

N° 668

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2016-2017

Enregistré à la Présidence du Sénat le 20 juillet 2017

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) de la commission des affaires sociales (2) sur la **pertinence des soins**,*

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,
Rapporteur général,
Sénateur

(1) Cette mission d'évaluation est composée de : M. Jean-Noël Cardoux, *Président* ; MM. Jérôme Durain, Jean-Marie Vanlerenberghe, *Vice-Présidents* ; Mme Annie David, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *Secrétaires* ; Mmes Agnès Canayer, Caroline Cayeux, MM. Yves Daudigny, Gérard Dériot, Mmes Catherine Deroche, Anne Émery-Dumas, Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Milon, Philippe Mouiller, Gérard Roche, René-Paul Savary.

(2) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Émery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, Jean-Marc Gabouty, Mmes Françoise Gatel, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Évelyne Yonnet.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	5
AVANT-PROPOS	7
I. DES ENJEUX MAJEURS, DES RÉPONSES ENCORE TIMIDES	9
A. LA PERTINENCE, UN ENJEU DE QUALITÉ DES SOINS ET D’EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	9
1. <i>Une notion protéiforme</i>	9
2. <i>Des gisements d’efficience ?</i>	11
a) Des constats globalement convergents : les systèmes de santé génèrent une part de gaspillage	11
b) Des études plus ciblées mettent en avant une croissance peu régulée de certains actes	13
c) Un sujet complexe.....	14
B. UNE PRIORITÉ PROGRESSIVEMENT AFFIRMÉE	15
1. <i>De la maîtrise comptable à la maîtrise médicalisée</i>	16
a) Des préoccupations anciennes de l’assurance maladie, des démarches longtemps hésitantes	16
b) Une démarche orientée vers l’accompagnement et le contrôle des professionnels libéraux	16
2. <i>Une amorce de pilotage national ciblé sur les actes chirurgicaux</i>	17
a) La définition de 33 thématiques prioritaires	17
b) Une réponse graduée auprès des établissements de santé par l’assurance maladie et les agences régionales de santé	21
C. UN PLAFONNEMENT DES RÉSULTATS	25
1. <i>La maîtrise médicalisée, outil des relations conventionnelles</i>	25
2. <i>Le volet « pertinence » du plan Ondam 2015-2017 : un contenu disparate, un objectif de visibilité renforcée, une faible valeur ajoutée</i>	27
3. <i>Des résultats mitigés</i>	28
4. <i>Une nouvelle impulsion en 2018 ?</i>	30
II. DES ACTIONS À AMPLIFIER : LA PERTINENCE, LEVIER DE TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ	33
A. UNE DÉMARCHÉ STRATÉGIQUE À CONSOLIDER	33
1. <i>Donner une nouvelle impulsion</i>	34
2. <i>Décloisonner les acteurs</i>	36
3. <i>Placer les professionnels de santé au cœur de la démarche</i>	38
a) <i>S’appuyer sur le rôle des pairs et des sociétés savantes</i>	38
b) <i>Inscrire la pertinence au cœur de la formation : un levier encore trop peu exploité</i>	40
c) <i>Renouveler les approches</i>	40
4. <i>Sensibiliser le grand public pour agir sur les comportements</i>	41

B. APPROFONDIR LA RÉFLEXION SUR DES ÉVOLUTIONS DES MODES DE FINANCEMENT	42
1. <i>Développer la rémunération à l'épisode de soins : un levier pour favoriser la coordination des acteurs</i>	43
2. <i>Promouvoir une approche « gagnant-gagnant » avec les établissements et professionnels de santé</i>	47
a) <i>Vers une régulation par la qualité</i>	47
b) <i>Construire un cadre incitatif à l'amélioration de la pertinence des soins avec les professionnels et établissements de santé</i>	48
EXAMEN EN COMMISSION	51
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	61

LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

• **Donner une nouvelle impulsion à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins**

1. Réaffirmer le rôle de pilotage stratégique et d'impulsion du ministère chargé de la santé, pour clarifier les finalités de la démarche et préciser l'articulation des rôles de chacun.

2. Construire, sur la base d'objectifs partagés, des outils et indicateurs de pilotage pour mieux identifier les axes de progression et assurer le suivi dans le temps des actions conduites.

3. Décliner ce suivi au niveau territorial, en confiant une fonction d'« observatoire » de la pertinence des soins aux instances régionales instituées auprès des ARS, en y associant les professionnels de santé.

• **Décloisonner les acteurs, pour favoriser la transmission et le partage des informations**

4. Faire un bilan de la transmission de la lettre de liaison ville-hôpital rendue obligatoire par la loi Santé de janvier 2016, en y associant les praticiens de terrain pour améliorer son contenu opérationnel.

5. Associer les praticiens de terrain au bilan de la phase de test du dossier médical partagé, afin d'ancrer son usage dans les pratiques quotidiennes.

6. Favoriser le déploiement des messageries sécurisées de santé en imposant l'interopérabilité entre les logiciels.

• **Placer les professionnels de santé au cœur de la démarche**

7. S'appuyer sur le rôle des pairs et des sociétés savantes pour démultiplier les relais de diffusion des recommandations de bonne pratique auprès des professionnels de santé, dans une démarche de pédagogie et de conviction.

8. Envisager l'élaboration de référentiels de pratique dans le cadre conventionnel entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, en laissant les cas plus complexes scientifiquement à la HAS.

9. Organiser un rendez-vous annuel ou biennal entre les professionnels de santé et l'assurance maladie sur cette thématique.

10. Impliquer les doyens des facultés de médecine pour sensibiliser les internes et renforcer la dimension médico-économique dans les parcours de formation initiale et continue.

11. Favoriser le déploiement d'outils numériques d'aide à la décision médicale.

• Sensibiliser le grand public pour agir sur les comportements

12. Engager des campagnes ciblées de sensibilisation des patients sur l'ampleur des actes à faible valeur ajoutée et les risques associés à un recours inapproprié aux soins, autour de messages courts élaborés en association avec les professionnels de santé et sociétés savantes.

• Faire évoluer les modes de financement selon un cadre plus incitatif

13. Promouvoir les modes de rémunération forfaitaire à l'épisode de soins, par le biais d'appels à projet auprès des établissements et professionnels de santé volontaires, pour des pathologies faisant l'objet de protocoles encadrés.

14. Développer des outils de mesure de la qualité des soins à partir d'indicateurs de résultat (ré-hospitalisation évitable, recueil de l'expérience des patients...).

15. Associer davantage les professionnels et établissements de santé à la régulation par la qualité et la pertinence, en évoluant vers une plus forte valorisation d'autres éléments de rémunération que la tarification à l'acte ou à l'activité, selon une approche « gagnant-gagnant » et dans un cadre concerté.

Mesdames, Messieurs,

Relativement émergente en France, la thématique de la pertinence des soins renvoie à la notion, plus ancienne, de « **juste soin** », c'est-à-dire d'un soin **approprié, strictement nécessaire, adapté aux besoins des patients et conforme aux meilleurs standards cliniques**.

Cette notion s'est récemment imposée dans les priorités de gestion du risque partagées entre l'État et l'assurance maladie, en englobant les actions de maîtrise médicalisée de la dépense de santé engagées depuis plus de dix ans par l'assurance maladie.

Votre commission s'est intéressée de longue date à ces enjeux, en attirant l'attention des gouvernements successifs sur la nécessité de lutter plus efficacement contre les actes inutiles ou redondants.

En effet, quelle que soit l'efficacité des systèmes de soins et l'engagement de leurs acteurs pour promouvoir l'amélioration continue de l'état de santé, des études convergentes mettent en avant le fait qu'ils comportent - en France comme dans la plupart des pays développés - **une part d'interventions sans valeur ajoutée pour la santé**, constituant une forme de gaspillage alors que les budgets sont sous tension. Cela pourrait représenter, d'après l'OCDE, **près d'un cinquième de la dépense de santé**.

Alors que « la pertinence et le bon usage des soins » sont un axe d'économies du plan de maîtrise de la progression de l'Ondam sur la période 2015-2017, votre rapporteur général a souhaité procéder à plusieurs auditions pour prendre la mesure des politiques engagées en vue d'atteindre ces objectifs, en évaluer la portée et les résultats.

Sans prétendre à l'exhaustivité, ces auditions lui ont permis de mesurer une **prise de conscience** chez les acteurs du système de santé des enjeux majeurs liés à la l'amélioration de la pertinence des soins.

Comme l'a souligné l'actuelle ministre en charge de la santé, entendue dans ses précédentes attributions de présidente de la Haute Autorité de santé (HAS), il s'agit d'un **sujet « stratégiquement clé »**, qui engage l'avenir et la pérennité de notre système de santé. La HAS a d'ailleurs choisi de consacrer à cette thématique son colloque annuel en novembre prochain.

La pertinence des soins renvoie à des enjeux transverses pour notre système de santé, que le présent rapport n'a pas la prétention de tous aborder : elle recouvre la pertinence des prescriptions médicamenteuses (lutte contre la iatrogénie, promotion des génériques...), la pertinence des séjours et parcours de soins (hospitalisations potentiellement évitables, notamment le recours inapproprié aux urgences), la pertinence des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire *versus* hospitalisation complète, durée des séjours...) et la pertinence des actes - diagnostiques et thérapeutiques - sujet sur lequel le présent rapport est davantage ciblé, suivant l'axe principal retenu au titre de la pertinence et du bon usage des soins dans les politiques publiques.

Fondée sur une approche scientifique et médicale - légitime aux yeux des acteurs du système de santé quoique complexe - de ce qu'est le juste soin, la pertinence constitue **à la fois un levier d'amélioration des pratiques et de la qualité des soins** - les traitements inadéquats ou les interventions excessives du système de santé étant porteurs de risques potentiels pour les patients - **et un levier d'efficacité du système de santé**, en évitant des dépenses inutiles pour la collectivité.

Si des actions ont été engagées, leur pilotage demeure insuffisamment coordonné et leurs résultats plafonnent : elles se heurtent, comme cela a été relevé de façon quasi-unanime, à l'organisation cloisonnée de notre système de santé et à des modes de financement insuffisamment incitatifs, susceptibles d'induire de la non pertinence.

Des **évolutions structurelles** apparaissent aujourd'hui nécessaires pour conduire à des avancées plus substantielles. Elles sont indispensables, face aux enjeux liés au vieillissement de la population et à l'adaptation à la médecine de demain, pour garantir à chacun les meilleurs soins tout en préservant les grands équilibres économiques.

Ces avancées ne seront possibles que si les acteurs de terrain, à savoir les établissements et professionnels de santé, sont placés au cœur de la démarche, convaincus de son bien-fondé et associés, dans un dialogue de confiance et de responsabilité, à la définition de ses objectifs et à ses résultats.

I. DES ENJEUX MAJEURS, DES RÉPONSES ENCORE TIMIDES

La thématique de la pertinence des actes, qui s'inscrit dans le prolongement de la démarche, plus ancienne, de maîtrise médicalisée engagée il y a plus de dix ans par l'assurance maladie, émerge dans le débat et les politiques publiques comme un enjeu clé.

Dans son rapport « charges et produits » pour 2017, l'assurance maladie rappelle qu'il s'agit de « *promouvoir le « juste soin », pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de la manière la plus efficiente possible, en évitant de gaspiller des ressources sans valeur ajoutée pour la santé. (...) L'objectif de ces actions n'est pas de « faire des économies », il est de soigner mieux, à un coût supportable pour la collectivité. Car la recherche de gains de productivité, il faut le rappeler, n'est pas contradictoire avec l'amélioration de la qualité des soins. »*

Cette notion invite en effet à rapprocher l'objectif d'amélioration de la qualité des soins et celui d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé, alors que ces objectifs ont souvent été pensés, dans notre pays, selon des approches cloisonnées, voire antagonistes.

Dans un contexte de croissance tendancielle de la dépense de santé, l'existence de soins apportant une faible valeur ajoutée à l'amélioration de la santé est un phénomène identifié depuis de nombreuses années. Si des actions ont été engagées pour améliorer la pertinence des actes, leurs résultats laissent entrevoir des marges de progression.

A. LA PERTINENCE, UN ENJEU DE QUALITÉ DES SOINS ET D'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

1. Une notion protéiforme

Lors de son audition, la présidente de la Haute Autorité de santé, devenue depuis ministre chargée de la santé, a défini un acte de soin pertinent comme étant « **le bon acte, pour le bon patient, au bon moment** ».

Cette définition synthétique, partagée entre les différents acteurs du système de santé, renvoie au caractère **nécessaire et approprié** d'une démarche diagnostique ou thérapeutique pertinente.

Si la notion de pertinence s'inscrit dans une approche médicale, elle renvoie également à l'organisation du système de santé et c'est de ce point de vue qu'elle intéresse votre commission des affaires sociales.

- Au regard des analyses **scientifiques** internationales (cf. encadré ci-dessous), la pertinence d'une intervention de santé s'apprécie, d'après la HAS, à travers plusieurs dimensions :

- la balance entre les bénéfices et les risques ;

- la probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus, par comparaison aux autres traitements ;
- la qualité de l'intervention au regard des standards, c'est-à-dire des recommandations de bonne pratique ;
- l'adéquation aux besoins du patient et la prise en compte de ses préférences ;
- la prise en compte du contexte et de la disponibilité des ressources de santé.

Les définitions internationales scientifiques de la pertinence

• La *RAND Corporation* (Université de Californie, Los Angeles - 1986) considère qu'un traitement est approprié, et donc pertinent, quand « *le bénéfice escompté pour la santé (par exemple augmentation de l'espérance de vie, soulagement de la douleur, réduction de l'anxiété, amélioration de capacités fonctionnelles) est supérieur aux conséquences négatives attendues (par exemple mortalité, morbidité, anxiété, douleur, durée d'arrêt de travail) d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût* ».

• D'autres dimensions ont été soulignées dans le cadre de travaux menés par un groupe de travail du NHS (*National health service*, Royaume-Uni) en 1993, dans une définition complétant celle de la *RAND Corporation* : « *Pertinent, pour un soin, signifie qu'il a été choisi parmi l'ensemble des interventions disponibles qui ont démontré leur efficacité pour une affection, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour un patient donné. Une intervention ne peut être pertinente que si certaines conditions sont satisfaites. Les compétences techniques et les autres ressources nécessaires à l'intervention doivent être disponibles, en sorte qu'il puisse être dispensé selon les bons standards. L'intervention doit être réalisée d'une manière telle qu'elle soit acceptable pour le patient. Les patients doivent recevoir une information adéquate au sujet de toutes les interventions potentiellement efficaces. Leurs préférences sont centrales dans la détermination de quelle intervention sera pertinente parmi celles dont l'efficacité est connue.* »

• Pour la HAS, la démarche de pertinence est d'abord tournée vers une **exigence médicale de qualité et de sécurité des soins**. Il s'agit de protéger le patient, par des soins strictement nécessaires, des conséquences :

- de l'intervention inutile ou excessive du système de santé (sur-usage ou *overuse*), tels que les examens ou traitements inutiles susceptibles d'entraîner un sur-diagnostic, de présenter des risques ou effets secondaires ou d'entraîner des complications (par exemple l'exposition excessive aux irradiations en raison d'examens radiologiques répétés, les risques liés à une intervention chirurgicale évitable...) ; ces risques ont été mis en évidence par le Dr Jean-Pierre Thierry et Mme Claude Rambaud dans un ouvrage au titre explicite : « Trop soigner rend malade » ;

- des mauvaises indications (mésusage ou *misuse*), c'est-à-dire des soins inappropriés ou non conformes aux standards ;

- de l'absence d'intervention (sous-usage ou *underuse*), susceptible d'entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

- Au-delà de sa dimension médicale de qualité-sécurité des soins, **la pertinence mène à l'efficience du système de santé.**

Comme l'a souligné la HAS, la réduction des dépenses de santé n'est pas l'objectif premier et principal de la démarche de pertinence, et c'est ce qui la distingue des autres approches, comme celle de maîtrise médicalisée des dépenses de santé avec laquelle elle se recoupe largement. Elle peut conduire à un accroissement au moins temporel des dépenses en visant aussi l'équité dans l'accès aux soins (pour lutter contre le « sous-usage »).

