

Chapitre V

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

PRESENTATION

Avec le ralentissement de la croissance à partir du milieu des années soixante-dix, tous les pays industriels ont entrepris des politiques de maîtrise des dépenses de santé pour faire face aux déficits récurrents. L'OCDE a analysé régulièrement ces politiques, en dernier lieu en 2004. Elle distingue traditionnellement les actions sur l'offre de soins, comme le nombre de médecins et de lits d'hôpitaux et celles sur la demande qui consistent à créer des franchises ou à agir sur les tickets modérateurs.

La France, sur ce point, ne s'est pas distinguée de ses voisins. Mais à partir du milieu des années 1990, l'échec des mécanismes conventionnels de régulation à caractère purement économique a conduit l'assurance maladie à rechercher des accords d'un type nouveau avec chacune des professions de santé, permettant, à travers un meilleur usage des soins et de meilleures pratiques, d'encourager l'efficacité et la qualité.

L'abandon des mécanismes financiers prévus dans les ordonnances d'avril 1996 pour encadrer l'activité et les prescriptions a renforcé la nécessité d'emprunter cette voie.

Les actions décidées dans le cadre de ces accords, qui étaient censées agir sur le comportement des professionnels et des assurés, ont dépassé le strict cadre des actions directes sur l'offre et la demande. Elles avaient l'ambition de combiner deux registres, celui de la pratique médicale ou professionnelle, qui mieux pensée, doit rendre possible des économies, et celui de la pratique conventionnelle qui permet de lier les négociations sur les tarifs ou la nomenclature aux actions de meilleure pratique. Cette démarche nouvelle s'est étendue à toutes les professions.

Dans son principe, cette ligne d'action était séduisante : alliant négociation et résultat économique, elle enlevait à la vie contractuelle entre caisses et professions de santé son caractère souvent conflictuel. Cependant, à quelques exceptions près cette démarche a débouché le plus souvent sur des échecs, dont les motifs sont divers. Dans plusieurs cas, les mesures n'ont pas été étudiées sérieusement avant la négociation et ont en outre gravement sous-estimé la dynamique du paiement à l'acte. Dans d'autres cas, l'existence de différences d'appréciation entre le pilotage par la CNAMTS et le pilotage ministériel a brouillé la cohérence de la négociation. D'une façon générale, la conduite des actions a manqué de détermination et de suivi, soulignant la faiblesse du dispositif opérationnel de la CNAMTS partagé entre praticiens conseils et administratifs et ne disposant pas au niveau régional d'un échelon conçu pour l'action.

La récente campagne d'information sur la réforme de l'assurance maladie à la fin de 2004, bâtie sur l'idée selon laquelle « c'est en changeant tous un peu qu'on peut tout changer », a illustré la prise de conscience croissante de l'importance des changements de comportements pour réduire le déficit de l'assurance maladie. Or, non seulement il est en soi très difficile d'agir sur des comportements non homogènes, mais notre système de santé est, pour les soins dispensés en ville, fondé à la fois sur la liberté de s'installer, de prescrire et de consulter et sur la tarification à l'acte. Ces caractéristiques indiquent l'importance des actions visant à infléchir les comportements puisque le niveau des dépenses de santé s'explique en partie par des millions de décisions individuelles.

La Cour a déjà examiné certains aspects de cette question dans ses rapports de 1999, 2000, 2003 et 2004. Le présent chapitre analyse d'une manière plus large, pour les seuls soins dispensés en ville, les divers types d'actions menées depuis une dizaine d'années par le ministère de la santé et par l'assurance maladie pour infléchir certains comportements, aussi bien des assurés sociaux que des professionnels de santé. Pour ces derniers, le champ de l'enquête concerne la quasi-totalité des professions de santé libérales¹⁴⁴, soit 255 000 professionnels.

I - Les enjeux de l'amélioration des comportements

C'est dans le contexte d'une vive croissance de la consommation des soins de ville que s'inscrit l'analyse des comportements des assurés et des professionnels de santé et des enjeux qui les sous-tendent. Cette croissance correspond évidemment pour une part à l'amélioration de la couverture sanitaire de la population. Cependant, le niveau de la consommation médicale et les contraintes de financement et de santé publique justifient pleinement la modification de certains comportements.

A – Des singularités françaises

Les comparaisons internationales révèlent le niveau élevé des diverses consommations médicales en France, sans que ces différences se justifient par une utilité médicale.

Le taux de visites de médecins au domicile de leurs patients par rapport aux consultations était de 23,5 % en France en 2000 (il a été ramené à 16,4 % en 2004), alors qu'il n'est que de 1 % à 7 % dans les

144. A l'exception des sages-femmes et des orthoptistes.

systèmes nationaux de santé (de type britannique) et autour de 9 % dans les systèmes d'assurance (de type allemand).

Le niveau et la structure de la consommation de médicaments reflètent également des habitudes très différentes dans des pays de niveau de développement voisin. Les Français sont, avec les Américains, les premiers consommateurs de médicaments par habitant. La dépense de médicament par habitant en parité de pouvoir d'achat représente en France deux fois et demi celle du Danemark, le double des Pays-Bas ou de la Suède. Elle est de 50 % à 80 % supérieure à celle de l'Allemagne et du Royaume-Uni.

Le niveau élevé de la consommation française de médicaments ne peut s'expliquer uniquement ni même principalement par des raisons liées à la santé, mais plutôt par des habitudes de prescription et de consommation. Ce ne sont pas tant les raisons financières qui influent sur ces comportements (les médicaments sont moins bien remboursés aux Etats-Unis) que des facteurs culturels tels que la confiance dans le progrès technique ou la médicalisation des problèmes de société.

L'observatoire du médicament¹⁴⁵ a publié en 1998 et 1999 des rapports sur quatre classes de médicaments, comprenant des comparaisons internationales (fondées sur des enquêtes d'IMS) :

- le nombre de consultations pour dépression est de 163/1000 habitants en France en 1997, contre 68/1000 en Allemagne ; 93 % de ces consultations conduisent à la prescription d'antidépresseurs en France, contre 62 % en Allemagne ; enfin, les médecins français prescrivent surtout les antidépresseurs les plus récents tandis que leurs confrères allemands prescrivent des médicaments plus anciens et beaucoup de phytothérapie. Ces différences s'expliquent par des organisations des soins, mais aussi par des comportements différents ;
- le nombre de consultations pour angine (pour 1 000 habitants) était en 1997 de 134 en France, 48 en Allemagne et 37 au Royaume-Uni¹⁴⁶. Le nombre de médicaments par ordonnance pour angine est de 2,6 en France, 1,3 en Allemagne et 1,1 au Royaume-Uni. Les médecins français prescrivent en effet non seulement des antibiotiques plus récents (et plus chers) que leurs confrères, mais également d'autres médicaments (anti-inflammatoires non stéroïdiens, expectorants, préparations pour le nez) qui n'apparaissent quasiment pas outre-Manche et outre-Rhin dans les prescriptions pour angine. Plus généralement, une publication du Lancet de juin 2001 a comparé

145. Sa disparition de fait, faute de moyens, ne peut qu'être regrettée.

146. Les chiffres français ont sans doute évolué récemment sous l'effet de la campagne antibiotiques, dont il sera question plus loin. Mais il est intéressant de citer l'ampleur des divergences de pratiques entre pays voisins à l'origine.

la consommation d'antibiotiques en Europe en dose/jour pour 1 000 habitants : elle montre un écart de un à quatre entre les Pays-Bas et la France ;

- la prescription de veinotoniques¹⁴⁷ et de vasodilatateurs¹⁴⁸, dont le service médical rendu a été estimé insuffisant par la commission de la transparence, est une singularité française ;
- enfin, une étude réalisée en 2002 a comparé la consommation de statines¹⁴⁹ dans les régions frontalières d'Alsace et du Pays de Bade : les Français consomment 2 200 doses par an pour 100 assurés, les Allemands 1 280.

Cependant, les comparaisons internationales ne sont pas toujours possibles, la densité des professions médicales et paramédicales par rapport à la population étant différente et reflétant une organisation des soins différente. A titre d'exemple, il existe en France environ 7 000 biologistes libéraux, répartis entre 4 000 laboratoires d'analyse. Cette organisation très éclatée diffère de la situation allemande où il existe seulement 400 très gros laboratoires¹⁵⁰.

B – L'enjeu financier : contribuer à réduire le déficit de l'assurance maladie

Le montant des dépenses remboursées en soins de ville (3 principaux régimes) s'est élevé en 2004 à 58 Md€, dont 16,2 Md€ d'actes non prescrits (13,6 Md€ d'honoraires pour les médecins et 2,6 Md€ pour les dentistes) et 41,8 Md€ d'actes prescrits (dont 18,9 Md€ de médicaments, 3,8 Md€ de produits et prestations remboursables, 2,9 Md€ d'actes de biologie, 2,9 Md€ d'actes infirmiers, 2,2 Md€ de frais de transports et 2,2 Md€ d'actes de kinésithérapeutes). Cette répartition montre que ce sont les comportements de prescription qui sont de loin à l'origine des dépenses les plus importantes.

Selon le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « l'amélioration de la qualité des pratiques et de l'efficacité des soins n'est pas de l'ordre du gain marginal »¹⁵¹. La CNAMTS, pour sa part, a estimé¹⁵² que les dépenses des régimes d'assurance maladie qui n'appar-

147. Les veinotoniques sont prescrits contre l'insuffisance veineuse (varices).

148. Les vasodilatateurs sont prescrits dans certaines indications cardiaques, pour les acouphènes et vertiges et pour le déficit intellectuel du sujet âgé.

149. Médicaments anti-cholestérol prescrits en prévention d'affections cardiaques.

150. En Allemagne, les médecins peuvent effectuer eux-mêmes les prélèvements.

151. Rapport du haut conseil, 23 janvier 2004, p. 94.

152. CNAMTS, « Point de conjuncture » n° 25 de mai 2004.

raissent pas justifiées au plan médical représentent un potentiel d'économies qui pourrait, suivant des estimations qui restent encore partielles, atteindre 5 à 6 Md€ soit 15 % des prescriptions de soins de ville, ce qui justifie l'analyse approfondie du comportement de prescription des médecins (les économies potentielles sur les actes non prescrits n'ont pas été estimées).

Des exemples d'« aberrations coûteuses » peuvent être approximativement chiffrés¹⁵³ :

- selon l'étude précitée de la CNAMTS, si les « gros prescripteurs » modifient leur comportement et reviennent à des usages de prescription moyens, l'économie pourrait être de 2 Md€ à 2,5 Md€ dont la moitié sur les médicaments, le reste sur les prescriptions d'auxiliaires médicaux, d'analyses médicales, de transports, etc. ;
- la Cour a évalué, en 2004, les économies potentielles sur les dépenses de médicaments à environ 4 Md€ dont 3 Md€ reposent notamment sur des changements de comportements (développement des génériques et des médicaments équivalents moins chers, respect des règles de bon usage, notamment pour les psychotropes, antibiotiques et statines¹⁵⁴) ;
- la CNAMTS estime à 6 % les arrêts de travail injustifiés, soit un surcoût de 550 M€¹⁵⁵ ;
- les soins dispensés aux personnes inscrites en ALD (affection de longue durée) et remboursés à 100 %, alors qu'ils sont sans rapport avec la maladie ouvrant droit à prise en charge intégrale, représentent un surcoût d'environ 500 M€¹⁵⁶ ;
- 20 % des traitements de lombalgies par masso-kinésithérapie sont considérés par la CNAMTS comme injustifiés, soit un surcoût de 170 M€ sans compter les examens d'imagerie médicale inadaptés (non chiffrés).

153. Il ne s'agit que d'ordres de grandeur et les indications données en matière de médicaments ne peuvent être cumulées.

154. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 353. Les économies potentielles liées au déremboursement des médicaments à service médical insuffisant (environ 1 Md€) ne dépendent pas d'un changement de comportement.

155. CNAMTS, « Point de conjoncture n° 31-32 de décembre 2004 ». Le surcoût est de 440 M€ pour le seul régime général, qui a versé 7,4 Md€ d'indemnités journalières en 2004. Dans « Faits marquants 2000 », des contrôles de la CNAMTS montraient même 12 % d'arrêts non justifiés en 1997 et 19 % en 1998.

156. D'après des études des services médicaux de la CNAMTS et de la CANAM en 2005 sur le mésusage de l'ordonnancier bi-zone.

En revanche, quelques idées reçues doivent être relativisées, comme celle du coût du nomadisme médical des assurés, dont la définition¹⁵⁷ et le repérage sont au demeurant complexes. Une étude réalisée en 2001 par la CANAM a montré que seuls 0,02 % des assurés et 0,04 % des assurés consommateurs de soins pouvaient être qualifiés de « nomades » avérés. La CNAMTS¹⁵⁸ n'a pas fait d'étude comparable à celle de la CANAM.

Par extrapolation de l'étude de la CANAM, le nomadisme ne concernerait que 12 000 Français et le surcoût lié au nomadisme serait d'environ 7,5 M€ pour les honoraires de médecins ou de 30 M€ si l'on y ajoute les prescriptions¹⁵⁹. Cette extrapolation ne peut évidemment être avancée qu'avec prudence, mais une étude de l'ANAES¹⁶⁰ confirme cette idée : l'un des critères de qualité les plus importants pour les patients est de pouvoir consulter habituellement le même médecin, et l'un des critères les moins importants est d'avoir la possibilité de changer de médecin facilement.

C – L'enjeu de santé publique : faire progresser les comportements de soins, de prévention et d'éducation à la santé

Sur le long terme, cet enjeu rejoint les préoccupations financières. Mais à court terme, il entraîne un surcoût, même si celui-ci peut être considéré comme un investissement pour l'avenir.

Par exemple, un meilleur dépistage du diabète sous-diagnostiqué en France d'environ 400 000 personnes¹⁶¹ et une meilleure prise en

157. Est présumé nomade tout patient dont l'indice de « présumé nomadisme » est égal ou supérieur à trois sur une période de six mois. L'indice de « présumé nomadisme » est la différence entre le nombre de médecins différents consultés et le nombre de spécialités différentes de ces médecins.

158. Le contrôle effectué par la CNAMTS en 2003 ne permet pas de quantifier le nomadisme mais a montré que seuls 27 % des patients contrôlés avaient un traitement approprié. La CNAMTS avait déjà étudié le phénomène en 1993 mais n'avait produit aucun chiffre du surcoût du nomadisme étudié.

159. 0,04% de 15 Md€ d'honoraires médicaux ou de 60 Md€ d'honoraires et de prescriptions (régime général 2004). Un coefficient de 1,25 a été appliqué pour estimer le montant tous régimes confondus.

160. « Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire ».

161. Le programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 estimait qu'« environ 300 000 à 500 000 personnes sont des diabétiques patents mais non dépistés ».

charge auraient certes un coût immédiat¹⁶² mais que compenserait à terme la prévention de graves complications (cardiaques, rétiniennes, rénales, podologiques).

D'une manière générale, la France est en retard dans la prévention et notamment dans la lutte contre l'alcoolisme, l'abus de médicaments et d'aliments sucrés et n'a rattrapé qu'une partie de son retard en matière de lutte contre le tabagisme. Alors que le budget de communication de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour le VIH, l'alcool et le tabac n'était que de 37 M€ en 2004, les dépenses publicitaires pour les seuls alcools s'élevaient en 2000 à plus de 150 M€

Plusieurs facteurs contribuent cependant à infléchir les comportements en faveur de la prévention :

- l'apparition du sida, ainsi que le développement de pathologies dues aux modes de vie contemporains (pollutions, nutrition, vieillissement, conduites à risques...), qui accroissent la sensibilisation aux problèmes de santé publique ;
- la prise de conscience que la mortalité prématurée évitable des hommes en France est l'une des plus élevées d'Europe. Les décès avant 65 ans représentent en effet un cinquième du total des décès ;
- le succès des récentes campagnes de prévention routière.

II - Une connaissance insuffisante des comportements

A – Une connaissance incertaine de l'augmentation des soins de ville

La CNAMTS a entrepris de suivre l'évolution de la connaissance en volume des soins de ville. Les résultats en sont publiés régulièrement dans ses « Points de conjoncture ». Il apparaît ainsi que la consommation de soins de ville aurait augmenté d'un tiers en volume entre 1998 et 2003 (cf. tableau ci-après).

Cette augmentation est pour partie apparente. L'élaboration de ces données statistiques appelle en effet des réserves méthodologiques importantes. En effet pour plusieurs de ces postes, la croissance des

162. Une personne diabétique coûte en moyenne 4 200 € par an soit 1,9 fois plus qu'une personne du même âge selon l'étude ENTRED (échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) de juin 2004.

quantités de soins consommés a été moins forte que celle évaluée par la CNAMTS. A titre d'exemple, pour les médicaments, la progression indiquée du volume englobe les quantités mais aussi, pour une part essentielle, l'effet de structure dû notamment au remplacement de produits anciens par des produits nouveaux et plus chers. Dans ce secteur, selon l'IMS, les quantités vendues ont diminué en 2004 de 1,5 % et avaient déjà légèrement baissé les années précédentes. Un problème analogue se pose pour la LPPR. Or, ces deux postes représentent à eux seuls plus de la moitié de l'augmentation globale. Pour les honoraires, les effets de modification de nomenclature créant de nouveaux actes, plus chers, ne sont pas déduits, sauf lorsqu'ils sont considérés comme directement assimilables à des revalorisations d'honoraires. Pour les infirmières, la hausse du volume inclut l'effet de la modification de la règle dite du « non cumul » (cf. infra) qui interdit à cette profession de mentionner sur la feuille de soin l'ensemble des soins effectués. Ainsi, l'effet volume calculé par la CNAMTS inclut d'autres éléments que l'évolution des quantités. A l'inverse, l'évolution de la consommation en volume des soins de ville pour les médecins généralistes est bien cernée dans ces statistiques.

**Évolution de la consommation de soins de ville en volume selon la
CNAMTS
(indice annuel corrigé des jours ouvrables, des variations saisonnières
et des tarifs, moyenne de l'année – base 100 : 1998)**

	2001	2003	Poids des divers soins de ville
médecins généralistes	104,8	105,7	9,5 %
médecins spécialistes	109,9	119,6	13,6 %
dentistes	112,5	120,6	5,3 %
sages-femmes	130,0	152,1	0,1 %
infirmiers	113,2	123,5	4,1 %
masseurs	117,9	129,7	4 %
orthophonistes	110,9	125,2	0,8 %
orthoptistes	112,0	141,1	0,1 %
biologie	122,7	144,8	5,4 %
transports*	130,5	155,2	4,3 %
médicaments	129,2	147,8	35,1 %
LPPR	155,2	186,1	4,7 %
prestations en espèces	117,7	133,2	12,1 %
Total soins de ville	120,0	134,3	100 %

*Ce poste inclut aussi à hauteur de 0,9 % des prestations indifférenciées émanant des centres de santé.

Dès lors, il importe que la CNAMTS améliore la présentation de ces données pour isoler, de manière fiable, les évolutions tenant au seul effet volume, élément essentiel pour la connaissance de l'évolution des comportements.

B – Des disparités qui restent inexplicées

1 – Une hétérogénéité des comportements par zones géographiques bien identifiée

Les études disponibles montrent de fortes disparités régionales dénuées de justification médicale.

D'après la CNAMTS, les disparités géographiques de prescriptions des médecins généralistes sont des phénomènes anciens (la cartographie de la prescription moyenne de médicament par consultation ou visite est quasiment la même en 1985 et en 2002) et sont très faiblement liées aux caractéristiques des patients.

Une analyse géographique des comportements de prescription de 51 738 généralistes libéraux en 2002¹⁶³ montre des disparités géographiques qui persistent même après redressement des effets de structure de la clientèle des médecins : la dispersion des comportements n'a qu'un lien ténu avec les caractéristiques de sexe, d'âge et d'état de santé des malades soignés. La surprescription est concentrée dans une dizaine de départements (Aube, Cher, Creuse, Indre, Loire, Nièvre, Orne, Saône et Loire, Yonne), mais l'observation de la surprescription par canton montre que celle-ci est beaucoup plus diffuse, puisqu'elle concerne, à des degrés divers, la quasi-totalité des départements métropolitains.

Selon une autre étude de la CNAMTS consacrée aux prescriptions des généralistes en ville de janvier à août 2004¹⁶⁴, la prescription d'arrêts de travail montre une forte disparité géographique, variant de 1 à 3, que ne justifie aucun facteur médical. Le nombre d'indemnités journalières (IJ) versées par salarié occupé et par an en 2002 est de 9,9 dans la France entière, mais va de 6,3 à Paris à 18 en Haute Corse, en passant par 15,4 dans les Bouches du Rhône.

L'observation du taux de visites de médecins au domicile de leurs patients par rapport aux consultations à leur cabinet indique aussi des disparités régionales importantes, ce taux allant de 14 % en Rhône-Alpes à 33 % dans le Nord-Pas-de-Calais en 2000, cette étude portant toutefois sur une période antérieure à la baisse globale du nombre de visites constatées à partir de 2001. Ces différences régionales laissent supposer qu'un nombre important de visites au domicile, plus coûteuses, ne sont pas justifiées médicalement.

