

Plan cancer 2 et a suscité le développement d'interventions de réduction de ces inégalités, notamment par le développement de financements de recherche sur cette question. Un rapport du HCSP spécifiquement consacré à cette question attire l'attention sur la distinction à opérer entre précarité et inégalités sociales de santé, le développement de politiques prenant en compte les déterminants sociaux de la santé, la nécessité d'intersectorialité et d'un suivi statistique permanent des inégalités sociales de santé. La ministre de la Santé souligne l'importance de cet objectif [31]. Troisième élément d'importance, la réduction des inégalités sociales de santé fait partie des objectifs prioritaires des agences régionales de santé, avec pour mission de développer l'intersectorialité, ce qui leur enjoint de résoudre sur le terrain une tension, qui n'est pas tranchée au niveau national, entre approche par la précarité/quartiers en difficulté et approche par le gradient, visant à réduire les inégalités dans l'ensemble de la population. Deux livres sont publiés sur les méthodes de réduction des inégalités sociales de santé, à destination des acteurs de la prévention et des responsables des ARS [3, 56].

Conclusion

Ces vingt dernières années ont été marquées par le développement de l'attention portée aux inégalités

sociales de santé et la distinction qui existe avec la grande précarité et l'exclusion. Des objectifs spécifiques sont apparus, désignés comme prioritaires aux acteurs de la santé publique. Parallèlement, de très nombreuses initiatives sont en cours sur le territoire français. Elles sont malheureusement peu visibles, peu décrites et par conséquent non reproductibles ou généralisables. L'évaluation des interventions de réduction de ces inégalités est un enjeu majeur. Les évaluations de types financier, scientifique, gestionnaire sont confondues. La notion de preuve est encore largement confondue avec celle d'essai expérimental, alors que les besoins de connaissances et d'évaluation sont à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Une demande d'expertise, de compétences, de production d'expériences et d'expérimentations est largement formulée. Les connaissances, au niveau international, sur les interventions et politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé sont encore trop parcellaires. Il est donc nécessaire de promouvoir les expérimentations, de profiter des expériences régionales, de rassembler chercheurs et acteurs autour de ces programmes, d'impulser au niveau national la volonté politique de coordonner ces expériences, mobiliser l'expertise disponible et co-construire les nécessaires interventions locales et nationales de réduction des inégalités sociales de santé. ?

Évolution de la régulation des dépenses de santé depuis 20 ans

La régulation des dépenses de santé est une question à laquelle sont confrontés de manière récurrente les pouvoirs publics. La volonté de contenir la hausse de la dépense remboursée puis, plus récemment, de la dépense globale de santé, les a conduits au développement d'outils mettant en action différents types de mécanismes. S'agissant des dépenses de soins de ville, la convention médicale¹ a pris une place majeure en tant qu'instrument régulant l'activité et les prescriptions des professionnels de santé. Les mécanismes budgétaires, mis en place en 1996 avec l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), ont eu, dans un premier temps, des effets limités, mais reviennent dans la période récente avec une efficacité accrue. Enfin, en perspective, le vieillissement de la population, avec l'accroissement de la chronicité et des polyopathologies, impose une prise en charge optimisée des malades avec la mise en œuvre d'une médecine de « parcours », comme les travaux

récents du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie l'ont illustré.

L'émergence et l'institutionnalisation de la maîtrise médicalisée par l'intermédiaire des conventions médicales

Depuis une vingtaine d'années, la maîtrise médicalisée a pris une place croissante dans les politiques de régulation des dépenses de santé, mais aussi dans l'accroissement de la qualité des pratiques des professionnels de santé. La maîtrise médicalisée n'est pas la maîtrise comptable, un temps mise en œuvre au travers d'objectifs quantifiés permettant des régulations prix/volumes. Son objectif est l'amélioration des pratiques médicales en vue de l'amélioration de la qualité des soins. On la justifie généralement par l'existence d'une forte hétérogénéité des pratiques médicales, non explicable par des conditions épidémiologiques particulières ou des cas cliniques spécifiques.

Les conventions médicales, depuis longtemps utilisées pour régir les relations avec les professionnels de santé, ont vu leur finalité progressivement complétée, avec un objectif de régulation des dépenses de santé.

David Foucaud
Chargé de mission,
secrétariat général
du Haut Conseil
pour l'avenir de
l'Assurance maladie
(HCAAM)
**Jean-Philippe
Vinquant**
Inspecteur général
des affaires sociales,
ancien secrétaire
général du HCAAM

1. Le terme « convention médicale » désigne les textes qui régissent les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins.

Pour la première fois en 1993, la question de l'organisation de la pratique médicale est clairement posée. Des sujets tels que les « modalités de financement des expérimentations et actions innovantes », les « dispositions permettant une meilleure coordination de la médecine générale et de la médecine spécialisée », ou encore les « majorations des tarifs en vue de valoriser une pratique de qualité » sont abordés. Aussi, à travers les « modalités de financement et d'organisation de reconversions professionnelles », l'offre de soins est prise en compte. L'ordonnance du 24 avril 1996 n'a pas fondamentalement modifié le contenu de la convention médicale qui voit conforter, entre autres, sa fonction de régulation des dépenses de santé.