Toutefois, la pertinence des soins **renvoie également, au-delà de la qualité des pratiques médicales, à l'organisation de notre système de santé et à son efficience : ne retenir que les soins pertinents revient à réduire les coûts générés par les soins qui ne le sont pas, sans que cela n'impacte la qualité des soins dispensés ou la santé des patients.**

C'est ainsi, en tenant compte du rapport coût/efficacité, que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit un « soin de qualité » : celui-ci « doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera **le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins** ».

2. Des gisements d'efficience ?

a) *Des constats globalement convergents : les systèmes de santé génèrent une part de gaspillage*

Plusieurs études ont mis en évidence, en France comme à l'international, des formes de gaspillages générés par les systèmes de santé. Ces constats sont globalement consensuels et aucune des personnalités entendues par votre rapporteur général ne les a d'ailleurs contestés.

Dès 1992, le **rapport du Professeur Claude Béraud**, médecin-conseil national à la Cnamts (« *La Sécu c'est bien, en abuser ça craint* »), évaluait globalement à 120 milliards de francs (soit de l'ordre de 20 % de la dépense de soins) « *l'argent dépensé inutilement* », en rappelant que « *multiplier des activités médicales pour accroître la santé est un leurre* ».

Si, sur la forme, le ton incisif de ce rapport à l'égard des médecins a été critiqué, le constat global n'a pas été réellement remis en question : d'autres enquêtes ont corroboré depuis cette évaluation.

• Ainsi, une **enquête réalisée en 2012 pour la Fédération hospitalière de France (FHF) auprès de 803 médecins** - pour moitié hospitaliers et pour moitié libéraux¹ - a mis en évidence que **28 % des actes** étaient considérés comme n'étant **pas « pleinement justifiés »**.

Les médecins interrogés avançaient plusieurs motifs pour expliquer cette situation : en premier lieu la demande des patients (cité par 85 % des répondants), puis la peur du risque juridique (58 %), le problème de formation (38 %), l'absence de référentiels partagés (37 %), l'absence de contrôle des pratiques (27 %), enfin l'incitation économique (20 %).

• En outre, un **rapport de l'OCDE publié en janvier 2017, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé »**, a montré que ce phénomène n'était pas une spécificité française.

Les auteurs de ce rapport mettent ainsi en avant que, dans les pays de l'OCDE, *« une grande partie des dépenses et des activités des systèmes de santé constituent, au mieux, une forme de gaspillage, ou ont, au pire, des effets nocifs sur notre santé »* : *« alors que les budgets publics sont sous pression dans le monde entier, il est inquiétant de constater que près d'un cinquième des dépenses de santé apportent une contribution nulle, ou très limitée, à l'amélioration de l'état de santé de la population. En d'autres termes, les pouvoirs publics pourraient dépenser beaucoup moins dans ce domaine sans que cela n'ait d'impact sur la santé des patients »*.

Trois types de gaspillage sont identifiés :

- un gaspillage dans les soins cliniques, ce qui inclut les événements indésirables évitables (*« never events »*) et les **« soins de faible valeur »**, correspondant aux actes non pertinents car inefficaces (c'est-à-dire dont la valeur clinique n'est pas avérée ou pour lesquels le risque de préjudice est supérieur à l'effet bénéfique escompté) ou inappropriés (c'est-à-dire réalisés d'une manière ne correspondant pas aux recommandations de bonnes pratiques cliniques ou ne tenant pas compte des préférences des patients) ; cette catégorie correspond le plus au champ du présent rapport ;

- un gaspillage opérationnel, quand des soins procurant autant d'effets bénéfiques pour le patient pourraient être dispensés avec moins de ressources (par exemple par le recours à des médicaments génériques ou le traitement au niveau des soins primaires de patients accueillis aux urgences) ;

- un gaspillage lié à la gouvernance, ce qui recouvre les procédures administratives inutiles, mais aussi la fraude, les abus et la corruption.

¹ « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés », enquête réalisée par la TNS par internet du 27 avril au 4 mai 2012, auprès de 803 médecins dont 402 médecins hospitaliers, 201 médecins spécialistes libéraux et 200 médecins généralistes libéraux.

Comme l'ont relevé les auteurs de ce rapport lors de leur audition, **même si les soins de faible valeur ne sont nulle part pleinement et précisément quantifiés, l'ampleur du problème est indéniable** dans l'ensemble des pays étudiés ; ils se rencontrent à tous les stades du processus de soins : recours excessif ou prématuré à des examens diagnostiques (par exemple le recours à l'imagerie en cas de douleurs lombaires), sur-diagnostic, interventions chirurgicales non justifiées, usage inapproprié de la prescription d'antimicrobiens, etc.

b) Des études plus ciblées mettent en avant une croissance peu régulée de certains actes

Sur des sujets plus circonscrits, la Cour des comptes a mis l'accent sur des **recours jugés excessifs à certains actes**, à défaut d'une régulation suffisante. Tel est le cas notamment dans deux enquêtes réalisées à la demande de votre commission des affaires sociales, portant sur la biologie¹ et l'imagerie² médicales.

Sur l'imagerie, comme la Société française de radiologie l'a également souligné lors de son audition, la Cour identifiait des marges d'efficience « significatives » dans le domaine de l'échographie, du fait d'une banalisation de l'acte (la moitié des actes étant réalisés par des non radiologues) n'ayant pas été suivie d'une banalisation de sa tarification : la croissance du volume d'actes entre 2007 et 2014 a été de près d'un million d'actes par an en moyenne³. Pour l'ensemble de ce secteur, comme la Cour l'a réitéré dans son rapport de juin 2017 sur la situation et les perspectives des finances publiques, une « *rationalisation des prescriptions fondée sur un critère de pertinence des actes* » et une révision de leurs tarifs permettraient de réaliser une économie évaluée entre 0,2 et 0,5 milliard d'euros par an (sur 6 milliards de dépenses).

Les éléments d'explication à cette croissance non maîtrisée des demandes d'examens mis en avant par la Cour recourent assez largement les facteurs identifiés par l'OCDE dans de nombreux pays et les analyses portées à la connaissance de votre rapporteur général lors de ses travaux :

« - le cloisonnement du système de santé qui amène à des redondances par duplication des examens d'imagerie pour les mêmes patients ;

- l'insuffisance des systèmes de partage et de transmission des données numérisées (...) ;

¹ « *Biologie médicale : réussir la réforme, maîtriser les coûts* », rapport d'information n° 785 (2012-2013), fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative à la biologie médicale, par M. Jacky Le Menn, Sénat, 18 juillet 2013.

² « *L'imagerie médicale en France* », rapport d'information n° 602 (2015-2016), fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes sur l'adaptation aux besoins des moyens matériels et humains consacrés à l'imagerie médicale, par M. Daniel Chasseing, Sénat, 11 mai 2016.

³ Pour la Cour des comptes, « *une simple stabilisation du nombre d'actes génèrerait environ 47 millions d'euros d'économies par an* ».

- les attentes fortes des patients, susceptibles d'exercer une forme de pression consumériste (...);
- l'effet potentiellement inflationniste de la rémunération à l'acte (...);
- l'exercice d'une médecine dite « défensive », par extension du principe de précaution, qui peut conduire à prescrire des examens complémentaires peu utiles, voire inutiles, destinés, en cas de problème, à prouver l'absence de négligence;
- les progrès de l'imagerie et le développement des nouvelles techniques qui rendent plus complexe le choix des examens à réaliser. »

Un autre facteur a été souligné par la Cour des comptes : le rapport précité sur la biologie médicale, et une autre étude portant sur les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral¹ mettent en avant une **corrélation entre la densité de professionnels de santé et la consommation de soins**, sans que cela soit lié à des données objectives comme une part plus importante de personnes âgées. Dans cette dernière étude, la Cour note ainsi : « *l'inégale distribution des auxiliaires médicaux sur le territoire a aussi pour corollaire une modification des pratiques professionnelles qui soulève la question de la pertinence des actes.* »

c) Un sujet complexe

Les études ou enquêtes de portée générale citées contribuent à ouvrir le débat - parfois de façon un peu provocatrice - sur la possibilité d'améliorer la qualité des soins tout en réduisant les coûts et donc sur l'intérêt et le potentiel d'une démarche ciblée sur la pertinence des actes.

Pour l'essentiel fondées sur des approches « macro », elles ne peuvent être directement traduites en objectifs opérationnels. Toutefois, des pistes et marges de progression sont identifiées, sur des sujets ciblés.

Votre rapporteur général a constaté la tentation des uns et des autres de se renvoyer la balle, en identifiant plus aisément des « poches d'efficience » en dehors de leur champ d'action. Or, il ne s'agit nullement de pointer du doigt l'un ou l'autre acteur (professionnels libéraux *versus* établissements de santé, médecins généralistes *versus* spécialistes...): une démarche engagée sur ces fondements serait délétère et aurait peu de chance de prospérer dans l'intérêt collectif. Ce sujet ne doit pas nous conduire, non plus, à céder à toute forme d'exagération ou de simplisme.

¹ Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre IX « Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai », septembre 2015.

D'une part, comme l'a relevé la HAS, **l'approche scientifique du sujet est éminemment complexe** : la sélection des thématiques nécessite un travail de recherche et d'expertise préalable lourd et pointu, ainsi que des regards croisés ; en outre, ces analyses doivent suivre l'évolution des techniques et des connaissances, parfois très rapide, pour ne pas aboutir à des recommandations décalées des meilleurs standards scientifiques ; enfin, la pertinence d'un acte, d'un séjour ou d'un soin se juge non seulement au regard de recommandations médicales fondées scientifiquement, mais aussi au cas par cas, sur la base d'informations de nature médicale.

D'autre part, comme l'ont souligné les syndicats de médecins, le « colloque singulier » entre le médecin et le patient comporte une dimension humaine, une part de psychologie difficile à appréhender de manière objective : chaque cas individuel est particulier ; certaines situations peuvent conduire un praticien à prescrire des actes qui, s'ils ne sont pas strictement nécessaires du point de vue médical, répondent à un contexte ou un besoin spécifiques. En outre, et comme le montrait d'ailleurs l'enquête précitée réalisée à l'initiative de la FHF, les médecins sont confrontés à des **comportements et demandes de patients de plus en plus exigeants** (« j'ai droit à ») et sont exposés au risque de voir leur responsabilité mise en cause.

B. UNE PRIORITÉ PROGRESSIVEMENT AFFIRMÉE

La notion de pertinence des soins s'inscrit dans le prolongement d'actions menées par l'assurance maladie depuis plus de dix ans en matière de « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé, et s'est affirmée plus récemment comme un objectif partagé par l'État et l'assurance maladie, en tant que thématique prioritaire des programmes de gestion du risque.

La régulation de la croissance de la dépense de santé par la pertinence des soins présente une certaine légitimité aux yeux des acteurs du système de santé ou des patients. Toutefois, cela suscite encore une forme de **défiance** de la part des professionnels de santé, tenant notamment à des approches perçues comme trop administratives et assimilées à de la « maîtrise comptable ».

La définition et la mise en œuvre des actions en matière de pertinence imbriquent, autour des établissements et professionnels de santé, **plusieurs acteurs qui doivent agir de manière coordonnée** : les administrations centrales et les agences régionales de santé (ARS), l'assurance maladie et la HAS, dont le rôle est clé par la garantie scientifique qu'elle apporte à la démarche. Un cadre de pilotage s'est récemment structuré. Toutefois, il demeure difficilement lisible, cloisonné entre une action de maîtrise médicalisée historiquement tournée, à titre principal, vers les soins de ville, et une démarche nationale plus récente, déclinée en région, d'abord ciblée sur des actes chirurgicaux.

1. De la maîtrise comptable à la maîtrise médicalisée

a) Des préoccupations anciennes de l'assurance maladie, des démarches longtemps hésitantes

La notion de « maîtrise médicalisée » de la dépense de santé a été définie pour la première fois dans la loi dite « Teulade » de janvier 1993¹, qui a mis en place le codage des actes et des pathologies et des outils d'analyse de l'activité des professionnels de santé. Le rapport de votre commission des affaires sociales sur ce projet de loi énonçait déjà la conviction que « donner le juste soin » permettra une amélioration de la qualité des soins et une diminution de leur coût.

La maîtrise médicalisée s'est progressivement affirmée dans la relation conventionnelle entre l'assurance maladie et les médecins.

Toutefois, les premiers instruments, contraignants et fondés sur un objectif de réduction de la dépense de santé, ont été perçus comme le reflet d'une approche purement administrative et comptable.

Dans les années 1990, les références médicales, rendues opposables par la loi précitée (RMO), ont été appréhendées comme une torsion à la liberté de prescription des médecins. Deux décisions du Conseil d'État ont conduit à l'annulation du système de sanctions. Puis le dispositif des « lettres clés flottantes », créé en 1999, a été abandonné sans jamais avoir été mis en œuvre : il consistait à ce que la Cnamts fixe des objectifs de dépense par profession, les dépassements des volumes des différents actes devant être récupérés de façon quasi-automatique par une baisse de leur valeur unitaire, ce qui conduisait à pénaliser de façon indifférenciée l'ensemble des praticiens.

b) Une démarche orientée vers l'accompagnement et le contrôle des professionnels libéraux

Depuis 2005, l'assurance maladie établit chaque année un plan d'actions de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, dont le rapport « charges et produits » remis au Parlement rend compte. La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-2013 en rappelait les objectifs : « mieux maîtriser l'évolution des dépenses de santé, notamment de prescription, en aidant les professionnels à adopter de meilleures pratiques. (...) En effet, les études disponibles démontrent que certains soins peuvent être délivrés de manière plus efficace, soit parce que la prestation ou le service est inutile, soit parce qu'il existe une alternative au moins aussi efficace mais moins coûteuse pour la collectivité ».

¹ Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

Les actions en direction des professionnels de santé libéraux s'appuient sur trois principaux leviers :

- des **outils conventionnels incitatifs** en faveur des bonnes pratiques ont succédé aux dispositifs contraignants précités : d'abord les « contrats de bonne pratique » en 2002, puis les « contrats d'amélioration des pratiques individuelles » mis en place en 2009 sur la base de la libre adhésion, devenus la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 ;

- l'**accompagnement**, *via* les échanges confraternels et visites de délégués de l'assurance maladie qui ont représenté, en 2014 et 2015, plus de 526 000 contacts auprès des professionnels libéraux ;

- le **contrôle**, à travers la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) en cas de volumes de prescriptions nettement supérieurs à la moyenne régionale ou départementale.

Les actions ont principalement porté sur la pertinence des **prescriptions médicamenteuses** (antibiotiques, antidiabétiques, iatrogénie médicamenteuse...) et sur la **prescription d'arrêts de travail**. L'action mise en place depuis 2010 sur les arrêts de travail, sur la base de référentiels de la HAS, relève d'une démarche graduée selon les profils de prescripteurs : diffusion aux professionnels de leur profil de prescription (permettant de comparer leur pratique avec celles de leurs confrères), entretien avec un médecin-conseil sur la base de « cas patients », MSAP pour les plus gros prescripteurs. 16 600 médecins généralistes ont été accompagnés depuis 2015. Depuis 2016, un entretien précède le lancement de la procédure de MSAP, ce qui s'est traduit par un impact à la baisse sur les prescriptions.

2. Une amorce de pilotage national ciblé sur les actes chirurgicaux

a) La définition de 33 thématiques prioritaires

• Dans la continuité des travaux engagés par l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée, l'amélioration de la pertinence des soins a été intégrée comme un axe transversal des programmes de gestion du risque entre l'État et l'assurance maladie¹, et étendue au secteur hospitalier.

Depuis 2011, cette démarche de pertinence est portée conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Cnamts, au sein d'un « **groupe technique** » national associant également la HAS et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

¹ « Améliorer la pertinence des actes prescrits et diffuser les recommandations de bon usage pour réduire les soins et prescriptions redondants ou inadéquats » constitue l'une des quatre orientations du « plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins », arrêté pour deux ans entre l'État et l'Uncam, sur la période 2016-2017.

En théorie, ce groupe technique rend compte de l'avancée de ses travaux à un comité de pilotage national à la composition élargie¹. Il ne semble pas toutefois, d'après les informations communiquées, que ce comité ait été récemment et régulièrement réuni.

- Ces travaux ont conduit à identifier, en 2014, **33 thématiques prioritaires** pour l'élaboration d'outils et de référentiels nationaux. Ces thématiques ont été identifiées à partir de travaux déjà engagés par la Cnamts, de la littérature scientifique et sur la base de plusieurs critères, notamment :

- un volume d'activité important (supérieur à 20 000 séjours par an) ;
- une dynamique d'activité sur la période 2010/2014 ;
- des variations régionales importantes en termes de taux de recours (supérieures à un coefficient de 0,2).