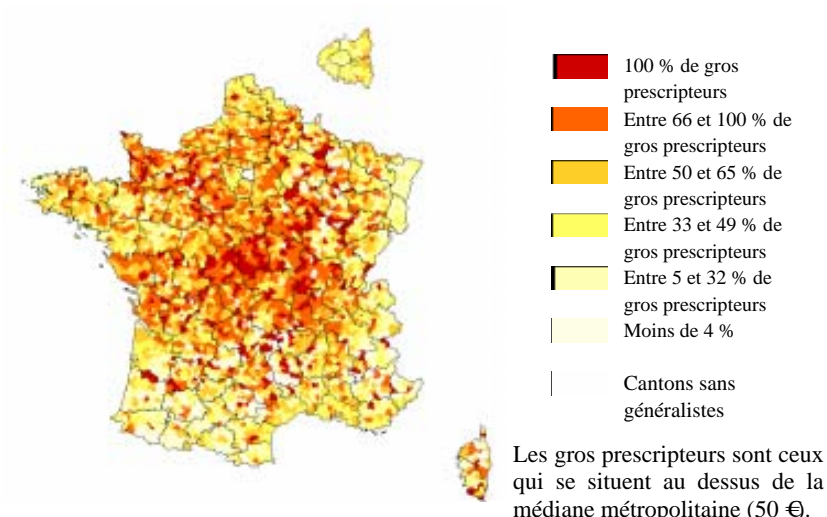
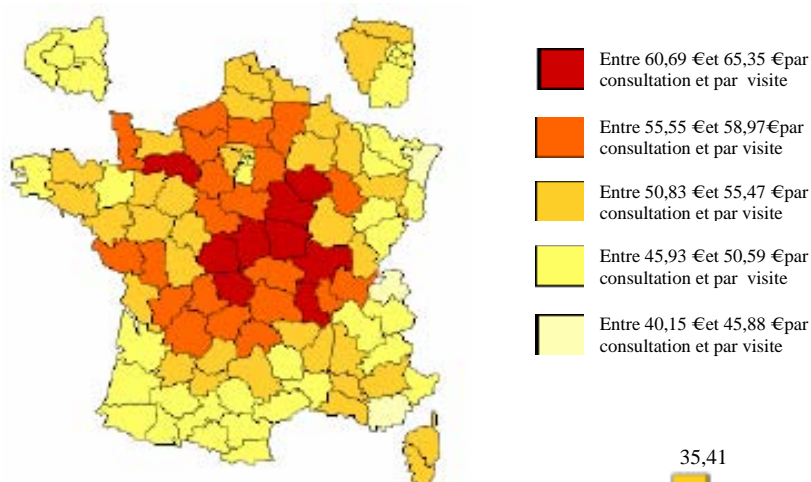
Selon la même étude, la prescription varie d'un département à l'autre de 1 à 1,8 pour les antibiotiques, de 1 à 2 pour les statines, de 1 à 2,5 pour les psychotropes. Une analyse plus fine révèle des disparités accrues : ainsi, le taux de génériques délivrés¹⁶⁵ variait en 2003 de 11 % à 89 % selon les cantons.

163. CNAMTS, « Point de conjoncture » n° 25 de mai 2004.

164. « Point de conjoncture » n° 31-32, décembre 2004.

165. Ce taux est évalué en nombre de boîtes.

Prescriptions moyennes de médicaments par consultation et visite des généralistes par départements (1) et pourcentage de gros prescripteurs en 2002 par canton (2)



Un exemple de forte disparité géographique des pratiques sans justification médicale est également donné par l'inlay-core¹⁶⁶, technique de prothèse dentaire coûteuse remboursée à partir de janvier 2001. Au 1^{er} semestre 2003, la part de couronnes sur inlay-core est de 49 %, variant de 28 % à Châteauroux à 81 % à Haguenau. Un an plus tard, si l'usage des inlay-core s'atténue sous l'effet de l'accord de bon usage des soins lancé en 2003, les différences persistent.

2 – De multiples limites méthodologiques

Même si leur utilité est indéniable, les études réalisées par la CNAMTS souffrent de biais méthodologiques, dans la mesure où elles ne prennent pas en compte :

- les disparités de densité démographique médicale, qui peuvent contribuer à expliquer, par exemple, la plus grande proportion de médecins généralistes gros prescripteurs dans le nord de la France, où il y a moins de médecins par habitant ;
- les différences de densité et de structure hospitalières, qui peuvent exercer plusieurs effets. L'activité des professionnels libéraux et le niveau de leurs prescriptions sont naturellement plus faibles quand l'importance de l'équipement hospitalier favorise le recours à l'hôpital. Les prescriptions par des médecins hospitaliers de soins et d'achat de médicaments en ville, qui ont fortement augmenté ces dernières années, pèsent à l'inverse plus fort sur la consommation apparente de médicaments dans les zones où la densité hospitalière est plus forte. Dans les zones où les généralistes libéraux participent davantage à l'activité hospitalière (cas des hôpitaux ruraux), l'activité et les prescriptions effectuées dans ce cadre sont considérées comme hospitalières et non comme soins de ville ;
- la densité de spécialistes par département ou canton : or, moins il y a de spécialistes dans certaines disciplines, plus le champ de prescription des généralistes est large.

166. L'inlay-core est une nouvelle technique de reconstitution d'une dent dévitalisée avant la pose d'une couronne : alors que la technique traditionnelle (reconstitution à ancrage) est réalisée entièrement en cabinet dentaire et considérée comme un soin conservateur, donc peu remboursé et sans possibilité de dépassement, l'inlay-core nécessite le recours à un prothésiste extérieur et est classée pour cette raison parmi les soins prothétiques.

3 – Des explications insuffisantes sur les différences de comportements de prescription

L'analyse des comportements de prescription ne permet pas d'identifier les causes des écarts d'un prescripteur à l'autre.

Une étude de septembre 2002 de la CNAMTS (Point de conjoncture n° 4-5) portant sur les gros prescripteurs montre que les 8 700 généralistes (15,6 %) qui prescrivent 30 % des médicaments en France sont des praticiens « particulièrement actifs, s'occupant d'une clientèle importante qu'ils suivent plus régulièrement, et ayant en conséquence un emploi du temps plus chargé » et que « les spécificités de leur clientèle ne paraissent pas expliquer la surprescription de ces médecins ».

Une autre étude de juillet 2004 de la CNAMTS (point de conjoncture n° 26-27) montre des caractéristiques démographiques (âge, sexe) semblables chez les gros prescripteurs et la moyenne des médecins : « l'exploration des données disponibles n'a pas révélé de profil particulier chez les généralistes gros prescripteurs de médicaments (...). Les facteurs expliquant ce comportement de prescription ne seront pas facilement identifiables ».

L'étude conclut que les disparités observées ne résultent pas des caractéristiques des patients ni de l'offre de soins. Elle suppose, sans le démontrer, que les disparités de prescription ne découlent pas non plus des différences de pathologies rencontrées. L'étude s'interroge en effet sur le point de savoir si les patients de ces médecins sont soignés pour des pathologies particulières, mais indique que « ce sont des questions auxquelles le système d'information disponible ne permet pas de répondre ».

« Reste la dernière explication, probablement la bonne, suivant laquelle les pratiques médicales seraient très différentes, d'une zone géographique à l'autre, et souvent d'un médecin à l'autre, face à des pathologies semblables. Ce constat, car il s'agit là moins d'une explication que d'une description, légitime l'intervention de l'assurance maladie et donne un sens à la régulation des dépenses ».

On doit observer que les limites relevées à propos des études sur les disparités géographiques s'appliquent là aussi. En outre, les études ne prennent pas en compte l'inégalité de la durée de travail, au demeurant non connue mais sans doute forte entre médecins libéraux. L'absence d'indication sur les feuilles de soins de la catégorie socioprofessionnelle ou de la profession des patients limite les enseignements qui peuvent en être retirés. Si, au vu des écarts constatés, des actions sur les comportements peuvent être menées dans certains domaines, l'absence

d'explications ne permet pas encore d'orienter ces actions de manière précise dans d'autres domaines.

Ce constat devrait faire l'objet d'enquêtes approfondies sur les facteurs expliquant ces différences de pratiques, notamment en tenant compte de la présence ou non de spécialistes dans les zones de desserte des généralistes, de la proximité d'hôpitaux, de l'incidence des autres praticiens (laboratoires, radiologues, pharmaciens, infirmiers...) exerçant dans les mêmes zones.

C – Des outils de connaissance des comportements perfectibles

Au-delà des limites que présentent les études disponibles, plus fondamentalement la capacité de connaissance des comportements est aujourd'hui limitée par l'imperfection des systèmes d'information susceptibles d'alimenter les études. La réalisation d'enquêtes ponctuelles demeure de ce fait nécessaire et devrait être développée.

1 – Des systèmes d'information de l'assurance maladie en progrès, mais toujours insuffisants

a) Le codage des actes de soins reste incomplet

Les systèmes informatiques de l'assurance maladie qui traitent les feuilles de soins ne peuvent fournir des données utiles à la connaissance de la prescription et de la consommation de soins que si les mentions portées sur les feuilles de soins sont codées de manière à identifier l'acte dispensé ou le produit acheté (afin de les mettre en relation avec les pathologies diagnostiquées) et à ce que la saisie informatique permette l'enregistrement de cette information.

Le codage, pourtant rendu obligatoire par la loi dès 1993, ne concerne pour l'instant que les médicaments et les actes de biologie en ville. Les bases de données « Médicam » et « Biolam » donnent lieu à la publication par la CNAMTS d'un rapport annuel analysant l'évolution des consommations. Pour les autres actes, la nomenclature actuelle (NGAP) et le système des lettres-clés ne permettent pas d'identifier la nature de la plupart des actes.

L'extension du codage à d'autres secteurs s'opère lentement : ainsi, l'introduction du codage était prévue dans la convention signée avec les dentistes en avril 1997, mais n'a jamais été mise en œuvre. A

terme, la classification commune des actes médicaux¹⁶⁷ permettra le codage de tous les actes, mais les délais de mise en œuvre s'annoncent longs : seule la CCAM afférente aux actes techniques est entrée en vigueur en mars 2005. Encore sa mise en œuvre effective nécessitera-t-elle un certain délai et il n'existe pas de calendrier pour la CCAM des actes cliniques. De plus, il n'existe pas de codage pour le matériel médical (LPPR). Quant au codage des pathologies, qui permettrait une observation fine des pratiques et une évaluation des prescriptions, il n'a pas commencé.

b) Les limites du système d'information de l'assurance maladie

Les données figurant sur les feuilles de soins, avec les limites évoquées ci-dessus, sont stockées dans des bases de données. Les deux principales sont le SNIR (système national inter régimes, mis en place progressivement à partir de 1977) et ERASME (base de données du seul régime général mise en place en 2000). Des études à partir de ces bases ont été réalisées surtout à partir de 2002. Le SNIR et ERASME peuvent décrire certains écarts de pratiques entre les différents professionnels, mais des conclusions opérationnelles sont parfois difficiles à en tirer et l'on a vu précédemment les limites des études menées sur ces bases pour ce qui concerne les médecins.

La mesure de l'activité des infirmiers par le SNIR est pour sa part incomplète. Elle ne comporte pas l'activité réalisée dans les structures comme les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'hospitalisation à domicile (HAD), structures financées par l'assurance maladie sous forme de forfaits et dotations, alors même que les infirmiers perçoivent des honoraires payés par lesdites structures. Or, cette activité est non négligeable. Une étude réalisée en 2004 par la DREES montre que 13 % des visites au domicile des personnes prises en charge dans le cadre des SSIAD sont réalisées par des infirmiers libéraux. Depuis la réforme tarifaire de 1997 des EHPAD, les soins infirmiers réalisés dans ces établissements ne sont en principe plus des « soins de ville » remboursés comme tels, mais sont inclus dans une dotation générale incluant les soins infirmiers. Bien que des dispositions

167. La CCAM est une nouvelle nomenclature qui comporte 7 200 actes techniques au lieu des 1 500 de l'actuelle nomenclature générale des actes professionnels. Ces actes sont rigoureusement décrits (zone anatomique, action, technique utilisée), hiérarchisés entre eux en fonction de leur durée, de leur difficulté et de leur niveau de risque et identifiés par un code. Si l'intervention de la CCAM devrait conduire au resserrement de l'écart des revenus entre professions de santé, son coût global est estimé à plusieurs centaines de millions d'euros.

aient été prises pour suivre les soins de ville dispensés dans ces établissements (arrêté du 9 juillet 2003), aucun suivi n'est effectué pour distinguer les établissements ayant opté pour l'emploi salarié de ceux qui continuent d'utiliser les prestations des infirmiers libéraux. Cette absence de suivi empêche de connaître l'activité complémentaire que ces derniers réalisent en EHPAD.

Le caractère incomplet de ces informations résulte aussi de la règle de non-cumul, figurant dans les dispositions générales de la nomenclature (article 11 B). Cette règle interdit aux professions de santé (sauf les biologistes et les radiologues) de facturer à 100 % l'ensemble des actes effectués au cours d'une même consultation ou visite. L'impact de cette règle est particulièrement sensible pour certaines professions. Les infirmiers, par exemple, facturent le premier acte à 100 %, le deuxième à 50 % et les actes suivants de manière décroissante. Cette règle a pour conséquence que des actes à faible cotation ne sont pas facturés dès lors qu'ils interviennent au terme d'une série d'actes effectués lors d'une séance de soins à domicile. La règle conduit donc à minorer et à méconnaître une partie non négligeable de l'activité des infirmiers. Des études sur les échantillons devraient être faites pour remédier à ces lacunes.

Alors que l'ensemble des dépenses remboursées par la CNAMTS est saisi dans des systèmes informatiques, les informations contenues demeurent donc peu exploitables dans une optique de connaissance fine des comportements. Aucune information précise sur les pathologies et les traitements n'est disponible, mais seulement des informations non discriminantes en lettre-clé et coefficient.

Or, depuis 12 ans, le code de la sécurité sociale¹⁶⁸ dispose que « dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels (...) dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies (...) et des pathologies diagnostiquées. » Dans les faits, les seules informations sur les pathologies traitées en ville sont celles que le service médical de la CNAMTS enregistre lorsqu'il intervient sur les ALD, mais ces données ne sont pas croisées avec les systèmes d'information issus de la liquidation. Le fait que ces systèmes ne permettent pas de croiser les données médicales (pathologies) et celles figurant sur les feuilles de soin qui ne sont conçues aujourd'hui que pour le remboursement est crucial

168. Loi du 4 janvier 1993 (article L. 161-29).

pour expliquer le manque de suivi de la politique de gestion du risque¹⁶⁹.

La CCAM ne devrait pas modifier ce constat, puisque, si les actes sont plus finement connus, leur adaptation à la pathologie restera inconnue. Une utilisation de la CIM 10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé) dans les feuilles de soins permettrait de disposer d'une information exhaustive sur les parcours de soins et les comportements, sous réserve du respect du secret médical.

Une expérience de médicalisation du système d'information a cependant été lancée par la MSA dans trois régions depuis septembre 2004. Le logiciel Archimed permet d'analyser les ordonnances au vu des pathologies et par conséquent de repérer des anomalies dans la prescription. Une fois ces anomalies analysées par les médecins conseil, un courrier type est envoyé au médecin, qui peut contacter le médecin conseil. Le taux de modification de l'ordonnance après envoi du courrier est très important.

Les progrès des instruments de mesure des comportements prendront du temps. En effet, la CCAM n'est pas encore complètement mise en œuvre. Le SNIIRAM (système national d'information inter régimes de l'assurance maladie) devrait à terme apporter à l'assurance maladie une information exhaustive sur la consommation de soins, aussi bien à l'hôpital qu'en ville. L'utilisation du dossier médical personnel est prévue pour 2007.

Dans l'immédiat, des avancées sont possibles dans deux domaines :

- une meilleure exploitation des outils existants et des données disponibles est indispensable (fichier des ALD, études approfondies à partir du SNIR et d'ERASME). Une amélioration de la connaissance passe aussi par un approfondissement des études et des enquêtes ponctuelles.
- depuis l'avis de la CNIL du 14 juin 2005 autorisant la CNAMTS à exploiter les données individuelles anonymisées du fichier des ALD et donc à les croiser avec les données des dépenses, un système d'information médicalisée peut être mis en œuvre pour tous les patients en ALD.

169. Seuls des rapprochements manuels ou des requêtes ponctuelles du contrôle médical peuvent permettre actuellement de rapprocher les deux types de données.

2 – Les enquêtes ponctuelles de comportements

Les enquêtes ponctuelles de comportements permettent de compléter les connaissances issues des systèmes d'information. Elles restent cependant partielles.

a) Enquêtes sur les comportements des assurés

Plusieurs outils permettent d'appréhender certains comportements des assurés sociaux. L'enquête santé protection sociale (ESPS) est réalisée tous les deux ans par l'IRDES. D'après l'ESPS, un lien étroit existe entre consommation de soins et catégories socioprofessionnelles. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses de médecins spécialistes, d'analyses biologiques, de soins d'optique et les recours aux soins dentaires sont plus importants chez les cadres, alors que les personnes issues de ménages ouvriers ont les plus fortes consommations hospitalières et globalement des dépenses de santé plus élevées. Le recours aux soins est moins fréquent pour les chômeurs, mais leurs dépenses ambulatoires apparaissent, au bout du compte, plus fortes. On relève également une influence significative du diplôme et du revenu sur les dépenses de médecins spécialistes et de soins dentaires. Si l'ESPS permet un bilan régulier de l'état de santé de la population et de son recours aux soins, elle reste déclarative et les variables relatives à l'état de santé sont très synthétiques.

L'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), créé par la CNAMTS en 1970, regroupe 1/600e des assurés du régime général et permet d'étudier les données sur leur consommation de soins issues du système de traitement des feuilles de soins et des paiements aux hôpitaux. Il a été utilisé, par exemple, pour étudier de manière globale la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire et des bénéficiaires d'ALD en 2002¹⁷⁰. Ainsi, les personnes souffrant d'une ALD représentent 12,9 % des assurés mais pèsent pour 51,2 % des dépenses d'assurance maladie. Leurs dépenses sont concentrées sur l'hôpital, mais leurs dépenses de soins de ville sont trois fois supérieures à celles des autres patients. Cependant, l'échantillon EPAS est peu réactif car les données datent de près de deux ans. Il ne permet pas non plus d'avoir des résultats significatifs par CPAM ou département ou par prestation ou population particulière, ni de suivre en routine l'évolution des comportements et l'impact des actions qui visent à les infléchir.

La DREES a réalisé en 2002 une enquête sur les motifs de consultation de médecins généralistes, d'où il ressort notamment que le suivi d'affections chroniques était à l'origine de 42 % des consultations.

170. CNAMTS « Point de conjoncture », n° 29-30 d'octobre 2004.

En 2004, une étude des centres de santé de la MAAF précise que les consultations de généralistes donnent lieu dans 78 % des cas à une prescription composée de trois lignes en moyenne et en plus grand nombre dans le cas d'une affection chronique. Le coût moyen de la prescription par consultation est de 29 € le coût par ordonnance s'élevant à 37 €. Le pourcentage de personnes qui font venir le médecin à domicile varie en fonction des caractéristiques des individus : il est plus élevé chez les personnes âgées de 70 ans et plus, ainsi que chez les ouvriers, en particulier non qualifiés.

Enfin, les comportements de patients peuvent aussi être étudiés au travers d'initiatives privées, mais celles-ci paraissent sous-utilisées¹⁷¹.

b) Enquêtes sur les comportements des professionnels de santé

L'assurance maladie réalise régulièrement des enquêtes nationales ou régionales (via les URCAM ou les ERSM) sur la prescription des soins (polymédication des personnes âgées, médicaments anti-cholestérol). Ainsi, des études très complètes, mais insuffisamment utilisées, fondées sur une véritable expertise gériatrique, ont été réalisées par le service régional médical de Bretagne sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Toutefois, comme l'a relevé la Cour en 2004, les études réalisées par les URCAM restent dispersées et sans cohérence d'ensemble.

En dehors de l'assurance maladie, des corps de contrôle peuvent étudier certains thèmes liés aux comportements. Ainsi, une enquête IGAS-IGF de 2002 sur les arrêts de travail a montré que certains médecins prescrivent cinq fois plus d'indemnités journalières que d'autres, l'examen des comportements de prescription faisant apparaître que les praticiens qui prescrivent le plus souvent des arrêts de travail sont aussi ceux qui prescrivent les arrêts les plus longs.

Dans l'ensemble cependant, on dispose d'encore moins d'enquêtes sur les comportements des professionnels de santé que sur ceux des assurés sociaux.

171. C'est le cas, par exemple, de la base de données de la COSEM (coordination des œuvres médicales et sociales), association administrée par le groupe d'assurances MAAF et qui gère trois centres de santé effectuant 1 million d'actes par an.

III - Les dispositifs mis en œuvre pour agir sur les comportements

Des dispositifs ont été mis en œuvre depuis plus de trente ans pour réduire les dépenses inutiles, les transférer vers des prestations efficaces tant curatives que préventives, appuyées sur des référentiels acceptés et connus de tous. Les actions sur les comportements des assurés ou des professionnels de santé sont de quatre sortes. Trois concernent à la fois les assurés et les professionnels : l'information sur les bonnes pratiques, la sanction des comportements déviants et les mesures de tarification et de nomenclature. Le quatrième type d'action concerne les seuls professionnels de santé : il s'agit des nouveaux instruments conventionnels.

Les deux premiers leviers d'actions, information et sanction, complémentaires, ont été insuffisamment développés, malgré des progrès récents. L'essentiel des efforts des pouvoirs publics a porté, ces dernières années, sur les mesures tarifaires et de nomenclature et sur les accords conventionnels.

A – L'information sur les bonnes pratiques

La première des mesures consiste à définir ce que sont les bonnes pratiques et les comportements vertueux, avant de chercher à les généraliser. Des instances scientifiques sont chargées d'élaborer des référentiels et recommandations. Foisonnante en certains domaines, cette production demeure lacunaire dans d'autres et se caractérise par une lisibilité et une accessibilité faibles : l'absence de priorités claires et le peu d'attention porté à la diffusion des règles réduisent l'impact des messages adressés aux professionnels. L'information des assurés est encore plus embryonnaire.

1 – L'information des professionnels de santé

a) Des recommandations insuffisantes

L'ANAES, à laquelle vient de se substituer la haute autorité de santé (HAS), produit une vingtaine de recommandations de bonne

pratique par an, complétées par celles de l'AFSSAPS¹⁷². Ces agences sont confrontées à un double problème de production et de lisibilité de leurs avis.

