des mois d'août 2002 et 2003. Il apparaît cependant que deux sous périodes doivent être distinguées, correspondant approximativement à chacune des deux premières semaines d'août.

Durant chacun des sept premiers jours du mois d'août 2003, cette activité est restée inférieure, à ce qu'elle avait été en 2002. Elle apparaît par contre un peu plus forte les jours suivants.

**ACTIVITE QUOTIDIENNE DE LA PROFESSION EN AOUT 2003 CUMULEE DEPUIS LE 1ER AOUT
EN COMPARAISON DE CELLE DES MEMES JOURS DE 2002**

2003/2002	Total : consultations et visites	consultations	visites	patients âgés de 0 à 2 ans	patients âgés de 3 à 74 ans	patients âgés de 75 ans et +	patients atteints d'une ALD
Cumul de l'activité du 1er au :							
jeudi 7 août 2003	-2,8 %	1,1 %	-20,0 %	-6,8 %	-2,5 %	-3,6 %	-1,4 %
vendredi 8 août 2003	-2,2 %	1,7 %	-19,2 %	-4,4 %	-1,9 %	-3,0 %	-1,0 %
samedi 9 août 2003	-1,8 %	2,1 %	-19,1 %	-2,8 %	-1,5 %	-2,8 %	-0,9 %
dimanche 10 août 2003	-1,6 %	2,3 %	-18,8 %	-2,5 %	-1,4 %	-2,6 %	-0,8 %
lundi 11 août 2003	-0,9 %	3,1 %	-18,5 %	0,4 %	-0,6 %	-2,6 %	-0,8 %
mardi 12 août 2003	-0,4 %	3,7 %	-17,9 %	1,8 %	-0,1 %	-2,5 %	-0,8 %
mercredi 13 août 2003	0,4 %	4,5 %	-17,5 %	2,7 %	0,7 %	-1,9 %	-0,4 %
jeudi 14 août 2003							
vendredi 15 août 2003	0,8 %	5,0 %	-17,2 %	3,9 %	1,1 %	-1,6 %	-0,1 %
samedi 16 août 2003	1,2 %	5,4 %	-17,0 %	5,0 %	1,5 %	-1,5 %	-0,1 %
dimanche 17 août 2003	1,2 %	5,5 %	-17,0 %	5,0 %	1,5 %	-1,5 %	-0,1 %
lundi 18 août 2003	2,1 %	6,6 %	-16,8 %	6,7 %	2,5 %	-1,0 %	0,4 %

Lecture du tableau : le total des consultations et visites effectuées entre le 1er et le 8 août 2003 a reculé de 2,2 % par rapport à la même période de l'année précédente (du 2 au 9 août 2003).

Source : CNAMTS/DES

L'augmentation de l'activité des médecins généralistes à partir de la deuxième semaine du mois d'août paraît essentiellement liée aux soins dispensés à des nourrissons (c'est-à-dire aux enfants âgés de deux ans au plus). Le nombre de consultations ou de visites faites à l'intention d'enfants en bas âge semble en effet avoir rapidement augmenté à partir du vendredi 8 août 2003.

On peut ainsi imaginer la situation difficile dans laquelle ont pu se trouver nombre de très jeunes enfants durant la canicule. Mais la situation qui fut celle des personnes âgées ne transparaît absolument pas au travers de ces données.

Aucune augmentation de l'activité des généralistes tournée vers les personnes âgées ne commence à être perceptible avant le week-end du 9 et 10 août. Cette activité est restée faible durant les premiers jours de la semaine suivante. Globalement, sur les dix-huit premiers jours du mois d'août, les soins dispensés aux malades âgés de 75 ans et plus sont en recul par rapport à l'année précédente. Du reste, le nombre de visites est resté très bas chaque jour.

Ainsi, un constat global peut être dressé :

- les généralistes étaient effectivement présents dans leur cabinet au début du mois d'août 2003, un peu moins fréquemment sans doute que l'année dernière à pareille époque, mais guère moins ;
- ils ont en revanche compensé, et au-delà, cette moindre présence par une activité un peu plus importante ;
- l'activité de la profession (c'est-à-dire le nombre total des consultations et visites réalisées) est restée très modérée au début du mois d'août, au moins en tout cas jusqu'au week-end du 9 au 10 août 2003 ;

- globalement, cette activité n'a pas été influencée de façon sensible par la crise sanitaire du début du mois d'août : suivant les informations disponibles à fin août, les soins dispensés aux personnes âgées durant les dix-huit premiers jours de ce mois se sont même inscrits en baisse par rapport à l'année précédente³³.

Tout s'est donc passé comme si les médecins généralistes n'avaient pas eu connaissance de l'ampleur de la crise sanitaire. Il est probable que les situations d'urgence ont été identifiées tardivement et, une fois connues traitées par d'autres canaux.

L'ensemble de ces facteurs - forte diminution de l'offre libérale en été, absence de signal d'alerte adressé aux médecins libéraux³⁴, le fait aussi que de nombreux patients, par manque d'information sur les différentes offres de soins disponibles, s'adressent d'abord aux urgences des hôpitaux - explique que les divers services assurant les urgences se soient trouvés saturés.

Absence de communication entre médecins hospitaliers et libéraux, méconnaissance par les patients des possibilités de recours à une permanence de soins libérale, organisation probablement insuffisante de celle-ci, tels sont les premiers enseignements qu'il est possible de tirer de cette crise sanitaire.

Il s'agit bien, aujourd'hui, de tirer les leçons de cette crise, et de mettre en place un dispositif plus efficace de recours à des soins non programmés. Dans un tel dispositif, des médecins régulateurs devraient, en liaison avec les "centres 15" et les autres composantes de la médecine d'urgence, notamment les médecins libéraux d'astreinte, mieux assurer l'orientation des patients qui se trouvent en situation d'urgence.

5. Les dépenses hospitalières

Les dépenses hospitalières sont un important poste de dépenses tant dans le compte de la branche maladie du régime général que dans l'ensemble de l'ONDAM : les prestations exécutées en établissements, d'un montant de 53,6 milliards d'euros pour la branche maladie maternité, représentent environ 43 % du total des charges de la branche³⁵ ; l'enveloppe établissements publics et privés, quant à elle, constitue près de 52 % de l'ONDAM de France métropolitaine.

L'Assurance maladie finance ces dépenses mais sa connaissance en est cependant moins pointue que celle dont elle dispose dans l'ensemble soins de ville. Probablement parce qu'elle est tenue relativement éloignée de sa gestion, il lui est plus difficile d'établir un diagnostic sur les facteurs de hausse qui gouvernent la dépense hospitalière. On devrait dire d'ailleurs des dépenses hospitalières tant cet ensemble est divers et gouverné par des logiques différentes.

L'enveloppe « établissements » de l'ONDAM regroupe essentiellement trois catégories d'établissements :

³³ Cette remarque vaut bien sûr de façon globale. Il est très probable que certains généralistes ont travaillé de façon intense durant ces jours décisifs. Par ailleurs, certains généralistes ont très certainement fait bénéficier leurs patients de conseils téléphoniques durant cette période. Cette activité ne peut être suivie ici.

³⁴ « De façon générale, l'adaptation de l'activité des médecins généralistes s'est faite sans prise de conscience de la catastrophe sanitaire en cours. En effet, le rapprochement des statistiques sur le nombre de décès observés et le nombre de médecins montre qu'il y a eu moins d'un décès en moyenne par médecin généraliste. Le caractère éclaté des cabinets médicaux rendait impossible leur participation à l'alerte. Aucun message d'alerte n'a été adressé aux médecins généralistes sur le caractère exceptionnel des pathologies d'hyperthermie observées pendant cette période. Les médecins hospitaliers qui ont établi progressivement ce diagnostic face à l'afflux de malades (...) ont élaboré des protocoles de prise en charge. Il n'y a toutefois aucun circuit organisé de communication entre médecins hospitaliers et médecins libéraux. » Continuité et permanence des soins pendant l'été 2003. Rapport de l'IGAS. Décembre 2003.

³⁵ Qui comprennent notamment, outre les prestations légales, les transferts versés aux autres régimes, le financement des avantages sociaux des professionnels de santé, les prestations d'action sanitaire et sociale, les dépenses des fonds de action sanitaire et sociale, de gestion et de prévention.

- des établissements de santé publics et privés (quand ils participent au service public hospitalier), financés par dotation globale ;
- des cliniques privées dépendant de l'accord de régulation nommé Objectif Quantifié National ;
- des établissements médico-sociaux financés au prix de journée (enfance inadaptée et adultes handicapés) ou par un forfait de soins (établissements pour personnes âgées, structures pour personnes handicapées).

La définition des deux premières catégories d'établissements (il s'agit des établissements de santé publics et privés) est particulièrement complexe, comme le montre le tableau ci-après,

LE CHAMP DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

	catégorie d'établissements	Etablissements privés de santé	
		établissements privés sous dotation globale	établissements privés sous OQN
	centres hospitaliers régionaux	établissements de soins de courte durée	
	centres hospitaliers	établissements de soins de suite et de réadaptation	
	centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	établissements de soins de longue durée	
	hôpitaux locaux	établissements de lutte contre les maladies mentales, les toxicomanies et l'alcoolisme	
		établissements de traitement et soins à domicile et dialyse ambulatoire	
statut juridique	SECTEUR PUBLIC		SECTEUR PRIVE
mode de fixation des ressources	Dotation globale annuelle		tarif des prestations (fixé par l'ARH)

Cette définition fait en effet appel à leur statut juridique, à la catégorie de l'établissement et au mode de fixation de ses tarifs ou de ses ressources.

5.1. Les établissements de santé financés par dotation globale

L'évolution en 2003

Près de 99 % de l'activité des hôpitaux publics et des hôpitaux privés participant au service public hospitalier est financée par dotation globale. Celle-ci s'est élevée en métropole à 38,3 milliards d'euros en 2003 pour le seul régime général, soit une progression de + 6 % par rapport à l'année précédente³⁶.

En intégrant les résultats dans les DOM et les dépenses des autres régimes d'assurance maladie, la dotation globale « tous régimes » a atteint un montant de 46,8 milliards d'euros.

³⁶ Pour l'ensemble des régimes, le montant de la dotation globale métropole est de 45,5 milliards d'euros. La part du régime général s'établit donc à 84 %.

Si l'évolution de cette dotation globale reste en deçà de l'objectif fixé dans l'ONDAM 2003, elle est néanmoins importante : + 5,7 % pour l'ensemble des régimes et + 6,2 % pour le régime général.

Cette évolution de + 5,7 % de la dotation globale tous régimes peut se décomposer en :

- une évolution de + 5 % des crédits de fonctionnement alloués ;
- un transfert, à compter de l'année 2003, pour un montant de 300 millions d'euros, de crédits d'Etat vers l'Assurance maladie, destinés à financer des protocoles hospitaliers ; l'impact de ce transfert sur l'évolution de la dotation globale est d'environ 0,7 %.

Les facteurs de hausse des dépenses

A l'inverse des soins de ville, ce n'est pas le dépassement de l'enveloppe de l'ONDAM qui indique une dérive des dépenses hospitalières. Il est du reste clair que, dans ce secteur, les crédits distribués le sont au rythme voulu par les autorités politiques et administratives. Les dépassements sont donc forcément nuls ou faibles.

Cependant, la dotation globale évolue de plus en plus rapidement : elle a connu une évolution de + 3,7 % en 2000, de +4,8 % en 2001, de + 5,6 % en 2002 et de + 5,7 % en 2003. *Sans bien sûr atteindre les taux d'évolution affichés par les soins de ville, les dépenses sous dotation globale progressent vivement sans que soit garantie pour autant une utilisation efficace de ces ressources.*

En fait, à l'origine de cette progression, on retrouve probablement les facteurs généraux qui confèrent aux soins de ville leur fort rythme d'évolution mais auxquels se greffent des facteurs spécifiques au monde hospitalier :

- le vieillissement de la population, l'accroissement des pathologies chroniques et le progrès des techniques médicales (nouvelles techniques d'investigation, nouveaux médicaments) ont fortement contribué à l'accroissement des dépenses médicales à l'hôpital. Concomitamment, l'hôpital s'est réorganisé. En 10 ans, les capacités d'hospitalisation à temps complet se sont considérablement réduites (fermeture de 70 000 lits) cependant que progressaient les places d'hospitalisation à temps partiel et de chirurgie ambulatoire. « *Ces fermetures de lits d'hospitalisation complète traduisent, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prise en charge intervenue dans la seconde moitié des années 1980, en France comme à l'étranger, transformation rendue possible par des innovations des technologies médicales et médicamenteuses. Au fur et à mesure de ces progrès, un nombre croissant de procédures ont pu être effectuées en toute sécurité hors du cadre traditionnel de l'hospitalisation.³⁷* »
- la demande adressée à l'hôpital est non seulement très forte mais de multiples facteurs contribuent à l'augmenter. Du fait d'abord de ce que le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie appelle la forte « visibilité » de l'hôpital : concentration des moyens humains et techniques sur un seul lieu, forte disponibilité tous les jours de l'année, toutes les heures du jour...

La faiblesse de la médecine de ville en matière de permanence des soins ou de traitement des urgences accroît encore la pression sur l'hôpital. Enfin, le souhait de bénéficier du «droit à l'innovation³⁸», alimenté par une diffusion plus large de l'information médicale, draine vers l'hôpital une demande accrue.

³⁷ [Les établissements de santé en 2001. DREES. Édition 2003.](#)

³⁸ [Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital. Assemblée Nationale. 2003.](#)

- face à cette demande accrue, plusieurs évènements sont venus contraindre l'organisation et la capacité d'offre des hôpitaux :
 - l'application aux personnels des hôpitaux de la loi portant réduction du temps de travail. Cette loi concerne à la fois le personnel administratif, le personnel soignant et le personnel médical ;
 - l'application d'un repos de sécurité pour les médecins hospitaliers ;
 - la limitation du temps de travail hebdomadaire à 48 heures pour les médecins hospitaliers et l'intégration des gardes dans le temps de travail ;
 - l'application depuis 1994, de nouvelles normes de sécurité sanitaire qui mobilisent non seulement des moyens matériels mais aussi du temps donc des effectifs.
- ces tensions sur l'activité se sont évidemment traduites par des mouvements d'effectifs. Il convient toutefois, d'opérer une distinction entre personnels non médicaux et personnels médicaux :
 - *les personnels non médicaux*. Cet ensemble regroupe le personnel administratif, les personnels soignants et éducatifs, ainsi que le personnel technique et médico technique.

EFFECTIFS DES PERSONNELS NON MEDICAUX EN 2001
Effectifs en équivalent temps plein – Evolution par rapport à 2000

	Etablissements publics de santé		Etablissements privés sous dotation globale		Etablissements privés soumis à l'OQN		Ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Personnels administratifs	75 628	3,1	13 846	3,4	17 993	1,2	107 467	2,8
Personnels soignants et éducatifs	478 138	2,4	66 428	2,9	90 374	3,6	634 940	2,6
dont :								
<i>Sages-femmes</i>	7 079	4,3	599	0,6	2 286	0,1	9 964	3,1
<i>Infirmiers</i>	187 101	3,3	23 879	3,5	36 349	4,1	247 329	3,4
<i>Aides-soignants</i>	161 275	2,4	17 872	3,3	26 819	3,5	205 966	2,6
Personnels médico-techniques	33 243	2,0	4 339	5,0	2 170	5,8	39 752	2,5
Personnels techniques	83 817	-0,4	12 641	0,3	10 037	0,4	106 495	-0,3
TOTAL	670 826	2,1	97 254	2,7	120 574	2,9	888 654	2,3

Source : SAE 2001 - DREES

Les effectifs de personnels non médicaux se sont fortement accrus dans la dernière période : « *dans les hôpitaux publics, les effectifs de personnels non médicaux calculés en ETP se sont accrus de 3,9 % entre 1998 et 2001, l'année 2001 étant marquée comme dans les autres secteurs par une augmentation plus importante : + 2,1 % par an contre moins de 1 % par an entre 1998 et 2000.*³⁹ »

Ce sont les effectifs infirmiers qui ont le plus sensiblement augmenté sur la période 1998-2001 : + 7,8 % en 3 ans. Cette évolution concerne d'ailleurs tous les établissements d'hospitalisation. Elle semble marquer, au-delà de la volonté de renforcer les effectifs, un mouvement de qualification du personnel soignant, le recrutement de personnels infirmiers étant plus rapide que celui d'aides soignants⁴⁰.

³⁹ Les établissements de santé en 2001. DREES. Édition 2003

⁴⁰ Ainsi dans les hôpitaux publics, le recrutement de personnel infirmier s'est accéléré dès 1999 : + 1 % en 1998, + 1,6 % en 1999, + 2,6 % en 2000 et + 3,3 % en 2001.

**EVOLUTION DES EFFECTIFS MEDICAUX
EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN ENTRE 1988 ET 2001**

	Publics	Privés sous dotation globale	Privés sous OQN	TOTAL	(en %)
Infirmiers	7,7	8,5	7,7	7,8	
Aides soignants	3,8	8,8	2,8	4,1	
Agents des services hospitaliers	0,3	6,4	3,1	1,5	

Source : SAE 2001 - DREES

On ne saurait par ailleurs ignorer l'impact de la réduction du temps de travail sur l'organisation du travail et sur le volume des effectifs des hôpitaux : « *En moyenne, le temps de travail a été réduit de 9,7 % pour atteindre 1567 heures par an pour les infirmiers travaillant en repos fixe et 1537 pour ceux en repos variable. Au total, on peut estimer à un peu plus de 37 000 le nombre de créations de postes programmées sur la période 2002-2004, correspondant aux notifications des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Au 30 septembre 2002, 11 000 recrutements avaient été effectués, concernant principalement des postes de personnels soignants⁴¹.*

- *Les personnels médicaux.* Les effectifs médicaux - médecins, dentistes, pharmaciens, internes - sont restés relativement stables sur la période 1998-2001. Si dans tous les établissements et tout statut confondu, ils ont progressé de 1 %, « *dans les hôpitaux publics, l'effectif médical hors internes a très légèrement diminué entre 1998 et 2001, passant d'un peu moins de 84 000 à 83 000 médecins. Celui des internes a connu une diminution plus sensible sur la même période (- 6,5 %) pour atteindre en 2001 18 389 personnes⁴².*

EFFECTIFS MEDICAUX EXERÇANT DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN 2001

	Etablissements publics de santé		Etablissements privés sous dotation globale		Etablissements privés soumis à l'OQN		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Médecins, biologistes, dentistes et pharmaciens								
▪ Salariés	80 022	1,6	10 586	3,9	3 727	- 4,7	94 335	1,6
▪ Libéraux	2 820	- 0,8	1 982	- 7,3	41 410	- 2,5	42 212	- 2,6
Internes, faisant office d'internes, diplômés inter universitaires de spécialité	17 237	- 0,7	1 152	- 10,2	-	-	18 389	- 1,3
TOTAL	100 079	1,2	13 720	0,8	45 137	2,7	158 936	-

Source : SAE 2001 - DREES

⁴¹ Les établissements de santé en 2001.

⁴² Les établissements de santé en 2001.

Cette situation particulière des personnels médicaux à l'hôpital devient préoccupante. Car il devient moins facile de trouver des candidats d'une part, parce que l'hôpital devient moins attractif pour les professionnels⁴³ mais aussi parce que certaines disciplines sont délaissées. Le rapport parlementaire précité parle à cet égard d'une crise des vocations : « *On constate l'apparition d'une crise des vocations, différenciée selon les spécialités, les secteurs et les régions. Si le taux global des vacances de poste de praticiens à temps plein atteint 18 %, la crise des vocations est particulièrement marquée dans les régions Picardie, Champagne-Ardenne, Auvergne, Nord – Pas-de-Calais, Basse-Normandie et Lorraine.*

La crise des vocations est remarquable dans certaines disciplines dont l'exercice est particulièrement difficile. Il s'agit notamment de l'obstétrique, de l'anesthésie et de la chirurgie (...). Il existera à court terme des manques criants et urgents particulièrement en neurochirurgie et en chirurgie infantile⁴⁴.

On voit comment se dénoue cette situation : recours à un intérim médical ou à l'embauche de praticiens formés à l'étranger pour le personnel médical, ce qui représente à la fois des solutions coûteuses, peu stables et peu compatibles avec un bon fonctionnement de l'hôpital ; accélération des embauches, dans un contexte de fonctionnement tendu, pour les personnels non médicaux. Il en résulte une hausse des dépenses de personnel qui représentent 70 % du budget total des hôpitaux.

Cette hausse des dépenses de personnel, accompagnée par l'augmentation des dépenses médicales et des dépenses engagées pour respecter l'ensemble des normes de sécurité, explique tout à la fois la forte progression de la dépense hospitalière mais aussi les difficultés de financement rencontrées par les hôpitaux pour investir, renouveler les plateaux techniques, ...

C'est l'ambition du plan « hôpital 2007 », dont le dispositif est décrit dans l'encart ci-après, de venir à bout de ces difficultés.

Au total, l'important effort financier de l'Assurance Maladie est-il mis à profit de façon optimale ? Est-il correctement réparti entre les divers établissements ? Rien ne permet de mesurer l'efficacité en termes « d'amélioration du service rendu », d'un euro supplémentaire. Tout au plus peut-on constater avec le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 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 euro au centre hospitalier universitaire de Besançon, 2,04 euros pour le CHU d'Orléans et 2,38 euros pour l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Cette variation se vérifie également pour tous les types d'établissements. Par exemple, deux centres hospitaliers d'Aquitaine de même activité ont des écarts de coûts de plus de 10 % et cet écart atteint les 30 % avec un centre hospitalier de Champagne-Ardenne. Cette dispersion des coûts de structure permet de penser qu'il existe d'importantes marges de progrès, notamment en termes d'organisation.⁴⁵*

Par ailleurs, l'actuel mode de financement des hôpitaux publics - la dotation globale- ne donne guère les moyens de mesurer l'efficacité des ressources distribuées et d'optimiser la répartition de ces ressources en tenant compte de l'efficacité de chaque établissement.

⁴³ En raison d'un différentiel de revenus en faveur des spécialistes exerçant en libéral.

⁴⁴ Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital. Assemblée nationale. Mars 2003.

⁴⁵ Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Janvier 2004.

Le plan Hôpital 2007

Le plan annoncé par le Ministre de la Santé à la fin de l'année 2002 comprend deux volets :

- l'allègement des contraintes extérieures aux établissements
- la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics.

Le premier chapitre contient 5 mesures :

a) une relance de l'investissement hospitalier

Partant du constat d'un ralentissement des volumes financiers consacrés aux investissements hospitaliers et d'une vétusté croissante du parc hospitalier, l'Etat a décidé d'engager un vaste plan de soutien à l'investissement dans les établissements hospitaliers.

1,2 milliard d'euros par an de crédits d'assurance maladie seront consacrés entre 2002 et 2007 à cet objectif, sur la base d'un plan défini régionalement par chaque ARH et avec l'appui d'une mission nationale (Mission d'Appui à l'Investissement) chargée de coordonner l'ensemble de l'opération.

b) la mise en œuvre de la tarification à l'activité

Aujourd'hui, il existe deux systèmes de financement pour les structures de soins. D'une part, le système de la dotation globale qui concerne les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public et d'autre part, un système de tarification à la journée et de forfait lié aux actes réalisés, pour les cliniques privées.

Ces deux systèmes génèrent des effets pervers :

- la dotation globale de financement, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduit soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives ;
- le niveau des forfaits pour le secteur privé varie sur l'ensemble du territoire et peut aboutir de ce fait, aussi, à la constitution de rentes ou à des sous-financements pour certaines activités.

Les deux systèmes ne sont ni comparables, ni compatibles et freinent, en conséquence, les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier.

En s'appuyant sur le PMSI (Programme de Médicalisation des systèmes d'Information) les modes de financement des activités de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) sont modifiés :

- par modulation progressive de la dotation globale des établissements hospitaliers publics avant un basculement sous forme de tarification aux séjours en 2006
- par changement du mode de rémunération pour les établissements privés à compter du 1^{er} octobre 2004.

L'objectif est d'arriver d'ici 2012 à un financement harmonisé entre les établissements publics et privés.

c) la réforme de l'organisation sanitaire

Le dispositif de planification repose aujourd'hui sur la combinaison de trois instruments principaux, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), la carte sanitaire et les autorisations, qui rendent la planification de l'offre hospitalière compliquée.

Aujourd'hui, les autorisations sont délivrées pour des durées différentes selon leur nature : les activités de soins (obstétrique, chirurgie spécialisée, soins de suite, ...) pour 5 ans, les équipements lourds (scanner, IRM) pour 7 ans, et les installations (lits de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de psychiatrie ou de soins de suite) pour 10 ans. Le SROS et la carte sanitaire sont établis pour une durée maximale de 5 ans.

Par ailleurs, l'élaboration de la carte sanitaire est encadrée par des indices nationaux à l'intérieur desquels sont arrêtés les indices régionaux, qui tiennent peu compte des spécificités régionales. Ces indices limitent le nombre de lits ou d'équipements qui peuvent être autorisés.

Le plan comporte 2 mesures générales et 3 mesures particulières qui ont été intégrées à l'ordonnance du 4 septembre 2003 relative à l'organisation sanitaire.

Les mesures générales

- supprimer la carte sanitaire et les indices de besoins. Ils sont remplacés par une nouvelle annexe du SROS. Le SROS, renforcé et rénové, devient désormais l'outil central de la régulation de l'offre de soins.
- C'est dans une nouvelle annexe du SROS que figurera la répartition quantitative souhaitable des activités et des équipements par territoire. Cette répartition est arrêtée par l'ARH indépendamment d'un encadrement national.

- déconcentrer aux ARH toutes les autorisations et les simplifier.

La compétence du ministre chargé de la santé pour statuer sur les demandes d'autorisation disparaît.

Désormais, seule l'agence régionale de l'hospitalisation a compétence pour délivrer ou refuser les autorisations.

La notion d'installation disparaît pour être intégrée aux activités de soins.

Les calendriers sont harmonisés : toutes les autorisations sont ramenées à 5 ans, conformément à la durée d'un SROS.

Le niveau de la réduction de capacité en lits à appliquer lors d'un regroupement ou d'une conversion d'activité sera désormais négocié dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens entre l'ARH et chaque établissement.

Trois mesures particulières pour développer les alternatives à l'hospitalisation, la santé mentale, et les soins palliatifs.

Les structures d'alternatives à l'hospitalisation doivent être développées pour permettre au patient de bénéficier d'une prise en charge adaptée et de qualité, et pour favoriser le décloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, et entre le sanitaire et le social.

Actuellement, les structures d'alternatives ne peuvent être créées qu'en substitution de l'hospitalisation traditionnelle, et selon des conditions de réduction de moyens pénalisantes. Les taux de change (nombre de lits à fermer pour créer des places d'alternatives) seront supprimés pour l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation, à savoir les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, les structures d'hospitalisation à temps partiel, les structures d'hospitalisation à domicile.

L'ARH pourra désormais autoriser la création de places d'alternatives à l'hospitalisation, si cela est conforme aux besoins de santé et au SROS.

Il n'y aura plus deux SROS séparés (un somatique et un psychiatrique). Le schéma régional de psychiatrie sera intégré comme volet obligatoire des SROS, afin d'améliorer l'articulation entre les soins somatiques et psychiatriques notamment pour la réponse aux urgences, l'intervention des équipes de psychiatrie dans les autres services et la couverture des besoins somatiques des malades mentaux. Le secteur psychiatrique sera désormais déterminé par l'annexe du SROS et non plus par la carte sanitaire.

Comme la santé mentale, les soins palliatifs deviendront une thématique obligatoire du SROS, pour lequel l'objectif sera désormais de prévoir et susciter les évolutions de l'offre de soins dans une triple dimension préventive, curative et palliative.

d) le développement de la coopération entre établissement

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) peut désormais être constitué entre un ou plusieurs établissements de santé et des professionnels libéraux de santé. Il n'est plus limité aux établissements.

L'objectif est d'ouvrir le GCS aux professionnels libéraux de santé et favoriser ainsi la coopération entre établissements publics de santé, établissements privés, PSPH et médecins de ville.

e) la rénovation des modes d'achat des hôpitaux

La mesure vise à rechercher à assouplir l'application des règles d'achat.

Dans un premier temps, il s'agit de procéder à un alignement de la réglementation nationale sur la réglementation européenne.

Sur le champ de la modernisation des hôpitaux publics, les projets envisagent de modifier l'équilibre entre les acteurs interne de l'hôpital:

- Le conseil d'administration serait chargé des orientations stratégiques.
- Les pouvoirs du Directeur seraient renforcés et il serait assisté d'un conseil exécutif
- La Commission Médicale d'Etablissement regroupera à terme l'ensemble des activités des Comités et Commission de Sécurité et de Vigilance
- Les établissements seraient organisés en pôle d'activité et non plus en service.
- Le renforcement de la gestion interne passerait par le développement de la contractualisation interne

5.2. Les cliniques privées

La ligne « cliniques privées » de l'ONDAM comprend l'ensemble prestations relatives aux cliniques privées, qu'elles soient ou non soumises à l'Objectif Quantifié National (OQN) de ce secteur. Certaines prestations sont exclues de cet objectif quantifié : les prothèses internes (consommations intermédiaires) qui sont incluses dans l'enveloppe soins de ville et les prestations délivrées dans les DOM qui sont regroupées sur une ligne spécifique. Depuis 2002, la ligne « cliniques privées » de l'ONDAM est suivie en dépenses remboursées et en droits constatés.

Il convient de faire la différence avec le champ OQN des cliniques. Ce champ, qui concerne la France entière, est celui de la négociation entre l'Etat et les fédérations de cliniques. Des enveloppes de dépenses annuelles sont fixées en dépenses remboursées ; l'écart entre les réalisations et ces objectifs fait a posteriori l'objet d'ajustements tarifaires qui sont négociés chaque année.

Certains établissements sont exclus de l'OQN : il s'agit d'établissements exerçant des activités de dialyse, et des associations d'hospitalisation à domicile. Des prestations n'y figurent pas : soins de long séjour, forfaits de séances et de soins pour personnes âgées, forfaits de traitement de l'insuffisance respiratoire, forfaits scanner et IRMN, dépenses de réadaptation fonctionnelle et dépenses relatives à l'interruption volontaire de grossesse. Enfin, l'OQN comprend les consommations intermédiaires (prothèses internes et produits d'origine humaine) mais ne comprend pas -comme du reste la ligne « cliniques privées » de l'ONDAM- les honoraires des médecins⁴⁶. L'OQN relatif aux cliniques privées est depuis cette année fixé et suivi en droits constatés.

Ainsi définies, les réalisations des cliniques privées sont présentées dans le tableau ci-dessous :

REALISATION DES CLINIQUES PRIVEES régime général – Champ ONDAM			en millions d'euros
	2002	2003	Evolution
Cliniques privées sous OQN	5 408	5 816	7,5 %
Cliniques privées hors OQN	549	588	7,0 %
ENSEMBLE	5 957	6 404	7,5 %

Source : CNAMTS – Direction des Finances et de la Comptabilité

En 2003, l'Objectif Quantifié National avait été fixé pour l'ensemble des régimes à 7,5 milliards d'euros. Le dépassement serait d'environ 0,2 milliard d'euros.

5.3. Les établissements médico-sociaux

Ce secteur très divers recouvre des établissements ayant des finalités et des modes de fonctionnement (ou de financement) très variables. Un glossaire est nécessaire pour se retrouver dans le maquis des sigles utilisés :

CAMSP :	Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
SESSAD :	Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
CCAA :	Centres de Cure Ambulatoire en Alcoolologie
ACT :	Appartements de Coordination Thérapeutique
CSST :	Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes
EHPA :	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD :	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
SSAD :	Services de Soins A Domicile

Le secteur des établissements pour personnes âgées

Au total, ce secteur qui regroupe près de 7 980 établissements comprend des établissements d'hébergement pour personnes âgées et pour personnes âgées dépendantes, ainsi que les services de soins à domicile. Les régimes d'assurance maladie ont dépensé 3,3 milliards pour ce secteur en 2003, les montants à la charge du régime général représentant 2,3 milliards d'euros. La progression de ces dépenses en 2003 est de 12,5 % pour l'ensemble des régimes et de 13,6 % pour le régime général.

⁴⁶ Les médecins exerçant dans les cliniques privées sont des médecins libéraux ; leurs honoraires sont donc des honoraires privés relevant de l'enveloppe soins de ville.

ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES AGEES – ANNEE 2003

	<i>nombre d'établissements ou de services</i>	montant en millions d'euros	évolution par rapport à 2002
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées			
tous régimes	4 352	1 555	-14,7%
montants régime général		1 130	-13,9%
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes			
tous régimes	1 825	964	147,3%
montants régime général		691	150,4%
Services de soins à domicile			
tous régimes	1 803	763	8,3%
montants régime général		528	9,9%
Ensemble des établissements pour personnes âgées			
tous régimes	7 980	3 282	12,5%
montants régime général		2 349	13,6%

Source : CNAMETS/DSE

On distingue :

- les Services de Soins à Domicile (SSAD),
- les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA),
- et, depuis peu, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Toutes ces dépenses sont financées par une dotation globale annuelle, versée mensuellement sous forme de douzième à l'établissement par une caisse pivot.

Les SSAD sont au nombre de 1 803 en 2003, ce qui représente 40 services supplémentaires par rapport à 2002, et ils offrent 73 489 places. 64 % des SSAD ont un statut juridique privé et 36 %, un statut juridique public. Chaque jour, en moyenne, 70 703 personnes ont été soignées par un SSAD.

Les régimes d'Assurance Maladie ont donc versé en moyenne, en 2003, 10 797 euros pour chaque bénéficiaire d'un SSAD. Le coût journalier moyen par bénéficiaire est par conséquent de 29,58 euros en 2003.

La forte augmentation des charges des SSAD s'explique en partie par une évolution importante du nombre de places : dans sa circulaire du 26 janvier 2001, le Ministère a prévu au total la création de 20 000 places entre 2001 et 2005. Elle s'explique également par l'évolution du forfait journalier plafond. Ce plafond est de 38,30 euros pour les services publics et de 33,83 euros pour les services privés. La mise en place de la RTT dans les services publics a eu un très fort impact en 2002 sur le prix de ce forfait, et en a encore un en 2003.

La réforme du système de tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées (cf. encart) entraîne un passage progressif des établissements **d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)** vers le système des **établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**.

Pour le régime général et pour la métropole, les charges des **établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)** (n'ayant pas signé de convention tripartite dans le cadre de la réforme des EHPAD) couvertes par la dotation globale s'élèvent à 1 119,7 millions d'euros en 2003. Elles sont en diminution de - 13,6 % par rapport à 2002. Ce taux était de -2,5 % en 2002 et était toujours positif les années précédentes.

Cette diminution s'explique en fait par le transfert d'une partie de ces charges vers les charges des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à la suite de la signature d'une convention tripartite (impliquant l'Etat et l'Assurance Maladie) par un certain nombre des EHPA.

Les EHPA sont au nombre de 4 352 en 2003 (soit environ 500 de moins qu'en 2002, en raison de la réforme de la tarification de ces établissements)

62 % des EHPA sont de statut public et 38 %, sont de statut privé. Chaque jour, en moyenne en 2003, 260 438 personnes ont été hébergées dans un EHPA.

En 2003, les régimes d'Assurance Maladie ont versé en moyenne, 5 969 euros pour chaque personne hébergée dans un EHPA. Le coût journalier moyen par bénéficiaire est de 16,35 euros.

Rappel sur la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Compte tenu du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et du caractère obsolète de la prise en charge de ces personnes, une réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a été entreprise.

Cette réforme doit concerner, à terme, l'ensemble de ces établissements, qu'ils soient sanitaires (soins de longue durée) ou médico-sociaux (EHPA : maisons de retraite et logements-foyers). Les établissements médico-sociaux comprennent à la fois les établissements médicalisés, financés par l'Assurance Maladie principalement sous forme d'une dotation globale, et les établissements non médicalisés, pour lesquels les remboursements de l'Assurance Maladie s'effectuent à l'acte.

La loi du 24 janvier 1997, complétée par les deux décrets d'application du 26 avril 1999, met fin aux modes de financement jusqu'alors en vigueur mais prévoit une montée en charge progressive de la réforme. Le décret et les deux arrêtés du 4 mai 2001 apportent des aménagements à ces textes.

La nouvelle tarification passe d'un système binaire « hébergement et soins » à un système ternaire « hébergement, dépendance et soins ». Les composantes « hébergement » et « dépendance » sont à la charge de la personne âgée. La composante « soins » est financée par l'Assurance Maladie, par le biais d'une dotation globale annuelle. Le remboursement à l'acte est maintenu pour certaines prestations de soins effectuées par les professionnels libéraux.

La dotation globale couvre un certain nombre de prestations, qui varie selon l'option tarifaire prise par l'établissement. Celui-ci a en effet le choix entre un tarif de soins partiel et un tarif de soins global.

La dotation couvre :

- *pour le tarif partiel : les actes des infirmières libérales, le petit matériel médical listé dans les textes et les médicaments,*
- *pour le tarif global : les actes des infirmières libérales, le petit matériel médical listé dans les textes, les médicaments, les actes des médecins généralistes libéraux, les prescriptions (hors transports) des médecins généralistes libéraux, les actes des autres auxiliaires médicaux libéraux, les examens de biologie et les examens de radiologie.*

Mais la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 exclut les médicaments des prestations couvertes par ces deux tarifs pour les établissements médico-sociaux qui ne disposent pas d'une pharmacie à usage intérieur.

Lorsqu'il rentre dans la réforme, l'établissement signe une convention tripartite avec le Conseil général et l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie.

La réforme de la tarification des EHPAD n'entre que progressivement en application. La date limite de signature des conventions est actuellement fixée au 31 décembre 2005 (31 décembre 2006 pour les logements-foyers).

A noter qu'au sein des EHPAD, la distinction entre « section de cure médicale » et « soins courants » n'a plus lieu d'être.

Pour le régime général et pour la métropole, les charges **des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** (du secteur médico-social) couvertes par la dotation globale s'élèvent à 684,4 millions d'euros en 2003.

Le montant de ces charges était quasiment nul en 2001 et s'élevait à 271,1 millions d'euros en 2002.

Le nombre d'établissements ayant signé une convention tripartite (avec l'Etat et l'Assurance maladie) a en effet fortement augmenté en 2003.

Une enquête menée par la CNAMTS en 2003 indique que, sur environ 10 000 établissements potentiellement concernés (y compris les soins de longue durée, qui relèvent du champ sanitaire), 1 252 auraient signé une convention à fin 2002. Une large majorité (87 %) de ces 1 252 établissements a choisi un système de dotation ne couvrant qu'une partie de leur activité (cf. encart).

Par ailleurs, le Ministère des Affaires Sociales a recensé 2 509 établissements ayant signé une convention à fin 2003. En fait, une partie seulement (1 825 EHPAD) de ces 2 509 établissements a effectivement reçu en 2003 une dotation globale.

Ces 1 825 EHPAD ont une capacité de 133 710 lits. Plus de la moitié (55 %) de ces établissements sont de statut public et 45 %, de statut privé. Chaque jour, en moyenne, 123 433 personnes ont été hébergées dans un EHPAD.

Les régimes d'assurance maladie ont donc versé en moyenne, en 2003, 7 808 euros pour chaque bénéficiaire d'un EHPAD. Le coût journalier moyen par bénéficiaire est par conséquent de 21,39 euros en 2003.

Ce coût est plus élevé que celui observé dans les EHPA (16,35 euros). Les premiers établissements ayant signé une convention tripartite semblent être les plus fortement médicalisés, ce qui contribue du reste partiellement à expliquer la croissance des dépenses dans ce nouveau secteur.

Si l'on considère l'**ensemble des EHPA et des EHPAD**, pour le régime général et pour la métropole, le montant des charges couvertes par la dotation globale s'élève à 1,8 milliard d'euros en 2003.

En 2003, chaque jour, en moyenne, 454 574 personnes ont bénéficié d'un SSAD ou ont été hébergées en EHPA ou en EHPAD (tous régimes, y compris DOM). Elles étaient 432 207 en 2002, ce qui correspond à une augmentation de + 5,2 %.

Le secteur des établissements accueillant les enfants inadaptés et les adultes handicapés

La prise en charge, totale ou partielle, par l'Assurance Maladie des dépenses des structures médico-sociales qui accueillent des personnes handicapées s'articule autour de deux grands pôles :

- la prise en charge d'enfants ou d'adolescents d'une part ;
- la prise en charge d'adultes d'autre part.

**Le secteur « personnes handicapées »
Le champ d'intervention de l'Assurance Maladie s'élargit en 2003**

Depuis le 1^{er} janvier 2003, les dépenses relatives aux Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) sont prises en charge par l'Assurance Maladie, sous la forme d'une dotation globale annuelle. Elles étaient auparavant financées par l'Etat.

Les CSST assurent la prise en charge médico-sociale des personnes toxicomanes (accueil, diagnostic, soins, accompagnement, ...).

Ce transfert de charges de l'Etat vers l'Assurance Maladie doit permettre de rapprocher les différentes structures médico-sociales œuvrant dans le champ des pratiques addictives. Les CCAA (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie) avaient fait l'objet d'un transfert analogue en 1999.

Le secteur médico-social « handicapés » représente, sur le champ de l'ONDAM :

- 5,5 % des dépenses du risque maladie ;
- 1,9 % des dépenses du risque accidents du travail ;
- 5,3 % de l'ensemble des dépenses.

Le champ du secteur médico-social pour handicapés représente pour le régime général (hors DOM) 5 345 millions d'euros de dépenses pour l'exercice 2003.

Ces dépenses ont augmenté de + 5,8 % en 2003, un peu plus faiblement qu'en 2002 (+ 7,2 %).

Elles se répartissent en :

- 3 890 millions d'euros pour l'enfance inadaptée, soit 73 %,
- 1 455 millions d'euros pour les adultes handicapés, soit 27 %

Les dépenses faites pour les adultes handicapés progressent plus vite que celles bénéficiant à l'enfance inadaptée.

Les dépenses en dotation globale représentent 542 millions d'euros :

- pour l'enfance inadaptée, elles représentent 407 millions d'euros : 76 pour les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et 331 pour les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) ;
- pour les adultes handicapés, elles représentent 135 millions d'euros : 43 pour les CCAA, 11 pour les ACT et 81 pour les CSST.

Les dépenses en dotation globale représentent 10,1 % du total des dépenses du secteur médico-social « handicapés ». Cette part ne cesse d'augmenter (elle était de 7,7 % en 2002). Cette augmentation est particulièrement forte pour les adultes handicapés (+ 9,3 % en 2003 contre + 3,5 % en 2002), mais est également importante pour l'enfance inadaptée (+ 10,5 % en 2003 contre + 9,1 % en 2002).

