



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM

Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012

Composition du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Président

M. Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat

Vice-Président

M. Alain CORDIER, Inspecteur général des finances

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral

M. Christophe PRUDHOMME, responsable du collectif national des médecins de la CGT

CFDT

Mme véronique DESCACQ, secrétaire nationale

M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral

M. David OLLIVIER-LANNUZEL, secrétaire général de l'UFSO

CFTC

M. Michel ROLLO, secrétaire général de la Fédération CFTC santé sociaux

CFE-CGC

Mme Danièle KARNIEWICZ, secrétaire nationale du pôle protection sociale

MEDEF

M. Bernard LEMOINE, Fédération française des industries de santé

M. Jean-Marc LAMERE, vice-président du Conseil de l'UNCAM

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

M. Daniel BOGUET

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

Dr Olivier AYNAUD, secrétaire général de l'Union Nationale des Professions Libérales

UNSA

M. François JOLICLERC, secrétaire national

Trois députés

M. Yves BUR, UMP, Bas-Rhin

M. Pierre MÉHAIGNERIE, président de la C^{ion} des affaires culturelles, familiales et sociales, UMP, Ille-et-Vilaine

M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

Trois sénateurs

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne

M. Vincent DELAHAYE, UCR, Essonne

Mme Catherine GENISSON, PS, Nord-Pas-de-Calais

Sept représentants de l'Etat

M. Vincent CHRQUI, directeur général au centre d'analyse stratégique

M. Thomas FATOME, directeur de la sécurité sociale

M. François-Xavier SELLERET, directeur général de l'offre de soins

M. Jean-Yves GRALL, directeur général de la santé

M. Ramon FERNANDEZ, directeur général du Trésor

M. Julien DUBERTRET, directeur du budget

M. Franck VON LENNEP, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Un représentant de la Haute Autorité de Santé

Pr. Jean-Luc HAROUSSEAU, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

M. Michel RÉGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

M. Pascal PERROT, médecin conseil national du Régime Social des Indépendants (RSI)

M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

M. Luc ALLAIRE, ancien directeur de l'administration générale et de la modernisation des services

Trois représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie

M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)

M. Alain ROUCHÉ, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Six représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé

Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

Dr. Claude LEICHER, président de MG-France

M. Pierre LEPORTIER, Président honoraire de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)

M. Roland L'HERRON, Président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

M. Patrick PÉRIGNON, Vice-président de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO – libéral)

M. Philippe TISSERAND, président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Six représentants des établissements de santé

M. Frédéric VALLETTOUX, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)

M. Dominique COUDREAU, délégué général de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)

Dr. Francis FELLINGER, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers

Pr. Benoit VALLET, président de la CME du CHU de Lille

Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancien ministre de la santé

Un représentant des industries du médicament

M. Christian LAJOUX, président du LEEM

Un représentant des industries des dispositifs médicaux

M. Eric LE ROY, directeur général du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM)

Un représentant désigné par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

M. Yann BOURGUEIL, directeur de l'IRDES.

Un directeur général d'agence régionale de santé

Mme Marie-Sophie DESAULLE, directrice générale de l'Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

Un représentant des prestataires de services et distributeurs de matériels à domicile

M. Olivier LÉBOUCHE, président du Syndicat National des Prestataires de Santé à Domicile (SYNALAM)

Trois représentants des usagers

Mme Christiane BASSET, administrateur à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Karim FELISSI, conseiller national de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)

M. Christian SAOUT, président du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)

Sept personnalités qualifiées

M. Laurent DEGOS, professeur de médecine

Mme Brigitte DORMONT, professeur des universités, université Paris-Dauphine

M. Bruno DURIEUX, inspecteur général des finances, ancien ministre de la santé

Pr. Bernard LUBOINSKI, médiateur à l'Institut Gustave-Roussy

Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Etudes et des Statistiques à la CNAMTS.

M. Noël RENAUDIN, membre du contrôle général, économique et financier, ancien Président du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

M. Guillaume SARKOZY, délégué général du groupe Médéric

Secrétaire général du HCAAM

M. Jean-Philippe VINQUANT, inspecteur général des affaires sociales

Ont participé à l'élaboration de cette note, au titre du secrétariat général du HCAAM :

Mme Laurence ASSOUS

M. David FOUCAUD

Mme Marie MESSAGE

M. Jean-Philippe NATALI

Mme Marie REYNAUD

M. Olivier VEBER

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a été installé en octobre 2003 pour exercer une vigilance collective garantissant la pérennité de notre système de prise en charge solidaire des frais occasionnés par la maladie.

Dans un contexte financier difficile, son premier rapport de janvier 2004 avait affirmé qu'une démarche exigeante de qualité des pratiques et des organisations était essentielle pour que notre système solidaire d'assurance maladie trouve la voie d'un équilibre financier durable.

Huit ans après ce premier rapport, alors que la situation financière de l'assurance maladie traverse de nouveau, après une phase de redressement, une période extrêmement critique, il lui a semblé nécessaire de s'appuyer sur l'ensemble de ses travaux pour en souligner les principaux éléments d'actualité, identifier les options décisives pour l'avenir de l'assurance maladie et dégager les principaux sujets de débat qui en découlent.

1. L'assurance maladie est plus qu'une assurance contre la maladie. Elle exprime une valeur qui doit orienter ses modalités de gestion : la solidarité entre les bien-portants et les malades.

Le HCAAM considère que le choix entre les différentes options de gestion du système d'assurance maladie ne relève pas d'abord de considérations techniques. Ce sont les principes fondateurs qu'il convient de mettre au jour – et le cas échéant discuter – afin de mieux guider les choix.

Notre système d'assurance maladie a toujours reposé jusqu'à aujourd'hui sur un principe de solidarité entre bien portants et malades.

Depuis l'origine, le respect du principe constitutionnel selon lequel « La Nation garantit à tous (...) la protection de la santé » a été assuré en choisissant, non pas une solidarité en fonction du revenu, mais une *solidarité entre bien-portants et malades*, qui ne prend en considération que la maladie et son coût.

Par cette valeur structurante – dont on doit regretter qu'elle n'ait jamais été écrite expressément dans la loi – l'assurance maladie se fixe pour objectif d'assurer, par ses prestations, l'accessibilité des soins pour tous les malades, simplement parce qu'ils sont malades, et donc sans considération de leurs revenus.

La solidarité entre bien-portants et malades exprime en quelque sorte l'égalité de tous face à l'épreuve qu'est la maladie.

Ainsi, les prestations d'assurance maladie ne s'adressent pas seulement à ceux qui n'ont pas les moyens de se soigner : si notre système assure aussi une nette redistribution entre hauts et bas revenus, c'est en raison de son mode de financement, qui repose sur des cotisations croissant avec le revenu.

Notre système de solidarité garde néanmoins pour finalité ultime d'éviter tout renoncement aux soins, notamment pour des raisons financières. C'est la raison pour laquelle le HCAAM a toujours reconnu leur place, en sus du droit commun, aux dispositifs publics spécifiquement destinés aux personnes ayant les plus bas revenus : aide sociale des caisses de sécurité sociale ou des collectivités territoriales, couverture maladie universelle dite « complémentaire », aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Ces dispositifs ne remettent cependant pas en cause le fait que notre système d'assurance maladie est fondé sur la solidarité entre bien-portants et malades. Principe dont l'affirmation est d'autant plus importante que l'assurance maladie côtoie d'autres mécanismes de solidarité qui reposent plutôt sur une redistribution entre hauts et bas revenus : c'est d'ailleurs pourquoi, en matière de perte d'autonomie, le HCAAM a souligné l'importance d'une cohérence à trouver si l'on veut que les parcours des personnes, en particulier les plus âgées, ne soient pas trop fortement guidés par les conditions de prise en charge.

Notre système d'assurance maladie a pour but – avec le concours d'autres politiques publiques – de protéger l'état de santé de chacun.

Le principe constitutionnel de protection de la santé rejoint une aspiration individuelle à la santé qui l'englobe et, par certains aspects, le dépasse : prévention et guérison de la maladie, mais aussi lutte contre la perte d'autonomie et meilleure qualité de vie.

L'assurance maladie n'en est évidemment pas le seul levier : beaucoup d'autres politiques publiques ont un impact important sur la santé. C'est d'ailleurs en tenant compte de l'impact global de toutes ces politiques – qui sont extérieures au champ de compétences du HCAAM – que doit également être recherchée l'optimisation de la dépense publique de santé.

Mais pour ce qui concerne l'assurance maladie, cet objectif de protection de la santé de chacun lui donne vocation à couvrir l'ensemble des soins, préventifs et curatifs, nécessaires à la santé, sous les trois exigences de qualité, de sécurité et d'efficacité rappelées à l'article L.162-2-1 du code de la sécurité sociale.