Le premier problème réside dans la capacité à améliorer et accélérer la production des références. Les commandes étaient trois fois plus importantes que la capacité de l'ANAES. Elles proviennent du ministère de la santé et de l'assurance maladie pour chacun un quart et pour l'autre moitié des sociétés savantes. Or, les logiques de ces acteurs diffèrent. L'assurance maladie s'appuie sur la constatation d'écarts entre les pratiques et les standards, le ministère ajoute à cette logique celle qui résulte des plans de santé publique, tandis que les sociétés savantes expriment davantage des préoccupations professionnelles. Il est souvent avancé que l'ANAES devrait davantage déléguer une partie de cette production aux sociétés savantes ou à d'autres organismes labellisés. Au delà des gains de productivité, cette stratégie garantirait une plus grande implication des professionnels. Mais les sociétés savantes ont aussi besoin d'une instance supérieure d'arbitrage des différends.

Les recommandations disponibles actuellement ne couvrent qu'environ 60 % des affections de longue durée et ne ciblent pas particulièrement les quinze pathologies les plus courantes en médecine générale. Ainsi, certaines pathologies ou types de pratiques sont laissés de côté (maladies mentales, transfert de soins infirmiers à des auxiliaires de vie). A titre d'exemple, la CNAMTS et les médecins généralistes ont demandé à l'ANAES la production de référentiels sur divers examens biologiques (allergologie, dosages hormonaux en péri-ménopause). Ceux-ci n'ont toujours pas été réalisés. Par un accord passé avec l'Etat en juin 1999, les cardiologues se sont engagés à assurer la diffusion et encourager le respect de deux recommandations de bonne pratique portant sur la référence médicale opposable relative aux examens préopératoires (extension d'une recommandation de l'ANAES de 1998 à la chirurgie cardiaque) et celle sur l'échographie Doppler cardiaque (à élaborer par la société française de cardiologie). L'ANAES n'a pas réalisé ces recommandations.

En outre, en raison d'une saisine tardive par l'assurance maladie, certaines recommandations arrivent trop tard. Cela a conduit l'ANAES à formuler sa recommandation sur les indications de l'inlay-core après l'inscription de cet acte à la nomenclature dentaire.

172. L'ANAES recense sur son site, en mars 2005, 104 recommandations pour la pratique clinique (RPC) publiées entre 1995 et 2004, dont 16 cette dernière année (en outre, 75 recommandations et références médicales et non médicales datent de 1995 à 1998). L'AFSSAPS publie sur son site 14 recommandations de bonne pratique (RBP), les deux plus anciennes datant de 1999. La plus récente (dyslipidémie, mars 2005) actualise celle de 2000.

Des délais trop longs de mise à jour des références ont également été observés. Par exemple, les recommandations relatives à l'ulcère gastro-duodéal¹⁷³ (dont l'enjeu financier est important) et aux vertiges, datent d'avant 1997.

Le second problème est le fréquent manque de clarté des références. Il semble que les recommandations de l'ANAES restent peu connues des médecins libéraux, lesquels mentionnent volontiers la difficulté de lecture que représentent pour eux ces travaux, trop lourds et éloignés des pratiques pour être d'une véritable utilité au quotidien. Les recommandations sont parfois d'une complexité telle qu'elles ne sont pas accessibles à la majorité des praticiens.

Dans l'avenant à la convention signée en juillet 2002 avec l'assurance maladie, les biologistes se sont ainsi engagés à réaliser, avec le concours de l'ANAES, des guides pratiques d'aide à l'application des référentiels pour les prescriptions de biologie, qui soient plus simples et plus pratiques que ceux de l'ANAES. Ces derniers sont en effet considérés par la profession comme inutilisables en l'état. Trois fiches d'aide à l'application des référentiels ont été élaborées, mais non encore diffusées (diabète de type 2, hépatites virales, hormones thyroïdiennes), ces trois thèmes représentant 15,5 % des dépenses en biologie.

Enfin, certains avis peuvent être inutilisables par manque de prise de position : ainsi, l'avis de l'ANAES sur la valeur comparée de la reconstitution à ancrage et de l'inlay-core ne tranche pas la question posée et s'en remet au jugement du dentiste. Cette situation peut résulter de résultats scientifiques contradictoires ou non disponibles.

La Cour est consciente de la difficulté de produire et d'actualiser des référentiels au rythme parfois soutenu des innovations techniques et des progrès de la connaissance médicale. En outre, toutes les pratiques de soins ne peuvent faire l'objet d'un protocole. Pour certaines pathologies ou motifs de consultation, particulièrement rencontrés en médecine générale, la littérature médicale n'a pas produit suffisamment d'éléments permettant à l'ANAES d'établir des référentiels.

C'est à la haute autorité de santé qu'il revient désormais d'arrêter des priorités en matière de recommandations.

b) Les lacunes dans la diffusion des recommandations

Il n'existe aucune stratégie globale et coordonnée visant à mettre en place des processus interactifs pour diffuser les recommandations de bonne pratique et suivre leur application. Elles sont principalement

173. Les médicaments anti-ulcéreux sont la deuxième classe pharmaceutique remboursée en France.

diffusées auprès des professionnels par simple mise à disposition sur les sites internet des agences concernées et par l'utilisation de relais tels que les organismes de formation et les sociétés savantes. Or, il ne s'agit pas là de stratégies considérées comme efficaces pour améliorer les pratiques médicales. Dans ses précédents rapports, la Cour a relevé que le FOPIM, créé auprès de l'AFSSAPS, n'avait eu aucune activité réelle¹⁷⁴.

L'efficacité comparée des différentes modalités de diffusion des référentiels (envoi d'information par courrier ou mise à disposition en ligne, formation médicale continue, entretiens confraternels lors d'une visite d'un pair sur le lieu d'exercice, rappels informatiques...) a fait l'objet de nombreuses études étrangères et françaises. Un groupe de la Collaboration Cochrane¹⁷⁵ est particulièrement chargé d'en faire la revue systématique.

Les modes de diffusion les moins efficaces sont la diffusion simple (envoi ou mise en ligne de matériel imprimé) ou la formation médicale continue, voire le recours à des leaders d'opinion. Les plus efficaces sont les actions d'« audit-retour d'information »¹⁷⁶ lorsque l'écart à la norme est très important, ou, mieux encore, l'utilisation de rappels informatiques ou de systèmes informatisés d'aide à la décision ainsi que les entretiens confraternels (menés par les médecins conseils de l'assurance maladie). L'amélioration de la pratique médicale suppose donc des actions fortement interactives, visant à ce que le médecin mène sa propre réflexion critique par rapport à sa pratique, soit au moment de sa prise de décision soit après. Cette réflexion critique est plus aisément recevable lorsqu'elle est faite avec des pairs.

L'utilisation des effectifs actuels du contrôle médical devrait lui permettre, sans surcoût, de rencontrer, par exemple, deux fois par an les 10 % de médecins généralistes « gros prescripteurs ». En outre, il convient de veiller à une bonne articulation entre ces entretiens confraternels, les actions d'information des prescripteurs définies et mises en oeuvre par la haute autorité de santé et les visites des délégués de l'assurance maladie auprès des prescripteurs qui devaient démarrer à partir d'avril 2005.

Des progrès récents ont été faits pour la diffusion des référentiels. Consciente de ses lacunes, l'ANAES a réalisé un travail de recherche sur les méthodes de diffusion des recommandations. Elle a amélioré la forme et l'accès de ses référentiels : rédaction de résumés synthétiques et

174. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 341-343.

175. Organisation internationale à but non lucratif créée en 1993 dont l'objectif principal est la mise à jour de la connaissance médicale.

176. Une enquête sur les pratiques est suivie de la diffusion de ses résultats auprès des professionnels audités.

mise en place depuis mars 2004 de la base française d'évaluation en santé (BFES) qui propose aux professionnels une recherche par thème ou par spécialité de toutes les références produites par l'ANAES et par l'AFSSAPS. Enfin, l'ANAES a demandé à la société Vidal de réaliser environ 40 rappels informatiques, en fonction des pathologies les plus courantes. Cependant, l'efficacité des rappels informatiques suppose de les intégrer aux logiciels utilisés par les professionnels de santé. Ainsi, en Grande-Bretagne, la conjonction d'un dossier médical informatisé, de rappels informatiques et d'une prime spécifique débouche sur un très important respect des recommandations.

c) La faiblesse de la formation médicale continue indépendante et de l'évaluation des pratiques professionnelles

La formation initiale des médecins a lieu pour l'essentiel à l'hôpital public. Seuls les futurs généralistes effectuent, depuis une date récente et en fin d'études, un stage pratique d'un semestre auprès d'un généraliste libéral. La formation des médecins spécialistes ne prévoit pas de stage validant en médecine de ville. Or, la pratique en médecine de ville diffère profondément de celle à l'hôpital. Tant cette différence des pratiques que le besoin d'actualisation des connaissances rendent indispensable la formation continue.

La formation médicale continue (FMC) est une obligation inscrite au code de déontologie depuis le décret du 6 septembre 1995 sur la formation continue des médecins libéraux. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a conféré à cette obligation un caractère législatif. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique étend l'obligation aux dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Or, elle n'est pas encore respectée. De surcroît, l'essentiel de la FMC reste financé par l'industrie pharmaceutique, ce qui ne crée pas les conditions les plus favorables à son indépendance et son objectivité.

A côté de la FMC, la formation professionnelle conventionnelle (FPC), financée par l'assurance maladie, concerne à ce jour neuf professions de santé et est conçue comme un outil d'accompagnement des conventions. Elle a ainsi été intégrée dans les conventions nationales en 1994 (biologistes, kinésithérapeutes), 1995 (orthoptistes, sages-femmes), 1996 (orthophonistes, infirmiers), 1998 (médecins généralistes) et 2003 (dentistes).

En 2003, 1 775 formations ont été réalisées concernant 22 700 professionnels de santé (9 % des 225 000 professionnels libéraux), dont 9 500 généralistes (18 %), 5 200 biologistes (74 %), 4 600 infirmiers (8 %), 1 400 orthophonistes (12 %), 950 kinésithérapeutes (2 %), 600 orthoptistes (40 %) et 300 sages-femmes (16 %). La FPC a coûté 20 M€ en 2003. Si le budget prévu pour 2004 double quasiment

(39 M€), il demeure très faible, rapporté aux montants des honoraires (24 Md€), en comparaison à ce que représente, dans d'autres types d'activité, la part des rémunérations consacrée à la formation professionnelle. La FPC demeure dans l'ensemble insuffisante pour pouvoir véritablement peser sur la masse des comportements des professionnels de santé, d'autant que son contenu ne porte qu'en partie sur l'activité de prescription pour ce qui concerne les médecins et que le nombre d'actions est relativement faible pour les professions paramédicales les plus nombreuses (infirmiers et masseurs).

Quant à l'évaluation des pratiques des professionnels de santé, initiée à la suite de la réforme de 1996 par les URML et l'ANAES, elle n'est encore que dans une phase de démarrage, même si la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie la rend obligatoire pour tous les médecins, libéraux et hospitaliers. En outre, les autres professionnels de santé ne sont pas encore concernés par l'évaluation des pratiques.

2 – L'information des assurés

Si les professionnels de santé doivent être informés des bonnes pratiques en vertu de l'« état de l'art », les assurés sociaux, trop longtemps considérés comme passifs, doivent aussi obtenir une information de qualité sur les soins utiles, afin qu'ils puissent modifier leurs demandes et comportements.

a) Les lents progrès de l'information diffusée par l'assurance maladie aux assurés sociaux

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades consacre un droit des patients à l'information. Un rapport rédigé en 2004 à la demande du ministre de la santé relève que la santé est encore trop considérée comme un champ technique où la suprématie des professionnels est affirmée et où l'utilisateur, malade ou mal informé, se trouve en situation d'infériorité pour exercer librement son choix. L'utilisateur est ainsi tenu à l'écart des choix qui pourtant le concernent et qui ont pour but de protéger le monde de la santé de certaines dérives attribuées au consumérisme médical (consommation abusive, nomadisme médical, judiciarisation, perte de l'intérêt collectif). La situation n'apparaît pas pour autant satisfaisante pour le professionnel de santé qui peut considérer que son autorité est remise en cause par la diffusion d'informations médicales dans les médias, par la vulgarisation scientifique de la médecine et l'absence de sanction en cas d'abus.

Bien que la LFSS 2002 ait confirmé la possibilité pour les caisses d'assurance maladie d'informer les assurés, ces derniers ne disposent que de peu d'information sur les tarifs pratiqués par les différents professionnels de santé, ignorent dans leur grande majorité la différence

entre secteur I et secteur II (où les tarifs sont libres) et ne connaissent pas les coûts complets de leurs soins. Ils ne disposent pas non plus d'informations précises sur la qualité des prestations de soins et ont une faible connaissance des principales « règles du jeu » (en matière d'arrêt de travail, d'affections de longue durée, de respect des référentiels...). Certes, la plupart des caisses ont développé des « plate-formes » téléphoniques pour répondre aux questions des assurés, mais le champ de l'information donnée demeure limité. La CNAMTS a le projet de diffuser aux assurés le montant des honoraires pratiqués habituellement par chaque médecin en secteur II et celui des dépassements pour exigences particulières et dépassements permanents en secteur I.

Le document utilisé par les médecins conseils pour permettre l'exonération du patient au titre des ALD (le protocole inter-régimes d'examen spécial ou PIREs) n'associait guère, jusqu'à une date récente, le patient. C'est seulement depuis un arrêté du 7 mars 2002 que le PIREs comporte un volet destiné au patient, l'informant du périmètre précis de la prise en charge à 100 % et précisant le projet thérapeutique et le suivi envisagé. Depuis la LFSS pour 2004, le PIREs doit comporter l'énumération des « actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection ». Cela permet un contrôle plus aisé de l'usage de « l'ordonnancier bi-zone »¹⁷⁷, à condition de rapprocher le fichier ALD, détenu par le contrôle médical, des données de liquidation. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie rend le PIREs opposable au médecin et au patient, qui doivent désormais le signer.

Le PIREs reste l'outil quasi unique d'une communication patient/professionnel de santé/contrôle médical. Il est essentiel en raison du poids des ALD dans la dépense de l'assurance maladie ; il devrait l'être également pour imposer des bonnes pratiques et un usage efficient du système de soins.

Certains organismes complémentaires d'assurance maladie, s'efforcent, quant à eux, sur les champs qu'ils financent en tant que payeur principal (optique et soins dentaires, d'informer mieux leurs assurés sur les tarifs pratiqués par les professions de santé avec lesquelles ils ont passé des accords

Des organismes complémentaires ont en effet élaboré des conventions avec des professionnels de santé s'engageant sur des pratiques ou des prix. La MGEN a signé un protocole d'accord en 1996 avec la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) dans le

177. L'ordonnancier bizonne permet de distinguer les médicaments liés à une affection de longue durée et remboursés à 100 % des autres médicaments qui ne sont pas liés à l'ALD et qui sont remboursés à des taux moindres.

but d'améliorer l'accès aux traitements prothétiques¹⁷⁸. La plate forme Santéclair a entrepris, de son côté, de passer des contrats avec des opticiens, des dentistes et plus récemment des pharmaciens. D'autres assureurs comme Groupama l'ont fait pour les opticiens.

Ces efforts d'aide à l'assuré par la transparence des prix et des pratiques se sont heurtés notamment à l'ordre des chirurgiens-dentistes qui a, dans le cas du protocole signé entre la MGEN et le CNSD, enjoint les chirurgiens-dentistes qui l'avaient signé de le résilier. Si, dans un arrêt de 2000, le Conseil d'Etat¹⁷⁹ n'a pas jugé l'accord contraire aux principes déontologiques (à condition de ne diffuser la liste des praticiens signataires qu'aux adhérents de la mutuelle) et n'a pas estimé qu'il pouvait donner lieu à détournement de clientèle, il a rappelé, dans un arrêt de 2004, qu'il appartient à l'ordre des chirurgiens-dentistes de veiller au respect des règles déontologiques, « notamment en ce qui concerne les accords conclus entre des praticiens et des organismes intervenant sur le marché de la santé¹⁸⁰ ». De fait, la nature de l'information adressée aux assurés sociaux est limitée.

Les propositions de contractualisation sont de plus adressées à l'ensemble des professionnels, ce qui ôte de son intérêt à une procédure qui devient peu discriminante. L'interdiction de faire connaître les membres du réseau, autrement que sur sollicitation de l'assuré, limite, en outre, leur notoriété.

b) Prévention, éducation à la santé et éducation thérapeutique

L'enjeu de la prévention, de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique est d'autant plus important que les assurés n'y adhèrent pas spontanément. Une action volontariste est donc nécessaire pour développer les comportements préventifs de la population.

C'est notamment l'objectif de la loi allemande du 17 octobre 2003 relative à la réforme du système de santé qui prévoit la possibilité pour les caisses de sécurité sociale d'offrir à leurs assurés des avantages, sous forme d'une diminution des contributions ou du versement de primes, en échange de certains comportements (participation à des programmes de prévention ou à des actions de dépistage, inscription auprès d'un médecin référent ou dans un programme spécifique pour les maladies chroniques). Chaque caisse en détermine les modalités. L'impact de ces mesures sur les comportements de prévention n'a pas encore été évalué.

178. Celles-ci font l'objet d'un remboursement amélioré dès lors que le praticien ayant adhéré au protocole ne facture pas d'honoraires élevés.

179. « Confédération nationale des syndicats dentaires », 4 février 2000.

180. « Société Santéclair », 25 octobre 2004.

Le bilan bucco-dentaire

Prévu par la convention nationale conclue en avril 1997 entre l'assurance maladie et les dentistes, un bilan bucco-dentaire (BBD) gratuit pour les 15-18 ans a été lancé en 1998. Les jeunes sont invités par courrier à consulter un dentiste de leur choix. Les soins conservateurs, chirurgicaux et radiographiques pratiqués dans les six mois suivant cette visite sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. En 2002, 419 000 jeunes en ont bénéficié. Ce dispositif de prévention a été étendu, le 1er mars 2003, aux jeunes à partir de 13 ans : 510 000 jeunes de 13 à 18 ans ont effectué un bilan bucco-dentaire en 2003.

Si son objectif était la généralisation de cet acte de prévention à tous les adolescents, il n'est pas atteint. La proportion des jeunes de la classe d'âge concernée à en bénéficier demeure insuffisante : 20 % en 2003 (13,1 % en 2000, 14,3 % en 2001, 16,2 % en 2002). De plus, selon les dentistes, la cible n'est pas vraiment atteinte dans la mesure où ce ne sont pas les jeunes les plus défavorisés qui profitent le plus de ce dispositif, mais ceux qui avaient déjà accès aux soins dentaires. Le bilan bucco-dentaire représenterait un effet d'aubaine pour ces 20 % d'adolescents suivis. La gratuité des soins et une invitation personnalisée ne suffisent donc pas à convaincre d'adopter une démarche préventive¹⁸¹.

La CANAM a, pour sa part, mené en 1996 une expérience en Bretagne, en partenariat avec la CNSD. Pour susciter un comportement durable de prévention, deux catégories d'assurés ont été incitées à se rendre chez le chirurgien-dentiste chaque année pendant cinq ans. Un « examen de prévention » a spécialement été créé pour cette expérience. Les soins conservateurs ont été pris intégralement en charge à partir de la deuxième année et les couronnes ont été remboursées à un taux préférentiel et croissant à partir de la troisième année. Le résultat a été modeste. Comme pour le BBD, on a constaté que la pratique préventive encouragée était bien souvent préexistante, et que les incitations financières ont représenté un effet d'aubaine.

Au total, ces deux initiatives montrent que la diffusion d'un comportement de prévention nécessite plus que des incitations financières globales. Une prise en charge modulée selon le comportement de l'assuré, à l'instar de ce qui vient d'être décidé en

181. L'absence d'impact en termes de prévention s'accompagne d'un surcoût pour l'assurance maladie obligatoire. En effet, la gratuité dispense les organismes complémentaires de prendre en charge le ticket modérateur. Ce surcoût est d'autant plus injustifié qu'il concerne des populations qui ont un accès satisfaisant aux soins dentaires.

Allemagne¹⁸², est une piste à explorer. En tout état de cause, cette mesure doit être complétée par des campagnes d'information voire de dépistage sur le lieu de travail ou d'étude.

L'utilisation d'internet pour la prévention

La CANAM a développé en 2004 un projet de prévention en s'appuyant sur internet. Ce projet a principalement trois objectifs : faciliter la gestion des campagnes de prévention et de dépistage ; créer un observatoire de la prévention avec l'information issue des campagnes de prévention et de dépistage ; enfin offrir au bénéficiaire un dossier personnalisé de prévention et de dépistage via un portail internet. L'application de gestion permet de gérer de manière centralisée toutes les campagnes de prévention et de dépistage du régime et de constituer le dossier de prévention et de dépistage du bénéficiaire. Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de cette initiative sur la diffusion des comportements de prévention.

L'éducation thérapeutique des malades chroniques

Celle-ci est encore très insuffisante. Sur les deux millions de diabétiques en France, seuls 18 000 (moins de 1 %) sont actuellement pris en charge au sein de réseaux de soins (financés notamment par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, le FAQSV), bien que cette pathologie nécessite une prise en charge structurée.

Deux outils novateurs, encore embryonnaires, les programmes nationaux inter régimes (PNIR) et le FAQSV visent à orienter ou à financer des expérimentations intéressantes en matière d'éducation thérapeutique des patients¹⁸³.

Les caisses d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM) mettent en oeuvre, dans le cadre de leur politique de gestion du risque et de santé publique et par l'intermédiaire des services médicaux, des programmes pluriannuels combinant des actions de formation, d'information et de promotion des recommandations de bonnes

182. En Allemagne, le taux de remboursement des prothèses dentaires augmente de 50 % à 60 % si l'assuré a consulté un dentiste au moins une fois par an pendant les cinq dernières années et passe à 65 % s'il a fait cette visite annuelle pendant les dix dernières années. Les enfants entre 6 et 18 ans doivent avoir été examinés deux fois par an pour bénéficier de cette disposition.

183. Instauré par la loi de financement de la sécurité sociale de 1999 et prorogé jusqu'en 2006, le FAQSV a vocation à financer des actions visant à améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en ville et a engagé 55 M€ à cette fin en 2003 dont 45 M€ pour des projets régionaux.

pratiques. Toutefois, la mesure de l'impact ne repose pas, en général, sur des méthodologies robustes.

