

Chapitre VIII

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie

PRÉSENTATION

Confrontée à la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de santé, la France, comme la plupart des pays européens, peut agir sur plusieurs leviers : sur le volume des actes de soins, sur leur tarification, sur la réduction du nombre d'actes et de produits non justifiés au regard des « données acquises de la science »,³⁶⁵ ou pour lesquels il existe, à efficacité égale, des actes et des produits de moindre coût. C'est la « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé, dans le sens premier qui lui a été donné avant qu'elle soit englobée dans la notion plus large de « gestion du risque » par la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). Présentée comme l'un des principaux garants du respect de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam)³⁶⁶, la maîtrise médicalisée a donc pour objectif de réduire les dépenses de santé inutiles, redondantes, voire délétères, sans porter atteinte à la qualité des soins nécessaires.

Cette forme de régulation des dépenses ne contrevient pas au principe de liberté dont jouissent les médecins dans leurs actes et prescriptions, les médecins étant déjà tenus d'observer « a plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins »³⁶⁷.

Elle se concrétise, essentiellement, par des mesures incitatives visant à améliorer les prescriptions.

La mise en œuvre de la maîtrise médicalisée est délicate et le chiffrage de ses effets, recherchés et constatés, repose sur des estimations insuffisamment robustes et par trop optimistes (I). Au regard des bénéfices attendus, moins de dépense pour davantage d'efficacité, les actions développées et les moyens mobilisés ne sont pas à la hauteur des enjeux. Le renforcement des actions et des moyens de la maîtrise médicalisée est indispensable pour apporter les gains d'efficacité escomptés (II).

³⁶⁵ Code de la santé publique (CSP), art. R. 4127-32.

³⁶⁶ L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, et dans les centres médico-sociaux. Il a été créé par ordonnance en 1996 et est fixé chaque année par le Parlement, dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

³⁶⁷ CSP, art. L. 162-2-1.

I - Un outil décevant au regard des ambitions qu'il porte

A - Des actions centrées principalement sur les prescriptions

1 - Rationaliser les prescriptions sans les rationner

Les rapports de l'Assemblée nationale et de la Cour ont contribué à donner une nouvelle impulsion à la lutte contre les fraudes aux prestations, qui se manifeste par de nombreuses mesures législatives, des réorganisations administratives et l'établissement d'estimations de la fraude.

La « médecine fondée sur les preuves »³⁶⁸, apparue dans les années 1970, a mis en évidence que nombre de prescriptions par les praticiens médicaux et de prises en charge par les établissements de santé étaient éloignées des pratiques justifiées scientifiquement³⁶⁹ et que seuls étaient pertinents les actes et produits dont les bénéfices démontrés étaient estimés supérieurs aux inconvénients identifiés. Cette appréciation tient compte du contexte spécifique de chaque patient : tableau clinique, contexte social, culturel, disponibilité de l'offre de soins, préférence du patient, accès aux soins innovants, etc.

Dans ce cadre, la maîtrise médicalisée vise à supprimer les dépenses liées à des soins jugés non pertinents. Elle consiste donc à « *promouvoir le juste soin, pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de la façon la plus efficiente possible, évitant de gaspiller des ressources sans valeur ajoutée* »³⁷⁰ et constitue une troisième voie de régulation des dépenses de santé, à côté de la régulation tarifaire et de la régulation par les quantités (enveloppe limitative de soins pour une période, pratiquée par exemple en Grande-Bretagne).

³⁶⁸ La traduction anglaise « *evidence based medicine* » (EBM) est passée dans le langage courant pour désigner cette approche, désormais mondialement reconnue.

³⁶⁹ Classiquement, il est considéré que la publication aux États-Unis, en 1972 – et en France, en 1977 – du livre *L'inflation médicale, réflexions sur l'efficacité de la médecine* d'Archibald Cochrane, marque le fondement théorique de la maîtrise médicalisée.

³⁷⁰ Dominique Polton, Mathilde Lignot-Leloup *Régulation des dépenses de santé et maîtrise médicalisée*, in *Traité de santé publique*, éditions Lavoisier, 2016, Paris.

2 - Une conception qui a évolué au fil du temps

Les actions de maîtrise médicalisée sont apparues au début des années 1990, portées par la politique conventionnelle de l'assurance maladie avec la définition, sous un angle médical et scientifiquement fondé, de « soins remboursables », avant que la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993, dite loi Teulade, définisse des références médicalement opposables (RMO). Celles-ci n'ont toutefois pas rencontré le succès attendu³⁷¹.

Tirant les leçons de cet échec ainsi que de celui des « accords de bon usage »³⁷², l'assurance maladie a mis en place des contrats rémunérés pour l'amélioration des pratiques individuelles. Conçu initialement en dehors du cadre conventionnel, ce mécanisme incitatif y a été intégré en 2011 avec la mise en place de la « rémunération sur objectif de santé publique » (Rosp)³⁷³. Parallèlement, les pouvoirs publics ont cherché à établir depuis 1991 des recommandations de bonnes pratiques et de bon usage des produits de santé. Cette mission est aujourd'hui confiée, notamment, à la Haute Autorité de santé (HAS)³⁷⁴.

À partir des années 2010, la maîtrise médicalisée s'est vu adjoindre un concept qualitatif de « pertinence des soins », d'application plus large. En effet, celle-ci vise non seulement l'excès mais aussi l'insuffisance, voire le défaut, de soins adaptés et efficaces. Elle est fondée sur une approche plus qualitative qui ne comporte pas directement d'objectif quantifié d'économies, à la différence de la maîtrise médicalisée. Le concept de pertinence des soins, d'abord orientée vers les actes chirurgicaux non-pertinents, consiste aujourd'hui à définir et à structurer les parcours de soins les plus efficaces, là où le rôle de la maîtrise médicalisée se limite à définir un « panier de soins » de référence.

Aujourd'hui, la maîtrise médicalisée tend à être placée au second plan par la Cnam au profit d'une approche plus vaste, la « gestion du risque », qui entend réduire les dépenses de santé en agissant sur chaque maillon de la chaîne des faits générateurs, qu'il s'agisse de la prévention et de la pertinence des soins ou de la lutte contre la fraude³⁷⁵.

³⁷¹ Rapport sur la sécurité sociale, Cour des comptes, 1997.

³⁷² L'accord de bon usage des soins était un engagement collectif pour l'optimisation des pratiques, apparu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Fixé par les partenaires conventionnels, il intégrait un objectif d'évolution des pratiques médicales. Chaque convention nationale conclue avec les professionnels de santé devait comporter au moins un tel accord mais aucune pénalité n'était prévue en cas d'absence de résultat.

³⁷³ Introduite par la convention médicale de 2011, la Rosp consiste à accorder une rémunération supplémentaire aux médecins acceptant de faire évoluer leurs pratiques sur certains critères aussi bien médicaux qu'économiques.

³⁷⁴ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

³⁷⁵ La direction générale de la santé (DGS) y inclut également la réduction des déchets d'activité de soin à risque infectieux (Dasri).