III. L'évolution des dépenses d'assurance maladie en 2004 et 2005 : la croissance tendancielle des soins de ville restera forte

➤ **La conjoncture du premier trimestre 2004 : des évolutions relativement modérées**

Les dernières informations disponibles portent sur les remboursements effectués par les caisses du régime général jusqu'en mai 2004.

Sur l'ensemble du premier trimestre 2004, la consommation de soins de ville a évolué de façon plutôt modérée, du moins si l'on se réfère à la croissance très vive du second semestre 2003. Cette modération très relative est largement liée à une conjoncture épidémique qui, après avoir connu un pic en fin d'année 2003, est restée très faible tout au long du premier trimestre 2004. Les éléments disponibles à ce jour n'indiquent pas, en effet, de ralentissement sensible de la croissance de la consommation des soins de santé.

**L'EVOLUTION TRIMESTRIELLE DES SOINS DE VILLE ET DES DEPENSES DELEGUEES
ENTRE LE DEBUT DE L'ANNEE 2003 ET LE DEBUT DE L'ANNEE 2004**

	2003 T1	2003 T2	2003 T3	2003 T4 (réalisation)	2004 T1 (estimation)
soins de ville					
- valeur	0,9%	1,9%	2,1%	1,5%	0,4%
- volume	0,7%	1,7%	2,0%	1,4%	0,6%
dépenses déléguées					
- valeur	1,0%	0,8%	1,6%	1,7%	0,5%
- volume	0,8%	0,4%	1,5%	1,4%	0,7%

Source : CNAMTS/DSE

La modération enregistrée au premier trimestre est moins sensible sur les honoraires des professionnels de santé (retracés dans les dépenses déléguées) que sur les autres soins de ville. De fait, ce sont principalement les indemnités journalières servies en cas de maladie ou d'accident du travail qui expliquent cet écart, déjà observé au cours du dernier trimestre 2003.

En effet, le rythme de croissance des indemnités journalières, après avoir faibli en 2003, a connu un nouvel infléchissement au cours des derniers mois. L'absence d'épisode épidémique en début d'année ne suffit pas à expliquer ce mouvement qui est net sur l'ensemble du trimestre. Cette inflexion de tendance porte avant tout sur les arrêts de travail de courte durée. Ainsi, le nombre d'indemnités journalières de moins de trois mois connaît une baisse depuis le milieu de l'année 2003, alors que les indemnités journalières de plus longue durée restent encore sur une tendance croissante.

Les facteurs susceptibles d'avoir joué un rôle dans cet infléchissement (atonie persistante de la conjoncture économique et évolution modérée des salaires, mise en place progressive d'un plan d'actions de l'Assurance Maladie) ont été analysés plus haut.

➤ **L'ensemble de l'année 2004 : une croissance qui devrait rester en deçà de celle de 2003**

Compte tenu de cette analyse, la prévision la plus plausible aujourd'hui est celle qui repose sur l'hypothèse d'une reprise, à compter du deuxième trimestre 2004, de la croissance des soins de ville sur un rythme voisin du rythme de croissance connu en 2003. La prévision qui est faite ici est donc tendancielle. Elle ne préjuge évidemment pas de l'impact des mesures récemment annoncées.

Suivant cette hypothèse, les soins de ville remboursés par le régime général connaîtraient en 2004 une croissance comprise entre + 6,0 % et + 6,5 %, probablement plus proche de la partie supérieure de cette estimation : la prévision centrale actuelle est, hors mesures, pour la CNAMTS, de + 6,3 %.

**EVOLUTION ANNUELLE DES SOINS DE VILLE
RESULTATS 2003 ET PREVISIONS TENDANCIELLES POUR 2004-2005**

Dépenses remboursées en années de soins - régime général

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CVS-CJO volume	7,6 %	6,9 %	6,4 %	6,0%	5,4%	6,1%
CVS-CJO valeur	7,9 %	6,9 %	7,8 %	7,3%	5,5%	6,3%
Dépenses en valeur, non corrigées	7,3 %	7,1 %	7,7 %	7,3%	6,3%	6,2%

Source : CNAMTS/DSE

On notera, même si cet élément paraît, de prime abord, anecdotique, que le nombre de jours ouvrables est nettement plus important en 2004 qu'en 2003, ce qui augmente évidemment les possibilités de recours aux soins et donc la consommation médicale. Si l'on s'intéressait non pas aux dépenses effectivement remboursées, mais aux montants corrigés des variations saisonnières et surtout des jours ouvrés, l'évolution des soins de ville serait nettement plus faible : + 5,5 %.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer le fléchissement de ce taux de croissance qui est en net retrait par rapport à celui des années précédentes.

Il y a tout d'abord l'absence en 2004 de revalorisations tarifaires ou de mesures de nomenclature importantes : les effets prix résultent pour l'essentiel des mesures engagées en 2003 et sont faibles, de l'ordre de + 0,2 point.

Il y a ensuite les éléments pointés plus haut : un premier trimestre dans l'ensemble modéré et un fléchissement marqué dans le rythme de croissance des indemnités journalières.

Cette prévision intègre également les effets de la mesure prise aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, visant à limiter les règles d'exonération du ticket modérateur dans les cas où les coefficients des actes effectués sont supérieurs à 50. Cette mesure, qui vise principalement les actes dispensés à la suite d'une intervention chirurgicale, pourrait générer une économie de l'ordre de 400 millions d'euros. Son impact est déjà perceptible sur les dépenses des premiers mois de l'année 2004.

Au-delà, cette prévision n'intègre pas d'autre mesure, et notamment pas les mesures déjà annoncées, visant à maîtriser plus médicalement les dépenses.

La commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2004 table, quant à elle, sur une prévision plus faible en 2004 : + 4,6%. A l'évidence, une telle prévision suppose une décélération sensible au cours des prochains mois qui, comme son rapport l'indique⁴⁷, repose sur le plein effet des mesures figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et, notamment, le succès rapide d'une maîtrise plus médicalisée des dépenses.

⁴⁷ Cf. la commission des comptes de la sécurité sociale – rapport de juin 2004 – page 100.

➤ **L'année 2005 : une croissance spontanée qui ne devrait pas être sensiblement inférieure à la croissance 2000-2004**

En 2005, les facteurs de modération des dépenses, du moins ceux qui sont à l'œuvre au début de l'année 2004 (qu'il s'agisse de la pause observée au premier trimestre, ou de l'effet plein des mesures de la LFSS 2004, qui sera de toute façon acquis dès la fin de l'année 2004) n'ont guère de raisons de peser davantage sur le taux de croissance des dépenses.

La prévision qui est faite ici, **dont il faut souligner qu'elle n'intègre pas à ce stade les effets de nouvelles mesures d'économies sur les dépenses**, repose sur l'hypothèse d'un maintien des tendances observées sur la période 2000-2004, pour ce qui concerne le volume des soins de ville.

Le volume des dépenses de soins de ville reviendrait ainsi sur un rythme de croissance proche de + 6,0 % (cf. tableau ci-après). Cette prévision est purement tendancielle à compter du deuxième trimestre 2004.

Cette prévision illustre bien le risque toujours réel d'une progression rapide des dépenses au cours des prochaines années.

La prévision en valeur ne s'écarte que faiblement de cette prévision en volume, aucune hypothèse particulière n'ayant été faite à ce stade quant à d'éventuelles revalorisations des honoraires des professionnels de santé.

**EVOLUTION ANNUELLE DES SOINS DE VILLE PAR POSTE DE DEPENSE
RESULTATS 2003 ET PREVISIONS 2004-2005**

*Dépenses remboursées en années de soins – régime général
I. Evolutions en volume (CVS-CJO)*

	2003	2004	2005
Soins de Ville	6,0%	5,4%	6,1%
Dépenses déléguées	4,9%	4,0%	4,7%
généralistes	2,0%	1,1%	1,2%
spécialistes	4,6%	4,2%	4,0%
sages femmes	6,8%	5,7%	8,5%
dentistes	4,8%	6,2%	5,0%
infirmières	5,3%	2,9%	4,4%
kinésithérapeutes	4,7%	1,9%	6,4%
orthophonistes	4,8%	7,0%	6,7%
orthoptistes	12,7%	6,1%	8,8%
laboratoires	8,1%	5,5%	7,7%
transports	7,8%	7,4%	8,0%
médicaments	7,7%	7,9%	7,9%
IJ	4,5%	1,4%	4,0%
LPP	8,6%	10,6%	11,2%

Source : CNAMETS/DSE

**EVOLUTION ANNUELLE DES SOINS DE VILLE PAR POSTE DE DEPENSE
RESULTATS 2003 ET PREVISIONS 2004-2005**

*Dépenses remboursées en années de soins – régime général
II. Evolutions en valeur (données brutes)*

	2003	2004	2005
Soins de Ville	7,3%	6,3%	6,2%
Dépenses déléguées	7,3%	5,2%	5,0%
généralistes	8,7%	1,9%	3,1%
spécialistes	5,2%	5,9%	3,9%
sages femmes	8,9%	7,0%	9,9%
dentistes	6,7%	6,8%	5,0%
infirmières	10,6%	4,9%	5,8%
kinésithérapeutes	5,1%	3,4%	6,1%
orthophonistes	8,5%	7,8%	8,4%
orthoptistes	15,3%	6,8%	9,4%
laboratoires	9,6%	6,2%	7,8%
transports	8,2%	8,3%	7,6%
médicaments	6,9%	7,5%	6,5%
IJ	6,7%	4,4%	6,6%
LPP	10,4%	13,4%	12,1%

Source : CNAMTS/DSE

PARTIE 2 : ANALYSE DE QUELQUES MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Au-delà des différences dans le mode de financement comme dans le mode de régulation, ce sont les mêmes tendances de fond qui orientent à la hausse les dépenses de soins de ville et les dépenses hospitalières. Elles posent au financeur de ces dépenses, la même question : "Comment, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'important accroissement des possibilités de traitement permis par le progrès technique et médical, peut-on rationaliser la demande et l'offre de soins afin de conférer à chaque euro investi dans l'Assurance Maladie le maximum d'efficacité dans la recherche de l'état de santé collectivement souhaité par la Nation ?"

Cette question, comme l'avait souligné le rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2002, définit clairement le champ d'action de la CNAMTS :

- **optimiser le recours au système de soins.** Cette action vise à ce que, pour un problème de santé donné, le recours au système de soins de ville soit le plus judicieux possible : appel au bon professionnel de santé, utilisation normale des actes et prestations...;
- **améliorer les pratiques des professionnels de santé.** Du ressort du service médical de l'assurance maladie, cette action consiste à inciter les professionnels de santé à se conformer aux recommandations émises par l'ANAES, par l'AFSSAPS ou par les sociétés savantes ;
- **assurer l'accès aux soins.** Chaque assuré doit, autant que faire se peut, avoir une égale possibilité d'accès au service public rendu par l'assurance maladie. L'accès aux soins revêt une dimension géographique (puis-je disposer, là où je suis, d'un professionnel de santé dans des délais raisonnables ?), une dimension sanitaire (puis-je disposer de la continuité et de l'intensité des soins justifiés par mon état de santé ?) et une dimension sociale (la prise en charge de mes soins est-elle adaptée à mon état de santé et à ma situation sociale ?).

Elle plaide pour le développement d'une logique « objectif-résultat » qui à chaque action attachera une cible définissant son objectif et des indicateurs permettant d'en mesurer les résultats.

Cette démarche a d'ailleurs été rappelée dans l'avenant numéro 4 de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la CNAMTS⁴⁸ Cet avenant inscrivait pour la première fois dans une convention d'objectifs et de gestion un impératif précis concernant la régulation des dépenses, impératif fondé sur la rénovation du dispositif contractuel avec les professionnels de santé sur le développement de programmes d'analyse des pratiques collectives et sur la réorganisation du système de soins.

Il complétait cet impératif par la volonté d'engager une démarche de responsabilisation des assurés sociaux fondée sur des critères médicaux afin de faire régresser la conviction encore trop répandue que « la qualité de la prise en charge dépend de la totale liberté de consommation de soins. » et aussi d'encourager le développement de la prévention et du dépistage.

⁴⁸ L'avenant a été signé le 7 mai 2003. L'annexe III en présente les principaux éléments

Les nombreuses actions menées par la CNAMTS en 2003 se sont inscrites dans la démarche indiquée par la COG. Il n'est évidemment pas possible de les lister de façon exhaustive. On ne saurait pour autant ignorer le travail de l'Assurance Maladie concernant l'amélioration de la qualité du système d'information, la mise au point de la CCAM ou encore sa participation à l'élaboration de la tarification à l'activité.

Les développements qui suivent mettront l'accent sur les actions concourant à la régulation des dépenses. Certaines d'entre elles s'attachent à faire respecter le périmètre des soins remboursables défini soit par les textes, soit par des référentiels et recommandations médicales. Il s'agit de la rénovation de la politique conventionnelle, de la politique du médicament⁴⁹ des actions conçues pour améliorer les pratiques professionnelles ou encore des actions visant à faire respecter les conditions de la prise en charge des prestations par l'assurance maladie (respect de la réglementation en matière d'indemnités journalières, respect du dispositif médico administratif en matière d'ALD).

D'autres visent à rationaliser l'organisation de l'offre de soins afin d'améliorer l'accès aux soins (prise en charge de l'insuffisance rénale chronique) ou de favoriser la prise en charge de certaines interventions chirurgicales à moindre coût (chirurgie ambulatoire).

I. - LA POLITIQUE CONVENTIONNELLE

La loi du 6 mars 2002⁴⁹ définit une nouvelle architecture conventionnelle et introduit de nouveaux outils que sont les Accords de Bon Usage des Soins (AcBUS), les Contrats de Santé publique (CSP) et les Contrats de Bonne Pratique (CBP). La loi autorise par ailleurs, la création d'autres types de contrat ; cette marge de manœuvre a donné naissance aux Contrats de Pratique Professionnelle (CPP).

Ces contrats et accords complètent les conventions signées entre les syndicats des professionnels de santé et les Caisses d'assurance maladie. : « *les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non respect des engagements.*⁵⁰ »

Ces contrats ont pour objectif d'améliorer la qualité des soins et de faire évoluer les pratiques des professionnels de santé, ceci à travers la définition d'incitations notamment financières. Ils sont fondés sur la contractualisation et la médicalisation.

1. Présentation des accords et contrats

Les AcBUS

Un AcBUS a pour objectif de faire évoluer les pratiques médicales vers le bon usage des soins. L'AcBUS est un accord collectif qui s'applique à toute la profession. Il peut prévoir des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et peut également être contracté entre des partenaires conventionnels régionaux.

⁴⁹ Loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie. J.O. du 7 mars 2002.

⁵⁰ Loi du 6 mars 2002 - Art. 2.

L'AcBUS se distingue des références médicales opposables qui indiquent les actes inutiles et dangereux. Il se distingue également des contrôles, qui réservés à des dérives graves des pratiques, sont ciblés sur des professionnels déviants.

Actuellement, treize AcBUS ont été signés. Parmi eux, deux types d'accords se distinguent assez nettement.

- des accords dont l'objectif principal est d'accompagner la réalisation de documents de synthèse ou de documents de liaison entre les professionnels de santé : accord avec les transporteurs relatif à la mise en œuvre d'une fiche clinique du patient par les transporteurs dans le cadre de l'aide médicale d'urgence ; accord avec les masseurs kinésithérapeutes relatif à une meilleure utilisation de la fiche synthèse du bilan diagnostic
- des accords dont le principal objectif est l'amélioration des pratiques médicales : accord relatif à la démarche de soins infirmiers ; accord avec les sages femmes relatif aux modalités de prise en charge de la femme enceinte dans le cadre de séances de préparation à la naissance.

Les tableaux ci-après précisent le contenu de ces divers AcBUS .

AcBUS signés en 2003 avec les professions de santé

THEMES	PROFESSIONS CONCERNÉES	DATE DE PUBLICATION	COMMENTAIRES
Accord relatif aux mammographies de dépistage organisé	Radiologues	Parution J.O. du 24/03/2002	
Accord relatif à l'amélioration de la prise en charge des angines (utilisation du test de diagnostic rapide, TDR)	Généralistes pédiatres et ORL	Parution J.O. du 29/06/2002	Associé à la revalorisation de la consultation
Accord relatif au suivi pédiatrique des enfants de moins de 2 ans	Pédiatres	Parution J.O. du 02/08/2002	Majoration de 5,13 € de la consultation et de la visite
Accord relatif à la bonne utilisation des visites à domicile	Généralistes	Parution J.O. du 30/08/2002	Associé à la revalorisation de la visite
Accord relatif à l'utilisation des reconstitutions coronaires préprothétiques à ancrage radiculaire	Chirurgiens dentistes	Parution J.O. du 27/02/2003	
Accord relatif aux modalités de prise en charge de la femme enceinte dans le cadre de séances de préparation à la naissance	Sages-Femmes	Parution J.O. du 27/02/2003	Associé au contrat de bonne pratique concernant les sages-femmes
Accord relatif à la démarche de soins infirmiers (DSI)	Infirmiers	Parution J.O. du 27/02/2003	
Accord relatif au dépistage des insuffisants rénaux par le calcul de la clairance estimée de créatinine, lors de la prescription du dosage de la créatinine sanguine	Laboratoires	Parution J.O. du 27/02/2003	
Accord relatif à la réalisation d'un compte rendu de bilan orthophonique suivant une architecture rédactionnelle précise	Orthophonistes	Parution J.O. du 27/02/2003	Associé au contrat de bonnes pratiques
Accord relatif à l'utilisation d'une fiche de traitement orthoptique afin de permettre une meilleure coordination des pratiques professionnelles	Orthoptistes	Parution J.O. du 27/02/2003	Associé au contrat de bonnes pratiques
Accord relatif à la mise en œuvre d'une fiche clinique du patient par les transporteurs dans le cadre de l'aide médicale d'urgence	Transporteurs	Parution J.O. du 27/02/2003	

THEMES	PROFESSIONS CONCERNÉES	DATE DE PUBLICATION	COMMENTAIRES
Accord relatif à une meilleure utilisation de la fiche de synthèse du bilan diagnostic kinésithérapique	Masseurs kinésithérapeutes	Parution J.O. du 19/06/2003	Associé au contrat de bonnes pratiques – démarche de soins infirmiers
Accord relatif à la prescription des transports, à améliorer l'adéquation du mode de transport prescrit au degré d'autonomie du patient	Généralistes	Parution J.O. du 17/09/2003	
Accord relatif à la prescription d'examens biologiques dans le cadre d'une exploration thyroïdienne	Généralistes	Parution J.O. du 17/09/2003	

Source : CNAMTS, MPS

Les contrats de bonne pratique

Un contrat de bonne pratique a pour objectif l'évaluation de la pratique professionnelle, et donc de fait, la définition des modalités de suivi de l'activité des professionnels. Il peut, de plus, comporter des éléments sur le niveau de l'activité des professionnels et sur leur participation aux programmes d'information destinés aux assurés. Contrairement à l'AcBUS, c'est un contrat à adhésion individuelle qui ouvre droit à une rémunération forfaitaire supplémentaire à la rémunération des actes.

Sept contrats de bonne pratique ont été signés. A l'exception de ceux concernant les laboratoires et les transporteurs, ils contiennent une obligation de formation continue conventionnelle prise en charge et indemnisée par l'Assurance Maladie. Cette obligation de formation continue est la plupart du temps, en phase avec le thème de l'AcBUS signé avec la profession.

Deux contrats -ceux concernant les orthoptistes et les infirmiers- prévoient un niveau minimal d'activité critère d'adhésion. Pour les infirmiers de surcroît, il est précisé un seuil maximal d'activité.

Les contrats précisent les éléments de l'activité qui seront plus particulièrement suivis par le service médical, par exemple les bilans orthophoniques pour les orthophonistes ayant adhéré au contrat de bonne pratique. Cette disposition correspond à l'objectif d'évaluation et du suivi de l'activité des professionnels qui se sont fixés les contrats de bonne pratique.

Les contrats signés avec les directeurs de laboratoires et les transporteurs accompagnent des démarches d'amélioration de la qualité, via une démarche de certification des services pour les transporteurs et via une évaluation interne et externe pour les laboratoires.

Contrats de bonne pratique signés en 2003

THEMES	CIBLES	DATE DE PUBLICATION	MODE DE REMUNERATION
Contrat relatif à la participation une fois par an à la formation conventionnelle continue et à son évaluation	Chirurgiens-dentistes	Parution J.O. du 27/02/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 600 € par an
Contrat relatif à l'application de la DSI et de la tenue des documents de liaisons relatifs certaines soins de pratique courante et à l'ensemble des soins spécialisés (plus participation à une action de formation une fois par an)	Infirmiers	Parution J.O. du 27/02/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 600 € par an
Contrat relatif au programme pédagogique d'amélioration de la qualité (démarche d'évaluation interne et externe)	Laboratoires	Parution J.O. du 27/02/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 400 € par an

THEMES	CIBLES	DATE DE PUBLICATION	MODE DE REMUNERATION
Contrat relatif aux objectifs d'évolution de la pratique (réécriture du compte rendu du bilan orthophonique et participation à une action de formation une fois par an)	Orthophonistes	Parution J.O. du 27/02/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 600 € par an
Contrat relatif aux objectifs d'évolution de la pratique : utilisation de la fiche de traitement orthoptique et participation à une action de formation une fois par an	Orthoptistes	Parution J.O. DU 27/02/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 600 € par an
Contrat comportant des engagements relatifs à la tenue d'un dossier de suivi, à la permanence et continuité des soins, à la formation continue et au suivi de l'activité avec le service médical	Sages-femmes	Parution J.O. du 27/02/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 600 € par an
Contrat relatif à la démarche de certification des entreprises de transport sanitaire	Transporteurs	Parution J.O. du 27/02/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 600 € pour une adhésion en 2003 <input type="checkbox"/> Forfait de 500 € pour une adhésion en 2004 <input type="checkbox"/> Forfait de 400 € pour une adhésion en 2005

Source : CNAMETS, MPS

Les contrats de santé publique

Renforcer la permanence et la coordination des soins ou développer des actions de prévention sont les deux objectifs fixés aux contrats de santé publique.

Comme pour les contrats de bonne pratique, l'adhésion à ce type de contrat est individuelle et ouvre droit à une rémunération forfaitaire supplémentaire.

Trois contrats de santé publique ont été signés :

- le contrat de santé publique relatif aux soins palliatifs signé avec les médecins généralistes qui répond à un objectif d'amélioration de la coordination des soins ;
- le contrat de santé publique concernant le suivi biologique des patients sous anti-vitamine signé avec les laboratoires s'inscrit dans une volonté de développer les démarches de prévention ;
- le contrat de santé publique consacré à la prise en charge des patients diabétiques signé avec les infirmiers et qui répond à la fois à l'objectif d'amélioration de la coordination des soins et au développement des démarches de prévention.

Contrats de santé publique conclus en 2003

THEMES	CIBLES	DATE DE PUBLICATION	MODE DE REMUNERATION
Contrat relatif aux soins palliatifs	Généralistes	Parution J.O. du 17/09/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de coordination du contrat de 80 € par mois <input type="checkbox"/> Forfait de participation au contrat de 40 € par mois <input type="checkbox"/> Possibilité d'une rémunération forfaitaire des soins de 90 € par mois
Contrat relatif à la prise en charge des patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans	Infirmiers	Parution J.O. du 27/02/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 200 € par patient
Contrat relatif au suivi biologique des patients sous anti-vitamine K (catégorie d'anti-coagulant) à travers la réalisation d'un document de synthèse par patient et la réalisation d'une démarche de prévention	Laboratoires	Parution J.O. DU 27/02/2003	<input type="checkbox"/> 15 € par patient suivi et par an

Source : CNAMETS, MPS

Les contrats de pratiques professionnelles

Les contrats de pratiques professionnelles permettent une contractualisation entre les partenaires conventionnels sur un champ plus large que celui couvert par les contrats de bonne pratique. En effet, le cadre des obligations du contrat de pratiques professionnelles n'est pas strictement défini par un article du code de la Sécurité sociale contrairement aux contrats de bonne pratique, ce qui lui permet une plus grande souplesse. Ils peuvent mettre en œuvre des dispositions permettant une meilleure coordination de soins, une évolution des pratiques professionnelles.

Actuellement, cinq contrats de pratiques professionnelles ont été signés. Les trois contrats passés avec les spécialistes permettent notamment la prise en charge d'une partie de la responsabilité civile professionnelle des médecins spécialistes concernés.

Par ailleurs, si l'on tient compte de sa définition et des engagements des différentes parties (professionnels de santé et Assurance Maladie), l'option médecin référent, élaborée antérieurement à l'existence de ces différents contrats, peut être assimilée à un contrat de pratique professionnelle.

Contrats de pratiques professionnelles signés en 2003

THEMES	CIBLES	DATE DE PUBLICATION	MODE DE REMUNERATION
Contrat de relatif à la prise en charge de la majoration du forfait de cure thermale pour les patients admis en cure	Généralistes	Parution J.O. du 17/09/2003	<input type="checkbox"/> Majoration du forfait thermal de 10€
Contrat relatif à la fonction de coordination et de suivi péri et post opératoire en anesthésie réanimation et précisant les documents de suivi et de coordination devant être tenu à jour par les médecins adhérent	Anesthésistes-Réanimateurs	Parution J.O. du 24/12/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 4 500 € <input type="checkbox"/> Prise en charge d'une partie de leur RCP
Contrat relatif aux objectifs d'évolution qualitative des pratiques : utilisation de la fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapie et participation à une action de formation continue conventionnelle une fois par an	Masseurs kinésithérapeutes du secteur 1 seulement	Parution J.O. du 19/06/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 600 € par an
Contrat relatif à la fonction de coordination et de suivi et post opératoire en chirurgien et précisant les documents de suivi et de coordination devant être tenu à jour par les médecins adhérent	Chirurgiens (16 spécialités pouvant adhérer) du secteur 1 seulement	Parution J.O. du 24/12/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 4 000 € si moins de 25 000 coefficients KC et KCC ; <input type="checkbox"/> Forfait de 5 500 € si entre 25 001 et 50 000 coefficients KC et KCC ; <input type="checkbox"/> Forfait de 7 000 € si plus de 50 000 coefficient KC et KCC et prise en charge d'une partie de leur RCP
Contrat relatif à la réalisation d'échographies obstétricales : définition d'un équipement de qualité et réalisation obligatoire d'un compte rendu détaillé	Gynécologues obstétricaux, Gynécologues médicaux, Obstétriciens et Radiologues du secteur 1 seulement	Parution J.O. du 24/12/2003	<input type="checkbox"/> Forfait de 200 € si moins de 1 500 échographies sont pratiquées et si plus de 1500 forfait de 4 000 € <input type="checkbox"/> Prise en charge d'une partie de leur RCP

Source : CNAMETS/MPS

2. Bilan et évaluation de ces contrats

Bilan des adhésions

Un bilan bimestriel est réalisé sur la montée en charge des adhésions aux différents contrats. Les derniers résultats disponibles sont présentés ci-après.

Nombre de professionnels par région et par contrat ayant adhéré avant le 15 mars 2004

REGIONS	Biologistes		Chirurgiens dentistes		Généralistes		Infirmières		Masseurs Kiné	Ortho-phonistes	Orthoptistes	Sages Femmes	Trans-porteurs
	CPB	CSP	CBP	CPP	CSP	CBP	CSP	CPP	CBP	CBP	CBP	CBP	CBP
Alsace	47	62	36	3	0	23	21	39	80	15	5	0	0
Aquitaine	78	67	104	92		56	43	158	130	10	19		
Auvergne	28	32	58	83	0	24	14	46	53	6	1	0	0
Basse Normandie	14	14	0	4	0	5	13	6	1	1	0	0	0
Bourgogne	41	57	11	4	0	10	18	19	67	0	5	1	1
Bretagne	66	51	61	0	1	6	17	18	14	6	2	0	0
Centre	83	75	29	0	0	41	58	17	103	8	1	0	0
Champagne Ardennes	38	33	14	10		6	38	8	41	5	3	0	0
Corse	7	4	1	0	0	2	1	30	18	0	0	0	0
Franche Comté	35	47	0	19	0	18	23	23	60	3	2	0	0
Haute Normandie	31	46	45	0	0	32	104	16	41	6	1	1	
Île de France	203	237	265	0	0	63	95	208	336	65	8	0	
Languedoc Roussillon	80	79	47	92	0	51	34	109	87	11	14	0	0
Limousin	16	13	7	4	0	15	9	17	11	2	3	0	0
Lorraine	53	74	54	34	0	17	28	50	98	9	10	0	0
Martinique	3	2	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0
Midi Pyrénées	62	66	69	79	0	79	137	86	153	8	1	0	0
Nord Pas de Calais	105	83	100	7	0	37	43	90	125	5	1	1	
PACA	170	129	48	28	0	76	110	117	211	14	7	0	
Pays de la Loire	64	59	58	0	0	51	53	133	148	8	7	0	
Picardie	34	29	5	0	1	46	93	92	16	0	2	0	
Poitou-Charentes	16	22	26	35	0	24	38	31	37	5	5	0	
Réunion	21	25	21	0	0	1	7	27	20	4	2	0	
Rhône-Alpes	182	212	114	99	0	78	100	176	223	8	11	1	
TOTAL FRANCE	1477	1518	1173	593	2	765	1099	1516	2073	199	110	4	

Taux d'adhésion par région et par type de contrat au 15 mars 2004

REGIONS	Laboratoires		Chirurgiens dentistes		Infirmières		Masseurs Kiné	Ortho-phonistes	Orthoptistes	Sages Femmes	Transpor-teurs
	CPB	CSP	CBP	CPP	CSP	CBP	CPP	CBP	CBP	CBP	CBP
Alsace	34,3	45,3	3,2	2,5	2,3	5,0	32,5	48,4	10,6	0,0	
Aquitaine	37,0	31,8	4,9	1,6	1,2	7,7	31,4	9,7	15,2	0,0	
Auvergne	38,9	44,4	7,4	2,2	1,3	5,1	39,6	20,0	4,0	0,0	
Basse Normandie	24,1	24,1	0,0	0,5	1,3	1,0	0,8	5,0	0,0	0,0	
Bourgogne	43,2	60,0	1,5	0,9	1,7	2,2	37,6	0,0	13,5	0,5	
Bretagne	41,8	32,3	3,5	0,2	0,6	0,9	3,7	7,5	2,7	0,0	
Centre	61,9	56,0	2,5	2,9	4,1	1,4	31,4	19,5	1,8	0,0	
Champagne Ardenne	54,3	47,1	2,3	0,9	5,5	1,4	33,9	23,8	8,3	0,0	
Corse	17,9	10,3	0,5	0,4	0,2	11,5	58,1	0,0	0,0	0,0	
Franche Comté	64,8	87,0	0,0	2,9	3,6	5,2	55,6	33,3	5,7	0,0	
Haute Normandie	34,8	51,7	7,1	3,3	10,7	2,1	20,6	18,8	5,6	0,5	
Île de France	25,1	29,3	3,7	1,3	2,0	2,6	14,3	17,5	3,3	0,0	
Languedoc Roussillon	34,3	33,9	2,8	1,2	0,8	5,0	14,0	15,3	9,6	0,0	
Limousin	40,0	32,5	2,1	1,9	1,2	3,9	22,0	18,2	23,1	0,0	
Lorraine	38,1	53,2	4,3	1,3	2;2	5,2	33,3	18,0	14,9	0,0	
Martinique	9,7	6,5	0,0	0,9	0,5	0;0	0;0	0;0	0;0	0,0	
Midi Pyrénées	28,7	30,6	3,6	2,0	3,5	4,3	30,8	7,1	0,9	0,0	
Nord Pas de Calais	57,4	45,4	6,3	1,5	1,7	3,6	19,6	9,6	2,1	0,3	
PACA	30,1	22,9	1,3	1,0	1,5	2,3	18,7	10,4	3,6	0,0	
Pays de la Loire	37,6	34,7	3,5	3,1	3,2	7,4	31,8	14,5	5,6	0;0	
Picardie	40,5	34,5	0,7	4,4	8,9	11,1	7,7	0,0	10,0	0,0	
Poitou-Charentes	20,0	27,5	3,3	1,9	3,1	3,5	23,1	18,5	9,8	0,0	
Réunion	44,7	53,2	6,5	0,2	1,1	6,8	13,6	28,6	4,1	0,0	
Rhône-Alpes	48,1	56,1	3,2	1,7	2,1	4,1	19,2	6,3	5,0	0,0	
TOTAL FRANCE	36,0	37,0	3,3	2,0	2,0	4,0	21,0	14,0	6,0	0,0	

Source : CNAMTS, MPS

Evaluation des accords et des contrats

Installé en février 2003, un Secrétariat Technique Inter-Régimes (STNIR) est chargé de coordonner la mise en œuvre des procédures de suivi des contrats et des accords et de valider les méthodologies de suivi des accords et contrats réalisés au niveau régional.

Actuellement, de nombreuses méthodologies de suivi sont en cours d'élaboration, certaines (notamment celles concernant l'AcBUS relatif aux prescriptions de transports) devraient être rapidement mises en œuvre. Ce suivi concerne les aspects administratifs (réalisation d'une formation tel que prévu dans le contrat, respect du seuil d'activité ...) et les aspects médicaux (qualité de remplissage de la DS⁵¹, des documents de liaison ou de synthèse...).

L'option médecin référent assimilable à un contrat de pratique professionnelle est depuis sa mise en œuvre l'objet d'un suivi statistique (le nombre et caractéristique des adhérents), réalisé par la CNAMTS.

3. Evolution des conventions en 2003

Au-delà des accords et contrats évoqués ci-dessus, certains points importants de la situation conventionnelle méritent d'être soulignés. Ils sont rapidement passés en revue ci-dessous :

- Un avenant entre les *médecins généralistes* et les caisses d'Assurance Maladie a été signé pour mettre en œuvre les mesures annoncées par l'accord du 10 janvier 2003 signé avec les quatre syndicats de médecins. L'avenant concerne l'extension du forfait pédiatrique aux médecins généralistes et une revalorisation de la consultation approfondie ALD ;
- l'avenant numéro 4 à la convention nationale des *chirurgiens dentistes* paru au J.O le 27 février 2003, a permis la création d'un dispositif de formation continue conventionnelle et la création d'un dispositif d'aide à la télétransmission des feuilles de soins électroniques. De plus, l'avenant numéro 5 revalorisant une lettre-clé accompagne l'adhésion d'un deuxième syndicat représentatif, la CNSD, à la convention ;
- un avenant à la convention nationale des *infirmiers* lié à la mise en place de la formation conventionnelle continue a été signé en juillet 2003. Il est à noter que la vie conventionnelle des infirmiers a été très largement marquée par la mise en place du club d'utilisation de la DS¹ suite à la signature, en début d'année 2003, de l'AcBUS et du contrat de bonne pratique lié à la DS¹. Au sein de ce club, les différents interlocuteurs concernés par le sujet ont pu faire part de leurs remarques et demandes afin de faire évoluer le dispositif de la DS¹ ;
- un avenant à la convention nationale des *masseurs kinésithérapeutes* a été signé le 10 avril 2003 entre les partenaires conventionnels revalorisant les indemnités pour frais de déplacement ;
- en ce qui concerne *les laboratoires d'analyses médicales*, l'année 2003 a été consacrée à l'actualisation de la convention datant de 1994. Un groupe de travail a, par ailleurs, été mis en place afin d'élaborer un référentiel de prescriptions de biologie médicale, avec l'objectif à terme de réaliser des économies sur ce poste ;
- en 2003, la convention nationale des *transporteurs* a été renégociée, la précédente datant de 1997, arrivait à échéance ;
- la convention nationale des *orthophonistes* a été rénovée en 2003 à travers la signature d'un avenant au mois de novembre. Auparavant, au mois de mars 2003 un avenant concernant la télétransmission a été signé entre les partenaires conventionnels ;

⁵¹ Démarche de soins infirmiers

- il n'existe jusqu'à présent pas d'accord national pour les *centres de santé*. En 2003, un accord national a été publié, incluant notamment des éléments sur la télétransmission et la formation continue et instaurant un certain nombre d'options conventionnelles adaptées aux spécificités de l'activité des centres qu'ils soient infirmiers, dentaires ou polyvalents assorties de rémunérations forfaitaires au-delà du paiement des actes .

Au-delà des relations conventionnelles mais dans le cadre des relations avec les professionnels de santé, un accord, signé le 25 août 2003 avec les médecins spécialistes permet la création de la Majoration Provisoire Clinique (MPC) de 2 euros jusqu'à la mise en œuvre de la CCAM clinique.

II. - LA POLITIQUE DU MEDICAMENT

En 2003, les dépenses de remboursement de médicaments atteignent un montant de 15,4 milliards d'euros, soit un montant supérieur à celui de l'ensemble des honoraires privés. Pour le seul Régime général d'Assurance Maladie, elles représentent 31 % des dépenses de soins de ville et 15,2 % du total des dépenses sur le champ de l'ONDAM.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de dépenses de remboursement de médicaments pour le risque maladie depuis 1991. Il indique une croissance annuelle rapide, la plupart du temps supérieure à la croissance des dépenses remboursées de soins de ville du risque maladie.

Remboursements de médicaments – risque maladie
En milliards d'euros – évolution en %

Années	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Médicaments (Mds d'€)	7,0	7,5	8,1	8,1	8,74	9,1	9,6	10,4	11,1	12,3	13,4	14,4	15,3
Taux de croissance annuel (%)		7,1	7,3	0,4	8,0	4,5	5,5	8,1	6,3	11,1	8,9	7,4	6,4
Taux de croissance des soins de ville maladie (%)		3,0	3,9	0,2	4,9	3,0	2,7	6,1	4,8	8,1	7,5	8,7	6,4

Source : CNAME, DSE

La croissance annuelle moyenne des dépenses de médicaments est en effet de 6,7 % sur la période contre 4,9 % pour les soins de ville du risque maladie.

Cette constatation n'a rien de surprenant. On sait, en effet, que les dépenses de produits pharmaceutiques représentent en France 21 % de l'ensemble des dépenses de santé, ce qui place la France au second rang des pays de l'OCDE. Deux facteurs peuvent expliquer cette forte consommation :

- l'importance des volumes : la prescription et la consommation de médicaments en France restent anormalement élevée. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie a ainsi pu écrire que « *la France consomme dans le secteur ambulatoire, trois fois plus d'antibiotiques que les Pays Bas en dose quotidienne définie. Elle consomme également deux fois plus de vasodilatateurs et d'analgésiques, 2,5 fois plus de psychoanaleptiques et 3,5 fois plus de psychotropiques que la moyenne européenne.* » ;

- l'effet structure est particulièrement fort. L'effet structure retrace l'augmentation dans les médicaments remboursés de la part des médicaments appartenant à des classes thérapeutiques comprenant des produits élaborés, donc plus chers, ainsi que le glissement à l'intérieur de chaque classe thérapeutique vers des produits plus chers.

Pour modifier cette forte propension à la prescription et à la consommation de médicaments, l'Assurance Maladie met en œuvre trois types d'actions

- ① **Elle entend encourager le bon usage du médicament.** Cette action vise à modifier les pratiques médicales. S'y rattachent l'étude concernant les dyslipidémies⁵² et la constatation qu'en prévention primaire, elles sont massivement traitées de façon médicamenteuse plutôt qu'en recourant à des mesures diététiques et hygiénistes.

La campagne de l'Assurance Maladie visant à favoriser le bon usage des antibiotiques trouve évidemment ici sa place. Cette campagne qui repose sur un AcBUS, s'est fixé pour objectif de diminuer de 25 % en cinq ans le ratio rapportant le nombre d'actes avec prescriptions d'antibiotiques au nombre d'actes avec prescriptions de médicaments. Cette action, rappelons le, a pour vertu non seulement de limiter la consommation de médicaments mais de préserver l'efficacité thérapeutique des antibiotiques, celle-ci étant menacée par un usage trop fréquent et peu pertinent.

Engagée en 2002, la campagne a porté ses fruits puisque une baisse de 10,2 % de la consommation d'antibiotiques a été constatée durant l'hiver 2002-2003, ce qui a permis à l'Assurance Maladie d'économiser environ 50 millions d'euros. Le coût de la campagne d'information des assurés et des professionnels de santé s'est élevé à 6 millions d'euros.

- ② **Elle entend favoriser le développement des médicaments génériques.** L'accord du 5 juin 2002 avec les médecins généralistes comprenait un engagement des médecins à prescrire des médicaments génériques. Cet engagement qui avait été appliqué sans délai avait fait passer la prescription en génériques, mesurée en nombre de boîtes, de 28 % du marché des médicaments générables en juin 2002 à 61,2 % en décembre 2003.

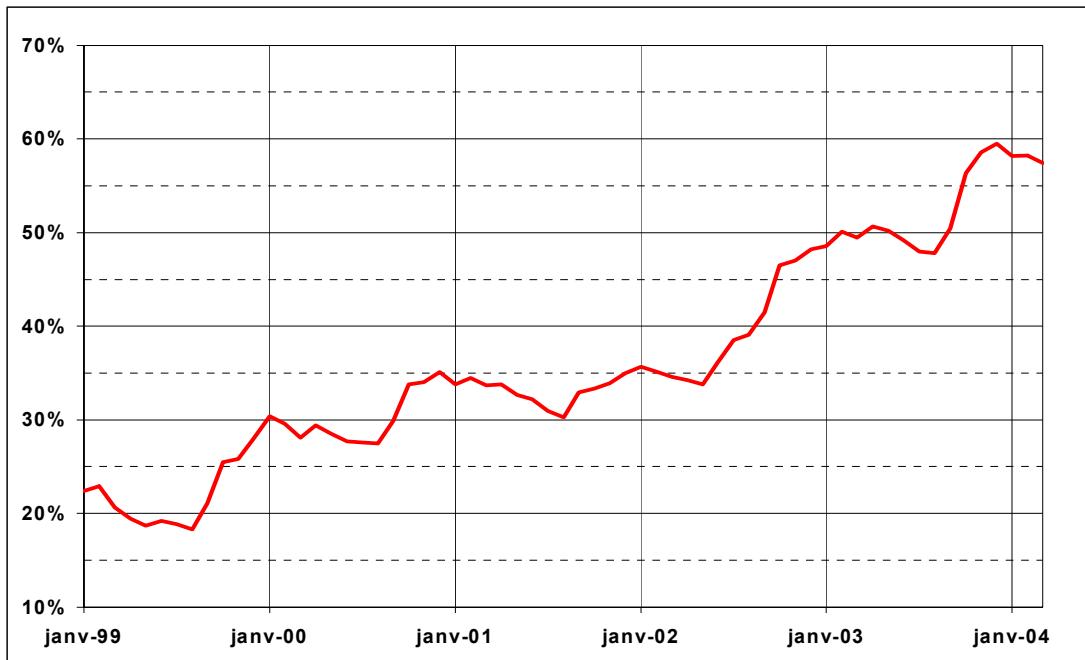
A fin mars 2004, les chiffres de la progression du taux de génériques sont les suivants :

- **par rapport à l'ensemble du marché du médicament remboursable :**
 - le taux de génériques, exprimé en montants remboursables, parmi l'ensemble des médicaments présentés au remboursement atteint : 6,6 %
 - le taux de génériques, exprimé en nombre de boîtes, parmi l'ensemble des médicaments présentés au remboursement atteint : 48,2 %
- **par rapport au répertoire des produits générables (le répertoire retenu est celui de décembre 2003) :**
 - le taux de génériques, exprimé en montants remboursables, dans l'ensemble des médicaments générables atteint : 49,5 %
 - le taux de génériques, exprimé en nombre de boîtes, dans l'ensemble des médicaments générables atteint : 57,5 %.