Les caisses ont ainsi mis en place des campagnes nationales concernant le diabète et l'hypertension artérielle dont les résultats ont été variables. Si les pratiques se sont améliorées dans le contrôle de la glycémie des diabétiques (augmentation du nombre de patients suivis), aucune amélioration n'a été observée concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle, ni dans le contrôle de la tension, ni dans le suivi hygiéno-diététique.

L'ANAES, pour sa part, a publié pour la première fois en 2004 une brochure destinée aux patients sur l'éducation thérapeutique à l'asthme. C'est à ce jour la seule information de l'ANAES destinée aux patients.

Il n'est pas facile de dresser un bilan coût-résultats de l'ensemble des actions concernant les pathologies chroniques, d'une part parce qu'il est impossible d'en chiffrer le coût (la dépense est pour une grande partie intégrée dans les frais de gestion des caisses), et d'autre part parce que la majeure partie des résultats et les économies potentielles ne sont envisageables qu'à long terme (diminution des survenues des complications, baisse de la mortalité).

c) Les campagnes grand public

Un cas exemplaire de changement des comportements en matière de soins : l'antibiothérapie

Cette campagne a été menée au moyen d'un faisceau d'actions convergentes. En 1999, l'assurance maladie lance l'expérience pilote du test de diagnostic rapide (TDR) de l'angine en Bourgogne : le TDR permet de déterminer l'origine virale ou bactérienne de l'angine, avec pour résultat la réduction de moitié du nombre de prescriptions d'antibiotiques inutiles. Au début de 2002, la CNAMTS lance alors un grand programme de sensibilisation des médecins et des patients, destiné à préserver l'efficacité des antibiotiques en promouvant leur bon usage. En avril 2002, un premier accord de bon usage des soins est signé avec les généralistes sur l'usage des TDR, qui sont mis gratuitement à leur disposition, ainsi qu'à celles des pédiatres et ORL (à la fin de 2004, 58 % des généralistes et des pédiatres en étaient équipés). La campagne grand public est lancée en octobre 2002 (« les antibiotiques, c'est pas automatique »). D'autres actions sont menées : sondage auprès de 68 000 médecins ; tables rondes avec des généralistes et avec les professionnels de la petite enfance ; diffusion de « fiches de connaissances et actualités thérapeutiques en pathologies infectieuses courantes » (AFSSAPS) par 13 000 échanges confraternels et des formations de médecins au TDR

entre 2002 et 2004. Deux grandes enquêtes sont réalisées en 2002 et 2003 tant sur les prescripteurs que sur les patients (« regards croisés sur l'antibiotique »). La consommation d'antibiotiques corrigée des variations épidémiques a été suivie par la CNAMTS en partenariat avec l'Institut Pasteur. Les services médicaux de l'assurance maladie ont mené de nombreuses études locales et régionales.

En deux ans (2002-2004), la prescription des antibiotiques a diminué de 16 %. Cette diminution est surtout importante chez les enfants, premières cibles des résistances : 20,6 % chez les 0-6 ans. Ces résultats ne doivent faire oublier ni l'objectif de baisse de 25 % qui classerait la France parmi les consommateurs moyens en Europe et permettrait de commencer à lutter efficacement contre la résistance bactérienne, ni que, on l'a vu, la consommation en France était en 2001 quatre fois supérieure à ce qu'elle était aux Pays-Bas.

Le coût de la campagne a été estimé par la CNAMTS à 22,5 M€ (15 M€ pour la communication, 7,5 M€ pour le test angine et la formation), tandis que l'économie constatée en terme de diminution de la prescription d'antibiotiques est évaluée à 150 M€ par an, soit 300 M€ entre 2002 et 2004.

Les raisons de ce succès sont multiples : un objectif de santé publique clairement identifié était affirmé et aisément compréhensible, plusieurs canaux (prescripteurs, patients) étaient utilisés de manière concomitante, une aide était apportée aux médecins par une campagne médiatique et par la distribution d'un matériel (le TDR), enfin, une évaluation était menée en continu sur l'évolution des comportements et sur l'impact du programme.

Ce sont aussi des actions combinant plusieurs types d'instruments, dont des campagnes grand public qui ont permis le décollage de l'utilisation des médicaments génériques.

L'échec de la campagne sur l'alimentation saine

Malgré le lancement en 2000 du plan national nutrition santé (PNNS), qui constitue le plan de prévention le plus structuré de tous ceux lancés par le ministère de la santé, force est de constater que les comportements alimentaires des Français ne s'améliorent pas. La campagne grand public « manger cinq fruits et légumes par jour » et les nombreux articles auxquels a donné lieu le PNNS n'ont pas enrayé la progression des mauvaises habitudes alimentaires. Selon une étude du centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) de 2004, chaque Français consomme 16 % de fruits et légumes en moins qu'en 1999. Dans la même période, l'industrie agroalimentaire a multiplié ses dépenses publicitaires par trois. Les actions menées n'ont pratiquement joué que sur un registre, celui de

l'information, et ont été essentiellement menées par le seul ministère de la santé et par l'AFSSA alors que l'alimentation concerne un très grand nombre d'acteurs. L'effet de masse n'a sans doute pas suffisamment joué et la réflexion préalable paraît avoir été insuffisante.

B – Le contrôle des fraudes et abus

L'action sur les comportements doit inclure la lutte contre les fraudes qui ont un caractère intentionnel, d'une part, et les abus et les gaspillages, d'autre part. Eviter tout effet de contagion suppose de les découvrir et les sanctionner.

1 – Les assurés

Contrairement à une idée répandue, les fraudes des assurés à l'assurance maladie sont limitées. Le ministère chargé de la sécurité sociale estime, pour sa part, que ces fraudes (à la résidence ou à l'occasion de soins à l'étranger) ne sont pas marginales mais sans toutefois les chiffrer.

En matière de prestations en nature, les fraudes visant à ce que des non-assurés soient remboursés ne peuvent être que marginales, la couverture maladie étant quasiment généralisée. Les textes permettant de les réprimer existent déjà, que ce soit sur le plan pénal ou disciplinaire. Les possibilités de fraude sont plus importantes pour les prestations en espèces (indemnités journalières), mais dans des proportions limitées au regard de la masse considérable des dépenses de l'assurance maladie. Les fraudes étaient traitées localement par les caisses primaires jusqu'à la mise en place au début de 2005 d'une cellule centralisée de lutte contre la fraude, directement rattachée à l'agence comptable de la CNAMTS.

Plus que les fraudes, ce sont les abus et gaspillages qui représenteraient la part la plus importante des dérives : abus en matière d'arrêt de travail, consultations ou visites inutiles, traitements inappropriés ou dangereux, conditionnement des médicaments incitant au gaspillage, examens complémentaires redondants liés à l'absence de suivi des patients, etc. Ces problèmes ont paru suffisamment importants pour que soit créé, lors des travaux sur l'avenir de l'assurance maladie, un groupe de travail intitulé « les abus et gaspillages, mythes ou réalité ». L'une des solutions avancées a été la constitution d'un dossier électronique du patient.

Certaines expériences locales peuvent s'avérer efficaces. Ainsi la CPAM et le service médical de la Sarthe ont entrepris une action expérimentale ciblée sur 271 assurés dont les arrêts de travail étaient fréquents. Un courrier de sensibilisation a d'abord rappelé au malade le

nombre d'arrêts de travail de moins de huit jours indemnisés par l'assurance maladie durant l'année écoulée et lui signalait que le service médical contacterait son médecin prescripteur en cas de nouvel arrêt. Au deuxième arrêt, l'assuré était convoqué par le médecin conseil. Sur les 56 assurés, 33 patients (59 %) n'avaient pas d'état pathologique expliquant la fréquence des arrêts. Cette méthode a permis de mettre l'assuré au cœur du dispositif. Au terme des actions, la dépense d'indemnités journalières relative à un arrêt de moins de 8 jours progressait moins vite dans la Sarthe (+2,5 %) que dans la région Pays de Loire (+7,5 %) et qu'au niveau national (+6,6 %).

L'article 19 de la loi du 13 août 2004 introduit l'obligation pour les caisses de vérifier le respect des règles médicales et administratives avant le remboursement d'une prestation. Cette disposition, qui satisfait aux recommandations de la Cour¹⁸⁴, donne en principe à l'assurance maladie la capacité de ne plus être un payeur aveugle en lui permettant de contrôler a priori (par exemple en bloquant le remboursement d'un médicament en cas d'anomalie) et non plus seulement a posteriori, ce qui est toujours plus difficile et plus coûteux.

2 – Les professionnels

Les fraudes, fautes et abus des professionnels de santé, qui concernent par exemple des dépassements d'honoraires, des attestations de complaisance, des actes fictifs ou des abus de prescription, peuvent faire l'objet d'un contentieux disciplinaire, voire civil ou pénal.

4 023 professionnels de santé ont été contrôlés entre le dernier trimestre 2003 et la fin 2004 (cf. bilan du programme de la CNAMTS « contrôler autrement »). Parmi ces contrôles, 963 (23,9 %) ont donné lieu à un contentieux (ordinal, conventionnel ou pénal), 1 438 (35,7 %) ont fait l'objet d'un recouvrement d'indus (2,9 M€ récupérés¹⁸⁵) et 29,6 % ont eu un retour d'information (visites confraternelles, courriers). Les autres dossiers ont été classés sans suite. Ainsi sur 15 mois, 1,5 % des professionnels de santé libéraux ont été contrôlés et 0,9 % sanctionnés.

184. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003, p. 220 et de septembre 2004, p. 38.

185. Ce montant ne représente que 0,005 % des 58 Md€ de soins de ville.

Nombre de saisines et de décisions des conseils régionaux de l'ordre

	2000	2001	2002	2003
Saisines	175	213	340	
Décisions	280	198	191	191
Sanctions*		157	158	111

*avertissements, blâmes et interdictions temporaires ou définitives d'exercer.

Source : Conseil de l'ordre de médecins.

En 2003, les conseils régionaux, pour leur part, ont rendu 191 décisions, concernant 152 médecins, 24 infirmiers, 13 masseurs et deux orthophonistes. Ont été prononcées 56 relaxes ou amnisties (29 %), quatre avertissements, dix blâmes, 97 interdictions d'exercer (dont 25 inférieures à deux mois et trois permanentes). Au total, 52 décisions (à partir du blâme) comportaient une publication et 20 (à partir de l'avertissement) un remboursement. Les interdictions d'exercer sont stables depuis 2000 (une centaine par an).

Ainsi chaque année, au niveau des conseils régionaux, 0,15 % de professionnels de santé libéraux font l'objet de saisines et 0,05 % de sanctions. L'action disciplinaire est donc marginale et ne concerne que des cas extrêmes sans rapport avec les comportements habituels.

Au-delà des fraudes stricto sensu, des mésusages considérablement plus nombreux existent comme les actes ne respectant pas les référentiels de bonne pratique, les prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM) ou la mauvaise utilisation des ordonnanciers bizones. Ces mésusages, dus à la négligence ou à la complaisance des praticiens, sont actuellement insuffisamment sanctionnés. Certes, la sanction doit être mise en œuvre avec discernement : les prescriptions hors AMM sont fréquentes en matière pédiatrique ou peuvent devancer des modifications prévisibles (par exemple pour le cancer). En outre, plus les référentiels de bonne pratique sont obsolètes ou difficiles à interpréter, plus la proportion d'actes les méconnaissant est élevée : ainsi, le service médical de la CNAMTS a pu constater, au fil de ses enquêtes, que le taux de « mauvaises pratiques » est en moyenne de 15 % lorsque le référentiel est récent et clair et peut monter jusqu'à 66 % dans le cas contraire (enquête sur la prescription d'hypolipémiants).

Toutefois, la mise en œuvre des sanctions reste velléitaire. Ainsi, en décembre 2004, la CPAM de Paris a-t-elle mis fin aux poursuites engagées contre des professionnels de santé qui pratiquaient des dépassements exceptionnels abusifs. En 2002 déjà, les sanctions liées aux dépassements individuels du seuil d'efficience avaient été effacées par une amnistie générale. Sans méconnaître la difficulté de ces actions,

il est important que les fraudes, abus et mésusages soient repérés et sanctionnés.

L'action sur les abus d'arrêts de travail s'est développée davantage récemment. Partant d'un dispositif de sanction mis en place par l'ordonnance de 1996, l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a posé les jalons d'un contrôle systématique des gros prescripteurs d'arrêts en rendant obligatoire dans la convention d'objectifs entre l'État et la CNAMTS la mention d'un plan de contrôle des prestations servies. Ce dernier a été publié le 11 mai 2004. Les méthodes mises en place sont le contrôle ciblé (sur les arrêts de courte durée¹⁸⁶ et fréquents, les arrêts de plus de trois mois et les assurés de plus de 55 ans), une étude approfondie de la justification médicale des arrêts de travail, des actions de sensibilisation des médecins et des assurés sociaux et l'établissement d'un référentiel par l'ANAES. Les articles 24 à 29 de la loi du 13 août 2004 ont encore renforcé les possibilités de contrôle et de sanctions concernant les arrêts de travail abusifs. Le nombre d'indemnités journalières qui avait fortement augmenté ces dernières années a baissé de 6% durant le premier trimestre 2005 par rapport à 2004. Les raisons de cette baisse et la part qu'ont pu y prendre les diverses actions (y compris le resserrement du contrôle intervenu parallèlement à l'instigation des entreprises) ne sont pas connues. La part des facteurs économiques n'a pas été étudiée¹⁸⁷. Il est cependant vraisemblable que, dans ce domaine aussi, le cumul des actions a été efficace et que l'éventualité renforcée d'une sanction a joué.

Au total, les sanctions constituent l'un des éléments nécessaires dans l'ensemble d'actions qui seul peut permettre d'infléchir de manière significative les comportements abusifs et les mésusages. Cet élément a jusqu'ici largement fait défaut. Aux Etats-Unis, quand un gastro-entérologue fait deux fois plus de coloscopies (après les ajustements liés aux caractéristiques de sa clientèle) que la moyenne de ses confrères, l'assurance maladie privée le convoque et c'est à lui de démontrer que son attitude a été médicalement justifiée. Sans préconiser la transposition générale d'un tel système, on peut remarquer qu'en France, le médecin-conseil sélectionne et analyse en détail 100 dossiers, pour en trouver dix anormaux, qui déboucheront sur deux saisines et un cas sanctionné, lequel pourra être amnistié. Sans préjuger de l'effet du renforcement des possibilités de sanction résultant de la loi du 13 août 2004, on peut se demander si, dans certains cas d'abus ou de mésusages massifs et

186. Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, la Cour a montré que les arrêts de moins de huit jours ne totalisent que 3,4 % du nombre d'IJ et constituent donc un faible enjeu. En revanche, les arrêts de plus de trois mois représentent 60 % des IJ.

187. Cf. 1^{ère} partie – Chapitre I – Les dépenses de l'assurance maladie.

persistants, un système de contrôle statistique assorti du renversement de la charge de la preuve et muni de garanties appropriées ne devrait pas être retenu.

C – Les mesures de régulation financière

Les incitations financières mises en place touchent aussi bien les assurés que les professionnels de santé.

1 – Les mesures financières touchant les assurés

Les études menées pour déterminer dans quelle mesure la hausse du coût des soins à la charge des assurés modifie leurs comportements sont rares. L'étude menée aux Etats-Unis entre 1971 et 1982 par la Rand Corporation reste la référence en la matière. Elle a consisté à observer la consommation de soins de 6 000 personnes auxquelles quatre contrats d'assurance ont été attribués de façon aléatoire. Les contrats se caractérisaient par quatre taux différents de paiement direct des ménages (et donc de reste à charge) : 0 %, 25 %, 50 % et 95 %. L'étude montre que les ménages payant 95 % du prix des soins ont eu une consommation inférieure de plus de 30 % à celle des ménages bénéficiant d'une prise en charge intégrale. La baisse la plus significative serait enregistrée lorsque le reste à charge passe de 0 % (gratuité) à 25 %.

En France, le code de la sécurité sociale a posé le principe selon lequel une « participation », sous la forme d'un « ticket modérateur », reste à la charge de l'assuré. A l'origine, ce reste à charge poursuivait le but de modérer la consommation de soins. Cette finalité n'a plus, aujourd'hui, qu'une portée extrêmement limitée, compte tenu de la proportion très élevée (environ 92 %) d'assurés bénéficiaires, soit d'une couverture complémentaire, soit d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire en particulier au titre des affections de longue durée ou assimilées. Selon une enquête du CREDOC, 40 % des 1 010 assurés interviewés déclarent ainsi que « le ticket modérateur c'est ce qui est remboursé par les complémentaires santé », 25 % déclarent « ne pas savoir ce que c'est » et 22 % déclarent que c'est la part remboursée par la sécurité sociale.

Le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a estimé qu'en définitive le reste à charge final pesant sur l'assuré (après remboursement par les organismes complémentaires) est très bas : il est de l'ordre de 80 € en moyenne par personne et par an¹⁸⁸. Le haut conseil souligne en outre que « l'aisance dans l'accès aux soins (fréquence des

188. Rapport du haut conseil 23 janvier 2004, p. 47.

procédures de tiers payant dispensant de faire l'avance des frais, prise en charge quasi complète) présente, notamment pour les ménages modestes, des avantages incontestables » mais qu'« elle ne dresse aucun obstacle devant les comportements négligents, voire laxistes, de consommation et de prescription¹⁸⁹ ».

Chercher à modifier les comportements en augmentant la contribution financière des assurés se heurterait toutefois à plusieurs limites :

- une mesure de responsabilisation financière des assurés ne peut influencer sur les comportements que si elle est lisible pour l'assuré. Aux cinq taux de tickets modérateurs et aux vingt sept cas d'exonérations existants, les mesures législatives et conventionnelles adoptées en 2004 ont ajouté des règles nouvelles de prise en charge (règle des 1 € avec exceptions, pénalisation du non passage par le médecin traitant...) qui ont encore accru la complexité du dispositif ;
- d'autre part, l'action par les coûts peut comporter des effets pervers. Elle peut être, dans certains cas, socialement inéquitable, lorsque le reste à charge touche les ménages modestes qui ne sont pas protégés par la CMUC (en gros les ménages du deuxième décile à partir du bas de l'échelle des revenus). L'enquête ESPS 2002 montre ainsi un taux de renoncement aux soins dans les 12 derniers mois de 10 % pour les personnes possédant une couverture complémentaire y compris la CMUC mais de 22,6 % lorsqu'ils en sont dépourvus. L'action par les coûts peut donc aussi être à l'origine de surcoûts en différant les recours utiles à la prévention et aux soins. La contribution accrue des assurés sociaux pourrait donc avoir un effet contraire à celui recherché ;
- enfin, l'importante concentration de la consommation de soins sur un petit nombre d'assurés réduit l'impact potentiel des actions par les coûts. Les 5 % plus gros consommateurs concentrent en effet 51 % des dépenses de santé et 60 % des montants remboursés par la sécurité sociale. Ils ont consommé en moyenne en 2000 17 784 € soit dix fois plus que la moyenne, en raison de pathologies graves et coûteuses. A l'opposé, 15 % des assurés sociaux n'ont eu quasiment aucune consommation en 2000 (40 € en moyenne). Ces chiffres illustrent le caractère redistributif de l'assurance maladie entre bien-portants et malades. Une action sur les comportements qui viserait à augmenter la participation financière des assurés dont le recours aux soins est faible doit veiller à ne pas fragiliser ce système redistributif.

189. Idem, p. 14.

2 – Les mesures de régulation des volumes d'activité des professionnels de santé

Les conventions passées avec les biologistes (1991), les infirmiers (1992) et les masseurs-kinésithérapeutes (1994) ont mis en place un système de régulation des dépenses remboursées, reposant sur la fixation d'un objectif quantifié national (OQN), c'est-à-dire une enveloppe limitative de dépenses. Selon les cas, le respect de l'enveloppe est passé par des mécanismes correcteurs différents, individuels ou collectifs, par reversement ou fluctuation tarifaire. Ces dispositifs n'ont pas été efficaces : n'ayant pu empêcher les dérives des dépenses, ils n'ont plus été mis en œuvre en tant que tels à partir de 2000.

L'exemple de l'OQN infirmier est significatif car il illustre les hésitations des pouvoirs publics en la matière. Présenté à la fois comme un outil de régulation financière et de promotion de la qualité, il n'a répondu à aucune de ces deux préoccupations. La fixation de seuils d'activité formulés en nombre de coefficients, dont le dépassement devait donner lieu à remboursement par le professionnel des actes supplémentaires facturés a présenté dès le départ des défauts de conception qui ont empêché de respecter l'objectif quantifié et de modifier le comportement des infirmiers. En effet, le niveau initial des seuils fixé en 1992, relevé en 1997 et 2002, représentait l'équivalent de 9 heures de travail par jour sur 365 jours, sans compter le temps des déplacements. Ces seuils, appelés « quotas » par les professionnels, ne pouvaient être considérés ni comme un référentiel de qualité, ni comme un dispositif permettant de réduire globalement le volume d'activité de la profession. Ils ne visaient qu'à écrêter l'activité des professionnels dont le comportement était considéré comme déviant.

Le seul bilan disponible à la CNAMTS porte sur l'exercice 2000 : 5 % des infirmiers¹⁹⁰ ont dépassé les seuils, ce qui montre, compte tenu du niveau élevé de ces derniers, l'inefficacité du système en termes d'infléchissement des comportements. De plus, seuls les 2/3 des dépassements ont fait l'objet de sanctions et les sommes théoriques à reverser représentaient 1 % des dépenses d'assurance maladie pour la profession. Dans la pratique, les sommes effectivement récupérées par les caisses, isolées comptablement par la CNAMTS depuis 1997, n'en ont représenté que 0,08 % et 0,13 % selon les années¹⁹¹.

190. Cette étude montre aussi que les infirmiers à l'origine de ces dépassements sont ceux qui font le plus d'actes de « nursing » (AIS) pour les personnes dépendantes.