Cet objectif demeure vrai, malgré le constat de fait que certains secteurs, par exemple l'optique, les prothèses dentaires ou certains honoraires, ont souffert au cours du temps d'une déprise plus ou moins marquée par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Il signifie que l'assurance maladie s'interdit par exemple de renoncer à rembourser des soins au seul motif qu'ils seraient « trop chers », et qu'elle s'oblige à être extrêmement attentive aux innovations techniques et thérapeutiques, en veillant à leur juste emploi. Un tel parti renforce encore la grande exigence qui pèse sur la mobilisation optimale de nos ressources, si nous ne voulons pas être confrontés à des arbitrages de plus en plus difficiles face à certaines innovations coûteuses.

Il crée aussi, à l'inverse, l'obligation de ne pas négliger la prise en charge de certains soins précoces ou de première intention, même peu coûteux, qui ne doivent pas être délaissés si l'on entend favoriser les bonnes démarches de soins.

En revanche, cet objectif de protection de la santé ne doit pas être confondu – il l'est parfois – avec l'idée fautive selon laquelle la prise en charge de ce qui est effectivement nécessaire à la santé passerait par le remboursement de tout ce qui peut être proposé sur le marché.

Ainsi l'assurance maladie est bien plus qu'un simple mécanisme public d'assurance. Elle rejoint à la fois des valeurs individuelles de santé et de qualité de vie, et des valeurs collectives de solidarité et de santé publique. Et ces valeurs orientent ses modalités de gestion :

Les dépenses d'assurance maladie ne doivent pas être financées par l'endettement.

Parce qu'elle concourt à la bonne santé de la population active, qu'elle suscite une importante activité de production et de services et qu'elle peut stimuler la recherche et l'innovation, l'assurance maladie contribue à la croissance de la richesse nationale. Elle n'est pas qu'un simple « facteur de coûts », et certains estiment même qu'elle peut contribuer, au moins pour partie, à dynamiser ses propres ressources.

Pour autant, il n'y a pas aujourd'hui de réponse sûre à la question de savoir jusqu'où ses effets positifs sur la croissance peuvent être contrecarrés par les effets pénalisants des prélèvements sociaux et fiscaux qui servent à son financement.

Le HCAAM a exprimé son souhait que ces questions du lien entre les dépenses d'assurance maladie et la croissance, voire leur possible concours à une forme particulière « d'investissement » productif, soient – même si elles sont difficiles à documenter – davantage étudiées et comprises.

Au-delà de ces considérations, le HCAAM s'est toujours prononcé pour une gestion à l'équilibre des recettes et des dépenses de l'assurance maladie.

C'est une question de bonne gestion, mais c'est aussi une question de sens de notre projet commun de solidarité : ce sont les bien-portants d'aujourd'hui qui doivent être solidaires des malades d'aujourd'hui.

Pour le HCAAM, un déficit récurrent de l'assurance maladie n'est pas admissible. La gestion à l'équilibre, sans endettement, de nos budgets d'assurance maladie est une exigence qui découle des principes mêmes qui fondent notre solidarité face à la maladie.

Notre système a enfin fait le choix d'un partenariat entre ses différents acteurs.

A la complexité intrinsèque de tout système de soins et d'assurance maladie s'ajoute une réalité objective, assez marquée dans notre pays, de grande pluralité des acteurs et des statuts, aussi bien en termes de financement que d'offre de soins.

L'outil contractuel ou conventionnel est ainsi très présent : conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les caisses d'assurance maladie, conventions avec les professionnels libéraux, accord-cadre et accords particuliers pour les médicaments et les dispositifs médicaux, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé ou médico-sociaux, etc.

Le HCAAM, par la diversité de ses composantes et l'esprit de ses travaux, est d'ailleurs l'illustration de cette volonté de recherche de convergence des points de vue – et, à défaut, d'identification partagée des points de divergence – sur les évolutions les plus fondamentales du système.

Le HCAAM a cependant noté que l'efficacité qu'on attend d'une telle option partenariale peut en contrepartie se payer de davantage de lenteur, notamment en matière de maîtrise médicalisée, d'évolution des pratiques ou de rationalisation de l'offre.

S'il est vrai qu'une lenteur excessive conduirait au blocage, l'expérience montre que la durée favorise la réflexion partagée et consolide la réussite collective. Parce qu'un large assentiment des différentes parties prenantes contribue fortement à la conduite d'un système qui se veut à la fois outil assurantiel, projet de santé publique et projet pour la société.

Le HCAAM a également noté que l'usage d'outils contractuels continue souvent de coexister avec des mécanismes unilatéraux d'autorisations administratives, ce qui pourrait appeler un travail de mise en cohérence.

2. La question – lancinante – du déficit de l’assurance maladie ne se résume pas à la seule question des recettes supplémentaires : elle renvoie fondamentalement à la recherche d’un fonctionnement optimal du système de soins.

Partant d’une situation très dégradée en 2004, les comptes ont été très nettement redressés entre 2004 et 2008. Le HCAAM a montré que ce redressement résultait d’un effort à peu près équilibré entre, d’une part des mesures de recettes nouvelles, et d’autre part des mesures de maîtrise de l’évolution spontanée de la dépense, lesquelles ont concerné les volumes et les prix des biens et services, mais aussi les remboursements aux assurés.

La brutale chute de recettes due à la crise économique et financière, ajoutée à la part de déficit structurel qui restait encore à combler au moment où cette crise est intervenue, a pratiquement effacé ce bon résultat. Depuis 2009, l’assurance maladie connaît chaque année un déficit important, équivalant, en 2009 et 2010, à presque un mois de ses dépenses courantes.

Cette situation crée d’abord une urgence de court terme : il faut combler l’écart qui s’est brutalement creusé entre les dépenses courantes et les recettes courantes, et stopper la spirale de l’accroissement de la dette. Ce comblement doit se faire sans délai, car attendre c’est accepter chaque année l’accumulation d’une dette supplémentaire.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a d’ailleurs prévu une réduction de 40% de ce déficit courant, pour partie par des recettes nouvelles, et pour partie par la fixation d’un taux de croissance des dépenses, c’est-à-dire de l’ONDAM, à 2,5%.

Le retour à l’équilibre doit d’abord passer par une mobilisation des nombreux gisements d’efficacité du système.

Le comblement rapide de l’écart entre dépenses et recettes doit s’accompagner d’une recherche systématique des gains de bonne gestion. Il y a là, d’ailleurs, une exigence qui vaut quel que soit le niveau des moyens disponibles.

Dès son rapport initial de 2004, le HCAAM avait attiré l’attention sur les très importants gisements d’efficacité présents dans le système de santé, susceptibles d’être mobilisés pour maîtriser les dépenses d’assurance maladie.

Plusieurs pistes sont en l’espèce connues de tous, dans des domaines où, malgré les réels efforts de ces dernières années mentionnés plus haut, les pratiques accusent encore en France un retard marqué par rapport à certains pays étrangers (prescription dans le répertoire générique, recours aux pratiques et aux soins ambulatoires, respect rigoureux des référentiels de bonne pratique...). Elles appellent des mesures encore plus énergiques.

C’est d’ailleurs, comme l’a rappelé récemment le HCAAM, à l’occasion du processus d’élaboration de l’ONDAM annuel que le débat démocratique peut et doit se saisir de cet effort continu de réduction des dépenses non pertinentes.

Le HCAAM a toutefois indiqué que ce travail législatif ne pouvait pas se faire sans mettre simultanément en débat deux éléments de cadrage pluriannuel : d’une part, compte tenu des besoins de santé, les perspectives de taux de croissance des dépenses d’assurance maladie (qui sont actuellement annoncées à 2,5% entre 2012 et

2016) ; d'autre part, le programme des mesures relatives à la dépense qui, au même horizon, doivent garantir le chemin retenu.

L'exécution de l'ONDAM est ainsi tributaire de décisions – notamment statutaires, ou conséquences d'autres politiques publiques – qui sont extérieures au vote de la loi de financement proprement dite, mais dont l'impact peut être majeur. Plus généralement, on doit insister sur le fait que le pilotage des budgets d'assurance maladie suppose un grand effort de cohérence d'ensemble des décisions publiques, tant en matière de recettes que de dépenses.

Le HCAAM constate pour autant, comme la plupart des observateurs, qu'on doit poser à court terme, la question de recettes nouvelles pour l'assurance maladie.

Ni les mesures de bonne gestion, même énergiques, ni l'ajout de mesures d'effet immédiat sur les tarifs ou les conditions de remboursement – sur lesquelles les membres du HCAAM portent des appréciations divergentes – ne pourront, à elles seules, assurer le comblement de court terme du déficit.

Un accord très large existe sur le fait qu'aucune remise à niveau d'équilibre ne pourra se faire sans une part, plus ou moins importante selon les uns ou les autres, de recettes nouvelles.