Maîtrise médicalisée et gestion du risque, des objectifs différents

La maîtrise médicalisée constitue, par construction, un outil de maîtrise de l'Ondam³⁷⁶. La gestion du risque, quant à elle, s'inscrit dans un ensemble d'actions plus vaste visant à s'assurer de la mise en œuvre de la politique de santé³⁷⁷. La Cnam tend à privilégier la gestion du risque, à travers un programme de rénovation (« *Rénov'GDR* ») reposant sur trois priorités :

- la rénovation des modalités d'intervention auprès des professionnels de santé, qu'il s'agisse de diversifier les supports de formation ou d'information (visioconférences, webinaires, Mooc³⁷⁸) ou de s'adresser simultanément à plusieurs interlocuteurs (médecins, pharmaciens, assurés) de façon graduée et personnalisée, tout en évaluant mieux, dans la durée, l'efficacité des actions ainsi conduites³⁷⁹, grâce à l'apport d'un nouvel outil statistique d'évaluation de campagne (« *Stec* ») ;
- l'enrichissement des données disponibles visant à permettre un ciblage plus fin des professionnels et des actions à conduire ; dans ce but, l'assurance maladie a décidé de créer un premier entrepôt de données sur les indemnités journalières et sur l'invalidité, issues de différentes bases de données³⁸⁰ ;
- la responsabilisation des professionnels de santé quant à leurs pratiques et celles des patients, premiers acteurs de leur propre prise en charge ; pour les premiers, la Cnam prévoit de développer des outils de mise à disposition régulière et fréquente, voire continue, de données de prescription³⁸¹, dans l'objectif de leur permettre de comparer leurs pratiques, au niveau local comme au niveau national³⁸² ; pour les seconds, par des actions de sensibilisation à l'importance d'une bonne hygiène de vie et de la stricte observance des traitements qui leur sont prescrits.

³⁷⁶ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 indique, dans son annexe B, que la progression de l'Ondam tient compte notamment « *des économies permises par la maîtrise médicalisée et la lutte contre la fraude* ».

³⁷⁷ Code de la sécurité sociale (CSS), art. L. 182-2-1-1 : « *dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et afin d'assurer la mise en œuvre de la politique de santé définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat dénommé "plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins" [...]* »

³⁷⁸ En particulier pour les arrêts de travail, dans le cadre plus large d'actions s'inscrivant dans une feuille de route spécifique à la gestion du risque en matière d'indemnités journalières, au regard des enjeux associés.

³⁷⁹ Une bibliothèque des actions de GdR a aussi été mise en place afin de recenser et de mettre à disposition les bonnes pratiques locales.

³⁸⁰ L'objectif est de disposer d'éléments sur les motifs des arrêts, la durée des arrêts, l'âge des bénéficiaires, le niveau de leur rémunération, le secteur d'activité, la taille de l'entreprise...

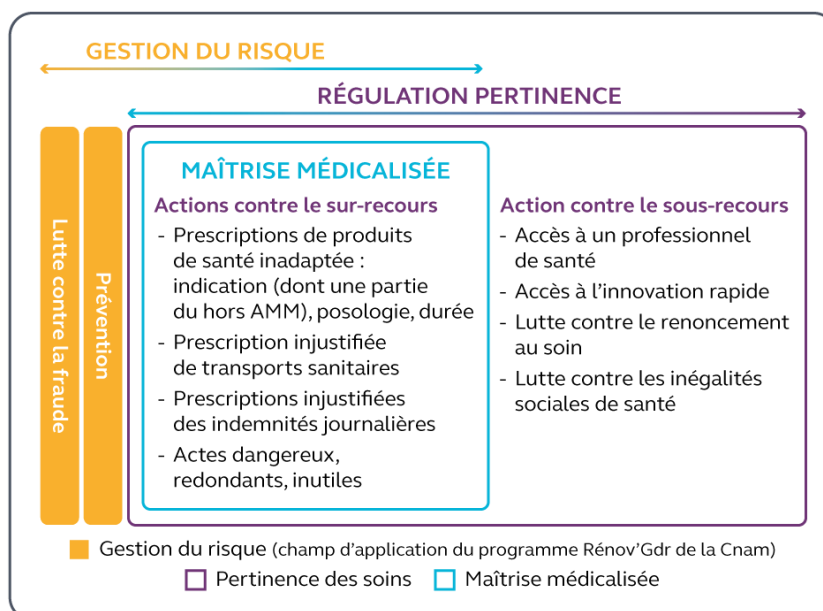
³⁸¹ Pour les établissements de santé, existe d'ores et déjà l'outil Visuchir, de data-visualisation des activités de chirurgie. Des transpositions de cet outil sont en cours : Visumed (sur la médecine ambulatoire hospitalière), Visuinterventionnel (sur la médecine interventionnelle) et Visuk (sur la cancérologie).

³⁸² Projet dit « *Pratique et patientèle* » de mise en ligne dans « *AmeliPro* » des profils individuels des médecins.

Ces actions, qui devront être évaluées dans la durée, ne doivent toutefois pas conduire l'assurance maladie à abaisser son ambition en matière de maîtrise médicalisée *stricto sensu*, telle qu'elle est voulue par le législateur et que la Cnam intègre dans le processus d'ensemble de gestion du risque.

Le schéma suivant illustre la place de la maîtrise médicalisée dans le champ de compétence de l'assurance maladie, à l'intersection du processus de gestion du risque et de la régulation de la pertinence des soins.

Schéma n° 5 : gestion du risque, maîtrise médicalisée et pertinence des soins



Source : Cour des comptes

La Cour rend compte, dans le présent chapitre, de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée dans sa conception originelle, *stricto sensu*, qui définit un type d'actions qui concernent tant la médecine de ville que les soins hospitaliers, même si les pouvoirs publics les concentrent *de facto* sur les soins de ville et, plus particulièrement, sur la prescription médicamenteuse.

En s'attaquant aux inefficiences du système de santé, sans rationner les soins, la régulation par la maîtrise médicalisée se veut *a priori* plus acceptable par l'ensemble des parties prenantes. Cependant, sauf exceptions telles que les prescriptions dont la prise en charge est soumise à accord

préalable de l'assurance maladie³⁸³, les médicaments à prescription restreinte³⁸⁴ ou, encore, les prescriptions susceptibles de mettre en jeu la vie du patient compte tenu des données acquises de la science, les médecins demeurent globalement libres de leurs prescriptions³⁸⁵. Dès lors, pour être mise en œuvre, la maîtrise médicalisée nécessite, précisément, de convaincre les professionnels de santé de faire évoluer leurs pratiques et, s'agissant des patients, de modifier leurs comportements, objectifs contrariés par la logique de rémunération à l'acte des prescripteurs et par la segmentation des soins, particulièrement de ville, entre les professionnels de santé.

3 - Des actions incitatives diverses

Outre les évolutions législatives ou réglementaires et les incitations financières en direction des praticiens, et les campagnes de communication en direction du grand public qu'elle peut inspirer, la maîtrise médicalisée se matérialise, pour l'essentiel, par de l'information (courriers) et par des visites de délégués de l'assurance-maladie et de médecins conseils auprès des professionnels de santé afin de les inciter à améliorer leurs pratiques. Ces actions ne visent pas à sanctionner les professionnels ou les patients, contrairement, par exemple, à la lutte contre la fraude.

Les mesures se concentrent sur le champ des médicaments, soit pour en limiter la prescription lorsqu'elle est peu justifiée, soit pour en favoriser la fourniture sous les formes plus économiques de génériques³⁸⁶ ou de biosimilaires (équivalent des génériques pour les médicaments biologiques³⁸⁷).

³⁸³ La prise en charge de certains actes ou prestations, coûteux, rares ou de longue durée, peut être soumise à l'accord préalable de l'assurance maladie.

³⁸⁴ Du fait de contraintes techniques d'utilisation, de sécurité d'utilisation, ou par nécessité d'une hospitalisation pour la réalisation du traitement, certains médicaments peuvent n'être prescrits que dans des conditions très spécifiques.

³⁸⁵ CSS, art. L. 162-2 : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 ».