191. L'inclusion des sanctions conventionnelles dans le champ d'application de la loi d'amnistie du 6 août 2002 (sauf lorsque les faits ont donné lieu à condamnation pénale) a contribué à diminuer les sommes récupérées (courrier du 29 août 2002 de la DSS à la CNAMTS).

La volonté d'infléchir les comportements par une régulation directe du volume d'activité a cependant perduré puisqu'elle a été reprise dans le contrat de bonnes pratiques des infirmiers mis en place en mars 2003, mais sans plus de résultat (cf. infra).

Les tentatives de régulation du volume d'activité des professionnels de santé n'ayant pas porté leurs fruits, les pouvoirs publics se sont progressivement orientés vers des mesures financières pouvant agir sur le contenu de l'activité des professionnels de santé. Le droit de substitution accordé aux pharmaciens d'officine en juin 1999 et diverses réformes de la nomenclature engagées entre 1997 et 2002 sont entrés dans ce cadre.

Les pharmaciens d'officine ont en effet été incités, à partir de 1999, à délivrer davantage de médicaments génériques par l'octroi d'un droit de substitution, consistant à remplacer un médicament princeps prescrit par un de ses génériques. L'exercice de ce droit a été encouragé par un système de marges des pharmaciens plus favorable aux génériques. En outre, une campagne d'information auprès des assurés et des professionnels a été menée.

Ce dispositif, qui faisait appel à l'intérêt direct des professionnels pour induire le comportement souhaité et utilisait plusieurs leviers d'action, a eu les résultats escomptés. Le taux de génériques par rapport au répertoire de molécules généricables (en nombre de boîtes) est passé en effet de 18 % en juin 1999 à 50 % en septembre 2003, date de la mise en oeuvre d'un autre mécanisme incitatif, le tarif forfaitaire de responsabilité¹⁹².

3 – Les mesures de nomenclature et de tarification

Des réformes de nomenclature (cf. encadré) ont aussi pu être l'occasion de mener une réflexion sur le contenu de l'activité des professionnels et de chercher à infléchir leurs comportements.

Les nomenclatures

L'assurance maladie rembourse ou prend en charge les honoraires perçus par les professionnels libéraux en rémunération des actes pratiqués au bénéfice de leurs patients (prestations en nature et paiement à l'acte). Les honoraires remboursables sont fixés par des nomenclatures d'actes : NABM (nomenclature des actes de biologie médicale) pour les biologistes, et NGAP (nomenclature générale des actes professionnels)

192. La Cour a examiné cette question de manière plus approfondie dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 320-322. La part de marché du générique atteint 60 % en avril 2005 (CNAMTS, « Point d'information » du 12 mai 2005).

pour les autres professions, qui étaient des arrêtés ministériels et qui sont maintenant des décisions de l'UNCAM. Ces nomenclatures sont structurées de manière identique, avec pour chaque acte :

- un libellé descriptif qui ne figure pas sur la feuille de soins pour respecter le secret médical (exemple : appendicectomie) ;

- et une valorisation, portée sur la feuille de soins, qui est obtenue par le produit entre :

*une lettre-clé : celle-ci dépend de la discipline du professionnel de santé (C pour la consultation d'un généraliste, V pour une visite ; AMI et AIS pour les infirmiers etc.). Sa valeur en euros est fixée par la convention liant la profession à l'assurance maladie et approuvée par l'Etat ;

*et un coefficient multiplicateur, fonction de la complexité, du risque et de la durée de l'acte.

La NABM est codée depuis plusieurs années : chaque acte est identifié par un numéro à quatre chiffres porté sur la feuille de soins, ce qui permet un suivi médicalisé des dépenses. La NGAP, trop ancienne pour être codée, est progressivement remplacée par une nomenclature codée, la CCAM.

Au fil des années, la NGAP s'est complexifiée et alourdie :

- de nombreuses lettres-clés ont été introduites et suivies ou non de modifications de leur valeur, par exemple :

*l'AMK des masseurs-kinésithérapeutes est aujourd'hui fractionné en trois : AMK, AMS, AMC, de même valeur.

*le Z des radiations ionisantes a été fractionné en ZN (médecine nucléaire), ZM (mammographie). Le Z lui-même est affecté de 4 valeurs différentes selon la discipline du médecin : Z1 pour les radiologues, Z2 pour les rhumatologues, Z3 pour les généralistes et cardiologues, Z4 pour les radiothérapeutes.

- des majorations et suppléments ont été introduits, qui s'ajoutent aux honoraires de l'acte : MU (majoration d'urgence), etc.

- enfin, des forfaits techniques, versés « à l'exploitant » (médecin, établissement de santé) couvrent les coûts de fonctionnement importants de certains équipements (scanographes, IRM).

La révision de ces nomenclatures, obsolètes pour la plupart, s'est notamment accompagnée de la recherche d'une plus grande efficacité des pratiques individuelles des professionnels de santé. De nombreuses réformes en matière de nomenclature et de tarification ont ainsi été prises ces dernières années. Elles couvrent la quasi-totalité des professions de santé mais ont été soit inefficaces (biologistes, orthophonistes et infirmiers) soit ont avorté (dentistes, kinésithérapeutes et option référent) ou n'ont constitué que des mesures de circonstance (médecins généralistes, hors option référent et spécialistes).

a) Les réformes inefficaces

Des réformes de nomenclature ont été menées pour les biologistes, les orthophonistes et les infirmiers libéraux. Elles ont coûté cher mais n'ont pas atteint leurs objectifs.

La réforme de la nomenclature de biologie

Après avis de la commission NABM, créée en 1987, douze arrêtés de nomenclature ont été pris entre le début de 1999 et la fin de 2004. Certains avaient pour but d'actualiser la NABM en inscrivant de nouveaux actes (par exemple le test de l'helicobacter pylori en 2002), d'autres de réaliser des économies¹⁹³, d'autres encore de mettre en oeuvre des mesures de santé publique (sérologie VIH). Toutefois, aucune évaluation économique globale de ces ajustements successifs n'a été réalisée. Seules quelques évaluations partielles sont disponibles.

Le passage à l'euro s'est soldé pour les biologistes par une perte de 19 M€ en année pleine, due à l'arrondi de la valeur de leur lettre-clé à la décimale inférieure. Afin de compenser cette baisse tarifaire, les biologistes ont obtenu une revalorisation très avantageuse de leur lettre-clé B (+3,8 %), ainsi qu'une revalorisation du chapitre « dispositions générales » de la NABM (soit un gain de 88 M€). Au total, ils ont donc bénéficié en 2002-03 d'une revalorisation nette en année pleine de 69 M€. En contrepartie, ils s'engageaient à participer à l'actualisation de la NABM et à l'élaboration de référentiels de prescription à l'usage des médecins. La justification de cet avantage de 69 M€ consenti aux biologistes en 2002 n'apparaît pas clairement :

- il s'agit d'une profession dont les revenus ont progressé à un rythme très soutenu (+8 % en moyenne par an entre 1999 et 2003) en partant d'un niveau déjà élevé par rapport à celui d'autres professions de santé, en raison des gains de productivité permis par le progrès technologique ;
- la hausse consentie l'a été sans contrepartie : la participation de la profession aux travaux de nomenclature et à l'élaboration de référentiels correspond davantage aux intérêts de la profession qu'à un service rendu méritant rémunération.

La biologie est une discipline essentiellement prescrite par les médecins. La LFSS pour 2004 a, à la demande de l'assurance maladie notamment, introduit deux articles (40 et 41) pour rendre opposables aux prescripteurs les indications médicales contenues dans la NABM.

193. C'était en particulier l'objet des trois baisses successives de la valeur de la lettre-clé B intervenues en 1999 (le B est passé de 0,274 € à 0,268 €, baisse jugée au demeurant insuffisante par la CNAMTS) et en 2000 (0,265 € puis 0,262 €).

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie précise la possibilité pour les caisses d'engager des procédures à l'encontre des assurés et professionnels de santé en cas de non respect des textes (articles L. 314-1 et L. 162-1-14 du CSS). Hormis ces dernières dispositions, renforçant le caractère contraignant de la nomenclature, mais trop récentes pour pouvoir en mesurer l'impact sur les comportements, la réforme de la nomenclature des actes de biologie est restée limitée.

La réforme de la nomenclature d'orthophonie

La réforme des actes d'orthophonie a été réalisée par un arrêté du 28 juin 2002. En dehors du « toilettage » de la nomenclature (description plus précise des actes et nouveaux libellés), l'objectif poursuivi est formulé de manière imprécise, sans indicateur de résultat : il s'agit de « favoriser la qualité des pratiques », en améliorant la qualité rédactionnelle des comptes-rendus de bilan, qui sont l'outil de coordination entre prescripteurs et orthophonistes.

En contrepartie de cet engagement vague, deux avantages sont concédés aux orthophonistes : leur autonomie accrue vis-à-vis des prescripteurs et une revalorisation tarifaire. Le coût de la réforme était évalué initialement à 10,4 M€ en année pleine.

Le résultat est, qu'en contrepartie d'un coût finalement supérieur aux prévisions (près de 30 M€), l'amélioration des pratiques n'apparaît pas clairement. En effet, sur le plan quantitatif, si le nombre de bilans orthophoniques a progressé, le rapport entre le nombre de bilans et le nombre d'actes de rééducation est resté plutôt stable entre septembre 2002 (4,4 %) et septembre 2004 (4,8 %), montrant que la fréquence du recours au bilan n'a pas augmenté. Un transfert substantiel a, en outre, été réalisé des bilans les moins coûteux (37,9 €) vers les plus chers (56,8 €)¹⁹⁴. Quant à la qualité rédactionnelle des comptes-rendus de bilan, ses progrès n'ont pas été évalués alors qu'il s'agissait de l'objectif central.

Les mesures réformant la nomenclature des actes infirmiers¹⁹⁵

Dès 1990, le principe d'une régulation globale de l'activité des professions paramédicales a été acquis. Cette démarche visait à sortir du

194. Entre septembre 2002 et septembre 2004, les bilans AMO 16 (auxiliaire médical orthophoniste) sont passés de 9 430 à 3 666 unités et les bilans AMO 24 de 17 505 à 28 653 unités.

195. Il existe 48 650 infirmiers libéraux, dont les honoraires représentent au total 3 Md€ en 2003.

cercle vicieux conduisant à multiplier les actes afin de compenser le manque à gagner sur le plan tarifaire ou les cotations d'actes ne reflétant plus la réalité des pratiques. Les mesures de nomenclature étaient donc l'un des éléments d'un dispositif complet, destiné à agir en même temps sur le volume d'activité des auxiliaires médicaux et sur la nature de leurs interventions.

Pour les infirmiers libéraux, qui interviennent pour les trois quarts de leur activité au domicile des personnes âgées à la fois pour des actes techniques du type prélèvements, injections, pansements et pour des séances de soins infirmiers souvent assimilés aux toilettes et qualifiés de « nursing », le point commun des mesures de nomenclature a été de chercher à réduire les actes de nursing au bénéfice des actes techniques. Pour ces deux types d'actes, le but était en outre de mieux prendre en compte le rôle spécifique de l'infirmier au domicile des patients, qui ne doit pas se limiter à réaliser des actes prescrits par le médecin, mais doit assurer des interventions complètes intégrant les fonctions de prévention, de surveillance et de coordination des soins.

Ainsi, la principale mesure de nomenclature a consisté à créer, dès 1992, la lettre-clé AIS (acte infirmier de soins) afin que deux types d'actes (les séances de soins infirmiers à domicile et les gardes à domicile) qui relevaient de la lettre-clé AMI (acte médico-infirmiers) soient désormais identifiés et mesurés en tant qu'activité de nursing. Cette activité a ensuite été intégrée dans le plan de soins infirmiers (PSI) en 2000, qui n'a pas été appliqué et a été remplacé par la démarche de soins infirmiers (DSI) en 2002.

L'objectif principal assigné à la DSI est de diminuer le recours systématique à des « séances de soins infirmiers », cotés en AIS. Les arguments qui militent en faveur de ce projet sont notamment fondés sur le fait que les infirmières sont surqualifiées pour exécuter des toilettes, ce qui entraîne des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

Le dispositif finalement retenu peut se résumer ainsi : le médecin ne prescrit plus directement de séances de soins infirmiers, mais une démarche de soins infirmiers (cotée DI) qui exige ensuite de l'infirmier un diagnostic de la situation du patient, la définition des buts à atteindre, enfin une autoprescription.

Fondée sur des évaluations fournies par le syndicat signataire de l'époque (la FNI), le projet initial devait entraîner une diminution de 16% du nombre de coefficients AIS et toucher une population située entre 375 000 et 400 000 patients. L'économie nette attendue, qui était chiffrée au départ à 123 M€ a été revue très fortement à la baisse en 2002 (entre 5,35 M€ et 11,6 M€). Quant au nombre d'actes en AMI, les mesures de 1999, présentées comme peu onéreuses au conseil

d'administration de la CNAMTS se sont au contraire traduites par une forte augmentation (+50 % en volume de 2000 à 2004).

De nombreux facteurs ont altéré l'objectif initial de cette réforme. En premier lieu, dans sa conception même, elle ne met pas en place une nouvelle organisation interprofessionnelle du maintien à domicile des personnes dépendantes puisque la prise en charge par l'infirmier des mêmes séances qu'auparavant (toilettes comprises) ou le transfert en totalité de cette prise en charge sur l'entourage ou les auxiliaires de vie (dont 20 % seulement sont formés à cet effet), résulte du seul choix de l'infirmier. Toute piste de partage des soins de nursing entre infirmiers et aides-soignants a été écartée d'emblée, les syndicats infirmiers invoquant, pour récuser un tel partage, le statut non libéral de ces derniers. En deuxième lieu, aucun critère ou référentiel ne permet d'accompagner et d'éclairer le choix de l'infirmier. Enfin, les médecins qui n'avaient pas été associés au projet s'y sont ensuite opposés parce qu'ils devaient préciser le diagnostic porté sur le patient et décrire son état sur un formulaire lors de la prescription de la DSI. Cette opposition a conduit les pouvoirs publics à supprimer progressivement leur responsabilité dans la validation de la DSI proprement dite : leur accord, d'explicite en 2000 (PSI), est devenu implicite en 2002 et devrait disparaître prochainement.

Il convient de plus de rappeler que, pour la première fois depuis 1992, une hausse tarifaire des actes infirmiers de soins (AIS) a été accordée au moment de l'entrée en vigueur de la DSI en 2002, ce qui peut sembler contradictoire avec l'intention affirmée par les parties conventionnelles de diminuer le recours aux séances de soins infirmiers.

Enfin, il n'existe pas de bilan financier de la mise en œuvre de la DSI, dont la faible économie (5,4 M€) devait gager très partiellement un accord global de 340 M€ de dépenses supplémentaires applicable à partir de 2002. Quant aux résultats qualitatifs, suivis par la CNAMTS, ils semblent modestes : en avril 2003, 32 % seulement des infirmiers ont réalisé au moins une DSI. Les DSI de renouvellement l'emportent sur les nouvelles DSI dès 2004 et le nombre de coefficients d'AIS n'a pas baissé par rapport à 2002.

Le cadre conventionnel, les nomenclatures d'actes par profession, l'absence de réflexion sur les conditions dans lesquelles les aides-soignants pourraient exercer en ville font obstacle à une redéfinition du rôle des infirmiers, comme pivot de prise en charge libérale, aujourd'hui réservée à des structures telles que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour le nursing et l'hospitalisation à domicile pour les soins techniques. Cette redéfinition est pourtant indispensable.

b) Les réformes avortées

Les tentatives de réformes de la nomenclature des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes ont été interrompues en cours de route. Quant au dispositif de médecin référent, il a été supprimé après quelques années de fonctionnement.

La réforme de la nomenclature dentaire

Les soins conservateurs, qui constituent les 2/3 des actes des dentistes, ne représentent qu'1/3 de leur revenu, au contraire des soins de prothèse qui représentent 1/3 des actes et 2/3 des revenus. Ce partage n'encourage guère la prévention. C'est pourquoi la convention de 1997 a tenté de réformer la nomenclature des actes dentaires en revalorisant les soins conservateurs. Cette orientation a été rapidement abandonnée et une mesure allant à l'encontre de l'objectif affiché a même été prise : l'inlay-core.

L'annexe 4 de la convention prévoyait de réformer la nomenclature des actes dentaires datant de 1972 et considérée comme obsolète. En contrepartie d'un plafonnement des dépenses de prothèse (SPR) et d'orthodontie, il était prévu en particulier une revalorisation progressive des soins conservateurs (SC) pour un coût total de 381 M€

Seules deux revalorisations pour un montant cumulé de 77 M€ eurent lieu, car le plan fut stoppé par le ministère de la santé dès juin 1998, en raison d'une évolution des dépenses jugée préoccupante (mais aucun objectif de progression des dépenses dentaires n'avait été défini pour l'année 1997). La logique de maîtrise budgétaire à court terme est entrée en contradiction avec la stratégie de long terme de réforme de la nomenclature. L'assurance maladie a regretté cette décision, qui empêchait un important changement de comportements pourtant souhaité à l'origine par la profession.

L'arrêté du 19 janvier 2001, non seulement ne s'inscrit plus dans la logique de rééquilibrage, mais il va à son encontre. Il mêle, sans logique apparente, deux mesures de nomenclature. L'une, peu coûteuse, de prévention, a inscrit à la nomenclature le scellement prophylactique des puits et les sillons et fissures sur les dents de 6 et 12 ans (18,90 € l'acte). L'autre a admis le remboursement d'une nouvelle prothèse très coûteuse : l'inlay-core (122 € ou 144 € l'acte). Remboursé quatre fois plus cher que la reconstitution à ancrage et pouvant faire l'objet de dépassement d'honoraire, l'inlay-core a, dès son introduction en 2001, connu un développement aussi exceptionnel que coûteux.

La réflexion préalable sur l'effet qu'aurait l'inscription de l'inlay-core sur les comportements des dentistes a été très insuffisante. Les avis d'experts n'ont pas été entendus. Au moment de la décision, une mission

de l'IGAS était en cours sur les soins dentaires (rapport publié en juillet 2001). En outre, il n'a été demandé à l'académie des sciences et à l'ANAES un référentiel sur les indications de l'inlay-core qu'après son inscription à la nomenclature.

Hâtive et mal préparée, la décision a de plus divisé la commission de la nomenclature en formation dentaire. La DSS elle-même ne donnait son accord qu'à condition que l'inlay-core soit coté à un coefficient inférieur à celui d'une couronne. Son avis ne fut pas entendu et l'inlay-core a été coté plus cher qu'une couronne.

Le fort développement de cette nouvelle prothèse n'a pas été anticipé. L'estimation par la CNAMTS et la DSS de son coût net prévisionnel était de 58 M€ et reposait sur l'hypothèse (irréaliste) d'un volume d'actes constant, le surcoût étant entièrement dû à la revalorisation tarifaire. En réalité, le surcoût lié à l'inlay-core est cinq fois plus élevé, sans doute supérieur à 300 M€¹⁹⁶, la cotation élevée ayant induit une multiplication de ces actes.

Plusieurs actions visant à endiguer les dépenses croissantes liées à l'inlay-core ont été prises, avec retard, en 2003. Ce n'est que le 3 février 2003, deux ans après l'arrêté initial, que la rémunération de la reconstitution à ancrage a été alignée sur celle de l'inlay-core¹⁹⁷. Par ailleurs, la lettre-clé des soins conservateurs a enfin été revalorisée le 21 mars 2003, soit six ans après la signature de la convention qui devait procéder à leur revalorisation. Enfin, un accord de bon usage des soins (Acbus) et un contrat de bonne pratique (CBP) destinés à limiter l'usage de l'inlay-core sont entrés en vigueur le 1er mars 2003 (cf. infra).

La réforme de la nomenclature de masso-kinésithérapie

L'ancienne nomenclature, établie en 1972, était reconnue obsolète. Sa réforme, qui figurait au plan stratégique de la CNAMTS, devait se dérouler en plusieurs étapes, échelonnées entre 2000 et 2006, chaque nouvelle étape dépendant du bon déroulement de la précédente. La première étape n'ayant pas permis d'atteindre les résultats escomptés, le processus est resté bloqué.

En contrepartie d'une importante revalorisation des coefficients et d'une autonomie accrue par rapport aux prescripteurs, les masseurs-

196. Les honoraires correspondant aux lettres-clés de l'inlay-core se sont élevés à 381 M€ sur un an entre le 1er juin 2003 et le 31 mai 2004. Ce montant doit certes être réduit du montant des reconstitutions à ancrage qui auraient été réalisées à la place des inlay-core, mais leur cotation est très faible comparée à celle de l'inlay-core.

197. La cotation passe de SC15 à SC33 (61 €), ce qui, rapporté au temps de travail du dentiste, représente une rémunération équivalente à celle de l'inlay-core.

kinésithérapeutes s'engageaient à réaliser, à partir de dix séances, un bilan-diagnostic rémunéré, permettant une meilleure coordination avec le médecin et un meilleur contrôle par l'assurance maladie, à respecter des plafonds d'activité collectif et individuels et à diminuer d'au moins 5 % les coefficients sur la rééducation ostéoarticulaire (dont une partie est considérée comme injustifiée médicalement).

Le seul effet de cette réforme fut son coût, qui est estimé par la Cour à plus de 300 M€ (en année pleine et tous régimes confondus). En effet, si les revalorisations ont bien eu lieu, la limitation du volume d'activité n'a pas été atteinte (l'impact de la réforme sur la structure des actes n'est pas connue, puisqu'il n'existe pas de codage des actes de masso-kinésithérapie). Le dépassement des plafonds d'activité n'a pas été sanctionné. Les médecins ont ignoré la réforme et n'ont pas laissé de marge d'autoprescription aux masseurs-kinésithérapeutes. Enfin, les bilans-diagnostic, qualifiés de « pièce maîtresse » de la réforme, ne sont réalisés qu'une fois sur cinq et sont souvent d'une qualité médiocre.

