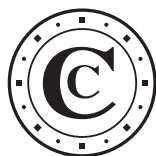


Cour des comptes



NOTES THÉMATIQUES

ACCÉLÉRER
LA RÉORGANISATION
DES SOINS DE VILLE
POUR EN GARANTIR
LA QUALITÉ ET MAÎTRISER
LA DÉPENSE

CONTRIBUTION À LA REVUE
DES DÉPENSES PUBLIQUES

JUILLET 2023

SOMMAIRE

| | |
|-----------|--|
| 3 | AVERTISSEMENT |
| 4 | SYNTHÈSE |
| 7 | INTRODUCTION |
| 8 | 1 - Des dépenses de soins de ville insuffisamment pilotées |
| 10 | A - Des dispositifs de régulation financière insuffisants |
| 13 | B - Des mécanismes conventionnels peu responsabilisants |
| 15 | C - Une maîtrise des dépenses de produits de santé à la peine |
| 17 | 2 - Une action inaboutie contre les inégalités d'accès, une organisation insuffisamment efficace des soins de ville |
| 17 | A - Des inégalités géographiques et financières, génératrices de coûts, redressées à la marge |
| 20 | B - Des mesures de structuration des soins de ville, insuffisantes pour permettre un parcours de soins adapté |
| 25 | 3 - Un changement d'échelle pour améliorer la qualité et l'efficacité des dépenses |
| 25 | A - Accélérer la réorganisation des soins de ville pour une meilleure prise en charge des patients |
| 27 | B - Renforcer les incitations à la qualité |
| 29 | C - Assurer un meilleur pilotage de la dépense |
| 31 | CONCLUSION |
| 32 | RÉFÉRENCES AUX TRAVAUX DE LA COUR DES COMPTES |

AVERTISSEMENT

La présente note fait partie d'un ensemble de travaux destinés à contribuer à la revue des dépenses engagée par le Gouvernement dans la perspective des projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Cet ensemble de notes thématiques vise à éclairer le débat et à capitaliser sur les nombreux travaux récents réalisés par les chambres de la Cour des comptes. Les neuf thèmes choisis correspondent à des politiques publiques pour lesquelles les questions de l'efficacité et de l'efficience de l'action publique se posent avec une acuité particulière. Il a semblé utile à la Cour de contribuer à évaluer la qualité de la dépense publique, dans sa conception, sa mise en œuvre et son suivi, et à formuler des leviers d'action pour la renforcer.

La publication de ces notes intervient parallèlement à celle du rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques 2023, qui propose une vision consolidée de la qualité de la dépense à tous les niveaux d'administration publique et une grille d'analyse susceptible de déboucher sur des dispositifs plus économes, plus efficaces et plus équitables.

Comme pour les notes sur les enjeux structurels qu'elle a publiées au dernier trimestre 2021, conformément à sa mission constitutionnelle d'information des citoyens, la Cour a souhaité développer une approche nouvelle, qui se différencie de ses travaux habituels, pour apporter, par cette série de notes volontairement très synthétiques et ciblées, sa contribution au débat public tout en veillant à laisser ouvertes les différentes voies de réformes envisageables.

La présente note a été délibérée par la sixième chambre le 14 juin 2023 et approuvée par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes le 20 juin 2023.

Les publications de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

SYNTHÈSE

Les dépenses de soins de ville comprennent essentiellement les honoraires médicaux et paramédicaux, les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), les indemnités journalières, la biologie et les transports sanitaires. Elles se montent à 107,6 Md€ en 2022 et constituent le premier poste des dépenses d'assurance maladie devant l'hôpital (98,4 Md€). L'enveloppe prévisionnelle annuelle de ces dépenses a été régulièrement dépassée, avant même la crise sanitaire. En 2022, le dépassement atteint 5,1 Md€. Cette situation résulte de la quasi-absence, dans ce secteur, de mécanismes de maîtrise infra-annuelle des dépenses, comparables à ceux mis en œuvre pour les hôpitaux. La régulation prix-volume notamment, en vigueur pour les actes de biologie médicale, n'existe pas pour les autres secteurs de soins.

Les négociations conventionnelles avec les différentes catégories de professionnels de santé permettent de définir les principaux tarifs des actes et consultations, et constituent donc l'outil principal de régulation pluriannuelle des dépenses. Dans ce cadre, les pouvoirs publics n'ont que prudemment recouru aux instruments à leur disposition pour contrôler les dépenses, notamment en matière de rémunération des professionnels de santé. Dans le domaine des médicaments, les mécanismes de régulation des dépenses ont progressivement perdu de leur efficacité, face aux évolutions du marché et de son économie.

Alors que le secteur des soins de ville est, par nature, extrêmement diffus, les pouvoirs publics s'efforcent d'en structurer l'offre pour mieux répondre aux besoins des patients, de plus en plus affectés, en raison du vieillissement de la population, par des maladies chroniques et la perte d'autonomie. Pour autant, les mesures prises en matière de coordination des professionnels de santé, de partage des compétences et de rémunération fondée sur des objectifs de santé publique restent insuffisantes pour assurer des parcours de soins efficaces et de qualité à la population. Leur efficacité reste encore à évaluer.

L'insuffisante structuration de l'offre de soins, conjuguée à une pénurie de médecins généralistes, ne permet pas de réduire les inégalités d'accès aux soins. Cette situation n'est plus soutenable ni financièrement ni en termes de qualité des prises en charge.

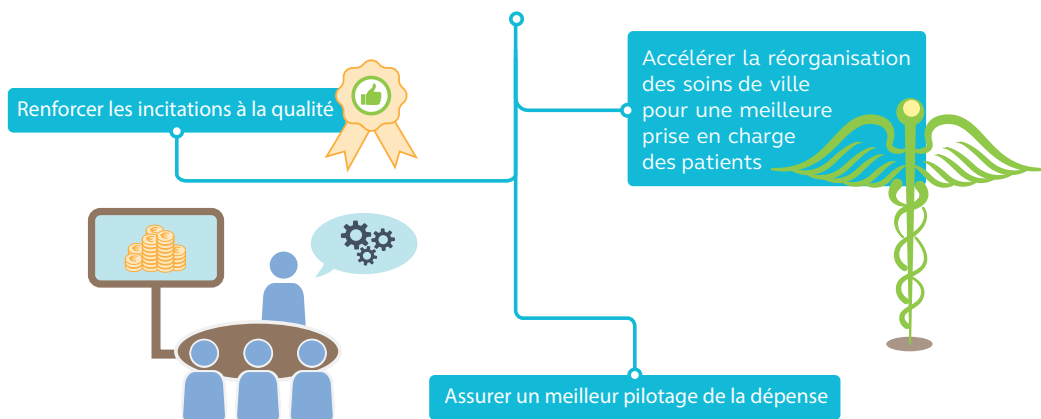
La Cour appelle à accélérer les transformations dans l'organisation des soins. Il s'agit d'assurer le virage numérique en santé, de conforter la couverture du territoire par les professionnels de santé, de renforcer la prévention, la qualité et la coordination des soins par la mise en œuvre de nouveaux modes de rémunération. Ces pistes doivent, en effet, permettre de renforcer la pertinence de la dépense publique.

Elle appelle également à une meilleure maîtrise des dépenses, dans une logique de responsabilisation des acteurs, en contrôlant mieux les facturations et en luttant plus intensément contre la fraude. La maîtrise des dépenses nécessite enfin que soient mises en cohérence les négociations avec les professionnels de santé et les ressources financières disponibles, dans une perspective pluriannuelle.

Chiffres clés :

- **107,6 Md€** de dépenses de soins de ville pour l'assurance maladie en 2022 (dont 39 % pour les honoraires des professionnels de santé) ;
- **+ 4,7 Md€** : augmentation de l'ONDAM soins de ville hors covid en 2022 ;
0,5 Md€ de dépassement hors covid par rapport à la prévision initiale ;
- **+ 42 %** d'infirmiers libéraux depuis 2012 ;
- **6 millions** d'assurés sans médecin traitant ;
- **1** médecin spécialiste sur **2** pratique des dépassements d'honoraires.

CONDUIRE DES RÉFORMES POUR MAÎTRISER LA DÉPENSE ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS DE VILLE



INTRODUCTION

En France, les dépenses de santé représentent environ 12 % du PIB. Les dépenses à la charge de l'assurance maladie se montent à 247,2 Md€ en 2022, dont 43 % (soit 107,6 Md€) concernent les soins de ville.

En dépit de l'importance des montants en jeu, aucun outil de régulation financière infra-annuelle n'a été conçu, qui permette d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) en matière de soins de ville. Des mécanismes conventionnels de régulation pluriannuelle de la dépense existent mais sont peu mobilisés.

Le modèle d'organisation des soins en ville, qui repose sur la liberté de choix du professionnel de santé pour le patient et la liberté d'installation et de prescription pour les médecins, a montré des limites. Ces limites sont économiques, du fait du caractère inflationniste des paiements à l'acte et de la logique de « guichet » qui réduit la capacité de régulation des pouvoirs publics, mais aussi sanitaires, avec des difficultés grandissantes d'accès aux soins et des résultats en matière de santé publique parfois en deçà des objectifs (par exemple en termes de nombre d'années de vie en bonne santé, de couverture vaccinale ou d'état de santé bucco-dentaire de la population), même si ceux-ci ne peuvent être imputés aux seuls soins de ville.

Les pouvoirs publics s'efforcent, depuis plusieurs années, de remédier à ces dysfonctionnements. Ils encouragent, notamment, une réorganisation de l'offre autour de la notion de parcours de soins des patients. Toutefois, faute d'anticipation suffisante, la conjonction de différents éléments structurants, comme le vieillissement de la population et la prévalence des maladies chroniques qui en découle, les progrès technologiques et les coûts associés, la rareté des médecins généralistes, pivot des prises en charge ambulatoire, nécessite d'accélérer les changements.

