

La réforme et ses outils institutionnels

En amont du financement, des défaillances structurelles ont conduit à redéfinir la gouvernance de l'assurance maladie. Elle devrait s'appuyer sur davantage de coordination, tant en ce qui concerne les soins que les relations entre les différents acteurs institutionnels.

La loi réformant l'assurance maladie

La réforme trouve son fondement dans un double objectif : « *soigner mieux en dépensant mieux* ». Mais au-delà de ce slogan affiché, on ne peut écarter l'espoir sous-jacent selon lequel « dépenser mieux » permette de « dépenser moins ».

Objectifs

À aucun moment les pouvoirs publics n'ont clairement mis en avant une quelconque velléité de promouvoir une réforme axée sur le redressement financier de l'assurance maladie, de « maîtrise comptable », tant est demeuré vivace le traumatisme laissé par l'expérience des lois constitutionnelle du 22 février et organique du 22 juillet 1996 qui constituèrent le « plan Juppé ».

Dépenser moins ?

Pourtant, la préoccupation financière n'est pas étrangère aux promoteurs de la réforme. Le préalable indispensable à sa mise en œuvre a en effet résidé dans l'établissement par un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie créé en octobre 2003 d'un diagnostic partagé par l'ensemble des partenaires sociaux. Diagnostic centré sur le constat selon lequel la pérennité du système de soins est menacée par la dérive alarmante des comptes sociaux.

Dès son installation avenue de Ségur, Philippe Douste-Blazy utilise des formules chocs pour frapper l'opinion :

alors qu'il annonce que le déficit du régime général de la sécurité sociale va atteindre en 2004 les 12 milliards d'euros, il déclare dans *Les Echos* « *Je souhaite que chaque Français prenne conscience du désastre : 12 milliards d'euros de déficit, cela représente plus de 400 euros par foyer et par an [...] 23 000 euros chaque minute* ».

Le rapporteur de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, Jean-Michel Dubernard, rappelle lui aussi la situation en introduction de son rapport législatif (n° 1703 du 24 juin 2004) : « *Le système est financièrement à la dérive. Les chiffres, maintenant bien connus de tous, sont effrayants : près de 13 milliards d'euros de déficit prévu pour 2004, soit un déficit record du double du précédent, près de 45 milliards de dette accumulée à la fin de cette année... Ne pas agir reviendrait en la matière à condamner notre système de protection sociale à la faillite* ».

Dépenser mieux

Dès lors, le ministre de la Santé met en avant une « réforme structurelle », « organisationnelle ». Il l'indique dès son audition par la Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie de l'Assemblée nationale, le 17 juin 2004 : « *Organiser notre système de soins est la priorité du gouvernement* :

Patrick Fraisseix
Maître de conférence
en droit public,
université Paris 8

c'est le cœur du projet de loi». Et il illustre aussitôt son propos par la constitution du dossier médical personnel (DMP) et la construction de parcours de soins autour du médecin traitant. Ces deux mesures phares de la réforme seront, par la suite, également présentées comme des éléments de « responsabilisation » des acteurs du système de soins. Le ministre cite en fin de démonstration la « nouvelle gouvernance de l'assurance maladie », nouvelle « cartographie » d'institutions et organisations respectueuses du paritarisme et des spécificités des régimes.

Soigner mieux :

Organiser mieux, pour dépenser mieux n'est toutefois pas un objectif suffisamment mobilisateur auprès des assurés sociaux. Face à des patients de plus en plus « consuméristes », c'est le thème de la qualité des soins qui est le plus fédérateur. Dès lors, aucun discours sur la réforme de l'assurance maladie ne sera diffusé sans que cet objectif ne soit décliné.

C'est le chef de l'État qui, lors du 37^e congrès de la Mutualité à Toulouse le 12 juin 2003, lance cet objectif : « pour que notre pays conserve durablement un système conciliant liberté et solidarité, nous devons veiller, soignants, patients, gestionnaires, dans un esprit de responsabilité, à ce que chaque euro dépensé soit réellement utile à la santé. Cela suppose de mettre la qualité et la responsabilité au cœur de notre système de santé ».

Lors de son audition du 17 juin 2004 par la Commission spéciale de l'Assemblée nationale, le ministre de la Santé n'omet donc pas de signaler que « le fil rouge de la réforme est la promotion de la qualité des soins » et il illustre tout particulièrement son propos par l'évaluation de l'utilité médicale avec la Haute Autorité de santé.

L'architecture de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004

Les 76 articles de cette loi s'organisent autour de trois titres.

S'agissant de « l'un des piliers du contrat social français », selon les termes du rapporteur de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale Jean-Michel Dubernard (rapport n° 2208 du 23 mars 2005 sur la mise en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), ils sont toutefois précédés d'un article 1^{er} visant à rappeler solennellement les principes fondateurs de l'assurance maladie, à l'instar des trois premiers articles de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui rappellent eux aussi les principes ayant guidé la réforme.

Certes, la portée normative de cette disposition est relative tant il semble peu probable qu'un juge apprécie comme fondé un recours contre un règlement ou arrêté s'appuyant sur ces déclarations de principe. Néanmoins, cet article est significatif car il modernise les principes ayant fondé la création de la sécurité sociale en 1945

et vise à rassurer partenaires et assurés sociaux quant à la portée de la réforme.

Les principes ayant fondé la création de la sécurité sociale étaient surtout axés sur l'accès aux soins et les revenus de remplacement. Depuis, d'autres préoccupations ont émergé, telles la qualité des soins. De ce point de vue, cet article 1^{er} apporte une novation en faisant un rappel solennel, dans le Code de la sécurité sociale, des impératifs de qualité des soins, d'efficience et de prévention.

Le nouvel article L. 111-2-1 du Code de la sécurité sociale se compose de deux alinéas : le 1^{er} souligne l'aspect solidaire de l'organisation de l'assurance maladie. Le second rappelle les principes de l'accès de tous à des soins de qualité, dans le cadre d'un système efficient.

Le 1^{er} alinéa constitue le rappel du socle philosophique du système d'assurance maladie français. Il indique tout d'abord que la nation est attachée à une « assurance maladie obligatoire et universelle ».

S'agissant de l'universalité du régime de l'assurance maladie, il est à noter qu'elle recouvre désormais l'introduction de la couverture maladie universelle avec la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, qui a étendu la couverture de base à l'ensemble de la population. Selon la rédaction retenue par le législateur, l'assurance maladie doit assurer une « protection » indépendante de l'âge ou de l'état de santé de la personne. Le terme de « protection » est un rappel du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, qui dispose : « La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé [...] ». Cette protection indépendante de l'âge et de la santé est une spécificité du système français et l'éloigne des systèmes à logique assurantielle, susceptible de sélectionner les « bons risques » et rejeter les « mauvais ».

L'article 1^{er} rappelle ensuite que la nation affirme le caractère solidaire du financement de l'assurance maladie et que chacun « contribue à ce financement selon [ses] ressources ». L'application de ce principe conduit notamment à ce qu'une personne ne soit pas appelée à contribuer plus à l'assurance maladie en raison d'un état de santé dégradé, du nombre élevé de ses ayants droit ou de son comportement, qui peut pourtant l'amener à dégrader son état de santé. La contribution est dépendante des ressources : ainsi, la cotisation sociale généralisée (CSG) est proportionnelle à la quasi-totalité des revenus perçus par la personne.

Le second alinéa de l'article s'inscrit plus dans le registre du qualitatif et de l'efficience : « Les régimes d'assurance maladie favorisent un accès effectif de tous les assurés sociaux aux soins, notamment par une bonne répartition de l'offre de soins sur le territoire national ». Il faut pourtant noter que les caisses d'assurance maladie ne disposent pas d'outils leur permettant de modifier cette répartition de l'offre, qu'il s'agisse du nombre de

professionnels de santé, des modalités de l'installation des libéraux en ville ou de l'offre hospitalière. C'est à l'État qu'il appartient de fixer le *numerus clausus*, de définir le nombre de postes ouverts par discipline et spécialité à l'issue des résultats de l'examen national classant ou de fermer un établissement hospitalier via l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Ce second alinéa introduit ensuite une nouveauté par rapport aux principes de 1945 en précisant que les régimes de l'assurance maladie « font bénéficier tous les assurés sociaux des progrès de la médecine ». En outre, ils contribuent à assurer la « coordination et la qualité des soins dispensés ». Là encore, force est de constater que c'est l'État qui exerce le plus de responsabilités en matière de garantie de qualité des biens et services médicaux, grâce à la réglementation, au réseau d'agences sanitaires et aux corps d'inspection. Les régimes de l'assurance maladie ne sont pas totalement absents de ce domaine, notamment grâce au contrôle médical, mais leur action reste marginale.