Comme pour les dentistes, la régulation budgétaire a interféré dans cette réforme de la nomenclature. La signature d'un avenant conventionnel le 31 juillet 2000 a été suivie, le lendemain (1er août), par l'entrée en vigueur de la baisse automatique des lettres-clés de masso-kinésithérapie, en application du premier rapport d'équilibre établi par la CNAMTS¹⁹⁸. Les revalorisations engagées par la réforme de la nomenclature, ainsi que les contreparties attendues, étaient ainsi en partie remises en cause. Cette contradiction entre deux modes de régulation simultanés a créé une certaine confusion quant aux objectifs poursuivis.

Bien que les masseurs-kinésithérapeutes n'aient pas respecté leurs engagements contractés dans la première étape de la réforme en contrepartie des revalorisations financières, la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie a créé une obligation de poursuivre la négociation conventionnelle (pour mettre en place les Acbus et contrats de bonne pratique, cf. infra). De nouvelles revalorisations, certes ciblées, ont été concédées. D'autres demandes financières sont en discussion pour des montants élevés.

L'option référent des généralistes

Le forfait est apparu très récemment et de manière marginale dans un système où les médecins sont profondément attachés au paiement à

198. La LFSS pour 2000 prévoyait que la CNAMTS devait établir, trois fois dans l'année, des « rapports d'équilibre » indiquant que l'ONDAM prévu était respecté et, en cas de non respect, proposant les mesures permettant d'y remédier. Ce dispositif est tombé très rapidement en désuétude.

l'acte. Créée par la convention médicale du 12 mars 1997 (qui fut ensuite annulée par le Conseil d'Etat), l'option médecin référent a reçu une base légale par la loi du 27 juillet 1999 sur la couverture maladie universelle. Son objectif est d'améliorer les soins par une meilleure coordination autour du référent et de réduire les inconvénients de la tarification à l'acte (multiplication des actes, réduction du temps de consultation).

Les médecins qui choisissent de devenir « référents » perçoivent une rémunération forfaitaire annuelle par patient suivi régulièrement (23 € à l'origine, puis 46 € depuis 2001). L'option référent est financièrement plus attrayante depuis que le forfait annuel a été porté à 46 €: en théorie, si un médecin généraliste en secteur I fait adhérer 1 000 patients (soit les deux tiers de sa clientèle qui est de 1 540 personnes en moyenne), il peut presque doubler son revenu net, en recevant 45 000 € en plus de son revenu moyen annuel (de 56 000 €). En pratique toutefois, le nombre moyen de patients optants par médecin référent était de 200 en 2003 (soit 13 % de la clientèle moyenne)¹⁹⁹ et les forfaits représentaient 7 070 € par an et par référent (5,6 % de ses honoraires moyens).

La décision de supprimer l'option référent intervenue fin 2004 a eu pour effet de geler toutes les études de son impact sur les comportements. Selon une étude menée conjointement par la CNAMTS et l'IRDES, les données disponibles sont insuffisantes pour savoir si l'option médecin référent a amélioré les pratiques médicales. En effet, les suivis de cohortes, les enquêtes et les protocoles d'évaluation détaillée prévus initialement n'ont pas été mis en place et il n'existe pas d'études comparatives sur les pratiques des référents et des non-référents à partir d'échantillons homogènes de malades. On ne peut ainsi vérifier l'hypothèse selon laquelle ce nouveau dispositif a modifié les pratiques dans le sens de la qualité.

Diverses enquêtes montrent que les médecins référents se donnent les moyens de la qualité mais sans toutefois permettre de dégager un lien de cause à effet. Ils suivent davantage la formation professionnelle conventionnelle : un tiers des participants à cette formation en 2002 et 2003 sont des médecins référents, alors que ces derniers ne constituent que 10 % de l'effectif total des généralistes, mais ce constat peut être lié au fait que les référents sont en grande partie des adhérents au syndicat signataire de la convention de l'époque. Ils accordent plus d'attention aux questions de prévention : ainsi, les médecins référents représentent 24 % des demandeurs de dossiers sur l'alcool à l'INPES, 18 % sur le tabac et 16 % pour le mal de dos. Ils respectent également mieux que

199. La répartition est cependant contrastée : si 28 % des médecins référents concernés ont moins de 50 patients optants, 18 % d'entre eux ont 350 patients soit une rémunération forfaitaire minimale de 16 100 €

leurs confrères la permanence des soins²⁰⁰. Ils prescrivent moins de médicaments que les non référents (272 000 € au lieu de 291 000 € soit 6,5 % de moins, en 2003²⁰¹). Ils prescriraient en particulier plus de génériques, même si les données actuelles sur le remboursement ne permettent pas de distinguer la prescription des génériques par le médecin de la substitution par le pharmacien. Enfin, ils prescrivent un peu moins d'analyses biologiques (-5 %) que les non-référents. On ignore cependant si leur comportement ne présentait pas déjà les mêmes particularités avant la création du dispositif.

On ne peut que regretter le manque d'une évaluation médico-économique exhaustive de type coût/bénéfices de l'option référent. Le forfait a représenté une dépense croissante pour l'assurance maladie (tous régimes) : 10,3 M€ en 2000, 26,3 M€ en 2001, 36,9 M€ en 2002 et 44,3 M€ en 2003, soit 117,8 M€ de dépenses cumulées sur quatre ans. Les médecins référents étaient au nombre de 6 000 à la fin de 2003, ils seraient environ 8 000 en 2004.

Le coût potentiellement élevé d'une généralisation de l'option référent avait été relevé par la Cour dès l'origine. La suppression du système a été décidée en 2004. La réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004 a mis en place un autre dispositif autour du « médecin traitant ».

c) Les mesures de circonstance

Il n'y a pas eu à proprement parler de réforme de la nomenclature des actes des médecins généralistes et spécialistes, mais une succession de mesures tarifaires visant avant tout à revaloriser les actes et accessoirement à influencer sur les pratiques.

Les médecins généralistes

Dans l'attente de la mise en place de la CCAM, une succession de revalorisations tarifaires est intervenue d'abord sous forme de majorations diverses, puis par la hausse de la lettre-clé principale : majoration d'urgence de 19,6 € pour les généralistes interrompant leur consultation pour répondre à une demande du centre 15 ou à la demande expresse du patient (MU, 1998), majoration pour soins d'urgence (MSU, 2000), majoration de maintien à domicile (MMD, 2000),

200. Cf. l'enquête menée par la CNAMTS sur des périodes d'astreinte.

201. Source SNIR, cité dans le Point de statistiques n° 40. Il faut noter que la comparaison des prescriptions est recevable, dans la mesure où les référents ont une taille de clientèle, un nombre d'actes moyen et une part d'ALD comparables à ceux des non-référents.

consultation annuelle pour les affections de longue durée (CALD, 2002) et revalorisation de la consultation à 20 €(2002).

La majoration d'urgence (MU)

Créée le 5 mai 1998, la MU concernait les généralistes quittant leur consultation sur appel urgent. Le nombre de MU était estimé, au moment de l'élaboration de la mesure, à 400 000, hypothèse correspondant à environ 8 % du total des visites et à un impact financier de 7,6 M€(selon la DSS). Insuffisamment cotée (22,6 € par rapport aux « pertes » de consultations, elle ne fut que peu utilisée. La DSS ne dispose pas d'évaluation du nombre de MU et de leur coût constaté.

La majoration pour soins d'urgence (MSU)

Créée le 7 juin 2001, la MSU rémunère un certain nombre d'actes d'urgence (limitativement énumérés), consommateurs de temps et de matériel, effectués au cabinet du généraliste ou du pédiatre. Elle est cotée 26,89 € La DSS estimait son impact financier entre 8,2 M€ et 11 M€(entre 305 000 et 409 000 actes). En 2004, il y a eu 407 000 actes K14 pour le régime général, soit 11,5 M€ remboursables. Cela correspond à environ un acte de ce type par mois par généraliste. La MSU a donc bien été utilisée à hauteur de l'estimation initiale.

La majoration de maintien à domicile (MMD)

Créée le 28 avril 2000, dans le but de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, la MMD s'applique aux visites réalisées auprès des patients d'au moins 75 ans en affection de longue durée. La valeur de la MMD de la visite est de 9,14 € La mise en place de cette majoration a donné lieu à une consigne d'une organisation syndicale invitant ses adhérents à utiliser le plus largement possible cette majoration en recommandant de procéder d'abord au recensement de tous les patients âgés, puis de déposer une demande immédiate d'ALD pour ceux qui n'en étaient pas encore bénéficiaires, enfin de privilégier les visites beaucoup plus rentables plutôt que les consultations chez ces patients privilégiés.

La MMD n'a non seulement pas atteint son objectif (éviter une revalorisation globale des honoraires de médecins, qui est intervenue en 2002), mais elle a eu de plus un effet imprévu, sinon pervers. Comme la Cour l'avait déjà noté en 2003, cette mesure s'est traduite statistiquement par une augmentation, non anticipée, du nombre d'ALD d'environ 300 000 personnes en 2002²⁰², soit un supplément de 5 % de bénéficiaires de remboursements à 100 % et un coût global d'1 Md€, si l'on

202. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003, p. 193-194.

ajoute au renchérissement des visites celui, beaucoup plus important, du remboursement des prescriptions à 100 % (au lieu de 65 ou 35 %).

Cet exemple illustre l'absence de réflexion sur les conséquences que les décisions peuvent avoir sur les comportements des professionnels de santé.

Les rémunérations spéciales pour le suivi des patients atteints d'ALD

L'arrêté du 27 février 2002 crée une consultation approfondie annuelle au cabinet du médecin omnipraticien pour un patient atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée, d'un montant de 23 € (26 € depuis 2003). La CALD a pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé du patient et de la coordination de ses soins et elle doit contribuer à son éducation sanitaire et thérapeutique. Elle donne lieu à la rédaction d'un compte rendu conservé dans le dossier du patient et dont un double lui est remis. La définition réglementaire de cette consultation « spéciale » prouve qu'il s'agit d'une mesure visant essentiellement à revaloriser les revenus des praticiens, sans réelle volonté d'amélioration des comportements des professionnels.

Le coût pour l'assurance maladie a été estimé à 22 M€ en année pleine. Le calcul en a été simple : la DSS a considéré que la consultation de bilan (une fois par an) se substituerait à l'une des consultations réalisée par le médecin pendant l'année. Toutefois, en 2003, le nombre de consultations CALD n'a été que de 58 809 consultations²⁰³. La CALD a concerné en 2003 moins de 1 % des assurés potentiellement concernés. La substitution s'est donc mal réalisée et le coût réel a donc été réduit, mais l'impact sur les pratiques n'est pas perceptible.

La convention médicale signée en décembre 2004 a remplacé la rémunération forfaitaire de 50 € pour chaque élaboration et renouvellement de PIREs par une rémunération forfaitaire annuelle, pour chaque patient en ALD, de 40 €, à laquelle s'ajoute la CALD de 26 €, ce qui revient à un cumul de deux rémunérations pour une même prestation sans compter les consultations payées à l'acte. Un autre mode de rémunération aurait pu être expérimenté, consistant à verser un forfait annuel pour certaines ALD, qui se serait ainsi complètement substitué aux consultations payées à l'acte.

Le surcoût potentiel de cette extension du dispositif à la totalité des malades en ALD, et non plus seulement aux entrants, est estimé à 300 M€ par an.

203. Source : SNIR.

La revalorisation de la consultation à 20 €

Une importante revalorisation de la médecine générale en juin 2002 a porté la consultation à 20 € et a institué une majoration pour déplacement (MD), en contrepartie d'un engagement de la profession de diminuer le nombre de visites à domicile d'au moins 5 % la première année et de rédiger au moins 25 % des lignes de prescriptions de médicaments en dénomination commune internationale (DCI) ou en génériques.

Le bilan est contrasté. Certes, la baisse du nombre de visites (-29 % entre 2001 et 2003) a été supérieure à l'objectif initial (-20 %). Mais, d'une part, la baisse du nombre de visites avait débuté bien avant 2002, les visites ayant diminué de 15 % entre 1999 et 2001 ; d'autre part, les consultations ont crû plus rapidement entre 2001 et 2003 qu'entre 1999 et 2001²⁰⁴ (5,3 % contre 4,7 %) et l'ampleur du report des visites vers les consultations n'a pu être évalué.

Les honoraires des médecins ont crû de 904 M€ entre 2001 et 2003 contre 496 M€ entre 1999 et 2001. Le coût du passage du C et V à 20 € et de la majoration de déplacement pour la visite médicalement justifiée a donc été compris entre 300 et 400 M€. Il devait être entièrement financé par l'économie réalisée en matière de prescription de génériques. Or, les économies réalisées sur les prescriptions de pharmacie entre 2001 et 2003 ont été d'environ 70 M€ par rapport à la tendance²⁰⁵ et le taux de prescription en DCI est loin d'avoir été atteint (8 % à la fin de 2004 pour un objectif de 25 %).

Au total, la prescription en DCI est un échec. Le succès obtenu sur les visites ne fait que prolonger, en l'accélégrant un peu, une évolution existante et souhaitée par les médecins. La consultation à 20 € n'a donc pas eu l'effet attendu en matière d'inflexion des comportements.

Les médecins spécialistes

Les années 1998-2003, marquées par l'absence de convention médicale et par de fortes tensions entre assurance maladie et médecins spécialistes, ont vu se succéder plusieurs plans d'économies incluant des actions sur les comportements de cette catégorie de médecins. Ces mesures n'ont pas permis de freiner l'augmentation de leurs honoraires et ont même, de manière paradoxale, entraîné des dépenses supplémentaires.

L'arrêté du 28 janvier 1997 concernant les spécialistes avait pour principal objectif de réaliser 55 M€ d'économies (pour le seul régime général), essentiellement sur la radiologie et la cardiologie, tout en

204. Voir infra, D, 1.

205. Le montant de la pharmacie prescrite s'est élevé à 791 M€ en 2003 ; il se serait élevé à 862 M€ si la croissance de 1999 à 2001 s'était maintenue entre 2001 et 2003.

poursuivant aussi certains objectifs qualitatifs, comme la modernisation du parc d'échographes. Au total, c'est un surcoût de 13,7 M€ par rapport à la tendance qui a été constaté. Les rares objectifs qualitatifs ont été abandonnés. Pour le directeur de la CNAMTS, ce dérapage était « dû à une connaissance insuffisante des pratiques antérieures de cotation des praticiens et à une appréciation imparfaite des effets de structure engendrés par les modifications de nomenclature mises en œuvre »²⁰⁶.

Les mesures concernant les radiologues

Les radiologues sont la spécialité la mieux rémunérée (cf. chapitre I). De plus, leurs honoraires ont crû plus rapidement que ceux de l'ensemble des spécialistes. En euros constants, le montant total de leurs honoraires hors dépassement a ainsi augmenté de 2 % par an entre 1990 et 2003 (+1,8 % pour l'ensemble des spécialistes), pour atteindre 2,5 Md€, soit plus du quart du total des honoraires des spécialistes.

En application de l'arrêté du 28 janvier 1997, la refonte de la nomenclature de radiologie, demandée par le syndicat des radiologues en lieu et place d'une baisse du Z1²⁰⁷, leur principale lettre-clé, comprenait notamment la baisse du supplément pour numérisation (objectif financier) et la baisse de 50 % de la cotation des échographies effectuées avec des appareils de plus de sept ans et n'ayant pas d'attestation de remise à niveau (objectif qualitatif). La réforme n'a pas été entièrement mise en œuvre. En particulier, la baisse de cotation pour les échographes anciens n'a pas été appliquée du fait de l'absence d'un système de contrôle des remises à niveau. Quant au supplément de numérisation, créé en 1991 pour inciter les radiologues à moderniser leur équipement, s'il a été abaissé de Z6 à Z5 entre 1997 à 1998, sa persistance, alors que les équipements sont amortis, représente une dépense injustifiée, selon la CNAMTS, de 75 M€. Au total, la réforme de la radiologie qui devait procurer 30 M€ d'économies (tous régimes) a en réalité entraîné 56 M€ de dépenses supplémentaires à la fin de 1997, soit un différentiel de 86 M€ et, de plus, n'a pas atteint son objectif d'une amélioration de la qualité des pratiques.

Le protocole d'accord signé le 9 février 1999 entre l'Etat et les radiologues prévoyait une revalorisation²⁰⁸ de la lettre-clé Z1 de 1,44 € à 1,62 € entrée en vigueur avec l'arrêté du 24 février 1999, ainsi qu'un

206. Note du 5 février 1998 au ministre sur le bilan du protocole du 28 octobre 1996.

207. De Z6 à Z5,5 puis à Z5 au 1^{er} janvier 2000. La CNAMTS avait proposé en 2000 une nouvelle baisse de Z5 à Z4 mais cette mesure n'a pas été entérinée par le ministère. Une seconde transmission de ces données par la CNAMTS au ministère n'a pas davantage abouti en 2001.

208. Cette revalorisation avait été précédée en août 1998 d'une baisse du Z1 (de 1,67€ à 1,44€) décidée unilatéralement par la puissance publique.

ajustement de cette valeur en fonction d'un bilan périodique de l'évolution des honoraires des radiologues. Ce bilan n'a pas été réalisé, au motif qu'il était impossible de distinguer les actes en Z1 réalisés par les seuls radiologues du total des actes en Z. Cette impossibilité de distinguer les deux types d'actes aurait dû être prise en compte au moment du protocole d'accord.

La valeur de la lettre-clé n'a de plus donné lieu à aucun ajustement depuis février 1999 malgré la progression continue des honoraires. Le coût de la revalorisation du Z1 a été de 135 M€ En outre, bien que l'Etat se soit engagé à forfaitiser le deuxième acte de radiologie vasculaire effectué au cours d'une même séance, cette mesure n'a jamais fait l'objet d'une inscription à la nomenclature.

En contrepartie de cette revalorisation, les radiologues s'étaient engagés à créer un observatoire de l'imagerie médicale à participer à l'extension du dépistage des cancers décidée par la loi de financement pour 1999²⁰⁹, à contrôler la qualité des appareils utilisés lors des examens radiologiques et échographiques et à favoriser la télétransmission des feuilles de soin²¹⁰. Les principaux engagements « qualitatifs » souscrits par les radiologues en 1999 n'ont pas été tenus (contrôle des appareils) ou suivis (dépistage des cancers), en dépit d'un gain financier substantiel.

Au total, les mesures de 1997 et 1999 n'ont ni constitué une véritable réforme de la nomenclature ni conduit à une évolution des pratiques, alors que de nombreuses distorsions dues à la nomenclature demeurent. Ainsi, une IRM du genou qui prend 12 à 15 minutes est facturée comme une IRM cardiaque ou une IRM spectroscopique, qui durent de 45 minutes à une heure.

La consultation spécifique de cardiologie (CSC)

En cardiologie, l'arrêté du 28 janvier 1997, précité, a créé, en contrepartie de la baisse des échocardiogrammes cotés en KE et de la suppression des suppléments à l'électrocardiogramme (K5), une nouvelle consultation spécifique en cardiologie (CSC), mieux cotée. L'objectif était purement tarifaire. La profession s'est engagée à pratiquer un maximum de deux tiers de CSC. Le coût de la création de la

209. Hormis un arrêté du 27 septembre 2001 fixant la convention-type pour souscrire au programme de dépistage et une circulaire DHOS/DGS du 3 novembre 2003 relative au dépistage du cancer du sein en établissements de santé, aucun bilan de cette mesure n'est disponible.

210. En septembre 2004, 67 % des radiologues recourent à la transmission des feuilles de soins par voie électronique, ce qui est seulement dans la moyenne constatée. La progression de ce taux n'est pas connue.

CSC, estimé à 30 M€ devait être plus que compensé par les mesures d'économies, ce qui devait permettre de dégager 22 M€ d'économies au total. Le surcoût a en réalité été de 5,4 M€ Il s'explique surtout par la vive augmentation du nombre de CSC.

La majoration transitoire chirurgicale (MTC)

L'arrêté du 30 mars 1998 a créé une lettre-clé spécifique (KCC) destinée à identifier « les actes thérapeutiques sanglants non répétitifs », réalisés en équipe sur un plateau technique lourd. Demandée par les chirurgiens, cette création a nécessité une réécriture d'une grande partie des actes de la NGAP, afin de distinguer ces actes des autres actes chirurgicaux et des actes thérapeutiques ou d'investigation pouvant être réalisés par l'ensemble des médecins. Jusqu'en septembre 2004, la valeur de cette lettre-clé est restée identique à celle de la lettre KC (2,09 €). L'arrêté du 1er octobre 2004 a créé une majoration transitoire chirurgicale de 12,5 % pour les actes en KCC.

Décidée dans l'urgence face au mécontentement des chirurgiens, la MTC, conçue comme une solution transitoire dans l'attente de la CCAM, devait s'appliquer aux actes pratiqués entre le 1er octobre et le 31 décembre 2004, pour un coût estimé à 14,25 M€ Le retard de la CCAM qui a conduit à prolonger la MTC jusqu'à septembre 2005 entraînera des coûts supplémentaires et l'effet report des actes en KC vers les actes en KCC n'a pas été évalué.

Le règlement conventionnel minimal (RCM)

Un règlement conventionnel minimal²¹¹ applicable aux médecins spécialistes a été institué en juillet 1998 pour pallier l'absence de convention médicale. Il a été modifié huit fois entre juillet 1998 et le 3 février 2005, date de la signature de la nouvelle convention. Le 22 septembre 2003, un avenant a consenti d'amples concessions aux médecins spécialistes, dans le but d'obtenir leur consentement :

- les consultations d'une partie des spécialistes ont été revalorisées par la création d'une majoration forfaitaire transitoire, d'un montant de 2 €²¹² applicable aux consultations effectuées par les médecins relevant des douze spécialités qui n'avaient pas obtenu de revalorisation spécifique en 2002. Réservée aux médecins qui ne sont pas autorisés à pratiquer des honoraires supérieurs aux tarifs de responsabilité sur la base desquels est calculé le remboursement par l'assurance maladie, cette majoration ne peut être accordée aux autres

211. Le RCM applicable en l'absence de convention excluait, dans sa conception d'origine, toute revalorisation tarifaire de façon à inciter à la reprise de négociations conventionnelles.