³⁸⁶ Par exemple, de longue date, les pouvoirs publics ont promu l'utilisation de génériques en lieu et place des médicaments princeps. La dernière mesure en date, portée par la LFSS pour 2019, est venue limiter le remboursement du médicament au tarif de son générique. En cas de refus du patient, celui-ci doit alors s'acquitter de la différence de prix.

³⁸⁷ Une incitation financière à leur prescription a ainsi été mise en place par l'avenant n° 9 à la convention médicale, signé le 30 juillet 2021, et la LFSS pour 2022 permet désormais aux pharmaciens de substituer à un médicament biologique son biosimilaire. Toutefois, cette mesure ne s'applique aujourd'hui qu'à deux groupes biologiques, le *Filgrastim* et le *Pegfilgrastim* (molécules destinées à renforcer les défenses immunitaires en cas de chimiothérapie). Par ailleurs, un arrêté du 12 décembre 2022 a défini une dotation pour les établissements de santé répondant à des critères d'efficacité et de pertinence dans leurs prescriptions d'*Etanercept*, d'*Adalimumab* et d'insuline glargine (biomédicaments capables de bloquer l'action inflammatoire nocive sur les articulations et l'organisme et, pour l'insuline, permettant de réguler le métabolisme du glucose).

Dans sa conception actuelle, la maîtrise médicalisée ne concerne que de manière secondaire les dispositifs médicaux³⁸⁸, les arrêts de travail³⁸⁹, certaines pathologies et les transports sanitaires, et encore moins les dépenses hospitalières. Ce champ restreint ne signifie pas que l'assurance maladie ne s'intéresse pas au bien-fondé et à la réduction de ces dépenses ; elle s'y emploie selon l'approche différente, et plus englobante, de la gestion du risque (cf. *infra*).

Exemples d'actions de maîtrise médicalisée

L'action de maîtrise médicalisée visant à réduire la consommation des antibiotiques en agissant du côté des prescripteurs et des patients (cf. la campagne « *Les antibiotiques, ce n'est pas automatique* ») date du début des années 2000. La France en était, à l'époque, l'un des plus grands consommateurs et des phénomènes d'antibiorésistance³⁹⁰ commençaient à se manifester. Si de premiers résultats positifs ont été obtenus, ils n'ont pas perduré, comme l'a rappelé la Cour des comptes dans son référé n° 2018-3239 du 14 février 2019. La France demeure au 4^{ème} rang des pays les plus consommateurs d'antibiotiques, à un niveau 2,5 fois supérieur à celui des Pays-Bas, à titre d'exemple.

De même, au début des années 2010, les pouvoirs publics ont cherché à réduire la consommation de médicaments psychotropes indiqués pour traiter les états anxieux (benzodiazépines), en raison d'une consommation élevée et de la prescription de doses et de durées inappropriées (en 2015, 13,4 % de la population consommait des benzodiazépines en France, dont 4 % en association avec un antidépresseur³⁹¹). Les diverses actions engagées (renforcement de la formation, documents diffusant des conseils pour faire évoluer la pratique médicale...) n'ont pas fait évoluer sensiblement la situation à ce jour.

³⁸⁸ Les dispositifs médicaux vont des consommables (pansements, masques chirurgicaux...) aux implants (prothèses cardiaques, stents...), en passant par des équipements (lits médicaux, fauteuils roulants, respirateurs...). Cf. Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2020, chapitre VI « *La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer* ».

³⁸⁹ Actions menées en direction de 7 000 médecins fortement prescripteurs, 7 000 très fortement prescripteurs et de 700 à 1 000 sur-prescripteurs, Cour des comptes, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale 2019, chapitre III « *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail* ».

³⁹⁰ L'antibiorésistance résulte de la sélection naturelle des souches de bactéries résistantes aux traitements antibiotiques ; ces catégories de bactéries, par définition plus résistantes, mettent en échec les traitements.

³⁹¹ ANSM, « *État des lieux de la consommation de benzodiazépines en France* », avril 2017.

Plus récemment, l'assurance maladie a invité les professionnels et les patients diabétiques à mieux utiliser un dispositif médical de mesure continue de la glycémie admis au remboursement depuis le 1^{er} juin 2017. Cette automesure permet au patient de surveiller son équilibre glycémique et d'adapter son traitement insulinique. Or, la première prescription n'émanait pas toujours d'un endocrinologue, comme le prévoit pourtant la réglementation et il en résultait un plus grand risque de mésusage par les patients, avec des conséquences sur leur santé. Aussi, en 2019, une campagne d'information a-t-elle été lancée en direction des médecins généralistes. Les premiers résultats observés en 2020, à confirmer dans la durée, indiquent une amélioration des pratiques.

En 2019-2020, une campagne d'information de l'assurance maladie vers le grand public a porté sur la lombalgie et, en 2020-2021, sur les risques liés à l'hypertension artérielle.

4 - Des moyens humains importants qui ont dû être réduits pendant la crise sanitaire

L'assurance-maladie a consacré, en 2021, 1 094 équivalents-temps plein (ETP) aux actions de maîtrise médicalisée³⁹², dont 294 ETP médicaux. Cet effectif affiche une forte baisse depuis 2015, avec 627 ETP de moins dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM, - 46,5 %) et 178 ETP en direction régionale du service médical (DRSM, - 37,7 %)³⁹³, du fait de la crise sanitaire qui a conduit à réorienter leurs missions vers d'autres tâches. À ces moyens, s'ajoutent quelques dizaines d'ETP des agences régionales de santé (ARS) qui concentrent leur action, plutôt, sur la pertinence des soins.

³⁹² 34 ETP à la caisse nationale, 721 ETP dans les caisses locales et 294 dans les directions régionales du service médical.

³⁹³ Pour une très légère augmentation à la Cnam (de 33 à 34,6 ETP, soit 4,8 %).

B - Des objectifs ambitieux, des résultats incertains

1 - Des objectifs d'économies élevés mais peu documentés

Un objectif d'économies de 700 M€ à 800 M€ est assigné chaque année à l'assurance maladie au titre de la maîtrise médicalisée, en tant que composante de la démarche plus globale de gestion du risque, ce qui représente près de 20 % du total des économies programmées lors de la construction de l'Ondam. Un rôle significatif demeure donc assigné à la maîtrise médicalisée dans le programme d'économies à réaliser³⁹⁴, même si l'objectif peut paraître limité, rapporté au montant de 12 à 18 Md€ des prescriptions estimées non pertinentes en ville (20 à 30 %³⁹⁵ de 60 Md€³⁹⁶).

Tableau n° 24 : objectif d'économies intégré dans la construction de l'Ondam (en M€)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Économies attendues	3 185	3 410	4 050	4 165	3 830	4 185	3 995	SO
dont MM	700	700	700	730	740	735	775	775
%	22,0 %	20,5 %	17,3 %	17,5 %	19,3 %	17,6 %	19,4 %	SO

Source : PLFSS, annexes n° 9 (2015 et 2016) et n° 7 (2017 à 2022) pour le total attendu – PLFSS, annexe n° 1 pour les économies de maîtrise médicalisée et données DSS pour les années 2020 à 2022
 Note : MM : maîtrise médicalisée ; SO : sans objet du fait de la crise sanitaire (pas d'objectif affiché et méthode de construction de l'Ondam modifiée – cf. encadré).

³⁹⁴ Certains outils de régulation (demande d'accord préalable, protocole « prix-volume » en biologie, protocole « radiologie », maîtrise des volumes de médicaments biosimilaires) ne sont pas comptabilisés dans la maîtrise médicalisée, notamment pour éviter des doubles comptes d'économies avec le champ des mesures de contrôle et de lutte contre la fraude, bien qu'ils participent de la même logique. D'autres qui relèvent de mesures incitatives telles que la Rosp ou les actions de prévention, ne sont pas plus retenues dans la comptabilisation des économies du plan Ondam.