Ainsi, la délivrance de médicaments génériques a continué à progresser au cours des derniers mois.

⁵² Voir plus loin dans la présente partie de ce rapport

TAUX DE GENERIQUES DANS L'ENSEMBLE DES MEDICAMENTS GENERICABLES
en nombre de boîtes présentées au remboursement



Source : CNAMETS/DSE

Si les taux actuels semblent un peu plus faibles que ceux atteints en fin d'année 2003 (cf. graphiques ci-dessus), c'est parce que la délivrance des génériques connaît des variations saisonnières : elle est plus forte en hiver qu'en été ou même qu'au début du printemps ; en période épidémique, les spécialités qui sont prescrites sont plus souvent susceptibles d'être délivrées sous forme de génériques.

Elle a donc mis en application les dispositions du Tarif Forfaitaire de Responsabilité qui détermine le niveau des remboursements par les régimes obligatoires de Sécurité sociale de certains médicaments princeps au regard du prix moyen des génériques associés. Le principe de cette mesure est la suivante : pour certains médicaments dont le développement des génériques est jugé insuffisant, le tarif de remboursement est fixé à un niveau forfaitaire appelé tarif forfaitaire de responsabilité. Un médicament du groupe présentant un prix supérieur ne sera remboursé que sur la base de ce Tarif Forfaitaire de Responsabilité.

Le tarif forfaitaire de responsabilité

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a instauré dans ses articles 43 et suivants un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Pour des groupes⁵³ de médicaments pour lequel le taux de pénétration des génériques sur le marché est jugé insuffisant (taux de pénétration compris entre 10 % et 45 %), le remboursement ne s'effectue plus sur la base du prix de vente du médicament mais sur la base d'un *tarif forfaitaire de responsabilité*. Ce tarif forfaitaire de responsabilité est le prix hors taxe moyen des génériques du groupe auquel s'ajoute une marge calculée selon la règle commune.

L'assuré qui, à l'intérieur d'un groupe de médicaments, choisirait un médicament à prix supérieur au TFR, prendrait la différence à sa charge.

Cette mesure concerne 29 molécules soit environ 400 spécialités appartenant à 71 groupes.

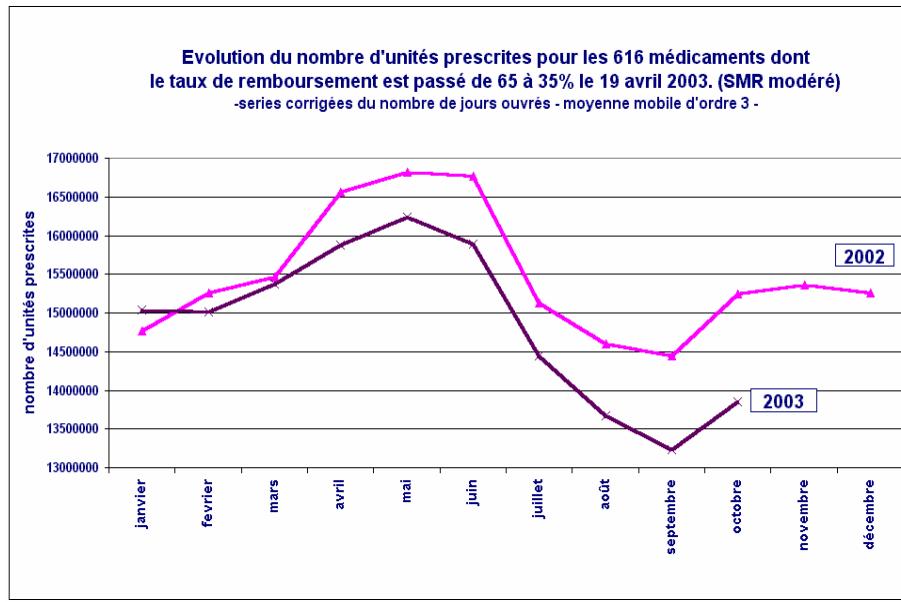
⁵³ Un groupe de médicaments rassemble l'ensemble des présentations –génériques et princeps– d'une même molécule, d'un même dosage et de même présentation pharmaceutique.

- ③ Elle entend que n'entrent dans le périmètre des soins remboursables que des médicaments dont le service médical rendu le justifie. L'Assurance Maladie a donc mis en œuvre mise à compter du 21 avril 2003, la baisse du taux de remboursement des médicaments à service médical rendu faible décidée par arrêté ministériel.

En effet, un arrêté du 18 avril 2003 a établi une liste de 616 spécialités pharmaceutiques au service médical rendu (SMR) jugé faible ou modéré pour lesquelles intervient à compter de cette date une diminution du taux de remboursement de 65 % à 35 %.

On constate que le nombre d'unités prescrites pour ces 616 spécialités a fortement diminué et ce, dès le mois d'avril 2003, date d'entrée en vigueur de la mesure.

Ainsi, au cours des onze premiers mois de l'année 2003, le montant des remboursements des spécialités pharmaceutiques étudiées a diminué de 23,8 % par rapport à la même période de l'année 2002.



Source : CNAMETS/DSE

L'économie potentielle ainsi réalisée qui est de l'ordre de 135 millions d'euros pour le régime général (*) s'élève, une fois étendue en année pleine et à l'ensemble des régimes, à 356 millions d'euros, montant très proche de celui estimé initialement. On ne peut cependant pas exclure que d'autres médicaments ont pu être prescrits à la place des médicaments ayant fait l'objet de cette diminution de taux.

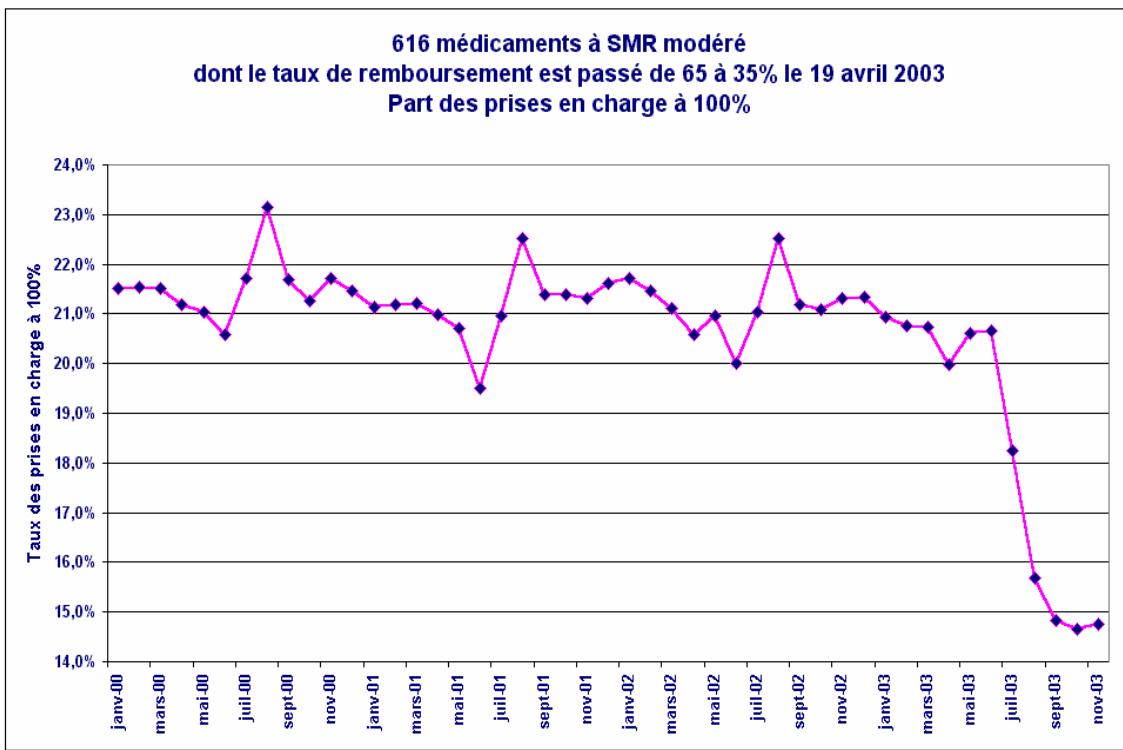
Second constat mis en évidence par l'analyse : la part des dépenses prises en charge à 100 %⁵⁴ a diminué de près de 7 points pour ces médicaments : cette part oscillait depuis plusieurs années autour de 21,5 % ; à la mi-2003, elle chute à environ 14,5 %.

La consommation de ces médicaments par les personnes atteintes d'une affection de longue durée a donc fortement diminué que ce soit à leur initiative ou à celle du médecin prescripteur. Deux classes thérapeutiques sont largement à l'origine de ces baisses de consommation :

(*) Hors sections locales mutualistes

⁵⁴ Certains patients, notamment ceux souffrant d'une affection de longue durée peuvent être pris en charge à 100 %.

- la classe des antiacides non associés ;
- la classe des thérapeutiques coronariennes.



Source : CNAMETS/DSE

Les dépenses présentées au remboursement de cette seconde classe ont diminué de près de 20 % entre les onze premiers mois de l'année 2002 et ceux de l'année 2003. Dans le même temps, le nombre d'unités remboursées de cette classe a baissé de 13,5 %.

La principale spécialité de cette classe, le VASTAREL® 20 mg, a enregistré, au cours de la même période, une diminution des unités prescrites et des remboursements correspondants de 43 % environ. Simultanément, la délivrance des génériques du VASTAREL® a progressé de plus de 35 %.

Par ailleurs, un nouveau dosage du VASTAREL® (35mg), non « générique » puisque récent, est apparu au cours de l'année 2003. Egalement remboursé à 35 %, il a bénéficié de la baisse de consommation intervenue sur le VASTAREL® à 20 mg. On a constaté globalement une diminution de la consommation du VASTAREL® et des génériques associés.

Cet exemple illustre donc bien qu'une mesure de baisse du taux de remboursement de certains médicaments peut contribuer à en réduire la prescription et la délivrance ou tout du moins à réorienter lorsque c'est possible, une telle consommation vers des génériques. Le coût pour l'Assurance Maladie s'en trouve diminué d'autant. Il ne faut toutefois pas se hâter de conclure à une modification systématique du comportement des professionnels de santé ou des patients. Ainsi, les antihistaminiques systémiques (type ZYRTEC®), autres spécialités concernées par la mesure, demeurent aussi prescrits qu'auparavant. Il n'y avait du reste aucun report réellement possible sur d'autres médicaments.

III. - L'AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DES SOINS

L'amélioration de l'efficience des soins relève de plusieurs types d'actions. Certaines s'attachent à modifier les pratiques professionnelles dans un sens favorable aux recommandations de bonne pratiques : c'est le cas des actions portant sur les hypolipémiants ou sur l'introduction de nouvelles techniques chirurgicales à l'hôpital. D'autres se fixent pour objectif de faciliter l'accès aux soins pour les patients gravement atteints (évaluation des besoins relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique) ; d'autres encore d'optimiser, pour des actes ciblés, le recours au système de soins (cas de la chirurgie ambulatoire).

1. Dans le domaine des soins de ville : le programme dyslipidémie

La maladie coronaire est responsable chaque année d'environ 165 000 décès⁵⁵ et 100 000 infarctus du myocarde. Cause importante de mortalité et de morbidité, elle est une affection multifactorielle. Même si la prévention doit viser une correction simultanée des facteurs de risque, il faut souligner que la maîtrise de l'excès de cholestérol s'avère décisive.

En France, environ 5 millions de personnes sont traitées pour l'hypercholestérolémie. De 1988 à 1999, la vente de médicaments hypolipémiants a augmenté de manière très importante avec un rythme moyen annuel de croissance proche de 20 % pour atteindre en 2000 un montant remboursé de 824 millions d'euros soit environ 5,6 % du montant des médicaments remboursés. Pour 2002, ces montants remboursés par l'Assurance Maladie étaient supérieurs à 1 milliard d'euros.

Ce constat pourrait s'expliquer par une meilleure prise en charge de la prévention de la maladie coronaire. Plusieurs études de l'Assurance Maladie indiquent cependant qu'elle n'est pas optimale sur bien des points : diagnostic biologique, décision thérapeutique ou prise en charge diététique⁵⁶.

L'importance de l'enjeu ainsi pointé tant en terme de santé publique que de dépenses, a conduit la CNAMTS, la MSA et l'Assurance Maladie des professions indépendantes à évaluer les pratiques professionnelles, au regard des recommandations établies en 2000 par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). L'enquête portait sur 4083 patients ayant débuté un traitement hypolipémiant en 2002. Les quatre critères d'évaluation étaient la détermination et le respect des seuils de LDL-cholestérol pour l'instauration du traitement médicamenteux, le suivi d'un régime hypolipémiant au moins trois mois avant l'instauration du traitement et la prise en charge du sevrage du tabagisme.

⁵⁵ Soit environ 30,7 % de la mortalité totale.

⁵⁶ Ces études, évoquées dans le rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2002 sont détaillées dans la publication annuelle de la CNAMTS, « Faits marquants » édition 2002.

**CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION A L'INSTAURATION
DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX HYPOLIPÉMIANT**

	Patients concernés	%		Patients concernés	%
Classe d'âge			Prévention		
moins 50 ans	991	24,3	Primaire	3 643	89,2
50-59 ans	1 126	27,6	Secondaire	440	10,8
60-69 ans	975	23,9	Score de risque		
70-79 ans	767	18,8	> ou = 0	702	27,0
80 ans ou plus	224	5,5	1	878	33,7
Sexe			2	684	26,3
Hommes	1 974	48,3	3	266	10,2
Femmes	2 109	51,7	> ou = 4	74	2,8
Facteurs de risque			LDL cho (g/l) en prévention primaire		
Age	3 900	78,1	LDL chol <1,30	160	6,5
HTA	1 534	37,6	1,30<LDL chol <1,60	397	16,1
Tabagisme	892	21,8	1,90<LDL chol <2,20	1 005	40,8
Antécédents familiaux	592	15,2	1,60<LDL chol<1,91	643	26,1
Diabète	488	12,0	LDL chol >2,20	259	10,5

Source : étude inter-régimes

Pour 89,2 % des patients, le traitement avait débuté dans le cadre d'une prévention primaire (absence de maladie coronaire) ; 61 % des patients avaient un score de risque cardiovasculaire inférieur ou égal à un (faible risque cardiovasculaire), sur une échelle allant de moins un à plus six.

Les résultats permettent de conclure à un non respect des recommandations :

- un tiers des patients n'avait pas eu de détermination du LDL-cholestérol ;
- un tiers avait eu une détermination du LDL-cholestérol mais la valeur était inférieure à celle définie par l'AFSSAPS pour instaurer un traitement médicamenteux ;
- enfin, le dernier tiers des patients, conformément aux recommandations de l'AFSSAPS, avait eu une détermination du LDL-cholestérol et avait une valeur supérieure au seuil de traitement médicamenteux .

DETERMINATION DU LDL CHOLESTEROL ET TAUX DE RESPECT DU SEUIL DE LDL CHOLESTEROL

	Patients ayant bénéficié d'une détermination du LDL chol. avant le traitement		Parmi ces patients, taux de respect de seuil du LDL chol. pour l'instauration du traitement	
	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%
	4 083	66,9	2 731	49,5
Sexe				
Hommes	1 974	66,7	1 316	53,9
Femmes	2 109	67,0	1 415	45,4
Classe d'âge				
Moins 50 ans	991	62,7	621	39,3
50-59 ans	1 126	68,3	768	51,7
60-69 ans	975	70,9	692	52,3
70-79 ans	767	68,4	525	52,4
80 ans ou plus	224	55,8	125	58,4
Prévention				
Primaire	3 643	67,6	2 464	47,0
Secondaire	440	60,7	267	71,9

Source : Etude inter-régimes

Pour 53,4 % des patients, le régime hypolipémiant avant l'instauration du traitement médicamenteux n'avait pas été conforme aux préconisations des experts. Parmi les 22 % de fumeurs quotidiens à la date du diagnostic de dyslipidémie, 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.

Une banalisation des hypolipémiants en prévention primaire

L'état des lieux révèle que les patients nouvellement traités par hypolipémiants présentaient en 2002, un niveau de risque cardiovasculaire faible. En fait, une prise en charge médicamenteuse, allant bien au-delà des recommandations, se systématisait.

Il existe plusieurs explications de cette dérive :

- l'ignorance ou la méconnaissance des référentiels par les professionnels ;
- la complexité de l'information disponible et la pression exercée par certains patients qui ne veulent pas ou ne peuvent pas modifier leur alimentation et leur mode de vie ;
- le lobbying de l'industrie pharmaceutique dont les dépenses promotionnelles pour la classe des hypolipémiants se chiffraient, en France, à 70 millions d'euros en 2003.

Le coût se chiffre, rappelons-le, à plus d'un milliard d'euros. Il nécessiterait un arbitrage entre le bénéfice individuel pour des patients à faible risque et le coût collectif. La lutte contre le tabagisme et le recours à une diététique plus rationnelle, tout en maintenant un certain niveau d'activité physique pour lutter efficacement contre l'obésité, la sédentarité, le diabète et l'hypercholestérolémie, sont une alternative à la politique du « tout médicament ».

A la suite de ce constat, l'Assurance Maladie a communiqué les résultats de l'enquête aux principaux acteurs concernés (AFSSAPS, professionnels de santé, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie). D'autres propositions d'actions structurées sont en cours d'élaboration. Mais l'adaptation effective des recommandations de l'AFSSAPS au nouveau contexte défini par l'étude anglaise HPS pour les malades à haut risque cardiovasculaire, l'extension des indications de la simvastatine et le constat de l'Assurance Maladie, est le préalable indispensable à des interventions vers les professionnels.

Par ailleurs, une communication efficace sur le périmètre de remboursement des médicaments hypolipémiants et sur la promotion des mesures hygiène-diététiques est à construire. Des contrôles ciblés du respect des indications seront à mettre en place.

Enfin, le prix des statines mérite d'être revu à la baisse pour tenir compte du nombre important de patients traités.

2. Dans le domaine des soins en milieu hospitalier

2.1 Les technologies émergentes

Le développement des technologies émergentes ne se déroule pas toujours dans les meilleures conditions : utilisation généralisée en dehors de tout protocole d'évaluation et de suivi, actes réalisés par des équipes à faible activité...

Il est donc nécessaire de mettre en place un système d'accompagnement des nouvelles techniques médicales qui devrait être unique jusqu'à la démonstration de leur utilité pratique, mais qui pourrait prendre une forme différente selon le stade d'appropriation et de diffusion auprès des professionnels :

- l'évaluation devrait être réalisée dans un nombre réduit de centres sous une forme protocolisée pour en prouver l'efficacité et l'utilité ;
- un suivi organisé pourrait être mis en place.

Le cas des endoprothèses aortiques

L'anévrisme de l'aorte abdominale conduit progressivement à la rupture de l'aorte qui entraîne le décès du patient dans 80 à 90 % des cas. Il s'agit donc d'une pathologie grave, assez fréquente puisque sa prévalence est de 5 % chez les hommes de plus de 65 ans et qu'elle croît avec l'âge. Le traitement par endoprothèse aortique est présenté comme une alternative à la chirurgie classique. Les promoteurs de cette technique mettent en exergue l'absence de laparotomie, une moindre perte sanguine et une durée de séjour plus courte en établissement par rapport à la chirurgie classique (la durée médiane de séjour après endoprothèses aortiques est de 8 jours alors qu'elle est de 12 jours pour la chirurgie conventionnelle).

Des endoprothèses aortiques sont posées en France depuis 1991. Mais l'évaluation complète de cette technique n'avait jamais été réalisée et à la suite d'incidents graves, l'AFSSAPS a recommandé à tous les praticiens en avril 1999 et décembre 2000 un suivi strict de certaines endoprothèses. La prise en charge par l'assurance maladie n'était d'ailleurs que partielle (le matériel ne pouvait être remboursé) et était soumise à condition puisque l'acte de pose depuis 1997 ne pouvait être facturé que dans le cadre d'un protocole "loi Huriet".

Une enquête de l'Assurance Maladie dans tous les établissements de santé publics et privés dans lesquels des endoprothèses aortiques étaient susceptibles d'être posées, a vérifié la qualité des soins délivrés aux assurés (respect des recommandations) pour cette technique nouvelle et le respect des conditions de prise en charge. De juin 1999 à mai 2001, 1012 poses d'endoprothèses aortiques pour anévrisme de l'aorte abdominale ont été recensées. Sur 65 établissements étudiés, 46 étaient des établissements publics, 19 des établissements privés ; 92 % des actes de pose ont été réalisés dans le secteur public.

Les référentiels n'ont été qu'imparfaitement respectés. Il faut souligner que dans tous les établissements quel qu'en soit le type, 20 % seulement des endoprothèses ont été posées dans le cadre d'un protocole d'expérimentation « loi Huriet ». Le faible taux d'endoprothèses posées dans le cadre d'une "loi Huriet" au cours de la période enquêtée confirme les difficultés qui existent dans le développement des nouvelles techniques médicales, avec le plus souvent diffusion de la technique sans évaluation. Ainsi en deux ans au moins 627 endoprothèses aortiques ont été posées en dehors du cadre légal de l'expérimentation malgré les recommandations de l'ANAES et les circonstances de prise en charge par l'Assurance Maladie.

Le tableau ci-après présente les principaux résultats de cette enquête.

TYPE DE CONTRAINE	CONTENU DES RECOMMANDATIONS	RESULTAT DE L'ETUDE
Information du patient	<p>Le patient doit être informé des avantages et des inconvénients de la cure chirurgicale et du traitement endovasculaire de son anévrisme.</p> <p>La notion de nouvelle technique thérapeutique doit être mentionnée. Au terme de cette information, le patient doit donner son consentement éclairé (ANAES)</p>	Le consentement éclairé du patient n'a pas été retrouvé dans le dossier médical dans 60% des cas.
Sélection des patients	La décision de traiter est prise au terme d'une discussion de dossier multidisciplinaire, radio-médico-chirurgicale et anesthésique (ANAES)	La formalisation d'une concertation multidisciplinaire à l'origine de la décision de traitement n'a été constatée, sous forme de compte rendu écrit présent dans le dossier médical, que dans 23% des cas.
Indication médicale	Seuls les anévrismes d'un diamètre de 50 mm et plus justifient un traitement chirurgical (AFSSAPS)	30% des anévrismes de l'aorte abdominale traités par EA avaient un diamètre strictement inférieur à 50 mm
Prise en charge	Les EA posées entre 1999 et 2001 auraient dû bénéficier, d'après la législation française, d'un protocole de recherche clinique avec consentement éclairé "loi Huriet" (ANAES)	20% seulement des endoprothèses ont été posées dans le cadre d'un protocole "loi Huriet"
Surveillance des patients	<p>Une échographie-doppler et une tomodensitométrie devraient être réalisées dans le mois suivant l'implantation (ANAES)</p> <p>La création d'un registre de surveillance national est obligatoire (ANAES)</p> <p>Il existe des préconisations de suivi publiées en 1999 et 2000 pour les porteurs d'endoprothèses aortiques de type Vanguard de la Société Boston Scientific et de type Stentor de la Société Mintec (AFSSAPS)</p>	<p>Une absence totale de surveillance est retrouvée à 1 mois dans 18% des cas.</p> <p>La mise en place d'un registre de surveillance national n'a pas été réalisée</p> <p>Ces préconisations n'ont été suivies que dans 62% des cas</p>
Formation des professionnels	Cette formation devrait comporter deux étapes : participer à un nombre minimal d'implantation (5 procédures) puis réaliser soi-même un nombre minimal d'implantations en présence d'un senior – 10 procédures – (ANAES)	Le nombre de poses se situe entre 1 et 10 en 2 ans dans 57% des centres

Pour toute nouvelle technologie médicale, il importe de trouver la meilleure formule d'accompagnement et mener à bien l'évaluation avant diffusion. Si les 1012 endoprothèses aortiques recensées avaient été posées dans une expérimentation encadrée, la place de cette technique par rapport à la chirurgie classique aurait pu être précisée.

La chirurgie digestive de l'obésité

L'augmentation explosive des actes de chirurgie digestive pour obésité sur les trois dernières années est le principal motif de réalisation de cette enquête. En effet, le nombre d'actes est passé d'environ 2000 en 1995 à plus de 16 000 en 2001.

L'objectif était de réaliser un état des lieux, France entière, de la prise en charge des patients obèses traités chirurgicalement afin de :

- transmettre aux professionnels concernés l'état des pratiques par rapport aux référentiels existants ;
- informer les décideurs de ces résultats et permettre, si besoin, une mise à jour de ces référentiels ;
- poursuivre les professionnels qui fraudent ;
- mettre en place des dispositifs susceptibles d'améliorer les pratiques.

Les informations nécessaires pour la réalisation de cette enquête ont été collectées durant deux mois (décembre 2002 et janvier 2003) à partir de l'analyse des ententes préalables reçues dans les services médicaux de l'assurance maladie et de l'étude exhaustive des dossiers médicaux des patients opérés dans les établissements publics et privés.

Principalement réalisée dans le secteur privé libéral (73 %), la chirurgie pour obésité en France concernait essentiellement la technique de pose d'anneau de gastroplastie ajustable (96 % des techniques) par voie coelioscopique. Le nombre d'équipes chirurgicales était élevé (319). Plus de la moitié de ces équipes (54,5 %) avait réalisé, sur deux mois, moins de trois interventions.

L'enquête confirme les bons résultats à court terme en France de cette chirurgie, le taux de complication durant l'hospitalisation étant de 5 %. Des complications précoces ont entraîné le décès de deux personnes (0,2 % des interventions).

Les pratiques des professionnels ont été comparées aux recommandations élaborées en 1998 par une conférence de consensus réunissant trois sociétés savantes d'endocrinologie et dont la méthode avait été labellisée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Quatre points ont été plus particulièrement explorés :

- ① la prise en charge médicale globale préalable durant au moins un an avant la décision opératoire ;
- ② la mise en place d'une concertation multidisciplinaire ;
- ③ le respect des indications chirurgicales en fonction de l'Indice de masse corporelle (IMC)⁵⁷ ;
- ④ le respect des contre-indications à une intervention chirurgicale (psychologiques, anesthésiques...)

Les référentiels n'étaient pas respectés intégralement dans deux tiers des cas. Ce non respect concernait principalement les deux premiers critères étudiés : la prise en charge médicale d'au moins un an avant l'intervention chirurgicale n'est pas respectée dans 51 % des cas, le bilan multidisciplinaire préopératoire, dans 45 % des cas.

⁵⁷ L'intervention est recommandée si l'IMC est > 40 kg/m² ou si l'IMC est compris entre 35 et 40 kg/m² associé à des co-morbidités non contrôlées par le traitement médical.

Pour les deux autres critères, les référentiels étaient respectés dans plus de 85 % des cas : les indications chirurgicales en fonction de l'IMC dans 86 % des cas et les contre-indications à une intervention chirurgicale dans 94 % des cas.

Deux autres préconisations de la conférence de consensus avaient aussi été étudiées : le consentement éclairé du patient opéré n'était présent dans le dossier médical que dans 54 % des cas ; le protocole de suivi n'avait été mis en place que dans 47 % des cas.

Parmi les 235 équipes chirurgicales ayant proposé au moins une intervention pour obésité durant la période de deux mois étudiée, 106 soit 45 % d'entre elles avait fait l'objet d'au moins un avis défavorable émis par les médecins conseils à la suite de la réception des ententes préalables. Parmi ces 106 équipes, un tiers d'entre elles (35) avait fait l'objet d'un taux d'avis défavorables, pour leurs demandes d'entente préalable, compris entre 50 et 99 %. Ces équipes avaient adressé en moyenne 5 ententes préalables durant ces deux mois.

Les actions

Les résultats de cette enquête ont été diffusés début 2004 aux sociétés professionnelles de chirurgie digestive et d'endocrinologie et à un collectif d'association d'obèses.

- les conclusions de l'enquête ont été prises en compte par les endocrinologues et les chirurgiens. Elles déboucheront sur l'élaboration de nouvelles recommandations portant sur les critères d'indications opératoires et sur le suivi des patients opérés ;
- les anomalies décelées dans les prises en charge par l'Assurance Maladie ont conduit le régime général à des actions individuelles de récupération d'indus et à des contentieux ordinaires vis-à-vis de quelques professionnels pour des facturations illicites ;
- les actes de chirurgie digestive de l'obésité sont inscrits dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) qui doit être opérationnelle en octobre 2004.

D'autres actions sont en cours comme la rédaction d'un cahier des charges national mentionnant les différentes conditions qui apparaissent nécessaires aux professionnels pour garantir la qualité de la prise en charge :

- conditions relatives à l'environnement matériel (équipements techniques adaptés aux patients obèses morbides) ;
- conditions relatives à l'environnement humain (formation, réalisation des différentes techniques chirurgicales) ;
- activité minimale ;
- organisation de concertation pluridisciplinaire, du suivi et de l'évaluation des résultats.

Dans le cadre conventionnel, il est envisagé de mettre en place un contrat de pratique professionnelle (CPP) avec les chirurgiens qui s'engageraient à respecter ces référentiels et le cahier des charges national.

2.2 L'organisation de l'offre de soins

Alternative à l'hospitalisation dite traditionnelle qui nécessite un hébergement, la chirurgie ambulatoire permet au patient de regagner son domicile le jour même de son admission après avoir bénéficié d'une intervention chirurgicale sur un plateau technique hospitalier. La chirurgie ambulatoire a fait l'objet depuis 1992 d'une réglementation précise.

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie qualifiée et substitutive

Elle est une chirurgie substitutive à l'hospitalisation complète, qualifiée, non mineure ne relevant pas de la consultation externe mais d'un secteur opératoire au sens du décret réglementant les structures pratiquant la chirurgie ambulatoire.

Mode d'organisation centré sur le patient, en rupture avec la pratique de l'hospitalisation traditionnelle où le patient est en attente des événements gérés par les différents services, elle est un moyen d'éviter une déperdition d'efficacité⁵⁸ entre la ville et l'hôpital en renforçant la qualité des relations entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville, utile en préopératoire pour sélectionner les patients candidats à la chirurgie ambulatoire et nécessaire en post-opératoire pour optimiser le retour à domicile.

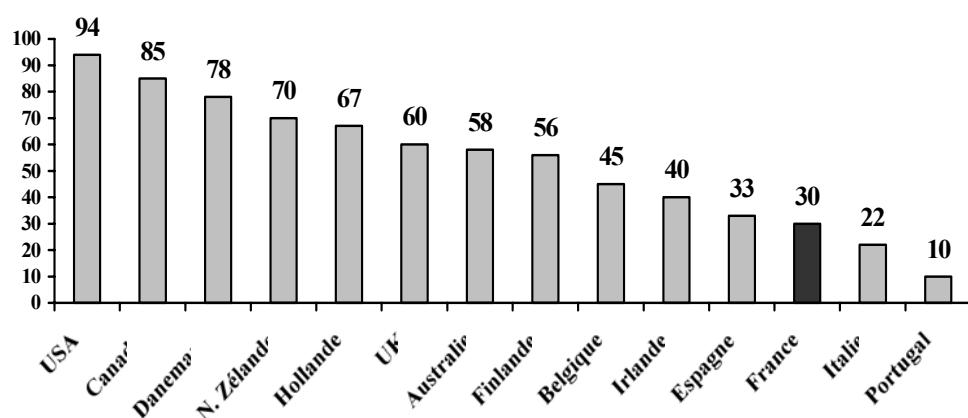
Car le patient doit satisfaire à un certain nombre de conditions médicales, psychologiques et sociologiques pour pouvoir bénéficier d'une intervention en chirurgie ambulatoire. Ces conditions qui ne sont pas d'ordre réglementaire, ont été définies par des sociétés savantes. Elles doivent être réunies afin de garantir le succès de l'opération.

L'objectif de l'Assurance Maladie

La France cependant accuse un important retard en matière de chirurgie ambulatoire, alors que cette modalité de prise en charge est réputée bénéfique en terme d'organisation du système de soins, de qualité des soins et d'économie.

Selon une étude internationale, notre pays se plaçait en 1997 au 12^{ème} rang en terme de développement de la chirurgie ambulatoire sur les 14 pays membres de l'OCDE ayant participé à cette enquête internationale. Si aux Etats Unis, 94 % des actes concernés étaient effectivement réalisés en ambulatoire, la proportion était de 85 % au Canada, de 78 % au Danemark, de 67 % en Hollande, de 60 % en Grande Bretagne et de 58 % en Australie. Elle n'était que de 30 % en France.

Comparaison internationale au niveau des pays de l'OCDE entre les pratiques de chirurgie ambulatoire en 1997 sur une liste préétablie et significative d'actes chirurgicaux



⁵⁸ Ainsi, pour une hernie inguinale, au lieu de 4 jours d'hospitalisation en moyenne, la prise en charge en ambulatoire est de sept heures .

L'Assurance Maladie a souhaité combler ce retard et préciser les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire en France. Une enquête nationale inter régimes⁵⁹ dont les résultats ont été diffusés en 2003, s'est donc fixé trois objectifs :

① *Evaluer le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire en France* : ce premier objectif demandait tout d'abord de repérer l'activité potentiellement réalisable en chirurgie ambulatoire. En tenant compte des critères médicaux, psychologiques, sociologiques et environnementaux retenus par les sociétés savantes, l'étude a évalué, pour chaque région française et pour un ensemble de gestes marqueurs⁶⁰ indicatifs d'un transfert possible vers la chirurgie ambulatoire, le potentiel de substitution de la chirurgie ambulatoire à la chirurgie avec hospitalisation complète. Dans chaque région, le potentiel de développement par geste marqueur est approché en comparant le taux plafond d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire et le taux observé.

Symétriquement, il convenait, après avoir précisé les besoins en matière de chirurgie ambulatoire, d'en évaluer l'offre disponible et de déterminer « *les classes d'établissements potentiellement porteuses d'un développement de la chirurgie ambulatoire* ». Une classe d'établissement est potentiellement porteuse sur plusieurs activités chirurgicales si elle est susceptible de développer une activité de chirurgie ambulatoire sous deux conditions : une masse critique importante sur les gestes marqueurs et un transfert possible en ambulatoire pour plusieurs activités chirurgicales.

En s'appuyant sur un outil d'aide à la décision⁶¹, l'Assurance Maladie a ainsi analysé l'activité de 1265 établissements soit 499 établissements publics ou privés sous dotation globale et 766 établissements privés sous objectif quantifié national.

- ② *Connaître les freins et les leviers au développement de la chirurgie ambulatoire* ;
- ③ *Evaluer les dépenses pour l'Assurance Maladie engendrées respectivement par les deux modes de prise en charge sur des pathologies ciblées*. Ce volet de l'étude s'est également attaché à repérer les éventuels transferts de dépenses de la ville vers l'hôpital et de l'hôpital vers la ville susceptibles d'accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire.

⁵⁹ Régime Général, Mutualité Sociale Agricole, Professions Indépendantes

⁶⁰ « Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptible d'être réalisées en ambulatoire et choisies à dire d'expert. Ce sont des procédures chirurgicales d'un niveau de technicité ou de complexité proche. Chaque geste correspond à un ou plusieurs actes repérés par un ou plusieurs codes du Catalogue des Actes Médicaux. » Enquête chirurgie ambulatoire ; volet synthèse et mise en perspective ; CNAMTS, MSA, AMPI. Septembre 2003

⁶¹ Cet outil d'aide à la décision a été construit à partir de 3 sources d'information : PMSI, SAE et BREX. Le travail s'est déroulé en trois étapes : construction d'indicateurs caractérisant l'activité chirurgicale des établissements de santé, travaux statistiques d'analyse de données puis interprétation des résultats par un groupe d'experts appliqués à des données actualisées, cet outil peut contribuer à suivre les pratiques de la chirurgie ambulatoire et à accompagner de façon efficace son développement.

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE

• La chirurgie ambulatoire est prépondérante dans le secteur libéral

Il existe un important déséquilibre entre le secteur public sous Dotation Globale et privé sous Objectif Quantifié National. Les deux secteurs réalisent chacun la moitié des interventions chirurgicales en hospitalisation traditionnelle mais le secteur public ne pratique que 13 % des interventions en chirurgie ambulatoire contre 87 % pour le secteur privé.

• La disparité des pratiques professionnelles est très importante selon les régions

On observe une très forte disparité des pratiques professionnelles en matière de chirurgie ambulatoire entre les régions. Le rapport peut aller jusqu'à 1 pour 9.

Trois exemples concernant chacun une intervention, permettent de l'illustrer :

- pour l'arthroscopie du genou, 54 % des interventions sont réalisées en ambulatoire en Bourgogne-Franche-Comté contre seulement 6 % en Auvergne ce qui signifie que respectivement 46 % des arthroscopies en Bourgogne-Franche-Comté et 94 % en Auvergne sont réalisées en hospitalisation complète ;
- concernant les extractions dentaires, 71 % des extractions sont pratiquées en ambulatoire en Poitou-Charentes contre seulement 11 % en Bourgogne-Franche-Comté ;
- quant à la chirurgie de la cataracte, 58 % des interventions sont réalisées en ambulatoire en Poitou-Charentes contre seulement 11 % en Haute-Normandie.

Cette disparité des pratiques professionnelles entre les régions ne s'explique pas par des caractéristiques des populations (critères médicaux et psycho-socio-environnementaux) qui seraient différentes entre les régions mais par la forte variabilité des pratiques médicales.

• Un fort potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire existe dans toutes les régions

Les taux plafond de développement de la chirurgie ambulatoire, mesurés acte par acte et région par région, ont été déterminés à partir des recommandations des sociétés savantes d'anesthésie-réanimation et de chirurgie ambulatoire. Sur cette base, l'enquête révèle un fort potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire puisque 80 à 95 % des patients sont susceptibles de bénéficier de cette prise en charge.

En Basse-Normandie, la quasi-totalité (96 %) des patients devant être opérés d'un canal carpien pourrait être prise en charge en ambulatoire. En Ile-de-France, 78 % de la population nécessitant une intervention pour cataracte pourrait se faire opérer en ambulatoire.

• Un tiers des établissements paraissent en mesure de transférer une partie de leur activité chirurgicale vers l'ambulatoire

Tous les établissements ne disposent pas d'un potentiel réel de développement de la chirurgie ambulatoire. L'outil d'aide à la décision a été construit pour cibler les établissements de santé porteurs d'un développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines chirurgicales.

La taille d'établissement ou la masse critique d'activité chirurgicale suffisante, l'organisation centrée sur le patient ou la notoriété des praticiens travaillant dans la structure peuvent être des leviers au développement de la chirurgie ambulatoire. A l'inverse, des établissements de petite taille ou pratiquant majoritairement des activités chirurgicales "lourdes" ou comportant une importante activité d'endoscopie semblent moins susceptibles de mobiliser les différents acteurs autour de la chirurgie ambulatoire.

- **Les problématiques et les réponses à apporter sont différentes selon le secteur public ou privé**

Une différence de problématique entre le secteur public et le secteur privé ressort de l'étude. Elle témoigne de stades de développement de la chirurgie ambulatoire qui ne sont pas identiques. Le secteur privé est dans une phase d'industrialisation du processus alors que le secteur public n'en est qu'aux prémisses. Les réponses à apporter apparaissent de ce fait, différentes selon le statut de l'établissement.

Dans le secteur privé, l'accroissement de la production nécessitera une évolution de la réglementation vers plus de souplesse pour les quotas et les taux de change. Dans le secteur public, en revanche, une révolution culturelle devra être menée. Le développement de la chirurgie ambulatoire se heurte à la logique de "services" et de gestion patrimoniale des lits.

- **Les retards dans le développement de la chirurgie ambulatoire privent la collectivité d'importantes économies.**

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 cinq interventions chirurgicales étudiées⁶², 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 : une personne opérée en chirurgie ambulatoire mobilise en moyenne, avant, pendant et après son intervention, moins de ressources qu'une personne opérée traditionnellement.

Pour ces cinq actes, l'estimation au niveau national des économies potentielles est de 100 millions d'euros. Ces cinq actes ne représentant qu'une partie de la chirurgie transférable en ambulatoire, les estimations des économies pourraient au total approcher 500 millions d'euros.

Les interventions de l'Assurance Maladie qui ont été multiples durant l'année 2003 se prolongeront en 2004/2005.

- **La sensibilisation des assurés et des professionnels de santé :**

Afin de sensibiliser les professionnels de santé aux avantages pour leurs patients d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire, l'Assurance Maladie a mené des actions de communication dans des congrès médicaux nationaux et internationaux durant l'année 2003 et 2004 (entretiens de Bichat, congrès international de chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis et national à Montpellier, congrès national d'information médicale, réunion internationale des anesthésistes, hôpital expo...). Ces actions se poursuivront en 2005.

- **La sensibilisation des partenaires :**

Les résultats de l'enquête ont été largement diffusés à partir de septembre 2003 aux sociétés savantes, conférences nationales et aux différents partenaires institutionnels nationaux et régionaux (ministère, ARH, DRASS, fédérations représentatives de l'hospitalisation...).

⁶² Chirurgie de la cataracte, chirurgie du canal carpien, chirurgie des varices, extractions dentaires et arthroscopie du genou

• Le retour d'informations aux établissements de santé :

Afin de promouvoir le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements, l'Assurance Maladie conduit une démarche en trois temps s'étalant de 2003 à 2007.