212. Cette majoration a été de 2,70 € pour la psychiatrie.

médecins que pour leurs patients relevant de la couverture maladie universelle et pour lesquels les tarifs sont opposables. Le coût de cette revalorisation de fait était estimé à 67 M€ Cette majoration a été reprise dans la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvée par arrêté du 3 février 2005, qui l'étend à l'ensemble des spécialités ;

- le taux de prise en charge des cotisations sociales des spécialistes a été revalorisé (coût d'environ 30 M€ à 40 M€) et le différentiel entre les tarifs moyens 2002 et 2003 des primes de responsabilité civile professionnelle des praticiens spécialistes de secteur 1 ayant une prime supérieure à 1 000 euros a été pris en charge (coût approximatif de 20 M€ à 60 M€).

Le RCM prévoyait qu'en contrepartie de la majoration forfaitaire, dont le coût total s'élève entre 117 M€ et 167 M€, des accords de bon usage des soins seraient passés avec les cardiologues. Les spécialistes se sont aussi engagés à mettre en place, en associant étroitement l'assurance maladie, un programme de mesure d'impact des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles et un registre de suivi des bonnes pratiques concernant les innovations technologiques (stents actifs et défibrillateurs automatiques implantables). Aucun de ces engagements n'a été tenu.

Au total, les mesures prises en faveur des professions de santé qui visaient à infléchir les comportements appellent plusieurs constats. L'instabilité des objectifs et des actions a été trop importante pour permettre un infléchissement des comportements au demeurant jamais évalué. Plusieurs des cas analysés témoignent d'erreurs dans l'appréciation des comportements. La création d'actes mieux rémunérés ou la revalorisation d'actes préexistants ont généralement entraîné une croissance de ces actes plus vive que prévue et une déformation plus forte de leur structure. Les engagements sur les comportements présentés comme des contreparties des revalorisations tarifaires directes ou indirectes n'ont pas été tenus. Enfin, les effets pervers ont pris le pas sur les effets positifs recherchés et se sont traduits par des coûts élevés, sans jamais modifier les comportements dans le sens souhaité.

D – Les nouvelles incitations conventionnelles

La loi du 6 mars 2002 portant rénovation des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé libérales entendait marquer une césure dans les actions sur les comportements des professionnels de santé.

Le système conventionnel à trois étages institué par la loi du 6 mars 2002

1) Un accord-cadre interprofessionnel applicable à l'ensemble des professions de santé est signé avec le centre national des professions de santé pour une durée de cinq ans au plus.

2) Les conventions professionnelles, d'une durée de cinq ans au plus, déterminent d'une part les tarifs des honoraires et d'autre part les engagements des signataires :

- les accords de bon usage des soins sont des engagements collectifs prévoyant des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques. Des contreparties financières en cas de respect de l'accord peuvent être définies ;

- les contrats de bonnes pratiques sont des contrats négociés collectivement mais auxquels les professionnels peuvent adhérer individuellement. Ces contrats ouvrent droit en contrepartie des engagements à un complément forfaitaire de rémunération ou à la majoration de la participation des caisses d'assurance maladie à la prise en charge des cotisations famille et vieillesse des médecins.

Chaque convention professionnelle doit comporter au moins un accord de bon usage des soins (Acbus) et un contrat de bonnes pratiques (CBP) ou de pratique professionnelle (CPP). Les conventions précisent les actions d'information, de promotion des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques, ainsi que les dispositions à prendre en cas de non-respect des engagements, en particulier d'évolution des dépenses de la profession.

3) Les contrats de santé publique (CSP) requièrent, après une négociation collective, l'adhésion individuelle des professionnels, mais leur présence dans les conventions est laissée à la libre appréciation des signataires. Ils ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.

Ces contrats²¹³ ont pour objectif explicite la modification de certaines pratiques. Le bilan est de ce point de vue plus que mitigé.

213. Mesures réglementaires et mesures conventionnelles sont étroitement imbriquées : les conventions suivent les procédures en matière de contrats administratifs mais doivent être agréées par un acte réglementaire pour entrer en vigueur.

1 – Les accords de bon usage des soins

Le bilan au 30 mars 2005 fait état de 14 Acbus élaborés : 6 avec les médecins, 1 avec les chirurgiens-dentistes et 7 avec les professions prescrites (infirmiers, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes et transporteurs).

Seuls 11 Acbus ont été effectivement mis en œuvre²¹⁴. Le seul succès concerne l'Acbus sur le TDR angine (près de 58 % des généralistes l'utilisent et un tiers des TDR donne lieu à un test positif et donc à 100 % de prescriptions d'antibiotiques justifiées) mais celui-ci a été intégré dans la campagne beaucoup plus large de réduction de la surconsommation d'antibiotiques (cf. supra). Les données disponibles ne permettent ni de chiffrer ni d'identifier les économies attribuables au seul Acbus.

Dans une moindre mesure, l'Acbus relatif au bon usage des prescriptions de transport a également produit des résultats positifs car la moitié de l'objectif initialement fixé (faire baisser de 35 à 25 % la part des transports en ambulance sur la totalité des transports entre 2003 et 2005) a été atteint à mi-parcours : selon les premiers résultats fournis par la direction régionale du service médical de Bretagne, ce taux a baissé de 5 points. Néanmoins, les éventuels effets reports de cette mesure vers les transports en ambulance prescrits en urgence et qui sont exclus de l'Acbus n'ont pas été évalués. Surtout, comme la Cour l'indiquait dans son rapport de 2004²¹⁵, la portée de ce dispositif est limitée car il ne s'applique ni aux spécialistes, ni aux prescripteurs hospitaliers, dont la part dans la progression des dépenses de transport est importante.

Le bilan est plus mitigé pour les Acbus visites et mammographie ainsi que pour l'Acbus concernant les dentistes. Celui relatif aux visites du médecin au domicile du patient avait pour objectif la baisse de leur fréquence, phénomène qui était déjà sensible avant la signature officielle de l'accord²¹⁶. Ce mouvement s'est accéléré après l'accord. Les visites représentent aujourd'hui 16,8 % de l'activité d'un médecin généraliste, contre 20,9 % précédemment sur deux périodes comparables (juin-décembre 2001 et 2002). Cette inflexion montre que les médecins sont en mesure de résister aux demandes des patients.

214. S'agissant des trois autres Acbus, l'un a été abandonné. Il s'agit de l'accord relatif aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens en juin 2004, la MSA chargée de piloter les travaux s'étant heurtée à l'absence de référentiel stabilisé. L'accord relatif aux hormones thyroïdiennes dont l'enjeu financier était au demeurant faible (28 M€ en 2002) n'a pas atteint son objectif. Quant à l'Acbus infirmier, applicable au 1^{er} mars 2003, il n'a toujours pas été évalué.

215. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 32.

216. Cf. supra, p. 204-206.

Toutefois, en termes financiers, la réduction du nombre de visites a été plus que compensée par l'augmentation du nombre et du coût des consultations. Ainsi, entre 2001 et 2004, le montant remboursé de visites (régime général) a diminué de 288 M€ (de 864 M€ à 576 M€), mais celui des consultations a augmenté de 712 M€ (de 2,8 Md€ à 3,6 Md€). On peut aussi regretter l'absence d'étude du déport des visites sur les urgences, l'obligation de déplacement pouvant inciter à recourir à cette solution qui permet en outre de bénéficier d'un plateau technique.

L'Acbus mammographie a été le seul mis en œuvre pour les spécialistes. Le plan cancer a mis en place en 2000 un dépistage généralisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans, pris en charge intégralement par l'assurance maladie et organisé au niveau des départements par les conseils généraux. Ce plan a néanmoins laissé subsister une possibilité de dépistage individuel au sein des cabinets des radiologues libéraux. L'Acbus, conclu le 27 septembre 2001, visait à améliorer la qualité des mammographies, qu'elles s'inscrivent ou non dans le cadre du dépistage organisé : respect des recommandations de bonne pratique, obligation de formation, notamment pour les manipulateurs, contrôle de la qualité des matériels tous les six mois, réalisation d'un minimum de 500 mammographies par an. Il prévoyait également diverses mesures de nomenclature dont une incitant à privilégier le dépistage organisé en rémunérant moins le dépistage non organisé. Cependant, l'amélioration constatée de la qualité de la pratique mammographique est due à la progression du dépistage organisé et non pas à l'Acbus qui n'a été que partiellement mis en œuvre. En effet, la baisse programmée de la cotation des mammographies réalisées en dehors du dépistage n'est jamais intervenue et celles effectuées par les radiologues qui ne respectent pas les critères de qualité définis par l'Acbus restent remboursées au même tarif que celles les respectant.

Une étude de l'institut national de la consommation (INC) et de la CNAMTS a évalué en février 2004 les comportements des médecins et radiologues dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein²¹⁷. Les résultats ont montré que la majorité des médecins prescrivent une mammographie à effectuer dans un cabinet libéral au lieu d'orienter les femmes vers le dépistage organisé. Rares sont les médecins qui indiquent l'existence de la structure départementale, dont aucun ne semble avoir les coordonnées. De plus, les radiologues ne respectent pas tous les engagements de la convention : lors de la prise de rendez-vous, 44 % des cabinets ne donnent pas spontanément une information aux femmes sur l'existence et les bénéfices du dépistage organisé. Quant à la réalisation des mammographies faites dans les cabinets libéraux, le

217. La méthodologie utilisée était de type « client-mystère » : 120 femmes volontaires, âgées de 50 à 74 ans, ont testé le dispositif de dépistage dans 16 départements.

nombre de clichés est variable, la deuxième lecture n'est pas systématique et le délai de deux semaines pour son envoi n'est pas toujours respecté. Au final, l'enquête, dont les résultats n'ont pas été contestés, conclut que, sur bien des points, les pratiques des cabinets de radiologie nécessitent des améliorations substantielles pour être conformes aux normes de qualité définies pour le dépistage organisé par l'assurance maladie et les conseils généraux.

S'agissant de l'Acbus passé avec les dentistes, conclu le 27 février 2003 celui-ci prévoyait que les professionnels ayant systématiquement recours à la technique de reconstitution par inlay-core devaient modifier leur pratique pour faire baisser de 8 à 12 points de pourcentage la moyenne d'inlay-core sous couronnes après une période de 12 mois. Cet objectif n'a pas été tenu puisqu'au terme d'une année, outre la persistance de fortes disparités régionales, la baisse n'a été que de 6 points.

Les Acbus signés avec les masseurs-kinésithérapeutes et avec les orthophonistes sont exprimés en termes très généraux, ne prévoient aucun engagement d'ordre quantitatif et leur impact est donc inconnu. Bien que signées en 2002 et 2003, leurs méthodes de suivi n'ont été validées qu'en juin 2004 et aucun bilan sur l'infléchissement des pratiques n'est disponible deux ans après leur signature. Il est en outre regrettable que ces Acbus n'aient pas abordé les thèmes ayant fait l'objet de référentiels (lombalgies pour les masseurs-kinésithérapeutes, troubles spécifiques du langage des enfants pour les orthophonistes).

L'Acbus signé avec les biologistes le 18 décembre 2002 (applicable au 27 mars 2003) visant à améliorer le dépistage des insuffisants rénaux chroniques est, quant à lui, pour l'instant, un échec complet. L'enjeu de santé publique est pourtant important : en France, 1,75 à 2,5 millions de personnes souffrent d'une insuffisance rénale chronique entraînant à terme des traitements lourds tels que dialyses ou greffes. Le test de créatinine actuellement pratiqué ne suffisant pas pour la dépister, il faut calculer, en plus, la clairance de la créatinine qui tient compte de l'âge et du poids du patient. Deux ans après son entrée en vigueur, les seules données disponibles datent de 2003 : elles montrent que ce calcul, qui devait s'appliquer à toute la population concernée, n'était passé que de 20 % à 21 % des cas selon une étude réalisée en Ile-de-France trois mois après l'entrée en vigueur de l'Acbus. Il est vrai que la campagne d'information destinée aux directeurs de laboratoire et aux médecins a été insuffisante et que le suivi statistique prévu au plan national est restreint (sondage d'1/100^e des examens) et tardif (résultats attendus pour septembre 2005).

Ainsi, quand ils s'insèrent dans un dispositif complet de changement des comportements, les Acbus peuvent avoir un intérêt.

Néanmoins, il est difficile d'établir un lien entre les réussites constatées et l'Acbus en lui-même. Pour s'assurer de leur utilité et de leur pertinence, il conviendrait de les mettre en œuvre sur des sujets dont le coût financier et l'intérêt de santé publique sont élevés ; de leur fixer, à chaque fois, des objectifs quantifiés et de prévoir une procédure de suivi opérationnelle. Cela n'est pas le cas pour les Acbus actuels puisque, selon la CNAMTS, les résultats de 8 des 11 Acbus mis en œuvre sont « en attente ou non exploitables ».

2 – Les contrats individuels

Les contrats signés portent sur la formation continue ou le respect des recommandations de bonne pratique (8 CBP et 7 CPP), sur la coordination, la permanence des soins ou la prévention (3 CSP). Ils ont en commun d'offrir à leurs adhérents une rémunération forfaitaire annuelle en échange du respect d'engagements.

La rémunération forfaitaire annuelle varie de 600 € (dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes) à plus de 9 000 € (de 1 000 à 4 000 € pour les obstétriciens, de 2 000 à 5 500 € pour les anesthésistes, de 2 000 à 9 000 € pour les chirurgiens). Les taux d'adhésion ont fortement varié d'une profession à l'autre : en 2004 seuls 5 % des dentistes, 4 % des masseurs et 3 % des infirmiers ont en définitive adhéré à la démarche. En revanche, 53 % des chirurgiens et des anesthésistes ont adhéré ainsi que 28 % des obstétriciens. Le phénomène est d'autant plus marqué que l'adhésion à ces CBP ou CPP induit, en outre, une participation financière de l'assurance maladie aux primes d'assurance des professionnels.

Dans d'autres cas, les honoraires des médecins sont majorés en fonction du nombre de patients traités. Ainsi le CPP mis en place en 2003 pour coordonner les soins des patients en cure thermale fait bénéficier le médecin adhérent d'une majoration du forfait de 10 € par patient²¹⁸. De fait, 95 % des médecins thermaux ont adhéré au CPP.

Un mécanisme analogue a été mis en place pour les biologistes : le CBP et le CPP proposés en 2003 prévoyaient à la fois un forfait de 400 € par an et un forfait de 15 € par patient suivi. Fin 2004, 45 % des laboratoires avaient adhéré aux dispositifs proposés. Le seul échec constaté concerne le CSP proposé aux généralistes et aux infirmiers pour

218. Le médecin adhérent s'engage en outre à réaliser au moins trois consultations pour la surveillance thermale et à rédiger, à l'issue de la cure, un document destiné au médecin prescripteur.

la coordination d'une équipe de soins palliatifs à domicile à raison de 80 € par mois. Fin 2004, seuls 0,15 % des généralistes avaient adhéré²¹⁹.

La Cour a constaté qu'aucun bilan financier global n'était disponible. La CNAMTS ne connaît pas avec exactitude le nombre de médecins ayant adhéré aux CPP 2003 (les données déclaratives étant jugées peu fiables) ainsi que le coût financier de ces contrats. Celui des CBP 2003 aurait atteint 54,8 M€ mais la CNAMTS n'a pas fourni le montant des versements effectués au titre de la participation aux primes de responsabilité civile professionnelle, ni le nombre d'adhésions en fin d'année. Pour l'année 2004, la CNAMTS ne dispose d'aucun bilan financier, même intermédiaire.

Au regard de ces avantages, les engagements pris paraissent avoir eu peu d'impact sur les pratiques individuelles. Lorsque les engagements visent effectivement à modifier des comportements, en particulier à encadrer l'activité des professionnels, ces derniers rechignent à y souscrire (ainsi pour l'utilisation du bilan-diagnostic par les masseurs-kinésithérapeutes qui risquait de réduire le nombre de séances pour certains gros consommateurs). Toutefois, dans la plupart des cas, les engagements se bornent à entériner des pratiques existantes (75 % des orthophonistes pratiquaient déjà le bilan prévu par la convention) et n'ont donc généralement servi qu'à justifier des revalorisations tarifaires. Dans plusieurs cas (dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes), les engagements portaient sur l'obligation de suivre une formation annuelle. Il est surprenant d'offrir une rémunération aux professionnels de santé pour qu'ils suivent une formation continue alors même que celle-ci constitue une obligation déontologique qui, de plus, a été consacrée par la législation. La loi du 9 août 2004 a en effet étendu cette obligation à tous les professionnels de santé. Le seul apport de cet engagement est de préciser que cette formation est annuelle.

Enfin les protocoles prévus pour certains contrôles qualitatifs impliquent des tâches administratives importantes, sans commune mesure avec les enseignements qui peuvent en être retirés. Ce constat a conduit à des aménagements substantiels par rapport aux dispositions initialement envisagées : ainsi le suivi d'un CSP infirmier qui nécessitait, au départ, entre 110 et 190 minutes pour les agents du service médical et entre 90 et 160 minutes pour les médecins conseil eux-mêmes a été totalement reconfiguré (seul le remplissage ou le non remplissage des items est vérifié et ce pour un échantillon des professionnels concernés) mais ne représente dès lors plus guère d'intérêt.

219. Les différents recours contentieux faits à cette occasion ont inévitablement pesé sur le taux d'adhésion.

*
* *

Au total, les actions visant à modifier les comportements en utilisant le vecteur des rémunérations ont largement échoué. Qu'il s'agisse de contreparties ou d'incitations monétaires, la recherche d'une inflexion des comportements en liant des objectifs de réduction d'activité ou d'amélioration de la qualité des soins à des éléments de rémunération n'a produit aucun des objectifs attendus. Force est de constater que ni l'objectif financier, ni celui de santé publique n'est atteint. Hormis l'action réussie de baisse de la consommation d'antibiotiques, les actions menées n'ont permis ni d'infléchir les comportements, ni de contribuer à la maîtrise de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie. Au contraire, tant les mesures tarifaires et de nomenclature que les nouvelles mesures conventionnelles ont entraîné des surcoûts. Globalement, il ressort du tableau ci-dessous que le coût net résultant en 2004 des multiples mesures et engagements intervenus depuis huit ans au nom de l'action sur les comportements, nets des rares effets positifs, est très vraisemblablement supérieur à 2 Md€

Le tableau suivant récapitule les mesures analysées dans le présent chapitre :

Mesure	Objectifs/moyens	Résultat
Information		
Bilan bucco-dentaire jeunes (1998)	Prise en charge à 100 % pendant 6 mois	Faible (20 % d'une classe d'âge et effet d'aubaine)
Campagnes diabète et HTA (PNIR)	Améliorer la prise en charge des maladies chroniques	Modeste (diabète) à nul (HTA)
Campagnes antibiotiques	Information médecins et assurés (coût 22 M€)	Bon. Economie de 300 M€ entre 2002 et 2004
Alimentation saine	Manger plus de fruits et légumes etc.	Nul
Tarification		
Réforme de la NABM 1999-2004		Faible (pas évalué). Coût de 69 M€
Réforme nomenclature orthophonie 2002		Faible. Coût d'au moins 30 M€
PSI 2000 et DSI 2002, mesures nomenclature de 1999 et de 2003	Rôle des infirmiers dans le maintien à domicile des personnes dépendantes	Faible (pas évalué). Coût global de 340 M€
Réforme de la	Rééquilibrer prothèses/	Interrompue

Mesure	Objectifs/moyens	Résultat
nomenclature dentaire convention 1997	soins conservateurs	
Inlay-core	Coût prévu 58 M€	Contraire à l'objectif. Coût constaté >300 M€
Réforme de la kinésithérapie 2000	Limiter les soins inutiles	Nul. Coût constaté supérieur à 300 M€
Option référent 1997	Meilleure coordination et qualité des soins	Peu d'études d'impact. Coût de 44 M€ en 2004
MMD 2000	Favoriser le maintien à domicile des plus de 75 ans	Effet imprévu : forte hausse des ALD. Coût global d'au moins 1 000 M€
CALD 2002	Objectif tarifaire (tarif spécial)	Peu appliquée (<1% des patients en ALD)
Protocole pour tous les ALD	Consultation annuelle pour les ALD	Coût à terme de 300 M€
Consultation à 20€ (2002)	Baisse des visites de 20 % et 25 % de prescriptions en DCI	Echec des prescriptions en DCI et baisse des visites
Réforme radiologie 1997	30 M€ économies prévues. Moderniser les échographies	Surcoût de 56 M€ et objectif non atteint
Réforme cardiologie 1997	22 M€ économies	Surcoût de 5,4 M€
Revalorisation Z1 en 1999	Engagements qualité	Faible impact. Coût constaté 135 M€
Règlement conventionnel minimal des spécialistes	Revalorisations contre engagements qualité	Engagements non tenus. Coût 120 à 170 M€
Conventions		
Acbus TDR angine	Réduire la prescription d'antibiotiques	Bon
Acbus visite	-20 % visites	Bon, mais prolonge la tendance
Acbus prescription transports	-5 % en 1 an, -10 % en 2 ans	Bon, sous réserve de l'effet report sur les transports en urgence
Acbus mammographie	Moderniser les appareils	Echec
Acbus AINS	Limiter la prescription de Cox2	Non mis en oeuvre
Acbus thyroïde	Réduire bilans complets	Echec

Mesure	Objectifs/moyens	Résultat
Acbus dentiste	Réduire inlay-core 8-12 %.	Echec
Acbus kinésithérapie	Développer le bilan	Pas évalué
Acbus orthophonie	Développer le bilan	Pas évalué
Acbus infirmier	Accompagner la DSI	Non appliqué
CSP infirmiers	200 €/par patient	Non évalué
CBP infirmiers, dentistes, et CPP kinésithérapeutes	600 €/an	Entre 3 et 7 % d'adhérents Non évalué
CBP CSP biologistes	400 €/an + 15 €/patient	45 % adhérents. Non évalué
CBP orthophonistes	600 €/an	24 % adhérents. Non évalué
CPP cure thermale	10 €/patient	95 % adhérents. Non évalué
CSP soins palliatifs	80 €/mois	0,15 % médecins adhérents. Non évalué
CPP spécialistes	1 000 à 9000 €/an	53 % chirurg. /anesthés. 28 % obstétriciens. Non évalué. Coût : 55 M€

Source : Cour des comptes

IV - La nécessité de nouvelles orientations

Les enseignements qui peuvent être tirés de ces échecs sont multiples et esquissent les contours d'une action renouvelée mieux à même de répondre aux enjeux actuels de l'assurance maladie.