³⁹⁵ 20 à 30 % de prescriptions des actes médicaux ne seraient pas pertinents si l'on en croit la stratégie nationale de santé. Ce chiffrage demeure toutefois peu documenté et résulte d'une étude Odoxa pour la Fédération hospitalière de France : *La pertinence des actes et examens médicaux* (2017), même si l'OCDE a pu estimer, dans un rapport publié en 2017 et intitulé « *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé* » que, dans les pays membres, « *près d'un cinquième des dépenses de santé apportent une contribution nulle, ou très limitée, à l'amélioration de l'état de santé de la population* ».

³⁹⁶ Avant la pandémie de covid 19, les prescriptions étaient à l'origine d'environ 60 Md€ de dépenses dans le sous-objectif ville de l'Ondam : 11,8 Md€ (20 %) d'honoraires paramédicaux, 3,8 Md€ (5 %) de dépenses de laboratoires, 4,2 Md€ (7 %) de transports, 28,8 Md€ (48 %) de produits de santé, 11,7 Md€ (20 %) d'indemnités journalières (rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale publié en 2019).

Le chiffrage des économies envisagées ne repose pas sur une simulation ou sur une prospective argumentée des effets des actions prévues, lesquelles ne sont pas détaillées. Il repose sur la reconduction de l'objectif affiché l'année précédente, auquel est appliquée une modulation, elle-même non expliquée. La maîtrise médicalisée s'avère être un objectif global, au fondement flou, censé sécuriser l'Ondam. Même approximative, la présentation des économies attendues qui pouvait, malgré tout, apporter une information au Parlement, ne fait plus l'objet d'une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), mais, depuis 2022, d'une simple mention dans une lettre du ministre au directeur de la Cnam³⁹⁷.

2 - Des économies au chiffrage artificiel

L'assurance maladie produit, chaque année, un tableau affichant le montant des économies considérées comme réalisées grâce à la maîtrise médicalisée, détaillées par type de dépense.

Tableau n° 25 : taux de réalisation des économies attendues sur la dépense au titre de la maîtrise médicalisée (M€)³⁹⁸

	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Réalisé</i>	597	457,2	708	471	376
<i>dont médicaments³⁹⁹</i>	349	317	348	267	179
<i>dont DM</i>	25	75	172	4	22
<i>dont actes</i>	66	26,2	150	132	86
<i>dont biologie</i>	56	4	2	9	7
<i>dont transports</i>	47	11	36	59	29
<i>dont IJ</i>	54	24	0	0	53
<i>Objectif</i>	700	700	700	730	740
<i>Taux d'atteinte</i>	85 %	65 %	101 %	65 %	51 %

Source : PLFSS, Annexe n° 1

Note : DM : dispositifs médicaux ; IJ : indemnités journalières Le taux d'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée se révèle très variable d'une année à l'autre et toujours inférieur aux attentes, à l'exception de l'année 2017, avec un point bas observé en 2019.

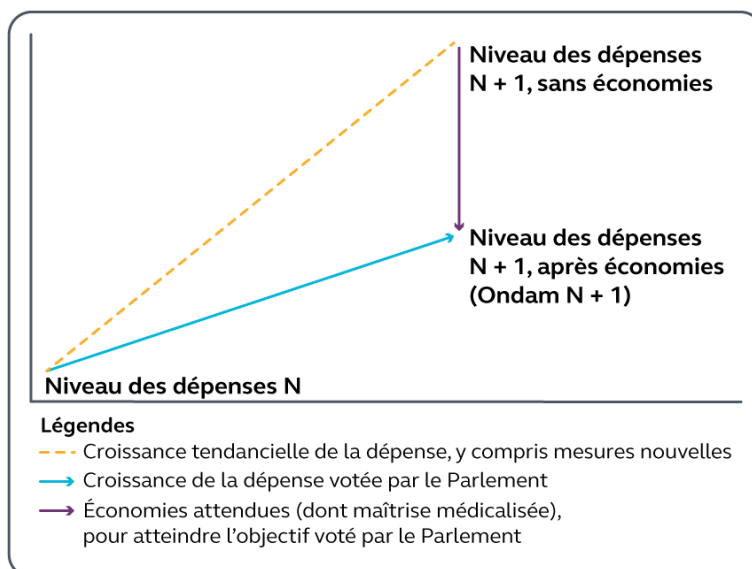
³⁹⁷ L'annexe n°7 au PLFSS pour 2022 se bornait, ainsi, à indiquer que le niveau retenu était proche « du rendement attendu, en 2022, des actions qu'il [lui] appartient de mener en matière de maîtrise médicalisée et pris en construction de l'Ondam [à] 775 M€ ».

³⁹⁸ La crise sanitaire s'est traduite par la suspension des actions de maîtrise médicalisée en raison d'une réorientation du réseau de l'assurance maladie et des ARS vers le traçage des personnes ayant été en contact avec des personnes contaminées par le virus. Aucun objectif d'économie ne leur a donc été assigné à ce titre en 2020, ni en 2021.

³⁹⁹ Les médicaments représentent, selon les années, de 48 % à 69 % des économies annoncées.

En outre, les montants d'économies doivent être lus avec réserve, dans la mesure où ils reposent sur des approximations du même ordre que celles utilisées pour la définition des objectifs. L'annexe n° 1 du PLFSS pour 2022 expose ainsi que les économies imputables à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé résultent de la différence entre « le montant tendanciel », c'est-à-dire le « montant qui aurait été réalisé sans intervention de l'assurance maladie », et « le montant observé des dépenses d'assurance maladie ». Le raisonnement est fragile, dès lors qu'aucun élément précis n'est communiqué à l'appui des chiffres pour expliquer, d'une part, comment le « tendanciel » est estimé, d'autre part, comment est évaluée la part des économies imputable aux actions de maîtrise médicalisée.

Schéma n° 6 : construction simplifiée de l'Ondam



Source : Cour des comptes

Or, seul peut être observé le montant des dépenses exécutées. Ce montant intègre l'incidence des mesures d'économies résultant de la maîtrise médicalisée mais il ne dit rien de leur montant spécifique. En effet, si l'Ondam est respecté en dépit d'économies dues à la maîtrise médicalisée inférieures aux prévisions, cela peut résulter autant d'un calcul erroné du tendanciel (hausse des dépenses de santé moindre qu'attendu, réduisant d'autant le besoin d'économies) qu'à des mesures d'économies mal évaluées, que celles-ci relèvent de la maîtrise médicalisée ou d'autres modes de régulation⁴⁰⁰.

⁴⁰⁰ La « réserve prudentielle », c'est-à-dire la mise en réserve d'un pourcentage des dotations prévues dans l'année pour les établissements publics de santé, a ainsi servi de variable d'ajustement, de 2014 à 2016, faisant peser sur les dépenses hospitalières les aléas de la régulation par la maîtrise médicalisée.

Outre le fait que les économies réalisées sont généralement inférieures à celles annoncées dans le PLFSS initial et que le calcul du niveau tendanciel des dépenses est sujet à caution, la présentation qui en est faite tend à attribuer les économies en totalité à la maîtrise médicalisée, alors qu'elles peuvent résulter de multiples facteurs autres que la rationalisation des pratiques : démographie, épidémiologie, innovations techniques. Appliquée à la crise sanitaire, cette présentation reviendrait à considérer que les dépenses non réalisées en raison des confinements résultent d'une maîtrise médicalisée qui n'a pourtant pas pu être conduite, du fait de la crise, alors même que les dépenses totales ont dépassé les prévisions.