- un retour d'informations collectives (2003-2004) : l'Assurance Maladie a restitué les résultats de l'enquête au quatrième trimestre 2003 et au premier trimestre 2004 dans l'ensemble des régions au travers de réunions collectives rassemblant les principaux représentants médicaux et administratifs des établissements,
 - un retour d'informations individuelles (2004) : l'Assurance Maladie organise des restitutions individuelles auprès de chaque établissement au cours de l'année 2004 pour les aider à établir un diagnostic et leur fournir des outils d'aide à la décision sur leur potentiel de développement.
- **Un accompagnement de la mise en œuvre du programme de développement (2004-2007) :**

L'Assurance Maladie favorisera et accompagnera les seuls établissements dotés d'un réel potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire ceux qui disposeront d'une masse critique suffisante et qui mettront en place une organisation permettant de dispenser des soins chirurgicaux de qualité dans les conditions de sécurité requises. L'action de l'Assurance Maladie se déroulera dans le cadre de la révision des Schémas Régionaux d'Organisation sanitaire de deuxième génération et de l'élaboration des Contrats d'Objectifs et de Moyens conclus avec les établissements.

• La mise en place d'un suivi national des pratiques de chirurgie ambulatoire :

Pour suivre son développement en France dans les prochaines années, la CNAMTS met en place un observatoire national des pratiques professionnelles en chirurgie ambulatoire. Les résultats de l'enquête ont enfin été largement repris dans le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, publiée en janvier 2004, qui pointe ici un moyen d'éviter une "déperdition d'efficacité "entre la ville et l'hôpital.

3. L'accès aux soins : l'insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique terminale est une pathologie particulièrement lourde. Le rein n'éliminant plus les toxines présentes dans le sang, il convient de pratiquer plusieurs fois par semaine, un traitement par dialyse⁶³.

Une dialyse peut se pratiquer soit par dérivation et filtration par un appareil de la circulation sanguine (hémodialyse), soit par l'utilisation du filtre naturel que constitue le péritoine alors rempli d'un liquide purifiant à l'aide d'une poche (dialyse péritonéale). Dans les deux cas, le traitement est très contraignant :

- une personne en hémodialyse suit en moyenne trois séances de plusieurs heures par semaine ;
- une personne en dialyse péritonéale effectue quatre à cinq changements de poche chaque jour.

Selon l'ANAES, la prévalence de cette maladie est de 400 pour 1 million d'habitants, son incidence de 100 pour 1 million d'habitants. Prévalence et incidence sont aujourd'hui en augmentation, les atteintes du rein d'origine vasculaire ou diabétique représentant 40 % des causes d'insuffisance rénale terminale. On estime en outre, que 20 à 35 % des patients sont pris en charge trop tard : ils ne sont adressés aux néphrologues que 6 mois avant leur mise en dialyse. Ce retard a des conséquences dommageables pour la santé du patient et le succès des traitements ; il accroît par ailleurs la durée de la première hospitalisation.

⁶³ La greffe du rein, quand elle est possible, est une alternative à ce traitement.

L'enjeu financier n'est pas non plus négligeable puisque le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale⁶⁴ concerne 0,07 % de la population et mobilise 2 % des dépenses de santé.

Deux décrets publiés au journal officiel du 25 septembre 2002, réorganisent l'offre de soins relative au traitement de l'insuffisance rénale chronique. Ils définissent les modalités de traitement de l'insuffisance rénale :

- l'hémodialyse en centre qui dispose d'une présence médicale permanente ;
- l'unité de dialyse médicalisée qui accueille des patients ne nécessitant pas une présence médicale continue ;
- l'unité d'auto dialyse mis à disposition des patients formés et qui sont assistés d'une infirmière ;
- la dialyse à domicile.

Ils lient ce nouveau dispositif aux schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Afin de faciliter cette élaboration du volet « insuffisance rénale chronique » des SROS, l'Assurance Maladie a mis en place une enquête d'évaluation permettant de décrire par région les caractéristiques de la population d'insuffisants rénaux ainsi que d'analyser l'offre de soins existante.

Trois objectifs ont été assignés à l'étude :

- mesurer la répartition des patients selon les modalités de prise en charge et évaluer la tendance de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique. Il convient d'apprécier les besoins futurs sur les cinq prochaines années ;
- connaître l'état de l'offre de soins afin d'évaluer l'écart aux exigences exprimées par les décrets et de déterminer les actions nécessaires pour combler cet écart ;
- mesurer les dépenses à la charge de l'Assurance Maladie selon les diverses modalités de dialyse et estimer l'effort financier induit par l'ajustement de l'offre de soins.

Cette enquête réalisée en 2003, a été menée conjointement avec la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé et les sociétés savantes de néphrologie, les fédérations d'établissements et les représentants des patients. L'ensemble des résultats sera disponible au second semestre 2004.

Les premiers résultats disponibles indiquent toutefois la prévalence brute de l'insuffisance rénale chronique en France.

- on estime que 30 882 personnes sont atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale en France : 18 047 hommes et 12 835 femmes. Leur âge moyen est de 63 ans. La prévalence moyenne nationale est de 513 personnes atteintes pour 1 million d'habitants. ce résultat place la France devant le Royaume-Uni (298 pour 1 million), juste derrière l'Allemagne (546 pour 1 million) mais loin derrière les Etats-Unis (1 100 pour 1 million) et le Japon (1 400 pour 1 million).
- une fois éliminés les effets de sexe et d'âge, l'analyse montre que les patients traités par dialyse sont proportionnellement moins nombreux dans le Grand Ouest. Les prévalences régionales sont indiquées dans le tableau ci-après :

⁶⁴ L'insuffisance rénale chronique terminale est une des trente affections de longue durée ouvrant droit à exonération du ticket modérateur.

Nombre de patients traités par dialyse selon la région de domicile

Région	Nombre de patients traités par dialyse	Nombre de patients par million d'habitants	Nombre de patients par million d'habitants après standardisation
Alsace	837	482,8	519,7
Aquitaine	1 743	599,2	538,4
Auvergne	639	488,3	430,2
Basse-Normandie	596	419,0	408,5
Bourgogne	735	456,4	415,8
Bretagne	1 096	377,0	356,4
Centre	1 212	496,7	464,6
Champagne-Ardenne	579	431,4	438,3
Corse	151	580,4	515,4
Franche-Comté	461	412,6	413,6
Haute-Normandie	792	444,8	475,9
Ile-de-France	5 489	501,2	572,8
Languedoc-Roussillon	1 383	602,3	538,6
Limousin	345	485,4	394,2
Lorraine	1 100	476,2	490,8
Midi-Pyrénées	1 470	575,9	514,2
Nord-Pas de Calais	2 283	571,3	638,8
Pays-de-Loire	1 144	355,0	352,8
Picardie	863	464,7	501,1
Poitou-Charentes	649	395,6	344,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 045	675,7	620,1
Rhônes-Alpes	2 544	450,6	468,4
France Métropolitaine	29156	498,2	498,2
Guadeloupe	449	1 063,4	1 393,4
Guyane	93	593,2	1312,8
La Réunion	834	1 181,0	1 989,2
Martinique	350	917,9	1 079,4
France entière	30 882	513,1	

IV. - LA RATIONALISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Ce chapitre regroupe trois actions de l'Assurance Maladie qui visent à faire respecter les conditions légales et réglementaires de la prise en charge.

- le programme d'amélioration de l'efficacité des contrôles a ainsi pour objet de systématiser le repérage et le traitement de pratiques déviantes qu'elles proviennent des professionnels de santé ou des assurés, qu'elles portent sur les pratiques médicales ou des entorses aux dispositions réglementaires ;
- le plan concernant les arrêts de travail ainsi que celui consacré au dispositif de prise en charge des affections de longue durée sont conçus l'un pour diminuer le nombre d'arrêts de travail non justifiables médicalement, l'autre pour maîtriser les dépenses d'un dispositif de prise en charge nécessaire mais coûteux.

1. Le plan d'amélioration de l'efficacité des contrôles

L'Assurance Maladie, et notamment son service médical, est amenée depuis toujours à contrôler l'activité des professionnels de santé. Cette fonction est définie par le code de la sécurité sociale qui dans son article L 315-1, précise que « *le service du contrôle médical* :

- « *constate les abus en matière de soins, de prescriptions d'arrêts de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations* ;
- *procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec l'assurance maladie (...) »*

En fait, ces contrôles sont mis en œuvre dans le but de rechercher si les soins délivrés sont adaptés à l'état du patient et conformes aux recommandations de bonne pratique. Ce qui conduit à repérer deux types d'anomalies, parfois appelées pratiques déviantes :

- des pratiques de soins de non-qualité ou, de façon plus grave, des pratiques dangereuses pour les patients ;
- des pratiques de non respect de la réglementation ou de la tarification pouvant aller jusqu'à des surfacturations.

Ces pratiques existent sur tout le territoire, dans le secteur des soins de ville comme dans le secteur hospitalier. Elles ne sont acceptables, ni médicalement, ni moralement, ni financièrement car elles induisent des surcoûts ou distraient d'affectations utiles des ressources financières rares.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie a décidé de mettre en place un plan de contrôle organisé sur l'ensemble du territoire avec pour finalité d'améliorer le repérage des pratiques déviantes mais aussi d'améliorer les performances des contrôles et l'efficacité des sanctions.

Ce programme d'amélioration de l'efficacité des contrôles a été engagé en février 2001. Il a pour objectif de contrôler les professionnels déviant et les usagers dits atypiques. Piloté par la Cnamts, il implique fortement le niveau régional et le niveau local pour la réalisation des contrôles.

1.1. Le contrôle des professionnels de santé

Le nombre de professionnels de santé contrôlés par les échelons locaux du service médical et les caisses a été en 2003 de 1 723. Ces contrôles ont concerné, au total, sur l'ensemble du territoire 0,6 % des professionnels.

Tableau I : Nombre de contentieux engagés selon la catégorie de professionnels de santé

	Nombre de contrôles	Nombre de contentieux					Indus
		Instances convent.	Instances ordinaires	CMR	Juridiction pénale	Total	
Médecins généralistes	386	5	131	11	14	161	40
Médecins spécialistes	336	4	89	0	5	98	122
Chirurgiens dentistes	225	16	105	0	9	130	94
Infirmiers	195	20	31	0	6	57	53
Masseurs-kinésithérapeutes	191	18	10	0	4	32	19
Pharmacies	152	2	43	0	4	49	116
Laboratoires	173	0	20	0	2	22	93
Autres	65	6	6	0	7	19	24
TOTAL	1 723	71	435	11	51	568	561

Source : CNAMETS, DSM

Parmi les 1 723 professionnels contrôlés, 568 (soit 33,0 % des contrôles) ont fait l'objet d'un contentieux hors récupération d'indus (instances conventionnelles, contentieux ordinal, comité médical régional ou juridiction pénale) dont 435 (soit 25,2 %) ont fait l'objet d'un contentieux ordinal. Dans le même temps, les contrôles médico-règlementaires inscrits aux plans locaux se sont poursuivis. Au total, en incluant les 1 723 contrôles réalisés dans le cadre de « contrôler autrement », 11 500 professionnels de santé ont fait l'objet d'un contrôle.

Quatre points méritent d'être soulignés :

- toutes professions confondues, le programme a permis d'augmenter sensiblement le nombre de dossiers déposés auprès d'instances ordinaires et pour certaines professions, de pratiquement doubler le nombre de contentieux engagés par rapport aux années antérieures.
- le programme a également permis d'améliorer fortement le ciblage puisque 25,2 % des professionnels contrôlés dans le cadre du programme ont fait l'objet d'un contentieux ordinal alors qu'en 2001 le taux de professionnels contrôlés faisant l'objet d'un contentieux ordinal n'était que de 1,5 % (206 sur 13 900 contrôles).
- ces contrôles ont révélé des pratiques frauduleuses. Il s'agissait par exemple de facturations de consultations avec majoration de nuit ou de dimanche non réalisées ou de fausses déclarations sur des comptes-rendus opératoires transformant des libellés d'actes réellement pratiqués en libellés d'actes lourds (par exemple tumorectomie avec plastie pour une ablation simple de verrues).
- des pratiques dangereuses ont également pu être mises en évidence. Il s'agissait par exemple d'absence d'examen histologique des pièces opératoires, faisant courir un risque injustifié aux patients en retardant le diagnostic et la thérapeutique adéquate, de conditions sanitaires insuffisantes ou d'inadéquation entre structure et intervention, faisant courir également un risque injustifié aux patients.

Tableau II : Nombre de contentieux (instances ordinaires) engagés entre 1995 et 2002

	1995	1997	1998	1999	2000	2001	Contrôler autrement (*)
Médecins :	353	281	114	120	80	136	220
- dont Généralistes	158	133	67	70	49	85	131
- dont Spécialistes	195	148	47	50	34	51	89
Chirurgiens dentistes	85	107	61	65	50	41	105
Pharmacies	94	66	55	28	27	14	43
Autres professionnels de santé	95	77	46	34	15	15	67
Total	627	531	276	247	175	206	435

Source : CNAMTS, DSM

(*) Le bilan porte sur les actions engagées durant les 18 mois du programme, à savoir entre début juin 2001 et fin décembre 2002.

1.2. Le contrôle des consommateurs atypiques et gros consommateurs de soins

L'objectif consistait à obtenir de ces consommateurs qu'ils cessent les soins et les traitements inappropriés à leur état de santé. Parmi les 2 823 bénéficiaires ayant fait l'objet d'un contrôle (soit un taux de 5,5 pour 100 000 personnes protégées), 1 761 (62,4 %) avaient un traitement inapproprié ce qui témoigne de procédures de ciblage efficaces

Actions mises en œuvre selon les prestations pour les consommateurs atypiques et les gros consommateurs de soins

Actions mises en œuvre selon les prestations pour les consommateurs atypiques et les gros consommateurs de soins

	Consultations et visites	Médicaments	Autres actes et prestations	Arrêts de travail	Total
Protocole thérapeutique au titre de l'article L324-1	315	670	135	3	1 123
Bénéficiaires ayant fait l'objet de recommandations (au titre du L315-2)	158	304	140	351	953
Bénéficiaires ayant fait l'objet de suspension de prestations car leur état de santé ne le justifiait pas (au titre du L 315-2)	31	131	9	14	185
Bénéficiaires ayant fait l'objet de suspension de prestations car les conditions médicales fixées par un texte n'étaient pas réunies (au titre du L 315-2)	4	139	0	0	143
Total	508	1 244	284	368	2 404

Source : CNAMTS, DSM

- L'efficacité de tels contrôles n'est pas maximale : les textes réglementaires sont, en effet pour des raisons pratiques (généralisation du tiers payant, carte Vitale, CMU, dispositif 315-2-1 inachevé) difficiles à appliquer ;
- Toutes prestations confondues, près de la moitié des consommations non appropriées à l'état de santé du malade relevaient de l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale⁶⁵. Ces malades souffraient de pathologies chroniques authentiques mais avec une prise en charge médicale qui n'était pas optimale.

1.3. Les limites des contrôles

L'efficacité des contrôles tant de l'activité des professionnels de santé que des bénéficiaires a pour limites les actions qui peuvent être mises en œuvre.

Les professionnels de santé

Les seules actions efficaces dont dispose l'Assurance Maladie sont les actions pénales et le contentieux ordinal. La saisine des juridictions ordinaires peut être faite en cas d'abus, de faute ou de fraude. La procédure est écrite (mémoire) et les sanctions que peut prononcer la juridiction sont l'avertissement, le blâme et l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux. Les juridictions ordinaires ne sont donc saisies que pour des faits graves. Ce peut être le recours à des thérapeutiques dangereuses, les abus d'actes et de prescriptions, le recours à des procédés diagnostiques ou thérapeutiques non éprouvés (charlatanisme), des fraudes en matière de tarification, etc...

Un préjudice mineur, exclusivement financier sans intention malveillante ne relève pas d'une saisine ordinaire. Il peut s'agir, par exemple, d'un ou deux cas de non respect de la nomenclature générale des actes professionnels, témoin plus d'une méconnaissance de la part du professionnel que d'un acte volontaire.

Il n'existe pas aujourd'hui de possibilité d'actions intermédiaires simples à mettre en œuvre de type sanctions financières qui pourraient s'appliquer pour des faits plus importants que ceux relevant d'une mise en garde mais ne relevant pas pour autant de sanctions ordinaires.

Les comités médicaux régionaux qui ont été créés par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins offraient l'opportunité de sanctions financières. Ils avaient pour mission d'examiner l'appréciation portée par le service du contrôle médical sur l'inobservation de certaines règles légales ou conventionnelles (manquements aux règles d'établissement des feuilles de soins et des ordonnances destinées aux assurés reconnus atteints d'affections de longue durée, règle de signalement d'un médicament remboursable dans des indications limitatives, conditions de prise en charge des frais de transport ou règles d'attribution des indemnités journalières). La mise en place des CMR s'est cependant heurtée à de nombreuses réticences puis au boycottage par les représentants des médecins libéraux. Ils ont finalement été supprimés par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2003 n° 2002-1487 du 20 décembre 2002.

Les sanctions que pouvaient proposer les Comités Médicaux Paritaires Locaux en cas de méconnaissance des références médicales opposables étaient de véritables sanctions financières. Cependant, les dispositions conventionnelles relatives à la procédure de sanction

⁶⁵ L'article L324-1 du code de la sécurité sociale précise « *qu'en cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption (...)* »

ont été annulées par le Conseil d'Etat en 1999 pour la convention des médecins généralistes et le règlement conventionnel minimal.

Les bénéficiaires

La notion de suspension de prestations concerne les assurés sociaux pour lesquels les traitements présentent un danger ou dont les pratiques sont inacceptables. L'article L.315-2 comporte dans son dernier alinéa la possibilité pour la caisse de suspendre une prestation lorsque le praticien conseil estime qu'elle n'est pas médicalement justifiée.

En pratique, les caisses ont des difficultés de mise en œuvre de cette disposition du fait des accords conventionnels passés avec les professionnels de santé pratiquant le tiers payant et du fait de la mise en œuvre de procédures de prise en charge des prestations pour les assurés sociaux ou bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire. En effet la majorité des patients concernés par la mise en œuvre de l'article L 315-2 bénéficient d'un tiers payant.

Il en est de même de l'article L 324-1 qui donne, en théorie, beaucoup de pouvoir à l'Assurance Maladie, mais pour lequel il est rarement possible en pratique de refuser le remboursement d'un médicament en raison de la généralisation du tiers payant (le médicament est délivré au patient qui ne règle plus que le ticket modérateur et est remboursé au pharmacien).

Le pilotage, par la CNAMTS, de ce programme d'amélioration de l'efficacité des contrôles s'est accompagné d'une augmentation sensible du nombre de contentieux auprès d'instances ordinaires, ce qui montre qu'il est possible de mieux cibler les professionnels dont les pratiques méritent d'être contrôlées de manière à optimiser la part d'activité consacrée à ces contrôles et à faire aboutir ces contrôles à des contentieux chaque fois qu'il est nécessaire.

En matière de contrôle des bénéficiaires (grands consommateurs et consommateurs atypiques), les outils mis à disposition des acteurs de terrain (requête de ciblage, méthode de contrôle) dans le cadre de ce plan ont fait la preuve de leur efficacité puisque 62,4 % des bénéficiaires contrôlés avaient un traitement inapproprié à leur état de santé. Les limites de ces contrôles ont été les difficultés rencontrées par les organismes pour appliquer des textes réglementaires qui demandent à être complétés.

Les contrôles ciblés ont été systématisés en 2003/2004 avec les mêmes finalités qui sont de privilégier le contrôle de la qualité des soins et d'améliorer l'efficience des actions réalisées en disposant d'un ciblage performant.

2. Le plan d'actions concernant les arrêts de travail

La décision, prise au cours du dernier trimestre 2002, de mettre en œuvre un plan d'actions sur les indemnités journalières (IJ) en 2003 reposait sur les constats suivants :

- une augmentation de 15,5 %, tous risques confondus, des prestations en espèces au cours des huit premiers mois de l'année 2002. Pour l'ensemble de l'année 2002, cette progression s'est établie à 14,1 % tous risques confondus et 13,3 % pour les seules indemnités journalières maladie.
- une plus forte évolution des arrêts de travail maladie de plus de trois mois (+ 21,5 %) par rapport à ceux de moins de trois mois (+ 9,3 %).
- une concentration très nette des arrêts de travail de longue durée sur la tranche d'âge 55-59 ans. Le nombre d'indemnités journalières a progressé de + 24 %, entre les premiers trimestres de 2000 et 2002, alors que pendant cette même période cette classe d'âge a évolué de + 13 %.

Deux points ont donc incité l'Assurance Maladie à préparer un plan d'actions. D'une part, le coût des arrêts de travail représente, pour le seul risque maladie, environ 5,3 milliards d'euros en 2003. D'autre part, la prescription d'arrêt de travail n'est pas un acte médical sans conséquence. En effet, les arrêts de travail non médicalement justifiés, itératifs ou d'une durée excessive peuvent être l'origine d'une désinsertion socioprofessionnelle pouvant elle-même, être génératrice de pathologies d'ordre dépressif.

Après une analyse de la pertinence des actions envisageables, un plan d'actions s'articulant principalement autour de deux volets opérationnels a été mis en œuvre en 2003 :

- des contrôles ciblés des assurés sociaux et des prescripteurs ;
- une étude visant à améliorer les connaissances et les performances des contrôles des arrêts de travail de longue durée ;

Les contrôles ciblés

Dans le cadre de ce plan, plus de 55 000 assurés ont été contrôlés (contrôle administratif et/ou médical) en fonction de critères variés (durée des arrêts de travail, pathologie déclarée par le prescripteur, nombre d'arrêts de travail de courte durée....). Pour 22 % d'entre eux, un avis défavorable à la poursuite de l'arrêt de travail a été donné par les médecins conseils.

Au total, 75 005 assurés ont été contrôlés dans le cadre du plan d'actions sur les indemnités journalières en 2003.

Il convient d'ajouter à ces contrôles ceux opérés chaque année de façon systématique. On rappelle qu'en 2002, 416 086 assurés ont été contrôlés et que le taux d'avis défavorable à la poursuite de l'arrêt de travail était de 16,2 %.

Le bilan des contentieux décidés, à l'encontre des prescripteurs déviants, est programmé pour septembre 2004.

L'étude visant à améliorer les connaissances et les performances

Ce volet a pour objectif :

- d'améliorer les connaissances des motifs et des déterminants des arrêts de travail en population générale et chez les assurés de 55 ans et plus ;
- d'améliorer les performances du contrôle obligatoire, dans le cadre de l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale⁶⁶, en optimisant la date de ce contrôle.

Pour atteindre les objectifs fixés, une enquête a été réalisée sur l'ensemble du territoire. Les tableaux de sortie ont été définis par un groupe médico-administratif national, chargé de l'élaboration du cahier des charges de ce volet. Ce groupe de travail était composé de représentants administratifs et de médecins conseils du réseau.

⁶⁶ Article L 324-1 du code de la sécurité sociale

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1°) de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert ;
2°) de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;
3°) de s'abstenir de toute activité non autorisée.
4°) d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.
En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Au premier trimestre 2004, 12 000 assurés cumulant 45, 60 ou 90 jours d'arrêt de travail continu, ont été contrôlés. Au cours du contrôle de la justification médicale des arrêts de travail, les médecins conseils ont recueilli, en plus des informations administratives et médicales, des données d'ordre socioprofessionnel (chômage, profession et catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité, niveau d'étude, pénibilité et conflit au travail ressenti par l'assuré...).

L'exploitation de ces bases de données permettra de disposer d'un état des lieux précis des motifs médicaux et des déterminants socioprofessionnels, en fonction des classes d'âges et de la justification médicale des prescriptions d'arrêts de travail. Les résultats seront connus en septembre 2004.

Enfin des actions de sensibilisation ont été menées par les caisses primaires d'assurance maladie en direction des assurés ciblés par un contrôle afin de les responsabiliser sur ce problème. La CNAMETS a en outre, saisi l'ANAES au début de l'année 2003 afin que soit élaboré un référentiel des motifs d'arrêts de travail.

3. Le plan concernant les affections de longue durée (ALD)

3.1 Le dispositif médico administratif

Dans un certain nombre de cas précisés par le code de la sécurité sociale, la participation de l'assuré au financement de ses dépenses de santé peut être limitée ou supprimée. Certaines affections sont le fait générateur de cette suppression qui est effective « 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 après avis du Haut comité médical de la sécurité sociale⁶⁷ ».

Cette liste de trente affections⁶⁸ est régulièrement révisée pour y inscrire de nouvelles pathologies. Tel est le cas de l'infection par le virus du VIH quel que soit le stade en 1993, des «maladies chroniques actives du foie» en 1994, de l'épilepsie grave en 1999.

Le code de la sécurité sociale organise également l'admission et les conditions de la prise en charge de l'assuré.

- L'admission de l'assuré au droit à l'exonération du ticket modérateur est prononcée par la Caisse primaire d'assurance maladie sur avis du médecin conseil. Le dispositif repose sur "l'examen spécial" prévu par le code de la sécurité sociale pour toute affection de longue durée. Cet examen spécial se matérialise par un protocole écrit, le protocole inter régime d'examen spécial (PIRES)⁶⁹. Dans ce document, le médecin traitant précise les éléments de diagnostic et de pronostic qui font de son patient un candidat au dispositif ainsi que le projet thérapeutique proposé.

⁶⁷ Le Haut comité médical de la Sécurité sociale est institué par l'article R. 114-9 du CSS auprès du ministre chargé de la Sécurité sociale. Il a « pour mission de définir les principes d'ordre médical destinés à permettre l'orientation générale du contrôle exercé par les médecins-conseils. »

⁶⁸ Il existe également (art. 4 du L. 322-3) la possibilité d'accorder une exonération du ticket modérateur lorsque l'assuré a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mais nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Il s'agit de la 31^{ème} maladie (forme évolutive ou invalidante d'une affection grave ne figurant pas sur la liste) et de la 32^{ème} maladie (atteinte par plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus pendant plus de 6 mois). Dans ce cas, le montant du ticket modérateur pris en charge est financé par le budget du Fond National d'Action Sanitaire et Social (FNASS).

Le médecin conseil accordera ou non cette admission dans le dispositif en indiquant la durée de cette admission. Pour mener à bien ce travail, il dispose entre autres, des recommandations du Haut comité médical de la Sécurité sociale. L'appréciation des arguments fondant le diagnostic, des critères de gravité de la maladie présentée par le patient et l'estimation de la durée pendant laquelle est accordée l'exonération au titre de l'ALD sont les points délicats de ce travail. A cet égard, toutes les maladies susceptibles d'ouvrir droit à exonération ne sont pas à mettre sur le même plan. Certaines ALD (cancers, mucoviscidose ...) donnent lieu à un diagnostic sans ambiguïté, d'autres - pour ouvrir droit à exonération - rendent indispensable un examen attentif des critères de gravité. A cette étape de la procédure, le médecin conseil se prononce également sur le contenu du projet thérapeutique envisagé par le médecin traitant. Ce projet thérapeutique doit être conforme aux données acquises de la science ainsi qu'aux recommandations et références médicales.

- *Les conditions de la prise en charge* sont également précisées par le code qui organise les obligations de la Caisse et de l'assuré. La Caisse doit faire procéder par le médecin traitant et le médecin conseil à un examen périodique de l'assuré. Ce dernier, sous peine d'être exclu du dispositif, doit se soumettre aux traitements et mesures prescrits ; aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la Caisse ; s'abstenir de toute activité non autorisée et accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation. Le médecin traitant dispose de l'ordonnancier binaire pour distinguer les prescriptions en rapport avec l'ALD, donnant lieu à exonération, de celles qui sans rapport avec l'ALD, relèvent du régime normal de remboursement.

Liste des 30 affections de longue durée susceptibles d'ouvrir droit à l'exonération du ticket modérateur

1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3	Arthériopathie chronique et évolutive (y compris coronarite) avec manifestations cliniques ischémiques
4	Bilharziose compliquée
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
6	Maladies chroniques active du foie et cirrhoses
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine
8	Diabète de type I ou diabète de type II
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires-muculaire (dont myopathie), épilepsie grave
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
11	Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostases graves
12	Hypertension artérielle sévère
13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
15	Lèpre
16	Maladie de Parkinson
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
18	Muscoviscidose
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif
20	Paraplégie
21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
23	Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25	Sclérose en plaque invalidante
26	Scoliose structurale évolutive
27	Spondylarthrite ankylosante grave
28	Suites de transplantation d'organe
29	Tuberculose active
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

La prise en charge, au moyen de ce dispositif, de patients atteints de maladies longues et coûteuses engendre bien évidemment d'importantes dépenses. En 2002, on dénombrait environ 5,7 millions de personnes relevant du régime général d'assurance maladie soit 12 % de la population totale du régime concernées par une affection de longue durée. La croissance des effectifs atteints d'une ALD s'accentue au fil des ans avec une progression plus prononcée en 2000 (6,1 %) et en 2001 (6,2 %).

**Nombre d'ETM pour les dix principaux libellés d'affections de longue durée
(ALD 30) – 1995 – 2001**

LIBELLES	ETM 1995	%	ETM 1998	%	ETM 19995	%	ETM 2000	%	ETM 2001	%
Groupe des affections cardio-vasculaires <i>dont</i>										
<i>artériopathie chronique et évolutive</i>	177 335	29,5	205 933	28,6	206 925	28,7	263 528	31,7	277 003	31,9
<i>hypertension artérielle sévère</i>	59 075	9,8	65 716	9,1	66 770	9,3	83 136	10,0	90 812	10,5
<i>cardiopathie congénitale, insuffisance, valvulopathie</i>	49 170	8,2	58 648	8,2	59 785	8,3	86 653	10,4	91 383	10,5
<i>accident vasculaire cérébral invalidant</i>	34 751	5,8	540 807	5,7	39 782	5,5	50 151	6,0	51 136	5,9
<i>infarctus du myocarde</i>	21 659	3,6	24 450	3,4	25 005	3,5	27 789	3,3	29 532	3,4
<i>accident vasculaire cérébral invalidant</i>	12 680	2,1	16 312	2,3	15 583	2,2	15 799	1,9	14 140	1,6
Tumeurs malignes	152 645	25,4	187 663	26,1	191 470	26,6	205 639	24,8	216 073	24,9
Psychose, trouble de la personnalité, arriération mentale	93 912	15,6	107 779	15,0	104 860	14,6	112 448	13,5	117 925	13,6
Diabète	69 631	11,6	91 751	12,8	95 985	13,3	116 332	14,0	119 699	13,8
Insuffisance respiratoire chronique grave	24 010	4,0	28 653	4,0	27 077	3,8	30 199	3,6	30 459	3,5
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	14 296	2,4	18 052	2,5	18 253	2,5	17 847	2,1	19 999	2,3
Autres ALD	69 729	11,6	79 684	11,1	75 833	10,5	84 725	10,2	87 507	10,1
TOTAL	601 558	100,0	719 515	100,0	720 403	100,0	830 718	100,0	868 665	100,0

Source : CNAMTS/DSM
(ETM = exonération du ticket modérateur)

On estime par ailleurs que les soins dispensés aux personnes en ALD représentent, toujours en 2002, 40 % des dépenses remboursées de soins de ville. Elles augmentent plus vite que les dépenses des autres assurés : 12,8 % par an en moyenne contre 4,5 % pour les autres malades.

Ces dépenses sont ainsi à l'origine des deux tiers de la progression des soins de ville.

Cette progression importante est appelée à se poursuivre car des facteurs pérennes d'augmentation de la dépense sont d'ores et déjà installés et identifiés :

- *le vieillissement de la population française* et l'entrée de la génération du baby boom d'après-guerre dans la phase de la vie où les problèmes de santé deviennent fréquents, engendrent inéluctablement un accroissement de la population atteinte d'une affection de longue durée;
- *l'épidémiologie de certaines affections* contribue également à la croissance du dispositif. Il en va ainsi pour les cancers dont « *la croissance annuelle de l'incidence, toutes localisations confondues est estimée, en moyenne, à partir des registres, à 0,8 % chez la femme et à 1 % chez l'homme* »⁶⁹. On observe également une augmentation de l'incidence pour le diabète. Or, les personnes atteintes d'un cancer ou de diabète représentent à eux seuls, plus d'un tiers des malades exonérés par le dispositif. Cet effet sera probablement renforcé par l'inscription de nouvelles affections sur la liste ;

⁶⁹ Incidence et traitement chirurgical des cancers. Etudes et résultats. DREES. octobre 2002.

- *le progrès des sciences et techniques médicales* en substituant de nouvelles thérapeutiques aux anciennes, plus efficaces mais aussi plus onéreuses, renchérit le coût du traitement (exemple des nouveaux traitements dans la sclérose en plaque) mais incite également au dépôt de demandes d'entrées en ALD. Le progrès médical contribue par ailleurs à allonger l'espérance de vie mais il fait croître, dans le même temps, la durée des traitements ;
- *la fréquence des demandes et des prises en charge en ALD 30 à pathologie égale, augmente.* Il existe en effet, une tendance des malades admissibles à l'ALD à se porter plus fréquemment candidats au dispositif. Ainsi en 1993, 62 % des diabétiques traités par médicaments étaient en ALD, en 2000, ils sont 73 % à en bénéficier.

3.2 Le constat et l'analyse de l'Assurance Maladie

Confrontée à ce constat, l'Assurance Maladie décide en 2003 de procéder à une analyse de l'ensemble du dispositif. S'il apparaît en effet que des facteurs lourds et peu maîtrisables orientent tendanciellement à la hausse les dépenses liées au dispositif ALD , il n'en importe que plus de s'assurer de la maîtrise :

- de l'entrée et du maintien dans le dispositif ;
- de la qualité de la prise en charge médicale ;
- d'une exonération du ticket modérateur limitée au traitement de la maladie qui a justifié l'entrée dans le dispositif de prise en charge des ALD.

Le travail de repérage des points névralgiques du dispositif ALD susceptibles d'être améliorés a été réalisé en 2003 et s'est poursuivi début 2004 pour prendre en compte la parution en décembre 2003 de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Le plan d'action sera effectif dès 2004 et des indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'évaluation seront mis en place (indicateurs de moyens et indicateurs de résultats) permettant ainsi de suivre l'évolution de ce plan d'actions, pas à pas.

La diversité des interventions envisagées nécessitera une planification précise des actions pour conserver une cohérence globale d'ensemble.

L'analyse des données issues de la gestion du dispositif ALD permet de disposer des informations suivantes :

- plus de 900 000 demandes d'entrées dans le dispositif ont été examinées en 2002 ; il y a eu 38 742 refus (4,1 %). Ce taux de refus est variable selon les pathologies concernées : il va de 1 % pour les tumeurs malignes à 16 % pour les affections du système ostéo-articulaires ;
- les médecins conseils ont procédé à 180 000 révisions qui ont abouti à 2600 suppressions du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur pour ALD ;
- le nombre moyen d'anomalies constatées dans l'utilisation de l'ordonnancier bitone⁷⁰ est de l'ordre de 10 %.

Compte tenu de l'importance médicale et de la taille du dispositif –il concerne, rappelons-le, 5,7 millions de personnes pour le seul régime général– ces informations indiquent, que le dispositif ALD s'acquitte correctement de sa tâche. Son efficacité peut cependant s'améliorer.

⁷⁰ L'ordonnancier bitone permet de distinguer les prescriptions liées à l'affection exonérante des prescriptions remboursées au tarif commun..

L'Assurance Maladie a donc passé en revue chaque phase de fonctionnement du dispositif afin d'en repérer les points névralgiques susceptibles d'être améliorés tout en respectant et si possible, en accroissant une qualité décisive du dispositif ALD : son aptitude à conjuguer réactivité, souplesse, et contrôle. Réactivité et souplesse car il s'agit le plus souvent de statuer sur des situations médicalement et humainement complexes. Contrôle car l'utilité et le coût du dispositif commandent d'y recourir à bon escient.

Trois axes d'amélioration et donc d'actions en découlent :

① **Agir sur la qualité de l'attribution de l'exonération du ticket modérateur.**

- par des actions concernant l'entrée dans le dispositif : au-delà d'améliorations des procédures d'examen des dossiers, il convient de souligner l'importance que revêt l'existence de recommandations précises et claires, tant sur le fond que sur la forme. Ces recommandations, dès lors qu'elles aident à réduire la part de subjectivité présente dans chaque décision, facilitent le travail du médecin traitant et du médecin conseil quant à l'appréciation du degré de gravité de la maladie et de la durée de l'exonération. En 2003, la CNAMTS s'est sur ce point tournée vers le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale (HCMSS) afin de lui faire part de ses propositions pour améliorer l'efficacité des critères d'attribution des ALD.

En 2004, cette action prendra une importance particulière dès lors que seront mises en œuvre les dispositions demandées par l'article 38 de la LFSS pour 2004. En effet, le protocole de diagnostic et de soins, rédigé conformément aux recommandations du HCMSS, signé par le médecin traitant, le patient et le médecin conseil devient opposable au patient et au médecin traitant ;

- par des actions concernant le maintien dans le dispositif. Les révisions de dossiers seront intensifiées en cours d'exonération et non exclusivement réalisées à la date butoir de fin d'exonération pré-définie. Ces interventions seront diversifiées pour mieux prendre en compte les enjeux de santé publique ou les évolutions des connaissances et des techniques. Ainsi, face à une évolution de stratégie thérapeutique pour une affection donnée, l'Assurance Maladie interviendra en organisant des révisions ciblées pour les patients en cours d'exonération pour cette affection avec éventuellement une action de communication auprès des professionnels de santé, voire des assurés. Cette plus grande souplesse d'intervention permettra une action globale plus cohérente et plus efficace en terme de qualité d'attribution et de maintien de l'exonération du ticket modérateur.

② **Contrôler l'utilisation qui est faite de l'exonération.** Il s'agit essentiellement ici, de maîtriser l'utilisation qui est faite du dispositif exonérant, et ce essentiellement au travers de l'usage fait de l'ordonnancier bizone. Ce point sera assuré à l'aide d'interventions ciblées vis à vis des prescripteurs et des assurés afin de vérifier que seuls les soins liés à l'affection de longue durée exonérante sont remboursés à 100 %. Le repérage des situations atypiques sera renforcé. Les contrôles seront intensifiés à partir de ciblages axés sur les abus de soins ou le non respect des dispositions réglementaires. Il faut signaler que l'impact de ces contrôles sur le comportement des assurés et des professionnels de santé serait nettement plus important si l'Assurance Maladie disposait de dispositifs de sanctions adéquates aux "infractions" constatées. Ce n'est pas le cas aujourd'hui.

③ **Vérifier que les soins pris en charge en ALD correspondent aux bonnes pratiques professionnelles** recommandées par l'ANAES et les sociétés savantes. Cet axe de travail vise à conférer au dispositif ALD une efficacité médicale optimale. Il s'appuiera sur des programmes nationaux de santé publique du même type que ceux réalisés pour le diabète et pour l'hypertension artérielle sévère. Des programmes régionaux de santé publique coordonnés au niveau national seront également mis en œuvre.

Les actions seront prioritairement concentrées sur certaines affections : maladies cardio-vasculaires, diabète, pathologies psychiatriques et tumeurs malignes. Touchant un grand nombre de personnes (80 % des patients en ALD), elles présentent un fort enjeu de santé publique et un fort enjeu financier.

L'enjeu est de réussir le passage d'une gestion individuelle au cas par cas des demandes d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée à une gestion globale de malades exonérés afin de pouvoir intervenir à tout moment et sur tous les éléments constitutifs du parcours de santé de ces malades.

V. - LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION

L'article 221-1 du code de la sécurité sociale précise que la CNAMTS a notamment pour rôle de « *promouvoir et coordonner les actions de prévention, d'éducation et d'information de nature améliorer l'état de santé des assurés et de leurs ayants droit.* »

La prévention est une fonction dont la définition est relativement complexe. L'organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle simplement que la prévention fait référence à toute action qui vise à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue d'un accident. Elle distingue dans ce cadre trois types de prévention :

- la prévention primaire dont le but est d'agir sur les facteurs de risque afin d'éviter ou de retarder l'apparition de la maladie.
- la prévention secondaire qui vise à détecter la maladie à un stade suffisamment précoce pour qu'il soit possible d'intervenir utilement et efficacement. Le dépistage est classiquement une prévention secondaire.
- la prévention tertiaire se fixe pour objectif, une fois la maladie survenue, d'éviter les récidives et de faciliter le cas échéant, la réinsertion sociale du malade.

Cette fonction prévention n'est pas, on le sait, un des traits dominants du système français. « *Le renouveau des politiques de prévention, note l'IGAS⁷¹, est en France un phénomène relativement récent. Si les politiques de santé ont progressivement recommencé à intégrer la dimension préventive, sous l'urgence à partir des années 1980 face aux impératifs de la lutte contre le SIDA, et de manière de plus en plus volontariste au cours des dernières années à travers la multiplication des plans nationaux de santé et la loi relative aux droits des malades et à la qualité des soins, ni la législation sanitaire ni l'organisation du système de santé n'ont été vraiment adaptées à cette évolution. De ce fait, l'administration de santé demeure aujourd'hui organisée davantage en fonction du renforcement de la sécurité sanitaire que d'une politique de santé globale..»*

Cette situation est appelée à changer profondément avec la loi de santé publique. Déjà, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins donnait dans son article L 1417-1, une longue définition de la prévention⁷² en s'efforçant de l'insérer dans l'ensemble de la politique de santé. La CNAMTS a pour sa part, commencé à redéfinir ses perspectives d'actions en matière de prévention pour tenir compte de ce nouveau paysage. On en trouvera un exposé dans la troisième partie du rapport.

Avant toutefois de présenter les actions entreprises par la CNAMTS en 2003 dans le cadre de la prévention, il est nécessaire de préciser qu'en matière de santé, la prévention prend de multiples visages.

Les développements suivants présenteront en effet les programmes de prévention et d'éducation sanitaire déployés par le FNPEIS⁷³ en 2003. Le budget de ce fonds est de 299 millions d'euros. La CNAMTS finance indirectement d'autres actions de prévention. Beaucoup d'actes quotidiens des professionnels de santé sont en fait affectés à de la prévention : conseils prodigues au cours d'une consultation, vaccinations, contrôles de la tension artérielle, examens biologiques de dépistage... Une part de ces actes est financée par l'Assurance Maladie.

⁷¹ IGAS - Rapport annuel 2003. Pour une politique de prévention durable.

⁷² « *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 en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie ou d'accidents. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. »*

⁷³ Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires.

Ainsi selon une étude de Thalès-CEMKA, les actes de prévention auraient représenté au sein des dépenses de soins de ville – consultations, prescriptions pharmaceutiques, imagerie, biologie – un montant de 2,6 milliards d'euros⁷⁴.

Par ailleurs, on ne saurait ignorer l'action d'autres institutions telles que la médecine du travail, la médecine scolaire, l'activité de prévention des accidents de la route ou encore les actions de contrôle de l'hygiène publique (contrôle de la qualité de l'eau, de l'air...)

Les actions de la CNAMTS sont regroupées en grandes séries de programmes : les programmes en faveur de la petite enfance et de l'adolescence, les programmes de dépistage et de traitements des grandes affections, des programmes concernant l'éducation du patient, et des programmes centrés sur la prévention des affections liées au vieillissement.