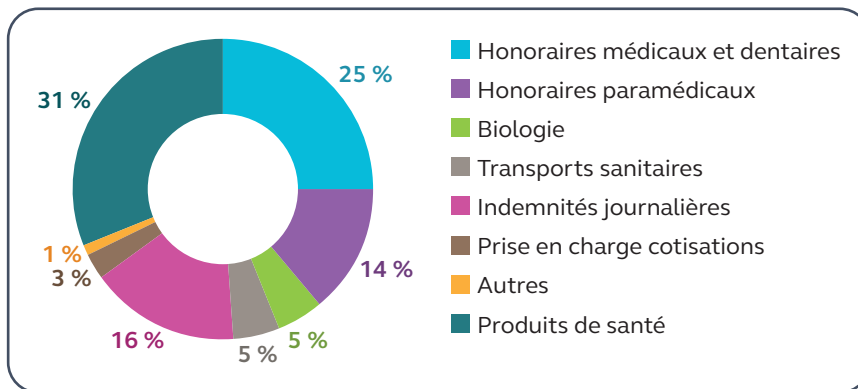
La crise sanitaire liée à la pandémie de covid 19, conjoncturelle, a mis en lumière ces phénomènes structurels et montré qu'il était urgent de changer d'échelle et d'actionner de manière volontariste les différents leviers permettant d'améliorer les prises en charge et de maîtriser les dépenses.

1 - DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE INSUFFISAMMENT PILOTÉES

L'attention des pouvoirs publics a longtemps été focalisée sur les dépenses hospitalières, notamment des établissements de santé publics, du fait de la place prééminente accordée à l'hôpital dans l'organisation des soins en France mais également d'une maîtrise directe de leur gouvernance.

Le secteur des soins de ville en France est, quant à lui, particulièrement diffus. L'exercice des professionnels de santé y est libéral ou salarié, au sein de structures autonomes : cabinets médicaux, centres de santé, cliniques, pharmacies d'officines, laboratoires de biologie médicale, d'imagerie, etc. La nature des dépenses (107,6 Md€ en 2022) est variée et chacune obéit à un mode de régulation particulier.

Graphique n° 1 : dépenses de soins de ville financées par l'assurance maladie en 2022 - en Md€



Source : Cour des comptes RALFSS 2023 Chapitre II

Bien qu'il puisse exister des effets de « vases communicants » entre financeurs, la présente note n'aborde que la part de la dépense

consacrée aux soins de ville à la charge de l'assurance maladie obligatoire, contrôlée par les pouvoirs publics.

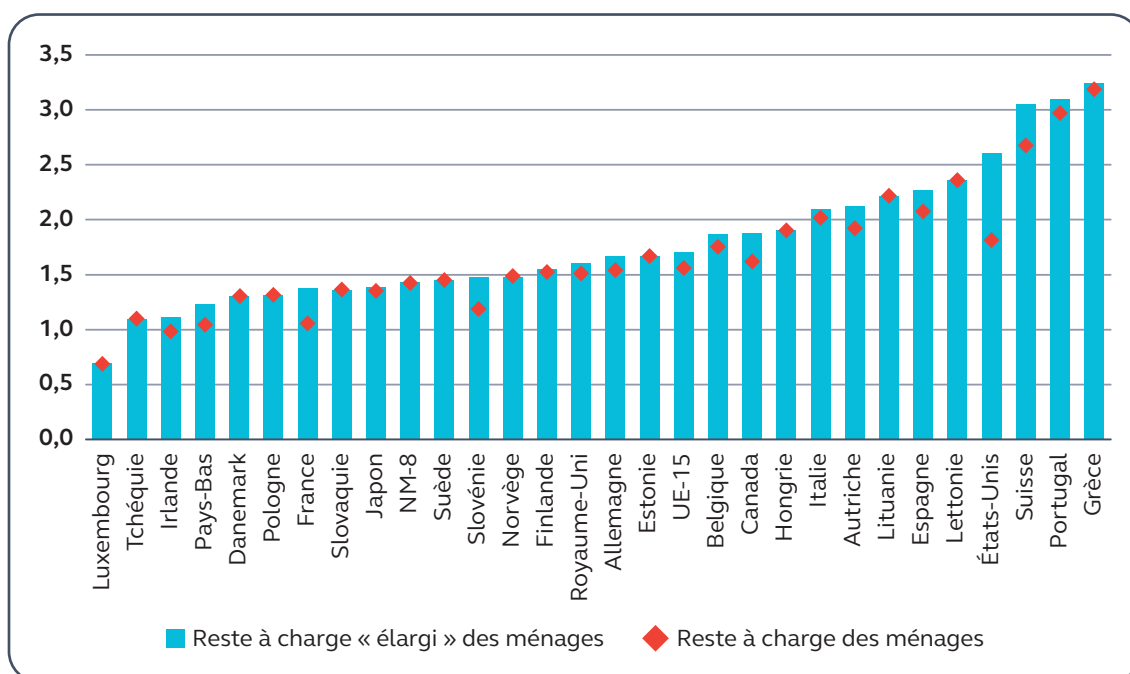
Les dépenses de soins financées par l'assurance maladie obligatoire et l'intervention des assurances complémentaires en santé

En France, le financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), soit 226,7 Md€ en 2021, est principalement assuré par les régimes obligatoires d'assurance maladie (79,8 % en moyenne¹, soit 180,8 Md€). Mais c'est moins le cas pour les dépenses de soins de ville (67,9 %, hors indemnités journalières) que pour les soins hospitaliers (93,3 %).

La place des organismes complémentaires est donc importante et spécifique à la France : 12,9 % du financement des dépenses de santé en 2021, soit entre deux (Pays-Bas) et près de cinq fois plus (Allemagne) que dans les pays voisins.

La Cour a déjà souligné la très forte mutualisation des dépenses de santé grâce à l'imbrication étroite des assurances maladie obligatoire et complémentaire – 95 % de la population française est couverte par une complémentaire santé. Le taux moyen de prise en charge de la dépense de santé par les ménages (reste à charge) décroît continûment depuis 2011 (8,8 % de la CSBM en 2011 à 7 % en 2021).

Graphique n° 2 : reste à charge des ménages et reste à charge élargi aux dépenses de gouvernance dans le revenu disponible brut en 2020 – en %



Source : Les dépenses de santé en 2021, édition 2022, DREES

1. Source : Drees, Comptes de la santé 2021, édition 2022.

La Cour a également reconnu l'effet positif sur la régulation de l'offre de soins des « contrats responsables » proposés par les assurances complémentaires et du dispositif du « 100 % santé » dont les résultats pour les soins dentaires et les audioprothèses sont plus nets que pour l'optique, selon ses constatations établies en 2023.

La Cour a cependant relevé la persistance d'inégalités dans les restes à charge des assurés, en fonction de la couverture des risques et des tarifs des contrats d'assurance complémentaire proposés. Elle a mis également en exergue le caractère coûteux du dispositif pour les finances publiques. Au-delà de la prise en charge de la complémentaire santé solidaire (CSS) pour les ménages les plus modestes (2,5 Md€ pour le régime général en 2021²), les finances publiques assument des dépenses fiscales et sociales incitant au recours à une assurance complémentaire privée (près de 2 Md€ en 2017³).

Le financement partagé des dépenses de santé, par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires, est, par ailleurs, intrinsèquement onéreux, du fait de la superposition des coûts de gestion entre les différents organismes.

La Cour a déjà relevé qu'une articulation plus claire entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires pouvait améliorer la gestion du risque, réduire les coûts de gestion et modérer les dépassements d'honoraires.

A - Des dispositifs de régulation financière insuffisants

Les pouvoirs publics fixent annuellement un objectif national pour les dépenses d'assurance maladie (Ondam)⁴. La Cour a souligné les acquis

de cette méthode dans l'évolution des dépenses de santé de 2010 à 2019, dont la progression est restée maîtrisée. Mais ce dispositif s'est avéré moins contraignant pour les soins de ville que pour les autres secteurs de soins, notamment à partir de 2015.

2. Comptes 2021 de la Cnam.

3. Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie > Les dossiers de la DREES n° 101 > septembre 2022.

4. Créé en 1996 et voté chaque année par le Parlement, l'Ondam est une norme de dépenses qui recouvre principalement 6 sous-objectifs de dépenses : soins de ville, établissements de santé, établissements et services pour personnes âgées ; établissements et services pour personnes handicapées ; fonds d'action régionale (FIR) ; autres prises en charge.

Tableau n° 1 : sous objectifs soins de ville et hospitaliers et réalisations

| en Md€ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| LFSS initiale | | | | | | | |
| Soins de ville | 84,3 | 86,6 | 88,9 | 91,5 | 93,6 | 98,9 | 102,5 |
| Établissements de santé | 77,9 | 79,2 | 80,7 | 82,7 | 84,4 | 92,9 | 95,3 |
| Réalisations | | | | | | | |
| Soins de ville | 85 | 87,2 | 89,2 | 91,4 | 94,6 | 105,2 | 107,6 |
| Établissements de santé | 77,5 | 78,6 | 80,4 | 82,6 | 89,9 | 96,8 | 98,4 |
| Écarts | | | | | | | |
| Soins de ville | 0,7 | 0,6 | 0,3 | -0,1 | 1,0 | 6,3 | 5,1 |
| Établissements de santé | -0,4 | -0,6 | -0,3 | -0,1 | 5,5 | 3,9 | 3,1 |

Sources : lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS)

L'annulation des crédits réglementairement mis en réserve chaque année depuis 2010⁵ ne pèse en effet que sur les secteurs autres que celui des soins de ville. Par ailleurs, contrairement au secteur hospitalier où les tarifs des séjours sont ajustés à l'enveloppe de dépenses, les soins délivrés par les professionnels de santé libéraux ne sont pas soumis à une régulation prix-volume, à l'exception de la biologie.