Enfin, la dernière phrase du nouvel article L. 111-2-1 du Code de la sécurité sociale correspond à l'une des idées maîtresses de la loi du 13 août 2004 puisqu'elle indique que les régimes de l'assurance maladie « veillent à un usage efficient des ressources » qui leur sont consacrées par la nation. Il s'agit du fameux « soigner mieux en dépensant mieux ».

Nous en arrivons ensuite aux trois titres de la loi. Le premier (articles 2 à 34) porte sur « l'organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisées des dépenses de santé ». Il se divise en quatre sections. La première section (art. 2 à 11) traite de l'aspect le plus spectaculaire de la réforme du point de vue des patients, à savoir « la coordination des soins », avec les deux mesures phares que sont l'instauration du dossier médical personnel (DMP) et le dispositif du médecin traitant. La deuxième section sur « la qualité des soins » (art. 12 à 19) concerne essentiellement les professionnels de santé : elle traite de l'évaluation et de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle. La troisième section (art. 20 à 29) relative aux « recours aux soins » est plus disparate, avec les dispositifs de participation forfaitaire des assurés (le 1 euro non remboursé) ou de contrôle renforcé des arrêts maladie. Enfin, la quatrième section (art. 30 à 34) porte sur le médicament (élargissement de la définition du générique, amélioration du conditionnement, logiciels d'aide à la prescription médicale...).

Le titre 2 (art. 35 à 69), intitulé « dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie », fonde « la nouvelle gouvernance », formule destinée à désigner la volonté de donner « un pilote à l'assurance maladie », en l'occurrence l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Il se divise en six sections.

La première (art. 35 à 37) instaure la Haute Autorité de santé (HAS), chargée d'une évaluation objective et indépendante de l'utilité médicale. La volonté sous-jacente est de trouver un acteur qui aura la légitimité de définir le

panier de soins, c'est-à-dire ce qui a vocation à être pris en charge par l'assurance maladie. Ainsi, il est à parier que cette instance aura à se pencher sur des traitements ne faisant pas l'unanimité de la communauté médicale, tels l'homéopathie ou les cures thermales. La deuxième section (art. 38 à 40), sur les objectifs de dépenses et de recettes, instaure des instances de contrôle telles la MECS ou le Comité d'alerte des finances sociales. La section 3 (art. 41 à 47) est consacrée aux « compétences des organismes d'assurance maladie en matière de remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables ». La section 4 (art. 48 à 52) porte sur le dispositif conventionnel. Elle s'est traduite par la signature de la nouvelle convention médicale du 12 janvier 2005 entre l'Uncam (Union nationale des caisses d'assurance maladie) et trois syndicats majoritaires représentatifs des médecins libéraux. L'avant-dernière section dédiée à l'organisation de l'assurance maladie (art. 53 à 65), porte création des nouvelles instances chargées de piloter l'assurance maladie : Uncam, Unoc (Union nationale des organismes complémentaires), UNPS (Union nationale des professions de santé), l'Institut des données de santé... Enfin, la section 6 (art. 66 à 69) traite de l'organisation régionale avec la possibilité de créer et expérimenter une agence régionale de santé (ARS).

Le dernier titre (dispositions relatives au financement de l'assurance maladie : art. 70 à 76) correspond aux mesures législatives indispensables à la mise en œuvre du plan de redressement financier accompagnant la réforme.

L'apport du Parlement

Alors que la précédente réforme d'envergure de l'assurance maladie avait été adoptée par voie d'ordonnances, la phase parlementaire a été, tout comme la concertation préalable avec les partenaires sociaux, amplement valorisée.

En terme purement quantitatif, on constate que le projet de loi initial déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 16 juin 2004 comprenait 45 articles. Le texte définitivement publié au *Journal officiel* du 17 août 2004 contient 76 articles, soit 31 articles supplémentaires.

À l'occasion de l'examen à l'Assemblée nationale le 30 juillet 2004 du texte issu de la commission mixte paritaire, le ministre de la Santé et de la Protection sociale, Philippe Douste-Blazy, s'en est réjoui en ces termes : « Nous allons conclure l'examen du projet de réforme de l'assurance maladie. Les 190 heures de débat de la première lecture ont été très riches ; plus de 500 amendements ont été adoptés, issus de la majorité comme de l'opposition. »

Le Parlement s'est tout d'abord illustré en se préoccupant de rassurer les assurés sociaux quant au respect de leur vie privée et de protéger les personnes les plus faibles, à l'occasion de l'instauration du dossier médical personnel (DMP).

À l'heure où nos voisins européens tels les Pays-Bas

La réforme de l'assurance maladie

privatisent leur assurance maladie et font obligation aux médecins de transmettre le dossier de leurs patients aux assureurs, la préoccupation des députés et sénateurs français envers le respect du secret médical est loin d'être anodine.

Ainsi, le Parlement a décidé que l'accès au dossier médical ne pourra être exigé préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application, même avec l'accord de la personne concernée. De même, il a voulu que le dossier médical

personnel ne soit pas accessible dans le cadre de la médecine du travail. Il a prévu à cet effet que tout manquement à ces interdictions sera passible d'une peine pouvant aller jusqu'à 15 000 euros d'amende et un an de prison.

Dans la même perspective, s'agissant des informations que les professionnels de santé transmettront à la Haute Autorité de santé, le Parlement a expressément prévu que ces dernières auront été préalablement rendues anonymes.

Une conjonction législative favorable à une maîtrise des dépenses d'assurance maladie ?

Pierre-Henri Bréchat
 Praticien hospitalier, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière (AP-HP)

Patrice François
 Professeur des universités, praticien hospitalier, département de veille sanitaire, centre hospitalier universitaire de Grenoble

Christophe Segouin
 Praticien hospitalier, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière (AP-HP)

La loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 (LRAM) pourrait être une énième réforme de l'assurance maladie si elle n'avait pas été pensée en complémentarité avec les deux autres lois évoquées ci-dessous, qui structurent le pilotage de la santé publique par l'État. Ces complémentarités législatives constituent une opportunité pour la réussite de cette réforme, d'autres facteurs pouvant aussi y concourir comme la croissance économique.

La loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (Lolf) donne à l'Assemblée nationale pouvoir pour évaluer toutes les actions de l'État. L'attribution des budgets sera déterminée, à partir de 2006, au vu des résultats (pour des durées de un à cinq ans) de chaque programme. Le ministère en charge de la Santé a commencé à s'organiser en ce sens, en définissant trois missions : santé, sécurité sanitaire, solidarité et intégration. Chacune de ces missions est déclinée en programmes pour lesquels des « projets annuels de performance » quantifiables ont été définis.

Pour s'adapter à la nouvelle gouvernance induite par la Lolf, le ministère en charge de la Santé a défini avec la loi relative à la politique de santé publique du 15 août 2004 (LRPSP), un cadre national qui permet à l'ensemble des acteurs des différents ministères d'inscrire leur action dans la réalisation des priorités de santé

publique. Ce faisant, il prend en compte deux spécificités de l'action de santé publique : des effets qui se mesurent sur le moyen ou long terme (dix à vingt ans) et qui mobilisent des moyens dépendant de différents ministères. Le dispositif qui en découle s'inscrit dans une perspective de continuum prévention — soins — réadaptation — sécurité sanitaire — enseignement — recherche. La LRPSP met ainsi en place une nouvelle gouvernance pour les ministères concernés par la politique de santé. Elle leur permet de piloter des actions selon des objectifs de santé publique accompagnés d'objectifs d'évaluation (Lolf).

De son côté, la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 (LRAM) met en place une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et du pilotage des établissements de santé. L'État contrôle les assurances maladie obligatoires et favorise des partenariats avec les assurances maladie complémentaires. La LRAM s'appuie sur d'autres réformes en cours comme « Hôpital 2007 » : tarification à l'activité dans les services de soins et organisation en pôles d'activités ; et la tarification des actes de la médecine ambulatoire.