Avec toutefois la mise en garde que cette perspective s'inscrit, comme l'a noté le HCAAM, dans un contexte général de dégradation simultanée de tous les comptes publics et qu'elle pose donc, de ce fait, une question d'ensemble difficile. La première priorité étant, aux yeux du HCAAM, de dégager rapidement les voies d'une stabilisation de la dette sociale.

En tout état de cause, le choix de l'assiette des prélèvements est essentiel. Il l'est en termes d'impact sur l'emploi et sur la croissance. Il l'est tout autant en termes d'équité et de respect des principes fondamentaux de l'assurance maladie. C'est pourquoi, conscient que cette question est indissociable d'un débat global à conduire sur le financement de la protection sociale, le HCAAM entend l'inscrire à son programme de travail, en lien avec les différentes institutions concernées.

Surtout, les choix à conduire pour le redressement à court terme ne doivent pas faire oublier la contrainte de plus long terme qui s'exerce sur la croissance des dépenses publiques.

Les membres du HCAAM s'accordent pour considérer que le questionnement central est d'éviter à l'assurance maladie d'être confrontée de manière récurrente à la reconstitution de son déficit. Il n'y a pas d'avenir pour notre système d'assurance maladie si son équilibre financier n'est pas assuré dans la durée.

L'assurance maladie ne peut, par construction, maintenir son taux de prise en charge sur l'ensemble des soins pour l'ensemble des assurés sociaux qu'à la condition que le rythme de croissance de ses dépenses suive globalement le rythme de croissance de la dépense totale de santé.

Or la dépense de santé des Français occupe *de facto* une part de plus en plus importante de la richesse produite par le pays. Même en période de croissance favorable, la croissance spontanée de la dépense de santé est plus forte que celle de la richesse nationale, mesurée par le PIB.

Sans porter de jugement sur ce que devrait être *a priori*, à terme, la part des dépenses de santé dans le PIB, le HCAAM constate que cette situation place la dépense d'assurance maladie sous forte tension.

En effet, d'un côté, il est difficile d'imaginer que la dépense d'assurance maladie puisse indéfiniment suivre une telle tendance, en s'attribuant par conséquent une part perpétuellement croissante de notre richesse collective. Car quel que soit le dynamisme de la recette affectée à l'assurance maladie, et quel que soit le niveau de prélèvements obligatoires que la Nation est prête à consentir, cela ne pourrait se faire qu'au détriment d'autres grands besoins sociaux, qui font aussi appel aux financements publics, et qui connaîtraient ainsi, par une forme d'éviction, une régression de leur part relative. Or non seulement ces autres besoins sociaux peuvent légitimement revendiquer de s'accroître, eux aussi, à une vitesse au moins égale à celle de la richesse nationale, mais il s'agit de surcroît de dépenses publiques qui peuvent avoir un rôle important à jouer dans la protection de la santé.

D'un autre côté, il est tout aussi difficile d'imaginer que puisse s'installer, en raison d'une envolée des dépenses de santé qui ne serait pas soutenable pour les dépenses publiques, un écart croissant entre cette dépense de santé et la dépense d'assurance maladie.

Car le creusement d'un tel écart équivaldrait à un déremboursement massif des soins, et pousserait à ce qu'on décide le repli de l'assurance maladie sur seulement certains soins ou certains publics. Il conduirait à l'appauvrissement relatif des secteurs qui dépendent le plus étroitement des financements publics et menacerait la qualité des soins couverts par l'assurance maladie. Il mènerait ainsi à l'abandon progressif de la valeur de solidarité universelle entre bien portants et malades qui fonde aujourd'hui notre système.

L'évolution tendancielle de la dépense totale de santé nous place donc face à un choix collectif.

On voit bien, dans ces conditions, l'exigence que représente le fait de vouloir conserver une assurance maladie couvrant, sans condition de revenu, l'ensemble des soins nécessaires à la santé. Car pour dépasser alors le dilemme que crée l'écart tendanciel des taux de croissance, c'est sur la croissance spontanée des dépenses de santé qu'il faut faire porter directement l'effort.

Le HCAAM s'interdit d'envisager qu'un tel effort puisse passer par une contrainte qui viendrait limiter la consommation de soins par une forme de « rationnement ». En revanche, il considère qu'il est possible et légitime d'agir sur la croissance des dépenses de santé en stimulant tout ce qui, dans cette croissance, est vraiment utile à la santé, et en luttant contre tout ce qui ne se rapporte pas à des soins de qualité.

En d'autres termes, la défense d'une certaine idée de l'assurance maladie ne se joue pas exclusivement sur les budgets de l'assurance maladie. Elle exige quelque chose de beaucoup plus difficile : travailler à la mobilisation optimale des ressources, humaines, techniques et financières *du système de soins lui-même*.

Si beaucoup estiment qu'une telle démarche est de nature à rendre compatible, au moins pour de nombreuses années, la croissance de la dépense de santé avec l'évolution des budgets publics, d'autres font remarquer que, pour souhaitable que soit cet effort de meilleure organisation des soins, la question du maintien d'une solidarité universelle entre bien portants et malades reste susceptible d'être, un jour, posée, et particulièrement si la croissance économique devait être durablement infléchie.

Mais quelles qu'en soient les garanties de succès, il y a là pour le HCAAM une option fondamentale qui, parce qu'elle constitue la seule issue d'avenir pour les valeurs que l'assurance maladie a toujours portées, doit par conséquent constituer une priorité.

Il faut ajouter que cet enjeu structurel de moyen terme – qui porte sur le système de soins lui-même – est en lien étroit avec l'enjeu de court terme de redressement des comptes de l'assurance maladie dont il a été précédemment question.

D'une part, en effet, comme ce travail sur le système de soins suppose des réorganisations qui ne peuvent produire leurs effets positifs que de manière progressive, la décision d'accélérer et d'amplifier ces démarches structurelles fait, elle aussi, partie des décisions qu'il faut prendre très vite.

D'autre part, les efforts de redressement financier de court terme ne trouveront leur sens que s'ils n'obèrent pas les décisions concernant l'organisation du système de santé, et mieux encore s'ils les préfigurent ou les anticipent.

3. Au défi financier pour l'assurance maladie s'ajoute, pour le système de soins, le défi de la prise en charge des soins chroniques et des pathologies multiples.

On attribue souvent la croissance de la dépense de santé – et du même coup, la croissance des dépenses d'assurance maladie – à l'allongement de la durée de la vie et à l'innovation médicale.

Ces deux réalités, dont on doit d'ailleurs se féliciter, sont souvent considérées comme des facteurs extérieurs et autonomes de la croissance des dépenses de santé.

En réalité, elles sont l'une et l'autre à la fois les conséquences et les causes d'un même phénomène sous-jacent, qui est leur point de convergence : la « chronicité » croissante de beaucoup de maladies.

C'est en effet en considérant la place désormais majeure des maladies chroniques et des poly-pathologies que l'on appréhende mieux, aussi bien l'impact du vieillissement de la population que celui de la diffusion de l'innovation médicale sur la croissance des dépenses de santé.

On ne peut pas comprendre les phénomènes de « vieillissement » de la société si l'on ne saisit pas leur lien étroit avec la « chronicité » croissante des maladies.

L'allongement de l'espérance de vie s'explique essentiellement, depuis quelques dizaines d'années, par l'allongement de l'espérance de vie aux grands âges. Lequel est l'une des manifestations de la « transition épidémiologique » que connaît notre société, c'est-à-dire le remplacement des maladies aiguës, dont on ne pouvait que guérir ou mourir, par l'addition de maladies dites « chroniques », le plus souvent lourdes et graves, mais avec lesquelles, grâce à des traitements adaptés, on peut désormais vivre longtemps.

Réciproquement, puisqu'il y a de plus en plus de personnes vivant âgées, la présence des situations de chronicité dans la réalité soignante est évidemment accrue, en nombre de personnes malades chroniques, et en nombre de maladies par personne malade. Car le fait de vivre avec une maladie conduit inévitablement à ce que d'autres maladies viennent s'ajouter : chronicité et « poly-pathologie » vont de pair.

De même, l'innovation médicale est, elle aussi, très étroitement liée au développement de la « chronicité ».

La recherche et l'innovation médicale ont joué un rôle essentiel dans la « transition épidémiologique ». Ce sont en effet les progrès et les découvertes dans les différents domaines du diagnostic et de la thérapeutique qui, s'ils ont permis la guérison de certaines maladies, ont également permis à davantage de malades de vivre plus longtemps avec leur maladie, et ont – du même coup – contribué à ce que le nombre de malades chroniques augmente.

Mais, réciproquement, c'est en grande partie sous la pression des attentes suscitées par un nombre croissant de situations chroniques que l'innovation se déploie. La pointe du progrès médical s'adresse très souvent aux malades lourds et complexes,

notamment ceux dont le traitement atteint les limites des thérapeutiques traditionnelles.