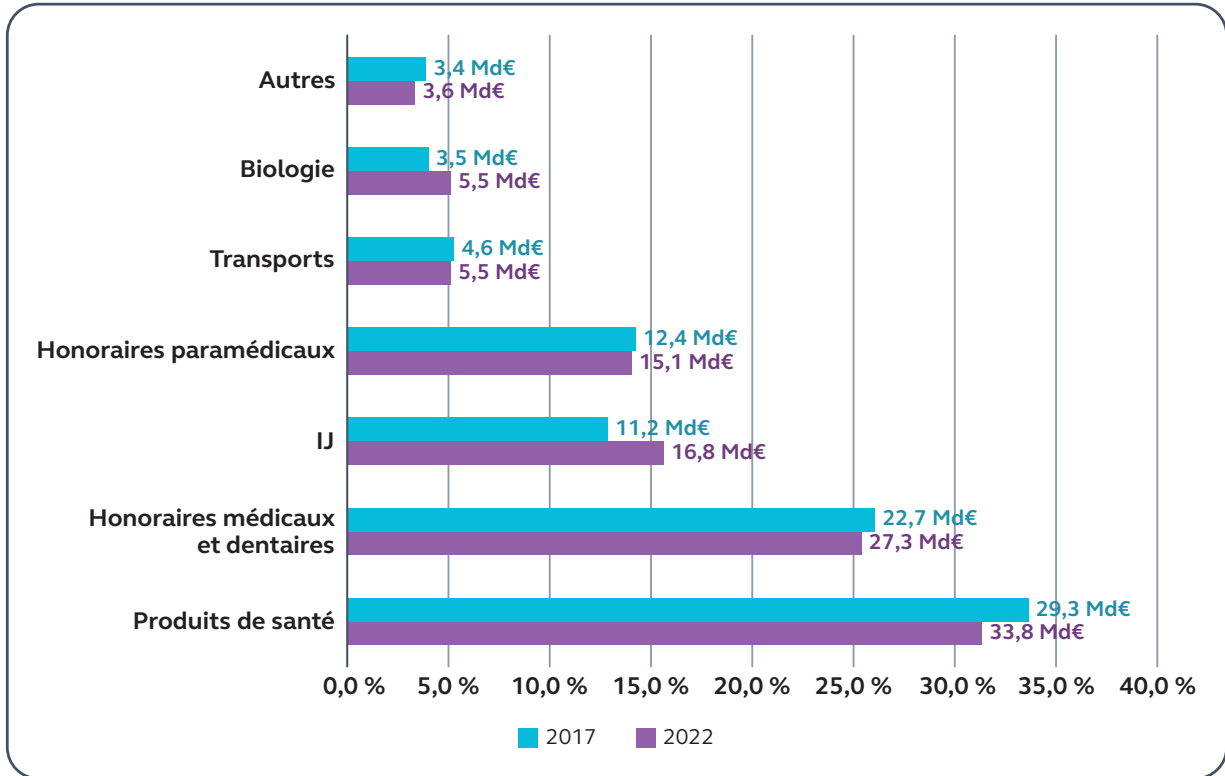
En raison de la crise sanitaire, l'Ondam a été significativement dépassé depuis 2020. Ce constat vaut pour les soins hospitaliers comme pour les soins de ville. En effet, en 2020, ces derniers ont connu un dépassement limité

(1 Md€ contre 5,5 Md€ pour les hôpitaux) du fait de la suspension des activités durant le premier confinement⁶, mais important en 2021 par effet de rattrapage (+ 6,3 contre + 3,9 %). Pour autant, la tendance qui se poursuit en 2022 (+ 5,1 Md€ de dépassement pour les soins de ville, + 3,1 Md€ pour les hôpitaux ; respectivement + 0,5 Md€ et + 2,3 Md€ hors covid) démontre un dynamisme de la dépense qui dépasse le seul effet de l'épidémie de covid 19. C'est ainsi que le montant des dépenses de soins de ville a progressé de 2,3 % en 2022 par rapport à l'exercice précédent alors que l'objectif initial prévoyait une décrue de 2,6 %.

5. La loi de programmation des finances publiques du 28 décembre 2010 prévoit que pour garantir le respect des objectifs, une partie des dotations relevant de l'Ondam est mise en réserve au début de chaque exercice. Son montant ne peut être inférieur à 0,3 % de l'Ondam.

6. Cette suspension a conduit le législateur à mettre en place un dispositif de compensation de la perte d'activité (DIPA), au bénéfice des professionnels de santé, financé par l'assurance maladie à hauteur d'1,4 Md€.

Graphique n° 3 : part (en %) et montant (en Md€) des principaux postes de dépenses en soins de ville en 2017 et 2022



Source : Cour des comptes, RALFSS 2018 et 2023 (portant sur l'exécution 2017 et 2022)

La Cour a montré que l'augmentation de 5,1 Md€, (soit +5,7 %) des dépenses de soins de ville en 2022 recouvrait 1,6 Md€ de hausse de dépenses dues, non à la pandémie, mais à des revalorisations de rémunérations des professionnels de santé ainsi

qu'à un accroissement de l'activité des infirmiers et des pharmaciens, une progression significative des dépenses de médicaments et une hausse des dépenses d'indemnités journalières pour maladie ordinaire.

Les indemnités journalières : une dépense de soins de ville particulièrement dynamique

Les indemnités journalières ne représentent qu'une part modeste de l'Ondam soins de ville (un peu moins de 16 % en 2022 pour un montant de 16,8 Md€). Cependant, ce poste de dépenses se caractérise par un taux de croissance annuel important qui s'est installé avant même la crise sanitaire (4,2 % entre 2013 et 2019). Celle-ci a accéléré notablement sa progression du fait de la mise en place de dispositifs dérogatoires pendant la crise sanitaire (1,8 Md€ d'IJ « Covid » en 2022). Pour autant, la dynamique hors covid 19 demeure forte : + 1,1 Md€, soit + 8,1 % en 2022. L'augmentation de la masse salariale (liée à l'inflation), le financement depuis le 1^{er} juillet 2021 des indemnités journalières pour les professions libérales

et la grippe saisonnière n'expliquent qu'une partie de la hausse. Ces effets neutralisés, la hausse s'établit, selon la Cnam, à 5,1 %, soit un niveau supérieur à celui constaté avant la crise, lui-même supérieur à la moyenne des autres dépenses.

La hausse enregistrée avant la crise sanitaire trouvait son origine dans l'augmentation de la durée moyenne des arrêts maladie ainsi que des arrêts de longue durée. Le vieillissement de la population explique une partie de ces évolutions. Il existe néanmoins de fortes disparités selon les secteurs d'activité et les territoires dont les déterminants devraient faire l'objet d'analyses complémentaires.

B - Des mécanismes conventionnels peu responsabilisants

Les honoraires des professionnels de santé représentent plus de 39 % des dépenses de soins de ville. Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les syndicats sont le principal outil de régulation pour concilier l'exercice libéral des professionnels de santé, la performance du système et les objectifs de trajectoire financière pluriannuelle.

Les négociations conventionnelles ont permis des avancées sur la répartition territoriale des infirmiers (IDE), masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes. Elles ont cependant montré, en pratique, de nombreuses limites en matière de maîtrise des rémunérations, notamment des médecins.

Ainsi, l'enveloppe de dépenses d'assurance maladie relative aux revalorisations des tarifs de soins de ville qui avait été définie pour la période 2019-2022, a été dépassée dès la première année. Pourtant, les négociations engageant d'importants montants financiers, comme l'avenant n° 9 à la convention des médecins et l'avenant n° 8 à la convention des infirmiers, ont été poursuivies. C'est ainsi que les sommes allouées au bilan de soins infirmiers ont été portées à 217 M€ contre 122 M€ annuels initialement prévus deux ans plus tôt.

Ces limites résultent, pour l'essentiel, d'un usage insuffisant par les pouvoirs publics des instruments de régulation à leur disposition.

Ainsi, la possibilité de différer l'entrée en vigueur d'une convention, suite à un signalement de risque sérieux de dépassement de l'Ondam par

le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie⁸, n'a jamais été utilisée. En effet, malgré les dépassements constatés sur l'enveloppe des soins de ville, des mesures de gel de dépenses des établissements de santé ont été prises, afin d'assurer l'équilibre global des dépenses.

L'assurance maladie disposait de la capacité à fixer, de manière unilatérale, à défaut d'accords avec les professionnels, les montants des forfaits techniques dans le domaine de l'imagerie médicale mais cette faculté n'a été utilisée qu'une seule fois, l'année de son instauration, en 2017, permettant d'économiser 26,5 M€. En 2023, les pouvoirs publics ont finalement renoncé à cette disposition législative. Le lancement d'une étude de coûts permettra, à terme, de mieux appréhender les marges de manœuvre tarifaires et de conforter la position de l'assurance maladie lors des négociations. Mais les pouvoirs publics se sont privés, *de facto*, d'un moyen d'action efficace sur l'évolution des dépenses de ce secteur.

La procédure de recours à l'arbitrage, utilisable « *en cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention* », ou « *d'opposition à la nouvelle convention* », même si elle n'a été que peu utilisée (trois fois pour la convention médicale et une fois pour la convention dentaire), peut conduire à mettre en place des mesures efficaces, notamment en matière de prise en charge des patients (comme ce fut le cas du règlement arbitral avec les chirurgiens-dentistes en 2017).

Enfin, la régulation conventionnelle, même lorsqu'elle est effective comme dans le secteur de la biologie médicale⁹, peine à s'inscrire dans le temps. En effet, l'exercice 2019 a enregistré une accélération des dépenses liée à la prise en charge d'actes innovants mais également à une augmentation des volumes d'actes. Pour autant, aucun ajustement tarifaire n'est intervenu jusqu'en 2021. Par ailleurs, l'ajustement du tarif du test antigénique a été très tardif et réalisé en deux étapes (1^{er} avril et 1^{er} juin 2021), partant d'un niveau très élevé pour ne s'aligner qu'en fin de processus sur les tarifs européens (73,59 € en France en mars 2020, puis 41,04 € en juin 2021, contre 42 € en Allemagne au 1^{er} juillet 2020), alors que les investissements des laboratoires en automates étaient déjà largement amortis fin 2020. Une économie de l'ordre de 800 M€ aurait été réalisée, si le tarif appliqué depuis juin 2021 l'avait été six mois plus tôt.

La pratique des négociations conventionnelles ne permet donc pas aux pouvoirs publics, à ce jour, d'effectuer une véritable régulation pluriannuelle des dépenses de soins de ville.

De surcroît, les conséquences financières des mesures conventionnelles sont trop souvent constatées *a posteriori*. Leur impact sur la croissance des dépenses d'assurance maladie n'est pas correctement mesuré. C'est ainsi qu'il est difficile de faire la part entre l'effet prix et l'effet volume des dépenses de soins infirmiers, occasionnées par l'installation de 15 000 infirmiers en ville entre 2015 et 2020.

8. Créé par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie (article 40), il est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'Ondam. Le comité d'alerte est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

9. Depuis 2014, les tarifs diminuent temporairement en N+1 lorsque la progression des dépenses dépasse un certain taux, fixé à 0,25 % par an. Cet encadrement a permis de stabiliser la dépense jusqu'en 2019, du fait notamment des gains de productivité dégagés par l'industrialisation des processus de production des laboratoires. Dans ce domaine, la bonne articulation entre des mécanismes conventionnels et la fixation de tarif par arrêté du ministre en cas d'échec des négociations a conduit à une baisse substantielle de la lettre clef en janvier 2023.

C - Une maîtrise des dépenses de produits de santé à la peine

Dans le domaine des produits de santé, la maîtrise, réelle, des dépenses entre 2010 et 2019 (+ 1,5 % en moyenne annuelle), masque des dynamiques différentes entre les médicaments, d'une part, et les dispositifs médicaux (prestations comprises), d'autre part.