L'ensemble des nouvelles missions et structures des LRAM et LRPSP va ainsi permettre aux ministères de définir, de mettre en œuvre et d'évaluer des politiques de santé et d'assurance maladie. Les

ministres ont notamment pouvoir de nommer le directeur général de l'Uncam et contrôlent les différents conseils et comités. L'Assemblée nationale évalue ces politiques (LRAM, Lolf) et discute pour voter les lois et financements concernant la santé et l'assurance maladie. La conjonction de ces dispositions est exceptionnelle dans l'histoire du pilotage des politiques de santé : le rôle de l'État, des ministères et de l'Assemblée nationale, est renforcé dans les domaines de la santé et de l'assurance maladie par un triple dispositif législatif combiné. L'État définit la politique de santé et garantit l'égal accès à des soins de qualité avec un équilibre pluriannuel des régimes sociaux. Cet ensemble peut être un exemple des contre-pouvoirs administratifs mis en place pour faire face aux menaces qui pèsent sur les systèmes financés par des assurances maladie obligatoires. Il peut aussi montrer qu'un double mouvement est en cours : mise en cohérence de l'action publique et centralisation d'un pouvoir fort à même de faire évoluer les comportements et les pratiques tout en pesant sur les lobbies, accompagné de financements et de nouvelles gouvernances. Il reste aux responsables administratifs, professionnels et à la population à construire autour de ces changements un consensus du national au local, profond et durable, pour que tous participent à gagner les défis de santé publique présents et à venir. ■

Il a été indiqué que les professionnels de santé devront remplir le dossier médical personnel (DMP) dans le respect des dispositions du Code de la santé publique sur le respect de la vie privée et le secret médical, en particulier le droit pour le patient de n'être pas informé. Cette précision a été motivée par le fait que, dans la mesure où le DMP sera consultable sur Internet, des précautions particulières s'imposent pour certaines données sensibles. Dans le même esprit, il a été précisé que seuls les professionnels de santé habilités des établissements de santé pourront reporter sur le DMP les résumés de séjour.

Toutefois, ce souci de confidentialité n'a pas été exclusif. La préoccupation d'efficacité a été également forte. Ainsi, les parlementaires ont souhaité prendre des garanties pour que le DMP ne connaisse pas les mêmes déboires que le précédent carnet de santé, prévu par la réforme Juppé. L'utilisation du dossier médical par les professionnels de santé constituera, à compter du 1^{er} janvier 2007, une condition d'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins. Par ailleurs, les professionnels de santé seront tenus d'attester, lors de l'établissement des documents servant au remboursement, qu'ils ont pu accéder au DMP du patient.

Soucieux de protéger les plus fragiles, les députés ont également souhaité, lors de la création du parcours de soins, éviter que les personnes s'adressant directement aux spécialistes, sans passer par un médecin traitant, ne soient favorisées, notamment en termes de délais. C'est la raison pour laquelle a été solennellement réaffirmé le principe général de non-discrimination des patients.

Le Parlement s'est ensuite fait le protecteur de la famille en précisant que le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Il s'agit uniquement du choix du médecin, le déroulement de la consultation supposant le colloque singulier entre le médecin et l'adolescent. Ce souci n'est pas non plus anodin, dans la mesure où ces dernières années l'adolescent s'est vu reconnaître un espace de liberté de plus en plus large en matière médicale, tout particulièrement avec la loi du 4 juillet 2001 sur l'interruption volontaire de grossesse supplantant l'autorisation parentale pour les mineures. Il y a là des évolutions contradictoires.

Les parlementaires se sont illustrés par leur souci d'améliorer le dispositif d'information des patients. Tout d'abord, information sur l'offre de soins : ils sont à l'origine d'une disposition de la loi du 13 août 2004 tendant à ce que le gouvernement mette à l'étude la création d'un numéro d'appel national délivrant des informations sur l'offre de soins médicale et permettant aux patients de s'orienter au sein du système de soins. De tels numéros existent en Grande-Bretagne, au Québec, en Australie, et allègent les services d'urgences. Mais

aussi l'information sur le coût des soins. Il sera ainsi possible de faire connaître à l'assuré porteur de la carte Vitale le coût des médicaments dont il bénéficie.

Le Parlement a appuyé le gouvernement dans sa volonté de lutter contre les fraudes. Ainsi, les députés ont prévu, d'une part, l'apposition d'une photographie sur la carte Vitale et, d'autre part, qu'il puisse être demandé au patient admis dans un établissement de santé d'attester de son identité auprès des services administratifs. En matière d'indemnités journalières, les parlementaires ont étendu le dispositif de pénalités financières en cas d'abus ou de fraude aux employeurs qui se servent des arrêts de travail pour contourner l'impossibilité de mettre des salariés en préretraite.

L'apport des parlementaires a été ensuite significatif s'agissant de la nouvelle gouvernance. Ils ont affiné l'ensemble des missions des différents organismes. Ainsi, pour le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, il a été précisé que sa mission d'analyse devra notamment permettre de mesurer l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.

Le Conseil de l'hospitalisation a, quant à lui, été totalement reconstruit et son rôle revu, sachant que la réforme touchait insuffisamment l'hospitalisation, secteur pourtant responsable de plus de la moitié des dépenses d'assurance maladie.

Ainsi, ce conseil fera des recommandations. Lorsque la décision prise par le gouvernement différera de la recommandation du conseil, elle devra être motivée. Le conseil sera informé de chaque projet de protocole d'accords salariaux. De même, il donnera des avis sur l'impact interne des décrets de sécurité sanitaire, en termes financiers et d'organisation. Il y a ainsi un renforcement de la coopération entre l'assurance maladie, désormais identifiée par l'Uncam et l'hôpital.

L'une des instances de la nouvelle gouvernance a même été créée à l'initiative du Parlement : l'Union nationale des professions de santé. Les parlementaires avaient, là encore, en mémoire l'insuffisante adhésion des professionnels de santé à la précédente réforme. Cette union regroupe l'ensemble des représentants de l'ensemble des professions concernées et est chargée d'émettre des avis sur les propositions de décisions de l'Uncam. C'est le pendant de l'Union nationale des organismes complémentaires.

Enfin, le Parlement s'est montré plus ardent promoteur de la régionalisation que le gouvernement. Il est à l'origine de l'instauration d'une coordination plus étroite entre l'ARH et l'Urcam, via les missions régionales de santé (MRS), afin d'améliorer la coordination des soins et la gestion des risques, et de mieux répartir l'offre dans les zones à faible densité médicale. Chaque mission sera dirigée en alternance par le directeur de l'ARH et par celui de l'Urcam, par périodes d'une année. Ce schéma prépare la mise en place future des agences régionales de santé. ■

La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie

La loi 2004-810 du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie met en place une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et du pilotage des établissements de santé. Plusieurs instances interviennent dans ce dispositif.

La Haute Autorité de santé, organisme indépendant, se prononce sur l'efficacité thérapeutique des produits, des actes et des protocoles de soins utilisés ou appliqués par les médecins. La formation des professionnels et l'évaluation des pratiques doivent contribuer à promouvoir une utilisation accrue des bonnes pratiques validées.

Si l'État reste le garant des principes fondamentaux du système de soins et d'assurance maladie, en particulier en matière de santé publique et pour les équilibres économiques, l'assurance maladie se voit confier une délégation de gestion élargie.

Elle est ainsi associée à la définition de la politique hospitalière dans le cadre du Conseil de l'hospitalisation et de la politique du médicament dans le cadre du Comité économique des produits de santé. Elle se voit confier des pouvoirs nouveaux dans le domaine des soins ambulatoires. Cette délégation de gestion renforcée est exercée par des instances de direction renouvelées, à la fois légitimes et responsables. Les conseils définissent les principales orientations de la politique des caisses d'assurance maladie et les directeurs ont reçu les pouvoirs permettant de les mettre en œuvre.

Les régimes d'assurance maladie agiront en partenariat avec les organismes de couverture complémentaire (Unoc) et les professionnels de santé (Unps) afin de favoriser la gestion cohérente des prestations remboursées et de faciliter la relation avec les professionnels de santé et le partage des données de santé. La prééminence de l'assurance maladie obligatoire n'est cependant pas remise en cause.

L'Uncam, Union nationale des caisses d'assurance maladie formée des caisses des trois principaux régimes (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Mutualité sociale agricole, Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes) joue un rôle central dans le pilotage de l'assurance maladie. Elle conclut, dans le cadre d'un partenariat, les conventions fixant notamment les modalités d'exercice des professions médicales et paramédicales.