Or, dans les situations de chronicité, la qualité du soin est une qualité globale, soignante et sociale. Elle se mesure sur l'ensemble du « parcours de soins » de la personne malade, le faisant évoluer vers un parcours de « santé ».

Les situations de chronicité débouchent naturellement sur des états dans lesquels s'ajoutent non seulement plusieurs maladies mais aussi, très fréquemment, diverses fragilités et difficultés dans la vie quotidienne, aussi bien physiques que cognitives ou sociales.

Ces situations de vie, qui ne sont pas réservées aux grands âges, appellent souvent la présence autour de la personne concernée, ponctuellement ou de manière répétée, d'un grand nombre de services et d'intervenants (professionnels libéraux, équipes hospitalières, services d'hospitalisation à domicile, de soins à domicile ou d'aide à domicile, auxiliaires de vie ...). Dans le nouveau paradigme de la chronicité, il y a pour chaque malade beaucoup de « soignants ».

Ces mêmes situations affectent et sollicitent aussi l'entourage du malade. La chronicité exige une pleine reconnaissance des proches « aidants familiaux », et renvoie à la nécessité de mieux assurer le lien, parfois subtil, entre aidants naturels et aidants professionnels.

La qualité du soin ne peut alors s'apprécier que de manière globale, comme la qualité du « parcours » de soins de la personne malade, appréhendé dans sa totalité.

Pour cela, les questions de coordination sont évidemment déterminantes, entre les différentes prises en charge sanitaires, mais aussi entre les prises en charge sanitaires et sociales. L'intervention adéquate des professionnels du secteur social fait partie intégrante du processus soignant.

Cet enjeu de coordination soignante et sociale est tout à fait frappant dans le cas des personnes âgées dites « dépendantes », c'est-à-dire en perte d'autonomie, qui a été spécifiquement étudié par le HCAAM. Mais il trouve beaucoup d'autres exemples dans diverses situations de vulnérabilité sanitaire ou sociale, par exemple pour les personnes atteintes de troubles psychiques, ou d'un cancer dont le traitement altère durablement l'autonomie et la vie sociale.

La conviction du HCAAM est que la recherche d'une qualité soignante et sociale globale, c'est-à-dire sur l'ensemble du « parcours » de soins, constitue une orientation centrale pour tout le système soignant.

Ce qui veut dire que, dans l'expression « parcours de soins », le mot « soins » doit s'entendre dans un sens plus large que le seul soin clinique ou technique. Certains membres du HCAAM ont rappelé l'importance que peuvent avoir, à cet égard, les choix terminologiques, et ont exprimé pour cette raison le souhait que d'autres expressions lui soient préférées, telles que « parcours de santé » ou « trajet de soins ».

Cette question, qui est loin d'être purement sémantique, souligne la difficulté qu'il y a encore à s'accorder sur une définition précise du parcours. Des expressions différentes seront sans doute à rechercher pour mieux distinguer – tout en les articulant – la coordination lors des phases aiguës de soins et celle nécessaire à la mission globale d'accompagnement de la santé.

Les deux défis, soignant et financier, se rejoignent ainsi sur la question du « parcours » de soins.

Les situations de chronicité ne concernent, à un instant donné, qu'une minorité de malades.

En revanche – outre le fait qu'elles ont de fortes chances d'affecter tous les assurés sociaux à un moment de leur vie – elles représentent une part très importante de l'ensemble des coûts de soins et de remboursement. Et surtout elles concentrent, sur les cas lourds ou complexes, l'essentiel de la croissance des dépenses de santé et d'assurance maladie.

Or ce sont les « parcours » de ces personnes qui sont les plus susceptibles d'engendrer des interventions inadéquates des différents professionnels soignants : mal réparties entre eux, trop précoces ou trop tardives, incomplètes ou inutilement lourdes. Ces défauts de coordination sont autant de facteurs de non-qualité qui sont en même temps des coûts évitables pour l'assurance maladie.

Ainsi par exemple, par des approches territoriales comparatives, le HCAAM a pu estimer à plusieurs milliards d'euros l'ordre de grandeur financier des effets d'une mauvaise prise en charge du « parcours » de soins des personnes âgées dites « dépendantes » sur la seule dépense hospitalière.

Le HCAAM estime que c'est autour de l'amélioration de la qualité des « parcours » de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non-qualité, que – sans renoncer, évidemment, aux exigences prioritaires de bonnes pratiques et d'efficacité pour chaque étape particulière – se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé, concept pour lequel on utilise souvent le terme « d'efficacité ».

C'est sur ce terrain de *l'efficacité des parcours de soins* que viennent exactement se superposer le défi soignant de la prise en charge des malades chroniques et le défi économique d'optimisation de la dépense de santé. C'est donc sur ce terrain que l'on peut, aujourd'hui, le mieux œuvrer à la défense des principes fondateurs de l'assurance maladie.

4. L'assurance maladie pourrait se donner pour enjeu de se mettre au service d'une médecine de « parcours ».

L'attention portée à la qualité d'un « parcours » suppose de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine qu'on peut appeler de « parcours ». C'est-à-dire une médecine – entendue plus largement que les actes des seuls médecins – dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante.

Cette recherche d'une qualité globale du « parcours » de chaque personne peut induire d'importantes transformations dans les relations entre l'assurance maladie, les professionnels soignants et les malades.

En effet, dans une vision traditionnelle et parcellisée du soin, l'assurance maladie a pour tâche principale de rembourser « sur liste » des actes et des produits dont elle vérifie essentiellement la qualité propre.

Dans une approche de « parcours », l'assurance maladie se positionne davantage comme l'instrument financier d'une démarche professionnelle, qui vise à la qualité de l'accompagnement soignant de chaque personne tout au long de sa vie.

L'assurance maladie devra pour cela reconnaître les nouveaux contenus et les nouvelles formes du travail soignant.

La médecine de « parcours » demande un travail soignant plus collectif. Elle appelle la combinaison de soins de premier recours « populationnels », c'est-à-dire tournés vers la prise en charge globale des besoins de santé d'une population sur un territoire donné, et d'une médecine de spécialité et de plateau technique, plus « interventionnelle » aux moments qui l'exigent.

Cela suppose d'abord de renforcer, à tous les niveaux, les dimensions pluri-professionnelles du travail soignant, et de considérer que les fonctions de coordination assurées par les soignants eux-mêmes font intrinsèquement partie du soin.

Le HCAAM a distingué, dans ses travaux, la fonction de « synthèse médicale » et la fonction de « coordination soignante et sociale ». La première vaut pour tous les assurés, centralise l'ensemble des décisions sur les soins et les modes de prise en charge, et est assurée par principe par le médecin traitant. La seconde ne s'impose que dans les situations les plus complexes, garantit la circulation de l'information entre tous les soignants de proximité et veille à la bonne succession des interventions à domicile. Egalement exercée sous la supervision du médecin traitant, elle devrait le plus couramment être assurée par une infirmière, mais pourrait l'être aussi par un autre professionnel de santé, voire – dans les cas qui n'appellent pas une telle intervention – par une assistante sociale.

Les professionnels de santé ont, pour cela, à s'engager dans la production et l'utilisation de données cliniques et sociales, en veillant à leur échange et leur utilisation partagée entre tous les intervenants du « parcours » de soins. C'est dans ce cadre que chaque médecin traitant sera notamment amené, pour chacun de ses patients, à élaborer et

tenir à jour, à partir de l'ensemble des données cliniques pertinentes, le « volet de synthèse » du dossier médical.

En plus de son rôle d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la Haute autorité de santé (HAS) devra, à cette fin, développer une fonction d'élaboration de recommandations de « parcours », visant à articuler de manière optimale les bonnes pratiques individuelles, notamment pour les maladies chroniques et les poly-pathologies.

Cette meilleure coordination appelle ainsi à trouver, autour de chaque malade, des formes nouvelles de partage des tâches entre soignants – autrement dit à transformer en profondeur ce que les économistes appelleraient la « fonction de production » des soins – en se laissant guider par l'utilisation optimale des compétences professionnelles de chacun.

Il y a là une démarche qui peut progressivement conduire à des évolutions importantes, et dont il ne faut sous-estimer ni l'ampleur ni les possibles difficultés, dans les savoir-faire, les formations initiales et continues (en recherchant toujours la cohérence avec les évolutions en cours et à venir des formations et des qualifications) et même les différentes catégories de professions de santé. Elle peut d'ailleurs contribuer à répondre aux questions que soulève l'évolution de la démographie de certaines professions de santé, en refusant résolument toute vision dégradée des métiers médicaux et soignants pour viser au contraire à redonner à chacun sa vocation première.

Enfin, c'est dans le cadre des « parcours » que sera le mieux assurée une démarche active de prévention tout au long de la vie, en associant mieux le suivi de ville et les observations réalisées lors des séjours hospitaliers, et en sachant tenir compte – particulièrement en matière de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique – de l'apport du milieu professionnel, des collectivités territoriales et des organismes complémentaires.