Liste des 33 thématiques prioritaires définies au niveau national

- Endoscopies digestives	- Appendicectomies	- Chirurgie du rachis
- Affections des voies biliaires	- Affections de la bouche et des dents	- Thyroïdectomie
- Interventions transurétrales	- Drains transtympaniques	- Oesophagectomie
- Lithotritie extracorporelle	- Angioplasties coronaires	- Colectomie totale
- Infections des reins et des voies urinaires	- Infections et inflammations respiratoires	- Hypertrophie bénigne de la prostate
- Libération du canal carpien	- Bronchiolites	- Hystérectomie
- Prothèse de genou	- BPCO surinfectées	- Pancréatectomie
- Prothèse de hanche hors traumatisme récent	- Interventions sur le cristallin	- Anévrisme de l'aorte abdominale
- Arthroscopies d'autres localisations	- Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées	- Césariennes programmées à terme
- Cholécystectomies	- Chirurgie bariatrique	- Pontage coronaire
- Ligamentoplastie du genou	- Chirurgie des varices	- Valve aortique

- Un **guide méthodologique** a été publié par la DGOS en décembre 2012, afin de préconiser des démarches régionales d'amélioration de la pertinence des soins auprès des établissements et professionnels de santé. Ce guide a été élaboré à la suite des travaux d'un groupe de travail constitué en mars 2012 et réunissant des représentants de six ARS.

¹ Outre les membres du groupe technique, ce comité comprend : d'autres partenaires institutionnels (direction de la sécurité sociale, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, direction générale de la santé, Institut national du cancer, Institut de recherche et documentation en économie de la santé-IRDES), les fédérations hospitalières, les conférences (présidents de commission médicale, directeurs généraux de centre hospitalier, conférence des doyens), les représentants des syndicats de médecine libérale, les représentants des usagers.

• Enfin, un premier **Atlas national des variations des pratiques médicales** élaboré grâce à une collaboration entre les institutions membres du groupe technique national et l'IRDES, a été publié en novembre 2016.

Alors que 33 priorités nationales avaient été initialement identifiées, selon un objectif sans doute trop peu ciblé, il porte finalement sur **dix de ces thématiques**¹ :

- amygdalectomie ou ablation des amygdales ;
- appendicectomie ou chirurgie de l'appendicite ;
- césarienne ;
- chirurgie bariatrique ou de l'obésité ;
- chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate ;
- chirurgie du syndrome du canal carpien ;
- cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire ;
- hystérectomie ou ablation de l'utérus ;
- pose d'une prothèse du genou ;
- thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde.

La part des séjours évitables pour ces dix actes varie de 1 à 18 % en 2015 d'après l'assurance maladie.

L'intérêt de l'**analyse des taux de recours et de leurs variations géographiques** a été mis en avant par un rapport publié en 2014 par l'OCDE² qui a montré que ces variations s'observaient dans tous les pays, sans qu'aucun ne puisse l'expliquer entièrement par des différences en termes d'état de santé de la population ou de préférences individuelles.

Les auteurs de l'Atlas soulignent en effet que les taux de recours aux soins sont « *également le reflet de l'organisation de l'offre, de la disponibilité des lits et des médecins ainsi que de leurs pratiques médicales* » ; sans qu'elles soient un indicateur unique et direct de non-pertinence, identifier et interroger ces variations forment une première étape du diagnostic : « *bien que les « taux appropriés » pour ces activités soient par essence difficile à définir, des taux extrêmes (très élevés ou très faibles) interrogent et poussent à étudier les territoires concernés* ».

L'élaboration de cet Atlas, sur le modèle de ceux déjà publiés dans au moins dix pays de l'OCDE, constitue une avancée à saluer. **Son actualisation régulière devrait permettre un suivi des résultats dans le temps et sa large diffusion, tant auprès des professionnels et établissements de santé que du grand public, devrait contribuer à donner plus encore une visibilité à la démarche de pertinence des actes.** Il faut souhaiter que la deuxième édition qui devrait être prochainement publiée permette de répondre à ces objectifs.

¹ L'atlas comporte en outre l'analyse d'une intervention de référence, la chirurgie de la hanche, pour laquelle il existe relativement peu de variations dans les indications et les prises en charge.

² « Variations géographiques des soins médicaux : que savons-nous et que pouvons-nous faire pour améliorer la performance des soins de santé », OCDE, 2014.

Les variations de pratiques médicales : focus sur trois gestes chirurgicaux

Donnée méthodologique : les taux de recours rapportent le nombre d'interventions à la population d'un département selon le lieu de résidence du patient (et non au département où le traitement est fourni). Ces taux sont standardisés pour corriger l'effet de la structure d'âge et de sexe.

• La chirurgie du canal carpien

En 2014, cet acte a donné lieu à 143 744 hospitalisations, soit le deuxième plus fort taux national (220 actes pour 100 000 habitants).

Il s'agit de l'intervention présentant les **disparités de taux de recours les plus élevées**, avec un écart-type de 0,62 (contre 0,17 pour la chirurgie de référence, celle de la hanche) : de 66 séjours pour 100 000 habitants (la Réunion) à 386 séjours pour 100 000 habitants (Meuse).

Des référentiels ont été élaborés par la HAS en 2012 et 2013, montrant que l'intervention chirurgicale est la prise en charge ultime, après un traitement médical et la réalisation d'un examen de diagnostic. La Cnamts a élaboré en 2013 un référentiel de bonne pratique destiné aux professionnels et un livret d'information à destination des patients. Des échanges confraternels ont été conduits sur la base de ces supports d'information.

Une augmentation du recours à d'autres formes de traitement que l'acte chirurgical a été notée : le recours aux attelles et aux infiltrations a augmenté chez les chirurgiens « visités », avec une diminution du taux de recours à l'opération plus importante que chez les médecins « non visités » (- 3,6 % contre - 0,6 %).

• La chirurgie bariatrique ou de l'obésité

Les taux de recours à cet acte ont quasiment doublé entre 2010 et 2014, passant de 26 405 à 46 861 séjours (soit 72 séjours pour 100 000 habitants). Les taux de recours ont augmenté bien plus fortement que la prévalence de l'obésité.

Les disparités entre départements se sont renforcées : les taux de recours varient de 8 séjours pour 100 000 habitants en Guyane et 24 dans le Puy-de-Dôme à 170 en Haute-Corse et plus de 140 dans l'Yonne et l'Aube. Or, ces différences ne s'expliquent pas par la prévalence de l'obésité.

Des référentiels sur le parcours des patients ont été élaborés par la HAS en 2009 et 2011, mettant l'accent sur l'information du patient dans le parcours préopératoire et l'élaboration d'un projet personnalisé.

• La thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde

En 2014, cet acte a donné lieu à plus de 46 000 séjours, en baisse par rapport à 2010 (plus de 48 000). Les taux de recours entre départements varient de 49 séjours pour 100 000 habitants dans le Nord et en Charente à 122 dans l'Indre.

En 2013, sur neuf patients opérés, quatre l'ont été pour cancer et cinq pour nodules bénins. Un examen diagnostique, la cytoponction (prélèvement de cellules), nécessaire pour orienter la prise en charge, reste insuffisamment réalisé : 40 % des patients en ont bénéficié, avec des variations d'un département à l'autre.

Des recommandations ont été publiées par la HAS et l'Institut national du cancer dès 2007. La Cnamts a également élaboré en 2015 un référentiel destiné aux professionnels et un livret d'information à destination des patients.

En 2015, le nombre d'interventions a baissé de 6,7 % et 60 % des patients ont bénéficié d'un parcours préopératoire conforme aux recommandations (le cas d'un tiers des patients en 2010).

Sources : Atlas des variations de pratiques médicales en France et Cnamts, rapports « charges et produits »

b) Une réponse graduée auprès des établissements de santé par l'assurance maladie et les agences régionales de santé

L'assurance maladie joue un rôle clé dans la mise en œuvre des démarches d'amélioration de la pertinence des soins. Elle a développé, sur le modèle des actions engagées en direction des professionnels de ville, des **outils d'action graduée auprès des établissements de santé**. Leur mise en œuvre s'inscrit, depuis 2015, dans un cadre territorial co-piloté avec les agences régionales de santé (ARS).

• **L'identification d'un programme régional de pertinence**

Dans le prolongement des actions intégrées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre l'État et les ARS, l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a renforcé les leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé. Il a prévu l'élaboration par chaque ARS d'un **plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)**, arrêté pour quatre ans et intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque. Ce plan d'actions définit, à partir d'un diagnostic de la situation régionale, les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations nationales, et les critères de ciblage permettant d'identifier les pratiques non pertinentes.

Le décret du 19 novembre 2015¹ en a précisé le contenu et a instauré une **instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins**, consultée sur le projet de plan d'actions et comprenant notamment l'ARS, l'assurance maladie, ainsi que des représentants des fédérations hospitalières, d'une des unions régionales des professionnels de santé et des associations d'usagers. Ces instances se sont mises en place à l'été 2016.

¹ Décret n° 2015-1511 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions de santé.

Les plans régionaux **ont ciblé leurs priorités sur les actes chirurgicaux** ayant fait l'objet d'une analyse dans l'Atlas national des variations des pratiques médicales (notamment la césarienne, le syndrome du canal carpien, l'appendicectomie, la thyroïdectomie, la cholécystectomie, la chirurgie ORL et la chirurgie bariatrique). Certains sont allés au-delà pour appréhender la pertinence des prescriptions (par exemple le transport sanitaire en Nouvelle-Aquitaine), voire la dimension pertinence des prises en charge avec des actions sur les séjours en soins de suite et de réadaptation.

Tout en saluant ces avancées, votre commission avait proposé, lors des discussions sur ces mesures dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, d'aller au-delà des ambitions modestes fixées - essentiellement ciblées sur les établissements de santé - et de mettre en œuvre un programme permettant de réduire les actes inutiles dans la relation ville-hôpital et en médecine de ville.

- **Le ciblage des établissements de santé « atypiques »**

Comme l'ont expliqué les représentants de l'assurance maladie lors de leur audition, la Cnamts a développé une méthode de **ciblage des établissements de santé atypiques**, sur la base d'un faisceau d'indicateurs d'alerte issus des référentiels de la HAS et des bases de données, notamment du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ; ces analyses sont fondées, en particulier, sur les variations de pratiques interdépartementales non expliquées par des indicateurs démographiques ou épidémiologiques ou par d'autres facteurs liés à l'organisation de l'offre de soins (présence de plateaux techniques, de filières territoriales...). Les établissements visés sont les établissements de médecine chirurgie et obstétrique (MCO), quel que soit leur statut.

Ce ciblage peut être complété par le **retour au dossier médical** des patients par les médecins-conseils de l'assurance maladie. Si elle permet d'affiner l'analyse des pratiques et de comprendre les disparités des taux de recours, **cette méthodologie est très lourde** et nécessite une importante « force de frappe » médicale.

D'après les données transmises à votre rapporteur général par la Cnamts, ont par exemple été ciblés :

- pour la chirurgie bariatrique, 56 établissements réalisant près de 19 % des séjours ;

- pour le syndrome du canal carpien, 32 établissements réalisant près de 11 % des séjours ;

- pour la thyroïdectomie, 38 établissements réalisant près de 7 % des séjours ;

- pour l'appendicectomie, 156 établissements réalisant près de 5 % des séjours ;

- pour les examens pré-anesthésiques (thématique ajoutée en 2016 en collaboration avec la société française d'anesthésie et de réanimation), 976 établissements réalisant près de 91 % des séjours.

Au total, pour six actes et la thématique portant sur les examens pré-anesthésiques, la démarche couvre 35 % des séjours chirurgicaux.

Au plan qualitatif, de premiers résultats ont été transmis par la Cnamts en ce qui concerne le seul recours à l'appendicectomie :

- la baisse des taux de recours, toutefois déjà engagée avant le début des actions, s'est poursuivie (- 11 % entre 2011 et 2015) ; sur la seule année 2013, elle a été un peu plus importante pour les établissements visités (- 1,4 % contre - 1 %) ;

- cette baisse s'est accompagnée d'une homogénéisation sur le territoire, l'écart étant passé de 1,29 à 0,97 point de 2011 à 2015.

• **Une stratégie graduée en direction des établissements ciblés**

Pour les thématiques identifiées au plan régional, l'intervention de l'assurance maladie, en liaison avec les ARS, auprès des établissements de santé ciblés se décompose en trois temps :

- **l'accompagnement des équipes**, par le suivi de l'évolution des taux de recours, l'information des établissements de santé en leur fournissant des éléments de comparaison de leurs pratiques, des échanges confraternels, la mise à disposition d'outils (mémo de bonne pratique, livret d'information patient), etc. ; pour l'année 2016, la Cnamts recense près de 250 visites de délégués ou échanges confraternels sur le champ de la pertinence auprès des établissements de santé ;

- en cas de persistance de l'atypie, le recours à la **contractualisation tripartite entre l'ARS, la caisse primaire d'assurance maladie et l'établissement de santé concerné**. Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, le « contrat d'amélioration de la pertinence des soins » fixe des objectifs à atteindre concernant les pratiques identifiées comme non pertinentes ; des sanctions sont prévues en cas de non-respect des objectifs fixés. Ce support contractuel a été refondu, juste un an après, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 : les différents contrats existants (contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé, contrat d'amélioration de la pertinence des soins...) sont **remplacés, à compter du 1^{er} janvier 2018, par un contrat unique d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)**, dont les modalités ont été précisées par le décret n° 2017-584 du 20 avril 2017. Ces évolutions ont pu retarder la mise en place de ce dialogue de gestion avec les établissements sur le champ de la pertinence, mais elles vont dans le bon sens, en engageant une simplification des modes de contractualisation ;

- en cas de non-respect des engagements du contrat ou de réalisation partielle des objectifs, la mise en place d'une **procédure de mise sous accord préalable** (MSAP). Depuis 2015, cette procédure est intégrée au sein des plans d'actions régionaux et déclenchée par le directeur général de l'ARS, après avis du directeur de la Cnam et mise en œuvre d'une procédure contradictoire avec l'établissement. L'assurance maladie n'est plus force de proposition en la matière, comme c'était le cas jusqu'alors : il conviendra d'examiner si cette évolution présente un impact sur la mise en œuvre de cette procédure.

Sur le champ de la pertinence des actes, **45 MSAP** ont été mises en œuvre pour l'année 2016, prioritairement sur la chirurgie bariatrique (35) et la chirurgie du canal carpien (4). Pour la **chirurgie bariatrique**, cette procédure était appliquée par l'assurance maladie dès 2009-2010. D'après les données transmises par la Cnamts, 20 établissements avaient été mis sous MSAP pour cet acte fin 2014 ; sur 428 actes, 64 ont été refusés soit **15 % des actes demandés** ce qui représente un taux plutôt élevé.

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP) des établissements de santé

Prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, la mise sous accord préalable consiste à **subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical** de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée déterminée (en l'occurrence six mois), **la prise en charge par l'assurance maladie** de certains actes, prestations ou prescriptions, hors des cas d'urgence.

- Le dispositif a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour les **prestations d'hospitalisation**. Il s'est appliqué en cas de recours à une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement, ainsi qu'en cas de recours non conforme aux référentiels établis par la HAS ou significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales.

- La procédure a été étendue aux prestations d'hospitalisation pour les **soins de suite ou de réadaptation** (SSR) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

- Elle a de nouveau été modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, et, plus ponctuellement, celle pour 2016, d'une part pour tenir compte des outils mis en place au niveau régional en matière d'amélioration de la pertinence (notamment du plan d'actions régional dans lequel s'inscrit désormais la procédure), d'autre part pour l'étendre à tous les **actes, prestations ou prescriptions délivrés par un établissement de santé**.