Une répartition des objectifs de maîtrise médicalisée entre les CPAM, affinée mais encore inaboutie

Les économies attendues en matière de maîtrise médicalisée et, plus largement, de gestion du risque, étaient jusqu'en 2017 détaillées pour chaque CPAM, dans leur contrat pluriannuel de gestion⁴⁰¹. Cette répartition à l'échelle géographique d'une caisse ne tenait pas compte du fait que les soins sont parfois dispensés dans des départements mitoyens de ceux de résidence des assurés. Aussi, à compter de 2018, ces économies ont-elles été fixées par région. Cette méthode présentait encore des difficultés, les objectifs assignés pouvant être faussés par des effets de périmètre⁴⁰² ou par l'évolution de la population d'assurés de la région.

La méthode a donc de nouveau évolué en 2022. Désormais, un objectif régional de dépense moyenne de soins de ville est calculé par assuré puis réparti entre les CPAM en fonction de la population qu'elles couvrent. Cet objectif est ajusté à l'évolution de la structure de la population assurée (âge, sexe, taux d'inscrits en affection de longue durée, notamment), ce qui neutralise, pour la première fois, les effets de périmètre liés à la réalisation de soins dans d'autres départements que ceux de résidence. Enfin, les économies totales attendues sont prises en compte, ainsi que les résultats passés (objectif rehaussé en cas de mauvais résultats passés).

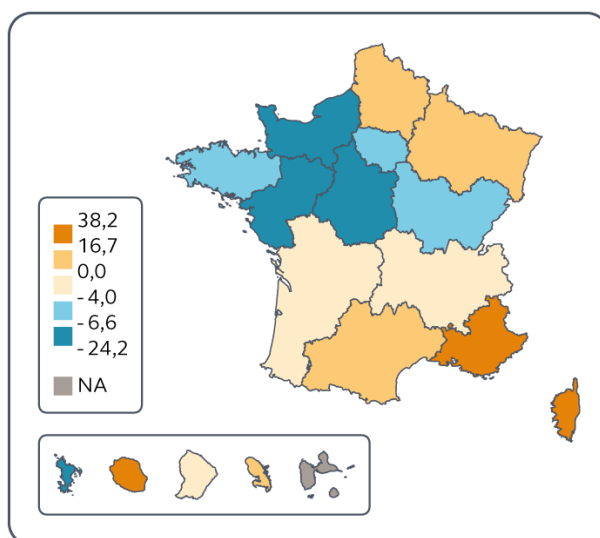
Il appartient aujourd'hui aux CPAM, afin de respecter leur objectif, de mettre en œuvre toutes les actions qu'elles estiment possibles, que celles-ci relèvent d'initiatives nationales ou d'initiatives locales. La marge d'autonomie nouvelle laissée aux caisses locales, illustrée par la définition d'un programme chiffré d'actions régionales, est cependant réduite par le grand nombre de campagnes nationales que porte la Cnam⁴⁰³.

⁴⁰¹ Pour chaque grand domaine d'intervention des Cnam, les contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés entre la Cnam et les Cnam précisent, sous forme d'indicateurs, les actions concrètes à mettre en œuvre et les résultats à obtenir.

⁴⁰² Intégration de nouveaux ressortissants comme ceux de l'ex-RSI, d'étudiants, de fonctionnaires.

⁴⁰³ Le programme 2022 de la Cnam contient ainsi 115 actions dont 57 portant sur la maîtrise médicalisée.

Carte n° 2 : écart observé, selon les régions, entre les objectifs de dépense fixés et les résultats obtenus



Source : Cour des comptes d'après données Cnam

Il reste à déterminer comment seront consolidés ces résultats et comment ils viendront enrichir l'information communiquée au Parlement. Il serait possible d'évaluer les effets des seules actions de maîtrise médicalisée par échantillonnage, en procédant à des études microéconomiques auprès de prescripteurs ciblés et en extrapolant les résultats. Cette méthode n'a pas été mise en œuvre jusqu'à présent.

Le chiffrage des économies prévues, d'une part, et des économies réalisées, d'autre part, repose sur tant d'hypothèses qu'il peut être considéré comme largement virtuel, en s'éloignant des principes de construction budgétaire qui imposeraient d'évaluer les dépenses avec prudence et sur le fondement de paramètres clairement décrits et mesurables.

II - Une refonte nécessaire

Malgré trente années de maîtrise médicalisée, avec une consommation de médicaments par habitant et par an dans la moyenne des pays de l'OCDE (589 \$ en 2021), la France reste éloignée des pays les plus frugaux (301 \$ pour le Danemark, 419 \$ pour les Pays-Bas), ce qui, ramené à la population consommante française, représente un écart de l'ordre de 11 à 19 Md€. Pour les rejoindre, il convient de surmonter les obstacles qui s'opposent à l'efficacité de cet outil de maîtrise et de réviser profondément sa conception.

La consommation de médicaments, des résultats encore insuffisants

En matière de médicaments génériques, si les nombreuses mesures prises ont permis d'atteindre un taux de pénétration des génériques de 87,6 % en juillet 2021, ces bons résultats doivent être relativisés au regard du poids que représentent les génériques dans le total des prescriptions de médicaments (dans et hors répertoire) : en France, 38 % du marché en volume (920 millions de boîtes) et 19 % en valeur (3,615 Md€), contre une moyenne européenne de 60 % en volume (80 % en Allemagne).

S'agissant des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé polyopathologique, l'étude *REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S)*, réalisée en 2021, a constaté que 657 M€ de prescriptions étaient inappropriées (médicament non indiqué au regard du diagnostic, voire dangereux ; dose trop forte ; durée trop longue ; duplication médicamenteuse), dont 507 M€ ont été remboursés par l'assurance maladie et auraient donc pu être économisés.

A - De nombreux freins au déploiement de la maîtrise médicalisée

Plusieurs facteurs expliquent la faible portée des actions de maîtrise médicalisée impulsées par les pouvoirs publics.

En premier lieu, la maîtrise médicalisée s'appuie essentiellement sur l'adhésion des professionnels de santé⁴⁰⁴. Les actions qu'entreprend l'assurance maladie pour obtenir cette adhésion montrent cependant des limites : multiplication des messages sans réelle priorisation ni persistance dans le temps ; données communiquées aux professionnels pour qu'ils situent leur pratique insuffisamment individualisées ; ciblage des prescripteurs à partir d'écart calculés par rapport à la moyenne et non par rapport à une bonne pratique ; campagnes visant les praticiens de médecine générale et insuffisamment les spécialistes, les praticiens hospitaliers ou les autres professionnels de santé ; approche pluriprofessionnelle insuffisamment développée ; absence, par construction, de mesure contraignante ; absence d'outil efficace visant les dépenses hospitalières, exécutées en ville ou en établissement de santé.

⁴⁰⁴ En 2018, plus de 495 000 contacts ont été pris auprès des professionnels de santé libéraux par un délégué de l'assurance maladie ou un praticien-conseil et 15 000 visites ont été réalisées en établissements de santé.

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) : un outil à destination de l'hôpital laissé en jachère

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 dans un objectif de simplification des nombreux contrats liant les ARS, les CPAM et les établissements de santé (contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins ou Caqos ; contrat de bon usage des médicaments ou CBU ; contrat de pertinence ; contrat de qualité). Il prévoit des dotations dont l'attribution est fonction du degré d'atteinte des résultats visés. Ce contrat a cependant fait l'objet de nombreuses critiques portant, notamment, sur le grand nombre d'indicateurs et d'établissements ciblés, conduisant le ministère à prononcer en 2017 un moratoire de deux ans sur les sanctions prévues en cas de non atteinte des objectifs.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a procédé à une refonte de ce dispositif. Le contrat met en œuvre deux leviers : l'un, incitatif, l'autre, préventif du « sur-recours » (création d'un outil de « mise sous surveillance »⁴⁰⁵).