1. La vaccination rougeole - oreillons- rubéole.

En septembre 1999, a été engagée la prise en charge à 100 % de ce vaccin. A hauteur de soixante-cinq pour cent, la prise en charge était imputée au risque, le FNPEIS prenant à sa charge les 35 % restants.

Sur la base de deux doses de vaccin par enfant, une à partir de l'âge d'un an et l'autre entre 3 et 6 ans et d'un prix unitaire moyen de 14,5 euros, la prise en charge par le FNPEIS avait été évaluée à 5 millions d'euros environ.

La cible était le taux de vaccination recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : 95 % des générations concernées couvertes par le vaccin.

Cette cible n'est pas atteinte puisque depuis plus de cinq ans, le taux stagne à environ 84 %.

La CNAMTS a donc décidé de renforcer ses actions de proximité dans les 25 départements où le taux de vaccination est insuffisant. Deux formes d'actions ont été mises en œuvre :

- la mobilisation des professionnels de santé et la personnalisation du contact avec les parents concernés (envoi de lettres, relances téléphoniques...)
- le financement d'une campagne d'information (2,3 millions d'euros) et l'allocation de moyens au réseau des caisses primaires et des CGSS afin de compléter à l'échelon local cette information dans les formes les plus appropriées.

2. Le dépistage et le traitement des grandes affections.

Ce programme couvre le dépistage du diabète, de la méningite et de trois cancers. On développera ci-dessous les actions entreprises dans le cadre du dépistage des cancers. Trois d'entre eux font actuellement l'objet de campagne de dépistage : le cancer du sein, le cancer colo-rectal et le cancer de l'utérus.

Le cancer du sein

Le cancer du sein fait partie des cinq localisations anatomiques regroupant plus de la moitié des nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année. Le cancer du sein est en effet responsable de 34 000 nouveaux cas par an.

⁷⁴ Thalès-CEMKA, février 2001. Les dépenses de prévention en médecine générale.

Le budget 2003 pour le financement de cette campagne est de 53 millions d'euros ; il permet de financer la généralisation à l'ensemble des départements, enfin effective, du dépistage du cancer du sein. Cinquante structures nouvelles ont ainsi été créées. Un dépistage gratuit du cancer du sein a été proposé à plus de 5 millions de femmes de 50 à 74 ans.

L'année 2003 s'est concrétisée par la montée en charge du programme national de dépistage organisé du cancer du sein –qui concerne les femmes de 50 à 74 ans- et sa généralisation au 31 décembre à tous les départements.

L'objectif a été rempli à l'exception de la Guyane –en raison notamment de sa configuration géographique particulière et de son manque d'appareillage- mais dont la situation devrait être normalisée en septembre 2004.

L'Assurance Maladie a assumé le développement de ce programme qui se subdivise en deux volets :

- le dispositif de dépistage organisé proprement dit : l'Assurance Maladie cofinance, avec le Conseil Général ou l'Etat, les structures de gestion (investissement et frais de fonctionnement) qui sont appelées à procéder aux invitations des femmes et à la gestion de leur dossier :
- la campagne nationale d'information (TV, radio, affichage, presse...) en collaboration avec le ministère chargé de la santé, les deux autres régimes d'Assurance Maladie et la Ligue Nationale contre le Cancer.

Le cancer colo-rectal

Ce cancer est à l'origine de 35 000 nouveaux cas par an. Deux actions sont en cours en 2003 :

- Dans le département de la Manche, le FNPEIS finance une étude comparative concernant deux méthodes de dépistage : l'hémoccult et un test réalisé par des techniques d'immuno-fluorescence ;
- Une vingtaine de sites pilotes ont été choisis en 2002 pour mettre en œuvre le dépistage de masse de ce cancer et en tester les modalités organisationnelles. Ce travail a été réalisé en 2003 avec un budget prévisionnel de 27,8 millions d'euros. Il intègre la rémunération forfaitaire des médecins généralistes⁷⁵ qui participeront à la campagne dans le cadre de la remise du test Hémoccult II aux assurés sociaux ainsi que l'achat, la lecture des tests et les charges de fonctionnement liées à la gestion de la campagne.

Les départements concernés ainsi que la population cible -hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans- figurent dans le tableau ci-dessous :

Population cible par département pour le dépistage du cancer colo-rectal

Départements	Population cible	
	Hommes	Femmes
Charente	45 443	49 079
Côte d'Or	59 332	64 127
Indre et Loire	66 391	72 636
Saône et Loire	74 073	80 483
Calvados	72 845	82 533
Haut Rhin	85 080	89 229
Ile et Vilaine	96 667	106 973
Hérault	110 426	123 299
Isère	127 304	134 468

⁷⁵ Cette rémunération est fonction du nombre de tests lus.

Départements	Population cible	
	Hommes	Femmes
Seine Saint Denis	147 644	150 059
Bouches du Rhône	224 752	247 302
Nord	265 420	303 428
Allier	48 401	54 296
Puy de Dôme	77 579	84 665
Marne	63 519	68 310
Ardennes	35 157	37 395
Finistère	105 237	121 350
Mayenne	34 511	37 395
Orne	38 130	41 256
Pyrénées orientales	54 050	61 777
Essonne	127 929	133 301
Moselle	123 092	130 955
TOTAL	2 082 982	2 274 316
Population concernée en France entière	7 163 275	7 820 526
En %	29,1 %	29,1 %

Source : CNAANTS

Le cancer du col de l'utérus

Ces dernières années, le nombre de décès engendrés par ce cancer semble avoir régressé. On dénombre cependant, encore environ 5 000 décès par an du fait des cancers du col utérin. Or, traité très tôt, ce cancer guérit d'où l'importance du dépistage qui reste encore socialement inégal.

Les sites expérimentaux seront reconduits en 2003 en intégrant le site supplémentaire des Bouches du Rhône. Le coût prévisionnel de la campagne est estimé à 1,45 million d'euros.

3. La prévention des pathologies liées au vieillissement

Le vieillissement de la population française est appelé à s'accélérer dans la décennie à venir. La perspective d'un nombre croissant de personnes dont la durée de vie sans incapacité s'allonge, conduit à développer des programmes spécifiques destinés à prévenir les conséquences des pathologies liées au vieillissement.

La vaccination antigrippale

Les conséquences de la grippe sont bien sûr plus sévères sur les personnes âgées ; elles peuvent même dans certains cas être fatales.

Comme les années antérieures, le FNPEIS a donc pris en charge à hauteur de 35 % le coût du vaccin. Par ailleurs, il est prévu de faire un effort supplémentaire en direction des personnes âgées atteintes d'une ALD, insuffisamment vaccinées à ce jour. Environ 8,2 millions de personnes ont reçu un bon de prise en charge pour se faire vacciner gratuitement contre la grippe

Le dépistage expérimental de l'ostéoporose

L'ostéoporose constitue aujourd'hui un des problèmes majeurs de santé publique⁷⁶ tant par le nombre de personnes atteintes que par la gravité des conséquences et répercussions sur la qualité de vie des patients. Après 75 ans, plus de la moitié de la population féminine en est atteinte. La complication supérieure de l'ostéoporose en est la fracture du fémur et notamment de l'extrémité supérieure du fémur. Celle-ci est souvent à l'origine d'une entrée en situation de dépendance, voire d'une issue fatale. Son incidence est actuellement de 67,9 pour 10 000 pour les femmes et de 26,1 pour les hommes.

Au-delà de l'attention portée aux personnes âgées au travers des actions menées dans le cadre de la prévention des pathologies liées au vieillissement (nutrition, prévention des chutes), la CNAMTS a engagé une étude de faisabilité du dépistage de l'ostéoporose. Confiee à l'INSERM, cette étude montre une bonne réponse des femmes au dépistage. Selon les sites, 20 à 30 % d'entre elles sont considérées comme atteintes d'ostéoporose. Parmi elles, 48 à 58 % reçoivent un traitement médicamenteux approprié dans les deux mois qui suivent les dépistages.

Une étude plus vaste concernant sur ces cinq sites géographiques, une population de 75 000 femmes de plus de 60 ans a été engagée sur trois ans. Elle se fixe trois principaux objectifs :

- elle expérimentera différentes méthodes de dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie et ultra sons) ;
- elle estimera l'impact du dépistage en termes de prise en charge et de prévention des fractures ;
- elle sera accompagnée d'une étude économique qui évaluera le coût du dépistage et le rapprochera des coûts de prise en charge évités grâce au dépistage et à la prévention.

⁷⁶ La loi de santé publique en a fait un de ses objectifs : "réduire de 10 % d'ici à cinq ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

PARTIE 3 : BILAN, PERSPECTIVES ET AXES DE TRAVAIL

Construire une Assurance Maladie finançant des soins plus efficaces. C'est le défi auquel l'Assurance Maladie sera confrontée dans les prochaines années. Nul doute alors qu'à moyen terme, il lui faudra assurer son équilibre financier, réorganiser le système de soins et notamment la frontière entre les soins de ville et l'hôpital, intégrer pleinement la prévention et le dépistage dans le périmètre de soins afin de se mettre au diapason de la loi de santé publique.

Le souci de l'équilibre financier doit être permanent. C'est la leçon des années 1990 et de ce début de la décennie 2000. Il n'est guère envisageable de laisser durablement filer le taux de croissance des dépenses à un rythme significativement supérieur à celui des recettes. Les déficits se cumulent et créent des situations difficilement réversibles. Seconde leçon de ces années : dans une économie où la croissance risque de ne pas être aussi rapide qu'on pourrait le souhaiter et où les ressources publiques sont rares, le principal levier efficace et socialement équitable pour préserver l'équilibre des comptes reste la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Cette maîtrise doit être dynamique. En s'appuyant sur les progrès de la médecine et des techniques médicales, en tenant compte des choix collectifs en matière de santé, en respectant les enveloppes financières qui lui sont confiées, l'Assurance Maladie doit redessiner en permanence le périmètre des soins remboursables, redéfinir l'organisation de l'offre de soins pour en améliorer l'accès et l'efficacité.

Les choix collectifs en matière de santé publique seront désormais clairement affichés tous les cinq ans par une loi de santé publique. Il est permis de penser qu'à moyen terme, cette loi fera de la prévention et du dépistage un élément incontournable de l'offre de soins. L'Assurance Maladie, qui possède déjà une expérience dans le domaine de la prévention et de l'éducation sanitaire, sera partie prenante de cette orientation forte.

Ces lignes de force définissant les axes de travail à moyen terme ne sauraient toutefois faire oublier que les actions à mettre en œuvre devront être engagées ou renforcées rapidement. Il a paru important que l'Assurance Maladie en présente les plus urgentes.

Les développements qui suivent reprennent et détaillent l'ensemble de ces questions. Ils suggèrent que si toute régulation financière est aveugle quand cette régulation n'est pas médicalisée, aucune politique concernant la santé et l'Assurance Maladie ne peut ignorer les contraintes économiques et financières existantes.

I. L'EQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE

Par un curieux paradoxe, la notion d'équilibre financier de l'Assurance Maladie – si souvent évoquée dès lors qu'il faut rendre compte du « trou de la Sécurité sociale »- reste relativement peu explorée à la fois dans sa dimension juridique et dans sa dimension économique.

La dimension juridique d'abord : force est de constater que cette notion, telle qu'elle est décrite dans les textes qui gouvernent la sécurité sociale, est floue et peu opérationnelle.

- le code de la sécurité sociale, dans son article L 221-1 précise que « *la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle d'assurer sur le plan national en deux gestions distinctes le financement d'une part des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et d'autre part des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions.* » ;
- la loi organique du 22 juillet 1996 prévoit que « *chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale approuve les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.* » Le périmètre d'intervention des lois de financement est notamment défini par les dispositions qui affectent directement l'équilibre financier des régimes.

Mais les textes d'application qui auraient permis à la CNAMTS d'exercer le pouvoir que lui confère l'article 221-1 n'ont jamais été publiés. Par ailleurs, le champ de l'équilibre financier n'est pas identique dans les deux textes cités précédemment. Si le code de la sécurité sociale concerne un régime, la loi de financement fait référence à un ensemble de régimes. Si le code fixe comme rôle à la CNAMTS de maintenir l'équilibre financier de ses deux gestions, la loi de financement ne vise que « les conditions générales de l'équilibre financier. » La loi de financement fixe les objectifs de dépenses et prévoit les recettes « de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement. » Par ailleurs, elle ne retient pas concernant les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes un champ identique permettant d'estimer un quelconque équilibre financier. Il conviendrait plutôt de parler des conséquences financières de la loi de financement sur les régimes.

Ce flou comme l'effacement des entités financières que constituent les régimes derrière « *les conditions de l'équilibre financier* » de la loi de financement ont probablement concouru à ce que devienne plus lâche le lien entre l'équilibre financier des régimes et l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

La dimension économique ensuite : il n'est probablement pas abusif de dire que l'approche économique des conditions de l'équilibre financier de l'Assurance Maladie n'en est qu'à ses balbutiements. Une approche pragmatique conduisant à qualifier la conjoncture économique future en se référant à la situation du moment est longtemps restée dominante : la conjoncture était jugée plutôt favorable si l'on sortait d'une période de croissance faible ou nulle, même si les perspectives macro-économiques, quoiqu'un peu meilleures, restent peu brillantes. Elle apparaissait au contraire peu favorable si l'on sortait d'une période de très forte croissance économique.

En se plaçant dans une perspective de plus long terme, il est cependant possible d'approcher de façon plus réaliste les conditions de l'équilibre financier du régime.

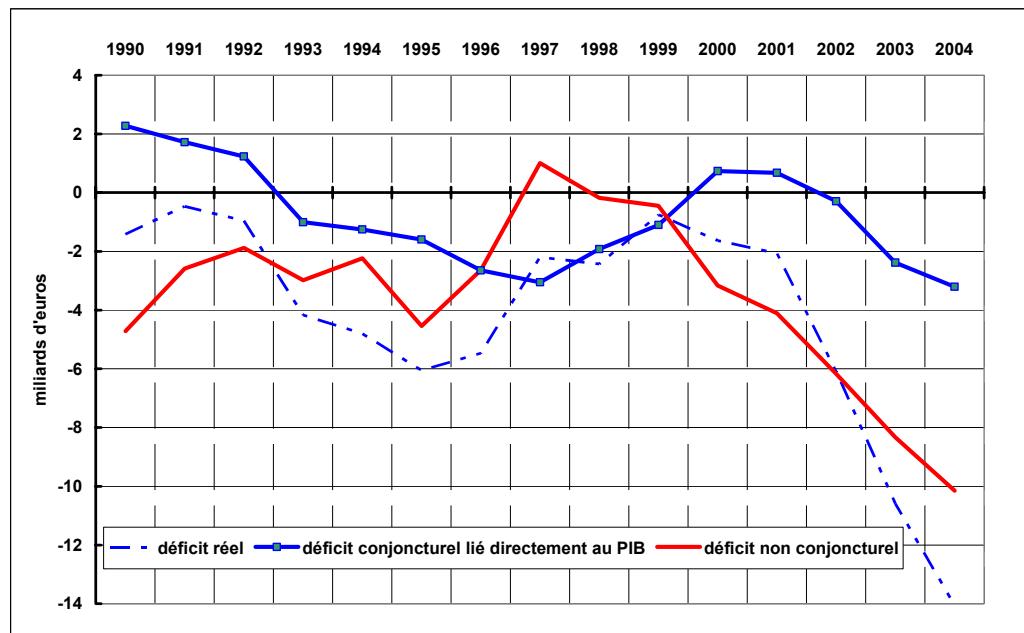
1. Le déficit de l'Assurance Maladie est principalement d'ordre structurel

L'effet de la situation économique sur les comptes sociaux est alors apprécié non par rapport à un passé récent mais par rapport à une croissance de référence de moyen ou long terme. L'impact de la conjoncture économique sur les recettes des régimes de sécurité sociale sera évalué en comparant les recettes apportées par le niveau de PIB effectivement atteint à celles qui auraient été engrangées par ces régimes si le PIB avait atteint le niveau auquel aurait conduit d'année en année, cette croissance de référence⁷⁷.

La croissance de référence est en l'occurrence la croissance potentielle, estimée par la Direction de la prévision et de l'analyse économique, à + 2,2 % en volume par an. Elle se définit comme la croissance maximale que peut soutenir cette économie sans que n'apparaissent des tensions inflationnistes ou déflationnistes. En général, la croissance économique s'écarte chaque année, en plus ou en moins, de la croissance potentielle. L'écart ainsi créé au fil des ans, entre le niveau effectif de la richesse nationale (le produit intérieur brut) et son niveau potentiel (c'est à dire celui qui correspond à son sentier de croissance potentielle) est de nature purement conjoncturelle. En se référant sur moyenne période à cette croissance, il devient possible de mesurer l'effet de la conjoncture économique sur les recettes.

Le solde du régime général comprendra alors chaque année, une composante de nature conjoncturelle et une composante plus structurelle. Le graphique ci-après, montre les évolutions de 1990 à 2004 de la composante conjoncturelle et de la composante structurelle du déficit de la CNAMTS.

SOLDE STRUCTUREL AVEC UNE CROISSANCE POTENTIELLE DE + 2,2 % PAR AN



⁷⁷ Ce type d'analyse a été largement développé par la direction de la prévision et de l'analyse économique (DP) qui a résumé récemment cette problématique, ainsi que les enseignements qu'on pouvait en tirer sur la période 1990-2004, à l'intention du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ce document constitue l'annexe 28 du rapport, finalisé le 23 janvier dernier par le Haut Conseil

En période de difficultés économiques comme 1993 ou 2003 -lorsque le PIB devient inférieur à son niveau potentiel- on observe nettement un accroissement de la composante conjoncturelle du déficit. A l'inverse, l'amélioration de cette composante est contemporaine des phases de forte croissance économique (2000, 2001). On notera également l'allure de la composante structurelle du déficit et son impressionnante plongée à partir de 1999.

Il convient néanmoins, afin de prendre une vue plus exacte du déséquilibre structurel dont souffre la Cnamts, d'analyser plus en détail le contenu de chacune de ses composantes.

1.1 La composante conjoncturelle du déficit

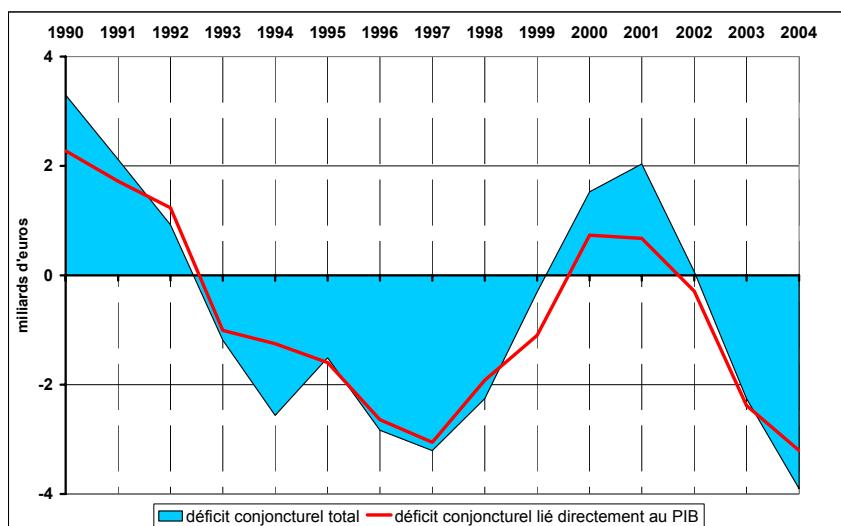
Les fluctuations économiques ont plusieurs conséquences sur les finances sociales.

L'assiette des prélèvements destinés à assurer le financement de l'Assurance Maladie augmente, en première approximation, de façon proportionnelle au PIB. Si le niveau de cette production est supérieur de 1 % à son niveau potentiel, alors cette assiette aura toute chance d'être elle aussi, supérieure de 1 % environ à ce qu'elle aurait potentiellement pu être⁷⁹.

Toutefois, la masse salariale n'évolue pas strictement à la même vitesse que le PIB⁸⁰, mais un peu plus vite ou un peu moins vite selon la conjoncture économique. C'est ce que signifie ici le terme « environ ». En fait, la croissance de la masse salariale paraît un peu plus faible que celle du PIB, quand la croissance de celui-ci est particulièrement faible. Elle est un peu plus forte au contraire, quant la croissance de l'économie dépasse sa croissance potentielle⁸¹.

Au fil des ans, la conjoncture vient donc moduler l'équilibre structurel du régime général en améliorant son solde comme ce fut le cas au début des années 1990 et au tout début des années 2000 et en l'alourdisant comme entre 1993 et 1998 ou encore comme à présent (voir graphique).

SOLDE CONJONCTUREL AVEC UNE CROISSANCE POTENTIELLE DE + 2,2 % PAR AN



⁷⁹ Sur la décennie 1990, la masse des salaires et traitements bruts versés aux ménages a représenté « environ » 38 % du PIB.

⁸⁰ Qui évolue le plus vite sur une période donnée ? La masse salariale ou la richesse nationale (PIB) ? Pour répondre à cette question, les économistes se servent d'un instrument particulier appelé « élasticité ». Il consiste à rapporter l'évolution de la masse salariale à celle du PIB. Si ce rapport est égal à 1, masse salariale et PIB évoluent à la même vitesse. Inférieur (supérieur) à 1, le rapport indique que la masse salariale évolue moins (plus) vite que le PIB. Cette élasticité elle-même semble dépendre des fluctuations conjoncturelles.

⁸¹ De surcroit, l'évolution du taux de recouvrement des cotisations est un peu plus faible en période de conjoncture économique difficile.

Les recettes de la CNAMTS ont été conjoncturellement plus fortes de 1990 à 1992, et ceci malgré la décélération du PIB qui a marqué le début des années 1990. Elles ont été ensuite relativement faibles entre 1993 et 1999, mais à nouveau plus fortes en 2000 et 2001. Elles sont plus faibles depuis. (Les termes *plus fort* et *plus faible* s'entendent toujours par rapport au niveau potentiel du PIB).

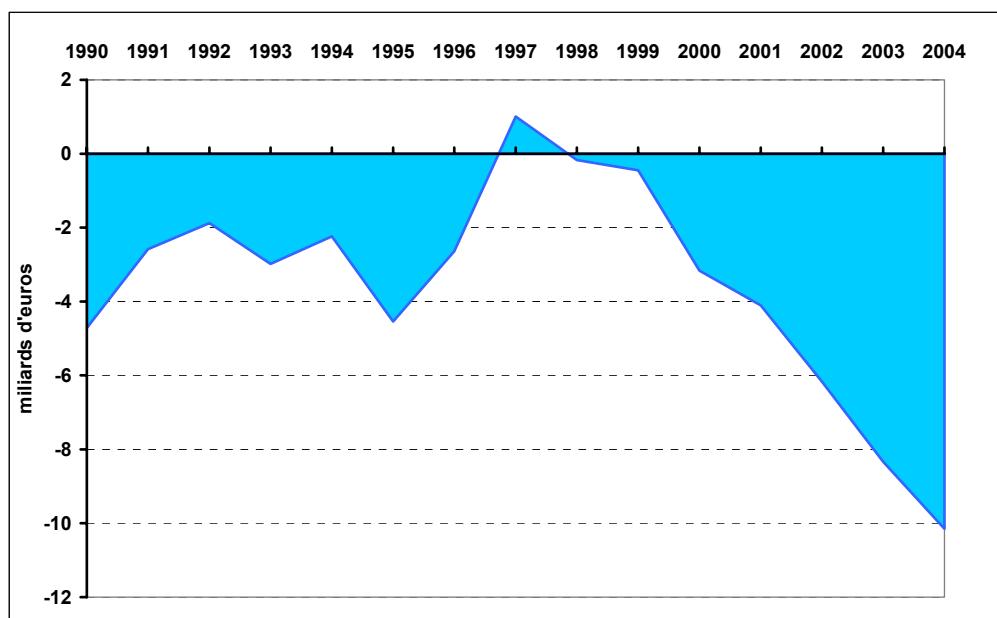
Ainsi, en 2003, le déficit de la CNAMTS s'est accru de plus 2 milliards d'euros en raison de ses variations conjoncturelles ; il devrait encore s'alourdir d'autant en 2004.

1.2 La composante structurelle du déficit

Le déficit structurel est lui-même formé de deux composantes distinctes : le déficit tendanciel et les mesures de financement qui ont été prises pour équilibrer les comptes. C'est la résultante de ce déficit tendanciel et de ces mesures de financement qui forme chaque année le solde structurel de la branche maladie du régime général.

Depuis 1990, la composante structurelle du solde de la branche maladie du régime général a pratiquement toujours été négative (à l'unique et notable exception de 1997).

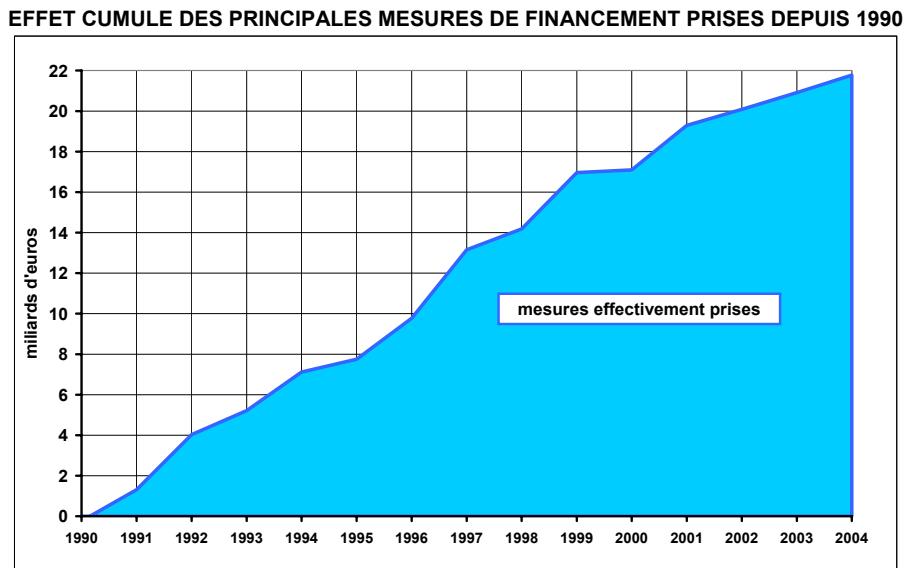
SOLDE NON CONJONCTUREL DE LA CNAMTS – 1990 A 2004



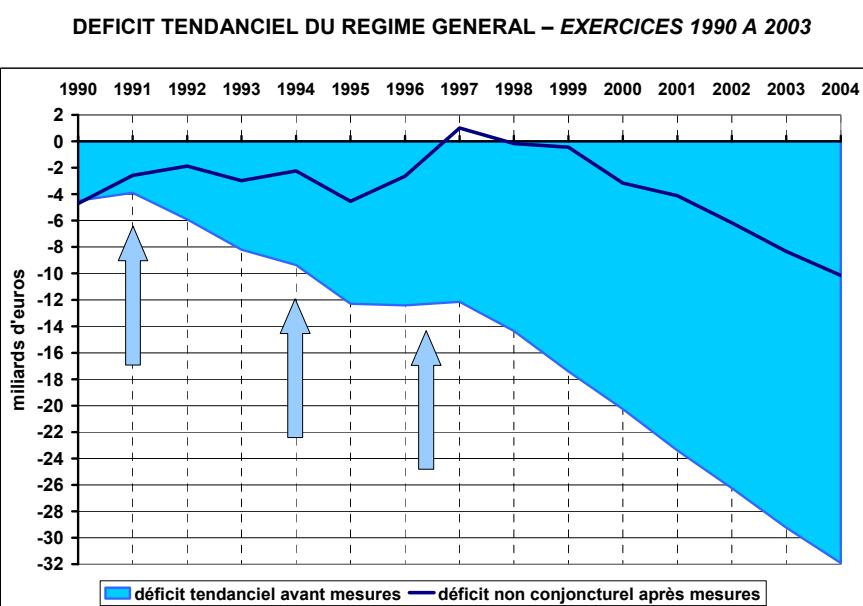
Le profil de ce solde ne donne toutefois pas une idée exacte de la dégradation tendancielle de la situation financière de l'Assurance Maladie. Il montre ainsi (voir graphique ci après) de 1995 à 1999 un rétablissement du solde structurel qui repose pour partie sur les mesures de financement prises par les pouvoirs publics au cours de la période.

Ces mesures de financement ont été prises à l'occasion des différents plans concernant l'Assurance Maladie qui ont marqué la décennie 1990 – 2000 : plan Durieux en 1991, plan Balladur - Veil en 1993, plan Juppé en 1995 et 1996, la substitution de la contribution sociale généralisée aux cotisations salariales en 1997 et 1998... L'ensemble de ces mesures représentent en montant cumulé, environ 160 milliards d'euros sans compter les reprises de dette qui sont intervenues par trois fois sur la période : en décembre 1993, en décembre 1995 et en décembre 1997.

On juge de l'impact global de ces mesures à la lecture du graphique suivant : le déficit annuel du Régime général se trouve allégé aujourd'hui de 20 milliards d'euros environ, du fait de toutes les mesures de financement qui sont intervenues depuis le début des années 90.



En neutralisant les effets cumulés de ces mesures, on obtient une image réaliste de la dérive tendancielle (avant toute mesure de redressement) du solde du Régime général. Ce déficit, dont les fluctuations conjoncturelles, on le rappellera, ont en principe été éliminées, figure sur le graphique ci-dessous.



L'ampleur de la dérive financière est manifeste : en treize ans, le déficit tendanciel du régime général a augmenté de 25 milliards, puisqu'il est passé de 4 milliards en 1990 à 29 milliards en 2003⁸².

⁸² Sauf indications contraires, les montants retracés sont exprimés en euros courants. Exprimé en euros constants, l'accroissement du déficit tendanciel de la CNAMTS serait tout de même sur la même période de 23 milliards ...

Cette dérive n'a pas été régulière. Le déficit s'est stabilisé en 1991, a augmenté faiblement en 1994, et, surtout s'est stabilisé à nouveau, durant deux ans cette fois-ci, entre 1995 et 1997. La stabilisation du déficit durant ces trois périodes est, à n'en pas douter, à relier aux plans de financement particulièrement conséquents qui ont été mis en œuvre, d'abord en 1991, ensuite en 1993 et enfin en 1995. Mais elle ne résulte pas, du moins pas directement, des mesures de financement qui ont été adoptées alors, puisque justement l'impact financier immédiat de ces mesures a été neutralisé ici pour pouvoir apprécier en tendance le déficit de la CNAMTS. Il y a donc bien eu alors une modification des comportements des acteurs du système : durant ces périodes qui semblent avoir été tout à la fois des périodes de faible croissance économique et des moments de mobilisation collective (en tout cas d'interrogations fortes) autour de réformes qui apparaissaient urgentes en raison des déséquilibres financiers qui se faisaient jour, la consommation médicale et l'activité des professionnels de santé ont connu une période de décélération.

En dehors de ces périodes d'accalmie (1991 et 1995 -1997), le déficit du Régime général d'assurance maladie a progressé à un rythme rapide et régulier, et cette progression, un peu plus importante depuis 1998, est sur les dernières années de l'ordre de 2,8 milliards d'euros par an, soit environ 0,2 point de PIB⁸³.

En tenant compte de ces tendances, il est possible d'analyser l'équilibre des comptes sociaux en 2004 et 2005.

2. Un retour à l'équilibre à moyen terme rendu particulièrement difficile par des facteurs tout à la fois conjoncturels et structurels

2.1. L'environnement économique restera défavorable à l'équilibre des comptes sociaux en 2004 et 2005

Pour 2004 et 2005, les budgets économiques de la Nation publiés en mars 2004 reposent sur l'hypothèse d'un redémarrage progressif de l'économie française.

Le PIB progresserait ainsi de + 1,7% en volume en 2004 (après une quasi-stabilité en 2003 : + 0,5%), puis de + 2,5% en 2005.

En valeur, la progression du produit intérieur brut serait de + 3,4% en 2004 et de + 3,8% en 2005. Ces progressions restent très sensiblement supérieures à la croissance attendue de la masse des salaires reçus par les ménages : + 2,7% en 2004 (soit une progression à peine supérieure à celle de 2003 : + 2,1%), et + 2,7% en 2005, soit à peine plus qu'en 2004.

RESULTATS 2000-2003 ET PRINCIPALES HYPOTHESES MACRO-ECONOMIQUES POUR 2004 ET 2005
Comptes de la Nation et budgets économiques du printemps 2004

	(En %)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PIB en volume	3,8	2,1	1,2	0,5	1,7	2,5
prix du PIB	1,0	1,8	2,3	1,5	1,7	1,3
PIB en valeur	4,8	3,9	3,5	2,0	3,4	3,8
prix de la consommation finale des ménages	1,5	1,6	1,9	2,0	1,9	1,5
emploi salarié (secteur concurrentiel non agricole)	3,9	2,6	1,0	0,0	0,4	1,1
Masse salariale (ensemble des ménages)	5,5	5,4	3,6	2,1	2,6	2,7

⁸³ Cette progression est exprimée ici en euros de 2002, année où le PIB valait 1520 milliards.

Le financement de l'Assurance Maladie repose bien sûr pour une très large part sur les salaires. Or, en 2004 et 2005, leur croissance devrait, suivant ces prévisions, rester relativement modeste en dépit d'une reprise de la progression de l'emploi salarié dans le secteur concurrentiel non agricole : + 0,4 % en 2004, + 1,1 % en 2005.

Ainsi, l'environnement macro-économique, tel qu'il est escompté aujourd'hui, devrait rester défavorable à l'équilibre de l'Assurance Maladie pendant les deux prochaines années (2004 et 2005).

Avant toute mesure, deux facteurs vont donc peser les comptes du régime général en 2004 et 2005 : le déficit structurel de la branche maladie devrait continuer à s'alourdir d'environ 3 milliards d'euros par an, et il risque d'en aller de même de son déficit conjoncturel. Celui-ci devrait en effet s'aggraver en 2004, compte tenu de la faiblesse d'une croissance économique qui devrait rester en deçà de la croissance potentielle de l'économie française (+ 2,2 %). Il risque de s'alourdir encore en 2005, malgré un retour à une croissance économique supérieure à la croissance potentielle, en raison de l'atonie persistante de la masse salariale.

2.2 Un déficit de 13 à 14 milliards en 2004, en croissance tendancielle de 3 milliards chaque année

Compte tenu de ces éléments, malgré les mesures inscrites dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, le déficit de la CNAMTS devrait être compris entre 13 et 14 milliards en 2004. **Sans prendre en compte à ce stade de nouvelles mesures de redressement**, ce déficit serait de l'ordre de 17 à 18 milliards en 2005 et il augmenterait de 3 milliards chaque année.

Pour aller un peu plus loin dans cette esquisse financière, on peut, à titre exploratoire pour les années 2006 et 2007, faire l'hypothèse d'une croissance de l'économie qui resterait légèrement supérieure à sa croissance tendancielle, et d'une masse salariale un peu plus dynamique qu'en 2004⁸⁴. Le cadre macro-économique ainsi bâti est très frustre et parfaitement conventionnel, mais il permet de préciser ce que seraient les conditions de l'équilibre à moyen terme du régime général, dans un environnement plutôt favorable.

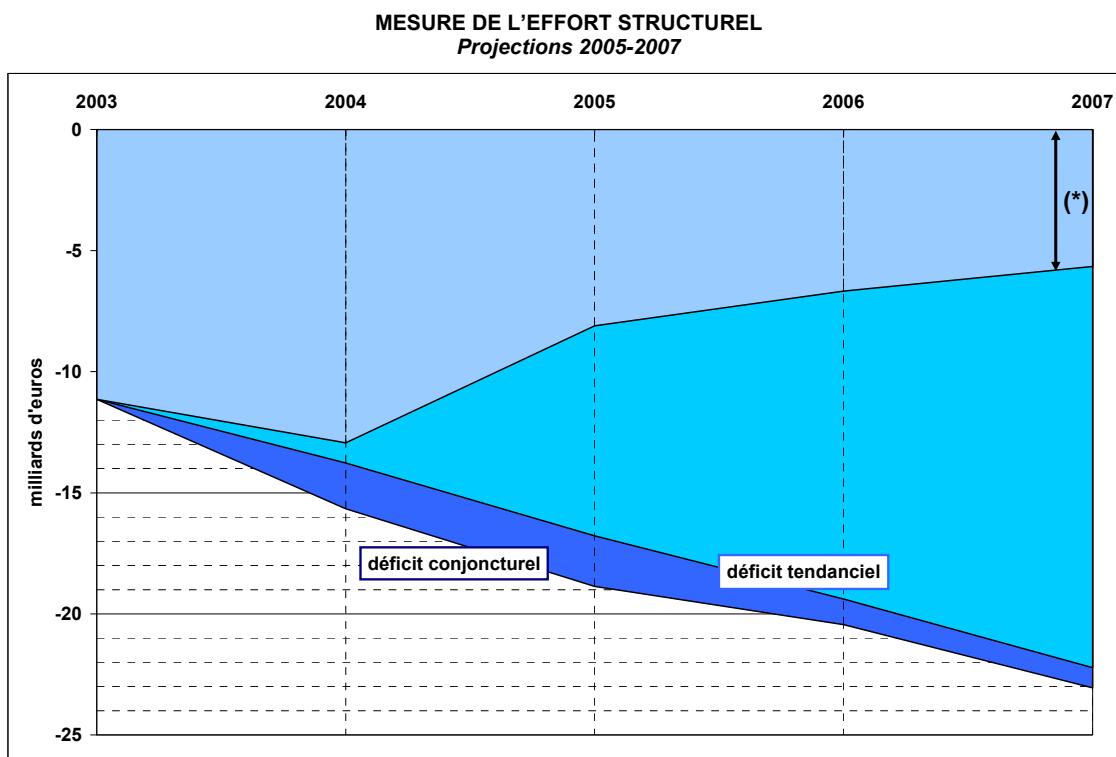
Les mesures financières contenues dans le projet de loi relatif à l'Assurance Maladie, qui vient d'être soumis au Parlement, visent à rapprocher de l'équilibre la branche maladie du régime général en 2007. Le dispositif financier qui est mis en œuvre repose sur un intervention de la CADES visant à reprendre les déficits cumulés jusqu'à fin 2004 (environ 32 milliards), mais aussi ceux de 2005 et de 2006 (soit au total 45 à 47 milliards). Ainsi, le retour à l'équilibre ne paraît pas pouvoir être acquis avant 2007.

De fait, ce plan de réforme de l'Assurance Maladie se donne pour objectif d'alléger de 15 milliards environ le déficit d'exercice du régime général en 2007, grâce à des mesures comportant tout à la fois des recettes supplémentaires (+ 5 milliards à partir de 2005) et des actions sur les dépenses, qui conduiraient à des économies d'un peu plus de 3 milliards en 2005, d'environ 6,5 milliards en 2006 et de finalement 10 milliards en 2007.

La mise en œuvre rapide de ces mesures soulagera fortement la branche maladie du régime général dès 2005, puisque son déficit pourrait alors revenir à -8 milliards l'année prochaine. Il devrait s'améliorer encore en 2006 et 2007.

⁸⁴ Les hypothèses retenues ici, à titre purement conventionnel, sont celles d'une croissance en volume du PIB de + 2,5 % par an à partir de 2005, et d'une accélération de la masse des salaires versés : + 2,7 en 2005, + 4,0 % en 2006 et 2007.

Par ailleurs, le retour à l'équilibre supposera d'infléchir durablement la tendance à la dégradation structurelle du déficit. Sans cette action structurelle sur les dépenses, ces efforts d'économie risqueraient en effet d'être contrecarrés par cette croissance tendancielle du déficit : si la tendance observée au cours des dernières années devait se maintenir, il ne serait pas certain que le déficit du régime général d'Assurance Maladie puisse être ramené à moins de 5 milliards d'euros en 2007, comme l'illustre le graphique ci-après.



(*) Ecart tendanciel après mesures annoncées et hors effets structurels supplémentaires sur la dépense

Il faut donc associer aux mesures d'économie proprement dites, une action structurelle sur les comportements, notamment au travers d'une définition plus précise et mieux respectée du périmètre de soins, qui doit permettre de ramener la croissance tendancielle de la consommation de soins remboursables à un chiffre compatible avec la croissance économique.

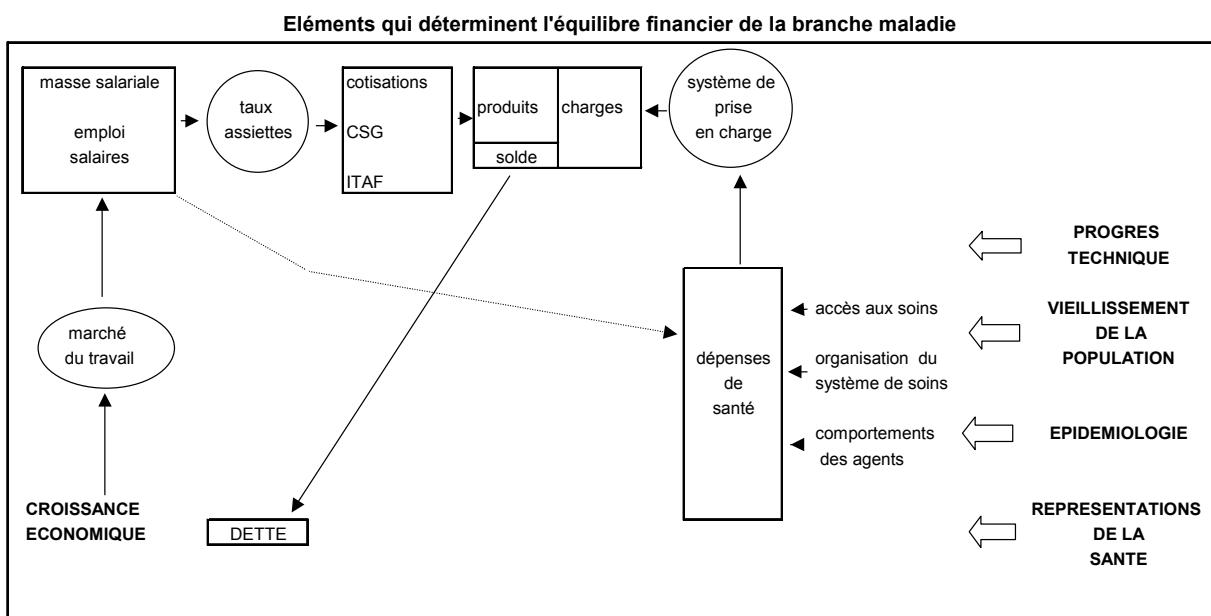
L'écart tendanciel mis en évidence en fin de période représente donc l'effort qui devra être fait par les gestionnaires de l'Assurance Maladie pour infléchir la tendance à la croissance des dépenses. Cette hypothèse est tenable avec un taux de croissance structurel de la consommation de soins d'un point supérieur environ à la croissance structurelle du PIB.