Les remboursements de médicaments sur la dernière décennie ont connu deux périodes. De 2010 à 2016, la substitution grandissante de génériques a déterminé une croissance annuelle moyenne faible, d'abord de + 0,3 % entre 2010 et 2016 puis de + 1,2 % de 2016 à 2019, avec l'entrée sur le marché de nouvelles molécules innovantes. L'accélération s'est poursuivie avec une augmentation d'un point supplémentaire (+ 2,2 %) entre 2019 et 2022. En 2022, la hausse des dépenses nettes de médicaments (+ 4 %) a dépassé les prévisions retenues dans la construction de l'Ondam (+ 2,7 %).

Les dépenses de dispositifs médicaux, quant à elles, ont augmenté sensiblement (+ 4,9 %) de 2010 à 2019, plus particulièrement dans la première partie de la décennie. Après une baisse en 2020, elles ont repris une croissance soutenue de 3,1 % en 2022. En effet, le vieillissement de la population - la Cour a évalué la contribution annuelle de la démographie à leur consommation en ville à plus d'un point, entre 2014 et 2018 - et la prévalence croissante de certaines pathologies expliquent leur utilisation de plus en plus fréquente.

En 2022, les produits de santé de ville ont connu une hausse de 3,4 % (soit +1 Md€), avec un montant de dépenses atteignant 33,8 Md€. Pourtant, ils font l'objet d'une régulation

particulièrement serrée, mais exercée par des acteurs multiples.

Pour être distribués, sauf pour ceux relevant de l'accès précoce ou de l'accès compassionnel, autorisés par l'ANSM et la HAS, les médicaments doivent obtenir une autorisation de mise sur le marché de l'Agence européenne des médicaments (EMA). Les dispositifs médicaux ne relèvent pas d'une telle procédure mais les nouvelles exigences de conformité des produits aux normes européennes (« marquage CE »), à compter de 2021, qui en améliorent la sécurité, font craindre un effet inflationniste qui reste à évaluer.

Une caractéristique française réside dans la dissociation entre les décisions de fixation du prix et celles d'admission au remboursement par l'assurance maladie. Les premières relèvent du Comité économique des produits de santé (CEPS) qui négocie avec le fabricant le prix et sa révision ultérieure, en tenant réglementairement compte, principalement, de la valeur ajoutée du produit sur le plan sanitaire, évaluée par la Haute autorité de santé (HAS) ; les secondes sont prises par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui arrêtent le taux de remboursement. Cette segmentation permet aux ministres de s'opposer au financement socialisé d'un produit, en cas de prévision de dépenses non soutenables.

Si le montant d'économies dégagées lors des négociations conventionnelles entre les industriels et le CEPS ne permet pas de respecter la trajectoire de dépenses fixée par la LFSS de l'année (cf. tableau ci-dessous), une clause de sauvegarde (dont les modalités sont fixées en LFSS) se déclenche et impose aux laboratoires de reverser une partie du chiffre d'affaires perçu au-delà de ce plafond de dépenses.

La clause de sauvegarde et son application en 2021 et 2022

La LFSS de l'année fixe un montant M qui correspond à un objectif de chiffre d'affaires net des remises des médicaments remboursables. Si ce montant est dépassé, des contributions sont dues par les entreprises pharmaceutiques.

La LFSS pour 2021 avait fixé à 24 Md€ le montant (M) au-delà duquel se déclenche

le mécanisme de clause de sauvegarde. La LFSS pour 2022 a relevé le montant M à 24,5 Md€. Le chiffre d'affaires brut des entreprises pharmaceutiques a progressé de 9,3 %. La progression du chiffre d'affaires net des remises (4,9 %), plus élevé que celle du montant M (2,1 %) a entraîné mécaniquement un accroissement du rendement de la clause de sauvegarde en 2022 par rapport à 2021.

Malgré la mise en œuvre des révisions de prix et de la clause de sauvegarde, les dépenses nettes de médicaments ont fortement augmenté au cours des derniers exercices, ce qui traduit, au moins pour partie, une diminution de l'efficacité de ces dispositifs de régulation.

En effet, le contexte a évolué. La crise sanitaire a mis en lumière les difficultés d'approvisionnement en médicaments - en grande partie liées à la stratégie industrielle des laboratoires pharmaceutiques - déjà perceptibles durant la dernière décennie. Pour y répondre, les pouvoirs publics ont donné des orientations plus accommodantes pour négocier les prix des produits de santé, à partir de 2021 :

- augmentation de la prévision de dépenses de produits de santé de 2022 à 2024 (+ 2,4 % par an contre + 1,7 % lors de la décennie précédente¹⁰) ;
- garanties de stabilité des prix dans l'accord-cadre de mars 2021 avec le syndicat professionnel du milieu pharmaceutique (les Entreprises du médicament -LEEM) ;

- avoirs sur remise consentis aux laboratoires pour des montants croissants (de 50 à 300 M€ annuels pour le médicament) ;

- introduction de « *la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production* » comme critère additionnel de fixation du prix. Il s'agit, en effet, de favoriser les relocalisations de la production, en Europe voire en France.

Ces considérations de politique industrielle font, de fait, peser sur l'assurance maladie les conséquences financières de l'insuffisante maîtrise de ce marché.

Les nouveaux enjeux conjuguent désormais intégration des produits innovants dans les dépenses de santé et sécurisation des approvisionnements en produits essentiels et matures, cumulant les effets inflationnistes de ces deux objectifs.

La Cour avait, du reste, relevé, dès 2017, que les obligations de service public imposées aux grossistes répartiteurs - qui assurent la logistique de l'approvisionnement des pharmacies d'officine

10. Mise à disposition sous 24 heures d'un stock correspondant à deux semaines de consommations d'un assortiment de médicaments comportant au moins les neuf dixièmes des produits commercialisés, interdiction d'exporter des médicaments en risque de rupture.

-se heurtaient à leur position intermédiaire dans la chaîne de distribution des médicaments et qu'ils n'étaient pas en mesure d'assurer la continuité de la fourniture des produits dès lors que les entreprises pharmaceutiques étaient dégagees d'obligations réellement contraignantes en la matière.

Elle a également souligné que l'opacité de la formation des prix, qu'autorisent une régulation par les remises et l'absence de caractère réellement contraignant des informations attendues des industriels, affaiblit la position des pouvoirs publics dans les négociations qu'ils mènent avec eux. Ce mécanisme contribue également au maintien des

marges importantes, car adossées aux prix faciaux non remisés, pour les distributeurs (grossistes et pharmaciens d'officine).

Le secteur des dispositifs médicaux, quant à lui, relève d'une logique différente. Il est composé d'une majorité de PME dont un grand nombre sont françaises. Mais il englobe une grande diversité d'acteurs : fabricants, mais aussi distributeurs et prestataires. Le cadre de la tarification en est sensiblement compliqué comme le montrent les délais de signature des accords-cadres en cours de négociation avec les fabricants (le précédent accord est échu depuis 2014) et surtout avec les prestataires.

2 - UNE ACTION INABOUTIE CONTRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS, UNE ORGANISATION INSUFFISAMMENT EFFICACE DES SOINS DE VILLE

L'augmentation des dépenses de soins de ville n'a pas résolu les difficultés d'accès aux soins et d'organisation des parcours des patients.

Des mesures ont pourtant été prises pour organiser une offre de soins de ville au soutien du virage ambulatoire hospitalier mais leur impact reste encore trop faible.

A - Des inégalités géographiques et financières, génératrices de coûts, redressées à la marge

Contrairement à une idée reçue, le nombre global de professionnels de santé a fortement augmenté au cours des dix dernières années. En ville, cela se traduit essentiellement par une augmentation des auxiliaires médicaux

(+ 41,9 % pour les infirmiers depuis 2012, soit 123 357 en 2021 ; + 10,5 % pour les masseurs kinésithérapeutes entre 2017 et 2020, soit 73 229 en 2020). En revanche, le nombre de médecins à exercice libéral exclusif a diminué de 9,9 % de 2012 à 2022 (soit 100 099 en 2022), au profit notamment d'un exercice mixte ou salarié dans un établissement de santé.

1. Des disparités géographiques majeures dans la répartition des professionnels de santé, avec une forte incidence sur les consommations de soins en ville

Les 10 % de la population les moins bien dotés ont un accès aux médecins généralistes 3,7 fois plus faible que les 10 % de la population les mieux dotés¹¹. Ce rapport a augmenté de 8 %

11. Ces inégalités d'accès sont mesurées par « l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée » (APL), développé par la DREES et l'IRDES, et qui mesure, par territoire, l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de ville

entre 2019 et 2021. Les inégalités de répartition des sages-femmes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes sont plus importantes encore que celles des médecins généralistes. L'écart entre l'accessibilité des 10 % de la population les mieux et les moins bien dotés est de 5,4 pour les sages-femmes, 6,1 pour les infirmières et 6,7 pour les masseurs-kinésithérapeutes mais leur évolution est plus favorable. Les inégalités d'accès diminuent entre 2019 et 2021 pour les infirmières (- 7 %) et pour les sages-femmes (- 6 %). Elles sont stables pour les masseurs-kinésithérapeutes (+ 1 %).

Depuis 2011, pourtant, des zonages définis dans le cadre de chaque convention, visent à améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Le bénéfice du conventionnement avec l'assurance maladie peut être fonction du lieu d'installation et des conditions spécifiques restrictives - qui n'existent toutefois pas pour les médecins - s'appliquent dans certaines zones, classées « surdotées ». Dans les zones moins bien dotées, les professionnels peuvent, à l'inverse, bénéficier d'aides à l'installation. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) de 2022¹² a montré que le « zonage infirmier », introduit en 2012, a permis d'améliorer la répartition

territoriale des infirmières libérales, malgré des effets de contournement qui peuvent expliquer la faiblesse persistante des résultats obtenus au niveau national. Le nouveau zonage mis en place depuis 2019 devra faire l'objet d'analyse d'impact.