En raison de la crise sanitaire, l'entrée en vigueur du Caques rénové a été repoussée, d'abord au 1^{er} janvier 2022 puis au mois d'avril 2022. Dans l'attente, le moratoire a été prolongé en 2020 et en 2021⁴⁰⁶. Le Caques n'aura, ainsi, été pleinement en vigueur qu'une seule année (2016).

Même si les circonstances ne sont pas étrangères à cet échec, celui-ci témoigne de la faiblesse des actions de maîtrise médicalisée dans les établissements de santé où l'efficacité est surtout stimulée par la recherche, par l'établissement lui-même, d'économies sur ses dépenses au regard du financement forfaitaire reçu de l'assurance maladie (groupe homogène de séjour).

En deuxième lieu, les principales économies affichées ont reposé jusqu'ici sur les médicaments prescrits en grande quantité par des généralistes. Les gains à attendre de nouvelles actions dépendent notamment des médicaments prescrits par les spécialistes⁴⁰⁷. Or, les montants en jeu sont moins élevés et les médecins spécialistes sont plus difficiles à convaincre, faute notamment pour les praticiens conseils qui les rencontrent de disposer du même degré d'expertise.

⁴⁰⁵ Pour entrer en application, cet outil qui permettra à l'ARS, au terme d'une période de deux années, de procéder à un abattement forfaitaire du tarif national considéré, nécessite un arrêté précisant la liste des actes, prestations et prescriptions concernés ; cet arrêté n'était toujours pas publié à la clôture de la présente enquête.

⁴⁰⁶ Instruction interministérielle n° DSS/MCGR/DGOS/2021/170 du 27 juillet 2021 relative au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques).

⁴⁰⁷ La Cnam cite notamment, dans ses rapports au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie, les médicaments inhibiteurs des CDK 4 et 6 utilisés dans le traitement du cancer du sein, les anti-PCSK9 dans le traitement de traitement de l'hypercholestérolémie, ou les facteurs de croissance de la lignée blanche Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF) dans leur indication en prophylaxie des neutropénies chimio-induites.

En troisième lieu, des facteurs exogènes au système de santé pèsent sur les résultats. C'est le cas, en particulier, des indemnités journalières pour maladie. Des effets structurels, liés au taux d'emploi (un fort taux de chômage se traduit par un moindre recours des salariés aux arrêts de travail) et au vieillissement de la population active ne sont pas pris en compte dans les objectifs de maîtrise médicalisée, fragilisant leur crédibilité et rendant plus incertaine leur atteinte.

B - Un indispensable changement d'échelle

Pour ralentir la progression spontanée du volume des soins, il est nécessaire de compléter le programme de rénovation de la gestion du risque porté par l'assurance maladie en renforçant les leviers structurels que constituent les systèmes d'information et de diffusion des référentiels de prescription et des recommandations de bonne pratique.

1 - Mieux cibler les prescripteurs

Rapprocher les prescriptions des meilleures pratiques connues suppose de mettre à la disposition des prescripteurs les référentiels adéquats et de permettre à l'assurance-maladie de disposer de données suffisamment fines pour qu'elle puisse cibler ses interventions sur les prescripteurs les plus éloignés desdits référentiels.

a) Développer l'usage des référentiels

Si, s'agissant des produits de santé, le nombre de recommandations apparaît globalement suffisant (fiches de bon usage des médicaments et mémos de l'assurance-maladie⁴⁰⁸), il n'en va pas de même des situations cliniques et des « parcours de soins »⁴⁰⁹. Le programme *Ma santé 2022* a fait une priorité de l'élargissement du champ des référentiels, au travers du

⁴⁰⁸ CSS, art. L. 161-39 ; les mémos présentent l'avantage de proposer des arbres décisionnels pour la prise en charge de certaines pathologies, préfigurant des approches par parcours de soins.

⁴⁰⁹ De 2015 à 2021, 14 mémos ont été mis à la disposition du réseau de l'assurance-maladie et des professionnels de santé, portant sur les situations cliniques fréquentes (lombalgie, cystite), sur la prescription et la conciliation médicamenteuse (hypertension artérielle de la personne âgée, infections respiratoires hautes), les arrêts de travail (indications et modalités pratiques des arrêts de travail au cours de la grossesse), le retour à domicile (retour à domicile après hospitalisation) et les examens d'imagerie (douleur de la cheville ou du pied non traumatique, non prothétique chez l'adulte, douleur du genou non traumatique, non prothétique chez l'adulte, douleur de la hanche non traumatique, non prothétique chez l'adulte).

parcours de soins, priorité cependant contrariée par la crise sanitaire. Le parcours de soins constitue une référence en termes de diagnostic, de prescription et de suivi du patient, de manière qu'il soit pris en charge aux meilleures conditions compte tenu de sa pathologie, sans rupture ni acte inutile. À ce jour, quatre référentiels de parcours de soins ont été élaborés : ceux des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), du syndrome coronarien chronique (SCC), de la maladie rénale chronique (MRC), et celui des enfants en surpoids ou obèses. Deux autres sont sur le point d'être achevés : le parcours des adultes en surpoids ou obèses, et le parcours des patients atteints d'épilepsie.

Plusieurs facteurs freinent cependant l'utilisation par les médecins des référentiels, en particulier s'agissant de ceux relatifs aux situations cliniques et aux parcours de soins : leur nombre insuffisant, leur obsolescence parfois rapide du fait des progrès de la connaissance, et la persistance de pratiques non conformes, très ancrées parce qu'anciennes.

La généralisation en cours des logiciels d'aide à la prescription⁴¹⁰ devrait faciliter significativement la prise en compte de ces référentiels par les praticiens.

b) Un système d'informations à médicaliser

Il appartient à l'assurance-maladie d'identifier le plus finement possible les prescripteurs dont la pratique est éloignée de la norme, plutôt que de la moyenne constatée comme c'est le cas aujourd'hui. Pour cela, elle doit disposer de données – sécurisées – sur les prescriptions (indication fondée sur le diagnostic) et sur les patients, portant notamment sur leur lieu de vie (en cas de prescription de transport), sur leur profession (en cas de prescription d'arrêt de travail), sur leur indice de masse corporelle, leurs habitudes en matière de consommation d'alcool, de tabac (au titre de mesures de prévention) ou bien, encore, sur leur statut vaccinal.

Dans certains pays européens, comme le Danemark, ces données sont disponibles, à la différence de la France où le système d'information de l'assurance maladie sur la médecine en ville a été conçu avec pour unique objectif la facturation de leurs actes par les praticiens⁴¹¹. Par voie de conséquence, les informations portent uniquement sur ce que prescrit ou réalise le praticien et ne traitent donc que très incidemment du patient et des raisons qui l'ont amené à se faire soigner.

⁴¹⁰ C'est l'une des actions du chantier numérique *Ma santé 2022*.

⁴¹¹ Le diagnostic principal et ceux associés ne sont disponibles qu'en matière hospitalière. La séparation des données entre ville et hôpital pose en outre une difficulté dans la logique du parcours de soins, faute de réelle articulation entre les fichiers des professionnels (numéro RPPS) et ceux des établissements (numéro Finess), l'appariement des bases de données restant très complexe.