Ramener la croissance de la dépense à un rythme compatible avec la croissance des prélèvements qui lui seront affectés, tel est le défi auquel se trouve confrontée l'Assurance Maladie.

Ce rapport se donne pour objectif de contribuer, par ses propositions, à un retour aussi rapide que possible à l'équilibre.

3. Sortir de l'impasse

L'équilibre financier d'un régime d'assurance maladie dépend en effet de multiples éléments parmi lesquels la croissance économique et celle des recettes, la structure de sa population d'assurés mais aussi le système de prise en charge, les facteurs qui déterminent la consommation médicale... Lorsque l'ensemble de ces facteurs n'évolue plus durablement en phase, il existe alors une menace pour l'équilibre financier du régime. Le schéma suivant présente les principaux déterminants de l'équilibre d'un régime d'assurance maladie.



La prise en considération de l'ensemble de ces éléments conduit à mesurer la complexité du problème auquel est confrontée l'Assurance Maladie :

- la croissance économique, à elle seule, ne sera pas suffisante : au-delà des fluctuations conjoncturelles, à moyen terme, le rythme de croissance de notre économie tournera autour de sa croissance potentielle (2,2 %). Le rythme nécessaire pour engendrer des recettes permettant de couvrir un déficit progressant de 2,8 milliards d'euros par an serait de 2 points supérieur à la croissance potentielle (2,2 %), soit un quasidoublement de cette dernière ;
- l'augmentation des prélèvements (taux de CSG ou de cotisations) si elle peut s'avérer indispensable ne serait pas toutefois une solution pérenne. Il faudrait en effet, une fois le régime remis à l'équilibre, l'équivalent d'une hausse de 1 point de CSG tous les trois ans pour ne pas, de nouveau, recommencer à accumuler du déficit ;
- symétriquement, si l'on peut dire, la baisse des taux de remboursement qui serait nécessaire pour rééquilibrer le système serait incompatible avec le rôle social que joue l'Assurance Maladie ;
- la dette enfin ne doit pas croître indéfiniment, le coût de la consommation actuelle ne pouvant être systématiquement rejeté sur les générations futures ;

- les dépenses, fortement déconnectées de la situation économique, obéissent à trois séries de déterminants :
 - le vieillissement de la population qui contribuera à une augmentation limitée mais réelle des dépenses de santé s'accompagnant d'une forte croissance de la dépendance ;
 - la non maîtrise de l'extension du périmètre de soins remboursables qui, du fait de l'évolution du progrès technique, de l'épidémiologie et des représentations de la santé conduit à une augmentation continue des charges de l'Assurance Maladie ;
 - l'importance des déperditions dans le système de soins du fait de prises de décisions non optimales des offreurs et demandeurs de soins mais aussi et surtout de la mauvaise organisation du système.

Sans négliger aucun des paramètres mentionnés ci-dessus et notamment la fixation de recettes à un niveau suffisant, la garantie d'un équilibre financier *durable* de l'Assurance Maladie passe par une maîtrise dynamique des dépenses. Cette maîtrise implique deux actions d'envergure : la mobilisation des marges d'économies qui existent dans le système, la mise en œuvre d'une nouvelle définition du périmètre de soins remboursable et sa gestion active.

Le premier volet concernant les économies potentielles en médecine ambulatoire est examiné ci-après. Il fonde les travaux engagés dans le cadre du plan d'actions (cf. Partie V). Il doit être complété avec les marges résultant d'une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital (cf. Partie III), sans parler des marges d'économie propres à l'hôpital lui-même, qui nécessiteront une analyse plus développée⁸⁵. L'analyse des problèmes liés au périmètre de soins sera exposée plus loin, lorsque seront abordées les actions correctrices proposées par la CNAMTS pour l'année 2005 (cf. Partie V). L'ensemble doit être résitué dans le cadre des priorités de santé publique qui seront désormais fixées par la loi de santé publique (cf. Partie IV).

⁸⁵ Le travail a été engagé par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. En 1999 la CNAMTS avait estimé, dans le cadre de son plan stratégique, que les marges d'économie à l'hôpital représenteraient la moitié, environ, des marges d'économie totales.

II. Un premier volet : les gisements d'économies potentielles

Il convient de partir toujours de ce même constat : les tendances qui sous-tendent aujourd'hui l'évolution des dépenses d'assurance maladie sont des tendances lourdes dont il ne faut pas attendre qu'elles s'infléchissent spontanément.

1. La problématique

Le vieillissement rapide de la population française, la modification des besoins sanitaires qui l'accompagne, l'évolution des comportements de consommation médicale caractérisée par le développement d'actions de plus en plus précoce de prévention mais aussi par une demande de soins qui augmente rapidement avec l'âge, l'augmentation du nombre de maladies chroniques traitées avec un succès sans cesse croissant, l'évolution des techniques médicales qui permettent d'arriver à un tel résultat : tout cet ensemble de facteurs inscrit la dépense de santé sur une trajectoire rapide, plus rapide que celle de la croissance de l'économie française.

L'impératif « d'économie » - de moindres dépenses si l'on préfère - se loge à cet endroit précis. La croissance économique mesurant les richesses nouvellement produites, peut-on raisonnablement accepter que la progression des dépenses de santé et donc d'assurance maladie en mobilisent une part de plus en plus importante ?

Cette question n'est pas – loin s'en faut – qu'une question de déficits publics liée au pacte de stabilité ou aux normes financières européennes. C'est en effet par rapport à des éléments bien plus pertinents que se pose cette question.

En premier lieu, par rapport à la part de ressources publiques que la nation entend affecter à la santé : cette enveloppe, qui doit être compatible avec l'équilibre financier à moyen terme des régimes, doit être respectée, ensuite par rapport à la finalité des dépenses de santé, en d'autres termes par rapport à l'état de santé de la population. Les ressources publiques consacrées aux dépenses d'assurance maladie doivent permettre d'accéder au meilleur état de santé possible de la population.

Pour l'Assurance Maladie, il s'agit bien d'utiliser au mieux les ressources publiques pour que soit atteint l'état de santé de la population collectivement défini. Cette problématique qui, on le voit, pose le problème de la relation entre la loi de financement de la Sécurité sociale et la loi de santé publique, permet de préciser la façon dont se pose le problème des économies potentielles.

- D'un côté, plus d'un milliard d'événements différents, qui résultent tout à la fois de demandes de soins émanant de plusieurs dizaines de millions de patients et de pratiques professionnelles mises en œuvre par plusieurs centaines de milliers de personnes déterminent chaque année les dépenses de santé et donc les dépenses d'assurance maladie. Ces millions de décisions individuelles sont régies, du moins en théorie, par une réglementation et des référentiels médicaux. Lorsque les décisions des assurés et professionnels de santé ne respectent pas, soit les textes et la réglementation, soit les recommandations de bonne pratique médicale, apparaît une surconsommation de biens et services médicaux dont l'élimination constitue une source non négligeable d'économies ;

- de l'autre côté, des décisions publiques fixent les objectifs d'assurance maladie et définiront les objectifs de santé publique. C'est le domaine des équilibres financiers, des contraintes macroéconomiques, de la décision et des choix collectifs. Les économies potentielles sont ici liées à la capacité de l'Etat et de l'Assurance Maladie de conférer le maximum d'efficacité à la dépense de santé. Ainsi, si la France se caractérise par un niveau de dépenses de santé et d'assurance maladie et par un état de santé de sa population, est-on certain qu'indépendamment des mesures nécessaires pour améliorer cet état de santé, d'autres mesures ne permettraient pas d'atteindre ce même état de santé avec une dépense moindre ?

Ces deux questions définissent, semble-t-il, le champ des économies potentielles pour l'Assurance Maladie. Elles visent toutes deux à conférer le maximum d'efficience à la dépense : élimination des consommations inutiles et abusives pour l'une, amélioration de l'efficacité du système pour l'autre. Elles n'ont probablement pas la même portée : remise à niveau des dépenses pour la première, action à plus long terme pour la seconde qui vise à obtenir un effet durable sur la croissance des dépenses d'assurance maladie.

Cet objectif n'est évidemment pas neuf pour l'Assurance Maladie : ses publications passées et ses actions en témoignent. Ce qui est nouveau en revanche, c'est son ampleur et la position centrale qu'il devrait occuper dans l'activité future de l'Assurance Maladie.

Il reste bien sûr à repérer ces marges d'économies, à les qualifier, à les évaluer et à construire les actions qui permettront de les réaliser.

A l'heure actuelle, l'Assurance Maladie dispose pour repérer, qualifier et évaluer ces marges d'économies de trois approches nécessairement diverses :

- une approche essentiellement globale, celle des statisticiens de l'Assurance Maladie : il s'agit ici soit d'interroger de grands ensembles de données, d'en extraire les comportements moyens et leur dispersion soit de décrire la trajectoire temporelle d'agrégats de dépenses ;
- une approche médicale, celle du service médical de l'Assurance Maladie, et qui vise à l'aide de l'outil statistique, à évaluer la conformité des pratiques des professionnels soit aux dispositifs médico-administratifs, soit aux référentiels médicaux ;
- une approche qui veut rassembler professionnels de santé et gestionnaires de l'Assurance Maladie autour de comportements efficaces et d'objectifs clairs, qui est d'ordinaire celle des « gestionnaires du risque », et qui doit permettre une synthèse opérationnelle des approches précédentes.

Chacune de ces approches produit pour son propre compte des éléments d'analyse, mais le panorama financier qui serait à même de répondre à la problématique évoquée plus haut est difficile à reconstituer.

En premier lieu, parce que les systèmes d'information de l'Assurance Maladie sont encore imparfaits. Pour évaluer l'efficacité d'un système de santé et d'assurance maladie, la place de la pathologie traitée et du traitement retenu est décisive. Or, ni la pathologie (exception faite des affections de longue durée), ni le traitement ne sont encore accessibles.

Ensuite, parce que les travaux engagés et disponibles débouchent pour l'heure, sur un bilan encore partiel. Dans le domaine de l'Assurance Maladie, l'accent a été mis d'abord sur les éléments de connaissance les plus sûrs et, de préférence, les plus consensuels. Il est donc très plausible qu'il reste des gisements d'économies potentielles non prospectés et probablement même encore inconnus. Deux exemples peuvent être mis en avant. La vedette du catalogue d'économies qui suit est incontestablement le médicament, pour des raisons qui tiennent certainement à l'importance particulière de ce secteur pour l'Assurance Maladie (ce poste de dépenses représente pour le régime général 15 milliards, soit le tiers des soins de ville) et aux compétences qu'elle a acquises dans ce domaine. A contrario, le grand absent de ce même catalogue est l'hôpital, dont l'Assurance Maladie a une visibilité faible relativement aux soins dispensés en ville, en même temps qu'elle a été tenue relativement éloignée de sa gestion.

Enfin, il n'existe pas de synthèse active de ces travaux. Les études médicales se concentrent d'abord sur la technique médicale elle-même, les aspects économiques et financiers des problèmes analysés étant naturellement seconds par rapport aux problématiques mises en œuvre. De même, les accords conclus par voie conventionnelle débouchent sur des actions qui se donnent souvent pour objectif de diminuer de 5% les dépenses d'un secteur donné. Ce tropisme des 5 % est le résultat d'un compromis entre l'importance des économies potentielles, que l'on reconnaît, et leur faisabilité sur le terrain, que l'on suppose délicate. Les études économiques si elles établissent les ordres de grandeur, les variations possibles, les écart entre évolutions réelles et objectifs, l'ampleur des mesures de redressement nécessaires n'ont que peu exploré le passage entre ces constats macro-économiques et les éléments concrets de l'activité des professionnels de santé susceptibles non seulement d'expliquer cette activité mais de la modifier.

Le panorama financier qui en résulte est donc souvent redondant. Les différentes approches exposées ci-dessus se recoupent forcément. Elles devront à l'avenir, autant que faire se peut, se compléter. On peut cependant aujourd'hui, à l'aide de ces trois approches, établir le bilan suivant⁸⁶ en matière d'économies potentielles.

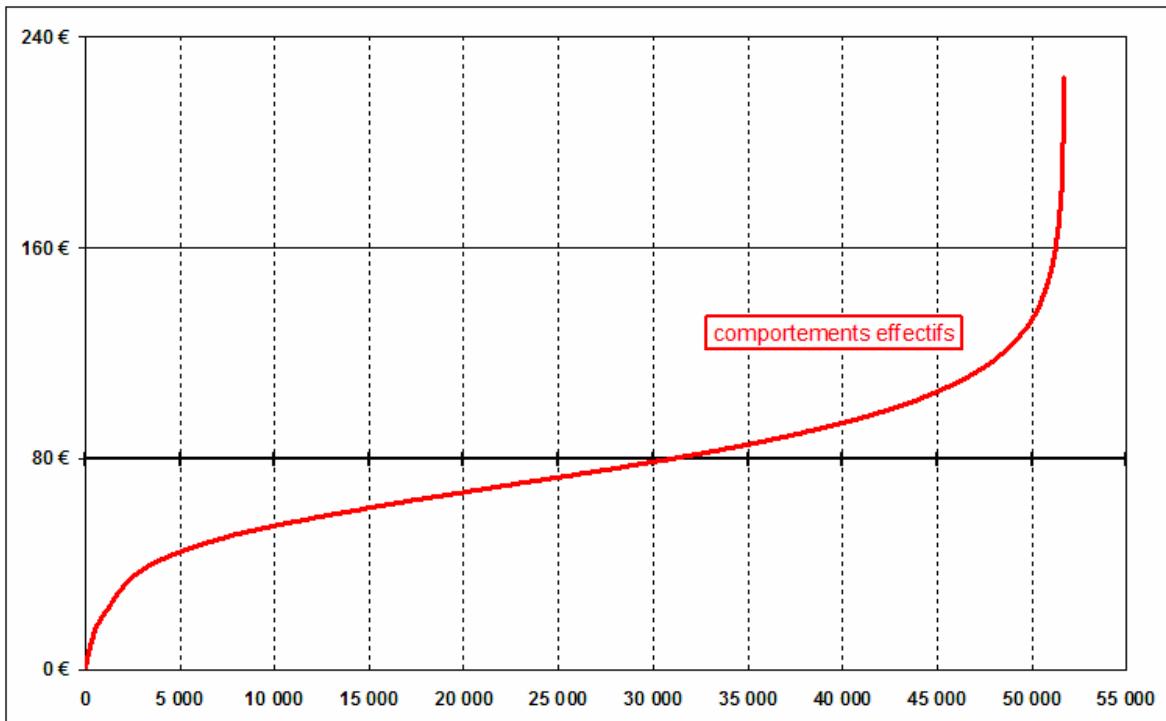
2. Une approche macroéconomique

L'étude porte sur les 229,7 millions de consultations et de visites effectuées au cours de l'année 2002 par 51 738 médecins généralistes libéraux, pour leurs patients du régime général et sur les prescriptions associées à ces actes médicaux.

Ces médecins sont classés en fonction du montant moyen des prescriptions qui accompagnent la plupart du temps leurs consultations ou visites. En moyenne, chaque consultation ou visite (20 ou 30 euros suivant le cas) donne lieu en 2002 à une prescription de 80 euros, dont 50 euros de médicaments. Le graphique qui suit indique comment se répartissent ces généralistes en fonction de ce premier critère.

⁸⁶ Voir à ce sujet le point de conjoncture numéro 25 : «A propos des dépenses non médicalement justifiées» mai 2004.

**REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES
EN FONCTION DU MONTANT MOYEN DE LEURS PRESCRIPTIONS MEDICALES (DE TOUTE NATURE)
PAR ACTE (C OU V)**
Dépenses remboursables – régime général – année 2002

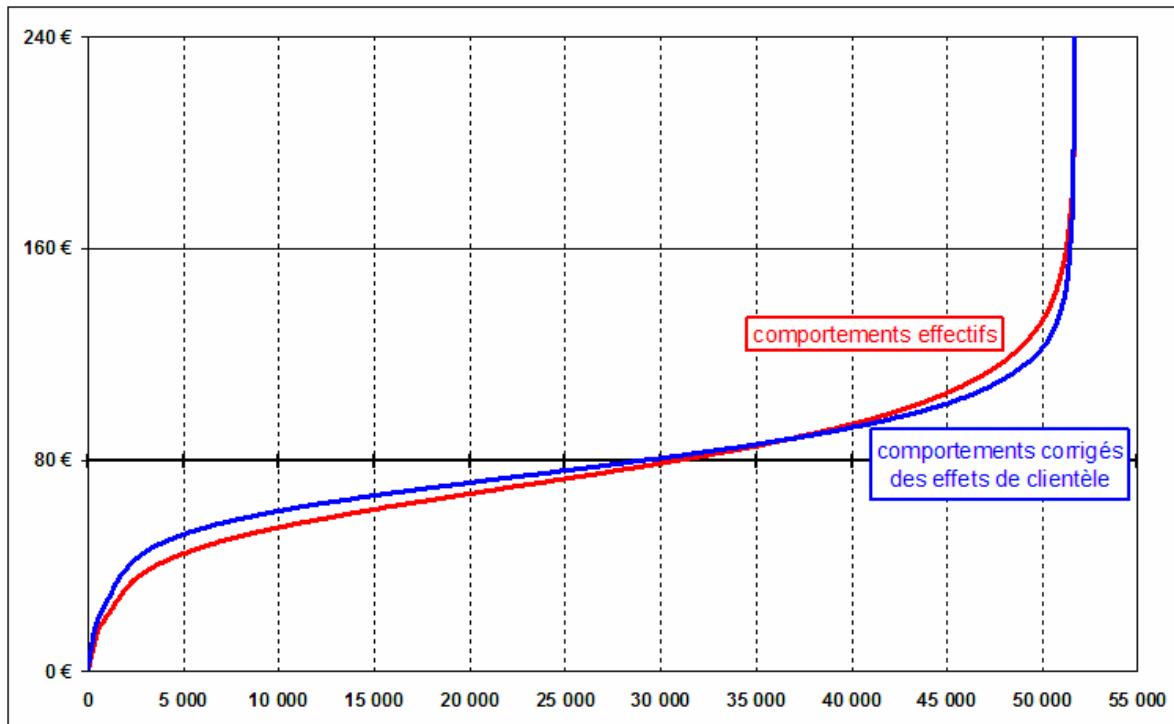


La dispersion de ces comportements est relativement forte puisque 10 % de ces praticiens ne prescrivent en moyenne que 45 euros ou moins à chaque consultation, tandis que 10 % prescrivent plus de 110 euros.

Cette dispersion paraît, de prime abord, explicable simplement. Certains généralistes ont dans leur clientèle des patients dont l'état de santé nécessite plus fréquemment des prescriptions plus importantes. On sait en effet, que le sexe du patient, son âge et, plus encore, le fait qu'il puisse être atteint d'une affection de longue durée, sont des caractéristiques essentielles au regard de sa consommation médicale. Pour apprécier véritablement la dispersion des comportements de prescriptions des médecins généralistes, il faut donc commencer par neutraliser ce que leur clientèle peut avoir de spécifique.

Or, une fois cette neutralisation effectuée, on ne peut qu'être surpris du fait que les caractéristiques spécifiques des patients (sexe, âge, ALD ou non) qui ont un lien très fort avec le niveau de la consommation médicale de ces malades n'expliquent aucunement les importants écarts de prescriptions d'un médecin à l'autre.

**REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES
EN FONCTION DU MONTANT MOYEN DE LEURS PRESCRIPTIONS MEDICALES
(DE TOUTE NATURE) PAR ACTE (C OU V)**
avant et après correction des effets tenant à la structure de leur clientèle
Dépenses remboursables – régime général – année 2002



Si l'on concentre à présent l'analyse sur les plus gros prescripteurs, c'est-à-dire ceux qui, pour chaque consultation ou visite, délivrent une prescription plus importante que la moyenne, un constat se dégage :

PREScriptions DE MEDICAMENTS
Médecins généralistes libéraux (hors MEP)
Données du régime général et données du SNIR (tous régimes) – année 2002

	Données en montant (ou en niveau)			Comparaison des gros et des petits prescripteurs à la moyenne nationale		
	Gros prescripteurs	Moins gros prescripteurs	Ensemble	Gros prescript.	Moins gros prescript.	Ensemble
Prescription par PS	301 618 €	185 738 €	238 314 €	127 %	78 %	100 %
Prescription redressée (à structure d'activité moyenne) par PS	306 332 €	189 229 €	242 359 €	126 %	78 %	100 %
Activité par PS (nombre de C+V)	4 647	4 269	4 440	105 %	96 %	100 %
Nbre de clients par PS	1 454	1 322	1 382	105 %	96 %	100 %
Nbre de C+V par client, par PS	3,2	3,2	3,2	99 %	100 %	100 %
Année de naissance des médecins	1954	1953	1953			
Pourcentage d'hommes parmi les médecins	74,5 %	78,9 %	76,9 %			
Part des patients âgés (de 70 ans et plus) dans la clientèle	11,9 %	11,5%	11,7 %	102 %	98 %	100 %

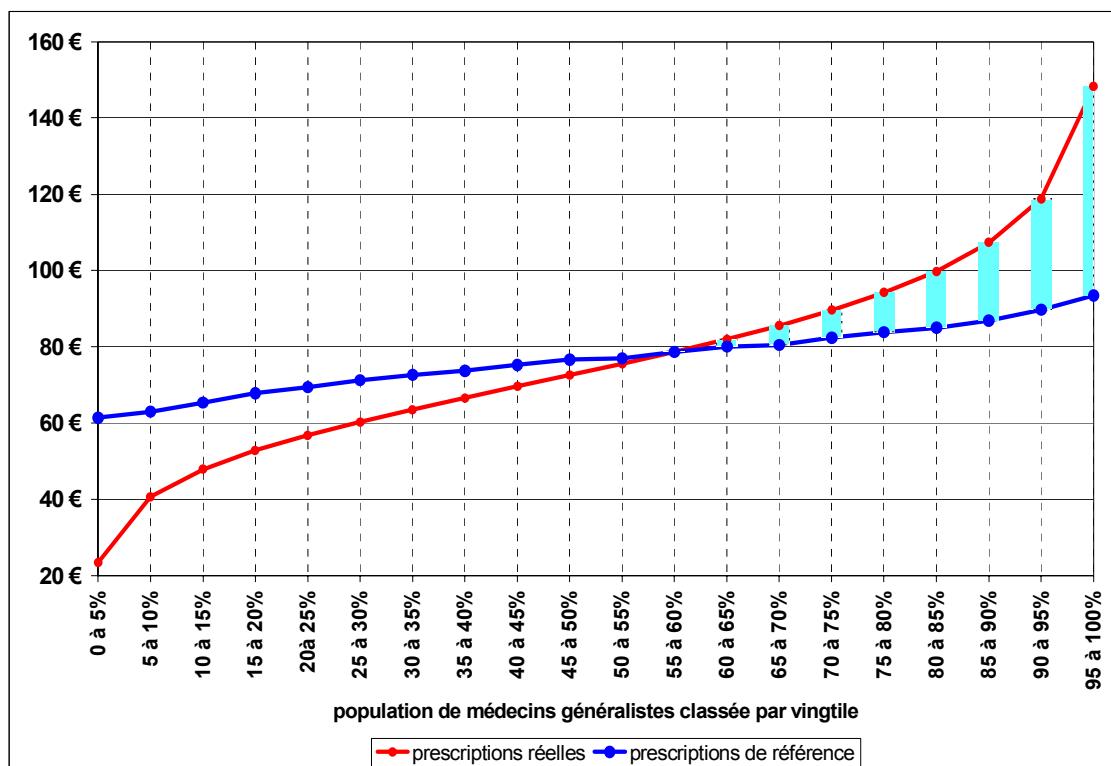
Ces prescripteurs ne semblent pas présenter des caractéristiques fondamentalement différentes de celles de leurs confrères. Ils ont une clientèle un peu plus importante, mais cela n'influe pas sur la fréquence avec laquelle leurs patients les voient : 3,2 fois par an en moyenne, comme leurs confrères. Ils ont sensiblement le même âge. La part des patients âgés dans leur clientèle est légèrement plus forte que la moyenne, sans que cet écart soit important. Le seul fait, pourtant essentiel, qui les distingue des autres généralistes, semble être l'importance de leurs prescriptions (celles-ci sont d'un quart plus importantes que la moyenne).

Des marges d'économies considérables

Il reste à apprécier les économies qui pourraient être réalisées si les plus gros prescripteurs étaient incités à modifier leurs comportements. Le principe de ce calcul consiste à rapprocher ce que le médecin prescrit effectivement de ce qu'il prescrirait si, pour chaque catégorie de clients, il prescrivait comme l'ensemble de ses confrères le fait en moyenne, ou comme certains de ses confrères, plus économies de leurs prescriptions, le font. Ce montant (théorique) de prescriptions ne s'écarte alors de la moyenne générale qu'en raison de la structure particulière de la clientèle de ce médecin. On suppose que les éléments ci-dessus (sexe, âge, ALD ou non) permettent de regrouper des patients dont l'état sanitaire est en moyenne à peu près le même.

**MONTANT MOYEN DES PRESCRIPTIONS MEDICALES (DE TOUTE NATURE) PAR ACTE
(C OU V)**

Médecins généralistes libéraux classés par vingtile
Dépenses remboursables – régime général – année 2002



Une fois réalisée cette simulation, la dispersion des comportements de prescriptions apparaît cette fois-ci beaucoup plus faible. On peut alors estimer l'économie qui serait réalisée si pour chaque catégorie de clientèles, les plus gros prescripteurs⁸⁷ adoptaient un comportement de prescription moyen⁸⁸. On espère évidemment que les médecins qui prescrivent aujourd'hui de façon plus modérée ne vont pas dans le même temps augmenter leurs prescriptions pour rattraper ce niveau de référence.

Sous réserve d'un état sanitaire équivalent des clientèles, l'économie que généreraient ces nouveaux comportements pourrait atteindre entre 2,0 et 2,5 milliards d'euros⁸⁹ (selon que la simulation est faite sur le total des prescriptions ou est conduite séparément sur chaque poste de prescriptions). Sur les seuls médicaments, cette économie se monterait à 1,2 milliard d'euros.

Les médicaments figurent au premier rang de ces économies possibles. Les raisons économiques, médicales et psychologiques pour lesquelles ils sont parfois prescrits en quantité trop importante, ou mal à propos, ont été analysées à maintes reprises. Ce domaine de réflexions est largement investi. Mais les chiffres avancés plus haut montrent que les autres prescriptions (auxiliaires médicaux, analyses médicales, LPP, transports, ...) constituent une part non négligeable (la moitié, de fait) du problème examiné ici.

3. L'approche médicale

Si l'on se tourne à présent vers l'approche médicale, deux pistes sont disponibles :

Les suivis médicaux insuffisants

Il s'agit là de situations où le risque est sous-estimé par *le médecin qui ne suit pas assez son patient*. C'est, par exemple, le cas lorsque le suivi des diabétiques et notamment des diabétiques atteints d'hypertension artérielle s'avère trop léger, ou encore lorsque le contrôle des patients atteints d'hypertension artérielle sévère n'est pas assuré.

Ce meilleur suivi serait dans un premier temps, générateur de coûts supplémentaires. Du reste, la vigueur de la croissance tendancielle des dépenses d'assurance maladie témoigne à l'évidence de cette amélioration continue du suivi de certaines pathologies qui peut découler du progrès médical comme de la mise en œuvre d'une nouvelle priorité de santé publique. Pour prendre un exemple parmi d'autres, il est clair que le dépistage de plus en systématique du diabète a pesé, et pèsera à l'avenir, sur la croissance générale des dépenses.

Il permettrait cependant de prévenir une aggravation de l'état de santé des patients, et pourrait donc contribuer, à terme, à limiter la consommation médicale d'une population d'assurés pour une pathologie donnée mais aussi à améliorer l'état de santé de la population. Nous sommes ici clairement dans une problématique d'affectation optimale des ressources qui n'a pas de résonances dans le court terme.

Les suivis médicaux inadaptés

Cette seconde piste recouvre des constats qui pointent des thérapeutiques inadaptées donc inutilement coûteuses. La thérapeutique peut être mal choisie (quand il en existe une autre, plus efficiente), elle peut être inutile (quand elle n'améliore pas significativement l'état du malade), elle peut encore être dangereuse.

⁸⁷ Il s'agit ici des généralistes qui prescrivent en moyenne plus de 80 euros à chaque acte (en 2002).

⁸⁸ Une autre référence pourrait évidemment être retenue pour fixer le niveau de référence des prescriptions : la médiane des prescripteurs, le x^{ème} décile, etc ...

⁸⁹ Ces données ont été extrapolées à l'ensemble des régimes, de même que tous les chiffres qui suivent.

C'est évidemment là que se situent les économies les plus facilement repérables. Citons entre autres exemples :

- les cures thermales, pour nombre d'orientations thérapeutiques⁹⁰. L'économie envisageable serait de l'ordre de 200 millions d'euros ;
- les dyslipidémies et leur traitement trop systématique en prévention primaire par des médicaments hypolipémiants⁹¹ ;
- les psychotropes et les hypnotiques avec le risque d'un dépassement de la posologie ou de la durée de traitement, et ses conséquences sur les patients, notamment les plus âgés (risques de chutes, d'isolement par rapport à l'environnement –d'où la déshydratation pendant la canicule–, ...)⁹².

Ces constats à dominante médicale pourraient être multipliés et fournir autant de bases à une régulation des dépenses, mais ils doivent, pour déboucher sur l'action, s'appuyer dans tous les domaines analysés sur des indications ou des références opposables, encore trop rares aujourd'hui.

4. Le bon usage des soins

On s'appuiera ici sur deux types de constats.

- *Ceux qui ont débouché sur des accords sur le bon usage des soins (AcBUS)*

Le tableau consacré aux AcBUS (voir annexe 4) montre que, si les objectifs qui y sont décrits étaient atteints, l'économie réalisable pourrait être (en essayant, autant que faire se peut, d'éliminer les doubles comptes) d'environ 350 millions d'euros, la quasi-totalité de ce montant concernant le médicament.

Les principales actions concernent le ciblage des antibiotiques, la réduction de la polymédication et du risque de iatrogénie (330 millions d'euros à l'hôpital selon une étude datant de 1998⁹³), la diminution du recours aux psychotropes, AINS et Coxibs.

⁹⁰ Cf. Point de conjoncture n°24 – avril 2004.

⁹¹ Voir la seconde partie de ce rapport. Voir également l'étude menée dans le cadre du PNIR sur les médicaments hypolipémiants correspondent à une dépense d'environ 1 milliard d'euros pour l'Assurance Maladie. Ils sont consommés par 5 millions de personnes environ.

Population enquêtée : 4083 en mars 2002 au 7/97ème, soit 680 000 nouveaux patients sur l'année.

Donc : $\leq 1 \text{ milliard} * 14\% * 50\%$, plus ce qui va autour : consultations, analyses médicales : ~70 à 100 millions la 1^{ère} année ?

⁹² Suivant une étude du service médical (consommation et pratiques de prescriptions de psychotropes en France métropolitaine – 2000) le taux de consommation d'antidépresseurs (9,7 %) serait le double du taux de prévalence de la dépression (4,7 %).

⁹³ Iatrogénie : 3,2 % des hospitalisations dans les services de spécialités médicales des hôpitaux publics français, soit 128000 hospitalisations évitables, avec un nombre de journées d'hospitalisation s'élevant à 1 146 000 et un coût estimé à 335 millions d'euros en 2003, soit 1,2 % de la DG. Source : agence du médicament 1998. Chiffres repris depuis périodiquement dans la littérature, sans étude complémentaire. Voir travaux du comité de la iatrogénie médicamenteuse à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)

- Des constats de portée plus générale. Deux autres types de constats peuvent en effet nourrir des réflexions sur les économies potentielles :

- l'insuffisance de la coordination des soins entre la ville et l'hôpital. Ce point a été signalé par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie qui précise que « la frontière entre l'hôpital et la ville constitue un lieu particulier de déperdition d'efficacité. Les soins hospitaliers d'un côté et les soins de ville d'un autre côté font pour des raisons techniques et historiques, l'objet de traitements administratifs et financiers très cloisonnés. »

Ainsi, la chirurgie ambulatoire peut-elle pour certaines interventions et à certaines conditions fournir de meilleures prestations à moindre coût que l'hospitalisation complète. On trouve là l'exemple d'une amélioration au moins équivalente de l'état de santé pour une dépense moindre. Cette amélioration et cette économie passent par une réorganisation du système de soins.

- le périmètre des soins pris en charge par l'Assurance Maladie n'est pas respecté. Les soins dispensés sont sans rapport avec l'affection ouvrant droit à une prise en charge intégrale. Ainsi, les dépenses des régimes d'assurance maladie qui remboursent les soins dispensés à des patients en ALD s'élèvent à 50 milliards en prenant en compte tout à la fois les soins dispensés en ville et les frais d'hospitalisation. La question posée est alors d'estimer les soins qui sont aujourd'hui remboursés à 100 %, alors qu'ils ne sont pas en rapport avec l'affection ouvrant droit à une prise en charge intégrale.

Diverses études ont été menées sur le sujet, à la CANAM et à la CNAMTS :

- l'étude de la CANAM porte sur les ALD suivantes : HTA, diabète de type II, psychoses et névroses. Ces affections représentent plus de 40 % des admissions dans ce dispositif de prise en charge. Le service médical de la CANAM estime que les économies réalisables représentent 5 à 10 % de l'ensemble des dépenses actuelles. Suivant une extrapolation très rapide, cela représenterait 1 à 2 milliards (soins de ville). Comme le note la CANAM, ce chiffre peut paraître modeste. Il convient de souligner que cette estimation prend uniquement en compte une meilleure affectation de la ventilation ALD/hors ALD en l'état actuel des connaissances disponibles (recommandations et avis d'experts) ;
- le service médical de la CNAMTS a, quant à lui, mené des études qui portent sur une population plus large (celle du régime général pour l'ensemble des ALD), mais sur un seul poste de dépenses, le médicament et avec une couverture géographique partielle. Il estime ces économies potentielles, dans une hypothèse jugée plutôt haute, à 6,9 % des dépenses de médicaments remboursées à 100 % dans le cadre d'une ALD, soit un pourcentage proche du pourcentage moyen constaté en 1995 (6,7 %). Ces dépenses représenteront en 2004, plus de 9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Si l'on se souvient que le médicament représente moins de la moitié⁹⁴ des dépenses de soins de ville des patients atteints d'une ALD et leurs dépenses de soins de ville 40 % seulement de leurs dépenses totales (ville et hôpital), il est permis de penser qu'un respect plus strict du principe consistant à ne prendre en charge à 100 % que les soins en rapport avec l'affection de longue durée pourrait diminuer de 2 milliards environ le niveau global de ces dépenses.

⁹⁴ Exactement, 48 % de l'ensemble des soins de ville pris en charge à 100 % par le régime général en 2003

Etalé sur trois ans, un tel effort permettrait de ramener temporairement le taux de croissance annuel de ces dépenses en dessous de 10 %, mais ne permettrait pas d'infléchir durablement la tendance.

Ce survol est imparfait. Malgré ces lacunes, on peut avancer avec *prudence* l'idée qu'une économie de l'ordre de 5 à 6 milliards d'euros pourrait se dégager des seuls éléments listés dans les trois chapitres précédents, dont on rappellera qu'ils ne sont pas exhaustifs :

➤ Approche macro économique :	~ 2 à 2,5 milliards
➤ Approche médicale :	~ 0,250 milliard
➤ Bon usage des soins :	~ 3,000 milliards
<i>dont :</i>	
▪ AcBUS (hors redondances avec partie I)	~ 0,050 milliard
▪ Hospitalisations liées à des produits iatrogènes	~ 0,350 milliard
▪ Développement de la chirurgie ambulatoire	~ 0,100 milliard
▪ Soins sans rapport avec l'ALD	~ 2,000 milliards
▪ Médicaments génériques	~ 0,500 milliard

Ces montants représentent 15 % environ des prescriptions de soins ou de biens médicaux⁹⁵. De telles économies ne paraissent pas excessives, si l'on met ce taux de 15 % en regard du taux de croissance annuel de ces prescriptions, qui est en moyenne de + 8 % par an. Si ces économies pouvaient être réalisées sur trois ans, la croissance des prescriptions serait freinée de 5 % par an et celle de l'ensemble des soins de ville de près de 3 % par an.

⁹⁵ Indemnités journalières (maladie et accidents du travail) non comprises dans ces prescriptions.

III. L'organisation du système de soins : la complémentarité VILLE-HOPITAL

L'articulation entre les soins de ville, le secteur hospitalier et le secteur médico-social est un élément essentiel de réponse à une utilisation optimale des ressources de l'Assurance Maladie.

1. Les trois approches

L'articulation ville-hôpital est au carrefour de trois types de problèmes qui constituent autant de modes d'approche de la question :

- la continuité des soins : la prise en charge en ville de soins initialisés en établissement et poursuivis à domicile ou en cabinet nécessitent une meilleure coordination entre les acteurs, une formalisation des procédures entre praticiens hospitaliers et professionnels de santé exerçant en ville ;
- l'évolution des pratiques : les professionnels de santé exerçant en ambulatoire⁹⁶ utilisent de plus en plus de méthodes diagnostiques ou thérapeutiques autrefois exclusivement réservées aux établissements ;
- l'organisation du système de soins : certains transferts d'activité de la ville vers l'hôpital ou de l'hôpital vers la ville résultent d'un défaut d'organisation et d'un manque de coordination entre les acteurs hospitaliers et ceux des soins de ville.

Les deux premiers niveaux relèvent d'une logique de bonne articulation entre l'hôpital, le secteur médico-social et la ville impulsée notamment par l'évolution des techniques de prise en charge. Cette logique doit être encouragée et accompagnée par des dispositifs s'appuyant sur des outils favorisant la coordination entre les acteurs.

En revanche, le troisième niveau, générateur de surcoûts pour l'Assurance Maladie, doit à la faveur d'une politique organisant la complémentarité « ville-hôpital » disparaître à terme. On perçoit ici l'enjeu de cette politique : pour faire face aux modifications de pratiques et de comportements engendrées notamment par l'évolution des techniques médicales de prise en charge de certaines pathologies, il convient d'y adapter l'organisation du système de soins et plus particulièrement l'articulation entre la ville et l'hôpital, cette « *frontière* » qui comme le note le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie est un « *lieu particulier de déperdition d'efficacité.* »

2. L'impact financier de l'articulation ville-hôpital

Même peu rationnellement organisés, ces transferts d'activité entre la ville et l'hôpital existent déjà et sont financièrement repérables à l'aide des transferts de dépenses qu'ils engendrent entre les enveloppes de l'ONDAM.

L'impact de l'activité hospitalière sur les dépenses de soins de ville peut se mesurer particulièrement par les prescriptions de sortie d'hospitalisation, celles liées au suivi des patients, lors des consultations externes hospitalières (24 millions par an) ou encore aux passages aux urgences (13 millions de passages par an).

⁹⁶ Il s'agit de leur activité en cabinet médical ou lors des visites à domicile

Le tableau ci-dessous présente le volume financier des prescriptions des médecins hospitaliers remboursés par le régime général d'Assurance Maladie en 2002, ainsi que leur part dans le total des prescriptions faites par l'ensemble des professionnels de santé, qu'ils soient salariés ou libéraux. Les montants analysés ici, qui ne comprennent pas les remboursements effectués par les sections locales mutualistes, représentent environ les trois quarts des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires d'Assurance Maladie.

**PRESCRIPTIONS DES MEDECINS HOSPITALIERS
DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE SOUS DOTATION GLOBALE
année 2002 – régime général hors mutuelles**

Postes de prescriptions	Prescriptions des médecins hospitaliers (en millions d'€)	Total des prescriptions (en millions d'€)	Poids des prescriptions des médecins hospitaliers (%)
Pharmacie	2 058	12 585	16,4 %
Arrêts de Travail	1 219	6 958	17,5 %
Transports	769	1 485	51,8 %
Auxiliaires médicaux	436	3 627	12,0 %
LPP-Produits d'origine humaine	488	2 468	19,8 %
Biologie	196	1 940	10,1 %
Autres	3	274	1,1 %
Total	5 169	29 336	17,6%

Source : Cnamts, DSE

Les prescriptions ayant pour origine un praticien hospitalier exerçant dans un hôpital sous dotation globale représentent un peu moins de 20 % des prescriptions remboursées par l'Assurance Maladie. Ce pourcentage est bien sûr plus important pour les frais de transports, qui sont prescrits dans un peu plus de la moitié des cas par des médecins hospitaliers.

Les médicaments rétrocédés à l'hôpital sont également pratiquement toujours prescrits à l'hôpital. Ils sont donc compris dans ces chiffres : le régime général de l'Assurance Maladie a remboursé en 2002 un peu plus de 1 milliard d'euros au titre de la rétrocession hospitalière, soit 7 % de la dépense totale de pharmacie⁹⁷.

Une seconde manière est d'approcher le phénomène de transformation de l'activité hospitalière par l'effet de modification des modes de prise en charge des pathologies.

En 15 ans, la durée moyenne d'hospitalisation en court séjour a baissé de plus d'un tiers avec une baisse absolue du nombre de journée (- 20 %). Plusieurs auteurs expliquent cette évolution par le rôle majeur que le médicament a pu jouer dans ce processus :

Le médicament a contribué à la diminution des durées de séjours hospitaliers en rendant possible la poursuite en ville de traitements initiés à l'hôpital et en offrant de solutions thérapeutiques ambulatoires alternatives à des patients hospitalisés⁹⁸.

La réduction des durées de séjours hospitaliers a par ailleurs pour conséquences de déplacer certaines dépenses d'une enveloppe à l'autre (cas des examens de biologie effectuées désormais en ville après une sortie d'hospitalisation...).

⁹⁷ Voir le point de conjoncture d'avril 2004. Voir aussi la première partie du rapport.

⁹⁸ Ainsi en ophtalmologie, la chute du nombre d'opérations chirurgicales du glaucome, notamment des tabéculectomies, ne s'explique que par l'apparition concomitante d'innovations pharmaceutiques qui permettent un contrôle plus efficace et plus durable de la pression oculaire. Le coût d'une tabéculectomie évitée équivaut à 12 années de traitement médicamenteux avec un agent de nouvelle génération. De nombreux exemples peuvent être trouvés sur d'autres segments de la prise en charge hospitalière (prise en charge du VIH, de patients schizophréniques etc...).