En application de ces dispositions, la MSAP peut être justifiée par l'un des constats suivants :

- une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement (ou de prescriptions de ces prestations) qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ; en 2016, 55 gestes chirurgicaux entrent dans cette procédure de MSAP visant à favoriser la chirurgie ambulatoire et 346 MSAP ont été réalisées ;

- un **écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales** pour une activité comparable ;

- une **proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions non conformes aux référentiels établis par la HAS.**

C. UN PLAFONNEMENT DES RÉSULTATS

1. La maîtrise médicalisée, outil des relations conventionnelles

Depuis 2005, où ce processus a été inscrit dans la convention médicale, avec un engagement du corps médical « *dans un effort collectif visant au bon usage des soins et au respect des règles de la prise en charge collective* », **les actions de maîtrise médicalisée conduites par l'assurance maladie représentent en moyenne 500 millions d'euros par an.**

Ces actions concernent essentiellement les soins de ville : elles comportent un volet principal portant sur la prescription de médicaments ; la prescription d'arrêts de travail et celle de transports sanitaires en constituent d'autres axes importants, dans un contexte de croissance dynamique ; les actions portant sur les actes diagnostiques et thérapeutiques forment un volet à la fois plus récent et plus restreint.

Exemples d'actions de pertinence des actes engagés par l'assurance maladie

• La pertinence des prescriptions de biologie

820 millions d'actes (côtés B) ont été remboursés en 2013, soit un montant de 3,5 milliards d'euros. Une **grande variabilité des pratiques** est observée, sans corrélation avec les différences de patientèle : alors qu'en moyenne un médecin généraliste prescrit de la biologie à 45 % de sa patientèle, pour un montant moyen de 74 euros, ces mêmes résultats s'élèvent, pour les 10 % plus gros prescripteurs, à 55 % des patients pour un montant moyen de 116 euros.

Le rapport « charges et produits » pour 2016 évaluait la diminution potentielle des redondances d'examens et des tests non pertinents à **200 millions d'euros** sur trois ans.

Les actions de maîtrise médicalisée ont été ciblées sur **trois actes** à compter de 2015 : **les dosages de vitamine D, les groupes sanguins et les dosages thyroïdiens**. Concernant le dosage de la vitamine D, la révision de la nomenclature et la diffusion d'un mémo sur les indications validées par la HAS a conduit à une baisse importante du nombre de dosages (de plus de moitié entre 2010 et 2015). La Cour des Comptes, dans son rapport sur la biologie médicale établi en 2013, avait constaté une multiplication par 7 du coût de cet acte entre 2007 et 2011.

Une autre campagne a concerné les **dosages biologiques pour le dépistage du cancer de la prostate** : en 2016, des échanges confraternels ont concerné plus de 10 000 médecins généralistes ; ces visites se sont traduites par une légère diminution des dosages prescrits ; elles ont été suivies d'une enquête d'évaluation sur la mémorisation et l'adhésion aux messages délivrés, montrant que les arguments avaient convaincu 73 % des médecins, dont 26 % déclarent avoir changé leur pratique après l'échange.

- **La pertinence des examens pré-anesthésiques**

Une action à destination des prescripteurs d'examen a été engagée à partir de 2015 en collaboration avec la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR), à la suite du référentiel publié en 2012 par cette société savante.

Cette action porte sur quatre situations dans lesquelles la réalisation systématique de certains examens pouvait être jugée inappropriée (car étant justifiée uniquement en cas de facteurs de risque particuliers) : hémostasie chez l'adulte, hémostasie et groupe sanguin avant l'ablation des amygdales et des végétations chez l'enfant, groupe sanguin avant quatre gestes chirurgicaux et ionogramme sanguin.

Sur la base des actes réalisés en 2014, l'évaluation des actes non pertinents au regard des recommandations de la SFAR représente un **coût évitable pour l'assurance maladie de 17 millions d'euros**, soit 3,5 millions d'examen. Pour le seul bilan d'hémostasie chez l'adulte, le taux de recours inapproprié est évalué à 22 % (avec d'importantes disparités territoriales), soit 1,4 million d'examen représentant un montant de 6,3 millions d'euros.

Les actions engagées ont porté sur :

- des communications scientifiques (congrès SFAR en septembre 2015) ;
- une information adressée aux établissements de santé ciblés, comportant leur profil d'activité et des affiches pour les patients : ces informations ont été adressées aux établissements début 2017, en proposant aux établissements volontaires un accompagnement par des pairs, experts de la SFAR.

Source : Cnamts – rapports « charges et produits »

2. Le volet « pertinence » du plan Ondam 2015-2017 : un contenu disparate, un objectif de visibilité renforcée, une faible valeur ajoutée

Afin d'assurer le respect de l'objectif de progression de l'Ondam¹, fixé à 2,1 % pour 2015, 1,75 % pour 2016 et 2,1 % pour 2017, le précédent gouvernement a engagé plusieurs mesures visant à maîtriser l'évolution des dépenses par rapport à leur croissance tendancielle.

À partir de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, les mesures d'économies ont été formalisées dans un plan triennal - le **plan Ondam 2015-2017** - structuré en **quatre axes** correspondant aux orientations du plan national de gestion du risque entre l'État et l'Uncam :

- le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, à travers la poursuite des mutualisations et l'optimisation des achats hospitaliers ;

- le virage ambulatoire et le développement d'une meilleure adéquation de la prise en charge en établissement ;

- les économies en matière de produits de santé, avec notamment la promotion des médicaments génériques ;

- **l'amélioration de la pertinence et du bon usage des soins.**

Volet « Pertinence et bon usage des soins » du plan Ondam 2015-2017

(en millions d'euros)

	2015	2016	2017
Total	1 155	1210	1 135
dont :			
• Baisse des tarifs des professionnels libéraux	150	125	165
• Action de maîtrise des volumes [et de la structure de prescription des médicaments]	400	400	380
• Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses	100	100	-
• Maîtrise médicalisée hors médicaments	375	315	220
• Mise en œuvre des réévaluations de la HAS	130	-	-
• Réforme des cotisations des professionnels de santé	-	270	270

Source : Commission des affaires sociales, d'après rapport économique, social et financier annexé aux PLF pour 2015, 2016 et 2017

Comme le montre le tableau ci-dessus, le champ de l'axe de « pertinence et bon usage des soins » a dépassé le strict champ de la pertinence.

¹ Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Votre commission des affaires sociales avait ainsi noté le caractère contestable de la comptabilisation, pour 2016 comme pour 2017, d'une « économie » de 270 millions d'euros au titre de la modification du taux de cotisation maladie des personnels de santé exerçant en ville, réduisant certes les dépenses comptabilisées dans l'Ondam, mais également les recettes de cotisations enregistrées par la Cnamts. Ce poste « d'économies » n'avait de surcroît que peu à voir avec la pertinence.

Comme l'a relevé la direction de la sécurité sociale, **le plan Ondam 2015-2017 a eu comme objectif de renforcer la portée des actions d'amélioration de la pertinence des soins, en donnant une plus forte visibilité aux objectifs d'économies corrélés.**

Faute d'outils d'évaluation associés, le bilan de ces différentes mesures d'économies, globalisées sur différents sous-objectifs de l'Ondam, ne peut être réalisé précisément.

D'après les informations communiquées par la direction de la sécurité sociale, **les actions menées au titre de la pertinence des soins ne sont chiffrées qu'en ce qui concerne le champ des actions de maîtrise médicalisée de l'assurance maladie¹.**

Au-delà de la visibilité particulière donnée à cet item, le plan Ondam n'aura donc pas constitué l'outil de pilotage nécessaire à une diffusion plus large de l'objectif de renforcement de la pertinence. Il aura en revanche contribué à une moindre visibilité des actions de maîtrise médicalisée, qui figurent pour partie dans le volet pertinence mais aussi dans d'autres volets du plan d'économies.

3. Des résultats mitigés

Le bilan à ce jour des actions de maîtrise médicalisée, seule composante véritablement évaluable et évaluée du plan Ondam, révèle un certain **plafonnement des résultats.**

L'annexe 9 au PLFSS et les données complémentaires transmises pour 2016 permettent de confronter les objectifs initiaux aux résultats effectifs des actions.

En 2015 et 2016, les résultats des actions de maîtrise médicalisée ont représenté 85 % puis 65 % de l'objectif fixé (700 millions d'euros pour chaque année, soit 0,37 % de l'Ondam), soit 598 millions d'euros en 2015, et 456 millions d'euros en 2016.

¹ Le suivi d'autres axes, les prescriptions hospitalières exécutées en ville et les transports prescrits en établissements de santé sont suivis en objectifs d'évolution de dépenses.

Réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée en 2015 et 2016

(en millions d'euros)

Actions	2015			2016		
	Objectif	Réalisation	Taux d'atteinte	Objectif	Réalisation	Taux d'atteinte
Médicaments	385	349	91 %	390	317	81 %
Dispositifs médicaux	50	25	50 %	40	75	188 %
Indemnités journalières	100	54	54 %	100	24	24 %
Transports	75	47	63 %	75	11	15 %
Kinésithérapie	30	65	217 %	40	26	65 %
Biologie	30	56	187 %	30	4	13 %
Actes	30	1	3 %	25	0	1 %
Total	700	597	85 %	700	457	65 %

Source : Commission des affaires sociales d'après rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2016 et 2017

Comme cela a été souligné lors des auditions, l'efficacité des actions conduites est variable selon les thématiques, pour des raisons diverses (acceptabilité pour les professionnels et les patients, disponibilité de référentiels, alternatives à la prescription, conjoncture économique ou épidémiologique...) et variable selon les années. Ainsi, la diffusion par l'assurance maladie, fin 2014, auprès des médecins généralistes et biologistes médicaux des recommandations de bonne pratique de la HAS concernant le dosage de la vitamine D ont induit de fortes économies sur les actes de biologie en 2015, mais l'action s'est essouffée en 2016.

Certaines limites réduisent en outre l'efficacité attendue des actions, notamment la capacité à disposer d'une appréciation plus précise et individuelle des pratiques professionnelles. Tel est le cas des actions concernant les prescriptions d'arrêts de travail, qui se traduisent par des résultats insuffisants : celles-ci se heurtent notamment, comme cela a été relevé, à l'absence de recoupement possible avec les motifs de ces arrêts, qui permettrait de mener des campagnes plus ciblées.

Taux d'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	606	490	482	523	501	612	592	602	460	598	457
Objectif	816	683	635	660	590	550	550	550	600	700	700
Taux d'atteinte de l'objectif	74 %	69 %	76 %	79 %	85 %	111 %	108 %	109 %	77 %	85 %	65 %

Source : Cnamts

Dix années de processus de maîtrise médicalisée par la voie conventionnelle n'ont pas permis de créer une véritable dynamique : on observe une stagnation des objectifs comme des résultats. Si les pratiques évoluent, force est de constater qu'elles le font selon un rythme encore insuffisant, rapporté à la volumétrie des enjeux.

4. Une nouvelle impulsion en 2018 ?

Nous pouvons noter avec satisfaction que le rapport « charges et produits » de la Cnamts pour 2018, publié le 6 juillet 2017, traduit la volonté d'un engagement plus fort de l'assurance maladie sur le champ de la pertinence des actes.

Hors prescriptions de produits de santé, l'objectif d'économies affiché passe de **290 millions d'euros en 2017 à 510 millions d'euros en 2018**, avec notamment une action sensiblement renforcée sur la pertinence des actes en ville et à l'hôpital et sur les actes paramédicaux.

Économies attendues des actions de l'assurance maladie en 2017 et 2018 sur le volet « pertinence et bon usage des soins »

(en millions d'euros)

Actions	2017	2018
Maîtrise médicalisée (produits de santé)* dont :	430	500
• médicaments de médecine générale	220	200
• médicaments de spécialité	70	100
• iatrogénie	100	100
• dispositifs médicaux	40	100
Maîtrise médicalisée et pertinence (hors produits de santé)* dont :	290	510
• transports	75	160
• indemnités journalières	100	100
• actes en ville	25	} 120
• pertinence des actes hospitaliers	20	
• autres prescriptions :		
- biologie (hors ajustement des tarifs)	30	30
- paramédicaux	40	100
TOTAL*	720	1010

* Pour 2018, la Cnamts rattache la maîtrise médicalisée des prescriptions de produits de santé au volet « produits de santé et promotion des génériques ». Le total des économies attendues au titre du seul axe « pertinence et bon usage des soins » serait donc de 510 millions d'euros.

Source : Cnamts

Les actions concernant les indemnités journalières et les transports, qui connaissent des croissances dynamiques, supérieures à celles de l'Ondam, sont maintenues ou amplifiées. Il faut notamment noter, comme levier d'action, le lancement à l'automne 2017 par l'assurance maladie d'une campagne sur la lombalgie intégrant la question des arrêts de travail.

Concernant les actes, les leviers des économies attendues pour 2018 sont :

- la poursuite de la diminution des taux de recours supérieurs aux taux cibles sur les dix actes hospitaliers suivis au plan national (économie évaluée à plus de 100 millions d'euros, soit 34 000 séjours évitables) ;

- une action sur les actes en ville ciblée sur la radiologie (amélioration de l'efficacité du parc d'IRM ostéo-articulaire, permettant de réaliser une économie sur le montant du forfait technique par acte évaluée à 10 millions d'euros, et tarification forfaitaire de certains actes) ;

- la poursuite des actions engagées sur la pertinence de la prescription de certains actes de biologie.

Il restera à faire le bilan de cette nouvelle impulsion afin de déterminer si, avec les leviers disponibles, elle peut se traduire par des résultats plus substantiels.

II. DES ACTIONS À AMPLIFIER : LA PERTINENCE, LEVIER DE TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Les auditions conduites ont permis d'apprécier l'**intérêt unanime** des acteurs du système de santé pour la démarche d'amélioration de la pertinence des soins : par son double objectif d'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité de la dépense de santé, celle-ci semble pouvoir jouer un rôle fédérateur. Une certaine maturité des acteurs du système de santé sur ce sujet semble aujourd'hui ouvrir la voie à des évolutions plus substantielles.

Dans sa plateforme de propositions pour 2017-2022, la Fédération hospitalière de France (FHF) considère ainsi que « *la concrétisation d'une démarche forte sur la pertinence des actes doit constituer un chantier prioritaire du quinquennat à venir* », tant les enjeux en cause sont « *absolument majeurs* ».

Toutefois, les nombreuses actions déjà engagées se heurtent à des limites et leurs résultats progressent à un rythme insuffisant : pour la plupart des interlocuteurs entendus, **l'organisation cloisonnée de notre système de santé et la prévalence d'un mode de financement à l'acte ou à l'activité constituent des freins à des avancées plus significatives.**

La démarche de pertinence engagée n'a pas atteint, à défaut d'une force d'impulsion suffisante, une capacité d'entraînement de l'ensemble des acteurs pourtant indispensable à son succès. **Au-delà des mesures de raboutage, elle appelle désormais des évolutions plus structurelles.**

Un signal fort apparaît aujourd'hui nécessaire pour consolider les acquis et diffuser très largement dans notre système de santé, y compris auprès du grand public, une « culture de la pertinence ». Votre rapporteur général est convaincu que **toute démarche en la matière ne peut être durablement construite qu'avec les professionnels de santé.** Accompagner ces évolutions de modes de rémunération plus incitatifs et innovants serait enfin, comme l'ont relevé la plupart des interlocuteurs, un levier de transformation indispensable pour orienter notre système de santé vers la recherche du « juste soin », alliant la meilleure qualité au meilleur coût.

A. UNE DÉMARCHE STRATÉGIQUE À CONSOLIDER

Les chercheurs David C. Goodman et John E. Weinberg soulignent, dans la préface de *l'Atlas des variations des pratiques médicales* précité, que c'est l'action combinée de trois acteurs-clés - les pouvoirs publics, les médecins et soignants et enfin les patients - « *qui contribuera à promouvoir des soins de qualité répondant aux besoins des patients, à réduire l'incidence des procédures à faible valeur ajoutée et à améliorer l'efficacité des soins de santé.* »

Répondre à cet objectif implique une démarche stratégique globale incluant l'ensemble des « cibles » et permettant de démultiplier les moyens d'action. Quatre leviers apparaissent essentiels à mobiliser :

- renforcer la coordination des actions engagées en faveur d'une amélioration de la pertinence des actes et leur pilotage stratégique ;
- étendre ces actions à la liaison ville-hôpital pour renforcer la circulation des informations et réduire les actes inutiles et redondants ;
- placer les professionnels de santé au cœur de la démarche, notamment en s'appuyant sur les sociétés savantes ;
- sensibiliser les patients, pour infléchir durablement les comportements.

1. Donner une nouvelle impulsion

Si des actions se mettent en place dans le champ de l'amélioration de la pertinence des soins, force est de constater que **les initiatives engagées sont aujourd'hui dispersées et insuffisamment lisibles**.

Pour plusieurs personnes entendues, le pilotage de la démarche est insuffisant pour donner toute leur portée à des actions dont l'efficacité nécessite une action coordonnée et prolongée dans le temps.