Le rôle du Parlement

Depuis la réforme de 1996, le Parlement est appelé à voter chaque année une loi de financement de la sécurité sociale. Avant discussion, les parlementaires étudient trois documents : les rapports du Haut Comité

de la santé publique, de la Conférence nationale de santé, de la Commission des comptes de la sécurité sociale, qui font le point sur les priorités de santé et les aspects financiers. Désormais une loi organique permet de donner une perspective pluriannuelle aux lois de financement de la sécurité sociale afin d'en améliorer le pilotage financier. Le vote des parlementaires porte sur un rapport présentant pour les quatre années à venir les prévisions de recettes et des objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires ainsi que l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam). Le Parlement doit en outre fixer les sous-objectifs de l'Ondam par catégories de dépenses. Par ailleurs le Parlement est investi de missions d'évaluation et de contrôle des lois relatives à la sécurité sociale. Il dispose d'un droit d'initiative et de proposition. Il est destinataire de toutes expertises santé et d'informations du Comité d'alerte.

Une mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale est confiée au Parlement.

La Haute Autorité de santé

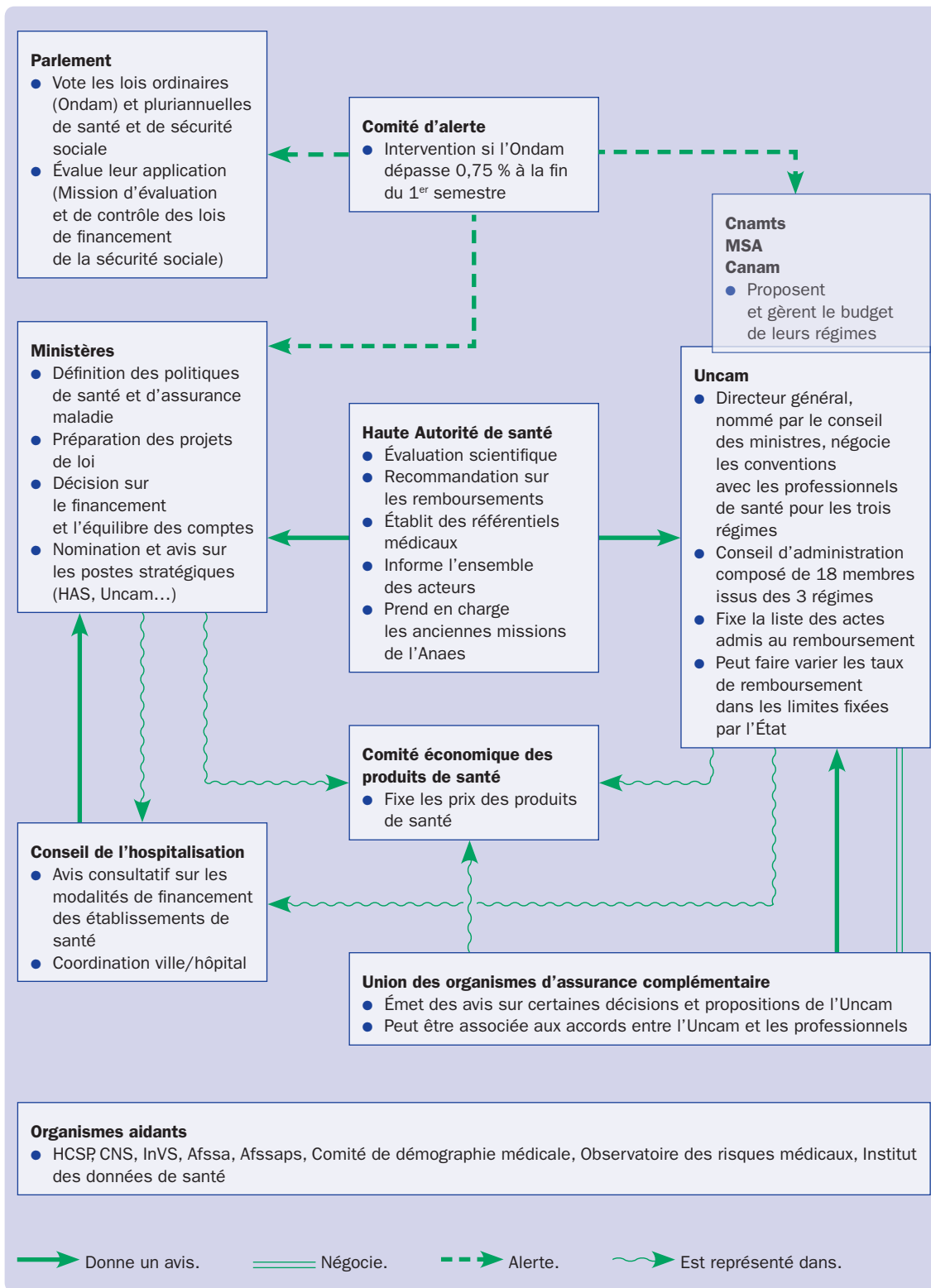
- Elle procède à l'évaluation périodique des services attendus des produits, actes ou prestations de santé et des services qu'ils rendent,
- Contribue par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé, ainsi qu'aux conditions de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée,
- Élabore les guides de bons usages des soins et les recommandations de bonne pratique,
- Établit et met en œuvre les procédures de certification des établissements de santé,
- Participe au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé.

La Haute Autorité de santé, pour l'accomplissement de ses missions travaille en liaison notamment avec l'Afssaps, l'INVS, l'Afssa.

Elle peut être consultée par l'Uncam sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou de catégories de produits.

Le Comité économique des produits de santé

Le Comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par le ministre chargé de la Santé et de la Protection sociale, quatre représentants de l'État, trois représentants des caisses nationales d'assu-



rance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le CEPS contribue à l'élaboration de la politique du médi-

quement, il met en œuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en particulier le comité applique ces orientations à la fixation des prix des médicaments,

au suivi des dépenses et à la régulation financière du marché. Pour mener cette action, le comité peut conclure avec les entreprises ou groupes d'entreprises des conventions portant sur le prix des médicaments et son évolution, sur les remises, sur les engagements des entreprises concernant le bon usage des médicaments et les volumes de vente, sur les modalités de participation des entreprises à la mise en œuvre des orientations ministérielles.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie : Uncam

C'est un établissement public. Elle chapeaute les trois caisses : régime général des travailleurs salariés (Cnam), régime agricole (CCMSA) et le régime des indépendants (Canam). Elle est composée d'un conseil de 18 membres (12 sont issus du régime général, 3 du régime agricole et 3 du régime des indépendants). Le directeur général, nommé en conseil des ministres, est le directeur de la Cnamts. Il négocie et signe l'accord-cadre, les conventions et les contrats régissant les relations avec les professionnels et les centres de santé, ainsi que les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion interrégimes.

L'Uncam doit assurer une meilleure coordination entre les différents régimes de l'assurance maladie, établir des partenariats avec les professionnels de santé et l'Union des organismes complémentaires. Elle a également pour mission la gestion de la nomenclature des actes remboursables et la fixation des taux de remboursement.

Elle a un rôle décisionnel dans la gestion du risque (convention d'objectifs et de moyens).

L'Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaires (Unoc)

Elle est composée de représentants des institutions de prévoyance, des mutuelles et des assurances. Elle participe au Comité économique des produits de santé qui fixe le prix des produits de santé. Elle peut, en accord l'Uncam et les syndicats de professionnels de santé être associée à la signature d'accords conventionnels. Elle émet systématiquement des avis sur les décisions de l'Uncam en matière de prise en charge des actes et prestations, et en matière de taux de remboursement.

L'Union nationale des professionnels de santé (UNPS)

La nouvelle Union nationale des professionnels de santé est composée de 46 membres nommés pour cinq ans, regroupant les représentants de l'ensemble des professions de santé. Elle émet des avis sur les propositions de décisions de l'Uncam en matière de taux de remboursement et examine chaque année le « programme annuel de concertation » avec l'Uncam et l'Union des organismes d'assurance complémentaire.

Le Conseil de l'hospitalisation

Le Conseil de l'hospitalisation est une instance technique chargée de donner des avis au ministre en charge de la Santé. L'État et l'assurance maladie y sont associés pour faciliter la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, et assurer une plus grande transparence des décisions en matière de financement des hôpitaux et des cliniques. Le Conseil, composé de 9 membres contribue à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie. Il émet des recommandations à la fin du premier semestre de chaque année lors de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) sur les montants des objectifs de dépenses d'assurance maladie et des dotations nationales afférentes aux établissements de santé. Avant la fin de chaque année, il donne un avis sur l'ensemble des mesures mises en œuvre dans le cadre de la LFSS (tarifs, dotations nationales et régionales, etc.). Il doit consulter les fédérations représentatives des établissements de santé sur l'ensemble des dossiers dont il la charge, préalablement à l'adoption des avis et recommandations.