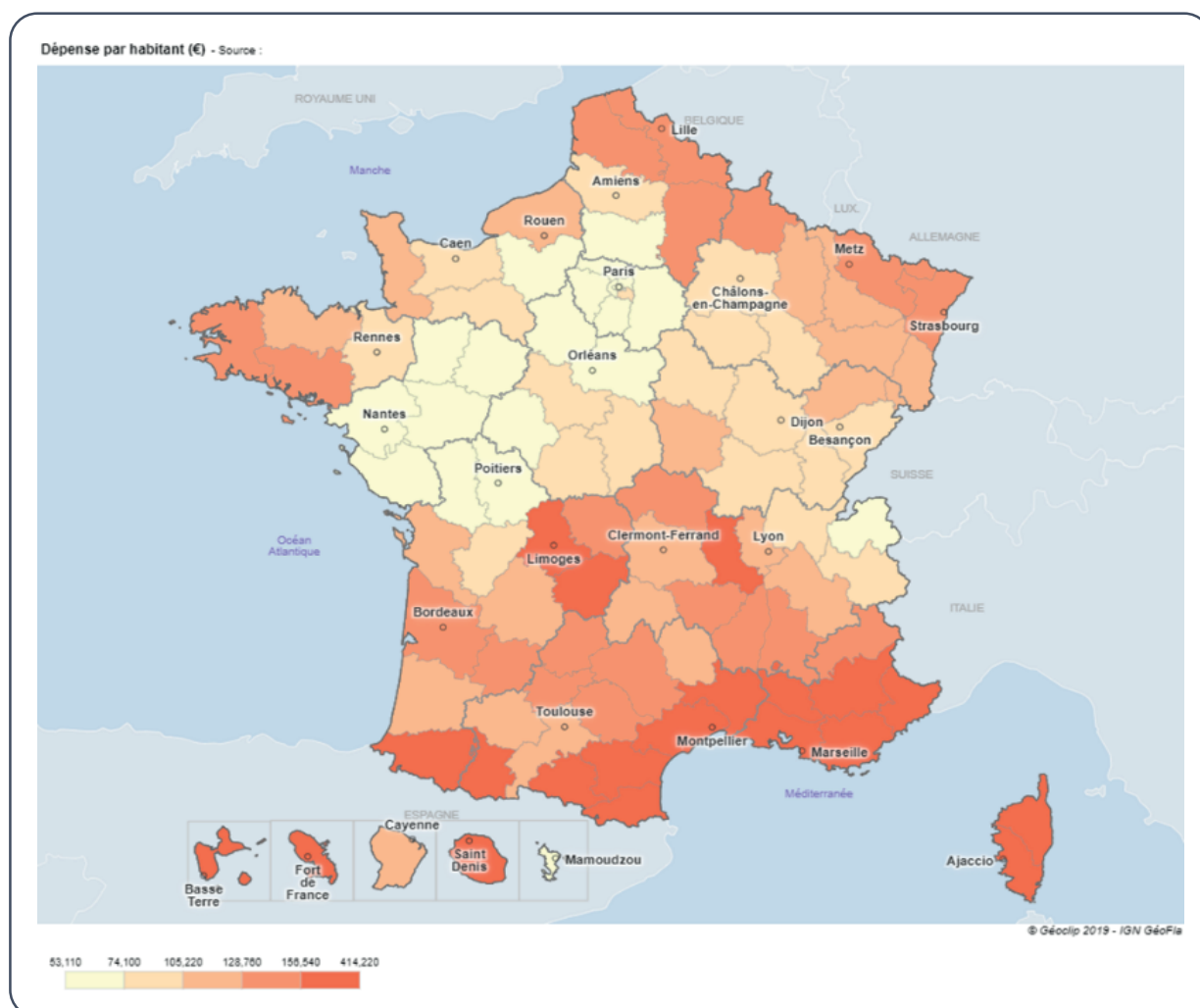
La répartition inégalitaire de l'offre sur les territoires engendre des coûts induits. La Cour avait estimé, en 2017, de 0,9 Md€ à 3,2 Md€ l'enjeu d'efficience lié à une offre de soins plus homogène.

Dans son rapport *Charges et produits* de 2022, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) a montré une corrélation positive forte entre le montant d'actes infirmiers de soins (AIS) et la densité d'infirmiers, traduisant un effet d'offre coûteux pour les finances publiques. La Cour avait souligné, par ailleurs, l'effet d'éviction qu'induit une forte implantation des infirmiers libéraux sur la création de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), structures médico-sociales qui emploient essentiellement des aides-soignants et permettent une meilleure maîtrise des dépenses en soins d'hygiène.

De fait, les dépenses de soins infirmiers par habitant enregistrent en 2022 des disparités très importantes selon les départements.

12. « Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ? » Fanny Duchaine, Guillaume Chevillard, Julien Mousquès (Irdes) – *Questions d'économie de la santé* – n° 270 – juillet-août 2022

Carte n° 1 : dépenses de soins infirmiers par habitant en 2022



Source : Cour des comptes d'après données Open-DAMIR et cartographies Geoclip

2. Des inégalités tarifaires d'accès aux soins aux incidences mal mesurées sur l'état de santé des Français

L'accès aux soins est aussi limité par les barrières tarifaires que constituent les dépassements d'honoraires. Ceux-ci ont été rendus possibles par la troisième convention nationale, signée en 1980, qui a créé un secteur 2 dans lequel les médecins fixent librement leurs honoraires en contrepartie d'un renoncement à la prise en charge partielle de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie. La cinquième convention

nationale de 1990 a gelé l'accès au secteur 2 mais différents dispositifs (Contrat d'Accès aux Soins - CAS - puis Option pratique tarifaire maîtrisée - Optam) ont cherché à rouvrir l'accès à ce secteur tout en réduisant les dépassements. Cette politique montre ses limites, en particulier pour les médecins spécialistes et dans certains territoires. Plus d'un médecin spécialiste sur deux pratique des dépassements d'honoraires pour un montant global toujours plus élevé (3,5 Md€ en 2021). Les dépassements ont représenté 17 % des honoraires en 2021, une moyenne qui occulte toutefois des disparités importantes. En

effet, dans certains cas, le montant total perçu au titre des dépassements est très proche de 100 %

(par exemple, pour l’ophtalmologie à Paris ou pour la chirurgie orthopédique dans le Rhône).

Tableau n° 2 : évolution depuis 2000 de la part de secteur 2 parmi les médecins libéraux, selon les spécialités

| Spécialité | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2021 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Médecins généralistes (y compris les médecins) à expertise particulière - MEP) | 14 % | 12 % | 11 % | 9 % | 6 % | 5 % |
| Total spécialistes | 37 % | 39 % | 41 % | 44 % | 50 % | 51 % |
| Total médecins (généralistes + spécialistes) | 25 % | 25 % | 25 % | 25 % | 27 % | 28 % |
| Chirurgiens | 72 % | 76 % | 78 % | 80 % | 83 % | 84 % |
| Gynécologues-obstétriciens | 50 % | 52 % | 55 % | 60 % | 68 % | 70 % |
| Ophtalmologues | 49 % | 52 % | 54 % | 57 % | 63 % | 66 % |
| Psychiatres | 25 % | 27 % | 30 % | 34 % | 41 % | 43 % |
| Anesthésistes | 22 % | 26 % | 35 % | 44 % | 55 % | 59 % |
| Cardiologues | 20 % | 19 % | 20 % | 21 % | 25 % | 26 % |

Source : Cnam (charges et produits 2022)

Certes, ces dépassements ne pèsent pas sur les dépenses d’assurance maladie mais sur les assurés, qui en supportent la charge, directement ou par le biais des assurances complémentaires de santé (cf. supra). Ils peuvent ainsi conduire à des renoncements aux soins susceptibles d’entraîner une aggravation de l’état de santé des personnes et des coûts supplémentaires induits pour l’assurance maladie obligatoire qui restent à évaluer.

B - Des mesures de structuration des soins de ville, insuffisantes pour permettre un parcours de soins adapté

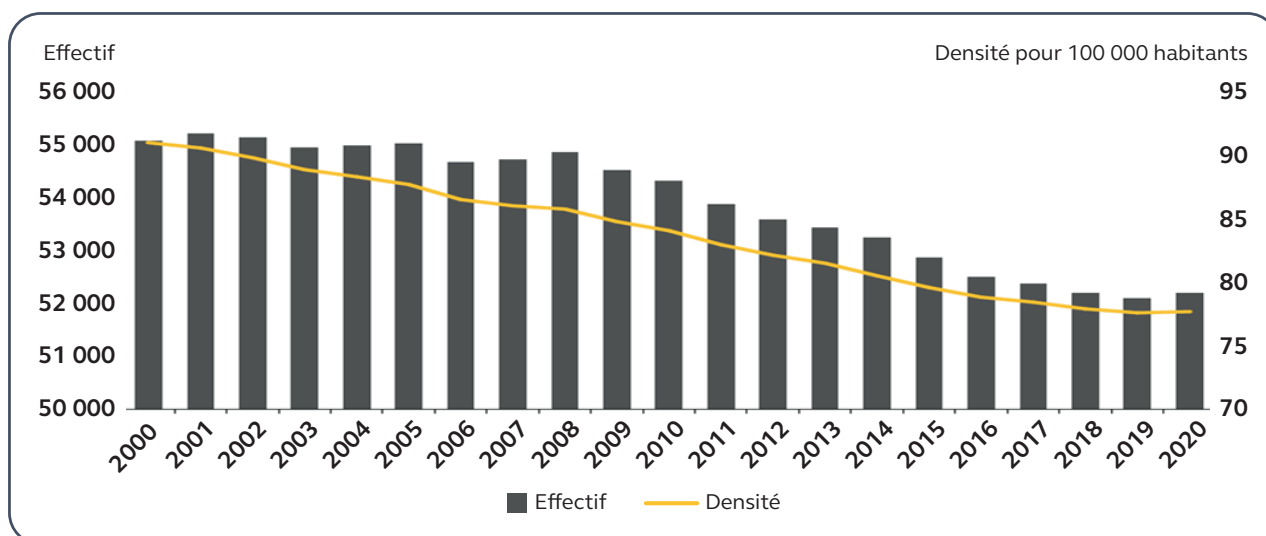
Depuis plusieurs années, l’organisation des soins de ville a évolué, notamment grâce à

des aides visant à dégager du temps médical et à mieux coordonner les interventions de professionnels de santé, par l’introduction de rémunérations fondées sur des objectifs de santé publique ainsi que par l’introduction de nouveaux dispositifs de permanence des soins. Mais ces incitations restent marginales et leur impact insuffisamment évalué.

1. Des mesures encore embryonnaires d’organisation des soins

L’augmentation globale du nombre de médecins occulte une baisse du nombre de généralistes libéraux, alors même que la population croît et vieillit.

Graphique n° 4 : évolution de l'effectif et de la densité des médecins généralistes libéraux



Source : Cnam (SNDS)

Cette diminution est liée pour partie à la mise en place d'un *numerus clausus*, outil de régulation de l'offre introduit à la rentrée 1972, avec l'accord de plusieurs syndicats de médecins. La substitution d'un *numerus apertus* en 2020 ne résoudra la baisse des effectifs qu'au-delà de 2030.