Pour exploiter statistiquement les données médicales du système, l'assurance maladie a développé des solutions palliatives qui, si elles lui permettent de réaliser un certain nombre d'analyses⁴¹², ne sont pas exemptes de biais ou d'imprécisions. Ainsi, faute de mention, dans le système d'information, du diagnostic formulé par le médecin, l'indication (la pathologie à soigner) ne peut être que déduite de la prescription médicamenteuse. Un groupement d'intérêt scientifique, Epi-Phare, est chargé précisément de cette tâche de caractérisation des pathologies à partir des médicaments prescrits. Cette méthode produit des informations utiles mais reste imparfaite puisque, par exemple, un médicament sur cinq serait prescrit en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché (indication, durée ou fréquence d'utilisation, posologie), empêchant une identification juste de la cause du traitement ; en outre, lorsque la pathologie est déduite de la prescription, il est difficile de relever les prescriptions inadaptées ou éloignées des référentiels concernant la pathologie, sauf anomalie grossière détectable par rapport à des moyennes, alors que ces moyennes peuvent, elles-mêmes, être éloignées de la norme. Il est, par ailleurs, impossible, *via* cette méthode, de détecter les pathologies qui ne seraient pas soignées⁴¹³. Les résultats obtenus sont donc fragiles et insuffisants⁴¹⁴.

L'absence de données relatives au diagnostic, étape initiale du processus de soins sur laquelle est fondé le parcours incluant la prescription de médicaments, de traitements, d'exams, d'arrêts de travail, de consultations d'autres professionnels de santé, rend beaucoup plus difficiles les actions de maîtrise médicalisée.

⁴¹² La Cnam réalise chaque année, au sein du rapport « *Charges et produits* », une cartographie des dépenses lui permettant de prioriser ses actions de régulation. Elle en reconnaît toutefois, elle-même, les limites. Ainsi, dans le rapport daté de juillet 2022, elle note qu'« *un nouvel algorithme repère l'obésité mais ne concerne que les personnes avec une prise en charge hospitalière, une ALD spécifique ou un acte de chirurgie bariatrique récent, et n'est donc pas représentatif de l'importance de ce facteur de risque au sein de la population française* ».

⁴¹³ Par exemple, le diabète diagnostiqué mais non traité atteignait, en 2009, 0,6 % de la population française, soit environ 360 000 personnes (Santé publique France, « *Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ?* » BEH n° 42-43, novembre 2010). Or, repérer le plus tôt possible les patients diabétiques, avant l'instauration d'un traitement, permettrait de proposer une prévention secondaire adaptée, de retarder l'aggravation de la maladie et, donc, la mise sous traitement.

⁴¹⁴ L'Irdes, dans *Questions d'économie de la santé* n° 196 de mars 2014, constate par exemple l'insuffisance liée à l'emploi de l'ALD comme marqueur de l'hypertension artérielle. Elle note ainsi, dans une étude spécifique reposant sur une base appariée, que « *90 % (323/360) des patients en ALD « Hypertension artérielle » avaient consulté dans l'année 2008 un des 30 médecins généralistes sélectionnés. Toutefois, seulement 11 % (323/2 979) des patients ayant eu un résultat de consultation codé « hypertension artérielle » étaient déclarés en ALD spécifique* ». En outre, « *l'ALD hypertension artérielle ayant été retirée de la liste en 2011, ce type de repérage ne pourra plus être utilisé ; il sera donc encore moins aisé de repérer les patients hypertendus à partir du Sniiram seul* ». Or, la prévention, la détection et le traitement optimal de l'hypertension artérielle permettent de réduire le risque vasculaire global.

S'agissant des données relatives au patient aujourd'hui non disponibles, le Collège de médecine générale, chargé notamment de contribuer à l'élaboration des bonnes pratiques en médecine générale, a élaboré en 2014 et mis à jour en 2022 une recommandation identifiant seize données sociales clé qui pourraient rendre plus pertinentes et ciblées la consultation et la prescription qui en découle⁴¹⁵. Alors qu'elle pourrait contribuer à enrichir la connaissance de la santé de la population et à réduire les inégalités sociales qui peuvent lui être attachées, cette recommandation n'a pas été reprise par les pouvoirs publics.

Des progrès sont attendus de la prescription électronique⁴¹⁶ en voie de déploiement pour les médicaments⁴¹⁷. Toutefois, selon le projet connu à ce jour, d'une part, l'enregistrement de l'indication médicale n'est pas prévu et, d'autre part, la place quasi-exclusive laissée au « *texte libre* » à la main du prescripteur, sauf pour le médicament, en lieu et place d'un questionnaire normalisé et de rubriques prédéfinies, ne permettra pas aux actions de maîtrise médicalisée d'être pleinement mises en œuvre et suivies, pour les mêmes raisons qu'actuellement (pathologie déduite de la prescription), alors qu'il s'agit du moyen le plus sûr de repérage des pratiques s'écartant de la norme.

⁴¹⁵ « *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Recommandations aux médecins généralistes de France* », Groupe de travail universitaire et professionnel, Collège de médecine générale, novembre 2014 : date de naissance, sexe, adresse, statut par rapport à l'emploi, profession, assurance maladie, capacités de compréhension du langage écrit du patient, fait d'être en couple, nombre d'enfants à charge, fait de vivre seul, pays de naissance, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle Insee, fait de bénéficier de minima sociaux, conditions de logement et situation financière perçue.

⁴¹⁶ Le Ségur de la santé a annoncé 1,4 Md€ pour le financement de la numérisation dans le domaine de la santé.

⁴¹⁷ Celle-ci est prévue pour les médicaments d'ici à 2024 mais cela se révèle plus difficile pour les dispositifs médicaux (existence de lignes génériques) et plus encore pour les actes (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...), faute de description suffisamment fine de leur contenu, même si l'assurance maladie assure y travailler sans qu'un calendrier ne soit toutefois arrêté.

**Le déploiement de la prescription électronique :
un préalable à une maîtrise médicalisée efficace
qui ne serait toutefois effectif qu'en 2025⁴¹⁸**

La numérisation des prescriptions des produits de santé est très répandue dans de nombreux pays, parfois même de longue date (Belgique, Espagne, Italie et Royaume-Uni), à la différence de la France.

Le déploiement de services facultatifs de prescription électronique interviendrait d'ici à la fin de l'année 2024, pour ce qui est des produits de santé, en ville. En établissements de santé, aucune échéance n'est définie⁴¹⁹ mais le PMSI actuel répond à une partie du besoin. S'agissant des arrêts de travail, le calendrier de l'entrée en vigueur effective de l'obligation de dématérialisation des prescriptions, qui devait intervenir avant fin 2021 en application de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, demeure incertain.

Selon le cadre technique qui sera retenu⁴²⁰, la prescription électronique pourra contribuer à limiter la prescription « hors-AMM », en imposant aux prescripteurs de mentionner si la prescription est délivrée en-dehors de l'autorisation⁴²¹, à mieux distinguer les médicaments prescrits en relation avec une affection de longue durée (« ordonnance bizona »), à mieux repérer les atypiques de durée ou de posologies, voire même à faciliter la conciliation médicamenteuse. De surcroît, certains mécanismes de fraude (comme la réutilisation d'une même ordonnance papier pour obtenir la délivrance de mêmes médicaments à plusieurs reprises ou des divergences manifestes entre les produits de santé facturés et ceux prescrits) ne pourront plus être pratiqués.

⁴¹⁸ Sur la prescription électronique, voir également Cour des comptes, « *La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficacité du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir* », Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale, chapitre VIII, octobre 2021.

⁴¹⁹ Elle figure toutefois comme un des cinq domaines fonctionnels prioritaires du plan « Hôpital numérique », repris dans le programme Hop'en.