Si le plan Ondam 2015-2017 et les actions de structuration de la démarche de pertinence des soins engagées au niveau régional entre les ARS et l'assurance maladie apportent, incontestablement, une plus forte visibilité à ces enjeux, **l'absence de véritable vision stratégique** donne, au final, le sentiment d'un certain tâtonnement.

C'est notamment ce qu'ont relevé, lors de leur audition, les représentants de la FHF : jugeant les dispositifs nationaux fragmentés, lourds et peu efficaces, la fédération entend engager à l'automne son propre programme de pertinence, ciblé sur un nombre plus réduit de thématiques et fondé sur une approche territoriale et pragmatique.

- Les initiatives des acteurs de terrain sont bienvenues pour démultiplier les leviers d'action. Cependant, une **forte coordination des intervenants et leur travail en réseau** sont une condition essentielle **pour accroître la portée et l'efficacité des actions menées** ; en effet, les rôles de l'État, de l'assurance maladie, de la HAS et des acteurs de terrain (fédérations, professionnels, sociétés savantes...) sont étroitement liés les uns aux autres dans le chaînage et la mise en œuvre des actions d'amélioration de la pertinence des soins. Par ailleurs, comme l'ont relevé les représentants de la HAS, l'efficacité des actions menées nécessite de la cohérence dans les messages et de la continuité dans les actions.

En ce sens, le **rôle d'impulsion du ministère chargé de la santé, au plan national et dans l'animation du réseau des ARS, gagnerait à être réaffirmé**, en clarifiant les finalités de la démarche et en précisant l'articulation des rôles de chacun.

En particulier, une définition mieux concertée, en amont, du champ et des objectifs des saisines de la HAS en vue de l'élaboration de recommandations permettrait de renforcer leur caractère opérationnel.

- En outre, plusieurs intervenants ont regretté le **manque de données structurées permettant de documenter le bon usage des soins et le chaînage des parcours, et ainsi de disposer d'une connaissance plus affinée des enjeux** pour identifier des axes de progression.

Une exploitation plus performante des systèmes d'information pourrait aider à développer des **outils de pilotage et de suivi** dans le temps des actions conduites, sur la base d'objectifs partagés entre les acteurs et d'une méthodologie scientifique validée par la HAS.

Votre rapporteur général a noté avec intérêt le projet des auteurs du rapport de l'OCDE d'élaboration de quelques indicateurs comparables à l'échelon international sur les soins inadéquats.

Cette analyse pourrait être utilement documentée **à l'échelon territorial, à partir de remontées du terrain**. Comme le note la FHF dans sa plateforme de propositions, *« la production régulière, au niveau territorial, de données lisibles et appropriables par le grand public doit également permettre de contribuer à la progression et à la maturité du débat public sur les questions de santé »*.

En particulier, l'analyse des situations pourrait conduire à réfléchir à la construction d'indicateurs sur ce que constitue une bonne prise en charge, selon plusieurs critères (pathologies, âges, territoires).

Le rapport de nos collègues Alain Milon et Jacky Le Menn sur la refonte de la tarification hospitalière, établi au nom de la Mecss en 2012¹, proposait le renforcement des actions de pertinence des actes par *« la création sur l'ensemble du territoire de véritables observatoires de la qualité et de la pertinence des soins »* au sein des ARS. Cette fonction pourrait être confiée aux instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins instituées en 2016, en y associant plus largement les professionnels de santé.

¹ « Refonder la tarification hospitalière au service du patient », Rapport d'information n° 703 (2011-2012), présenté, au nom de la commission des affaires sociales, par MM. Yves Daudigny, président de la Mecss, Jacky Le Menn et Alain Milon, rapporteurs, Sénat, 25 juillet 2012.

2. Décloisonner les acteurs

L'approche de la pertinence demeure cloisonnée, sans aborder explicitement, sous un angle organisationnel, les relations entre les acteurs de la ville et de l'hôpital.

Or, le fonctionnement « en silos » de notre système de soins génère en lui-même, de l'avis de plusieurs personnes entendues, de la non-pertinence, en contribuant notamment à des redondances d'actes.

Ces constats, s'ils sont difficiles à objectiver, sont au cœur des préoccupations de votre commission depuis de nombreuses années : **la pertinence ne découle pas seulement de la qualité des pratiques médicales, elle est directement corrélée à l'organisation du système de santé et à sa capacité à assurer des parcours de soins fluides et coordonnés.** En ce sens, les représentants des syndicats de médecins libéraux ont notamment souligné la nécessité de **développer les ponts entre la ville et l'hôpital pour améliorer la transmission et le partage des informations.**

La Cour des comptes, dans le rapport précité sur l'imagerie médicale, soulignait que les outils de partage d'informations, au sein des établissements de santé ou dans leurs relations avec les cabinets de ville, étaient un moyen d'éviter les examens redondants ou inutiles en facilitant le suivi dans le temps des patients : *« les systèmes d'archivage et de communication électronique (...) constituent potentiellement de puissants outils d'amélioration de l'efficacité de l'imagerie médicale, et recèlent des opportunités d'économies significatives. Une étude américaine de 2012, portant sur 267 patients traités pour cancer du foie, montre que lorsque l'imagerie est disponible dans le système d'archivage, on ne compte que 11 % de répétitions d'examens, alors que le taux monte à 52 % lorsque l'imagerie n'est pas disponible dans un tel système. »*

Si des instruments existent, leur fonctionnement reste perfectible.

- Tel est le cas de la **lettre de liaison hôpital-ville**, devenue obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2017¹, et dont votre commission avait depuis longtemps demandé la généralisation pour favoriser la continuité des soins. L'étude d'impact du projet de loi évaluait le coût de ré-hospitalisations évitables à 4,6 millions d'euros.

De l'avis de syndicats de médecins entendus, cette avancée, pourtant modeste, peine à se mettre en place : le **format de cette lettre de liaison pourrait être simplifié**, pour en faire un outil directement exploitable, articulé autour de messages courts. Elle devrait par ailleurs être plus systématiquement **dématérialisée**, et s'accompagner des résultats des analyses biologiques ou examens réalisés.

¹ En application de l'article 95 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 en a précisé le contenu - motifs de l'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, traitements prescrits, éventuelles suites à donner ou surveillance nécessaire, etc. - et les modalités de transmission au médecin traitant.

Il semble ainsi souhaitable qu'un **bilan** soit rapidement réalisé, en vue d'examiner, en liaison avec les praticiens de terrain, les évolutions utiles à la fois pour améliorer le contenu opérationnel de ces lettres et économiser du temps administratif aux praticiens hospitaliers chargés de les établir.

- Le déploiement du **dossier médical partagé** (DMP) représente un chantier crucial pour le partage des données médicales et, potentiellement, pour mieux identifier et éviter les actes redondants ou inutiles.

Après des occasions manquées depuis plus de dix ans, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a relancé ce projet et en a confié la mise en œuvre à la Cnamts : testé dans neuf régions depuis décembre 2016, près de 774 000 DMP sont ouverts au 30 juin 2017.

Un enjeu important pour l'assurance maladie, en vue de sa généralisation prévue en 2018, sera de **faire adhérer les professionnels de santé à cet outil**, alors qu'ils sont aujourd'hui **sceptiques quant à son caractère opérationnel et à la réalité de son déploiement**. Associer les praticiens de terrain à l'évaluation de la phase d'expérimentation en cours devrait permettre de répondre aux attentes, exprimées par les représentants des médecins, de grande simplicité d'utilisation au quotidien.

Comme votre rapporteur général a pu l'entendre au cours de ses auditions, la réussite du dossier pharmaceutique, qui permet un échange d'informations entre la ville et l'hôpital, tient au fait qu'il s'agit d'un outil développé par des pharmaciens, pour des pharmaciens. Les praticiens « utilisateurs » sont en maillon essentiel de la réussite d'un tel projet.

- **Les autres outils facilitant les échanges d'informations entre les professionnels de santé se heurtent encore à des limites.**

Des premières limites tiennent au **faible déploiement** de ces outils. Les médecins sont peu équipés en **messageries sécurisées** de santé, qui permettent aux professionnels d'échanger entre eux, dans le respect du cadre juridique relatif aux données personnelles de santé. D'après les données transmises par la Cnamts, le taux d'équipement est de 9,5 % pour les professionnels de santé dont 22 % pour les médecins libéraux.

Le « forfait structure »¹ mis en place dans la convention médicale de 2016, qui reprend des objectifs précédemment inscrits dans le volet « Organisation du cabinet » de la ROSP, intègre désormais, en prérequis, l'utilisation de logiciels métiers compatibles avec le DMP et l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé ; cela devrait favoriser le déploiement de ces outils de coordination.

D'autres limites tiennent aux **problèmes d'interopérabilité** entre les logiciels utilisés ou entre les systèmes d'information au sein même parfois des établissements de santé.

¹ Ce forfait, fondé sur un système à points, progressifs de 2017 à 2019, pourrait représenter jusqu'à 4 620 euros par an et par médecin en 2019 (Cnamts).

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2016, la Cour des comptes notait qu'en dépit de réels progrès, « *le manque d'interopérabilité entre applications demeure l'obstacle majeur à la cohérence et à l'évolution des systèmes d'information hospitaliers* » ; elle proposait de « *rendre l'impératif d'interopérabilité pleinement opposable aux éditeurs de logiciels* », tout en soulignant que la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 marquait une avancée en ce sens en rendant opposables les référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'Asip Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé).

Cette question mérite un suivi attentif, notamment dans le cadre des travaux de certification en cours. À cet égard, la HAS dresse un constat mitigé de la politique de gestion du système d'information des établissements de santé dans son bilan à mi-parcours de la certification V2014, publié en mai 2017 : « *les exigences ne sont atteintes que dans 55 % des établissements concernés, alors que la structuration du système d'information conditionne aujourd'hui les améliorations dans plusieurs thématiques (...). Les établissements n'ont pas tous mis en place d'organisation leur permettant de sécuriser la coexistence de supports papier et informatiques ou d'assurer les interfaces entre logiciels. De plus, sur le terrain, de nouvelles pratiques à risques se développent, liées au refus de certains professionnels de s'inscrire dans le développement de l'informatisation.* »

3. Placer les professionnels de santé au cœur de la démarche

Les professionnels de santé, parce qu'ils en sont les prescripteurs, ont indéniablement un **rôle « pivot »** dans les actions d'amélioration de la pertinence des actes : comme l'ont souligné l'ensemble des personnes auditionnées, **leur capacité à s'approprier la démarche conditionne les avancées sur ce sujet**. La HAS a souligné **l'importance, à cette fin, de la répétition et de la continuité des messages relayés auprès des professionnels de santé, dans une démarche de pédagogie et de conviction**.

Dans cette perspective, alors que les études ne démontrent pas l'efficacité d'un mode particulier d'intervention, il importe de mobiliser plusieurs leviers de manière coordonnée.

a) S'appuyer sur le rôle des pairs et des sociétés savantes

Comme cela a été souligné lors des auditions, **le rôle des pairs apparaît primordial** pour donner force et légitimité aux messages, suivant le rôle des « leaders cliniques » développé dans certains pays.

La HAS occupe une place centrale, et reconnue, dans la production des référentiels scientifiques ou des recommandations : son expertise, son indépendance, sont un gage de légitimité ; le fait que les professionnels soient associés à la production des outils facilite leur appropriation. Toutefois, comme l'ont rappelé ses représentants, **la diffusion des recommandations nécessite de mobiliser de multiples relais**.

- En ce sens, les **sociétés savantes** ont à la fois un **rôle d'impulsion** à jouer sur le champ de la pertinence des actes, par exemple pour faire remonter les thèmes que les professionnels voient un intérêt à approfondir, et disposent de la légitimité nécessaire pour relayer les messages et recommandations de bonne pratique, notamment sur des sujets très pointus.

La HAS a indiqué, et il faut le souligner, avoir engagé des travaux avec plusieurs d'entre elles, notamment en cardiologie.

Votre rapporteur général a pu également constater l'engagement de la Société française de radiologie (SFR), qui a élaboré dès octobre 2004 un « guide de bon usage des examens d'imagerie médicale » ; sa deuxième édition, parue en 2013 de façon dématérialisée, a été plus largement diffusée auprès des médecins prescripteurs. Toutefois, comme le relevait la Cour des comptes dans son rapport sur l'imagerie médicale, si ce guide « *constitue en soi une démarche exemplaire* », il ne suffit pas car, quelle que soit la compétence des experts qui l'ont élaboré, ceux-ci « *n'ont pas le même statut d'indépendance que la Haute Autorité de santé* », qui n'a pas apporté son label. Cela montre l'intérêt d'engager des démarches coordonnées entre les acteurs.

- En outre, des **actions concertées entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, dans le cadre conventionnel**, pourraient être envisagées.

Tel est par exemple le cas de l'élaboration de **référentiels** et de la définition de leurs modalités de diffusion, de suivi et d'évaluation. Dans son rapport de 2013 sur la biologie médicale, la Cour des comptes suggérait de recourir à cette méthode alternative « *afin d'accélérer le rythme de production des référentiels* » : « *une meilleure définition des priorités et une hiérarchisation des actes pourraient être effectuées, entre ceux nécessitant une évaluation lourde de la HAS, et ceux dont la rédaction pourrait être préparée par la Cnamts en collaboration avec les sociétés savantes et les professionnels, et simplement validés par la HAS* ». Cette seconde voie est explicitement prévue par l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale¹.

Dans le même cadre, un syndicat de médecins a suggéré l'institution d'un **rendez-vous annuel ou biennal entre les professionnels de santé et l'assurance maladie** sur ce sujet, ce qui pourrait utilement contribuer à associer les professionnels à la définition et au suivi des objectifs fixés.

¹ « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable. »

Enfin, le développement de **groupes de pairs**, permettant de réinterroger les pratiques médicales en portant des regards croisés, mais aussi de contribuer à la circulation des recommandations, pourrait être encouragé. Plusieurs interlocuteurs ont souligné que la prévalence de l'exercice isolé chez les professionnels libéraux rendait la circulation des informations plus difficile que dans les pays où l'exercice collectif prévaut.

b) Inscrire la pertinence au cœur de la formation : un levier encore trop peu exploité

La formation initiale et continue est un levier essentiel pour intégrer l'amélioration de la pertinence des actes dans les pratiques quotidiennes des professionnels de santé. Les représentants de la HAS ont notamment souligné **l'importance que les internes reçoivent et s'approprient, le plus tôt possible, les messages** de bonne pratique.

Or, les enjeux liés à la pertinence et, plus largement, la **dimension médico-économique** dans les pratiques de prescription apparaissent encore insuffisamment pris en compte dans les parcours de formation.

Plusieurs personnes entendues ont ainsi souligné la nécessité **d'impliquer les doyens des facultés de médecine**, par exemple en les associant au suivi ou au pilotage territorial des actions en matière de pertinence de soins, afin de mettre en place des initiatives adaptées pour sensibiliser les futurs praticiens et les outiller dans leur pratique.

c) Renouveler les approches

- La construction **d'accompagnements individualisés** des professionnels de santé par l'assurance maladie peut être un moyen de faire évoluer les pratiques, dans une logique de confiance et de responsabilité.

En ce sens, l'expérimentation d'action plus partenariale engagée en 2017 auprès de 700 médecins volontaires semble une initiative intéressante. Elle consiste en la définition d'un « plan personnalisé d'accompagnement », qui permet un engagement sur un à deux thèmes à fort enjeu et son suivi dans le temps. Une diffusion de cette méthode pourrait contribuer à promouvoir plus efficacement les actions d'amélioration de la pertinence des actes.

- En outre, le **déploiement d'outils numériques d'aide à la décision médicale** offre de nouvelles possibilités d'accompagnement des professionnels et pourrait être exploré et encouragé.

Les représentants de la HAS ont souligné, lors de leur audition, l'intérêt que représentent les logiciels d'aide à la décision enrichis de données cliniques, tels que les systèmes d'aide à la décision indexée par médicament (SAM) ; la HAS travaille à l'inclusion de messages courts ou d'alerte reprenant ses recommandations de bonne pratique, dans le cadre de sa mission de certification des logiciels.

Ces outils, qui existent dans d'autres pays (comme la Finlande ou la Belgique), peuvent apporter un appui utile aux prescripteurs dès lors que les messages sont subtilement dosés pour que l'usage reste simple en situation de consultation.