La présidence du Conseil de l'hospitalisation est assurée par le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, la vice-présidence par le directeur de la Sécurité sociale.

Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie à la fin du premier semestre de chaque année si les dépenses d'assurance maladie dépassent de 1 % au maximum l'objectif national des dépenses de santé (Ondam) voté par le Parlement. Si tel est le cas, les caisses proposent des mesures de redressement sur l'impact financier, sur lesquelles le comité rend son avis.

L'Institut des données de santé

L'Institut des données de santé est un groupement d'intérêt public. Il a pour mission de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et au partage des données, dans le respect de l'anonymat. Chaque année, il devra remettre son rapport d'activité au Parlement.

L'Observatoire des risques médicaux

L'Observatoire des risques médicaux donne des indications sur les accidents iatrogènes et les infections nosocomiales en lien avec les assureurs.

Le Comité de la démographie médicale

Le Comité de la démographie médicale donne des avis sur le *numerus clausus*. ■

La Haute Autorité de santé : l'acteur de la régulation par la qualité du système de santé

Créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article 35), la Haute Autorité de santé (HAS) est une autorité administrative indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant de l'autonomie financière. Son organisation et son fonctionnement sont fixés par le décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004.

En place depuis le 1^{er} janvier 2005, elle reprend les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), celles de la Commission de la transparence, celles de la Commission d'évaluation des produits et prestations de santé (CEPP) et du Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (Fopim) et s'en voit adjoindre de nouvelles.

Une autorité administrative indépendante pour la santé

L'audiovisuel a le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA). L'informatique, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Les télécommunications ont l'Autorité de régulation des télécommunications (ART), et l'épargne et les marchés financiers ont l'Autorité des marchés financiers (AMF). Le monde de la santé a désormais la HAS. La Haute Autorité de santé est née de la volonté politique d'introduire, sur des bases incontestées, une régulation par la qualité au sein du système de santé français. Instance consultative d'expertise scientifique, elle entend améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et éclairer les pouvoirs publics quant aux décisions de remboursement des produits et services médicaux.

Basée à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), la Haute Autorité de santé comprend un collège de 8 membres dont le président¹, le P^r Laurent Degos, 7 commissions spécialisées présidées chacune par un membre du Collège et 350 agents permanents répartis au sein des services opérationnels dirigés par Alain Coulomb. La Haute Autorité de santé mobilise en outre un réseau de 3 000 experts apportant une contribution de haut niveau aux travaux des commissions ou groupes de travail.

Elle fonde ses avis scientifiques et élabore ses recommandations de bonnes pratiques sur les valeurs essentielles que sont l'indépendance, la transparence et l'impartialité.

1. Les membres du collège sont respectivement désignés, à raison de deux chacun, par le président de la République et par les présidents de l'Assemblée nationale, du Sénat et du Conseil économique et social. Les membres sont nommés pour six ans par décret du président de la République. Le mandat est renouvelable une fois. Le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.

La nouvelle institution est aujourd'hui en ordre de marche et la philosophie de son action est définie.

Redonner confiance aux professionnels et aux patients

Parallèlement à sa mise en place institutionnelle, à la poursuite des travaux engagés et au développement de nouveaux chantiers dans le champ de chacune des commissions qui lui sont rattachées, la Haute Autorité de santé a défini, à l'issue de ses six premiers mois d'activité, les axes stratégiques dans lesquels elle entend inscrire son action dans les années à venir.

Le progrès technique, mais aussi la complexité voire le cloisonnement qui l'accompagnent modifient l'organisation et les conditions du recours au système de soins. Le vieillissement de la population et le poids croissant des maladies chroniques génèrent de nouvelles attentes. Cette double évolution provoque une envolée des dépenses de santé qui met en péril la solidarité dans l'accès à des soins de qualité.

Cela se traduit par une insatisfaction plus ou moins diffuse des professionnels et des patients, par des interrogations croissantes sur la qualité et sur le rapport qualité/prix des actes ou produits de santé, par des critiques des modes de régulation adoptés par les pouvoirs publics, perçus comme reposant trop souvent sur une logique budgétaire, et par des difficultés accrues pour les décideurs de fonder et expliquer des choix délicats.

La réaffirmation de la solidarité comme socle de l'organisation du système de soins français impose de rendre explicites les choix d'organisation et de financement. Elle suppose également une réflexion sur l'organisation et la qualité du système de soins, mais aussi de redonner confiance aux professionnels et aux patients. La création de la Haute Autorité de santé s'inscrit dans cette volonté.

Réguler le système de santé par la qualité

Les objectifs confiés par le législateur à la Haute Autorité de santé visent à promouvoir au sein du système de santé français une régulation par la qualité par quatre voies complémentaires.

- Apporter aux décideurs et financeurs (ministre en charge de la Santé et de la Sécurité sociale et caisses d'assurance maladie) un avis sur la qualité des produits, prestations et actes, et sur leurs conditions de remboursement. Au-delà de la mission de sécurité sanitaire assurée par des agences spécialisées (Afssaps notamment), il s'agit d'évaluer, de façon continue et dans la vie réelle, les actes et les produits en intégrant

Alain Coulomb
Directeur de la Haute
Autorité de santé

le progrès thérapeutique. L'objectif est de privilégier le remboursement par la collectivité nationale de ceux qui apportent le meilleur service médical et de garantir à tous une évaluation reposant sur la transparence et la rigueur scientifique. En d'autres termes, la Haute Autorité de santé est chargée de fournir des éléments d'aide à la décision et au pilotage des politiques de santé, notamment pour permettre une adaptation continue du périmètre des biens et services remboursables conforme à l'évolution des connaissances, des besoins et des priorités collectives.

- Apporter à tous les professionnels de santé les outils de la qualité : recommandations et référentiels de bonne pratique, certification des établissements², méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec la formation continue, labellisation des sites informatiques et des logiciels d'aide à la prescription, etc. La liste des outils disponibles est longue et illustre le travail accompli par les professionnels depuis une dizaine d'années pour promouvoir et mettre en œuvre les démarches qualité. Il appartient ainsi à la Haute Autorité de santé d'apporter aux professionnels un accès simplifié et systématique aux connaissances, aux outils et aux méthodes leur permettant d'améliorer leurs pratiques, de les évaluer, de coordonner les efforts existants et de les accompagner dans leurs démarches qualité.

- Prendre en compte les attentes des patients en matière de qualité des soins. La promotion de la qualité dans le système de soins est une exigence forte des usagers et une condition d'une confiance retrouvée. Porter à la connaissance des patients les démarches qualité engagées par les professionnels constitue une garantie pour le patient. En outre, le rôle du patient est central, en particulier dans les maladies chroniques, ce qui implique l'existence de référentiels adaptés et la recherche de modalités d'information les plus adéquates pour qu'il devienne un acteur de sa santé.

- En s'appuyant sur ces trois premières voies, participer à l'évaluation de la qualité de l'organisation du système de santé et formuler des recommandations visant à son amélioration sous ses différents aspects (équité, pertinence, efficacité). Il incombe, à ce titre, à la Haute Autorité de santé de développer les outils et les indicateurs pour mieux apprécier la qualité de la prise en charge sanitaire de la population, d'identifier les facteurs de progrès mais aussi ceux de la non-qualité, de favoriser les changements de comportement des différents acteurs (professionnels, institutions, patients), et de tracer les voies des adaptations nécessaires.

2. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le terme d'accréditation est réservé à la procédure de gestion des risques médicaux prévue à l'article 16 de cette loi. Elle concerne les médecins et équipes médicales volontaires de spécialités dont la liste sera fixée par décret. La démarche d'évaluation externe spécifique aux établissements de santé est dorénavant désignée par le terme de certification, sans que ce changement d'appellation corresponde au moindre changement de concept.

Cinq axes stratégiques

Afin d'assumer au mieux les missions qui lui sont confiées et d'apporter des réponses aux attentes des différents acteurs du système de santé, la Haute Autorité de santé a défini cinq axes stratégiques.

- Réguler les actions d'amélioration de la qualité : au fur et à mesure que les acteurs du système de santé s'approprient les démarches d'amélioration de la qualité impulsées par ses soins, la Haute Autorité de santé a vocation à être davantage l'instance de régulation fixant les règles du jeu et les cahiers des charges, sélectionnant les organismes opérateurs et évaluant leur action ou garantissant la qualité des méthodes suivies. Il lui appartient également d'évaluer l'impact des démarches qualité. L'évaluation des pratiques professionnelles constitue l'exemple de cette fonction de régulation. La certification des établissements doit, quant à elle, s'orienter vers la mesure du résultat des établissements de santé, ces derniers prenant à leur compte les méthodes et les procédures pertinentes pour garantir et améliorer de façon continue la qualité de leurs prestations. En matière de recommandations, la Haute Autorité de santé a un rôle d'élaboration — pour les priorités de santé publique non traitées par ailleurs —, de labellisation et de diffusion.