Depuis, au fur et à mesure des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), le champ de compétence des conventions médicales s'est accru : conditions particulières d'exercice des médecins généralistes, et modalités de rémunération autres que le paiement à l'acte (LFSS du 23 décembre 1998); objectifs et modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle (loi du 27 juillet 1999); procédures applicables aux médecins ayant des pratiques « abusives » (LFSS du 20 décembre 2002)...

L'élaboration des objectifs de maîtrise médicalisée dans des conditions d'acceptabilité suffisante pour les professionnels a nécessité deux conditions essentielles et intimement liées. La première est une connaissance fine de la pratique effective des médecins afin de disposer des indicateurs qui permettent un suivi des éventuelles inadéquations de comportements. Comme l'a souligné le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie dans ses différents rapports annuels, cela a été permis par une amélioration des systèmes d'information et une meilleure connaissance du contenu médical des soins (codifications...). La seconde est de fonder les objectifs à atteindre sur des pratiques dont les références en termes de qualité ne font pas débat. On pense ici par exemple aux référentiels de la Haute Autorité de santé (HAS) ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament (anciennement Afssaps). Un autre aspect est la formation continue des professionnels, rendue obligatoire depuis les ordonnances de 1996, et qui paraît essentielle dans un objectif de mise en œuvre de références de bonnes pratiques. La loi du 13 août 2004 a fait de l'évaluation individuelle des pratiques une obligation nouvelle pour les professionnels. Ces deux derniers dispositifs n'ont malheureusement pas trouvé de véritables concrétisations, d'où une refonte d'ensemble dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2010.

Dans le processus d'approfondissement de la maîtrise médicalisée, les engagements des professionnels de santé se sont accrus progressivement, que ce soit au niveau collectif ou au niveau individuel. En matière d'encadrement par des règles normatives, les références médicales opposables (RMO), issues de la convention de 1993 avec les médecins, visaient à éliminer « des

soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux ». Au niveau collectif, les « accords de bon usage des soins » (Acbus) permettent de définir des « objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre ». Enfin, sur le plan individuel, les conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé libéraux ont intégré depuis 2002 la définition de « contrats de bonne pratique », engagements individuels et volontaires. Né en dehors du cadre conventionnel en 2008, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), qui intéresse les médecins à la réalisation d'objectifs de santé publique et de responsabilité économique de leurs prescriptions, a rencontré un tel succès auprès des généralistes libéraux qu'il a été intégré, à la demande des principaux syndicats, dans le champ conventionnel. Ainsi, la nouvelle convention médicale de 2011 propose à tous les médecins (sauf refus exprès) d'intégrer un système de rémunération à la performance sur la base d'objectifs élargis à de nouvelles pathologies et d'une meilleure gestion des dossiers médicaux des patients. La création d'un réseau de « délégués de l'Assurance maladie », pouvant rendre visite aux médecins pour les sensibiliser sur ces questions, a marqué une évolution forte dans la stratégie de gestion du risque de la Cnamts².

La maîtrise médicalisée ne s'est pas arrêtée aux portes des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux, mais elle s'y est appliquée avec plus de parcimonie. Prévus par la loi du 13 août 2004, les accords d'amélioration des pratiques hospitalières n'ont concerné que les prescriptions d'antibiotiques et de transports de malades. Les LFSS récentes ont toutefois prévu de nouveaux dispositifs de maîtrise des dépenses de produits onéreux facturés en sus des séjours hospitaliers, des prescriptions de médicaments exécutés en officine ou de transports par ambulance.

En dépit de critiques, notamment de la Cour des comptes, sur le rendement réel des économies de la maîtrise médicalisée, elle demeure un instrument majeur de la politique de régulation des dépenses. L'Assurance maladie la conduit dans une relative autonomie, les organismes complémentaires et les agences régionales de santé pouvant toutefois y être associés.

La logique budgétaire, à travers l'Ondam et le PLFSS, marque son retour dans la période récente

Depuis l'instauration de l'Ondam, en 1996, on s'est souvent interrogé sur sa nature : s'agit-il réellement d'un « objectif », ou doit-on le voir comme une contrainte budgétaire au sens strict ? Une chose est sûre : le terme « objectif » n'a pas le même sens que dans la sphère

2. De façon intéressante, on note que, pendant qu'on cherchait à intégrer une part forfaitaire dans la rémunération des professionnels libéraux, on a conduit une réforme majeure, la tarification à l'activité, pour mettre fin au mécanisme de dotation annuelle dans le financement des hôpitaux et prendre en compte l'évolution des séjours et actes de chacun d'entre eux dans l'allocation des recettes.

des finances de l'État, où l'on raisonne selon une vision budgétaire, et donc selon des crédits limitatifs.

