

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 <sup>1</sup>
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
<b>Total</b>	<b>144,8</b>	<b>64,3</b>	<b>8,5</b>	<b>8,0</b>

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, hypothéquerait 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. ■