Le médicament a aussi très largement contribué à l'efficacité des soins hospitaliers grâce à des molécules souvent techniquement très sophistiquées, offrant des perspectives nouvelles d'amélioration ou de guérison des patients hospitalisés généralement pour des pathologies lourdes (chimiothérapie anti-cancéreuse, prise en charge de l'infarctus du myocarde ...).

Mais, au total, ce déplacement de dépenses entre les enveloppes de l'ONDAM ne s'est pas accompagné d'un transfert de financement équivalent des budgets hospitaliers vers l'enveloppe de soins de ville. Le secteur hospitalier, même délesté de ces activités transférées, a mobilisé toujours autant de ressources financières, sa productivité étant absorbée par des soins d'une technicité de plus en plus importante, par l'évolution des effectifs et par celle des coûts.

La mise en place de la tarification à l'activité⁹⁹ (T2A) devrait permettre de disposer d'une source plus objective et plus homogène de prise en charge du périmètre des soins dans le secteur hospitalier.

3. L'articulation ville-hôpital : un élément de l'organisation du système de soins

Traditionnellement, l'organisation des soins en France repose sur des outils et des méthodes différentes entre les deux secteurs, ambulatoire et hospitalier.

Dans le secteur des soins de ville, à la liberté d'installation et de prescription et au libre choix de son professionnel de santé par les patients font écho des mesures incitatives portées par les différents dispositifs conventionnels entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie :

- aides à l'installation en zones déficitaires sur le plan démographique ;
- condition de stage en milieu de soins organisés avant une installation en secteur libéral pour les infirmières ;
- seuil d'activité annuel pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmières libérales ;
- AcBUS, contrats de bonne pratique, contrats de santé publique.

Le secteur hospitalier est organisé depuis 30 ans autour d'une planification de l'offre de soins s'appuyant sur la carte sanitaire puis les Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire. Ces outils avaient pour ambition de rationaliser les équipements hospitaliers mis à disposition de la population en essayant de répondre à deux objectifs complémentaires, mais parfois contradictoires : les besoins de la population et l'aménagement des territoires.

Cette rationalisation de l'organisation de l'offre de soins hospitaliers n'a cependant eu que peu d'impact sur la croissance des dépenses hospitalières.

⁹⁹ cf. partie I

L'ordonnance du 4 septembre 2003¹⁰⁰ a profondément bouleversé le paysage de l'organisation sanitaire en :

- supprimant la carte sanitaire et les indices de besoins populationnels ;
- faisant des SROS l'outil unique de planification de l'offre sanitaire somatique et psychiatrique ;
- donnant comme objectifs aux SROS de définir la réponse curative mais aussi préventive et palliative des besoins de la population et d'assurer l'organisation du secteur hospitalier et son articulation avec les soins de ville et le secteur médico-social ;
- réformant le régime d'autorisation des activités de soins des établissements de santé.

Les schémas régionaux de l'organisation sanitaire de troisième génération qui seront arrêtés d'ici le mois de septembre 2005 par les agences régionales de l'hospitalisation redéfinissent la nature et le périmètre de l'organisation sanitaire. Leur élaboration, dans chaque région, ne peut être conçue sans qu'au préalable un bilan partagé entre l'Assurance Maladie et les agences régionales de l'hospitalisation permette de disposer d'une base commune d'information sur l'état de l'organisation du système de santé pour approcher l'offre de soins et le recours aux soins ambulatoires, hospitaliers et leur articulation avec le secteur médico-social.

Le secteur des établissements sociaux et médico-sociaux voit aussi la planification de l'offre médico-sociale renforcée par la création de schémas d'organisation sociale et médico-sociale dans chaque département. Ces schémas devront préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé publics ou privés. Même s'ils restent encore à construire, ils représentent un nouveau vecteur de développement de l'articulation avec le secteur sanitaire, bien qu'ils n'aient pas de caractère opposable.

Les réseaux de soins

Au-delà des outils de programmation construisant l'organisation du système de soins, l'articulation et la complémentarité entre la ville et l'hôpital nécessitent de s'appuyer sur des outils favorisant la coordination des soins.

Ainsi l'ordonnance du 4 septembre 2003 a ouvert la possibilité aux professionnels de santé libéraux d'être membres d'un Groupement de Coopération Sanitaire, outil privilégié pour assurer la complémentarité entre le secteur hospitalier et le secteur des soins de ville, pour la réalisation partagée d'activités de soins ou l'utilisation d'équipements lourds.

Mais la coordination des actions des différents acteurs du système passe aussi par de nouveaux modèles organisationnels.

Les réseaux de santé constituent l'exemple type de ces nouveaux modèles.

Créés il y a une vingtaine d'années sous l'impulsion de professionnels libéraux engagés et novateurs et par des acteurs hospitaliers, encouragés par différentes circulaires ministérielles, les réseaux se sont développés de manière multiforme et informelle. Ils n'ont connu une véritable reconnaissance des pouvoirs publics, en terme de financement notamment, que dans la seconde moitié des années 90 avec les ordonnances d'avril 1996.

¹⁰⁰ Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal officiel du 6 septembre 2003.

La procédure dite des « réseaux Soubie » a permis l'accompagnement de réseaux de santé et la prise en charge par l'Assurance Maladie de prestations dérogatoires au droit commun nécessaires à leur développement.

Depuis 2002, un nouvel effort a été réalisé pour leur permettre de se développer et de s'harmoniser.

Cet effort, mené dans le cadre d'une politique volontariste de décloisonnement entre le secteur sanitaire et médico-social, la ville et l'hôpital, mais aussi par la promotion d'une approche curative, préventive et pédagogique de la prise en charge de malades, s'est inscrit dans deux textes :

- *d'une part la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* a donné une définition du réseau de santé (article L 6321-1 du Code de la Santé Publique) :

"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. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers."

- *D'autre part, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002* qui a prévu la mise en place d'une enveloppe pérenne de financement pour les réseaux émanant tant de l'hôpital que de la ville. Ce financement est accordé sous réserve que les réseaux correspondent à la définition donnée par la loi du 4 mars 2002 et respectent un certain nombre d'exigences, en terme de formalisation du projet, d'objectifs de qualité engageant les professionnels et les patients adhérents et enfin d'évaluation.

Cette enveloppe -dite cinquième enveloppe- fait partie de l'ONDAM. Elle est constituée par prélèvement sur chacune des autres enveloppes (Hôpital public, Cliniques Privées, Objectifs délégué des soins de ville et médico-social). Sa gestion confiée au co-pilotage des URCAM et ARH, est du ressort exclusif des régions.

L'enveloppe de développement des réseaux a été fixée à 46 M € en 2003 et portée à 125 M € en 2004. Cette progression vise à permettre le financement en 2004 de l'effet report en année pleine des réseaux dont le financement a été engagé courant 2003, ainsi que le basculement des réseaux dit "Soubie" dont l'expérimentation s'achève en 2004, et la prise en charge, sur l'enveloppe, d'expérimentations menées dans le cadre du Plan Cancer. Celui-ci vise en effet, au travers d'un certain nombre de dispositifs de coordination, à la prise en charge, sous forme de réseaux, de l'ensemble de la population atteinte de cette pathologie d'ici 2007.

Le dossier médical du patient

La coordination des soins et des acteurs passe enfin par la possibilité, pour les professionnels exerçant en ville ou en établissement, d'avoir accès à des informations sur le parcours des patients, leurs antécédents médicaux et les thérapeutiques ou prescriptions qui leur ont déjà été administrées.

Le dossier médical du patient sera l'outil qui permettra de répondre à cette demande. Ce dossier assurera deux fonctions nécessaires à l'optimisation de la trajectoire du patient dans le système de soins

- d'une part, il assure la continuité temporelle des soins : quels que soient les évènements, quel que soit le nombre de professionnels de santé sollicités pour un patient donné, l'ensemble des informations seront conservées et transmises ;
- d'autre part, il assure la coordination des soins entre les divers professionnels soignants.

Ce dossier permet par ailleurs au patient de posséder lui-même l'information à laquelle il a droit et d'être un acteur du processus de coordination des soins.

Des dossiers de synthèse, la plupart du temps sous forme papier, existent déjà, prévus par des accords conventionnels (la consultation préalable à la reconnaissance d'une affection de longue durée, le bilan diagnostic kinésithérapique...). Le carnet de santé de l'enfant témoigne de l'usage quasi-systématique d'une démarche de suivi réussie. Cette démarche de coordination est particulièrement mise en avant dans le plan cancer (dossier communiquant de cancérologie et réunion de coordination pluridisciplinaire).

Il est permis de penser qu'un dossier médical du patient sur support électronique¹⁰¹ permettrait de réaliser un gain en matière de fiabilité de l'information transmise ainsi qu'un gain de gestion. Comme le soulignait le rapport Fieschi : « *le développement de systèmes robustes et pérennes pour le partage de ces informations est techniquement possible. Le système proposé doit participer à une fonction de communication aujourd'hui mal assurée entre le patient et les professionnels de santé qui le prennent en charge. Cette absence de communication est génératrice de coûts et de non qualité. La sensibilisation de tous les professionnels aux enjeux de cette démarche est de première importance.*

Le dispositif doit permettre aux réseaux de soins de trouver un support fédératif diminuant les coûts des systèmes d'information particuliers à chacun des réseaux. Il doit apporter un décloisonnement de ces systèmes en permettant une vision "patient" pour toutes les professions de santé et tous les patients. »

En rationalisant la trajectoire du patient à travers le système de soins, et sans ignorer l'importance des investissements nécessaires à son déploiement, le dossier médical partagé sera à la source d'économies potentielles. Sans qu'il soit à l'heure actuelle possible de les chiffrer, il est possible de désigner quelques uns des lieux où elles pourront être réalisées.

- les examens redondants constituent bien évidemment un premier réservoir d'économies ; il reste pour ce faire à les identifier ce qui -justement- dans un système où une forte coupure existe entre la ville et l'hôpital est peu aisé ;
- l'amélioration de la qualité du travail des professionnels : la disponibilité immédiate d'informations sur le patient permet en effet un gain de temps qui peut améliorer la qualité de la consultation ;

¹⁰¹ Souvent appelé dossier médical partagé

- l'existence d'informations partagées permet de mettre en œuvre une complémentarité efficace des professionnels de santé. Cela peut déboucher sur une organisation modifiant le partage des rôles entre certains professionnels : délégation d'actes du médecin à des infirmières par exemple. En économisant du temps de travail de médecins, en requalifiant le travail infirmier, il est notamment possible d'aborder différemment les questions de démographie des professionnels de santé.

La gestion étanche des différentes enveloppes de l'ONDAM par des décideurs différents a conduit dans le passé à des transferts entre la ville et l'hôpital. En eux-mêmes, ces transferts peuvent être légitimes. Malheureusement, leur impact a rarement pu être évalué jusqu'au bout¹⁰², et il n'est pas sûr que les décisions prises aient permis d'améliorer globalement la prise en charge sanitaire des personnes engagées dans un parcours de soins à la fois hospitalier et ambulatoire. Il est encore moins sûr que ces évolutions se soient faites au meilleur coût.

¹⁰² L'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire constitue de ce point de vue une exception, puisqu'elle vise justement à évaluer cet impact.

IV. La loi de santé publique et la prévention

1. La politique de santé publique

La loi de santé publique modifiera profondément le rôle et la place de la prévention. D'une part, parce les préoccupations de santé publique conduiront naturellement à mettre davantage l'accent sur les déterminants de la santé d'une population. D'autre part, parce que la loi elle-même intègre dans la définition de la politique publique, la politique de prévention¹⁰³.

La politique de santé publique s'attache aux aspects populationnels de l'état de santé. Elle analyse les déterminants physiques, sociaux, économiques et culturels qui contribuent à créer les conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour en réduire les conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie.

L'arrivée dans le paysage français de la santé de la loi de santé publique permet de penser que la longue période de prédominance des soins curatifs sur les soins préventifs a pris fin.

La loi de santé publique a retenu un ensemble de problèmes de santé publique qui fera l'objet dans les cinq années qui viennent, de politiques et d'actions de santé publique. Ces problèmes de santé publique ont été sélectionnés en fonction de leur retentissement sur la santé des populations évalué en terme de mortalité ou de morbidité, en fonction également de l'importance accordée par la société française à tel ou tel problème de santé ou encore en fonction des écarts constatés entre la situation française et celle des pays étrangers, entre les situations régionales.

Ces problèmes de santé publique se recourent avec cinq plans stratégiques pour les années 2004 à 2008 : le plan national de lutte contre le cancer, le plan national de lutte pour limiter l'impact des comportements à risque et des conduites addictives, le plan national de lutte pour limiter l'impact des facteurs d'environnement, le plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le plan national de lutte pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

Des objectifs sont associés à chacun de ces problèmes de santé publique ; des indicateurs permettront d'évaluer au terme de cinq années, l'efficacité de la politique menée. On conçoit alors que la politique de prévention, en s'insérant ainsi dans la politique de santé publique revêtira une importance accrue ; elle sera en fait déterminante dans l'exécution de la loi de santé publique.

¹⁰³ La politique de santé publique concerne :

- la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- la lutte contre les épidémies ;
- la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;
- l'amélioration de l'état de santé de la population et la qualité de vie des personnes malades ;
- l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation des débats publics sur les questions de santé et - les risques sanitaires ;
- la réduction des risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer tels - l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services ;
- la réduction des inégalités de santé ;
- la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charges des maladies et des handicaps.

2. Les compétences de l'Assurance Maladie en matière de prévention

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie se doit de valoriser son savoir-faire spécifique en matière de prévention qui s'appuie sur une légitimité particulière en terme, d'une part de modalités d'intervention, et d'autre part de sélection d'objectifs. Ce savoir-faire de l'Assurance Maladie se définit par un certain nombre de caractéristiques :

- l'intégration de la prévention dans la gestion du risque : d'une façon générale, la prévention est intégrée dans l'objectif de régulation dont elle constitue un volet à part entière en contribuant à rationaliser et optimiser les dépenses (par exemple : la campagne consacrée au bon usage du médicament et l'Accord de bon usage du test de dépistage rapide de l'angine (TDR). Il est en effet indispensable que les interventions de l'Assurance Maladie n'isolent pas les démarches de prévention mais au contraire, favorisent leur inscription dans une politique d'ensemble d'accès aux soins) ;
- la logique de gestion de programmes : l'Assurance Maladie bénéficie d'une expérience certaine en terme de déploiement de programmes d'envergure dans le ressort des Caisses dès lors que ceux-ci concernent directement les assurés sociaux et supposent la mise en œuvre de prestations ou de services à titre gratuit. Les actions menées auprès des adolescents dans le cadre du bilan bucco-dentaire, auprès des seniors pour la vaccination anti-grippale et dans le domaine du dépistage organisé de certaines pathologies sont autant d'illustrations concrètes de ce savoir-faire de l'Assurance Maladie. Ces programmes devront intégrer des dispositifs d'évaluation permettant d'en apprécier la pertinence et la réponse qu'ils apportent à la population) ;
- le pilotage des relations avec les professionnels de santé : l'évolution des relations avec les professionnels de santé, qui se traduit par l'émergence de nouveaux outils conventionnels tels l'Accord de bon usage des soins (ACBUS) ou les contrats de bonne pratique de pratiques professionnelles et de santé publique, permet de créer les conditions optimales de la prise en compte de démarches se rattachant à la prévention dans la pratique des professionnels de santé. En accompagnant ceux-ci dans une démarche de qualité qui a pour finalité de faire évoluer les pratiques médicales vers le bon usage des soins, à la fois au plan individuel et collectif, cette logique contractuelle nouvelle entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé devrait constituer un vecteur efficace pour l'évolution des actions préventives à visée directe en terme de santé publique.

L'absence d'articulation opérationnelle suffisante entre les différents intervenants susceptibles d'apporter leur compétence et leurs moyens constitue en effet l'une des carences principales observée de l'organisation actuelle. L'Assurance Maladie est à même de pouvoir y apporter une réponse de par sa vocation à mettre en relation l'ensemble des acteurs concernés tant au niveau national (décideurs politiques, organisations syndicales et professionnelles administrations centrales de l'Etat), qu'au niveau régional (URCAM, caisses d'assurance Maladie, Conseils Généraux et Municipalités, professionnels de santé libéraux et URML, associations, acteurs de terrain sur l'éducation à la santé, DRASS et autres services déconcentrés de l'Etat).

Plusieurs thèmes d'intervention de l'Assurance Maladie se dégagent :

- le dépistage de pathologies lourdes aux conséquences graves en terme de dépendance ou de handicap, y compris en matière de maladies d'origine professionnelle et de celles relevant du domaine plus large de la santé du travail) ;
- les programmes de prévention globaux orientés vers des catégories populationnelles spécifiques (petite enfance, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées)

S'intègrent dans ce champ : la promotion de la vaccination (R.O.R, grippe, etc.), le dépistage de masse de certains cancers, des maladies génétiques infantiles, l'amélioration de la santé des jeunes (problèmes de l'obésité, des conduites à risque, des insuffisances respiratoires allergiques, soins dentaires précoces, etc), la prévention des pathologies liées au vieillissement et de l'apparition de la dépendance, le suivi spécifique des affections invalidantes (maladies cardio-vasculaires, diabète, asthme, etc).

L'action des centres d'examens de santé s'inscrit également dans ces orientations stratégiques. Le fort potentiel des centres d'examens de santé avec les 650 000 examens périodiques pratiqués chaque année en font à la fois un lieu d'expérimentation et d'évaluation concernant les protocoles d'actions nouvelles de prévention, comme cela a été le cas, par exemple, pour le dépistage du cancer colorectal, et un instrument irremplaçable de connaissance de l'état sanitaire général de la population.

D'autres champs de la prévention appellent des ajustements quant au positionnement stratégique de l'Assurance Maladie. Il en est ainsi en ce qui concerne les campagnes nationales destinées à modifier les comportements, comme les pratiques addictives (alcool, tabac, stupéfiants) voire la prévention de certaines infections sexuellement transmissibles comme le SIDA. Sur ce champ spécifique, l'Assurance Maladie n'est pas le seul acteur en présence, mais peut, par le réseau de proximité que représentent les caisses, être un opérateur particulièrement efficace et pertinent pour la mise en œuvre et le déploiement de campagnes nationales qui relèvent prioritairement d'un pilotage par les pouvoirs publics. En outre, la prise en compte sélective de ces déterminants de santé au titre des orientations citées plus haut viendra compléter utilement les démarches généralistes.

L'éducation du patient et le développement d'une culture de prévention

L'action de prévention de l'Assurance Maladie vise ce qu'il est convenu d'appeler "l'éducation du patient". Cette démarche dispose désormais d'un support juridique pertinent au travers des différents accords et conventions avec les professions de santé : les recommandations dans le domaine de l'antibiothérapie ou du recours justifié à la visite médicale à domicile en sont des illustrations récentes.

Notre système de santé connaît depuis quelques années des évolutions rapides et de grande ampleur : spécialisation et fragmentation croissantes de la pratique médicale, multiplication des connaissances et des techniques qui rendent de plus en plus difficile pour un praticien d'avoir de son patient une vision d'ensemble qui lui permette de comprendre en fonction de quels déterminants se structure son comportement.

Face aux multiples informations qui se présentent à eux, les professionnels de santé ressentent aujourd'hui la nécessité de disposer d'outils les aidant à prendre des décisions et guidant leur intervention, ce qui suppose l'existence de critères objectifs et validés. Actuellement, dans le domaine de la prévention, le médecin est guidé par ses seules expériences et appréciation individuelles, faute de disposer de référentiels validés ou de méthodologies partagées.

C'est à la lumière de ce constat, et avec la volonté d'apporter au médecin les références et recommandations qui lui font défaut pour prendre de façon éclairée ses décisions médicales, que pourrait s'opérer la synthèse entre l'approche "santé publique" et l'approche "santé individuelle". Cette démarche repose sur la priorité donnée aujourd'hui au développement d'une culture de prévention qui permette une réduction de la mortalité évitable et une diminution de la morbidité.

A cet égard, la mise en place d'une consultation de prévention individualisée supposerait donc un changement dans le mode de raisonnement médical puisque le traitement est fondé sur l'estimation du risque individuel, et non sur un symptôme avéré, ainsi qu'en matière de pratique professionnelle, puisque le médecin et le patient se rencontrent hors d'un état pathologique. Il faut insister sur l'ampleur de ce changement dans les pratiques médicales, dans un pays où la culture préventive est encore à ses balbutiements. Ces approches nécessitent donc d'intégrer des politiques déterminées de formation, d'information et de pédagogie.

La consultation de prévention présente la caractéristique singulière de reposer sur une approche individualisée : elle doit déboucher sur une évaluation du risque individuel du patient, en fonction de ses pratiques à risques et de ses comportements face aux grands déterminants de santé.

Cette notion doit permettre de prendre en compte à la fois les éléments biologiques, environnementaux, comportementaux et sociaux qui conduisent à faire évoluer les déterminants de la santé d'une population, et la prise en charge des facteurs de risque d'un individu donné. La démarche s'appuie sur la détection et la quantification des facteurs de risque.

Elle devrait être complétée par une initiation des patients les moins demandeurs d'information et de soins à la notion de "grands déterminants de santé".

Cet objectif comporte des limites, notamment dues au fait qu'il aborde la question de la prévention sous le seul angle médical (les déterminants de santé sociaux et environnementaux sont sous estimés), et qu'il n'est pas toujours incitatif pour les personnes les plus susceptibles d'échapper à la démarche préventive, sans compter que le médecin généraliste n'est pas généralement formé pour répondre aux besoins de ces populations spécifiques.

Ces consultations pourraient alors s'inscrire dans le cadre d'un programme national organisé, "protocolisé" et évalué, avec une périodicité clairement définie (trois ou quatre rendez-vous aux âges charnières de la vie). Le cadre conventionnel accueillant cette consultation de prévention serait celui des contrats de santé publique. Il paraît le plus pertinent pour favoriser l'intégration de cette démarche préventive dans l'ensemble des soins.

Les informations issues de ces consultations pourront d'ailleurs alimenter le dossier médical partagé du patient, et une fois anonymisées, venir enrichir des bases de données épidémiologiques, de façon cohérente avec celles recueillies dans le cadre des centres d'examens de santé.

V. Les orientations pour 2005

Comme on l'a vu, le déficit du régime général est donc emmené par des tendances de fond. Il n'en est que plus urgent d'assurer tout à la fois l'efficacité et l'efficience du système de remboursement des soins.

Assurer son efficacité, c'est garantir une prise en charge optimale pour tous les actes médicalement justifiés. Encore faut-il définir précisément le périmètre des soins remboursables et savoir le gérer en fonction du progrès médical et des ressources financières de l'Assurance Maladie.

Assurer son efficience, c'est définir chaque fois que possible des stratégies médicales optimales, et privilégier le remboursement des soins correspondant à ces stratégies thérapeutiques, fut-ce au détriment des autres.

1. Développer, approfondir et systématiser les plans d'actions de régulation et de contrôle

Réguler, c'est d'abord maîtriser les postes les plus coûteux et les plus dynamiques pour le système d'assurance maladie.

L'Assurance Maladie s'est largement engagée dans cette voie en mettant en place une série de plans d'actions, qui visent le plus souvent à adapter les prescriptions médicales à l'état de santé du malade. Ces plans d'actions ont été engagés pour quatre d'entre eux dès 2003¹⁰⁴.

- **L'usage du médicament** (15,4 milliards d'euros de remboursement en 2003, soit + 6,9 % en 2003 par rapport à 2002) est très important sans être toujours adapté.
- **Les arrêts de travail** (5,5 milliards d'euros en 2003, soit + 6,5 % par rapport à 2002 après deux années à plus de 10 %) pour diminuer le nombre d'arrêt de travail non justifiés médicalement.
- **Les prescriptions d'analyses de biologie médicale** (2,3 milliards d'euros, soit + 10 % par rapport à 2002).
- **Les dépenses de transports sanitaires** (1,8 milliards en 2003, soit + 8,4 % qu'en 2002).

Deux autres programmes sont en cours de mise en œuvre depuis septembre 2003. Le plus important d'entre eux porte sur les soins dispensés aux patients souffrant d'affections de longue durée, l'autre vise à rationaliser l'utilisation des dispositifs médicaux :

- les dépenses de soins remboursés aux patients dans le cadre **des affections de longue durée** (40 % des dépenses de soins de ville, soit 18 milliards d'euros, + 11 % en 2003 par rapport à 2002). L'objectif est de maîtriser l'évolution de ces dépenses tout en garantissant une prise en charge médicale optimale des maladies longues et coûteuses ;
- l'utilisation des **dispositifs médicaux** - fauteuils roulants, audioprothèses, etc. (2,9 milliards d'euros en 2003, soit + 11,3 % en 2003 par rapport à 2002). Le but de ce programme est d'améliorer la pertinence des prescriptions rendues difficiles en raison de la complexité des produits disponibles (plus de 80 000 produits).

¹⁰⁴ Voir les développements consacrés plus haut au bon usage du médicament, des analyses médicales ou des transports sanitaires, ainsi qu'aux arrêts de travail.

D'autres actions portent aussi sur des secteurs ou dispositifs qui méritent d'être développés comme la récupération par les caisses des frais engagés en cas d'accident dont la responsabilité implique un tiers.

Comme cela a été indiqué pour les arrêts de travail et les ALD (cf. partie II), ces programmes combinent à la fois :

➤ *des dispositifs contractuels avec les professionnels de santé*

L'Assurance Maladie négocie des accords de bon usage des soins et de bonne pratique avec les professions de santé. Ces accords portent sur des thèmes où la modification de pratiques professionnelles permet d'améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les coûts. Ces dispositifs contractuels s'appuient sur des référentiels scientifiques incontestables validés par les autorités sanitaires (ANAES, AFSSAPS). La nouvelle procédure définie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit d'ailleurs une validation de ces accords par l'ANAES. Celle-ci a fait l'objet d'un protocole d'accord entre l'Assurance Maladie et l'ANAES.

Compte tenu des constats effectués, sont priorisés les accords portant sur les prescriptions de médicaments : polymédication, anti-inflammatoires, hypolipémiants, traitements de substitution des opiacés notamment.

➤ *des actions d'information pour faire évoluer les comportements*

- Vis-à-vis du grand public, l'Assurance Maladie expérimente des actions de sensibilisation et d'information ciblées sur certains thèmes (par exemple, une information personnalisée auprès des assurés sur leur consommation individuelle de médicaments et leur substitution possible par des génériques).
Sur la base des résultats de ces expérimentations, les retours d'information vers les assurés sur leur consommation de soins seront généralisés en 2005.
- Vis-à-vis des professionnels de santé, il s'agit de développer également des dispositifs de retour d'information et des supports d'aide à la prescription qui font parfois défaut (par exemple en matière de prescriptions de transports, d'analyses biologiques, de médicaments, etc.).

L'usage de documents de retour d'information qui a été expérimenté par plusieurs caisses et par le service médical sera systématisé. Il s'appuiera sur le réseau des délégués de l'Assurance Maladie, mis en place au cours de l'année 2003, qui pourront accompagner les retours d'informations, les médecins conseils intervenant en deuxième niveau, en cas de difficultés médicales ou vers des prescripteurs atypiques.

➤ *des actions de contrôle ciblées en direction des patients et des professionnels de santé suspect d'abus, voire de fraudes*

La systématisation des contrôles ciblés a pris la suite du programme "contrôler autrement" (Cf. partie 2). La mise en place d'un dispositif de pénalité, tant pour les professionnels de santé que les assurés, répond à une demande de l'Assurance Maladie et permettra d'améliorer significativement l'efficacité de ces contrôles.

Dans le cadre de la réorganisation du service médical, la mise en place d'un groupe national de contrôle permettra par ailleurs de mieux organiser et de professionnaliser davantage les contrôles.

- *Enfin, l'amélioration du système d'information de l'Assurance Maladie qui est, en général, un préalable à la pleine efficacité de ces plans d'actions. Ce sera le cas avant la fin 2004 des dispositifs médicaux qui bénéficieront de la généralisation du codage, ou des ALD qui feront l'objet d'un état statistique annuel de situation avec la généralisation des fonctions du logiciel Hippocrate ou encore des analyses biologiques pour lesquelles un tableau de bord est en cours d'élaboration.*

Ces plans d'actions feront l'objet d'un tableau de bord qui sera publié tous les six mois.

Assurer la lisibilité de ces différents plans et permettre aux différents acteurs impliqués dans ces processus de suivre leur efficacité dans le temps est en effet une condition de leur succès.

Pour chaque plan concerné, un tableau de bord rassemblera en trois volets :

- des éléments de **problématique** rappelant le contenu des actions engagées, leur échéancier et les objectifs visés ;
- des éléments de **contexte financier**, indiquant au travers d'un suivi conjoncturel trimestriel ou semestriel, l'évolution des dépenses et l'activité des professionnels de santé ;
- des éléments **d'impact** indiquant le résultat des actions mises en œuvre.

La mise en place d'une politique de résultats s'inscrit dans la continuité de la loi organique, relative aux lois de finances, du 1er août 2001. Elle suppose de pouvoir mesurer facilement et à tous moments la réalisation des actions engagées. Ce travail d'évaluation devrait pouvoir être articulé autour de trois axes essentiels : la qualité, les coûts financiers, l'impact réel des actions. Il s'inspireront de la notion de programme retenue par la loi organique qui prévoit qu'un *programme regroupe les crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions, auquel sont associés des objectifs précis, définis en fonction de finalités d'intérêt général ainsi que des résultats attendus et faisant l'objet d'une évaluation*. Les responsables des programmes doivent obtenir des résultats préalablement définis en optimisant les moyens financiers dont ils disposent.

Elaborés au niveau national, ces tableaux de bord seront déclinés au niveau régional, avec la participation des acteurs locaux. Chaque région pourra ainsi se situer par rapport aux autres, tout au long de la durée de vie de ces plans.

Enfin, ces tableaux feront l'objet, chaque semestre, d'une communication. Sera effectuée une publication en deux temps :

- en août ou septembre, un bilan définitif de l'année précédente, et des six premiers mois de l'année en cours de façon à ce que les leçons de ces actions puissent, le cas échéant, être tirées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante ;
- au tout début de l'année, en même temps que les premiers résultats nationaux sur la situation de la branche maladie de l'année précédente, un résumé des actions entreprises en 2004, avec leur calendrier précis de mise en œuvre et les premières tendances.

Ces deux bilans semestriels alimenteront le rapport sur l'exécution de l'ONDAM.

Ces plans d'action seront complétés et développés, d'ici la fin de l'année 2004, pour atteindre une efficacité plus grande en 2005.

Ils pourront s'appuyer d'abord sur les dispositifs inscrits dans la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2004 et sur ceux qui sont prévus dans la loi portant réforme de l'assurance maladie, notamment ceux qui permettront une meilleure vérification du respect du périmètre des soins remboursables actuel (Cf. partie suivante).

Par ailleurs, on l'a vu, les parcours de soins des malades ignorent évidemment la frontière institutionnelle qui sépare la médecine de ville et la médecine de l'hôpital. L'amélioration de la cohérence du système de soins invite donc à élargir ces plans d'actions à l'hôpital pour agir sur les prescriptions hospitalières et obtenir une meilleure coordination entre les secteurs hospitalier et ambulatoire.

Cet élargissement à la prescription hospitalière concerne évidemment en premier chef le médicament et les transports mais aussi les quatre autres thèmes.

Ainsi, le codage des médicaments rétrocédés à l'hôpital sera mis en œuvre en 2005. Il permettra, pour la première fois, de suivre chaque catégorie de médicaments rétrocédés. Connaître la dynamique de ces médicaments est un préalable nécessaire à une rationalisation de ce secteur.

Des dispositifs permettant la conclusion d'accords de bon usage et de bonne pratique applicables aux prescripteurs hospitaliers constitue, par ailleurs, une nécessité.

Dans le même but, les dispositifs d'information des prescripteurs et des assurés et de contrôle devront être étendus à l'hôpital.

Une déclinaison régionale de ces plans d'actions est également engagée et sera fixée d'ici la fin du troisième trimestre 2004.

Elle s'appuiera sur la déclinaison des tableaux de bord régionaux et permettra de fixer, avec chacune des régions, des objectifs régionalisés de résultats.

Ceux-ci seront suivis dans le cadre des comités de liaisons régionaux de l'Assurance Maladie, mis en place en avril 2003, et qui réunissent les directeurs de l'URCAM, de la CRAM et du service médical régional, ainsi que les autres acteurs régionaux de la régulation de la dépenses.

2. Assurer le respect du périmètre de soins remboursable

La CNAMTS a engagé des actions qui permettent de faire mieux respecter le périmètre de soins remboursables.

Au préalable, il faut d'abord permettre aux professionnels de mieux gérer le périmètre de soins.

Outre l'information et l'accès au dossier de suivi des consommations des patients, cela passe par une meilleure diffusion des références médicales et leur intégration dans des logiciels de pratique professionnelle.

La mise en place du dossier médical du patient devra permettre, dans le cadre du respect du périmètre de soins, d'améliorer significativement la qualité et la coordination des soins.

De façon générale, tout ce qui concourt à la qualité du système de soins -accréditation, évaluation, habilitation, formation, échange d'information ainsi que la consommation des soins et la complémentarité des professionnels de santé- contribue à une meilleure gestion du périmètre de soins et une adaptation de l'offre.

Dans ce domaine, les actions de l'Assurance Maladie concernent d'abord l'information du prescripteur et de l'assuré social.

Celle-ci vise les conditions de prescriptions et de remboursement des soins qui doivent être mieux connues de l'un et de l'autre.

A ce titre, une information générale sera effectuée sur l'obligation d'apposer la mention "Non remboursable" en cas de prescription en dehors des indications remboursables, comme l'a prévu la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dès que les moyens de contrôle auront été mis en place.

Les actions de l'Assurance Maladie visent ensuite l'aide à la décision des prescripteurs.

Sans attendre la généralisation du dossier médical personnel et la mise en place par voie conventionnelle du médecin traitant, l'accès en ligne à l'historique des consommations médicales du patient simplifiera la tâche du médecin et lui permettra de choisir plus rapidement et plus efficacement les actions à entreprendre :

- la connaissance des analyses médicales déjà faites et des médicaments déjà prescrits permettra d'en éviter la répétition. La connaissance des médicaments délivrés au patient dans un passé récent doit permettre au praticien d'éviter les redondances et surtout les risques d'iatrogénie ;
- la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) permettra également aux médecins de prendre connaissance des actes techniques effectués par leurs confrères ;
- la mise en ligne des protocoles inter-régimes d'examen spécial (PIRES) doit permettre aux médecins de délivrer des soins immédiatement adaptés à l'état des patients qui souffrent d'une affection de longue durée.

En amont de la prestation, l'Assurance Maladie dispose aussi du dispositif d'entente préalable, l'article L 315-2 du Code de la sécurité sociale et le Protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES).

L'entente préalable permet de vérifier l'application du périmètre de soins pour certaines prescriptions. Toutefois, ce mécanisme coûteux en moyens mérite d'être recentré sur certains actes pour lesquels les enjeux financiers et de santé publique sont importants afin de répondre dans les délais impartis.

Le dispositif issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article L315-2) et le PIRES et ceux envisagés dans le projet de réforme de l'assurance maladie pour les arrêts de travail et de transport mettent en place des procédures d'entente préalable plus précises, des dispositifs d'entente préalable plus précis soit pour des dispositifs innovants, soit pour les affections chroniques, soit pour des comportements atypiques. La publication des décrets d'application devra permettre leur mise en œuvre.

L'ensemble de ces dispositifs devra être rendu plus souple, plus ciblé et devrait pouvoir être modifié rapidement en fonction de l'importance des enjeux financiers et de santé publique sur telle ou telle prestation.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie développe au moment de la liquidation des procédures à même de vérifier si des critères de remboursement plus médicalisés sont bien appliqués. Sans attendre la généralisation de ces développements, conditionnée par le refonte du système d'information en cours d'étude, une systématisation des contrôles ciblés à la liquidation, utilisant les dispositifs disponibles, est en cours.

En aval de la prestation, la CNAMTS continuera à privilégier les actions de contrôle ciblées sur les assurés ou les professionnels de santé afin de contrôler la légitimité des comportements qui semblent atypiques et d'éliminer les abus. La poursuite de ces contrôles, ciblés sur des groupes spécifiques d'assurés ou de professionnels de santé, présentant des atypies de comportement, dont il convient de vérifier la légitimité, reste une des priorités pour l'année 2005. Les procédures de ciblage devront continuer à être optimisées de manière à limiter les contrôles, autant que faire se peut, aux professionnels suspects de pratiques déviantes ou abusives, voire dangereuses ou frauduleuses. De même, une meilleure mutualisation des moyens et une coordination plus importante de la part des régions seront l'occasion d'accéder à une plus grande homogénéité régionale en terme de contentieux.

3. Au cœur du problème, la définition du périmètre des soins remboursables

Définir le périmètre de soins remboursables consiste à fixer parmi l'ensemble des soins, des biens et services médicaux ceux qui vont être retenus par l'Assurance Maladie pour faire l'objet d'une prise en charge.

On peut en fait considérer qu'un périmètre de soins remboursables est défini à partir de quatre types de listes :

- une liste qui fixe les services médicaux admis au remboursement et leur rémunération ;
- une liste qui fixe l'ensemble des spécialités remboursables (médicaments) et l'ensemble des dispositifs médicaux admis au remboursement ;
- une liste ou un ensemble de textes qui établissent les droits des assurés au remboursement. Ces textes peuvent prévoir pour des raisons sociales ou sanitaires, que certains assurés bénéficient de conditions dérogatoires au droit commun pour leur remboursement ;
- un ensemble de normes et références qui, ainsi que le précise le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie devraient conditionner l'admission du bien ou du service au remboursement. « *L'admission au remboursement, écrit le Haut Conseil, peut être médicalisée, c'est-à-dire dépendante d'un certain contexte de soins (...) 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 mais aussi sur la manière dont le soin sera exécuté, la notion même de médicalisation impliquant évidemment une participation active des professionnels de santé¹⁰⁵.* »

La fixation de ce périmètre des soins remboursables est essentielle d'un point de vue social puisqu'il indique clairement aux assurés ce qui est pris en charge et ce qui ne l'est pas ; d'un point de vue conventionnel puisqu'il fixe clairement les règles du jeu avec l'ensemble des professionnels de santé et les acteurs du monde de la santé¹⁰⁶ ; d'un point de vue financier puisqu'il commande la part remboursable des dépenses de santé à la charge de l'Assurance Maladie, et détermine, ce faisant, les ressources que la collectivité est disposée à lui consacrer.

¹⁰⁵ Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, page 69. Janvier 2004

¹⁰⁶ Aux professionnels de santé, il convient d'ajouter l'industrie pharmaceutique ainsi que les fabricants d'appareils médicaux.

Une définition incomplète

Cet ensemble de règles du jeu n'est pas assez précisément défini dans notre système de sécurité sociale¹⁰⁷ :

- certes, des articles du code de la Sécurité sociale définissent le champ du remboursement (article L321-1) ou encore les cas d'exonération et de limitation du ticket modérateur ;
- des listes de nomenclature et de produits et de spécialités admissibles aux remboursements existent ;
- en revanche, l'ensemble des dispositions permettant de « définir le bon usage des soins » reste incomplet, peu précis, peu connu et donc rarement opposable. Ce à quoi s'ajoute la forte hétérogénéité des référentiels médicaux pouvant provenir de plusieurs sources¹⁰⁸ et donc peu accessibles pour des professionnels de santé déjà fortement mobilisés.

De nombreuses dispositions existent déjà : recommandations médicales, indications médicales liées à l'autorisation de mise sur le marché pour le médicament, marquage CE et CEPP pour les dispositifs médicaux, références médicales opposables, accords de bon usage des soins, contrats de santé publique, obligation de mentionner sur l'ordonnance le caractère non remboursable (NR) d'actes, de produits et de prestations hors des indications thérapeutiques ayant justifié l'inscription sur la liste des produits remboursables.

Toutefois, certaines de ses dispositions sont difficilement respectées. Selon plusieurs évaluations de l'Assurance Maladie, entre 25 % et 40 % en général des prescriptions de médicaments se font hors des indications remboursables de l'autorisation de mise sur le marché. Enfin, les médecins qui sont tenus dans leurs actes et prescriptions de respecter les références médicales opposables, ne sont plus sanctionnés en raison des arrêts rendus par le Conseil d'Etat en 1999¹⁰⁹.

De surcroît, les dépenses des établissements de santé échappent largement à la définition, même imparfaite, du périmètre de soins. Elles ne sont, pour l'heure, contraintes que par leur enveloppe financière (la dotation globale) : dispositifs médicaux et médicaments sont ainsi achetés à prix libres ce qui, on le voit, ne cadre guère avec la définition d'un périmètre de soins remboursables.

Une gestion dynamique du périmètre de soins remboursables

Il n'est pas envisageable de bâtir *ex nihilo* un périmètre de soins remboursable. Il faut partir de l'existant et mettre en œuvre une procédure de redéfinition et de consolidation du périmètre de soins actuel.

En effet, aussi imprécis soit-il et aussi imparfait soit son respect, il existe un périmètre de soins réel qui se traduit dans la dépense annuelle d'assurance maladie. Elaborer un budget base zéro à partir d'un périmètre de soins théorique relèverait de l'utopie technocratique. En revanche, il faut partir de la dépense et de son analyse pour mettre en œuvre les actions correctrices. Ce deuxième rapport sur l'exécution de l'ONDAM illustre la possibilité de décrire de plus en plus précisément l'utilisation des quelque 120 milliards d'euros de la dépense.

¹⁰⁷ On note d'ailleurs que lorsque le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie évoque la médicalisation du périmètre de soins, il doit faire référence à « l'esprit des textes » et non aux textes eux mêmes.

¹⁰⁸ Il existe les recommandations médicales de l'ANAES, celles de l'AFSSAPS, les références médicales opposables, celles des sociétés savantes, les recommandations du Haut conseil médical de la Sécurité sociale pour les affections de longue durée...

¹⁰⁹ Le Conseil d'Etat dans ses arrêts du 28 juillet et du 10 novembre 1999 a estimé que le règlement minimal applicable aux spécialistes et la convention des généralistes avait institué un système de calcul pouvant conduire à une sanction financière disproportionnée.

Un tel rapport annuel devra pouvoir prendre place dans le processus d'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale, et de fixation de l'ONDAM en permettant :

- l'identification des dépassements significatifs des objectifs ;
- la définition des actions correctrices nécessaires pour modifier l'allure des dépenses ;
- la traduction juridique de ces actions correctrices.

Dans ce cadre, il sera essentiel que, sur la base de ces constats et des recommandations de la Haute autorité en santé, soit mieux déterminées les thérapeutiques prises en charges et les conditions de leur prise en charge.