L'assurance maladie devra également faire évoluer ses modalités de tarification pour inciter au travail collectif.

La tarification des biens et services de santé a toujours été une question complexe, en raison de la multiplicité des contraintes dans lesquelles elle doit s'inscrire : offrir une rémunération suffisante au soignant, non inflationniste pour le financeur, modulée selon l'utilité et la qualité du soin.

L'attention portée à une médecine de « parcours » y ajoute un objectif supplémentaire, qui est d'inciter chaque soignant à des comportements qui facilitent le travail des autres soignants, et qui orientent la personne soignée vers le meilleur « parcours » global. A tout le moins, le mode d'allocation des ressources ne doit pas avoir d'effet désincitatif à l'égard du travail collectif et de la qualité de ce « parcours » global.

Or c'est bien la limite des tarifications qui ne s'attachent qu'à la rémunération d'actes, d'activités ou de produits, indépendamment du contexte dans lesquels ils interviennent. Beaucoup d'actes, beaucoup de séjours ou beaucoup de prescriptions, même très bien exécutés ou de bonne qualité, ne font pas forcément le meilleur parcours.

Il y a donc nécessité d'inventer des tarifications incitant à un travail soignant plus transversal entre l'hôpital, les soins de ville et le médico-social, appuyé sur des formes d'exercice pluri-appartenantes et pluri-professionnelles. C'est un chantier

difficile et inédit, même si certaines innovations récentes de rémunérations « autres qu'à l'acte », encore limitées aux seuls soins de ville, s'inscrivent déjà dans cette direction.

Le HCAAM estime qu'il s'agit là d'un travail prioritaire.

L'assurance maladie devra aussi accompagner le nouveau positionnement des services hospitaliers.

Le HCAAM souhaite que, pour l'hôpital aussi, les perspectives de développement soient nettement orientées sur son insertion optimale dans le « parcours » de soins.

La coordination soignante relève par nature de la médecine de proximité. Et c'est à l'hôpital de lui fournir, au bon moment, l'apport puissant de compétences cliniques et techniques dont le « parcours » d'un malade peut avoir besoin. C'est dans ce sens que l'on peut dire – par métaphore physiologique – que l'hôpital agit comme un « cœur » dans le système. Il n'a, en revanche, pas vocation à être un lieu vers lequel convergerait par défaut tout ce qui n'a pas trouvé ailleurs de réponse organisée.

Pour le HCAAM, l'optimisation du « parcours » de soins doit ainsi conduire à des séjours d'hospitalisation complète qui soient, aussi bien dans l'intérêt du malade que pour la mobilisation optimale des équipes hospitalières, les plus proches possibles du « juste soin ». Dans bien des cas, cela devrait conduire à des séjours moins nombreux, moins longs ou moins répétés, et moins souvent provoqués par une situation d'urgence.

Un tel constat interpelle en premier lieu, très fortement, l'amont et l'aval des services de soins aigus à l'hôpital : prise en charge par les soins de ville, par les services de soins de suite et de réadaptation ou d'hospitalisation à domicile, places en hébergement temporaire ou permanent en EHPAD, etc.

Il soulève aussi d'importantes questions d'organisation interne de l'hôpital : plus de transversalité et de qualité de transmission entre services face aux situations de poly-pathologies, prise en charge précoce des enjeux sociaux et des conditions de sortie, plus grand recours aux traitements ambulatoires lorsqu'ils sont possibles, relations suivies avec les médecins traitants, expertise hors les murs, etc.

Il interpelle enfin les missions même de l'hôpital, avec la nécessité du développement de l'hospitalisation à domicile et un lien étroit et organisé avec le secteur médico-social et les professionnels libéraux.

Cette ouverture de l'hôpital sur son environnement soignant, dans une logique de « parcours » de soins, devra compter de plus en plus dans les éléments pris en compte pour la certification conduite sous l'égide de la HAS.

Toutes ces perspectives auront évidemment un impact – qui doit être accompagné - sur les capacités en lits d'hospitalisation complète, leur répartition entre spécialités et entre territoires, et l'évolution de l'offre médico-sociale.

L'assurance maladie devra également surmonter les clivages entre le sanitaire et le social.

Dans le cas des personnes âgées dites « dépendantes », souffrant à la fois de pathologies multiples et d'une perte d'autonomie, le HCAAM a montré que la notion de « soin » et la notion « d'accompagnement » étaient fortement imbriquées, et que l'assurance maladie, évidemment présente sur le terrain du soin, l'était aussi – via la prise en

charge d'actes infirmiers, de dispositifs médicaux ou de l'accueil en établissement – sur le terrain de la compensation de la perte d'autonomie.

C'est là une illustration éclairante de ce que l'optimisation des « parcours » constitue un tout. La façon dont sont organisées et prises en charge certaines prestations non médicales (par exemple : d'aide à l'autonomie) va rétroagir sur tous les autres aspects du « parcours », y compris sur la qualité et le coût des soins.

Dans le respect des compétences des différents financeurs, et notamment des conseils généraux financeurs de l'aide sociale, l'articulation des financements est donc fondamentale pour une prise en charge coordonnée des « parcours ». Le HCAAM a donc appelé à davantage de contractualisation, notamment au niveau local, entre ARS et collectivités territoriales.

De manière plus générale, le HCAAM est convaincu que lorsque les « parcours » sont complexes, l'accompagnement social des situations de vie peut, à condition d'être mis en œuvre en étroite coordination avec les soins, contribuer à optimiser globalement la dépense publique.

C'est la raison pour laquelle, loin de créer une impasse financière de plus, une meilleure prise en charge solidaire de la perte d'autonomie pourrait se révéler vertueuse pour la dépense publique prise dans son ensemble.

La participation libre et active du malade à son « parcours » doit être, chaque fois que possible, encouragée.

La place du malade comme acteur premier de toutes les décisions qui touchent à sa santé relève d'abord d'un impératif éthique.

Mais le HCAAM rappelle que l'implication active du malade est également un enjeu de qualité dans la prise en charge de son « parcours » de soins.

Sa participation, éclairée et volontaire, est d'abord fondamentale pour la régularité du suivi du traitement, et pour tous les comportements et modes de vie qui sont décisifs pour prévenir les aggravations et les rechutes.

C'est ensuite, pour l'accompagnement que requièrent beaucoup de maladies chroniques, à partir de sa vision et de celle de son entourage que l'on peut le mieux juger de la coordination des différents intervenants.

Enfin, dans les situations de soins complexes, tous les choix soignants, même les plus techniques, doivent être faits en prenant vraiment en considération l'ensemble des conséquences sur la vie quotidienne du malade et de son entourage. L'expression des préférences et la capacité de choix et d'engagement du malade sont, là aussi, fondamentaux.

Le HCAAM estime que ces perspectives conduisent à relier les évolutions professionnelles évoquées plus haut aux enjeux de prévention et d'éducation pour la santé, et à un effort d'information, complète et objective, des patients sur les maladies et la qualité des traitements. Elles dessinent ainsi une démarche partagée entre soignants et soignés face à la maladie, qui dépasse la « responsabilité » unilatérale de l'assuré traditionnellement attendue des différentes formes de co-paiement des soins.

Il conviendrait à cet égard de proposer, notamment aux malades aujourd'hui couverts par le mécanisme des « affections de longue durée » (ALD), des offres de services personnalisés de soins prenant en compte la situation particulière du malade, et visant

à associer qualité des soins et qualité de la prise en charge financière. Ces offres – ou programmes personnalisés de soins – comporteraient ainsi des engagements volontairement souscrits, aussi bien par le patient que par les professionnels soignants, l'assurance maladie, et le cas échéant une assurance complémentaire. En ayant une vigilance particulière pour que leur mise en œuvre ne retarde ni le diagnostic ni le traitement.

Sans rassembler l'ensemble des points de vue des membres du HCAAM, certains ont exprimé le souhait que, dans un tel cadre, la meilleure qualité de la prise en charge financière puisse être liée au respect des engagements souscrits.

5. Dans ce cadre, l'assurance maladie doit se mobiliser contre les obstacles physiques et financiers à l'accès aux soins.

Contrairement à l'inquiétude qui s'exprime parfois, l'accès aux soins est et demeure d'une grande qualité d'ensemble.

En termes globaux et quantitatifs, la France se situe toujours dans la moyenne haute de consommation de soins des pays développés, que ce soit en montant de dépenses, en volumes d'actes ou nombre de séjours, ou encore en nombre de professionnels et d'établissements par habitant.

Il en va de même s'agissant des taux de prise en charge publique. Le HCAAM a eu l'occasion de rappeler que le taux moyen de remboursement par l'assurance maladie obligatoire était à la fois élevé (la seule dépense *publique* de santé d'un Français a le même niveau moyen que la dépense totale de santé d'un habitant des pays de l'OCDE) et, nonobstant un léger effritement sur la période récente, extrêmement stable depuis trente ans.