A – Décloisonner les professions de santé

Jusqu'à présent, les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés ont été menées en ordre dispersé et sans vue d'ensemble.

Le « premier étage » du nouveau dispositif institué par la loi du 6 mars 2002, la concertation interprofessionnelle, n'a pas été mis en œuvre. Les mesures associant plusieurs professions sont restées l'exception.

La Cour relevait dans son rapport de 2003 que, paradoxalement, les conventions sont conclues par profession, alors qu'une partie importante de l'évolution des pratiques à promouvoir suppose une modification des relations entre professions. Les incertitudes et

hésitations du dispositif du médecin référent ou de la démarche de soins infirmiers tiennent en partie à cette gestion cloisonnée, focalisée sur les actes réalisés et rémunérés par profession.

A titre d'exemple, il faudrait au préalable définir la fonction de l'infirmier libéral dans une organisation globale de prise en charge des personnes dépendantes à domicile. Une réflexion se développe sur un nouveau type d'organisation inspiré de la pratique canadienne du « case manager », qui donne à l'infirmier la responsabilité de veiller sur une quarantaine de patients et d'être le garant de leur prise en charge globale. Comme le montre aussi l'exemple de la prise en charge à domicile des patients diabétiques insulino-dépendants, la nomenclature comporte des limites qui tiennent à sa nature même : dans les séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention, limitées aux seuls patients âgés de plus de 75 ans, le rôle de prévention est attribué exclusivement aux infirmiers libéraux, sans recours à d'autres professionnels (pédicures, podologues), dont la rémunération pourrait être incluse dans un forfait plus large.

La démarche initiée sur la base de la loi d'orientation en santé publique de juillet 2004 et des plans qui en résultent montre la voie à suivre. Elle consiste en effet à définir, en premier lieu, des prises en charge globales adaptées à une catégorie de patients, pour en déduire ensuite une organisation pluri professionnelle en réseau et des modes de rémunération appropriés. L'expérience montre cependant que, pour être efficace, cette démarche doit aller bien au-delà des expérimentations actuelles.

B – Revoir la place et les modalités des négociations conventionnelles

Dans ce domaine, le problème principal a souvent été celui des conditions dans lesquelles ont été menées les négociations. Les outils conventionnels prévus par la loi du 6 mars 2002 visaient à rechercher l'adhésion des professionnels. Mais ces outils ont été détournés de leur objectif initial d'incitation à l'efficiencia de l'offre, voire utilisés pour augmenter les honoraires des professionnels de santé libéraux, sous couvert d'un motif de santé publique. Il en a résulté le plus souvent la non application pure et simple des engagements. A cet égard, on doit conclure, dans la grande majorité des cas, à l'échec des « nouveaux contrats » en termes de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques. S'agissant de professions libérales dont le degré d'organisation est par nature limité, où un paysage syndical morcelé se conjugue avec un taux de syndicalisation faible, la notion même d'engagements sur des comportements est vraisemblablement peu adaptée dans la

plupart des cas. La multiplicité des échecs constatés n'a fait que le confirmer.

Quant aux conventions elles mêmes, leur signature a entraîné des recours débouchant sur l'annulation de toutes les clauses contraignantes négociées en échange des mesures tarifaires. Les sanctions pour non-respect des références médicales opposables ou des seuils d'activité convenus avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ont ainsi disparu.

Les outils du contrôle ont été pour la plupart neutralisés. Qu'ils aient été prévus dans des conventions signées par des syndicats professionnels n'a en rien garanti leur acceptation. La plupart des conventions ont été annulées par le Conseil d'Etat, ce qui a rendu ces procédures de sanction inopérantes. Les seules à ne pas avoir connu ce sort sont celles pour faute professionnelle devant les conseils des ordres qui résultent de dispositions législatives et réglementaires. Mais ces sanctions sont peu nombreuses, longues à obtenir et rarement effectives (fréquence des sanctions peu dissuasives, des sursis et amnisties). Ainsi, les sanctions prévues dans l'Acbus mammographies n'ont pas été mises en œuvre, bien que l'objectif était précisément d'améliorer les pratiques.

C – Renforcer la cohérence du pilotage

L'insuffisante définition des objectifs est fréquente. En raison d'une impréparation des mesures, les hypothèses de départ sont le plus souvent fausses et les prévisions irréalistes. L'effet d'annonce et l'intérêt immédiat de faire aboutir une négociation l'ont souvent emporté sur les objectifs de fond et de long terme. Dans de rares cas, comme celui de la démarche de soins infirmiers, les négociations se sont inscrites dans une réflexion théorique générale sur la prise en charge des personnes dépendantes à domicile mais elles se sont focalisées sur un seul objectif : la diminution en volume des actes de nursing des infirmiers. En définitive, l'impossibilité de mettre en place un statut libéral des aides soignantes ou un autre cadre permettant leur exercice en ville à l'intérieur des SSIAD a fait échouer la réforme.

L'évaluation médico-économique ex ante de l'impact des mesures de nomenclature est rare. Trop souvent, le comportement des professionnels de santé, qui est inévitablement de chercher à maximiser leurs revenus, n'a été ni anticipé, ni même pris en compte comme le montrent les exemples de la majoration pour maintien à domicile (MMD), de l'inscription de l'inlay-core dans la nomenclature dentaire ou bien encore les mesures de mars 1999 en faveur des infirmiers libéraux (forfaits soins spécifiques). L'objectif de qualité et de changement des

pratiques sert souvent d'alibi à la satisfaction de revendications financières des professionnels libéraux.

Corollaire de cette insuffisante préparation, une contradiction a parfois été constatée entre différents objectifs, en particulier entre l'objectif financier et celui d'amélioration des pratiques ou de promotion de la prévention. Cela a été souligné à propos de l'option référent et des réformes avortées de nomenclature des dentistes et des kinésithérapeutes.

La complexité et l'enchevêtrement des compétences des diverses composantes du ministère de la santé et de l'assurance maladie encouragent cet état de fait. L'administration en charge de la santé publique (DGS), celle chargée de l'organisation des soins (DHOS) et celle en charge du financement (DSS) ne travaillent pas toujours en cohérence. L'assurance maladie est incomplètement et tardivement associée à leurs travaux mais la situation inverse s'est aussi présentée.

L'organisation interne de la CNAMTS n'est d'ailleurs pas satisfaisante : la direction déléguée aux risques consacre une partie non négligeable de son temps aux négociations conventionnelles au détriment de la gestion des risques proprement dite (définition et hiérarchisation des priorités) ; il n'existe pas de pôles de compétence forts sur des thèmes concernant les comportements des professionnels et des assurés.

Les 2 700 médecins-conseil de l'assurance maladie ont également un rôle très important à jouer pour modifier les comportements des professionnels de santé comme des assurés. Seul à pouvoir analyser tout ce que paient les caisses, le service médical, qui compte par ailleurs 7 600 agents administratifs, joue un rôle d'intermédiaire. En amont, il doit alerter les caisses et le ministère pour signaler les déformations des dépenses et en rechercher l'explication. Or, actuellement, l'information disponible est insuffisamment exploitée : l'analyse de « Médicam » et « Biolam » est insuffisante. En aval, le service médical doit cibler les contrôles et participer à l'information des professionnels de santé et des assurés. Une meilleure coopération entre les services administratifs, médicaux et de communication des caisses est souhaitable, notamment au moyen d'une formation commune aux actions de gestion du risque et aux relations avec les professionnels.

D – Généraliser le suivi et l'évaluation

L'instabilité et le manque de suivi des mesures sont manifestes : rupture unilatérale par le ministère de la santé de la réforme de la nomenclature dentaire, remplacement du PSI par la DSI, Acbus qui constituaient de purs « habillages » de mesures tarifaires et dont

l'évaluation n'a en conséquence pas même été tentée. Pour d'autres Acbus, le retard ou l'absence de mise en place de dispositifs de suivi par la CNAMTS ont pu être constatés.

En principe, les nouveaux outils conventionnels mis en place à partir de 2002 prévoyaient tous les modalités du suivi de la mise en œuvre des objectifs. La définition des méthodes de suivi et leur mise en œuvre devaient être déléguées à un groupe responsable, le plus souvent une direction régionale d'un service médical, le service technique inter régime (STNIR) étant responsable de la validation et de la diffusion à l'ensemble des échelons régionaux ou locaux. Ce dispositif n'a, dans l'ensemble, pas été mis en œuvre ou n'a pas bien fonctionné.

Le suivi des actions de conseil et de contrôle des services médicaux de l'assurance maladie est insuffisant. L'impact des entretiens confraternels n'est pas connu, sauf par des études partielles.

Cette absence de mesure d'impact va d'ailleurs de pair avec l'absence de résultats.

E – Miser davantage sur l'information des assurés sociaux

Les rares actions qui ont réussi (plan antibiotiques et développement des génériques) ont misé sur l'information des assurés sociaux. L'opacité actuelle du système de santé et la faible compréhension par les assurés des principales « règles du jeu » (ALD, secteurs I et II, multiplicité des tickets modérateurs) ne permettent pas de les responsabiliser. Or, dans ce domaine, les comportements peuvent être changés. Selon un sondage du Credoc réalisé en mars 2003, 82 % des Français se déclarent favorables à la prescription de médicaments génériques. Dans un sondage réalisé pour un quotidien économique à la suite de la loi du 13 août 2004, 92 % des personnes interrogées se disent prêtes à différer ou éviter des consultations dans le cas de maladie bénigne, 77 % à éviter ou limiter les arrêts de travail, 61 % à ne plus consulter un médecin spécialiste sans avoir consulté au préalable un médecin généraliste, 59 % à payer un euro pour chaque consultation médicale et 52 % à différer ou éviter certains examens médicaux.

L'enjeu de l'information du grand public est donc important et cette dimension de transparence et d'explication devrait être fortement développée.

F – Traiter les déterminants des comportements

Les actions sur les comportements mises en oeuvre ces dernières années n'ont pas eu l'impact escompté. Le dévoiement de certaines actions, notamment conventionnelles, a discrédité durablement ces instruments, en acceptant de facto le non respect des engagements souscrits et le déclenchement de revendications catégorielles sans contrepartie. Les lois des 9 et 13 août 2004 portant respectivement sur la politique de santé publique et sur la réforme de l'assurance maladie ouvrent des nouvelles possibilités d'actions. L'analyse menée dans ce chapitre montre les précautions et compléments dont leur mise en œuvre devra s'accompagner.

L'action sur les comportements doit agir aussi sur les facteurs généraux qui les déterminent. En particulier elle ne saurait négliger le sujet de l'implantation géographique des professions de santé. Les disparités géographiques de l'offre de soins sont source d'inégalité, tant pour les assurés, dont l'accès aux soins est variable, que pour les professionnels de santé, dont les conditions de travail diffèrent beaucoup. Or, la répartition géographique des installations de professionnels de santé demeure très inégale : les écarts entre départements sont en effet de 1 à 1,5 pour les généralistes, de 1 à 1,7 pour l'ensemble des médecins, de 1 à 2 pour l'ensemble des infirmiers (cet écart s'étant creusé depuis 1990), de 1 à 5 pour les infirmiers libéraux. Il n'existe pas non plus de corrélation entre la densité des infirmiers libéraux et la part de la population âgée de plus de 70 ans, alors que l'activité infirmière est centrée sur les personnes âgées.

La mise en place d'incitations pour atteindre une meilleure répartition de l'offre sur le territoire ne s'est pas pour l'instant concrétisée en dépit de plusieurs mesures prises en ce sens depuis 1992. L'article 39 de la LFSS pour 2002 prévoyait un recours au fonds d'amélioration à la qualité des soins de ville (FAQSV) pour financer des aides aux professionnels de santé destinées à favoriser leur installation dans les zones déficitaires. Cette disposition s'est traduite, dans des avenants conventionnels de 2002 (infirmiers libéraux et kinésithérapeutes notamment), par une possibilité de faire appel au fonds à hauteur de 10 000 € par professionnel. Il conviendra de veiller à ce que les décrets d'application prévus par cette loi (qui, trois ans après, ne sont toujours pas parus) orientent ces aides vers les zones très déficitaires, faute de quoi le système serait à la fois trop onéreux et difficilement gérable. Une récente étude de la CNAMTS tend toutefois à relativiser la pertinence de la notion souvent évoquée de « déserts médicaux ». Dans son « Point de conjoncture » d'avril 2005, la CNAMTS indique que « s'agissant des problèmes de démographie, le constat n'est pas si alarmant et que le terme de déserts médicaux est sans doute excessif.

Ainsi, sur l'ensemble du territoire, seuls 0,6 % de la population est en zone jugée en difficulté »²²⁰.

D'autres questions de fond, telles que la tarification à l'acte et le paiement forfaitisé, doivent aussi être abordées. Les mesures touchant la valeur monétaire des actes ont mis en avant des contreparties attendues en matière de pratiques médicales mais ont éludé la question d'une réforme structurelle de la rémunération des professions de santé. Des éléments partiels de forfaitisation ont certes été introduits dans la rémunération de certains professionnels de santé (option référent, patients en ALD et contrats de bonne pratique) mais, combinés au maintien du paiement à l'acte, ils se sont traduits par un surcoût, souvent injustifié et sans conséquence sur l'évolution de l'activité rémunérée à l'acte.

Ce cumul de rémunérations à l'acte et forfaitaire se reproduit aujourd'hui avec la mise en place de la consultation forfaitaire d'ALD. La mise en place d'un système mixte cohérent alliant forfaitisation (ou capitation) et rémunération à l'acte implique d'opérer de manière rationnelle le partage du revenu médical entre ce qui doit relever de la rémunération à l'acte et ce qui doit relever du forfait.

Tout projet de revalorisation financière des actes des professions de santé doit en outre prendre en compte, pour être pleinement justifié, la situation économique de ces professions et, au premier chef, l'évolution de leur pouvoir d'achat. A cet égard, le système actuel leur a été très bénéfique. En juillet 2005, la DREES a chiffré l'évolution du pouvoir d'achat du revenu libéral de tous les médecins (net de charges) à 1,6 % en moyenne par an sur la période 1993-2003 et à 3,8 % sur la période 2000-2003²²¹. Ces évolutions ne peuvent être ignorées dès lors que plusieurs facteurs extérieurs aux mesures de tarification comme le niveau d'activité, les effectifs, les dépassements d'honoraires (en hausse depuis 2000), la déductibilité des charges²²² contribuent, de manière significative, à l'évolution du pouvoir d'achat.

220. Sur les 7 442 « zones de recours » établies, sur des bases infra-cantoniales, et couvrant l'ensemble de la France, le problème de l'accès à un généraliste ne se poserait réellement que dans 119 zones en difficulté (principalement en Corse et en Champagne-Ardenne).

221. 1,3 % pour les généralistes et 1,9 % pour les spécialistes sur la période 1993-2003. Entre 1993 et 1997, le pouvoir d'achat annuel a diminué pour les généralistes (-1,2 %) et augmenté pour les spécialistes (+ 0,5 %) Pour la période 1997-2000, l'augmentation a été de 1,8 % pour les généralistes et de 2,1 % pour les spécialistes. Pour la période 2000-2003, cette augmentation a été de 4,2 % pour les généralistes et de 3,5 % pour les spécialistes.

222. L'augmentation des charges ralentit d'ailleurs sur la période 2000-2003 (1,9 % d'augmentation en moyenne par an pour tous les médecins contre 2,5 sur la période 1997-2000).

En définitive, la régulation du système de santé doit accorder une place importante aux actions permettant de modifier les comportements. Mais l'expérience montre que ces actions doivent aussi comporter une réflexion sur l'évolution du système d'organisation des soins, sur le mode de rémunération des professionnels de santé, la répartition géographique et le partage des tâches entre professionnels de santé libéraux et entre ville et hôpital. La réflexion à venir sur l'amélioration des pratiques devra aussi tenir compte de la réduction de la démographie médicale et de celle de plusieurs professions paramédicales qui est amorcée maintenant après une longue période de croissance démographique.

SYNTHESE

Des études tendent à montrer d'importantes disparités de comportements en matière de santé, selon les pays, les régions, selon les professionnels de santé et les assurés sociaux. La CNAMTS estime que 15 % des 42 Md€ de prescriptions de soins de ville (6 Md€) ne sont pas médicalement justifiés : l'amélioration de la qualité des pratiques représente donc un enjeu financier important. Il est doublé d'un enjeu de santé publique, qui est notamment de combler le retard de la France en matière de comportements de prévention.

L'action sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux, par essence difficile, constitue une composante importante des politiques de santé. Elle a revêtu quatre modalités : l'information, les sanctions, les mesures financières et, pour les seuls professionnels de santé, les mesures conventionnelles.

La production de référentiels de bonne pratique n'a pas jusqu'à présent, malgré des progrès, fait l'objet d'une stratégie adéquate, définissant des priorités, un mode de diffusion adapté et un suivi adéquat. L'un des rares exemples réussis d'actions sur les comportements (la campagne sur les antibiotiques) montre que l'information doit s'adresser simultanément aux professionnels et aux patients, ces derniers ayant été trop longtemps considérés comme passifs par l'assurance maladie. La sanction des fraudes et abus, tant des professionnels que des assurés, peut surtout avoir valeur d'exemplarité, mais est aujourd'hui insuffisamment développée. Quant aux mésusages, beaucoup plus répandus, leur détection et leur sanction reposent aujourd'hui sur des procédures trop lourdes pour être dissuasives. L'absence de médicalisation du système d'information de la CNAMTS constitue encore un obstacle tant à la réduction de ces mésusages qu'à l'analyse des écarts de pratiques.

Les mesures financières ont peu concerné les assurés. Au demeurant, ces derniers sont peu sensibles aux prix en matière de santé, bien que le relèvement du ticket modérateur se traduise en règle

générale par un accroissement des cotisations et des primes des assurances pour financer la couverture complémentaire. En revanche, d'importantes revalorisations tarifaires ont été accordées aux différentes professions de santé en contrepartie, en principe, d'engagements portant sur la qualité des pratiques ou le volume d'activité, que ce soit par des réformes de nomenclature ou des négociations de conventions, d'accords de bon usage ou de contrats individuels. Globalement, le coût net résultant en 2004 des multiples mesures intervenues depuis huit ans au nom des actions sur les comportements pourrait être supérieur à 2 Md€ pour un impact très faible. Les améliorations des pratiques qui avaient été recherchées ne se sont pas, sauf exception, réalisées.

La connaissance des comportements est encore ponctuelle et devrait être développée. Une approche cloisonnée profession par profession, l'urgence et l'impréparation dans laquelle la plupart des mesures ont été prises, la succession de dispositifs ni suivis ni évalués, l'absence de sanctions au non-respect des engagements constituent les principales causes de l'échec de ces actions sur les comportements. Cet échec montre aussi la nécessité d'agir maintenant sur les déterminants de ces comportements, en particulier sur le nécessaire décroisement des professions de santé et sur le mode de rémunération de ces dernières.

En définitive, la stratégie suivie après 1999 par l'assurance maladie visant à privilégier, pour chaque profession ou spécialité, des mesures ponctuelles et ciblées en lieu et place d'une revalorisation générale par une action sur les lettres-clés, pertinente en théorie, a été un échec puisque elle n'a permis d'éviter ni la revalorisation des généralistes décidée en 2002 ni celle des spécialistes en 2005. Durant la plus grande partie de cette période, les responsables de l'assurance maladie n'ont cependant pas toujours disposé, en raison d'un système d'information insuffisamment efficace, de toutes les études préalables nécessaires et de bases de données assez documentées pour évaluer l'impact réel des mesures prévues. Le développement notable du système d'information au cours des toutes dernières années, notamment à partir de 2002, constitue un outil essentiel pour redresser la situation. La loi du 13 août 2004, en donnant à l'assurance maladie, d'importants moyens nouveaux en matière de logistique et de gouvernance, doit aussi permettre à l'avenir d'aboutir à une maîtrise médicalisée plus assurée

RECOMMANDATIONS

28. *Établir des données annuelles réellement représentatives de l'évolution en volume des soins de ville.*

29. *Approfondir les études de l'assurance maladie, des administrations sociales (notamment la DREES) et des organismes de recherche concernés (notamment l'IRDES) sur les comportements des assurés sociaux et des professionnels de santé en neutralisant tous les facteurs qui empêchent la comparabilité entre zones géographiques des recours aux soins et des prescriptions et les comparaisons entre prescripteurs.*

30. *Mettre en place un système d'information médicalisée de l'assurance maladie :*

- *en réalisant, dans l'immédiat, le croisement, pour les affections de longue durée, entre les données des pathologies détenues par le contrôle médical et les données de liquidation, dans des conditions qui respectent le secret médical ;*
- *et en généralisant ensuite ce dispositif à d'autres pathologies.*

31. *Mettre en place, sous la responsabilité de la haute autorité de santé, une stratégie globale de production des recommandations de bonnes pratiques et moderniser leur mode de diffusion.*

32. *Soumettre la conclusion de contrats de bonne pratique ou de pratique professionnelle à l'existence d'indicateurs de résultat et de travaux préalables montrant la possibilité d'améliorer les pratiques et de dispositifs d'information.*

33. *Développer fortement l'information des assurés sociaux sur les bonnes pratiques de prévention et de soins.*

34. *Centrer les aides à l'installation des professionnels de santé sur les zones réellement déficitaires.*

35. *Etudier la faisabilité d'une évolution du mode de rémunération des médecins généralistes qui séparerait ce qui devrait relever du paiement à l'acte et ce qui devrait relever du forfait.*

Dans un premier temps, envisager l'expérimentation de la rémunération du suivi des patients de certaines ALD sous une forme exclusivement forfaitaire.