La redéfinition du périmètre de soins ne signifie pas qu'il faille limiter les soins, ce qui contreviendrait à la mission de l'Assurance Maladie telle que définie dans le Préambule de la Constitution. Elle doit être entendue comme la possibilité de définir quels sont les produits et les actes ainsi que les conditions et fréquence de réalisation qui procurent un service médical la prise en charge collective, en ville comme à l'hôpital. Elle suppose de mieux fixer la ligne de partage entre solidarité collective et responsabilité individuelle.

La redéfinition du périmètre de soins permettra également d'améliorer les indications médicales et de mieux circonscrire la responsabilité du professionnel de santé. Les protocoles de soins constituent un excellent support en la matière. L'objectif est également de donner les moyens aux assurés de savoir pourquoi tel médicament ou tel acte est -ou n'est pas- remboursable dans telle situation ou pathologie.

Dès lors, le périmètre de soins constituera l'élément central de l'achat par la Nation de ses biens et services médicaux. Il est un instrument du pilotage fin du système (visibilité, contrôle, responsabilisation...) et d'action sur les comportements de tous les acteurs (professionnels de santé, assurés...). En outre, il aura un effet vertueux sur la gestion des dépenses et des risques car il permettra à l'Assurance Maladie de se comporter davantage en acheteur avisé (les meilleures pratiques au meilleur coût).

C'est la condition pour que la croissance des dépenses de santé et leur niveau de prise en charge retrouve un rythme soutenable pour la prise en charge collective.

A N N E X E S

LISTE DES SIGLES**A - B**

ACBUS	Accord de bon usage des soins
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de longue durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AT-MP	Accident du travail - maladie professionnelle
B	Acte de biologie
BBD	Bilan bucco-dentaire

C

CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CAO	Indice correspondant au nombre de dents cariées (C) absentes (A) et obturées (O) chez un individu
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoolologie
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CSG	Contribution sociale généralisée
CSST	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
CTI	Centre de traitement informatique

D

DC	Dénomination commune
DCI	Dénomination commune internationale
DDRI	Direction déléguée aux risques
DDRR	Direction déléguée aux ressources et au réseau (<i>ex. DDRE</i>)
DEPAS	Département études sur les professionnels et les assurés sociaux
DG	Dotation globale
DICOM	Direction de la communication et innovation services
DOM	Département d'Outre Mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRM	Direction des risques maladie
DRSM	Direction régionale du service médical (<i>ex ERSM</i>)
DSE	Direction des statistiques et des études
DSM	Direction du service médical

E

EHPA	Etablissement d'hébergement pour personne âgée
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ELSM	Echelon local du service médical
EPAS	Echantillon permanent des assurés sociaux
ERSM	Echelon régional du service médical
ESVAD	Equipes spécialisées pour la vie à domicile

F - G - H

FANP	Forfait d'Activités Non Programmées
FCAATA	Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante
FEH	Fonds pour l'emploi hospitalier
FNLC	Fédération Nationale de Lutte contre le Cancer
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale
FORMMEL	Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale
GHM	Groupes homogènes de malades
HAD	Hospitalisation à domicile

I - J

ICR	Indice de coût relatif des actes
ID	Indemnités de déplacement
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSEE	Institut national des statistiques et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (ex CREDES)
ITAF	Impôts et taxes affectés
JO	Journal Officiel

L - M - N - O

LPP	Liste des produits et prestations (ex TIPS)
MEDIC'AM	Médicaments remboursés par d'assurance maladie
MMD	Majoration de maintien à domicile
MSA	Mutualité sociale agricole
ODF	Orthodontie dento-faciale

P - Q - R

PACA	Région Provence Alpes Côte d'Azur
PIB	Produit intérieur brut
PIRES	Protocole inter-régime d'examen spécial
PNIR	Plan national inter régimes de gestion du risque
PRAM	Plan régional de l'Assurance Maladie
ROR	Rubéole, oreillons, rougeole
RTT	Réduction du temps de travail

S - T - U - V

SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SF	Acte pratiqué par la sage-femme
SLM	Section locale mutualiste
SMR	Service médical rendu
SMRI	Service médical rendu insuffisant
SSAD	Service de soins A domicile
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine
VSL	Véhicule sanitaire léger

ANNEXE I**CHRONOLOGIE DES ACCORDS CONVENTIONNELS INTERVENUS EN 2003**

CATEGORIES DE PROFESSIONNEL	MESURES DE REVALORISATION DES TARIFS ET DE NOMENCLATURE
MEDECINS GENERALISTES	<p><i>Au 1^{er} janvier 2002 : financement des astreintes à hauteur de 50 € par tranche de 12h par le Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL)</i></p> <p><u>REMUNERATION DES ASTREINTES</u> <u>A compter du 1^{er} janvier 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basculement du FORMMEL sur le risque maladie du financement des astreintes : 50,00 €/ tranche de 12 h <p><u>REVALORISATION CIBLEE DE L'ACTIVITE MEDICALE</u> <u>A compter du 17 Mars 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'un acte pour la prise en charge des lésions ostéoarticulaires musculo-tendineuses ou des parties molles d'origine traumatique – k10,5 20,16 € ▪ Création d'une majoration pour soins utilisant le plateau technique au cabinet – k6 (réservée aux médecins de montagne) 11,52 € <p><u>A effet du 19 Septembre 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation du tarif de consultation approfondie CALD 26,00 € <p><u>A effet du 27 Septembre 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extension aux consultations et visites des généralistes de l'application au forfait pédiatrique pour les examens obligatoires des 8^{ème} jour, 9^{ème} mois, 24^{ème} mois ou 25 mois de l'enfant 5,00 € <p><u>DE NOUVEAUX DISPOSITIFS CONTRACTUELS</u> <u>A effet du 19 Septembre 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrat de santé publique (CSP) pour la prise en charge des soins palliatifs à domicile : <ul style="list-style-type: none"> ➢ rémunération forfaitaire des temps de coordination : 40 € par mois par patient pour chaque médecin traitant 80 € par mois par patient pour le médecin coordinateur de l'équipe ➢ et rémunération des actes : soit à l'acte soit au forfait de 90 € par mois par patient ▪ Contrat de pratique professionnelle (CPP) pour la coordination des soins des patients en cure thermale <ul style="list-style-type: none"> ➢ majoration de 10 € par patient du forfait thermal ▪ 2 Accords de Bon Usage des Soins (AcBUS). <ul style="list-style-type: none"> ➢ Prescription des types de transports : adapter le type de transport au degré d'autonomie du patient pour faire évoluer le transport en ambulance au profit du transport assis ➢ Prescription d'examens biologiques dans le cadre de l'exploration thyroïdienne : mettre un terme aux prescriptions concomitantes hors référentiel ANAES, de T3L, T4L et TSH

CATEGORIES DE PROFESSIONNEL	MESURES DE REVALORISATION DES TARIFS ET DE NOMENCLATURE	
MEDECINS SPECIALISTES	<p>A compter du 1^{er} Février 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de tarif de la consultation spécialisée (CS) 23,00€ ▪ Harmonisation du montant du forfait pédiatrique 5,00 <p>A effet du 27 Septembre 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'une majoration forfaitaire transitoire appliquée aux consultations des cliniciens 2,00 € ▪ Création d'une majoration forfaitaire transitoire appliquée aux consultations en psychiatrie, pédo-psychiatrie et neurologie 2,70 € ▪ Médecine thermale dans le cadre d'un CPP <p>➤ majoration de 10 € par patient du forfait thermal :</p>	
SPECIALISTES (CHIRURGIENS ANESTHESISTES)	<p>A effet 18 Février 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de 2 actes de traitement des lésions de la face ➤ Acte de comblement bilatéral par auto-transplantation – E120 – KCC 60 ➤ Acte de ré-injection bilatérale complémentaire – E 30 KCC 	
SPECIALISTES (RADIOLOGIES/ SPECIALISTES DE MEDECINE NUCLEAIRE)	<p>A effet du 1^{er} novembre 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cotation provisoire des examens de tomographie par émission de positions (TEP) en activité libérale ➤ Honoraires médicaux – ZN 55 ➤ Forfait technique jusqu'à 1000 examens TEP + Scanner 1000 € ➤ TEP seul 950 € ➤ Forfait au-delà de 1000 examens 550 € <p>A effet du 27 Novembre 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suppression de l'acte coté KE 23 : échographie non obstétricale 	
SPECIALISTES (DE LA NAISSANCE)	<p>A effet du 1^{er} Janvier 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Homogénéisation de la valeur du forfait KFC majorant les forfaits accouchement et anesthésie – KC 50 104,50 € ▪ Revalorisation du coefficient de l'acte d'accouchement gémellaire – KC 150 313,50 € <p>A effet du 1^{er} Février 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajustement de la valeur forfaitaire de l'astreinte pour les actes liés à l'accouchement dans les établissements réalisant moins de 1500 accouchements par an 61,00 € 	
CHIRURGIENS DENTISTES	<p>REVALORISATION DES HONORAIRES</p> <p>A compter du 3 Février 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de la cotation d'actes d'obturation à ancrage pour restauration d'une perte de substance aux 2 faces d'une dent – SC33 61,00 € <p>A compter du 21 Mars 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation du tarif de la lettre clé des Soins Conservateurs - SC 2,41 € <p>DE NOUVEAUX DISPOSITIFS CONTRACTUELS :</p> <p>A compter du 1^{er} Mars 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AcBUS : reconstitutions coronaires préprothétiques à ancrage radiculaire <ul style="list-style-type: none"> ➤ diminuer de 8 à 12 points la moyenne d'inlaycore sur couronne 2,00 € ▪ Contrat de bonne pratique et des techniques de soins (l'adhésion et la mise en œuvre du contrat sont conditionnées par la mise en œuvre de la formation continue conventionnel <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indemnisation forfaitaire 600 € 	

CATEGORIES DE PROFESSIONNEL	MESURES DE REVALORISATION DES TARIFS ET DE NOMENCLATURE	
SAGES FEMMES	<p><u>DE NOUVEAUX DISPOSITIFS CONTRACTUELS</u></p> <p><u>A compter du 1^{er} Mars 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AcBUS : séance de préparation à l'accouchement ➢ harmoniser et améliorer la qualité de l'information transmise au cours des séances ▪ Contrat de bonne pratique : engagement en matière d'activité, de suivi, de formation et de continuité des soins ➢ rémunération forfaitaire annuelle : 600 € 	
BIOLOGISTES	<p><u>DE NOUVEAUX DISPOSITIFS CONTRACTUELS</u></p> <p><u>A compter du 1^{er} Mars 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'un AcBUS sur le dépistage de l'insuffisance rénale par la formule de COCKCROFT-GAULT ➢ meilleur dépistage de l'insuffisance rénale de l'adulte ▪ Création d'un contrat de bonne pratique sur la démarche qualité entreprise dans les laboratoires ➢ indemnité forfaitaire annuelle : 400 € /laboratoire <p><u>A compter du 30 Novembre 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Crédit d'un contrat de santé publique : amélioration de la qualité de la surveillance biologique des patients traités par anti-vitamine K ➢ indemnité forfaitaire 15€/patient 	
MASSEURS KINESITHERAPEUTES	<p><u>AUGMENTATION DES HONORAIRES</u></p> <p><u>A compter du 21 Juin 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de l'indemnité forfaitaire pour frais de déplacement 2,00 € ▪ Augmentation de la valeur des indemnités kilométriques <ul style="list-style-type: none"> ➢ plaine 0,38 € ➢ montagne 0,61 € ➢ à pied – à ski 3,35 € <p><u>A compter du 19 Octobre 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de la cotation forfaitaire du bilan diagnostic kinésithérapeutique ➢ rééducation, réadaptation fonctionnelle (20 séances maxi) AMC – AMK 8,1 ➢ rééducation musculaire et neurologique (50 séances maxi) AMS 10,1 <p><u>DE NOUVEAUX DISPOSITIFS CONTRACTUELS</u></p> <p><u>A compter du 21 Juin 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AcBUS : promotion de la fiche de synthèse du bilan diagnostic kinésithérapeutique ▪ Contrat de pratique professionnelle ▪ Evaluation de la pratique (suivi de l'utilisation de la fiche de synthèse du bilan et formation continue) ➢ Complément forfaitaire de rémunération 600 €/an 	

CATEGORIES DE PROFESSIONNEL	MESURES DE REVALORISATION DES TARIFS ET DE NOMENCLATURE
	<p><u>REVALORISATIONS TARIFAIRES DE L'INDEMNITE DE DEPLACEMENT</u></p> <p>A compter du 1^{er} Avril 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de l'indemnité forfaitaire de déplacement : IFD 1,83 € <p>A compter du 1^{er} Novembre 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de l'indemnité forfaitaire de déplacement : IFD 2,00 € <p><u>VALORISATION DU ROLE DE L'INFIRMIERE DANS UN CADRE CONTRACTUEL RENOVE</u></p> <p>A effet du 1^{ER} Mars 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Création à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels d'un article dédié à la prise en charge à domicile d'un patient insulino-dépendant ➢ 3 actes réécrits et dédiés à la pathologie diabétique (acte de surveillance AMI 1, injection sous-cutanée d'insuline AMI 1 et pansements lourds et complexes AMI 4) ➢ Création d'un acte : séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention d'une durée d'une ½ heure par patient insulino-dépendant de plus de 75 ans – AMI 4 ▪ Création contrat de bonne pratique de la DSi ➢ bonne utilisation des documents <p>A compter du 20 Mai 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aménagement transitoire et jusqu'au 31 Décembre 2003 des conditions d'application de la Démarche de Soins Infirmiers ➢ prise en charge des actes en AIS prescrits, hors formulaires spécifiques DSi sur ordonnance spécifique ➢ prise en charge des actes DI prescrits sur ordonnance hors imprimés spécifiques ➢ aménagement des imprimés et des circuits ▪ Accord de bon usage de la démarche de soins infirmiers pour les personnes dépendantes : accompagnement de la DSi <p>A effet du 27 Mai 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrat de Santé Publique (CSP) sur la prise en charge infirmières des complications du diabète pour les patients insulino-dépendants de plus 75 ans pour lesquels sont prescrits des séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention ➢ rémunération forfaitaire complémentaire pour la tenue des fiches de surveillance et la transmission d'information au médecin 200 € /patient en 12 mois
INFIRMIERES	
ORTHOPHONISTES	<p><u>REVALORISATION DES HONORAIRES</u></p> <p>A compter du 1^{er} Janvier 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation du tarif de la valeur de la lettre clé AMO 2,37 € <p><u>DE NOUVEAUX DISPOSITIFS CONTRACTUELS</u></p> <p>A compter du 1^{er} Mars 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'un AcBUS : architecture rédactionnelle des comptes rendus de bilans orthophoniques ▪ Création du CBP : évolution des pratiques vers une meilleure rédaction du compte rendu du bilan ➢ complément forfaitaire de rémunération : 600 €/par an
ORTHOPTISTES	<p>A compter du 1^{er} Mars 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'un AcBUS relatif à l'utilisation de la fiche de traitement orthoptique à la fin de chaque prise en charge du patient ▪ Création du CBP : participation à une action annuelle de formation continue conventionnelle. Evaluation sur la rédaction de la fiche ➢ complément forfaitaire de rémunération 600 €

CATEGORIES DE PROFESSIONNEL	MESURES DE REVALORISATION DES TARIFS ET DE NOMENCLATURE
LES TRANSPORTEURS	<p><u>REVALORISATION DES HONORAIRES DE GARDE AMBULANCIERE</u> <u>A compter du 1^{er} Avril 2003 jusqu'au 30 Août 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basculement sur le risque maladie du financement de l'indemnité de garde expérimentée sur 8 départements 396,70 € maxi/véhicule et tranche de 12 h <p><u>A compter du 27 juillet 2003¹¹⁰</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indemnité maximum de garde ambulancière dans le cadre du nouveau dispositif de garde (indemnité complétée par une facturation spécifique à la sortie) 346 € véhicule/garde de 12 h <p><u>DE NOUVEAUX DISPOSITIFS CONTRACTUELS : VALORISATION DES PRATIQUES DE L'AMBULANCIER</u> <u>A compter du 25 Mars 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrat de Bonne Pratique : certification de service du transport en ambulance¹¹¹ <ul style="list-style-type: none"> ➢ montant forfait annuel <ul style="list-style-type: none"> en 2003 600 € en 2004 500 € en 2005 400 € ▪ AcBUS de meilleure coordination entre l'ambulancier et l'hôpital ➢ Mieux informer l'hôpital de l'état clinique du patient à partir d'une fiche de liaison

¹¹⁰ Le versement des indemnités de garde est subordonné à la parution de l'arrêté préfectoral validant la réorganisation des secteurs et à la communication à la CPAM de la liste des entreprises de garde par secteur. Au 31 Décembre 2003, la réorganisation est effective dans une dizaine de départements, en sus des huit départements expérimentateurs.

¹¹¹ 17 Novembre 2003 : validation du référentiel de transport et nomination de l'organisme certificateur

ANNEXE II Mesures prises par la LFSS 2003

1. La branche maladie

▪ Organisation/Structures/missions

Financement des missions nationales par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (Article 23)

- Cet article crée trois missions nationales chargées de conduire les actions prioritaires du plan "Hôpital 2007": mission d'expertise et d'audit hospitalier, mission nationale pour la tarification à l'activité et mission nationale d'appui à l'investissement et ses correspondants régionaux.

Fusion du Fonds pour la Modernisation des Cliniques Privées (FMCP) et du Fonds pour la Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) (article 26)

- Plusieurs articles organisent l'absorption du Fonds pour la Modernisation des Cliniques Privées (FMCP) par le "Fonds de Modernisation des Établissements de Santé" (FMES), qui prend la dénomination de "Fonds de Modernisation des Établissements de Santé publics et privés" (FMESPP) et devient le support financier unique de l'aide à l'investissement des établissements de santé.
- La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP est de 450 millions d'euros pour l'année 2003.

Financement du compte épargne temps (CET) par le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) (article 27)

- Le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) a pour mission de prendre en charge une partie des surcoûts engendrés par le recours au travail à temps partiel et aux cessations progressives d'activité. Il contribue également, depuis la LFSS pour 2000, au financement du congé de fin d'activité. Le FEH est alimenté par une contribution de 1 % des rémunérations versée par les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Le FEH financera également des droits à congés qui n'ont pu être pris par les agents du fait de l'étalement sur 3 ans, pour les personnels non médicaux, et sur 4 ans, pour les médecins, des créations d'emplois liées à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. Ce financement par le fonds des jours non pris ou portés dans un compte épargne - temps est une mesure non pérenne qui prend fin au terme du processus de création d'emplois.
- Pour assurer cette mission, le fonds est abondé par les régimes obligatoires d'assurance maladie. (400 millions d'euros pour 2002 et 321 millions d'euros pour 2003)

Élargissement des missions du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) (Article 48)

- La mesure vise à élargir les missions du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), initialement chargé du financement des actions concourant à l'amélioration de qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Elle permet au fonds de participer au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML) ainsi que des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins salariés des centres de santé organisées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

- La mesure fixe, en outre, le montant annuel maximal des dépenses du fonds, soit 106 millions d'euros au titre de l'année 2003.

- **Relations avec les professionnels de santé ou les structures de soins**

MEDECINS

Pratiques abusives des médecins conventionnés (Article 33)

- Il s'agit de permettre aux partenaires conventionnels de définir les moyens de faire respecter les engagements de bon usage des soins et de bonnes pratiques.

Permanence des soins des médecins (Article 40)

- La mesure prévoit la participation au dispositif de permanence des soins, dans un but d'intérêt général, des médecins conventionnés et des médecins salariés des centres de santé ainsi que les modalités de leur rémunération.
- Le dispositif organisationnel repose sur une sectorisation de chaque département, une permanence assurée par les médecins libéraux dans chaque secteur et une régulation des appels afin de limiter le recours au médecin la nuit et les week-end. Ainsi une liste des médecins de permanence est établie afin que tous les secteurs soient pourvus d'un médecin la nuit, les week-ends et les jours fériés. Cette liste relève en premier lieu des professionnels eux-mêmes selon le principe du volontariat.
- En cas d'absence ou d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre, de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, ce conseil, après avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins des centres de santé, complète le tableau de permanence en tenant compte de l'état de l'offre de soins disponible ; si à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires.
- Le comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires voit sa composition élargie aux représentants des médecins libéraux et, notamment, ceux en charge de la permanence des soins, et ses missions rénovées. Il devient l'instance de concertation et d'élaboration pour l'organisation de la permanence des soins et la sectorisation du département.

Dispositions relatives au mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins (MICA) (Article 45)

- Cet article ferme le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins (MICA). Ainsi, pour prétendre au bénéfice du MICA, il faut cesser définitivement son activité médicale non salariée avant le 1^{er} octobre 2003. Toutefois la loi renvoie à un décret le soin de déterminer deux types de dérogations :
 - les exceptions à la date du 1^{er} octobre 2003 ;
 - les cas et conditions dans lesquels, à titre exceptionnel, la cessation d'activité peut intervenir "après le 1^{er} octobre 2003 pour les personnes ayant organisé avant le 1^{er} octobre 2002 leur cessation d'activité".

Cumul emploi retraite des médecins et infirmiers (Article 46)

- Cet article introduit une dérogation au profit des médecins et infirmiers en matière de cumul emploi retraite. La loi portant réforme des retraites a revu dans son ensemble ce dispositif. Les retraités pourront cumuler leurs pensions avec des revenus d'activité dans la limite de leur dernier salaire. Toutefois, la reprise d'activité chez le dernier employeur ne pourra intervenir avant un délai de six mois.

LES PHARMACIENS

Instauration des tarifs forfaitaires de responsabilité (Article 43)

- Cet article prévoit la possibilité d'une prise en charge des médicaments figurant dans un groupe générique (princeps et ses génériques) sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité. Il fixe également le plafond des remises autorisées aux pharmaciens à 2,5 % du prix du médicament.
- Le tarif forfaitaire de responsabilité a été fixé en fonction du prix des génériques présents sur le marché. Les groupes sélectionnés doivent avoir un taux de pénétration des génériques minimum de 12,5 % et maximum de 45 %. La borne minimale vise à s'assurer que l'offre de médicaments génériques sera suffisante pour que tout particulier qui le souhaite puisse se voir délivrer un médicament dont le prix soit au plus égal au tarif. Une borne maximale a été fixée de manière à ne pas pénaliser inutilement les médicaments génériques.

Plafonnement des remises (Article 44)

- Cet article prévoit une disposition transitoire de plafonnement des remises autorisées aux pharmaciens, à 6 % du prix de vente des médicaments jusqu'au 30 juin 2004.

AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Extension du règlement conventionnel minimal (RCM) aux professions de santé autres que les médecins et suppression des comités médicaux régionaux (CMR) (Article 29).

- Cet article étend à toutes les professions le principe d'un règlement conventionnel minimal par arrêté interministériel après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales représentatives, en l'absence de convention nationale.
- Les comités médicaux régionaux, dont le fonctionnement avait été paralysé, sont également supprimés par cet article.

Transfert du financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (Article 38)

- Le financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) est transféré de l'État vers l'Assurance Maladie sous la forme d'une dotation globale annuelle versée par une caisse pivot. Les principes d'anonymat et de gratuité qui caractérisent le fonctionnement de ces centres demeurent en vigueur dans le nouveau dispositif.

Permanence des transports sanitaires (Article 41)

- Cet article prévoit qu'un décret définisse "les conditions dans lesquelles le représentant de l'État dans le département organise, après avis du comité mentionné à l'article L6313-1, la garde départementale assurant la permanence des soins".
- En application de cette loi, le décret 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale des ambulanciers privés, publié le 25 juillet 2003, prévoit :
 - une sectorisation, arrêtée par le préfet, dont les critères sont clairement définis,
 - une organisation collective de la garde, déterminée au sein d'un cahier des charges départemental,

- une implication plus grande des ambulanciers dans l'aide médicale urgente par la mobilisation pendant la garde d'un véhicule et d'un équipage dédiés aux demandes du SAMU.
 - La convention tarifaire du 25 juillet 2003 prévoit un financement forfaitaire pour chaque équipage mobilisé et une tarification à l'acte (minorée de 60 % par rapport à la tarification classique).
- **Relations avec les laboratoires pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé (CEPS)**

Conventions entre les laboratoires pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé (CEPS) (Article 34)

- L'accord cadre conclu entre le CEPS et le LEEM, syndicat des entreprises pharmaceutiques, a été signé le 13 juin 2003.

Procédure d'inscription accélérée sur la liste des médicaments remboursables (Article 36)

- Les médicaments présentant, par leur amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, bénéficient, à la demande des laboratoires concernés, d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste des médicaments remboursables qui est définie par un accord entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises. Cet accord cadre a été signé le 13 juin 2003.

Sanctions à l'encontre des laboratoires pharmaceutiques pour contravention sur la publicité ou la transparence (Article 37)

- Les dispositions sur les pénalités infligées aux laboratoires pharmaceutiques à la suite d'une mesure d'interdiction de publicité prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) sont renforcées afin de permettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'imposer des sanctions pécuniaires significatives, et non plus par le biais d'une baisse de prix, en cas d'interdiction d'une publicité par (AFSSAPS).
- Cet article donne également la possibilité de sanctionner les laboratoires qui ne déclareraient pas des données pourtant disponibles et importantes pour l'admission au remboursement.

- **Divers (mise en conformité de textes, budgétaires ...)**

Cliniques privées (Article 22)

- L'objectif quantifié national des cliniques privées (OQN) est dorénavant établi et suivi dans la norme comptable des droits constatés.
- Il donne par ailleurs une base légale aux opérations de transferts d'enveloppe qui accompagnent la transformation d'établissements de santé sous OQN en établissements médico-sociaux –ou inversement- et le changement subséquent de régime de financement.

Mesure de validation législative (article 24)

- Il s'agit d'une mesure de validation législative d'indemnisation des gardes effectuées par les internes ou faisant fonction d'interne en médecine dans les établissements publics de santé au titre des exercices 1998 à 2001.

Expérimentation de la tarification à l'activité dans les établissements de santé (Article 25)

- La "tarification à l'activité" consiste à rémunérer les établissements de santé à proportion de leur activité réelle, sous forme de tarifs nationaux adaptés à la nature de la prestation. Il est rappelé que jusqu'à maintenant, les ressources des établissements étaient constituées soit par une dotation globale tenant faiblement compte de l'activité réelle (secteur public), soit par des tarifs de prestations fortement segmentés et peu harmonisés.
- Pour préparer cette réforme majeure, cet article prévoit le lancement d'une expérimentation conduite par la mission nationale créée par l'article 23.

Rapport au Parlement sur la cohérence des accords et avenants conventionnels agréés par le ministre chargé de la sécurité sociale avec l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) (Article 31)**Prolongation de la durée d'expérimentation des réseaux de soins (Article 35)**

- La mesure prolonge, jusqu'au 31 décembre 2004, la durée des expérimentations dites "Soubie", initialement prévue pour trois ans, afin de disposer du temps nécessaire à la mise en œuvre de l'ensemble des textes relatifs à la réforme du dispositif des réseaux de soins.

Financement de l'IVG par l'assurance maladie (Article 39)

- Cet article modifie l'article L.132-1 du code de la sécurité sociale en supprimant les dispositions qui fondaient le remboursement par l'État aux caisses d'assurance maladie des frais de soins et d'hospitalisation engagés au titre des IVG. Ce transfert de dépenses représente un impact financier de 25,13 millions d'euros en année pleine.

Convention des établissements d'accueil des personnes âgées (Article 42)

- Cet article prolonge le délai (date limite du 31/12/2003 reportée au 31/12/2005) de signature des conventions tripartites entre les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, l'autorité de tarification (le préfet ou l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH)) et le président du conseil général.

Fixation de la dotation pour 2002 et 2003 à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) (Article 47)

- Cet article fixe à 70 millions d'euros pour chacune des deux années 2002 et 2003 le montant de la dotation globale, à la charge des régimes d'assurance maladie, affectée au financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

2. La branche accidents du travail et maladies professionnelles

▪ Relations avec les assurés sociaux**Extension aux salariés agricoles du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Article 54)**

- Ce texte a modifié l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afin que les salariés agricoles victimes de maladies professionnelles occasionnées par l'amiante puissent bénéficier de la cessation anticipée d'activité dans le cadre du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

- **Relations avec l'État**

Convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (Article 56)

- Ce texte fixe les conditions d'élaboration et d'exécution d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAMTS, au titre de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale et institue un conseil de surveillance.
- Il est prévu que la convention fixe des objectifs de prévention, d'amélioration du système de réparation, de modernisation des mécanismes tarifaires, d'amélioration des outils statistiques. À l'instar des conventions d'objectifs et de gestion signées pour les autres branches, elle prévoira le renforcement de la qualité du service apporté aux victimes, aux employeurs et aux partenaires de la branche.

- **Mesures Budgétaires**

Financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (Article 52)

- La contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est de 180 millions d'euros pour 2002 et 190 millions d'euros pour 2003.

Financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) (Article 53)

- La contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) est de 300 millions d'euros pour 2002 et de 450 millions d'euros pour 2003.

Versement de la branche accidents du travail à la branche maladie du régime général au titre de la sous déclaration des affection d'origine professionnelle (Article 55)

- Conformément aux conclusions de la commission présidée en 2002 par Mme LEVY-ROSENWALD, cet article fixe à 330 millions d'euros pour 2003 le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général de la sécurité sociale, au titre des accidents du travail et maladies professionnelles non reconnus.

ANNEXE III

L'avenant numéro 4 à la Convention d'Objectif et de Gestion entre la CNAMTS et l'Etat relatif à la régulation du système de soins

Signé le 7 mai 2003, cet avenant complète la Convention d'objectif et de gestion conclue en septembre 2000. L'objet de cet avenant est d'insérer dans la COG un chapitre relatif à la régulation du système de soins : « *le système de santé, précise le préambule, doit contribuer au droit à la protection de la santé de chacun en garantissant à tous les concitoyens, sur tout le territoire, un accès à des soins de qualité au meilleur coût. La voie empruntée pour atteindre cet objectif est celle qui privilégie l'optimisation des dépenses grâce à des outils médicalisés, afin de garantir la qualité des soins, envisagée dans toutes leurs composantes : leur opportunité médicale, leur régularité, (c'est à dire leur conformité aux normes médicales et juridiques), leur efficacité et leur efficience. La politique de gestion du risque est le moyen d'y parvenir.* »

L'Etat et la CNAMTS définissent quatre axes de travail pour la Caisse nationale et son réseau

1. Conforter les fondements d'une régulation médicalisée

Cet axe de travail comprend trois volets :

▪ La rénovation du dispositif contractuel

Il s'agit de diffuser et de généraliser, à l'aide de la rénovation du dispositif conventionnel, les bonnes pratiques professionnelles négociant avec les professions de santé des accords de bon usage des soins, des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique.

Cette rénovation nécessite parallèlement une production régulière et de qualité de référentiels médicaux dans tous les domaines de soins

▪ Le développement de pratiques d'accompagnement des professionnels

Les nouveaux dispositifs contractuels évoqués précédemment peuvent être appuyés « par des programmes d'analyse des pratiques collectives qui, à l'instar de celui mené sur le diabète, ont montré leur efficacité comme source d'enseignements et de progrès collectifs. Les entretiens confraternels seront poursuivis. Les autres modalités d'accompagnements et de conseil des professionnels seront mis à l'étude et évalués, en particulier des groupes de pair et des groupes de progrès. »

▪ La réorganisation du système de soins

- La CNAMTS et son réseau contribuent et participent à la mise en œuvre de la politique d'aménagement du territoire sur le plan sanitaire ;
- la CNAMTS participe à l'action sur la démographie des professionnels de santé libéraux et à la mise en œuvre des mesures d'incitation à une meilleure répartition des professionnels sur le territoire ;
- elle contribue également à la mise en place de nouveau dispositif de permanence des soins en soutenant et évaluant des expérimentations nouvelles et en mettant en œuvre dans le cadre conventionnel les modalités de rémunération spécifique à cette activité ;
- elle favorise le développement des réseaux de santé afin d'améliorer la coordination et la complémentarité entre les différentes structures sanitaires ;
- la CNAMTS définit avec les professionnels de santé les conditions de prise en charge de soins palliatifs ;

- la CNAMTS mobilise ses ressources et son réseau, aux côtés des services ministériels pour permettre la mise en œuvre de la tarification à l'activité (au premier janvier 2004) fondée sur l'utilisation de la CCAM ;
- la CNAMTS s'attache à travailler, en accord avec les services ministériels, sur la mise en œuvre opérationnelle d'états des lieux médico économiques repérant les besoins de soins non ou mal satisfaits et portant sur les pratiques ambulatoires ou hospitalières. C'est particulièrement le cas pour les thèmes retenus dans le cadre de programmes ministériels : plan cancer, plan insuffisance rénale chronique...

2. Donner corps à la responsabilité des assurés sociaux complémentaire de celle des professionnels de santé

Trois démarches sont retenues :

- **Fonder la responsabilisation sur des critères médicaux**

L'accord conclu avec les médecins généralistes concernant le bon usage de la visite en est l'illustration. Des dispositifs de même type devront être développés pour les analyses de biologie et les transports.

- **Privilégier prévention et dépistage**

La CNAMTS souhaite recentrer¹¹² son rôle dans ces domaines pour privilégier, au sein des priorités de santé publique telles que définies par l'Etat, des actions directement liées à sa fonction de régulation du système de soins. Elle entend en 2003 amplifier entre autres, son programme de prévention des maladies génétiques.

- **Tenir compte de la spécificité de certaines populations**

Un effort particulier est mené en direction des personnes handicapées, des personnes âgées et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle.

3. Développer la qualité de la relation de service aux professions de santé

Les caisses d'assurance maladie entendent améliorer le service rendu aux professions de santé en matière de délai de paiement, d'information, d'assistance et de conseil. Elle entend notamment permettre aux professionnels de bénéficier des informations et des données relatives à la connaissance de leurs pratiques . accès au SNIR-AM, retour personnalisé sur leurs pratiques interlocuteur médecin-conseil et pharmacien-conseil identifiés pour chaque professionnel de santé..)

4. Mettre en place les outils de la responsabilité partagée

La CNAMTS poursuit les efforts engagés pour assurer le suivi des principaux postes de dépenses, assorti de l'interprétation des évolutions. Elle s'investit dans une double démarche de contrôle : contrôle des pratiques déviantes (pratiques frauduleuses ou contraire à la réglementation, pratiques dangereuses), contrôle de la qualité des pratiques médicales qui vise ici une modification pérenne des comportements des professionnels de santé.

5. Réorganiser la gestion du risque

La gestion fine du système de soins ne peut se concevoir que dans un cadre inter-régimes. C'est la logique sur laquelle est fondé le PNIR. La CNAMTS proposera aux caisses nationales des autres régimes des dispositifs de coordination définissant une politique de gestion du risque qui suppose une approche territoriale qu'assurent aujourd'hui les URCAM, les CRAM et les CPAM avec l'appui des échelons régionaux du service médical.

¹¹² PNIR : plan national inter-régimes

ANNEXE IV

LES PRINCIPAUX ACCORDS DE BON USAGE DES SOINS DES MEDECINS ET DES DENTISTES Estimations provisoires

THEMES	OBJECTIFS	Economie Potentielle
❖ Prescription des transports en ambulance	➤ Diminuer de 10 % le nombre de transports en ambulance – accord conclu avec les généralistes -	19 millions € 2003
❖ Prescription de dosage des hormones thyroïdiennes	➤ Diminuer au minimum de 90 % la prescription concomitante des dosages de plusieurs hormones T3, T4 et TSH justifiés exceptionnellement – accord conclu avec les généralistes -	5 millions € 2002
❖ TDR Angines	➤ Mieux cibler la prescription d'antibiotiques et réduire les antibiorésistances – accord conclu avec les généralistes, pédiatres et ORL -	<p style="text-align: right;">① Etude Bourgogne 1999 = 50 % des prescriptions sont inadaptées</p> <p style="text-align: right;">② Au niveau national 2003 - 100 millions € (c.a.d - 6 à 7 millions de prescriptions)</p>
❖ Prescription d'antibiotiques dans les affections des voies aériennes hautes et basses	<p>➤ Optimiser la qualité de la prescription et diminuer de 25 % en 5 ans le ratio – accord en préparation -</p> <p style="text-align: center;"><u>Nbre d'actes avec prescriptions d'antibiotiques</u> <u>Nbre d'actes avec prescriptions médicamenteuses</u></p>	<p>Sur 100 millions de prescriptions d'antibiotiques entre les 2/3 et les % concernent une affection des voies respiratoires.</p> <p>30 % des prescriptions ne sont pas justifiées = - 20 millions €</p>
Résultats de la campagne « Antibiotiques » de l'Assurance Maladie		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ baisse de 10,2 % de la consommation durant l'hiver 2002-2003 ▪ 70 millions d'économie dont 50 millions pour les régimes d'assurance maladie ▪ 4 millions de traitements évités ▪ investissement : 6 millions d'Euros. 		
❖ Polymédication notamment des personnes âgées de 70 ans et +	<p>➤ Réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse.</p> <p>➤ Diminuer le nombre de chutes chez les personnes âgées en baissant la fréquence des prescriptions inadaptées – accord en cours d'aménagement -</p>	<p>Selon l'ANAES, la consommation moyenne de médicaments prescrits doit être ramenée de 5 à 2 médicaments.</p> <p>En 2001 : 87 millions de médicaments ont été remboursés aux personnes âgées de 70 ans et + ; 30 % des délivrances comportaient au moins 5 médicaments.</p>
❖ Médicaments psychotropes	➤ Faire évoluer le recours aux médicaments psychotropes en médecine de ville conformément aux référentiels médicaux – accord en préparation -	<p>Etude Toulouse : L'optimisation de la prescription des différentes classes de médicaments (anxiolytiques et hypnotiques ; antidépresseurs ; neuroleptiques) grâce aux recommandations permettrait de faire diminuer de 5 % le nombre total des psychotropes prescrits. 1,0 milliard / 0,7 x 5 % = 70 millions €</p>
❖ Reconstitution coronaire	➤ Rééquilibrer l'utilisation des deux techniques de reconstitution coronaire pré prothétique à ancrage radiculaire (inlay-core et ancrage radiculaire foulée). – accord conclu -	<p>Baisse de 8 à 10 % le nombre de couronnes sur inlay-core</p> <p style="text-align: right;">~ 10 millions €</p>
❖ A.I.N.S. (anti-inflammatoires non stéroïdiens)	➤ Réduire les consommations d'AINS (y.c les COXIBS) – accord en attente d'un référentiel AFSSAPS -	<p>Etude Bourgogne : 20 % des prescriptions ne sont pas justifiées. 0,4 / 0,7 x 20 = 100 millions €</p>

THEMES	OBJECTIFS	Economie Potentielle
❖ Coloscopie post polypectomie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diminuer l'écart entre la fréquence des pratiques de coloscopies de contrôle et les recommandations de l'ANAES. ➤ Assurer la surveillance des patients à risque et organiser le dépistage du cancer colorectal. <p style="text-align: center;">– accord en préparation –</p>	<p>① Etude PMSI : 1 million de coloscopies réalisées dont $\frac{1}{4}$ avec polypectomie</p> <p>② Etude Société française d'endoscopie : L'endoscopie de contrôle doit se réaliser dans un délai de 3 mois à 5 ans et seulement 10 % des patients nécessitent une radio rapprochée (moins d'un an).</p> <p>③ Etude région Alsace : 5 % des coloscopies de contrôle sont réalisées entre 3 et 6 mois. Sur 1 an, 10 % des coloscopies sont inutiles.</p>
❖ Prescriptions de médicaments d'inducteurs de l'ovulation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réduire l'écart entre la pratique et le référentiel sur l'utilisation de l'inducteur d'ovulation. <p style="text-align: center;">– accord en préparation –</p>	<p>① Enquête Midi-Pyrénées : Selon l'AMM concernant <u>le citrate de clomifène</u>, la prescription ne doit pas dépasser 6 cycles. <u>Résultat</u> : dans un tiers des cas, le nombre de cycles de traitement est > aux recommandations et pour l'ensemble des médicaments, 5 % du nombre de boîtes d'inducteurs d'ovulation ne sont pas justifiés.</p> <p>② Chiffrage CNAM : La dépense totale : 140 millions € - 5 % = 7 millions €</p>
❖ Prescriptions d'antiagrégants plaquettaires	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire évoluer la pratique de prescription conformément aux recommandations de l'ANAES pour les nouveaux entrants en stabilisant le ratio : <p style="text-align: center;"><u>NOUVEAUX PATIENTS DANS LA CLASSE BOIC1</u> <i>Total nouveaux patients dans l'ens. des antiagrégants</i></p> <p style="text-align: center;">– accord en préparation (généralistes et cardiologues) –</p>	<p>① Enquête nationale médicale : 40 % des traitements prescrits sur les nouvelles molécules ne respectent pas le référentiel</p> <p>② Evaluation Pays de la Loire : Nouveaux patients par an = 300 000 prescriptions calées sur le référentiel ↳ Economie de 5,4 millions €</p>
❖ H.B.P.M (Héparine de bas poids moléculaire)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réduire le nombre de traitement de longue durée : pour représenter 10 % des traitements dans 1 an et 5 % d'ici 2 ans B01 B <p style="text-align: center;">– accord en préparation (généralistes et chirurgiens) –</p>	<p>① Recommandations AFSSAPS : La durée doit être \geq à 35 jours de traitement (45 seringues) ⇒ Tendre à supprimer les traitements d'une durée > à 35 jours (en particulier pour le LOVENOX, le plus remboursé)</p> <p>② Etude AMPI-France (2002) 29 % des patients ont un traitement de plus de 35 jours.</p> <p>③ EPAS – CNAM 16 % des patients ont un traitement HBPM avec 45 seringues et plus.</p>
❖ T.H.S. (traitements hormonaux de substitution)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Passer de 15 ans à 5 ans <p style="text-align: center;">– accord en attente d'un référentiel ANAES (généralistes et gynécologues) –</p>	

THEMES	OBJECTIFS	Economie Potentielle
<u>THEMES EN COURS D'ELABORATION</u>		
❖ Echo doppler cardiaque <i>(dans la cadre d'un bilan pré-opératoire)</i>		
❖ Obésité morbide		
Rééducation de la post partum	➤ Ecart entre les pratiques et les recommandations ↳ en cours de négociation	
<u>THEMES POUR LESQUELS L'ANAES EST SAISIE</u>		
❖ Rééducation des lombalgies		
❖ Pansements modernes des ulcères de la jambe		
❖ Examens ex temporénés		
❖ Immuno-histochimie		
❖ Médecine nucléaire		
❖ Allergologie (<i>prescriptions d'IGE</i>)		