Mais le HCAAM attire simultanément l'attention sur le fait que ces chiffres moyens ne rendent compte, ni de la polarisation croissante sur les soins les plus lourds, ni de la très grande disparité des situations individuelles.

C'est en effet sur les marges éloignées des « situations moyennes » que se joue la capacité de l'assurance maladie à garantir à la fois l'accessibilité physique et l'accessibilité financière des soins.

Notre système de soins souffre de lacunes en matière d'accessibilité physique.

Le HCAAM avait insisté dès son rapport initial de 2004 sur les très grands contrastes territoriaux en matière de densité d'équipements ou de services qui, ajoutés à la liberté tarifaire, peuvent pénaliser l'accès aux soins.

Il a eu l'occasion d'y revenir à plusieurs reprises, en soulignant par exemple la grande disparité interdépartementale de médecins exerçant en « secteur 1 », notamment rapportée à la population des ménages modestes. Il a également pointé les inégalités territoriales dans l'accès aux différents professionnels et institutions de la « filière gériatrique ».

De même, sans contester la volonté constamment affichée par les gouvernements successifs de ne pas « forcer les installations », le HCAAM a très tôt insisté sur la nécessité d'aller vers des modalités plus fermes de répartition de l'offre sur le territoire. Il note que cette attente s'exprime aujourd'hui de manière toujours plus insistante, notamment autour de la problématique des « déserts médicaux ».

Dans la continuité de ses prises de positions constantes, le HCAAM estime qu'il est légitime que la puissance publique fixe des règles en matière d'installation des institutions, services et professionnels de santé. A ses yeux, celles-ci doivent respecter trois principes.

Premièrement, la mesure du besoin doit tenir compte de l'ensemble de l'offre disponible, hospitalière, médico-sociale, ambulatoire, et ne doit pas reposer sur de simples comparaisons de densité de professionnels ou de lits, mais sur une analyse des services attendus par la population et des diverses manières d'y répondre.

L'approche par «parcours» de soins suppose en effet une approche globale du problème de la densité médicale et soignante : c'est en fonction d'une vision interdisciplinaire de l'exercice soignant qu'il faut aborder la question de l'offre nécessaire et de sa bonne répartition sur le territoire.

Deuxièmement, cette analyse des besoins constitue localement un très important enjeu de démocratie sanitaire. Il s'agit d'un processus continu, et la capacité à animer ce débat et à en faire partager les enjeux sera une tâche de plus en plus essentielle pour les ARS. Sachant que les bassins de vie pertinents doivent relever de mailles géographiques plus fines que le niveau régional ou départemental qui sert en général aux statistiques.

Enfin, le HCAAM rappelle tout l'intérêt qui s'attache à ce que les initiatives prises en la matière s'appuient sur une démarche contractuelle. L'exemple des conventions avec les infirmières, les kinésithérapeutes et les sages-femmes a montré qu'il était possible d'introduire des exigences au niveau individuel tout en se situant dans un cadre négocié au niveau collectif.

Notre système d'assurance maladie souffre d'inégalités et d'un manque de lisibilité sur l'accessibilité financière.

Le HCAAM a, depuis plusieurs années, alerté sur le fait que le haut niveau moyen de couverture des soins s'accompagnait d'une très forte dispersion des niveaux de « reste à charge », c'est-à-dire de paiement des soins laissé à la charge de la personne malade (ou de l'assurance complémentaire qu'elle a librement souscrite).

Sur la base de données opérant le cumul des dépenses hospitalières et des dépenses de soins de ville pour un échantillon représentatif de malades, le HCAAM a pu donner récemment, pour la première fois, une mesure quantitative et qualitative de cette très forte concentration des « reste à charge », en y notant la contribution dominante des soins dont le tarif n'est pas réglementé.

Par ailleurs, le HCAAM a constamment alerté sur la complexité croissante des règles de remboursement, et notamment d'exonération du ticket modérateur, qui relèvent d'une multitude de logiques superposées, pas forcément cohérentes entre elles. Cette médiocre lisibilité des conditions de prise en charge rend hypothétique la fonction d'incitation que doivent avoir des taux majorés, crée de la confusion sur l'équité du système, et peut conduire à des recours sous-optimaux au système de soins.

Enfin, même s'il a souligné les mérites du système de prise en charge des maladies les plus lourdes et coûteuses (dites « ALD »), le HCAAM a montré que ses bénéficiaires subissaient néanmoins un plus gros reste à charge moyen que le reste de la population, et que le système bénéficiait à des assurés ayant parfois très peu recours aux soins, tout en laissant de côté certaines situations pourtant génératrices de fortes dépenses.

Au total, et surtout si l'on y ajoute l'extrême complexité - parfois l'absence d'équité - du système de participation des assurés à l'hôpital, les règles de remboursement, pourtant globalement généreuses, n'évitent pas certaines situations critiques. Elles montrent de plus en plus de difficultés à rendre compte, de manière cohérente et lisible, des choix de priorités dont elles devraient être porteuses.

Cette situation doit être rapprochée des indications données par les différentes mesures du « renoncement aux soins ». Il convient d'être très prudent dans l'interprétation des réponses données aux multiples enquêtes sur ce sujet. Mais la dégradation relative

des différents scores sur la période récente, rapprochée de nombreux témoignages, appelle à une grande vigilance. Notamment – et cela appelle une politique très active – pour rendre effectifs la connaissance et l'accès des droits.

Sans aborder à ce stade la question de l'opposabilité tarifaire qui est traitée plus loin, le HCAAM appelle donc de ses vœux une clarification et une simplification des règles de prise en charge, et très prioritairement pour les séjours à l'hôpital.

Elles devront être assorties d'outils de mesure qui permettent de juger, de manière suffisamment fine, de leur impact soignant et social. Et dans l'esprit d'une médecine de « parcours », elles pourraient explorer d'autres options que le seul « taux » appliqué à des prix d'actes et de produits.

6. Ces orientations partagées soulèvent plusieurs questions de mise en œuvre pratique.

Investir dans notre système d'information.

Des progrès très importants ont été accomplis au cours des dix dernières années en matière de connaissance de la dépense de santé et d'assurance maladie : codage des actes et des pathologies, mise en place d'un système d'information détaillé et unifié de l'assurance maladie (SNIIRAM), rapprochement de données d'enquête et d'un échantillon de bénéficiaires, etc.

Mais malgré ces progrès, le HCAAM constate que l'effort sur notre système d'information, rapporté à l'un des plus gros budgets publics, reste encore très en-deçà des enjeux.

En effet, on ne peut pas appréhender de manière globale les « parcours » de soins sans disposer des outils statistiques capables d'en donner le reflet. Pour cela, il faut pouvoir rattacher à une même personne, et suivre dans le temps, l'ensemble des paiements qu'elle a effectués, des prestations qui lui ont été délivrées et des remboursements qu'elle a reçus. Il faut également être en mesure de rapprocher toutes ces données des informations cliniques et sociales recueillies dans le cadre de la prise en charge soignante.

Or il n'existe pas encore de base de données permettant de connaître ce que représentent globalement, pour une même personne, les dépenses et les remboursements de soins de ville, de soins en établissement de santé et médico-sociaux et d'aide sociale à l'autonomie, ni de les rapprocher des éléments cliniques de la prise en charge soignante. Il n'est pas davantage possible de connaître et de suivre les dépenses de santé et leurs remboursements, non pas seulement pour chaque individu, mais également par ménages. Autres exemples encore : aucune base ne permet pour l'instant d'avoir, pour une même personne, le suivi pluriannuel de ses dépenses et de son « reste à charge », ou de connaître le cumul des remboursements par l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires.

Le HCAAM ne peut que souligner une fois de plus l'urgence et l'importance qu'il y a à investir dans la connaissance, en accélérant fortement les processus en cours. Il insiste en particulier sur la nécessité d'une meilleure connaissance des coûts analytiques dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Il s'agit de ne pas conduire en aveugle les politiques publiques. L'information parcellisée dont on dispose aujourd'hui ne permet ni évaluation, ni discussion, ni *a fortiori* mise en œuvre d'une politique d'optimisation véritablement transversale de la dépense publique de santé.

Faire davantage confiance aux acteurs locaux.

L'universalité de l'assurance maladie rejoint l'égalité des droits devant la santé. Elle doit se traduire par une application uniforme de ses principes sur tout le territoire national.

C'est une des raisons pour lesquelles le HCAAM a mis en garde contre les conséquences qu'aurait l'introduction d'enveloppes limitatives de dépenses calculées au niveau régional (« ORDAM »). La conséquence logique d'une telle proposition serait, en effet, d'accepter que les règles de l'assurance maladie puissent, pour les

assurés comme pour les professionnels, être fortement modulées d'une région à une autre pour pouvoir tenir les objectifs imposés.