4. Sensibiliser le grand public pour agir sur les comportements

Alors que les professionnels de santé sont confrontés à une certaine pression consumériste des patients, le grand public apparaît comme une **cible indispensable et complémentaire des actions sur la pertinence des actes, pour faire évoluer les perceptions et changer les comportements.**

L'OCDE, dans son rapport précité, souligne qu'« *il est possible de changer durablement les choses si patients et cliniciens sont convaincus que la meilleure option est celle qui engendre le moins de gaspillage* ».

À cet égard, les auteurs de ce rapport ont mis en avant des initiatives intéressantes pour toucher le grand public : la campagne d'information « **Choosing wisely** »® (« choisir avec soin »), fondée sur le principe de messages courts, est en vigueur dans un tiers des pays de l'OCDE ; lancée par des cliniciens, elle a pour objectif de réduire le recours à des soins de faible valeur en encourageant le dialogue entre patients et « prescripteurs ».

Éduquer les patients avec « Choosing wisely »® (« choisir avec soin ») : l'exemple du Canada

Le Canada a lancé en avril 2014 dans le cadre de ce label une campagne sous le slogan « *More is not always better* » (« Plus n'est pas toujours mieux »), prenant la forme de courtes vidéos et d'affiches pour les salles d'attente des cabinets ou centres médicaux.

Un sondage avait mis en évidence l'influence forte des patients dans les prescriptions d'actes non nécessaires : 64 % des répondants estimaient que « *les demandes des patients sont davantage responsables des recours non nécessaires au système de soins que les décisions des médecins* ».

Dans ce contexte, les objectifs de la campagne sont :

- promouvoir le fait qu'en médecine comme dans d'autres domaines de la vie courante, « plus n'est pas toujours mieux » ;
- éduquer les patients sur les cas dans lesquels ils ont besoin d'un certain acte ou traitement et les cas dans lesquels celui-ci n'est pas nécessaire ;
- encourager les patients à parler de cela avec leur médecin.

Une affiche présente quatre questions simples à poser à son médecin :

1. *Ai-je vraiment besoin de ce test, traitement ou intervention ?*
2. *Quels sont les risques ?*
3. *Existe-t-il d'autres options plus simples et plus sûres ?*
4. *Que se passe-t-il si je ne fais rien ?*

Source : Site "choosingwiselycanada.org"

Comme l'a souligné la représentante de la Cnamts, les résultats les plus encourageants sont constatés pour les actions combinant le rappel des recommandations auprès des professionnels de santé et les messages aux patients expliquant les situations dans lesquelles un examen ou un traitement sont nécessaires et celles dans lesquelles cet examen ou ce traitement sont inutiles ou excessifs. Tel est le cas, par exemple, des actions concernant le syndrome du canal carpien ou le parcours de soins en cas de nodule thyroïdien, pour lesquelles des livrets d'information à destination des patients, réalisés en collaboration avec la HAS, ont été publiés par l'assurance maladie en 2013 et 2015.

Les personnalités entendues ont montré leur intérêt pour ce programme : la FHF a notamment indiqué sa volonté d'y adhérer.

Comme l'a relevé la HAS, ce type d'actions peut concerner des interventions pour lesquelles il existe des recommandations incontestables, non sujettes à débat au sein de la communauté scientifique et médicale.

Votre rapporteur général note tout l'intérêt de **développer des campagnes ciblées de sensibilisation du grand public**, soit à large diffusion (comme les récentes campagnes sur le bon usage des antibiotiques), soit, sur des cas plus ponctuels, par la diffusion d'affiches ou de plaquettes d'information auprès des professionnels de santé et des patients.

Il est essentiel que les professionnels de santé, notamment via leurs sociétés savantes, soient étroitement associés, en amont, au choix des thèmes et à la production des supports de communication.

Ces campagnes pourraient s'appuyer sur quelques indicateurs simples et lisibles, pour permettre une prise de conscience de l'ampleur des actes à faible valeur ajoutée et des risques associés à un recours inapproprié aux soins.

B. APPROFONDIR LA RÉFLEXION SUR DES ÉVOLUTIONS DES MODES DE FINANCEMENT

Pour la plupart des personnes entendues, les **modes de financement** de notre système de santé, à travers la tarification à l'acte et à l'activité, sont **susceptibles d'engendrer de la non-pertinence** ou constituent - à tout le moins - un frein pour aller plus loin.

La Cnamts relève ainsi, dans son rapport « charges et produits » pour 2018, que « *les modes de paiement des acteurs du système de soins liés aux volumes d'activité produite ont un effet incitatif à la production qui permet d'améliorer la réponse aux besoins de santé. Cet effet peut également conduire à des volumes d'activité qui vont au-delà de la seule réponse aux besoins sanitaires des patients, qu'on qualifie d'activité non pertinente.* »

Cela rejoint d'autres limites des « modèles classiques » de financement qu'elle avait mises en avant :

« - la fragmentation du financement des acteurs d'un même parcours, qui ne favorise pas la coordination et peut parfois inciter à des comportements défavorables à l'intérêt collectif (...);

- le lien avec l'activité qui porte un caractère inflationniste marqué et n'empêche pas la réalisation d'actes inutiles ou redondants, voire qui peut y inciter ;

- l'absence de prise en compte de la qualité et de la performance, qui n'incite que trop peu les acteurs à réaliser des efforts dans ce sens. »¹

La mise en place de **leviers incitatifs** au plan financier est perçue, quasi-unaniment, comme un moyen de donner un coup d'accélérateur aux démarches engagées en faveur de la pertinence et d'**amorcer des changements organisationnels**.

Des évolutions substantielles sur ce sujet sont conditionnées à un changement profond de logique.

Deux principaux axes d'évolution pourraient y concourir :

- le développement de **modes de financement à l'épisode de soins**, afin de renforcer la coordination des acteurs et la pertinence des parcours ;

- l'introduction d'une forme de **régulation par les professionnels et établissements de santé**, en les intéressant plus encore à l'atteinte d'objectifs de qualité, et en les incitant, dans le cadre d'accords pluriannuels, à améliorer la pertinence des actes en agissant sur la maîtrise des volumes.

À cet égard, nous pouvons noter avec intérêt que la feuille de route de la ministre des solidarités et de la santé, publiée le 15 juin 2017, marque sa volonté, dans le cadre d'une croissance annuelle de l'Ondam modérée, de « *rechercher toujours la meilleure pertinence médicale* », « *par la création d'un nouveau cadre contractuel d'intéressement économique des professionnels de santé, en ville et en établissement.* »

1. Développer la rémunération à l'épisode de soins : un levier pour favoriser la coordination des acteurs

• **Le principe et les objectifs : améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge**

Inspiré des exemples étrangers de *bundled payment* (paiement groupé), le principe général d'un financement au parcours ou à l'épisode de soins consiste à fixer, pour un épisode de soins limité dans le temps (par exemple une intervention chirurgicale programmée) ou pour une période donnée (un semestre ou une année) s'agissant des affections ou pathologies chroniques, une **rémunération forfaitaire globale** pour tous les acteurs intervenant dans la prise en charge du patient et l'ensemble des moyens nécessaires.

¹ Cnamts, rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie pour 2017, 6 juillet 2016.

Dans ce système plus transversal, « l'argent suit le malade ». L'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge en incitant les différents professionnels impliqués à mieux coordonner leurs interventions et ainsi à réduire ou supprimer les actes inutiles, redondants ou inappropriés.

**Les forfaits par épisode de soins :
l'exemple du programme *Orthochoice* en Suède**

Dans son analyse des pratiques étrangères susceptibles d'apporter des enseignements pour la France, l'assurance maladie a attiré l'attention de votre rapporteur général sur le programme « *Orthochoice* » développé en Suède dans le comté de Stockholm.

Lancé en 2009 pour les patients bénéficiant de la pose d'une **prothèse de hanche ou de genou**, le programme propose un paiement forfaitaire couvrant plusieurs éléments du parcours (soins pré-hospitaliers, séjour chirurgical et prothèse, soins postopératoires hospitaliers et en ville, rééducation, couverture jusqu'à cinq ans des complications en lien avec la prothèse...).

Ce programme **allie paiement au forfait et à la performance** (part allant jusqu'à 3,2 % du tarif, fondée sur des résultats rapportés par le patient). Son objectif était de réduire les coûts de prise en charge tout en améliorant la qualité des soins, de diminuer les complications et de réduire les délais d'attente.

L'évaluation réalisée après quatre ans d'application montre les résultats suivants :

- ce programme a concerné 71 % des patients opérés pour une prothèse de hanche ou de genou ; les patients complexes en étaient initialement exclus, mais une réflexion porte sur leur inclusion dans le programme avec un forfait adapté ;

- des gains de productivité de 16 % ont été enregistrés dans les établissements participant, principalement en augmentant le nombre de patients opérés par équipe et en réduisant la durée des séjours (d'un jour en moyenne) ; cela a permis une résorption des files d'attente ;

- le coût moyen payé pour un patient a diminué de 20 % sur une période de deux ans ; la principale explication en est une diminution du taux d'hospitalisation pour complications et du taux de réintervention ;

- les indicateurs de qualité patients ont été légèrement améliorés.

Des programmes similaires existent pour d'autres pathologies (cataracte, chirurgie du rachis).

Source : Cnamts

- **Un sujet récurrent qui n'en est qu'à ses prémices**

Dans un rapport de juillet 2012 précité sur la tarification à l'activité, nos collègues Jacky Le Menn et Alain Milon préconisaient d'« *engager dès à présent la réflexion sur une tarification « au parcours »* ». Ils soulignaient que « *la tarification à l'activité en vigueur dans le secteur hospitalier est centrée sur le diagnostic principal d'un séjour et sur les actes et prestations effectués à cette occasion. (...) Elle n'est donc pas organisée autour du malade mais de sa maladie. En conséquence, elle relève plutôt d'une logique antinomique de celle d'un parcours de soins ou de santé* », permettant d'accompagner le patient sur le long terme, face à la complexité croissante des prises en charge.

Des évolutions législatives, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, ont ouvert la voie à des **expérimentations** de « *nouveaux modes d'organisation des soins* », « *dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques* »¹. Trois types de population sont concernés : les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, les personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe, les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère². Les expérimentations ne devraient démarrer qu'en septembre 2017, ce qui montre combien ce cadre est lourd et sans doute inapproprié.

- **Des avancées nécessaires**

Dans son bilan à mi-parcours du déploiement de la version 2014 de certification des établissements de santé³, publié le 8 juin 2017, la HAS relève que « *la réflexion sur les parcours reste débutante. Les constats traduisent les difficultés rencontrées par les établissements dans la structuration institutionnelle de parcours patient adaptés aux besoins de la population accueillie et répondant à leurs risques propres. De plus, les constats montrent le manque de vision transversale de l'ensemble du parcours à l'échelle de l'établissement, voire d'un territoire.* »

Les maladies chroniques notamment - qui devraient concerner, d'après les projections de l'assurance maladie, 548 000 personnes de plus d'ici à 2020 par rapport à 2015⁴ - mobilisent autour du patient une pluralité d'acteurs, dont la coordination est essentielle.

¹ Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

² Projet OBEPEDIA, dont l'un des objectifs est de limiter les actes de chirurgie bariatrique réalisés chez les moins de 20 ans, en augmentation alors que cette pratique n'est pas recommandée par la HAS.

³ Prévue par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, l'évaluation externe des établissements de santé publics et privés, d'abord nommée accréditation, devient, en 2004, la certification. La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante des organismes de tutelle. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des prestations d'un établissement de santé.

⁴ D'après la cartographie des résultats 2012-2015 de dépenses remboursées par pathologie, présentée par la Cnamts le 31 mai 2017.

La réflexion autour d'une adaptation des modes de financement, et de l'évolution vers des tarifications au parcours ou à l'épisode de soins, pose, dans un système cloisonné comme le nôtre, des **questions éminemment complexes, en particulier quant aux modalités de répartition de l'enveloppe de financement globale**. Elle suppose également l'existence de protocoles thérapeutiques de prise en charge clairement définis, d'outils d'évaluation et de contrôle de la qualité des prises en charge ou encore d'instruments de coordination entre les acteurs.

Pour autant, sans en sous-estimer la complexité, **une évolution des modes de financement pourrait jouer un effet de levier important** et aller dans le sens d'un meilleur suivi y compris post-opératoire des patients, dont la Cnamts note l'insuffisance, s'agissant notamment de la chirurgie bariatrique, dans son dernier rapport « charges et produits ».

Le rapport de la mission pilotée par le Docteur Olivier Véran sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé, remis à la ministre des affaires sociales et de la santé en avril 2017, préconise l'expérimentation, « *dans le cadre de projets pilotes sur des territoires volontaires* », de modes de financement au parcours, pour la prise en charge des maladies chroniques, ou à l'épisode de soins pour des actes chirurgicaux lourds ou des soins aigus nécessitant une prise en charge en amont et en aval, considérant qu'il s'agit d'« *un levier majeur pour rompre la logique « en silos » du système de soins et décloisonner les différents segments du système de soins, réduire les actes inutiles et redondants, intégrer les stratégies de prévention, renforcer l'efficacité de notre système de santé et améliorer les résultats sur la santé des patients.* »

Une **démarche pragmatique, dans un premier temps basée sur le volontariat par le biais d'appels à projet**, ciblée sur les établissements de santé et les équipes de ville les plus coordonnées (comme les maisons de santé pluri-professionnelles), pourrait être engagée, pour la prise en charge de pathologies ou d'épisodes de soins faisant l'objet de protocoles bien encadrés.

Les représentants des établissements et professionnels de santé entendus paraissent ouverts à ce type de réflexion, qu'il convient d'engager dans la concertation avec eux.

Nous pouvons relever avec intérêt les propositions de la Cnamts, dans son rapport « charges et produits » pour 2018, tendant à introduire des modes de financement forfaitaire incitant à la qualité et à l'efficacité, en l'occurrence pour la pose d'une prothèse de hanche. Votre commission des affaires sociales sera attentive aux modalités concrètes qui pourraient être proposées.

2. Promouvoir une approche « gagnant-gagnant » avec les établissements et professionnels de santé

Votre rapporteur général souscrit, sur le principe, aux ambitions affichées par la ministre en charge de la santé de créer un **cadre d'intéressement économique des professionnels et établissements de santé, permettant d'allier efficacité médicale et efficacité économique.**

Cela va dans le sens des réflexions et propositions dont il s'est fait l'écho au cours de ses auditions.

a) Vers une régulation par la qualité

• **De premiers jalons ont été posés :**

- engagée depuis 1996, la certification des établissements de santé par la HAS sert cet objectif, en portant une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dispensés et des prises en charge ;

- ses résultats sont une dimension du programme d'incitation financière à la qualité (IFAQ), expérimenté, dans le secteur hospitalier, à partir de novembre 2012 et généralisé depuis 2016 ;

- la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins libéraux valorise la performance et permet d'infléchir les pratiques ; la convention médicale de 2016 l'a renforcée et recentrée sur les pratiques cliniques (29 indicateurs contre 24 en 2011) ;

- enfin, le site d'information publique SCOPE-Santé, géré par la HAS, permet d'améliorer l'information des patients sur la qualité des soins dans les établissements de santé.

• **Ces leviers de valorisation de la qualité représentent encore une part modeste** du financement des établissements et professionnels de santé. Ils sont fondés sur une logique strictement positive, sans pénalité en cas de non atteinte des cibles fixées.

L'IFAQ représente, pour sa première année de généralisation, des volumes réduits : d'après les données communiquées à votre rapporteur général, l'enveloppe globale s'est établie en 2016 à 40 millions d'euros et a représenté pour les établissements éligibles l'équivalent de 0,4 à 0,6 % de leur financement, dans la limite du plafond fixé à 500 000 euros.

Généralisée par la convention médicale de 2011, la ROSP a un impact financier désormais plus significatif : d'après les données de l'assurance maladie, elle a concerné, en 2016, 90 710 médecins, qui ont perçu une rémunération moyenne complémentaire annuelle de 4 593 euros (la moyenne atteignant 6 983 euros pour les médecins généralistes).