Cette réalité met à mal le dispositif du médecin traitant, érigé depuis 2005 en clé de voûte des prises en charge en ville et acteur central des parcours de soins. En 2021, on estime que plus de 11 % des patients de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant déclaré, ce qui représente plus de 6 millions d'assurés (parmi lesquels 5 % des personnes en affection de longue durée et 6,5 % des personnes de plus de 60 ans), avec, là encore, des disparités géographiques.

Par ailleurs, le système du médecin traitant apparaît décevant dans son application, faute notamment d'apporter un contenu médical effectif aux parcours de soins, dans un contexte où les retards considérables de conception et

de mise en place du dossier médical personnel ont privé les professionnels de santé de l'outil indispensable à une bonne coordination. Ces constats n'ont pas conduit, cependant, à remettre en cause ce dispositif.

D'autres solutions ont été promues pour soutenir l'activité médicale :

- le partage de compétences, qui consiste à confier à un autre professionnel de santé des tâches auparavant réservées à un médecin, a été mis en place essentiellement avec les pharmaciens par la convention du 9 mars 2022, en matière de prévention et d'accompagnement des patients¹³ et, auparavant, avec des infirmiers. Sans préjuger des résultats d'une évaluation de l'intervention des pharmaciens, la Cour a montré que l'intervention des infirmiers, dans une pratique avancée, était freinée d'une part par la difficulté, pour des professionnels libéraux de financer les deux ans d'études supplémentaires requis et d'autre part par l'obligation d'une orientation des patients par

13. Vaccinations de l'adulte, dépistages du cancer colorectal et des cystites aiguës et leur prise en charge, renouvellement et ajustements des traitements chroniques dans les zones à faible densité médicale, etc

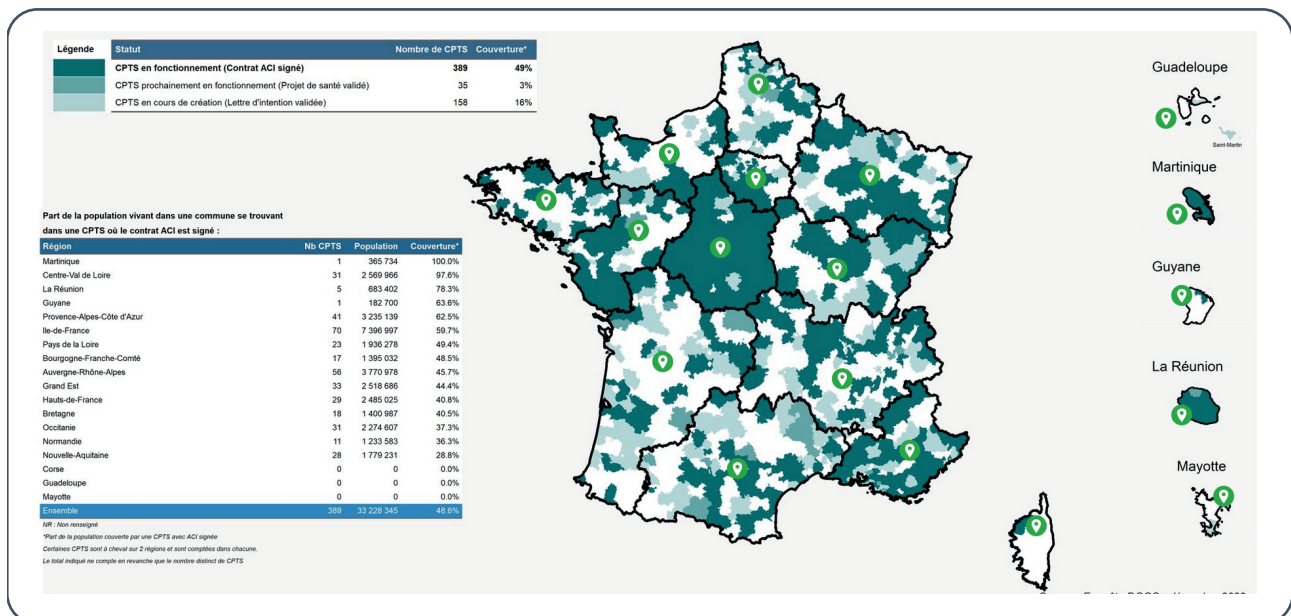
les médecins. Cette dernière contrainte a été levée très récemment par la loi dite « Rist »¹⁴ qui autorise les patients à accéder directement à certains auxiliaires médicaux¹⁵ exerçant dans des structures permettant un « exercice coordonné » avec les médecins ;

- le déploiement tout récent d'assistants médicaux (3 112 contrats signés fin mai 2022) vise à libérer du temps médical utile, par le financement de fonctions support auprès des médecins libéraux. Les premières évaluations sont encourageantes puisqu'elles font apparaître une augmentation moyenne de près de 10 % du nombre de patients vus par le médecin traitant. La qualité des prises en charge reste encore à évaluer ;
- par ailleurs, les pouvoirs publics cherchent à fluidifier les parcours de soins. En ville, l'exercice coordonné, au sein notamment de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), ou de

centres de santé (CDS), est appelé à devenir la norme de l'organisation des soins primaires. Ce mode d'exercice partagé semble attirer les jeunes médecins et renforcer leur activité en zones sous-denses. La Cour a cependant souligné la nécessité de rationaliser les aides publiques dont bénéficient ces structures, pour éviter les concurrences locales et conforter la pertinence et la pérennité des projets médicaux correspondants ;

- la coordination est encouragée aussi à l'échelle des territoires, dans une logique intersectorielle, sous la forme de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il s'agit d'organisations souples, conçues autour d'un projet de santé, et constituées à l'initiative des professionnels, qu'ils exercent en ville ou en établissement sanitaire ou médico-social, sur un territoire déterminé par les acteurs eux-mêmes.

Carte n° 2 : couverture des territoires par les CPTS – décembre 2022



Source : enquête DGOS décembre 2022

14. Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé
 15. Infirmiers en pratique avancée, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes.

L'assurance maladie mène une politique volontariste de déploiement de ces CPTS et accompagne les porteurs de projets. Mais, au-delà de la couverture complète du territoire qui reste à réaliser, il conviendra de veiller à l'effectivité de la coordination entre secteurs - ville, hôpital, médico-social - et à la pertinence des parcours de soins proposés.

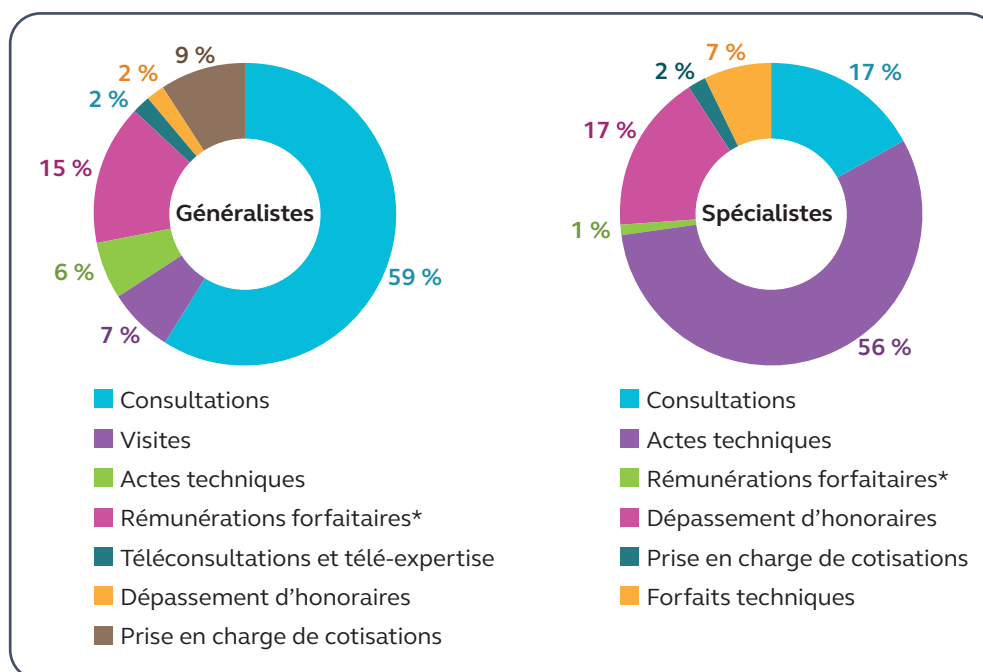
2. Une part de la rémunération des médecins fondée sur des objectifs de santé publique, qui reste inaboutie

Créée en 2011, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) vise à faire évoluer les pratiques médicales de cinq grandes catégories de praticiens libéraux pour atteindre les objectifs de santé publique arrêtés dans le

cadre des négociations conventionnelles : les médecins traitant l'adulte (essentiellement généralistes), les médecins traitant l'enfant, les cardiologues, les gastro-entérologues et les endocrinologues. Ce dispositif repose sur un système de rémunération forfaitaire annuelle valorisant l'atteinte d'objectifs traduits en indicateurs, en sus de la rémunération à l'acte en vigueur pour la médecine de ville.

Sur des montants d'honoraires annuels moyens de 181 000 € pour les généralistes (en hausse de 4,6 % depuis 2017) et de 379 000 € pour les spécialistes (en hausse de 10,2 %), la part des rémunérations forfaitaires est significative pour les généralistes sans être essentielle (avec un montant annuel moyen de 4 891 € en 2021), et marginale pour les spécialistes.

Graphique n° 5 : décomposition des honoraires des médecins en 2021 (tous secteurs de conventionnement)



Source : Cnam, traitement DSS. Champ : Tous régimes, France entière

Le système de soins en ville reste donc très marqué par une rémunération à l'acte, dont les effets inflationnistes ont été largement documentés.

Pour assurer une meilleure qualité de prise en charge et maîtriser davantage les dépenses, la Cour souligne l'intérêt de découpler la

rémunération des praticiens du nombre d'actes effectués. Elle a cependant constaté en 2022 que la fixation par les pouvoirs publics d'objectifs de santé publique moins ambitieux conduisait à la perte du caractère incitatif de la part forfaitaire de la rémunération. L'avenant n° 6 à la convention médicale de 2016 a abaissé le niveau des critères permettant de bénéficier de cette rémunération forfaitaire, et ce afin de garantir la rémunération des professionnels. Ainsi, l'objectif de part de la population concernée par un dépistage du cancer colorectal, initialement fixé en 2016 entre 40 et 70 %, a été ramené à une fourchette comprise entre 24 % et 55 %, soit à des valeurs inférieures à celles recommandées par l'Union européenne pour espérer faire baisser la mortalité de 10 %. La France, qui enregistrait déjà des résultats très inférieurs à ses voisins européens, a vu son taux de participation à ce dépistage baisser depuis, sans que la rémunération des médecins en soit affectée.