- S'appuyer sur une méthode participative et orientée vers les utilisateurs : l'action de la Haute Autorité de santé ne peut se concevoir que si elle implique les

Références législatives

1. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, articles 6 (affections de longue durée – protocole), 14 (obligation d'évaluation des médecins), 16 (accréditation des médecins hospitaliers), 31 (médicament), 35 (HAS), 36 (HAS) et 42 (inscription des actes – gestion de la nomenclature) (*JO* du 17 août 2004).
2. Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de santé et modifiant le Code de la sécurité sociale et le Code de la santé publique (*JO* du 27 octobre 2004).
3. Décret n° 2004-1305 du 26 novembre 2004 pris pour l'application de l'article L. 161-45 du Code de la sécurité sociale relatif aux contributions versées à la Haute Autorité de santé au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du Code de la santé publique (*JO* du 30 novembre 2004).
4. Décret n° 2004-1368 du 16 décembre 2004 relatif aux conditions d'établissement de la liste des actes et prestations remboursables prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale et modifiant le Code de la sécurité sociale (*JO* du 18 décembre 2004).
5. Décret du président de la République du 20 décembre 2004 portant nomination des membres de la Haute Autorité de santé et de son président (*JO* du 21 décembre 2004).

professionnels de santé et les autres acteurs concernés dans ses travaux. Ceci est évident dans les avis qu'elle rend en matière d'évaluation des actes, des produits et prestations où elle s'entoure d'experts participant à ses travaux. Il en est de même pour sa mission de promotion de la qualité dans l'organisation des soins. Le souci de répondre aux attentes de l'utilisateur final (le professionnel de santé ou le patient) doit dicter la forme et les modes de diffusion des travaux.

- Adopter une approche transversale fondée sur une évaluation continue des stratégies de prise en charge : la Haute Autorité de santé rassemble désormais des missions qui étaient auparavant à la charge de structures dissociées. Il lui faut donc adopter une approche globale au service du patient. Au cloisonnement de l'évaluation ponctuelle des actes, produits et prestations, de l'avis sur les conditions de remboursement ou des recommandations de prise en charge thérapeutique, il convient de substituer une approche transversale et cohérente de ces travaux en donnant toute leur place aux pathologies et, en particulier, aux affections chroniques dont le poids va croissant. L'évaluation continue des stratégies de prise en charge doit également s'inscrire dans une perspective large, intégrant la dimension économique, de manière à ce que les décisions sur le remboursement des actes, produits et prestations soient fondées sur un principe d'efficacité.

- Faire de la qualité une composante à part entière

de la régulation du système de soins. La généralisation des démarches qualité est aujourd'hui lancée. Il faut conforter cette dynamique et promouvoir une culture de l'évaluation des résultats. La démarche qualité constitue un précieux point d'appui puisqu'elle apporte des informations qu'il convient d'utiliser pour évaluer la qualité des soins, leur organisation et leur efficacité, et proposer à la discussion des démarches de progrès. Cela suppose toutefois la reconnaissance et la valorisation de la qualité, notamment en créant un lien avec le financement des institutions et la rémunération des professionnels.

- S'inscrire résolument dans une perspective internationale. Cette inscription revêt une dimension plurielle. La première consiste à assurer une veille internationale sur chacun des métiers de la Haute Autorité de santé afin de se situer par rapport aux autres pays. En outre, des échanges techniques sur des sujets ciblés sont développés afin d'utiliser les productions d'autres pays ou de mutualiser certains travaux en veillant à prendre en compte les spécificités de notre système de soins. Au travers de ces deux dimensions, il est également indispensable de bâtir une stratégie d'influence en Europe dans le domaine de l'évaluation et de la qualité en santé. Enfin, face aux demandes émanant de nombreux pays, il est souhaitable d'organiser, en lien avec les autorités compétentes, une stratégie de développement international. 🇫🇷

L'assurance maladie complémentaire et la réforme

La place croissante, mais encore modeste, de l'assurance maladie complémentaire dans le financement des dépenses de santé est d'abord le miroir des évolutions de l'assurance maladie obligatoire. Le 4 octobre 1945, cette dernière couvre moins de la moitié de la population, mais avec un taux de prise en charge élevé : 80 % des soins médicaux par exemple. L'histoire des années suivantes est donc celle d'une extension progressive de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à toute la population et d'une diminution régulière de cette prise en charge conduisant une proportion croissante de la population à rechercher une couverture complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une compagnie d'assurance ou d'une institution de prévoyance. Il était donc logique que l'assurance maladie complémentaire (AMC) soit reconnue comme un financeur nécessaire et légitime des soins, ce que réalise la loi du 13 août 2004 même si cette réforme reste, pour l'essentiel, à mettre en œuvre et à compléter pour avoir vraiment du sens.

Que sont les complémentaires ?

L'AMC finance aujourd'hui 13 % du total de la consommation médicale. Sa place est donc modeste, mais augmente régulièrement. Contrairement à une idée reçue, cette croissance n'est pas due pour l'essentiel (du moins jusqu'à ce jour) au désengagement de l'AMO, mais à la diminution du reste à charge des ménages.

Une répartition très diversifiée

Évoquer l'AMC ne doit pas occulter l'extrême diversité du secteur, laquelle est connue et reconnue sur un plan organique même si on utilise couramment le terme mutuelle comme un générique. De même sait-on que les 13 % de prise en charge précités sont en réalité très divers puisque la part AMC varie de 3,8 % des dépenses hospitalières à 36 % des dépenses dentaires et à 30 % des dépenses d'optique (tableau 1). Moins connue en revanche est la place occupée par chacune des trois familles de complémentaires, très différente selon qu'on prend en compte les seules dépenses de

Gilles Johanet

Directeur adjoint
des AGF

La réforme de l'assurance maladie

soins, ce qui place alors la mutualité largement en tête (tableau 2) ou qu'on englobe également les prestations en espèces auquel cas mutuelles et assureurs font presque jeu égal. Évoquons également deux autres clivages qui méritent attention : d'une part, le partage entre assurance santé individuelle (où les mutuelles prédominent) et assurances collectives ou d'entreprises, dans lesquelles institutions de prévoyance et assurances privées sont fortement impliquées. D'autre part, un positionnement différent des trois familles sur la gamme des offres : les mutuelles ont largement investi les produits d'entrée de gamme et les produits simples, ce qui facilite d'ailleurs leur maîtrise des frais de gestion. Les assureurs, en revanche, ont pu constater à leurs dépens que les produits haut de gamme et complexes étaient non seulement coûteux à gérer, mais souvent déficitaires en raison de l'anti-sélection qu'ils suscitaient.

Ces quelques éléments, très simplifiés, qui s'inscrivent au surplus dans une histoire, un cheminement très différent pour chacune des trois familles, créent une situation paradoxale. Pour agir, chaque famille part de son acquis et met donc en avant, volontairement ou non, sa diversité alors que les assurés mais aussi les pouvoirs publics, l'AMO considèrent avant tout la fonction, commune, de financeur de l'AMC sans s'attarder ni bien connaître ce qui distingue voire sépare ses membres. Il en résulte des quiproquos et des

déceptions qui, pour être surmontés le plus souvent, rendent laborieuse la progression de la coopération entre AMO et AMC.

Une concurrence très forte

La différence la plus profonde entre AMO et AMC tient à ce que la première voit sa clientèle définie institutionnellement, alors que la seconde agit dans un univers de plus en plus concurrentiel. Le dynamisme, mais aussi les rigidités qui en résultent agissent non plus seulement par famille mais aussi au niveau de chaque compagnie, institution de prévoyance ou mutuelle. Cette situation a trois sortes de conséquences : d'abord, une réelle difficulté marquant aujourd'hui la coordination des analyses et des objectifs et demain la mise en commun des moyens pour répondre aux attentes du marché. Ensuite, des stratégies différentes de concentration : la mutualité privilégie avec ténacité le regroupement des petites mutuelles, ce qu'entreprennent aussi les institutions de prévoyance alors que les compagnies d'assurance agissent sur un marché qui n'est pas limité au risque santé ni au territoire national, ni même européen.