En revanche, il est difficilement envisageable d'organiser des « parcours » concrets de malades en dehors d'une approche territoriale. Le HCAAM estime qu'en matière de coordination soignante et sociale, la compréhension fine des phénomènes, la connaissance des ressources et le choix des modes d'action relèvent essentiellement d'une politique de territoire, et que la mise en œuvre passe donc par un travail collectif d'acteurs locaux, auxquels il faut savoir donner beaucoup d'autonomie dans les choix d'organisation et dans les outils d'incitation.

Si certains membres du HCAAM rappellent leur opposition à la construction actuelle des ARS, celles-ci offrent, aux yeux de la très grande majorité des membres, une opportunité qui doit être saisie. Pour eux, les ARS doivent avoir les moyens de devenir les acteurs et les animateurs de cette coordination des soins, sur la base de « territoires de santé » qui intègrent les contraintes très concrètes d'habitude de vie et de déplacement, en lien étroit avec les collectivités territoriales chargées de l'aide sociale.

Le HCAAM redoute à cet égard qu'une insuffisante autonomie de décision et de gestion de leurs moyens laisse demeurer les ARS dans un rôle d'opérateurs locaux de politiques nationales extrêmement cloisonnées. Il insiste pour que leur soient notamment données de plus grandes libertés d'emploi des crédits dont elles ont la charge, ainsi que, dans des cadres élaborés au niveau national avec les organismes représentatifs, de plus larges capacités de réelle contractualisation avec les établissements et services de soins et d'aide à domicile ainsi que, de manière collective, avec les professionnels de la région.

C'est un choix fondamental de gestion publique qui, tout en affirmant le rôle du pilotage national dans la définition des objectifs et la répartition des moyens entre territoires en fonction des besoins, consiste à faire jouer plus largement la subsidiarité dans la conduite de ces objectifs nationaux.

Engager le mouvement avec des « projets pilotes » servant de prototypes aux transformations nécessaires.

Un grand nombre de dispositifs expérimentaux de soins coordonnés, associés à de nouveaux modes de rémunération des professionnels, ont déjà été mis en œuvre à titre expérimental. Certains « réseaux » ont ainsi pu, y compris à grande échelle, faire déjà l'objet d'évaluations favorables.

Aucune de ces expériences n'est cependant parvenue au stade de la généralisation, et elles souffrent des défauts inhérents aux dispositifs financés de façon dérogatoire et non pérenne.

Le HCAAM ne propose pas d'ajouter encore des expériences aux expériences, mais d'aborder une phase nouvelle consistant à concrétiser, sur quelques territoires spécifiquement désignés, des prototypes d'organisation nouvelle autour du « parcours » de soins des malades, choisis, pour commencer, parmi les plus fragiles. Ces prototype devaient impliquer – ce point est essentiel et marque une grande différence avec les dispositifs législatifs existants, même les plus récents – l'ensemble de la chaîne soignante, depuis les soins hospitaliers les plus spécialisés jusqu'aux services d'aide à domicile, en passant par la coordination des soins en ville, notamment libérale.

En concentrant l'effort sur quelques grands bassins de vie servant de laboratoires, il s'agit d'illustrer « en vraie grandeur » la façon dont il est possible de travailler autrement, en offrant une meilleure qualité de soins sur les « parcours » les plus complexes.

Tels que le HCAAM les propose, ces « projets pilotes » ont ainsi une vocation non pas d'expérimentation mais de préfiguration. Leur généralisation sera cependant d'autant plus rapide qu'ils auront fait l'objet d'un important investissement préalable dans les méthodes et les outils de suivi et d'évaluation.

Leur pilotage national doit être fort, et ses modalités largement et préalablement concertées avec les organismes professionnels représentatifs. Leur mise en œuvre locale doit se faire sous l'égide de quelques ARS choisies, sachant s'appuyer sur le contexte local, et travaillant en lien étroit avec les collectivités territoriales, ce premier « tour de table » pouvant être élargi à d'autres financeurs. Ils doivent reposer sur une dynamique exemplaire de partage des données entre tous les acteurs concernés.

Les « projets pilotes » devront s'attacher à faire émerger, en prenant appui sur les opérateurs les plus performants, des organisations nouvelles du travail soignant, autour des entrées et sorties d'hôpital, de la mise en œuvre pluri-professionnelle d'un même protocole, de l'échange de données cliniques entre soignants, de la mise à disposition d'appuis spécialisés aux médecins de ville, et particulièrement aux médecins traitants. Ils devront permettre le recours à de nouvelles compétences et de nouveaux acteurs, par exemple en gestion de cas, en appui aux tâches médicales, en assistance aux malades. Ils devront s'appuyer sur de nouvelles solutions technologiques.

7. Ces orientations doivent aussi conduire à soulever trois thèmes importants dans le débat public.

Rechercher l'association de la plus grande qualité du soin (par une médecine de « parcours ») et d'une réelle qualité de prise en charge (en rendant les « parcours » accessibles à tous) est une démarche exigeante. Même lorsque les analyses fondamentales sont largement consensuelles, il reste des choix à faire qui peuvent opposer les points de vue.

Il y a ainsi au moins trois débats, trois enjeux de démocratie sanitaire, qui doivent être clairement posés :

Sur le périmètre des biens et services remboursables, et la manière de le gérer.

La définition du périmètre de ce qui doit faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie – donc par une obligation de solidarité qui pèse sur tous – est une question fondamentale de démocratie sanitaire.

Pour que le système d'assurance maladie exprime vraiment la solidarité avec tous les malades, son périmètre doit englober tous les biens et services « nécessaires ». Mais en contrepartie du caractère obligatoire de ses prélèvements, on peut attendre de lui qu'il justifie « l'utilité » des biens et services qu'il prend en charge.

Le HCAAM a souvent souligné que cette visée, consistant à ce que l'assurance maladie garantisse « seulement l'utile mais tout le nécessaire », passe prioritairement par l'attention aux conditions d'exécution des actes et à la pertinence des prescriptions. C'est dans la pratique soignante, bien plus que dans le périmètre des actes et biens remboursables, que se joue « l'utilité » ou la « non utilité » d'un acte ou d'une prescription.

Mais la question de « l'utilité » appelle aussi une gestion extrêmement active, vigilante et transparente de ce qu'on appelle couramment le « panier » de biens et services remboursables.

Toute inscription d'un acte ou produit nouveau devrait ainsi, en principe, questionner la présence de tous les produits ou actes déjà inscrits dans ce « panier », car leur utilité doit être chaque fois réappréciée à l'aune de cette nouveauté. Le HCAAM a notamment insisté sur ce point lors de son examen de l'inscription au remboursement des médicaments, et dans ses considérations sur la « liste en sus » des établissements de santé tarifés à l'activité.

Cet enjeu de vigilance sur l'objet de la solidarité rejoint d'ailleurs l'enjeu de vigilance sur la sécurité des produits et des traitements. Un processus actif sur le premier point va de pair avec un processus actif sur le second.

Plusieurs points importants méritent aujourd'hui discussion :

- Un premier débat est de savoir si, plutôt que de porter à la fois une appréciation sur « l'utilité » soignante d'actes ou de produits, et sur leur « supplément d'utilité » par rapport aux traitements existants, il n'est pas souhaitable de s'en tenir à une appréciation unique et synthétique du progrès thérapeutique apporté par un acte ou un produit nouveau par rapport aux stratégies soignantes antérieures. (c'est-à-dire une amélioration thérapeutique pour les cas déjà

traités ou une extension à des cas nouveaux – ce que pour les médicaments on appelle « l'amélioration du service médical rendu », ASMR).

- Dans cette optique, se poserait la question de savoir s'il faut alors limiter le remboursement à ceux des actes ou produits nouveaux qui présentent un progrès thérapeutique, ou si, à l'inverse, on doit conserver l'accès à l'intégralité de la gamme des actes ou produits ayant le même intérêt thérapeutique que ceux qui sont déjà remboursés. Les tenants de la première thèse pensent que, à tout le moins, le « panier » pourrait être beaucoup plus sélectif qu'aujourd'hui. D'autres, sans doute majoritaires, estiment qu'il n'y a pas de gain à attendre d'une telle sélectivité et qu'il faut, en revanche, se servir de l'arrivée de nouveautés équivalentes en termes d'intérêt thérapeutique pour exercer une pression sur le coût global des traitements.
- Se pose aussi la question de savoir s'il faut mettre plus de netteté dans le choix de ce qui doit faire l'objet d'une prise en charge solidaire, en ne considérant comme « nécessaire aux soins » que ce qui apporte une véritable valeur ajoutée thérapeutique, et en le remboursant très bien, ou si l'on doit continuer d'admettre un « panier » beaucoup moins sélectif, mais assorti d'une multiplicité de taux de prise en charge parfois symboliques.
- Enfin, si l'on veut donner tout son sens à une approche par « parcours », s'ajoute la possible évolution vers une logique de « juste soin ». Déjà illustrée par quelques cas particuliers, elle consisterait, lorsque cela est possible, à lier l'inscription au remboursement, moins à l'acte ou au produit « en lui-même », qu'au fait que cet acte ou ce produit est délivré dans un cadre thérapeutique particulier, ou à un stade précis d'un protocole de traitement.