L'impact réel sur la santé de la rémunération sur objectifs de santé publique reste difficile à mesurer malgré les montants non négligeables qu'elle représente : cumulés de 2017 à 2022, les crédits versés atteignent 1,6 Md€. L'atteinte des objectifs est globalement insuffisante et les indicateurs n'ont pas enregistré d'avancée majeure, notamment pour ce qui concerne la prévention. La vaccination antigrippale du sujet à risque a, certes, augmenté de 5,8 points entre 2016 et 2021, mais elle ne couvre que 37 % de la population cible en fin de période.

3. Une permanence des soins mal assurée, faute notamment d'une participation suffisante des professionnels de ville

La permanence des soins, la nuit (20h-8h) ainsi que les dimanches et jours fériés, repose sur la médecine de ville (PDSA) et sur les établissements de santé (PDSSES). Néanmoins, la PDSA a été considérablement fragilisée par la suppression en 2003 de l'obligation réglementaire et déontologique de participation des médecins libéraux aux gardes et astreintes, notamment le soir et les fins de semaine, au profit du volontariat, sur la base d'une organisation territoriale définie par les Agences régionales de santé (ARS).

Bien qu'elle n'en soit pas la cause unique, l'abandon de cette obligation contribue à la moindre disponibilité des médecins de ville et à une augmentation de la fréquentation des urgences hospitalières, qui ne sont désormais plus en capacité d'absorber le flux de patients, comme en témoigne la fermeture momentanée de certains services et/ou la régulation des passages par le centre 15.

Ce constat a conduit à la création en 2019 des services d'accès aux soins (SAS), avec vingt services préfigurateurs puis une généralisation à partir de 2023. Les objectifs sont l'amélioration de l'articulation ville-hôpital et l'organisation d'une prise en charge en ville des patients ne nécessitant pas de recourir à un plateau technique d'urgence (soit de l'ordre de 20 à 40 %¹⁶ du flux selon le rapport de la mission flash sur les urgences et soins non programmés de juin 2022). Leur succès est conditionné à la capacité et la volonté des médecins de ville d'y participer.

16. La fourchette haute pourrait être retenue, compte tenu du fait que les demandes de soins non programmés relevant d'une prise en charge par la médecine de ville représentent 38 % des appels au Samu, chiffre en augmentation de 58 % entre 2014 et 2021.

3 - UN CHANGEMENT D'ÉCHELLE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DES DÉPENSES

Au sortir d'une crise sanitaire majeure qui a bousculé les organisations de soins et remis en cause l'équilibre financier presque atteint, l'amélioration de l'efficacité de la dépense en santé est un impératif incontournable. Financée sur fonds publics pour l'essentiel, la mise à disposition d'une offre de soins de ville de qualité nécessite que la concertation avec les acteurs de terrain soit placée sous le triple signe de la souplesse, de la transparence et de la responsabilité.

Dans ses publications, la Cour a identifié différents leviers pour assurer ces changements.

A - Accélérer la réorganisation des soins de ville pour une meilleure prise en charge des patients

Les nouvelles modalités d'organisation des soins de ville encouragées par les pouvoirs publics sont porteuses de possibles améliorations, mais leur déploiement nécessite que soient levés différents freins.

1. Assurer le virage numérique en santé

Pour assurer un suivi efficace des patients, les professionnels de santé ont besoin d'être convenablement outillés. La mise en œuvre du dossier médical partagé (DMP) est inaboutie près de 20 ans après la création du concept. Son intégration dans l'espace numérique de santé, géré par la Cnam et la Délégation au numérique en Santé, et sa création automatique en

l'absence d'opposition de l'assuré constituent une avancée intéressante que la Cour évaluera.

De manière plus générale, les progrès du numérique doivent être mis à profit pour faciliter le parcours de soins des patients et garantir la qualité des prestations. La Cour s'est particulièrement intéressée à la télésanté et à la dématérialisation des prescriptions.

La télésanté, que celle-ci recouvre la consultation ou le soin à distance ou la demande d'expertise à un autre professionnel de santé, après une première réponse à la crise sanitaire, doit être mise au service d'une coordination des soins effective. Cette orientation emporte le ciblage des politiques d'aide à l'équipement des ARS et de la Cnam sur les structures d'exercice coordonné en ville et les zones sous-denses, le renforcement des exigences d'interopérabilité vis-à-vis des concepteurs des systèmes d'information, embarquant les dispositifs médicaux, et l'encadrement des pratiques pour assurer le respect de la charte de bonnes pratiques des téléconsultations.

La dématérialisation des prescriptions est un élément essentiel de la qualité des soins, en ce qu'elle participe à la prévention des risques d'iatrogénie¹⁷ mais également au respect des traitements prescrits. Désormais largement répandue en matière d'arrêts de travail, elle reste à construire pour les autres prescriptions. Compte tenu de son intérêt majeur pour la performance du système de santé en général – et l'efficacité de la dépense en particulier,

17. Conséquences néfastes sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé.

la Cour s'étonne de la non parution des textes d'application fixant l'obligation de dématérialisation, fin 2021 pour les arrêts de travail, fin 2024 pour les autres prescriptions. Des chantiers d'importance, certes complexes, restent à conduire pour généraliser ces procédures à l'ensemble des prescriptions (taxis conventionnés, dispositifs médicaux commercialisés par des prestataires, etc.) et des prescripteurs (y compris les médecins hospitaliers) mais également pour normaliser les données de prescription.

2. Assurer la coordination des tâches par la redéfinition des missions des professionnels de santé

La complexité de certaines pathologies comme les innovations techniques ont amené une évolution des formations et des pratiques – notamment des auxiliaires médicaux. Pourtant les nouvelles compétences tardent à être traduites dans des documents opposables. La classification commune des actes médicaux (CCAM), mise en place en 2005, comme la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), dont la conception remonte à 1972, qui définissent les tarifs, ne sont pas actualisées régulièrement. Par ailleurs, la NGAP ne permet pas une connaissance précise de l'activité, en particulier des auxiliaires médicaux, ce qui entrave la gestion du risque.

Créé par l'article 38 de la LFSS 2020, le Haut conseil des nomenclatures vise à remédier à ces difficultés. Il conviendra de veiller à la pleine concrétisation de ses travaux, dont l'aboutissement est attendu d'ici 2025. En effet, une meilleure maintenance des nomenclatures est de nature à favoriser l'innovation tout en maîtrisant la dépense, grâce à la prise en compte des progrès de productivité dans la tarification.

Par ailleurs, pour promouvoir le partage des tâches et limiter les conséquences de la pénurie de médecins traitants, les missions de chacun pourraient être définies dans un cadre interprofessionnel, puis déclinées par catégorie de professionnels ou dans les réglementations spécifiques aux structures d'exercice coordonné. Les nomenclatures devraient ensuite être mises en cohérence pour que l'ensemble des actes ainsi définis puissent être exercés en ville.

La loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé a introduit un principe de responsabilité collective des professionnels de santé (établissements mais aussi médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers) à la permanence des soins, tant en établissement de santé qu'en ville. Cette nouvelle disposition qui vise à garantir aux patients un accès aux soins non programmés pendant les horaires de fermeture des hôpitaux et des cabinets médicaux, en répartissant cet effort entre toutes les structures et tous les médecins d'un territoire, reste à mettre effectivement en œuvre sur le terrain.

3. Conforter la couverture territoriale de l'offre de soins

La liberté d'installation des professionnels de santé et la liberté des patients de choisir leur praticien ont un coût collectif, en termes financiers d'une part, du fait de la corrélation entre volume de l'offre et augmentation des dépenses, en termes de santé publique d'autre part, quand elles aboutissent à rendre les soins inaccessibles. La répartition des professionnels de santé constitue donc une préoccupation légitime des pouvoirs publics.

ARS et assurance maladie doivent conjuguer leurs données pour identifier les insuffisances

de l'offre dans chaque bassin de vie et articuler les prestations en ville et en structures hospitalières et médico-sociales. L'extension du conventionnement sélectif aux professions médicales pourrait soutenir la nécessité de focaliser les aides attribuées aux professions de santé sur les populations et les territoires moins bien pourvus.

Par ailleurs, les dispositifs mis en place en 2017, Option pratique tarifaire maîtrisée (*Optam*) et *Optam* chirurgie et obstétrique (*Optam-CO*) devront être évalués afin de vérifier leur contribution à la maîtrise des dépassements tarifaires. À défaut, la Cour recommande de définir des règles de plafonnement des dépassements d'honoraires autorisés et de revenir au déconventionnement du professionnel de santé qui souhaite s'en dispenser.

B - Renforcer les incitations à la qualité

1. Centrer les rémunérations sur la prévention, la qualité et l'organisation des soins

La coopération entre professionnels de santé ou entre secteurs – ville, hôpital, établissements médico-sociaux – bute le plus souvent sur des questions de rémunération. Le dispositif d'appui à l'innovation, mis en place à travers l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018, soutient des expérimentations de financements alternatifs à la tarification à l'acte :

- financement à l'épisode de soins, partagé entre la ville et l'hôpital ;

- intéressement, fondé sur des indicateurs de qualité et de dépenses, pour les regroupements de professionnels de santé libéraux, en sus de leur rémunération conventionnelle individuelle ;

- rémunération d'une structure de soins de ville, comme une maison de santé, pour une patientèle donnée, en fonction notamment de la qualité de la prise en charge.

La réflexion doit également tenir compte de la juste rémunération des fonctions de coordination et des pratiques « d'aller vers ». La Cour a constaté que ces modalités de rémunération tardaient à dépasser le stade expérimental et demandé que les conditions de leur déploiement soient étudiées pour entrer en vigueur rapidement.

Par ailleurs, la part des rémunérations forfaitaires, axées sur des objectifs de santé publique, mérite d'être renforcée, pour lutter contre le caractère inflationniste de la tarification à l'acte. Cette démarche doit tenir compte de la nécessité d'accorder une juste rémunération à des professionnels dotés de compétences techniques supérieures. À cet égard, le suivi réalisé annuellement par la direction de la sécurité sociale (DSS) dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - maladie permet d'apprécier l'évolution des rémunérations des professionnels de santé libéraux¹⁸, et peut servir de cadre pour piloter une recomposition des revenus, à partir d'un dialogue conventionnel éclairé.