• En outre, comme le souligne la FHF dans sa plateforme de propositions, **la qualité et la pertinence ne sont pas encore, en France, véritablement « au cœur de son système de santé »** : « ainsi, la qualité devient une « tâche » supplémentaire, qui s'ajoute à toutes les autres, au lieu d'être constitutive de la démarche de prise en charge. Dans ce contexte, les notions de qualité et de pertinence deviennent vite synonymes de procédures bureaucratiques. » Lors de leur audition, ses représentants ont regretté que **la mesure de la qualité et de la pertinence repose à l'heure actuelle sur des indicateurs intermédiaires de processus et non sur des indicateurs finaux de résultats**¹.

Dans le même sens, dans son rapport précité, la mission pilotée par Olivier Véran a préconisé le développement de mesures publiques appropriées de la qualité des soins, à travers trois piliers : le recueil de l'expérience des patients - rendu possible à travers l'enquête « e-satis » pilotée par la HAS -, le recueil de l'expérience des soignants, et des indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats, à définir en associant les professionnels hospitaliers.

Des pays sont allés dans cette voie, en s'attachant à recueillir des données directement auprès des patients (sur leur vécu, les résultats obtenus, les incidents rencontrés)² et en les rendant publiques. Les auteurs du rapport de l'OCDE précité ont jugé crucial de développer des informations de qualité pour évaluer et limiter la fréquence des soins de faible valeur.

Renforcer la portée d'une démarche d'amélioration de la pertinence des soins suppose d'**engager une réflexion en vue de la construction d'outils de mesure de la qualité des soins**. Il s'agit d'un exercice délicat, qui doit reposer sur l'expertise scientifique de la HAS et sur une étroite concertation avec les professionnels et établissements de santé. C'est aussi un préalable à une plus large valorisation de la qualité des pratiques dans la rémunération des professionnels et établissements de santé, selon une logique incitative comme à l'heure actuelle voire à terme plus contraignante.

b) Construire un cadre incitatif à l'amélioration de la pertinence des soins avec les professionnels et établissements de santé

De nouvelles avancées semblent possibles et nécessaires : **associer les professionnels de santé à l'atteinte de résultats sur le champ de la pertinence permettrait de leur donner une fonction de régulation pour améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les coûts**.

¹ A titre d'exemple, le suivi en valeur absolue de la consommation de produits hydro-alcooliques n'est qu'un marqueur indirect de l'hygiène et de la diminution des infections nosocomiales.

² Comme le relève l'OCDE dans le rapport précité, la Norvège a notamment lancé en 2011 une enquête nationale sur la sécurité des patients et les incidents déclarés, en 13 questions.

Dans un récent rapport sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en **Allemagne**¹, notre collègue Yves Daudigny et votre rapporteur général relevaient que l'équilibre financier du régime d'assurance maladie d'outre-Rhin repose sur une forte responsabilisation des médecins dans leur dialogue avec les caisses de sécurité sociale : *« les médecins sont tenus par une enveloppe de soins de ville négociée au niveau fédéral, puis déclinée au niveau de chaque Land et de chaque spécialiste »* ; ainsi, *« lorsqu'un médecin dépasse le volume d'actes initialement prévu pour chaque trimestre, chaque acte supplémentaire est rémunéré de manière dégressive »*.

Ce système repose sur une maturité conventionnelle qui n'a pas atteint, en France, le même niveau qu'en Allemagne où caisses et médecins négocient depuis 1913 ; il se fonde en outre sur une forte implication des unions de médecins dans la régulation du secteur.

Sans chercher à transposer le système allemand dans un contexte différent comme celui de notre pays, il est possible d'en tirer plusieurs enseignements. Le rapport précité soulignait ainsi, au vu de l'importance de l'information désormais disponible sur l'activité des praticiens, qu' *« élaborer, en collaboration avec les médecins français, des mécanismes de suivi à partir de données accessibles à tous garantirait une plus grande transparence des pratiques, et donc une meilleure implication des praticiens dans la gestion de leurs actes. (...) Ces données pourraient permettre de mettre en place des instruments de régulation correspondant effectivement aux pratiques de chacun »*.

Cette évolution pourrait aboutir, dans un cadre conventionnel concerté entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, à un **basculement progressif vers une plus grande valorisation d'autres éléments de rémunération que la tarification à l'acte, afin de mieux impliquer les praticiens dans la maîtrise des volumes d'actes et de les associer aux résultats**. Cela nécessiterait l'établissement d'indicateurs « cibles » de pratiques qui soient légitimes et donc fondés sur des recommandations validées ; une expérience ciblée sur les professionnels volontaires et sur quelques champs d'action prioritaires pourrait être dans un premier temps privilégiée.

D'autres professions de santé ont évolué vers **une logique prix-volume** : l'accord triennal passé en 2014 par la Cnamts et les syndicats de **biologistes** médicaux repose sur le principe d'une responsabilisation accrue sur les volumes d'examens dans un cadre pluriannuel. Cela a notamment conduit à une baisse significative des volumes de prescriptions du dosage de la vitamine D, sur la base de la recommandation établie par la HAS portant sur l'évaluation de l'utilité clinique de cette prescription.

¹ Rapport d'information n° 867 (2015-2016) de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Yves Daudigny, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 30 septembre 2016.

La Cour des comptes, dans son rapport précité de 2013, appelait de ses vœux « *une action plus déterminée sur le volume des actes, afin (...) d'enrayer l'inflation continue du nombre d'actes inutiles, redondants ou non adaptés* », ce qui passait selon elle par « *une rémunération plus fortement évolutive des actes* ».

Dans le même sens, une autre piste serait de donner - en l'occurrence aux radiologues - une incitation à réorienter les prescriptions pour un motif de pertinence, en valorisant cet acte comme une consultation. Cette capacité de substitution est autorisée, de même que pour les biologistes, mais elle est actuellement peu pratiquée.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le jeudi 20 juillet 2017, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission entend la communication au nom de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, sur la pertinence des soins.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – La thématique du « juste soin » ou de la pertinence, sous l'angle des actes redondants ou sans valeur ajoutée pour la santé, est au cœur des préoccupations de notre commission depuis plusieurs années.

Les enjeux sont majeurs : la dépense de santé représente près de 11 % du PIB ; les dépenses publiques de santé sont supérieures de 27 % en 2015 à leur niveau de 2006 ; cette tendance devrait se poursuivre, nous en connaissons les déterminants : vieillissement de la population, poids des maladies chroniques, technicité croissante des soins...

À côté de cela, plusieurs rapports ou enquêtes ont mis en avant des marges d'efficience globale : dès 1992, le Professeur Beraud de la Caisse nationale d'assurance maladie relevait que le toujours plus n'est pas toujours synonyme de mieux en matière de santé. Plus récemment, l'OCDE a montré que le « gaspillage » - dont les interventions évitables ou « de faible valeur » - représentait près d'un cinquième de la dépense de santé dans la plupart des pays développés, alors que les budgets sont sous tension. Une enquête de la Fédération hospitalière de France (FHF), que j'ai déjà eu l'occasion de citer, révèle que 28 % des actes prescrits sont jugés, par les médecins eux-mêmes, non pleinement justifiés ; rapportés aux dépenses d'assurance maladie, ce sont de l'ordre de 50 milliards d'euros potentiellement concernés.

Face à ces constats, des actions ont été engagées : dans les trois derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale, « la pertinence et le bon usage des soins » sont un volet du programme d'économies visant à assurer une croissance maîtrisée de l'Ondam.

Dans le prolongement de ces discussions, j'ai souhaité entendre, au cours des derniers mois, les principales parties prenantes pour dresser un état des lieux des actions menées et en évaluer les résultats.

Un premier constat, positif, est la prise de conscience, par tous les acteurs, de l'enjeu que l'amélioration de la pertinence des soins représente pour la pérennité de notre système de santé. Cet enjeu, c'est de continuer à garantir les meilleurs soins, en préservant les grands équilibres économiques, face aux défis de la médecine de demain.

Un second constat, plus nuancé, est qu'en dépit des actions engagées, les résultats sont réels mais ils plafonnent : de l'avis quasi unanime des personnes entendues, notre système de santé, par son organisation cloisonnée et ses modes de financement insuffisamment incitatifs, constitue un frein à des avancées plus substantielles. Cela me conduira à vous soumettre quelques pistes de réflexion, pour passer d'une logique de rabout à des évolutions plus structurelles.

Qu'entend-on, d'abord, par la « pertinence » des soins ?

Les termes ont leur importance sur ce sujet, qui a un sens médical précis mais aussi une dimension organisationnelle.

L'ancienne présidente de la Haute autorité de santé (HAS), devenue depuis ministre en charge de la santé, a défini lors de son audition un acte de soin pertinent comme « le bon acte, pour le bon patient, au bon moment ». La pertinence fait l'objet de définitions scientifiques internationales : elle renvoie à la balance bénéfice/risque, à ce qui est approprié, adapté aux besoins et préférences des patients, conforme aux recommandations de bonnes pratiques et aux meilleurs standards cliniques. Il s'agit de protéger le patient des risques potentiels de l'intervention inutile ou excessive du système de santé, mais aussi du sous usage ou du mésusage des soins. Cette exigence première de qualité et de sécurité des soins donne à cette notion une légitimité auprès des professionnels de santé.

La recherche de la pertinence est également un levier d'efficacité, en évitant, par voie de conséquence, des dépenses inutiles, sans que cela ne porte atteinte à l'amélioration de la santé. Il est à cet égard intéressant de noter que cela nous amène à penser les deux objectifs - l'amélioration de la qualité des soins et celle de l'efficacité du système de santé - comme allant de pair, et non de façon antagoniste.

La pertinence des soins recouvre des aspects transverses de l'organisation de notre système de santé que je n'ai pas l'ambition de tous appréhender : la pertinence des prescriptions médicamenteuses, la pertinence des séjours (comme le recours inapproprié aux urgences, sujet sur lequel nos collègues Laurence Cohen, Catherine Génisson et René Paul Savary ont conduit une mission), la pertinence des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire versus hospitalisation complète), enfin la pertinence des actes diagnostiques et thérapeutiques : c'est sur ce dernier sujet que mon propos est davantage ciblé, suivant l'axe principal retenu au titre de la pertinence dans les actions engagées au plan national.

Quels sont les enjeux ?

Personne ne conteste globalement les constats des rapports ou enquêtes que j'ai cités. Pour autant, cela ne signifie pas que le sujet soit simple à aborder, bien au contraire :

- comme l'a relevé la HAS, l'approche scientifique de la pertinence est complexe ; ses recommandations de bonne pratique sont le socle de toute action ; or, elles requièrent un travail d'expertise lourd, une sélection fine des thématiques en amont et doivent s'adapter aux évolutions parfois rapides des techniques et des connaissances ;

- le dialogue patient médecin est lui-même singulier ce qui rend délicat l'appréciation de la pertinence de certaines prescriptions ;

- enfin, les constats globaux traduisent un ressenti général mais ne se déclinent pas en plans d'actions opérationnels. Si les uns et les autres reconnaissent l'existence de « poches d'efficience », elles se situent souvent, selon eux, hors de leur domaine d'action.

Des données ciblées existent toutefois : deux enquêtes de la Cour des comptes sur la biologie et l'imagerie médicales, présentées en 2013 et 2016 par nos collègues Jacky Le Menn et Daniel Chasseing, avaient mis en avant la banalisation de certains actes, comme l'échographie ou le dosage de la vitamine D, sans que la croissance des volumes – un million d'échographies en plus chaque année entre 2007 et 2014, des dosages multipliés par 7 pour la vitamine D entre 2007 et 2011 – corresponde à une utilité médicale avérée.

Il est possible d'agir, en étroite concertation avec les professionnels de santé. La plupart des acteurs ont d'ailleurs estimé qu'il était aujourd'hui indispensable d'aller plus loin sur ce sujet « stratégiquement clé », comme l'a qualifié l'ancienne présidente de la HAS.

Quelles actions sont engagées et avec quels résultats ?

La « pertinence et le bon usage des soins » a émergé comme un axe prioritaire du dernier programme de gestion du risque entre l'assurance maladie et l'État et, parallèlement, comme un volet d'économies du plan Ondam 2015-2017. Les actions sur ce volet englobent la maîtrise médicalisée mise en place par l'assurance maladie depuis plus de dix ans dans le domaine des soins de ville.

Plus récente, une démarche nationale de pertinence, axée sur le secteur hospitalier, est portée depuis 2011 par la Direction générale de l'offre de soins et la Caisse nationale d'assurance maladie, au sein d'un « groupe technique » associant la HAS et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Ces travaux ont conduit à identifier, en 2014, 33 thématiques prioritaires, correspondant à des actes chirurgicaux dont la variation interdépartementale des taux de recours interroge la pertinence. Un premier Atlas des variations des pratiques médicales, ciblé sur dix de ces actes, pour lesquels des référentiels de bonne pratique existent, a été publié en novembre 2016. C'est une avancée à saluer même si l'intérêt résidera surtout dans le suivi des résultats que les prochaines éditions de cet atlas permettront d'assurer.

Les actes ciblés sont : la chirurgie de l'appendicite, la césarienne, la chirurgie bariatrique ou de l'obésité, la chirurgie de la prostate, la chirurgie du syndrome du canal carpien, l'ablation de la vésicule biliaire, celle des amygdales, de la thyroïde et de l'utérus, et la pose d'une prothèse du genou. La part des séjours évitables pour ces actes va jusqu'à 18 % d'après l'assurance maladie.

Un cadre de pilotage en région entre les Agences régionales de santé (ARS) et Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) s'est structuré : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu l'élaboration par chaque ARS d'un plan d'actions d'amélioration de la pertinence des soins. Ces plans ont été élaborés à l'été 2016, ciblés principalement sur les dix actes mentionnés. En parallèle, l'assurance maladie a développé, comme elle le fait déjà en direction des professionnels de ville, une méthode de ciblage des établissements de santé « atypiques », servant de base à une réponse graduée, en trois temps :

- *l'accompagnement des établissements de santé (information, échanges confraternels, mise à disposition d'outils) ;*

- *la contractualisation tripartite, pour fixer les objectifs à atteindre, selon un cadre qui a été refondu et simplifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, ce qui va dans le bon sens mais a de fait retardé la contractualisation sur le champ de la pertinence ;*

- *en cas de non-respect des engagements, la mise sous accord préalable de certains actes, déclenchée depuis 2015 par l'ARS alors que l'assurance maladie était jusqu'alors force de proposition. Sur le champ de la pertinence, cette procédure a été appliquée presque exclusivement à la chirurgie bariatrique, dès 2010 au titre des actions préalables de l'assurance maladie.*

Alors que l'axe « pertinence » du plan Ondam avait vocation à renforcer la portée des actions de maîtrise médicalisée, ses résultats au plan budgétaire révèlent un certain plafonnement.

La maîtrise médicalisée en ville a représenté en moyenne 500 millions d'euros par an depuis 2005, principalement sur les prescriptions de médicaments et d'arrêts de travail, avec des actions ciblées en direction des gros prescripteurs.

En 2015 comme en 2016, les objectifs étaient de 700 millions d'euros : ils ont été atteints à 85 % en 2015 puis à 65 % en 2016. Hors prescriptions médicamenteuses qui représentent plus de 80 % des économies réalisées en 2016, les autres actions présentent des résultats modestes et contrastés (65 millions d'euros, seulement 24 % des objectifs fixés) :

- *elles concernent principalement les prescriptions d'arrêt de travail et de transport sanitaire en ville et établissements : les objectifs ne sont atteints qu'à 24 % et 15 % en dépit d'actions ciblées (visites, plateformes de régulation des transports en établissements...) ;*

- *le volet « actes » (concernant la kinésithérapie, la biologie ou les examens d'IRM) représente de l'ordre de 30 millions d'euros soit moins d'un tiers de l'objectif. A titre d'illustration, l'assurance maladie avait évalué à 200 millions d'euros le potentiel de diminution sur trois ans des tests redondants et non pertinents en biologie.*

Le rapport « charges et produits » présentant les propositions de l'assurance maladie pour 2018 marque une volonté d'amplification des actions qu'il faut saluer : hors produits de santé, l'objectif au titre de la pertinence, recentré sur les actes, passerait de 290 millions d'euros en 2017 à 510 millions d'euros en 2018. L'effort soutenu sur les actes en ville et à l'hôpital serait porté sur la diminution des taux de recours sur les dix actes chirurgicaux ciblés au plan national, la poursuite des actions sur les tests biologiques non pertinents et la radiologie. Les actions sur les indemnités journalières seront poursuivies, avec une communication nationale prévue sur la lombalgie. Un effort porterait également sur les actes paramédicaux, pour lesquels la répartition géographique des professionnels de santé pose une question de pertinence : on note en effet une corrélation entre la densité des professionnels de santé et la consommation de soins.