La fixation de l'Ondam, depuis 1996, ne relève donc pas de la même logique que celle structurant la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) depuis 2001. Dès le premier PLFSS, il a été établi que l'Ondam ne constitue pas un plafond limitatif de dépenses. Néanmoins, il n'est pas faux de considérer que l'Ondam, sans être limitatif, reste un objectif cible à atteindre et, en quelque sorte, une forme d'enveloppe budgétaire qui se veut réellement contraignante et quasi opposable à la dépense publique de santé.

Le succès de cette approche reste mitigé durant les premières années. N'étant pas strictement limitatif, l'Ondam peut être dépassé, et il l'a été à de nombreuses reprises depuis 1997. À chaque fois que ce fut le cas (notamment 2000-2002 et 2006-2007), de nombreuses critiques se sont exprimées sur le caractère non contraignant de l'Ondam. Pour réguler efficacement les dépenses, certains préconisaient alors de passer en enveloppe limitative. Les quelque dix premières années de l'Ondam, avec un mode de régulation comptable des dépenses, n'ont pas donné les résultats attendus.

Durant cette période, quelques tentatives de transformer l'Ondam en enveloppe limitative ont néanmoins existé, mais n'ont jamais été mises en application. Par exemple, un mécanisme de « reversements » par les médecins en cas de dépassement de l'objectif d'honoraires et de prescriptions fut mis en place en 1996, puis invalidé par le Conseil constitutionnel. De même pour le mécanisme de « lettres clés flottantes » créé par la LFSS pour 2000. Le rejet des professionnels de santé, au motif qu'il s'agissait d'une maîtrise comptable des dépenses de santé, a contribué à l'abandon de ce type de mesures. Faute de réussir à faire respecter l'Ondam, avec notamment des périodes de fort dépassement dans les années 2000, une réflexion a dû être engagée pour sortir de la vision comptable et pour développer de nouveaux outils. Mais c'est finalement assez tardivement que ces réflexions se sont concrétisées.

Les LFSS de 2008 et 2009 ont renforcé le sentiment d'une inflexion vers une conception plus budgétaire de l'Ondam. Ainsi, la LFSS de 2008, avec son article 36, prévoit un délai d'entrée en vigueur différé de six mois des dispositions conventionnelles revalorisant les tarifs des professionnels libéraux, et surtout un mécanisme de report de leur entrée en vigueur, au plus tard au 1^{er} janvier de l'année qui suit, en cas de déclenchement de la procédure d'alerte du fait d'un risque de dépassement au moins en partie imputable aux dépenses de soins de ville.

La LFSS de 2011, par son article 48, a complété les missions du Comité d'alerte pour prévoir qu'il remet son premier avis avant le 15 avril sur la prévision de réalisation de l'Ondam de l'année précédente et surtout ses conséquences pour le respect de l'Ondam de l'année en cours. Quant à la loi du 28 décembre 2010, dite de

programmation des finances publiques 2011-2014, elle a prévu, pour garantir le respect des Ondam, qu'« une partie des dotations relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est mise en réserve au début de chaque exercice. Son montant ne peut être inférieur à 0,3 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

Dans un contexte de vieillissement de la population, la régulation des dépenses de santé passe aussi par le développement d'une médecine de « parcours »

Depuis plusieurs décennies, l'accroissement de l'espérance de vie s'explique principalement par les gains réalisés aux grands âges.

L'accroissement de l'espérance de vie et la transformation, de par le progrès médical, d'épisodes aigus en situations de chronicité conduisent néanmoins au développement de situations de polyopathologies dans lesquelles les personnes âgées – mais pas seulement elles – sont traitées de manière régulière pour plusieurs maladies, souvent doublées de limitations fonctionnelles et d'incapacités. Ce phénomène contribue fortement à la croissance des dépenses de santé.

Le constat très largement documenté, notamment par le HCAAM, d'une prise en charge inadéquate de ce public fragile et complexe plaide vigoureusement pour la recherche d'une meilleure efficacité globale de l'organisation des soins et des aides sociales, notamment par la mise en place de véritables parcours pour ces patients. Ainsi, ils seraient mieux soignés et des dépenses inutiles – notamment d'hospitalisation complète –, liées à leur situation spécifique, pourraient être évitées. Une amélioration de leur prise en charge suppose de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine qu'on peut appeler de « parcours ».

Le rôle de l'Assurance maladie et des agences régionales de santé en serait modifié. Elles se positionneraient davantage comme l'instrument d'une démarche globale, qui vise à la qualité de l'accompagnement soignant et social, en lien avec les collectivités locales, de chaque personne tout au long de sa vie. La Haute Autorité de santé devrait, à cette fin, développer une fonction d'élaboration de recommandations de « parcours », visant à articuler de manière optimale les bonnes pratiques individuelles, notamment pour les maladies chroniques et les polyopathologies. L'implication active du malade est également un enjeu de qualité dans la prise en charge de son « parcours » de soins.

Pour enclencher un processus d'amélioration à la fois de la qualité des soins et de la maîtrise de la dépense publique globale (dépenses d'assurance maladie et dépenses d'aide sociale), le HCAAM a recommandé d'engager une démarche de préfiguration, reposant sur des « projets pilotes » (au sens de prototypes, et non d'expérimentations) animés au niveau national et mis en œuvre par des ARS. ?