Par ailleurs, la Rosp gagnerait à être redynamisée. Le nombre d'indicateurs pourrait être réduit à ceux dont l'impact est mesurable

18. En 2019, le revenu moyen mensuel net des médecins libéraux conventionnés était de 7 700 € (6 417 pour les généralistes, 9 417 pour les spécialistes), des sages-femmes (bac +5), de 2 500 €, des auxiliaires médicaux de 3 700 €. Cette dernière moyenne est tirée par les infirmiers et kinésithérapeutes, nombreux à travailler en libéral et mieux rémunérés que les autres professions paramédicales.

et les objectifs, définis en concertation avec les professionnels, pourraient être plus exigeants. La Rosp des pharmaciens a été un levier efficace pour favoriser la substitution de génériques aux médicaments « princeps ».

Enfin, l'organisation du système de soins en faveur de la prévention est un levier médico-économique puissant, permettant à terme d'améliorer l'état de santé de la population et d'éviter des dépenses importantes. La Cour a montré qu'une stratégie « d'aller vers » les populations fragiles pourrait améliorer l'atteinte de ses objectifs, surtout si elle était conjuguée à un réarmement des services médicaux de prévention (santé au travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile) et articulée avec les actions menées en milieu hospitalier.

4. Des actions dans le champ de la qualité à mener prioritairement en direction des professionnels de santé

71 % des dépenses de l'Ondam soins de ville ont pour origine une prescription médicale (de produits de santé, d'arrêts de travail, de prestations d'auxiliaires médicaux) ; le reste est essentiellement composé des honoraires médicaux.

Dans ces conditions, la maîtrise des dépenses ne peut que passer par une approche médico-économique. La Cnam a déjà mis en place un certain nombre d'actions en la matière qui pourraient être généralisées et renforcées :

- elle déploie des actions d'accompagnement graduées et ciblées visant à promouvoir la pertinence et l'efficacité des prescriptions et des délivrances de produits de santé. Outre la médicalisation des systèmes d'information évoquée plus haut, la pertinence des soins pourrait être renforcée, en développant les référentiels de bonnes pratiques établis par

la HAS, en lien avec les sociétés savantes, et en les rendant plus facilement opposables.

- dans le cadre de « Ma santé 2022 », la HAS et la Cnam ont défini des parcours de soins pour différentes pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie obstructive, maladie rénale, maladie de Parkinson), assortis d'indicateurs de qualité portant sur des étapes clés. D'autres maladies chroniques pourraient bénéficier de prises en charge ainsi encadrées ; le caractère collaboratif des soins doit être conforté par la possibilité de rendre les recommandations opposables.

L'éducation thérapeutique des patients constitue également un levier pour améliorer la qualité des prises en charge. Elle pourrait être étendue à l'ensemble des gros consommateurs de soins. Une sensibilisation, notamment par l'intermédiaire des pharmaciens et des auxiliaires médicaux, aux interactions médicamenteuses et aux conséquences des comportements à risque permettrait non seulement d'améliorer l'état de santé de la population mais également de diminuer la pression à la sur-prescription.

Une telle démarche de sensibilisation des assurés est déclinable pour les arrêts de travail, avec le support de la médecine du travail, l'objectif étant de réduire le risque de désinsertion professionnelle.

Les évolutions nécessaires reposent enfin sur une amélioration de l'information relative à la qualité des prestations des professionnels de santé, afin de compenser l'asymétrie d'information qui existe entre patient et soignant, de renforcer le lien de confiance entre eux et de limiter le nomadisme médical. À cet égard, la certification périodique des professionnels de santé, applicable depuis le 1^{er} janvier 2023, constitue une avancée intéressante. Son articulation avec

la démarche d'accompagnement gradué des professionnels de santé mise en œuvre par la Cnam permettrait de renforcer la qualité des soins. La diffusion plus efficace de l'information sur la commission d'abus permettrait aussi, aux prescripteurs, d'exercer une vigilance accrue sur leurs propres pratiques ou celles des autres professionnels de santé dont ils ont à connaître, et, aux assurés, de mieux s'orienter dans l'offre proposée.

C - Assurer un meilleur pilotage de la dépense

1. Renforcer les contrôles des facturations et la lutte contre la fraude

La Cnam mesure annuellement, à partir d'un échantillon, les erreurs après contrôle interne, liées à des facturations à tort - majoritairement au détriment de l'assurance maladie. En 2022, cette mesure a atteint 3,4 Md€, essentiellement en soins de ville. La Cnam estime également que les erreurs résiduelles affectant les indemnités journalières atteignent en 2022 un montant de 0,4 Md€.

Pour autant, les actions de contrôle *a posteriori* n'ont permis d'identifier et de stopper que 351 M€ de facturations à tort en 2022 (en progrès par rapport aux exercices antérieurs). La Cnam s'engage à améliorer leur ciblage et leur organisation.

Ces actions complètent les contrôles automatisés embarqués dans les systèmes d'information de facturation. Leur potentiel, actuellement limité par l'obligation faite à l'assurance maladie, depuis 2016, de payer sous sept jours les professionnels de santé en cas de tiers payant (sous peine de pénalités), doit être renforcé avec pour objectif d'assurer

un contrôle plus efficace en amont. À terme, la e-prescription (généralisée et obligatoire) dont le déploiement a pris du retard en France permettra de limiter drastiquement le risque de non-conformité des facturations.

Par ailleurs, dans le cadre de la stratégie interministérielle définie en décembre 2020, la Cnam a engagé un travail de chiffrage de la fraude. Sur un périmètre partiel des soins de ville, lequel sera complété en 2023 et 2024, l'évaluation identifie un total compris entre 0,7 Md€ et 1,1 Md€. En développant son action sur quelques structures (pharmacies, centres de santé ophtalmologiques et dentaires), la Cnam a augmenté son résultat de 50 % (à 316 M€) en 2022 et s'est fixé un objectif de 500 M€ en 2024. Le risque financier lié à la fraude étant plus important parmi les professionnels de santé que parmi les assurés, la Cnam devra donc mobiliser plus systématiquement l'ensemble des leviers à sa disposition, notamment ceux issus de la LFSS 2023 (déconventionnement d'urgence, pénalités financières rehaussées).

2. Piloter les dépenses publiques de santé dans une perspective pluriannuelle répondant aux besoins des populations

La réalisation d'un suivi et d'un bilan annuel des dépenses de prévention, incluant l'évaluation des économies induites, retranscrits dans un document de politique transversale, permettrait de donner plus de poids et de reconnaissance à cette ligne d'actions.

Une mise en cohérence des dépenses de soins de ville avec les résultats des négociations menées par l'assurance maladie avec les professionnels de santé, d'une part, et les producteurs de produits de santé, d'autre part, doit être recherchée. La Cour a proposé de donner aux ministres le pouvoir de prendre les mesures

nécessaires, en cas d'échec des négociations, dans tous les champs conventionnels. Les dépenses de soins de ville gagneraient à être inscrites dans une stratégie et des trajectoires pluriannuelles pour donner une meilleure visibilité aux partenaires conventionnels.

L'association des représentants des organismes d'assurance complémentaire aux négociations permettrait enfin de tirer les conséquences d'un partage effectif des compétences de financement du système de soins, quand la participation des représentants des usagers assurerait une plus grande transparence du dispositif.

CONCLUSION

La Cour recommande d'accélérer les transformations en cours dans l'organisation des soins de ville, en s'appuyant sur les outils numériques, en renforçant la coordination entre professionnels de santé et en orientant leur rémunération vers des objectifs de santé publique. La lutte contre les abus et les fraudes doit être renforcée et les dépenses maîtrisées, au bénéfice de la santé des assurés. Les négociations avec les professionnels de santé devront y contribuer effectivement, dans une logique de responsabilisation.

RÉFÉRENCES AUX TRAVAUX DE LA COUR DES COMPTES

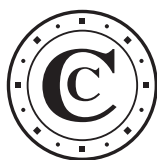
La présente note s'appuie prioritairement sur les publications de la Cour dans le cadre du rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS). Les principales références bibliographiques retenues sont les suivantes :

- *Après la crise sanitaire, un Ondam à conforter comme outil de pilotage des dépenses de santé, RALFSS 2023, mai 2023 ;*
- *La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie, RALFSS, mai 2023 ;*
- *Expérimenter pour réformer l'organisation et la tarification des soins, RALFSS, mai 2023 ;*
- *Certification des comptes 2022 du régime général de sécurité sociale et du CPSTI, rapport public annuel, mai 2023 ;*
- *La situation financière de la sécurité sociale, RALFSS 2022, octobre 2022 ;*
- *Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer, RALFSS 2022, octobre 2022 ;*
- *L'imagerie médicale : des évolutions en cours des réformes indispensables, RALFSS 2022, octobre 2022 ;*
- *La sécurité des approvisionnements en produits de santé, RALFSS 2022, octobre 2022 ;*
- *Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie, note structurelle, décembre 2021 ;*
- *Les services de soins à domicile : une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradations des soins, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2021 ;*
- *La politique de prévention en santé, communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, novembre 2021 ;*
- *La trajectoire financière de la sécurité sociale à partir de 2020 : le défi des conséquences de la crise sanitaire, RALFSS, octobre 2021 ;*
- *Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover, RALFSS, octobre 2021 ;*

- *Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, juin 2021 ;*
- *Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants, RALFSS, octobre 2021 ;*
- *La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins, RALFSS, octobre 2021 ;*
- *La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir, RALFSS, octobre 2021 ;*
- *Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier, RALFSS, octobre 2020 ;*
- *La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer, RALFSS, octobre 2020 ;*
- *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès lents, un changement d'échelle indispensable, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020 ;*
- *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail, RALFSS, octobre 2019 ;*
- *Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire, RALFSS, octobre 2019 ;*
- *Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital, RALFSS, octobre 2018 ;*
- *L'avenir de l'assurance maladie, Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs, rapport public thématique, novembre 2017 ;*
- *La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, RALFSS, septembre 2017 ;*
- *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, RALFSS, septembre 2017.*

Les publications de la Cour des comptes sont consultables sur le site Internet :

www.ccomptes.fr



La présente note
est disponible sur le site internet
de la Cour des comptes : www.ccomptes.fr

CONTRIBUTION À LA REVUE
DES DÉPENSES PUBLIQUES
JUILLET 2023