Quels axes de réflexion appellent ces constats ?

Les actions menées ont contribué à donner plus de visibilité à l'enjeu de pertinence des soins. Toutefois, des avancées sont encore possibles et personne ne le conteste. Elles sont aussi nécessaires, alors que notre système de santé est sous tension, pour lui redonner des marges de manœuvre, notamment pour financer la dépendance.

D'abord, la démarche engagée a besoin, de l'avis des personnes entendues, d'une nouvelle impulsion pour mieux coordonner des acteurs dont les rôles sont imbriqués. L'absence de véritable stratégie donne le sentiment d'un tâtonnement et les initiatives restent dispersées et peu lisibles. La FHF va lancer son programme de pertinence des actes, jugeant les actions nationales lourdes et inefficaces. La finalité des saisines de la HAS est parfois trop peu concertée en amont pour conduire à des résultats opérationnels. Par ailleurs, la construction d'outils de pilotage et de données structurées, par une exploitation optimisée des systèmes d'information, permettrait d'identifier des axes de progression et d'assurer le nécessaire suivi dans le temps des résultats, aux niveaux national et territorial.

De plus, les actions menées demeurent cloisonnées entre la ville et l'hôpital, sans s'attacher à la liaison - pourtant fondamentale - entre les deux. La Cour des comptes avait relevé, pour l'imagerie, que des répétitions inutiles d'examen étaient en partie liées à des carences dans la transmission et le partage des informations. Des outils existent mais leur fonctionnement reste perfectible : pour les syndicats de médecins, le format de la lettre de liaison ville hôpital est à simplifier ; un enjeu sera aussi de convaincre les praticiens de l'intérêt du dossier médical partagé (DMP), alors qu'ils restent pour le moins sceptiques quant à son caractère opérationnel et la réalité de son déploiement, limité à 770 000 aujourd'hui, en phase de test : il est essentiel d'associer les praticiens de terrain au bilan de ces outils pour les ancrer dans les pratiques quotidiennes. Une attention particulière doit être portée en parallèle au déploiement des messageries sécurisées et à l'interopérabilité entre les logiciels.

Une condition de réussite des actions est l'appropriation de la démarche de pertinence par les professionnels de santé. Cela passe par la répétition et la continuité des messages, et donc un travail en réseau entre les acteurs. L'implication des sociétés savantes est, à cet égard, cruciale, suivant le modèle des « leaders cliniques » dans certains pays, en particulier sur les sujets pointus. Plusieurs ont investi cette thématique, comme la Société française de radiologie qui a élaboré un guide de bon usage. Une autre idée avancée serait d'instaurer des rendez-vous réguliers avec l'assurance maladie, ce qui présenterait l'intérêt de renforcer la place de ces sujets dans les relations conventionnelles. Un levier essentiel est enfin de sensibiliser les internes et de former les médecins aux enjeux médico économiques.

Face à la pression consumériste que subissent les praticiens, la sensibilisation des patients est un autre moyen, complémentaire, de changer les comportements. Des initiatives intéressantes, dans le cadre du programme « choosing wisely » (choisir avec soin) ont été développées dans plusieurs pays, notamment au Canada, autour de messages courts. Plusieurs acteurs ont montré un intérêt à approfondir ce champ, dans la continuité des « mémo patients » de l'assurance maladie. Ces actions sont à mener en association étroite avec les professionnels de santé puisqu'ils sont en première ligne dans le dialogue avec les patients.

Les actions d'amélioration de la pertinence des soins gagneraient, enfin, à être accompagnées de modes de financement plus incitatifs. Quasiment toutes les personnes entendues ont relevé les limites de la tarification à l'acte ou à l'activité. Deux leviers seraient intéressants à explorer :

- Le paiement forfaitaire au parcours ou à l'épisode de soins répond à un double objectif : rompre la logique « en silos » de notre système de santé, tout en améliorant la qualité des prises en charge. Le sujet n'est pas nouveau : notre président et Jacky Le Menn préconisaient déjà, dans un rapport de 2012 sur la tarification à l'activité, l'expérimentation de ces modes de financement. Nous avons, depuis, peu avancé : des expérimentations ont été ouvertes par la LFSS pour 2014 mais le cadre se révèle lourd et les actions ne commenceront qu'à l'automne prochain. Passer par des appels à projet auprès des établissements ou professionnels de santé volontaires serait un moyen d'avancer plus efficacement. Les professionnels sont ouverts, même si les questions de répartition de l'enveloppe globale de financement sont complexes à résoudre et que des référentiels bien balisés doivent être disponibles. Une piste a été ouverte par l'assurance maladie, pour appliquer cette rémunération à la pose de prothèse de hanche, en incluant les phases pré et post opératoire, comme cela se pratique en Suède avec succès. Nous serons attentifs aux modalités qui pourraient être proposées dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

- Un autre axe de réflexion serait d'associer davantage les professionnels et établissements de santé à la régulation des dépenses de santé par la qualité et la pertinence. Nous vous présentions l'an dernier, avec Yves Daudigny, un rapport sur les soins de ville en Allemagne qui en montrait un exemple très abouti, reflet d'une maturité dans la relation conventionnelle qui n'a pas son équivalent en France. Pour autant, une plus forte valorisation d'autres éléments de rémunération que l'acte (par exemple en s'appuyant sur la rémunération sur objectifs de santé publique, la ROSP) serait un levier pour responsabiliser les professionnels et les intéresser plus encore aux résultats. Le principe d'un accord prix volume a été engagé avec les biologistes, pour une meilleure maîtrise du volume de certains actes. Les discussions avec les professionnels et établissements de santé devraient s'engager plus résolument dans cette logique, selon un cadre pluriannuel. Les représentants de la FHF sont demandeurs, en souhaitant que la valorisation de la qualité, encore embryonnaire pour les établissements de santé, repose sur des indicateurs finaux de résultats - comme les taux de ré hospitalisations évitables, ou basés sur le recueil de l'expérience des patients - et non seulement des indicateurs intermédiaires de processus. Une autre idée en ce sens, avancée par les radiologues, serait de les inciter à réorienter les prescriptions dans un objectif de pertinence. Cette piste mériterait d'être approfondie avec les professionnels.

En conclusion, les réflexions autour de la pertinence des soins émergent, elles sont complexes mais elles sont un levier pour permettre à notre système de santé de faire sa mue et de préserver des marges de manœuvre pour maintenir une haute qualité. Les acteurs du système de santé semblent disposés à les aborder et y prendre toute leur part, si tant est qu'une volonté politique les conduise en ce sens, en engageant un dialogue de confiance et de responsabilité.

Voici, monsieur le président, mes chers collègues, les principales observations que je souhaitais vous présenter.

Mme Catherine Génisson. – Je remercie le rapporteur général pour sa présentation. Un point relevé est selon moi le pivot du sujet : l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité du système de santé vont de pair. Cela doit s'ancrer dans les esprits. En revanche, faisons attention à la corrélation entre la densité en professionnels de santé et la consommation de soins : cela a justifié, dans le passé, la baisse drastique du *numerus clausus*.

Le DMP est une arlésienne depuis plus de dix ans. Il y a un problème d'adhésion au projet. Il est inimaginable que le bilan soit encore aussi faible, alors que le carnet de santé de l'enfant fonctionne bien. Je souscris également au principe du déploiement des messageries sécurisées, qui s'est heurté au fait que certains médecins ont eu longtemps des réticences à utiliser les nouvelles technologies.

Les leaders cliniques sont importants. Mais la difficulté à laquelle sont exposés les médecins est la pression consumériste des patients. Être capable de refuser la demande d'un patient suppose d'avoir une certaine expérience et une formation à la sémiologie.

Je partage également l'idée d'associer les professionnels à la régulation du système par la qualité et l'efficacité. Il y a tout un travail à engager pour sortir de l'organisation en silos, principalement verticale, de notre système de santé. Le rapport avance des pistes importantes. Il est essentiel d'informer nos concitoyens et de les éduquer à un recours pertinent au système de santé, tout en continuant d'appréhender la médecine comme une science avant tout humaine.

M. René-Paul Savary. – Je partage assez largement les propos de ma collègue Catherine Génisson. Pour un médecin, cela prend plus de temps de dire non à un patient que d'accéder à sa demande. Toute décision entraîne une prise de risque à laquelle les nouveaux praticiens ne sont pas formés. Aujourd'hui, les médecins n'ont plus le droit à l'erreur. Or, il y a toujours un jour particulier où ils sont confrontés au risque d'erreur. Cela rend difficile l'appréhension du sujet des actes inutiles. Il en est de même pour les prescriptions d'arrêts de travail non justifiées : les patients n'hésitent pas à placer le médecin face à sa responsabilité. Il est essentiel de changer les habitudes. Or, je doute de la réelle volonté de l'assurance maladie de faire évoluer les choses. Celle-ci dispose d'une source d'informations extraordinaire mais sous exploitée. Des évolutions du pilotage territorial seraient aussi nécessaires. J'ai dû imposer dans le cadre du projet régional de santé Grand Est que l'assurance maladie soit associée.

Sur les modes de tarification, des difficultés se posent également concernant les urgences : le rapport qui sera présenté la semaine prochaine avancera des propositions.

Enfin, il est faux de dire qu'un nombre plus élevé de médecins entraîne un plus grand nombre d'actes. Desserrer le *numerus clausus* médical est aujourd'hui une nécessité.

M. Daniel Chasseing. – Il n'y a pas de corrélation, en effet, entre le nombre de professionnels de santé et la consommation de soins. Cette considération a conduit à la baisse du *numerus clausus* dans les années 1990, avec les conséquences que l'on sait.

Les médecins ont une part de responsabilité mais il n'est pas facile de refuser un acte. L'éducation des patients est à faire, en particulier pour l'imagerie. Il faut également former les médecins généralistes au bon usage des prescriptions d'IRM ou de scanner. Les problèmes de transmission d'informations entre la ville et l'hôpital existent dans les deux sens et sont encore fréquents. Pour l'imagerie, il y avait également des problèmes de transmission induisant des redondances d'actes au sein même de l'hôpital.

M. Gérard Roche. – *La médecine est une grande école d'humilité. On n'est jamais sûr de rien. Un de mes professeurs de médecine nous enseignait par exemple que l'on ne doit poser un diagnostic de malaise vague que lorsque toutes les autres causes de malaise ont été éliminées. Ce qui peut paraître anodin peut avoir des conséquences graves. Une des clés de la pertinence me paraît être le DMP à disposition immédiate de tout intervenant, qui permettra un suivi personnalisé et permanent des patients. Je m'étonne que la médecine sportive ne soit pas évoquée comme piste d'économies pour la sécurité sociale. Les sportifs se blessent le week-end, ne sollicitent pas leur assurance et font reposer le coût de leurs soins sur l'assurance maladie. Le développement des sports extrêmes, dont les pratiquants s'exposent volontairement à des risques importants, soulève également des questions.*

M. Alain Milon, président. – *Le sport est effectivement un sujet. En réponse à certains intervenants, je voudrais dire qu'à titre personnel, je considère que les ARS et l'assurance maladie dépendent du ministère de la santé et que si des engagements contractuels doivent être pris, il revient au ministère de les assumer.*

M. Philippe Mouiller. – *Je voudrais à mon tour remercier le rapporteur général et les différents intervenants. Je suis atterré par les chiffres évoqués. Le fait que les choses n'évoluent pas traduit l'absence de volonté réelle. Je m'interroge sur les effets de la judiciarisation de notre société dans le domaine qui nous occupe. Le poids de la judiciarisation de la médecine ne conduit elle pas à multiplier les actes ? Pour ce qui concerne le comportement des patients, je m'interroge sur l'impact du tiers payant généralisé. Le sujet des arrêts de travail est complexe. On observe notamment une augmentation à certaines périodes de l'année. Enfin, les cures thermales sont-elles dans le champ de notre sujet ?*

Mme Catherine Génisson. – *C'est un sujet tabou !*

M. Alain Milon, président. – *La ministre de la santé a annoncé qu'elle souhaitait rendre onze vaccins obligatoires. Je suis complètement d'accord. Cette obligation devrait se traduire, comme c'est déjà le cas, par un certain nombre d'accidents vaccinaux, dont l'État devra assumer la responsabilité et la réparation. En revanche, quand un enfant contracte une maladie contre laquelle ses parents ont refusé la vaccination, les frais de santé devraient rester à leur charge.*

M. Yves Daudigny. – *Je salue à mon tour le grand intérêt des interventions. L'idée du « jour particulier » du médecin, au cours duquel il peut commettre une erreur, a été évoquée. Le patient qui consulte souhaite 100 % d'efficacité.*

Vous avez évoqué le malaise vagal, je confirme que le diagnostic en est très difficile. Un patient qui a finalement subi 50 jours d'hospitalisation à la suite d'un tel malaise avait consulté trois médecins, dont deux cardiologues, qui, tous, avaient confirmé l'absence de problème cardiaque. Les arrêts de travail sont un poste de dépense très dynamique, qui augmente de 4 % par an. Les lombalgies, mais aussi les difficultés psychologiques, en sont souvent la cause. Pour ce qui concerne les transports sanitaires, il y a une difficulté à transformer certains transports couchés en transports assis et à responsabiliser les établissements de santé.

M. Daniel Chasseing. - *Je suis convaincu que le DMP sera généralisé d'ici quelques années. Je voudrais insister sur le fait que dans un département rural, si les patients se présentent aux urgences, c'est que le médecin le plus proche est à 50 ou 80 kilomètres. Or, le manque de médecins va s'accroître dans les territoires ruraux. Il faut relever le numerus clausus et développer les stages en médecine générale au cours de la formation des médecins.*

Mme Catherine Génisson. - *L'augmentation des transports sanitaires est aussi liée au développement de la médecine ambulatoire. Il faut souligner que les transports assis par ambulance coûtent moins cher que les transports assis par taxi, dont les tarifs, très divers, relèvent des préfetures. Le métier d'ambulancier doit être préservé.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. - *Je sais pouvoir m'appuyer sur les médecins de notre commission pour faire partager largement cette démarche de pertinence, notamment par le Gouvernement.*

Je voudrais apporter quelques précisions.

La corrélation entre la densité de la présence médicale et le nombre d'actes médicaux est un fait. Elle est particulièrement forte pour les soins infirmiers et de kinésithérapie, ainsi que l'a démontré la Cour des comptes.

Le DMP devrait être opérationnel en 2018. Il faut que les médecins s'en saisissent.

M. Gérard Roche. - *Le DMP permet une traçabilité de la qualité des soins, c'est aussi ce que peuvent craindre certains médecins.*

M. Alain Milon, président. - *La commission autorise-t-elle la publication de ce rapport effectué au nom de la Mecss ?*

La commission autorise la publication du rapport d'information.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**
(Cnamts)

Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Dr Annie Fouard, responsable du département de l'hospitalisation

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

David Gruson, délégué général

Dr Sandra Gomez, chef de projet médico-économique

Dr Nathalie Chhun-Léglise, directrice de projet « innovation en santé »

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

Thomas Fatome, directeur

Hugo Gilardi, sous-directeur adjoint du financement du système de soins

Erwan Samyn, chef du bureau R5 (Bureau évaluations, modèles et méthodes) à la DGOS

- **Haute Autorité de santé (HAS)**

Agnès Buzyn, présidente

Dominique Maigne, directeur

Dr Stéphanie Schramm, adjointe au chef du service Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et parcours

Emmanuelle Bara, directrice de la communication et de l'information des Publics

- **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)**
Agnès Couffignal, *senior economist* de la division Santé
Ian Forde, *senior policy analyst* de la division Santé
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)**
Dr Philippe Vermesch, président
Dr Christine Bertin-Belot, secrétaire générale
Lionel Tenette, directeur de cabinet
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)**
Dr Jean-Paul Ortiz, président
Dr Patrick Gasser, président de l'UMESPE CSMF
Dr Stéphane Landais, secrétaire général
- **Fédération des médecins de France (FMF)**
Dr Jean-Paul Hamon, président
- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)**
Dr Bernard Pledran, trésorier adjoint
- **Le Bloc**
Dr Philippe Cuq, co-président
- **Société française de radiologie (SFR)**
Pr Jean-François Meder, président et représentant légal de l'association
Dr Marc Zins, secrétaire général
Pr Alain Luciani, secrétaire général du collège des enseignants de radiologie