L'AMC et la réforme

La grande majorité des quarante et plus plans de rééquilibrage qui se sont succédé depuis le début des années cinquante avaient des visées purement financières, l'assurance maladie étant « traitée » en soi et non comme une composante majeure du système de soins, lequel n'est d'ailleurs pas appréhendé comme un outil essentiel d'une politique de santé publique. L'évolution en faveur d'une approche systémique fut fort lente, laborieuse et reste inachevée, mais la loi du 13 août 2004 est une étape qu'on ne peut négliger parce qu'elle représente un mélange inédit de chances et de risques.

À son actif on relèvera la définition de trois principes fondamentaux définissant le système de soins dans son ensemble (accès aux soins, dispensation et prise en charge), à savoir la coordination des soins, la circulation des données de soins et l'assuré décideur. Les deux premiers principes annoncent l'abandon de la vieille vision franco-française des soins réduits au seul colloque singulier. Le troisième est plus novateur

tableau 1

Répartition des dépenses de soins 2004, en milliards d'euros

	Total	Hôpital	Dentaire	Optique ¹
Régime obligatoire	113,0	60,2	3,0	3,4
Organismes complémentaires	18,7	2,5	3,1	2,4
Sociétés d'assurance	4,4	0,6	0,8	0,6
Mutuelles	10,5	1,3	1,6	1,1
Institutions de prévoyance	3,8	0,6	0,7	0,7
Ménages	13,1	1,6	2,4	2,2
Total	144,8	64,3	8,5	8,0

Source : FFSA août 2005.

1. Catégorie « autres biens médicaux ».

tableau 2

Répartition des dépenses entre complémentaires 2004, en milliards d'euros

	Frais de soins	Prestations en espèces	Total	Part de marché soins	PDM total (y.c. espèces)
Organismes complémentaires	18,4	11,4	29,8	100 %	100 %
Sociétés d'assurance	4,0	7,1	11,1	22 %	37 %
Mutuelles	10,8	1,4	12,2	59 %	41 %
Institutions de prévoyance	3,6	2,9	6,5	20 %	22 %

Source : FFSA août 2005.

puisqu'il modulant la prise en charge des soins en fonction du degré d'adhésion de l'assuré à une démarche de soins.

Au passif s'imposent l'absence de rééquilibrage financier, qui met en cause la cohérence réformatrice, et une application très inégale de cette dernière en fonction des prudences gouvernementales.

La logique de la réforme implique l'AMC

Faute d'une réflexion approfondie et d'un large débat, notre pays hésite depuis vingt ans entre les différentes logiques de régulation, qu'on oppose d'ailleurs de façon simpliste alors que c'est dans un mixage, délicat à définir et à mettre en œuvre mais incontournable, que se dessinera l'équilibre entre offre et demande de soins. L'école du découplage entre dépenses de soins, qui évolueraient librement, et dépenses d'assurance maladie, qui seraient encadrées, a l'avantage de souligner qu'aucune assurance maladie au monde ne peut avoir l'ambition de rembourser tout ce qui est médicalement utile, une répartition optimale des tâches entre AMO et AMC ne changeant rien à l'affaire. L'école de l'enveloppe globale de dépenses ou de la « maîtrise comptable », tant décriée, a le mérite de rappeler qu'il y a toujours une enveloppe et que vouloir que celle-ci soit implicite n'est pas précisément le gage d'un pilotage optimal, sur les plans politique et économique. L'école de la maîtrise médicalisée, enfin, replace le principe d'utilité médicale au cœur de la démarche de régulation et donc l'objectif de performance médicale au même rang que l'objectif de performance économique.

La loi du 13 août 2004 proclame une priorité en faveur de la régulation médicalisée sans pour autant rejeter les deux autres modes de régulation. Ce faisant, en modulant ou subordonnant la prise en charge des soins à leur degré d'utilité médicale, elle pose l'exigence d'une mise en cohérence des prises en charge de l'AMO et de l'AMC. Dès lors que sont dégagés des critères objectifs de prise en charge, des politiques différentes de remboursement s'assimileraient à un gaspillage.

La mise en œuvre de la régulation médicalisée sera progressive, à la mesure des évaluations d'efficacité thérapeutique opérées sous la houlette de la Haute Autorité de santé. Elle signifie la fin d'un demi-siècle d'indifférence confortable entre l'AMO et l'AMC, ainsi que de rêves respectifs d'absorption réciproque. Un partenariat devient nécessaire dont la réforme jette les bases, dans l'ambiguïté.

Un partenariat ambigu

Partenariat nécessaire tant il est vrai qu'aucun opérateur ne pourrait se permettre d'afficher son indifférence, voire son hostilité, à l'objectif de performance médicale qui fait potentiellement consensus. Pour autant peut-on parler d'un partenariat souhaité ? Entre AMO et AMC prévaut la circonspection pour ne pas dire la méfiance, et entre AMC, la vigilance. La création de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie

(Unoc ou Unocam) fut laborieuse car il fallut du temps pour faire admettre que le consensus entre les trois familles d'AMC était le seul principe de fonctionnement possible, ce que n'annoncent pas spontanément les modalités de calcul discrètement adoptées lors du vote de la loi du 13 août, éliminant les prestations en espèce de l'assiette des dépenses servant à déterminer l'importance respective de chaque famille. Au-delà, un fonctionnement satisfaisant de l'Unoc apparaît probable car ce qui rapproche les trois familles d'AMC l'emporte nettement sur ce qui les sépare ; mais la banalisation qui en résulterait pour chaque famille sera-t-elle également acceptée ?

La complexité marque également les relations entre Unoc et Uncam. L'AMO a quelques raisons de considérer que l'entrée des complémentaires dans le jeu des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé ne serait pas un facteur de simplification. La mise en cohérence des prises en charge passe pourtant par une concertation étroite entre AMO et AMC qui ne prend pas nécessairement la forme d'une participation à des séries de réunions nocturnes aux résultats incertains. Un partage des analyses, de la définition des objectifs, préalablement à l'ouverture de négociations conventionnelles, apparaît essentiel mais reste aujourd'hui à engager.

L'ambiguïté marque également la définition et la mise en œuvre des contrats dits « responsables » par la loi du 13 août. Le qualificatif est déjà symbolique d'une approche biaisée d'une articulation nécessaire entre AMO et AMC pour inciter les assurés à respecter le parcours de soins. *A priori*, que l'État veuille accroître l'efficacité des déductions fiscales et sociales attachées aux complémentaires maladie ne peut qu'être approuvé, mais peut-on laisser sous-entendre que toutes les complémentaires maladie seraient irresponsables ? C'est malheureusement l'interprétation que privilégie le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son avis d'octobre 2005 relatif aux organismes complémentaires d'assurance maladie. De même, le vote à l'initiative du gouvernement d'une disposition du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ne laisse pas d'inquiéter puisqu'elle donne un délai de deux ans pour « mettre en conformité » les contrats complémentaires maladie couvrant les seuls risques hospitaliers : la complémentaire devra donc, à l'avenir, porter obligatoirement sur les soins de ville ?

Paradoxalement pourtant, la recherche d'une meilleure performance s'arrête à mi-chemin, comme le démontre l'analyse du champ d'application des contrats responsables. La prise en charge exigée des actes et prescriptions du médecin traitant fait d'autant moins débat que la quasi-totalité des contrats couvrent déjà ces dépenses. Tout au plus constatera-t-on, à l'usage, que le paiement à l'acte est, au passage, sanctuarisé et systématisé. L'interdiction de prise en charge des dépassements d'honoraires hors parcours de soins est, en revanche,

une expression insolite de la responsabilité dans la mesure où celle-ci est non partagée puisque des dépassements sont autorisés par la réforme et intéressent donc les professionnels de santé à sa non-application. Au-delà, la limitation de l'application du dispositif de coordination des soins à la résidence habituelle de l'assuré — c'est-à-dire, en droit, au territoire de sa commune —, l'exclusion des soins hospitaliers et, enfin, l'extrême complexité tarifaire créée par l'accord conventionnel de janvier 2005 rendent incertaines la cohérence et donc la lisibilité du parcours de soins par les assurés. Certes ces insuffisances pourront être corrigées progressivement pour que la mise au jour des insuffisances de la réforme ne conduise pas à remettre en cause sa logique initiale.