⁴²⁰ Case obligatoire à cocher, éléments indispensables à renseigner sous peine d'impossibilité de prescrire (prescription en dénomination commune internationale...).

⁴²¹ CSP, art. L. 5121-12-1-2, obligation peu respectée dans les faits.

La médicalisation des systèmes d'information, c'est-à-dire l'enrichissement des logiciels d'activité de soins et de facturation par les données médicales et les données du patient exploitables directement, bien qu'indispensable, demeure un chantier au long cours qui doit s'accompagner d'une sécurisation rigoureuse de données éminemment sensibles. À l'hôpital, la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)⁴²² a pris plus d'une dizaine d'années⁴²³. Il est toutefois sensiblement plus complexe.

Cet horizon peut expliquer les raisons pour lesquelles les pouvoirs publics privilégient l'amélioration de l'existant par rapport aux solutions plus structurelles.

Le contrôle des prescripteurs : l'exemple danois

Le Danemark se caractérise par une densité médicale supérieure à la France (4,2 médecins pour 1 000 habitants, contre 3,2) et par une moindre dépense en produits pharmaceutiques.

Les prescriptions médicales y sont informatisées. Un registre commun des médicaments prescrits donne accès à une liste actualisée des médicaments prescrits aux assurés. Une agence pour la sécurité des patients (*Styrelsen for Patientsikkerhed*) est chargée de superviser les prescriptions des médecins et des dentistes. L'agence surveille une sélection de médicaments, dont les analgésiques et les somnifères, notamment. Ces informations permettent d'identifier des atypies (médicament mal utilisé, mauvaise quantité prescrite, durée excessive du traitement). Dans une telle situation, l'agence contacte le prescripteur afin d'obtenir des informations complémentaires. Si les données fournies corroborent l'existence d'une prescription inappropriée, l'agence peut alors restreindre, voire suspendre pour une période déterminée, le droit de prescription du praticien.

⁴²² Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un système de recueil de données pour l'ensemble des hospitalisations ayant lieu sur le territoire français avec, pour finalité, le financement des établissements de santé (tarification à l'activité sur la base de séjours hospitaliers) et l'organisation de l'offre de soins (planification).

⁴²³ Le PMSI a été évoqué pour la première fois en 1982 ; l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale, chargé de collecter les données du PMSI et de la gestion de celui-ci, a été créée en 2000.

2 - Des mesures complémentaires à envisager sans attendre

De manière complémentaire, d'autres actions entrant dans le champ de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé mériteraient d'être déployées.

S'agissant des soins hospitaliers, il conviendrait de fixer des seuils d'activité minimale pour certaines interventions nécessitant une pratique régulière, afin d'éviter les actes risqués car trop peu souvent effectués, sources de complications, voire d'échec, avec des conséquences non seulement financières mais surtout néfastes pour la santé des patients.

De tels seuils ont été adoptés en chirurgie cancérologique, à la suite de nombreuses études⁴²⁴ ayant mis en évidence les avantages induits, pour le patient et pour l'assurance maladie, par l'exigence d'une pratique suffisamment fréquente : baisse de la mortalité, moindres complications hémorragiques post-opératoires, diminution du nombre des reprises opératoires consécutives à des traitements chirurgicaux inadéquats⁴²⁵. Il s'agit cependant de la seule spécialité chirurgicale pour laquelle des seuils ont été déterminés. La réforme du droit des autorisations actuellement engagée par les pouvoirs publics est censée élargir le champ des autorisations sous condition de seuil d'activité. Son évaluation devra être réalisée.

Il conviendrait ensuite, d'une part, d'accélérer la mise à jour de la nomenclature des actes⁴²⁶ afin d'en exclure ceux devenus obsolètes, voire dangereux⁴²⁷, et, d'autre part, et de mieux associer les professionnels de santé aux actions de maîtrise médicalisée qui les concernent directement, en consacrant une partie des négociations conventionnelles à ce thème⁴²⁸.

⁴²⁴ Xu Z, Becerra AZ, Justiniano CF, Boodry CI, Aquina CT, Swanger AA, et al. Is the Distance Worth It? Patients With Rectal Cancer Traveling to High-Volume Centers Experience Improved Outcomes. *Dis Colon Rectum*. déc 2017;60(12) : 1250-9 ; El Amrani M, Clement G, Lenne X, Rogosnitzky M, Theis D, Pruvot F-R, et al. The Impact of Hospital Volume and Charlson Score on Postoperative Mortality of Proctectomy for Rectal Cancer : A Nationwide Study of 45,569 Patients. *Ann Surg*. nov 2018;268(5) : 854-60.

⁴²⁵ « *Le coût du cancer en France : une forte hausse* », étude économique 2020, Institut international de cancérologie de Paris avec l'aide du cabinet Asteres.

⁴²⁶ La nomenclature définit les actes ouverts au remboursement et sert de support à leur tarification.

⁴²⁷ La procédure de révision de la nomenclature a été renouvelée. Son déploiement effectif a néanmoins pris du retard. Cf. Cour des comptes, « *Les dépenses d'imagerie médicale* », Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale, octobre 2022.

⁴²⁸ Actuellement, à l'exception de la dernière convention pharmaceutique, signée le 9 mars 2022, qui inclut une dimension consacrée à la juste dispensation des produits de santé, seuls quelques protocoles, disjoints de ces conventions, peuvent en traiter, comme en matière d'imagerie ou de biologie médicales (cf. Cour des comptes, « *Les dépenses de biologie médicale* », Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Malgré son ancienneté et l'importance des ressources humaines encore consacrées à ce dispositif, la maîtrise médicalisée des dépenses mise en œuvre par l'assurance maladie n'est pas parvenue à ce jour à mettre un terme aux actes et prescriptions inutiles et redondants. La France reste mal classée dans la prescription de médicaments relevant de plusieurs classes thérapeutiques sensibles en termes de santé publique (antibiotiques, benzodiazépines...). Sa contribution aux économies de l'Ondam n'est pas plus assurée au regard des outils utilisés que de la méthode employée pour les mesurer.

Sa rénovation dans le cadre plus large de la gestion du risque, intégrant la fraude et la prévention, pourrait, en partie, changer la donne. Deux conditions à satisfaire s'imposent toutefois en priorité : développer le recours aux référentiels par les professionnels de santé ; numériser complètement, dès le diagnostic, la chaîne de prescription et de dispensation des produits (médicaments et dispositifs de santé) et des prestations (transports sanitaires, indemnités journalières), sous la forme de données structurées. À défaut, il restera très délicat de s'assurer que les soins sont dispensés de façon pertinente et efficiente.

C'est pourquoi, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 31. justifier les économies attendues au titre des actions de maîtrise médicalisée inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, en précisant les déterminants de la dépense (prix et volume) retenus pour fixer les objectifs d'économie, et détailler le mode de calcul des résultats pour le dernier exercice connu (ministère de la santé et de la prévention, Cnam) ;*
 - 32. enrichir les données médicales et de vie du patient et les organiser en vue de leur consolidation au niveau national, afin d'améliorer les actions de maîtrise médicalisée et leur évaluation (ministère de la santé et de la prévention, Cnam) ;*
 - 33. rendre obligatoire l'utilisation de la prescription électronique, notamment pour les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que la mention des indications médicales justifiant ces prescriptions (ministère de la santé et de la prévention, Cnam) ;*
 - 34. faire appliquer plus rigoureusement l'obligation pour le prescripteur de mentionner sur les ordonnances l'utilisation des médicaments en dehors du champ prévu par leur autorisation de mise sur le marché (« hors-AMM ») et encadrer plus précisément cette utilisation (durée, posologie...) (ministère de la santé et de la prévention, Cnam, ANSM, HAS).*
-