Sur la régulation des prix des biens et services partiellement financés par l'assurance maladie.

La question de l'opposabilité des tarifs est un sujet de principe pour l'avenir de l'assurance de la maladie, qu'illustrent concrètement les inquiétudes exprimées sur le renoncement aux soins.

Le HCAAM ne s'est jamais opposé par principe à l'existence de secteurs dans lesquels les tarifs d'actes ou de produits remboursés par l'assurance maladie ne sont soumis à aucun plafond réglementaire (actes médicaux en « secteur 2 », soins dentaires prothétiques, optique, divers dispositifs médicaux ...).

Mais il a toujours considéré que ces situations peuvent poser un problème majeur en l'absence d'une régulation convenable. Car il est impossible de parler sérieusement d'un « taux de prise en charge », et de vouloir garantir une accessibilité financière des soins, si le dénominateur de ce taux connaît une évolution sans contrôle.

La question de l'opposabilité tarifaire, c'est-à-dire la faculté de connaître et de maîtriser les prix de tous les biens et services qui interviennent dans un « parcours » de soins, est aujourd'hui fondamentale. Elle doit être abordée pour tous les biens et les services qui y échappent, avec le double souci d'assurer une juste rémunération des professionnels de santé et de lutter contre les tarifs excessifs.

Le HCAAM reconnaît toutefois que si l'objectif n'est pas contesté, et qu'il appelle par conséquent des décisions rapides, il n'y a pas aujourd'hui d'unanimité sur les réponses possibles et leurs différents degrés de fermeté juridique. Les solutions qui

s'opposent – même si elles pourraient, sur certains aspects, se combiner – peuvent, en effet s'inspirer d'au moins trois démarches :

- On pourrait introduire, là où elle fait défaut, une stricte réglementation des prix, assortie d'une revalorisation des bases de remboursement de l'assurance maladie. Cette option, qui reviendrait à réintégrer dans le champ de la prise en charge collective une partie de ce qui est aujourd'hui couvert par l'assurance complémentaire, équivaudrait pour l'essentiel à un transfert – très important dès lors que l'ensemble du champ serait concerné – de cotisations volontaires vers des prélèvements obligatoires.
- On pourrait alternativement viser l'opposabilité dans un cadre qui combinerait les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires. Normalement sans coût pour l'assurance maladie et n'augmentant pas forcément de manière importante la part actuellement prise en charge par les assurances complémentaires, cette solution supposerait toutefois une limitation au moins conventionnelle des tarifs, et certaines contraintes sur les contrats d'assurance.
- Enfin certains préfèrent, sans limiter ni réglementairement ni contractuellement les tarifs et les prix, faire jouer plus efficacement les mécanismes concurrentiels dans les secteurs à prix libres, en suscitant davantage de comparaison et de transparence sur la qualité et le prix des produits et services, ou par des accords directs avec les professionnels.

A ces questions qui concernent directement l'assurance maladie s'ajoute la question – difficile mais de plus en plus centrale – de l'opposabilité tarifaire pour les dépenses qui ne font pas partie des soins pris en charge par l'assurance maladie, qui n'obéissent pas au même principe d'universalité, mais qui sont cependant décisives pour la qualité du « parcours ». Par exemple lorsque la meilleure prise en charge suppose un accueil en maison de retraite médicalisée, et que cette option se révèle trop coûteuse en raison des frais d'hébergement.

Enfin, la logique du « parcours » devrait inciter à garantir prioritairement l'opposabilité tarifaire dans les formes d'exercice pluri-professionnel et dans les protocoles soignants qui assurent une qualité optimale du « parcours » de soins. Avec les deux questions complémentaires de la rémunération attractive des professionnels de santé et d'une forme d'opposabilité des recommandations de bonne pratique.

Sur la question de savoir si l'on peut, pour notre système de remboursement qui est pluriel, formuler un socle de valeurs susceptibles d'être partagées au-delà de la seule assurance obligatoire.

Le HCAAM, dont sont membres les trois familles d'assureurs complémentaires, a toujours considéré que ceux-ci occupaient, en raison de leur concours objectif à l'accessibilité financière des soins, une place constitutive dans notre système de prise en charge des frais de santé.

Il n'a pour autant jamais proposé que s'opèrent des déplacements importants de prise en charge entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire. Le principe « *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* » cesserait en effet d'être respecté si la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire devait s'écarter substantiellement des niveaux qui sont les siens aujourd'hui. La mutualisation du risque ne peut pas s'opérer selon les mêmes principes dans un système à participation

obligatoire et dans un système à adhésion volontaire dont les tarifs sont soumis à concurrence.

Reste qu'aujourd'hui les deux logiques coexistent *de facto* dans la prise en charge des frais de santé. Le HCAAM a d'ailleurs souvent souligné dans ses travaux, d'une part que notre pays n'avait jamais fait le choix d'un système entièrement gratuit (le principe d'un reste à charge personnel ayant été assumé depuis l'origine de l'assurance maladie), d'autre part que divers encadrements des contrats complémentaires avaient pour effet de ne pas opposer les deux formes de mutualisation de manière aussi radicale que le voudrait la théorie.

Pour cette raison, le HCAAM s'est souvent inquiété du nombre de personnes qui, même très minoritaires, renoncent à souscrire un contrat complémentaire pour des raisons financières. Dans cet esprit, il a fréquemment alerté sur le relatif insuccès de ce mécanisme d'accès à la complémentaire santé qu'est l'ACS et sur la nécessité d'avoir une réflexion d'ensemble sur ce sujet.

De même, le HCAAM a souvent formulé le vœu que les complémentaires soient plus étroitement associées aux actions de gestion du risque et soient, en conséquence, en capacité de disposer de toutes les données statistiques nécessaires.

Symétriquement, le HCAAM s'est également exprimé sur la nécessité d'une plus grande lisibilité et comparabilité des contrats complémentaires, ainsi que sur la nécessité de bases de données permettant de connaître la réalité du reste à charge après paiement par la complémentaire, sans omettre le coût des primes versées.

Il reste que le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie n'a, malgré la création de l'UNOCAM et la formalisation de leur place dans certains dispositifs législatifs, jamais fait l'objet d'une affirmation claire et de principe. Il n'est d'ailleurs pas sûr, eu égard à la liberté qui doit présider à l'activité d'assurance, qu'une telle formulation générale soit envisageable.

En revanche, de l'ensemble des prises de position du HCAAM et de l'expérience acquise par bientôt neuf années de travaux communs en son sein, se dégage une certaine convergence sur ce que le remboursement d'actes, de produits ou de séjours n'est pas le but ultime d'un système d'assurance de santé, mais qu'il est un instrument, puissant, au service de l'objectif plus essentiel qui est de garantir un certain état de santé pour tous.

La question peut donc être posée d'engager un travail sur la formulation d'un « socle commun », en cherchant à poser des objectifs et des principes d'action plutôt qu'à encadrer dans le détail des garanties contractuelles, en vue de les proposer à ceux qui seraient prêts à y adhérer.

Cette démarche de définition d'un cadre de travail, qui est exigeante, se déclinerait sur quelques points forts, mais susceptibles d'être partagés par un grand nombre de financeurs publics et privés, ainsi que par les partenaires sociaux qui négocient les contrats collectifs : non sélection des risques de santé, refus de prendre en charge une dépense de santé non justifiée par la qualité des soins, recherche de cette qualité par l'organisation des soins et la médecine de « parcours », etc.

Elle pourrait servir de base aux échanges à conduire, entre les régimes obligatoires d'assurance maladie et les assureurs complémentaires, sur le partage d'expertise et de données statistiques, ou sur la conception d'instances de décision communes dans le cadre de programmes conjoints.

*

* *

Sans renoncer à la diversité de leurs prises de position particulières sur l'assurance maladie, les membres du HCAAM ont entendu exposer, dans ce document, l'état d'une réflexion conduite en commun au sein du HCAAM.

Ils présentent cette réflexion au débat public pour que celui-ci s'en saisisse.

Leur conviction est que d'importants efforts sont inévitables pour maintenir l'équilibre financier de notre système d'assurance maladie.

Envisager une assurance maladie au service d'une politique de santé s'appuyant sur une médecine de « parcours » ne pourra pas se faire, sans doute, sans questionner certains équilibres actuels entre les libertés et les contraintes, tant des soignants que des malades, dans le système de soins. Mais cela doit permettre d'inscrire l'avenir de l'assurance maladie dans un projet qui ait du sens au regard de ses principes fondateurs.