Le poids de la contrainte financière

L'assurance maladie n'équilibre plus ses comptes depuis près de quinze ans et le pays s'en est accommodé, appréciant les avantages d'un recours à l'emprunt sans cesse renouvelé *via* la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) instaurée en 1995, sans avoir pleinement conscience du fait que le coût très élevé sur une longue période du crédit n'a été rendu supportable que grâce à la baisse forte des taux d'intérêt longs. Un pas de plus a été franchi avec le volet financier du plan de rééquilibrage d'août 2004, dont le caractère votif était manifeste. Un an a donc suffi pour que soit reconnu l'irréalisme de l'objectif de retour à l'équilibre des comptes de l'AMO en 2007. Cette donnée est considérée avec la plus grande attention par l'assurance maladie complémentaire, qui sait d'expérience combien est forte la tentation de multiplier les transferts de dépenses de l'AMO vers l'AMC sans autre but que de soulager les comptes du régime général. La reprise de cette pratique, sous l'empire de la nécessité, hypothèquerait fortement le partenariat AMO-AMC qui est un des moteurs de la réforme.

C'est dans cette perspective que doit être considérée la création d'une franchise de dix-huit euros sur les actes lourds. Cette décision, qui est une innovation profonde pour l'AMO, est en revanche d'un classicisme déconcertant pour l'AMC. La mesure elle-même n'a fait l'objet d'aucune concertation, ni même d'une information préalable, le « souhait » d'une prise en charge par l'AMC a été immédiat, le calcul du coût de la mesure a été renvoyé à la fin du débat parlementaire, ce qui est logique, alors que le principe même d'une hausse des tarifs complémentaires en 2006 a été fustigé d'emblée, ce qui l'est beaucoup moins... On voit mal, dans ces conditions, comment les trois familles d'AMC n'auraient pas le sentiment, aigu, d'être instrumentalisées. Au-delà, le fait que cette nouvelle franchise ne puisse en rien modifier le comportement des assurés et ne se rattache pas du tout à la maîtrise médicalisée jette un doute sur la volonté des pouvoirs publics de privilégier la cohérence de la réforme et, partout, le partenariat AMO-AMC.

Un triple défi

Le principe même d'une réforme par étapes du système de soins et d'assurance maladie peut bien sûr être regretté, en considérant toutefois que l'attentisme a prédominé depuis des décennies dans ce domaine et donc que l'action, même partielle, représente une rupture salutaire. Encore est-il nécessaire que les étapes à venir renforcent la cohérence de la réforme ce qui, pour l'assurance maladie complémentaire représente un triple défi.

Le défi du partenariat

Dans le système de soins français l'AMO sait quels soins elle finance mais n'a pas le droit de les sélectionner.

En revanche l'AMC a le droit de choisir ce qu'elle rembourse mais n'a pas le droit de connaître la nature de ces remboursements...

Le partage soigneux des droits et interdits crée une paralysie globale qui constitue le vice fondamental du système : les notions de qualité et de pertinence des soins, qu'on proclame essentielles, sont en réalité escamotées. Implicitement, le système continue de fonctionner comme si les ressources en hommes, en temps et en argent étaient illimitées, ce qui est la plus sûre méthode pour les gaspiller.

Si l'étapisme marquant la réforme peut expliquer que le principal handicap affectant l'AMO, à savoir le conventionnement automatique de l'offre de soins, n'ait pu être réformé, ni même d'ailleurs débattu, il est plus discutable que le handicap symétrique affectant l'AMC, à savoir l'interdiction d'accès aux données de soins, ait été intégralement maintenu et, là encore, sans débat. En effet, le maintien de l'AMC dans son état actuel de payeur aveugle interdit tout véritable partenariat avec l'AMO destiné à améliorer la performance médicale des deux prises en charge. L'urgence d'une clarification est pourtant évidente : la mise en place de la classification commune des actes médicaux techniques (CCAM) signifie, avec la disparition des lettres clés, la perte des derniers éléments de savoir dont disposaient les complémentaires. Sur le fond, la mise en œuvre du principe de l'assuré décideur rend l'opacité intenable : une place grandissante sera accordée aux choix individuels des assurés selon qu'ils s'engagent ou non dans une démarche de soins, rendant obligatoire la traçabilité de ces choix. Peut-on imaginer sérieusement une modulation croissante des remboursements de l'AMC tout en interdisant à celle-ci de savoir à quoi correspond cette modulation ? La situation de dépendance absolue dans laquelle seraient placées les complémentaires serait simplement intenable.

Le défi de l'efficacité

Le défi immédiat de l'efficacité porte sur les tarifs, et donc la performance économique et financière du système de soins en général et des remboursements des complémentaires en particulier. Celles-ci ont longtemps considéré que toute croissance du chiffre d'affaires

était *a priori* bonne à prendre. Aujourd'hui le développement d'une approche qualité-prix chez les assurés, renforcé par une intolérance croissante à l'égard des hausses de tarif, oblige l'AMC à rapprocher l'accroissement du chiffre d'affaires de celui, correspondant, de la satisfaction qu'en retire l'assuré. Dans ce cadre, la montée continue des dépassements d'honoraires est un sujet particulièrement sensible, qu'il s'agisse des dépassements irréguliers du secteur 1 et du secteur 2 (non-respect du tact et de la mesure) ou de ceux autorisés par les accords conventionnels.

En créant de nouvelles possibilités de dépassement et surtout en augmentant très fortement le nombre de tarifs, variant désormais en fonction de l'âge du patient, de l'heure et du jour de la consultation, de la pathologie, de la spécialité médicale, de l'inscription ou non dans le parcours de soins, etc., la convention a mis en place une combinatoire tarifaire que les complémentaires peuvent d'autant moins maîtriser que le contrôle du respect des tarifs exigerait l'accès à certaines données de soins... À défaut d'un accès rapidement ouvert à ces données, la logique exige que l'AMO se porte garant du bien fondé des tarifs qu'elle transmettra à l'AMC. Est-elle prête à le faire ? La question maintes fois exprimée n'a, à ce jour, pas reçu de réponse claire.

Le défi de l'efficience porte également sur la qualité des soins ainsi que leur pertinence, ce qui pose, une fois encore, la question de l'accès aux données de soins. L'accès sous le régime des expérimentations dites Babusiaux, par construction transitoire, doit encore faire la preuve de son efficacité. Toutefois les avatars de la demande d'expérimentation déposée par Axa laissent rêveur. Le dispositif proposé par Axa serait certes accepté mais sous réserve d'une utilisation de la version 1.40 de Sésam-Vitale aujourd'hui purement virtuelle, au prétexte que la version 1.31 procurerait un niveau insuffisant de sécurisation des flux. C'est pourtant bien cette version qui assure présentement l'acheminement de centaines de millions de feuilles de soins vers l'AMO...

Le défi de la concurrence

Réclamer l'accès aux données de soins, moduler la prise en charge des remboursements en fonction de la qualité et de la pertinence des soins, faire fonctionner des plates-formes de services garantissant aux assurés un niveau élevé de choix et une excellente qualité de service exigent, de la part des complémentaires, des investissements très lourds. Sauf à imaginer des hausses sensibles de primes destinées à les financer, ce qui paraît peu réaliste, les complémentaires sont dans l'obligation d'imaginer une mise en commun de leurs moyens, qu'ils soient structurels ou fonctionnels. La plate-forme Santeclair commune à AGF, MMA, MAAF, et à d'autres opérateurs de taille plus réduite, représente un exemple d'autant plus intéressant qu'il permet à ses membres de partager la mise en œuvre d'innovations (par exemple : renouvellement des lunettes sans

ordonnance, garantie dix ans des prothèses dentaires fixes). L'adossement de mutuelles à des compagnies d'assurance (par exemple, Mieux-être et Axa) constitue un autre modèle de regroupement.

Au-delà de cet aspect économique, c'est la lisibilité pour les assurés et les soignants qui est en jeu. On imagine mal que ces derniers acceptent, même avec l'assistance d'une informatique performante (donc coûteuse), un émiettement des normes techniques et des référentiels de qualité. Pour ces derniers, la question se posera d'un appel au savoir faire anglo-saxon. S'il va de soi que l'assureur ne peut être juge et partie, faut-il pour autant qu'il soit interdit d'accès à des normes reconnues internationalement telles que celles des réseaux Cochrane nord-américaines ?

Conclusion

Conclure est particulièrement délicat tant le développement progressif de la réforme définie par la loi du 13 août 2004 fait apparaître la nécessité d'aller plus loin, et sans doute plus vite pour que la recherche de la performance réunisse tous les acteurs. Les complémentaires maladie appellent de leurs vœux cet approfondissement, pour peu qu'elles soient reconnues partenaires à part entière et non entièrement à part. C'est l'enjeu des années 2006 et 2007. ■