



Inspection générale  
des affaires sociales

# EVALUATION DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE

## **TOME 1 RAPPORT DE SYNTHÈSE DEFINITIF**

Établi par

Constance BENSUSSAN

Delphine CHAUMEL

Dr. François CHIEZE

Nathalie DESTAIS

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mai 2014 -

2013-163R



## SYNTHESE

Cette mission d'évaluation de la gestion du risque maladie s'inscrit dans une triple perspective : la préparation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) Etat-CNAMTS pour 2014-2017 et le bilan de la précédente convention ; le renouvellement du contrat Etat-UNCAM ; la préparation des prochaines priorités de gestion du risque des agences régionales de santé.

Les travaux de la mission qui se sont déroulés de novembre 2013 à mars 2014, reposent sur l'analyse de très nombreux documents au niveau national ainsi que sur des entretiens en ARS et dans les organismes locaux d'Assurance maladie du régime général de cinq régions (Ile de France, Poitou-Charentes, Picardie, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon). Au cours de ses déplacements, la mission a également rencontré des professionnels de santé et des établissements dans la mesure où une grande partie de la gestion du risque se déploie en leur sein, avec des enjeux majeurs d'articulation entre ARS et assurance maladie. La mission a également rencontré au niveau national les directions compétentes du ministère des affaires sociales et de la santé, le secrétariat général ainsi que les services concernés de la CNAMTS ; des entretiens complémentaires ont été menés auprès des autres régimes membres de l'UNCAM (régime social des indépendants -RSI et mutualité sociale agricole - MSA) ainsi que de la Haute autorité de santé.

Le présent rapport se décompose en deux parties. Une première partie étudie de façon détaillée six programmes de gestion du risque : transport des patients, imagerie, prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, sorties d'hospitalisation et programme PRADO (programme d'accompagnement des patients au retour à domicile), chirurgie ambulatoire, programmes d'accompagnement des établissements à travers la maîtrise médicalisée hospitalière (MMH) et la pertinence des soins. Une seconde partie traite des enjeux transversaux de la gestion du risque : pilotage et architecture contractuelle, choix des priorités, conception des programmes, évaluation de leur efficacité.

Si la gestion du risque (GdR) est aujourd'hui au cœur de la régulation du système de soins, ce concept n'a pas pour autant des contours clairement définis. Agrégeant de multiples actions de nature diverse destinées à accroître l'efficacité du système de santé, elle se rapproche des notions de régulation et de maîtrise médicalisée, qui doivent permettre de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières.

La CNAMTS a progressivement développé une définition extensive de cette notion, comme l'illustre le chapitre 1 de la COG 2010-2013 consacré à la GdR, qui englobe un très large spectre d'actions, allant de la prévention à la répartition de l'offre sur le territoire, en passant par le bon usage des soins et la lutte contre les fraudes et abus.

Deux décennies de déploiement de la gestion du risque au sein de la branche maladie du régime général fournissent un acquis incontestable : un ensemble d'instruments de contrôle, d'accompagnement ou d'incitation des professionnels de santé et, dans une moindre mesure, des assurés ; une amélioration progressive des systèmes d'information de l'Assurance maladie et des capacités d'analyse des dépenses de soins, qui peuvent désormais être affinées à l'échelle des processus de soins et des pathologies ; une capacité de proposition renforcée du régime en matière d'efficacité du système de soins (formalisée notamment dans les rapports *Charges et Produits* annuels) ; un degré de maturité de la dynamique de gestion du risque qui a permis le lancement récent de programmes centrés sur des thèmes essentiels comme l'articulation ville-hôpital ou la pertinence des soins. Enfin, la gestion du risque contribue à ce que la responsabilité du bon emploi des ressources du système de santé soit portée aussi, depuis 2010, par les directeurs généraux des ARS, lesquels se sentent sans conteste partie prenante de cette démarche.

Pour autant, cet acquis ne doit pas conduire à éluder aujourd'hui certaines questions : quel est le rapport coût-bénéfice des actions de gestion du risque à court terme et à moyen terme ? Comment sont établis et mesurés les gains économiques ou qualitatifs engendrés ? Comment se traduit en pratique le partage des rôles entre Etat et Assurance maladie institué en 2009 par la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires (HPST) ? Quelle est la place des ARS dans la GdR et la place de la GdR dans les ARS ? Comment l'action sur les actes et les comportements des professionnels de santé rejoint-elle la régulation de l'offre ? Dans quelle mesure l'instrument tarifaire est-il intégré à la gestion du risque ? Les modalités de travail autour de cette gestion du risque peuvent-elles progresser ?

La GdR aujourd'hui est moins menacée d'essoufflement (elle demeure un thème très fédérateur au sein des organismes locaux d'Assurance maladie et l'attention qui lui est portée en ARS progresse incontestablement) que d'une confusion grandissante née de ses actions multiples, génératrices de nombreux chevauchements de compétences au niveau central et territorial. L'efficacité de la GdR en pâtit, la portée des messages dispensés aux établissements en ressort affaiblie et le coût de gestion de ces chevauchements est peu conforme à une bonne gestion des ressources publiques.

Il est vrai que le nouveau cadre institutionnel de la gestion du risque introduit en 2009 par la loi HPST se caractérise par son caractère complexe et confus, notamment en raison de l'architecture contractuelle sur laquelle il repose. Si la loi fait de la gestion du risque une compétence partagée entre l'Assurance maladie et l'Etat, cela n'a pourtant pas eu pour corollaire une conception en commun des programmes de gestion du risque. Ce défaut reflète autant le manque d'implication des directions d'administration centrale concernées que l'antériorité historique de la CNAMTS sur le champ de la GdR et la force opérationnelle de son réseau. Le programme de maîtrise médicalisée à l'hôpital déployé par le régime général en est une illustration : recoupant plusieurs autres programmes de GdR, le soutien qu'il pourrait apporter aux autres acteurs est très incertain faute de coordination avec ceux-ci au niveau national ou local. En toute hypothèse, l'articulation entre le contrat Etat-UNCAM, les priorités arrêtées en comité de pilotage des ARS, la COG et ses déclinaisons, reste difficile.

Au niveau local, le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR-GdR), porté par une instance commune, la commission régionale de gestion du risque (CR-GdR), est censé permettre une mise en œuvre partagée de ces actions par les ARS et par l'Assurance maladie. Néanmoins, dans les faits, les deux réseaux agissent plus en parallèle qu'en concertation. La CR-GdR est cependant davantage une instance institutionnelle d'échanges d'information qu'une structure opérationnelle permettant de préciser conjointement la déclinaison territoriale des priorités nationales.

Le pilotage de la gestion du risque pâtit en outre de la multiplicité et de l'instabilité des indicateurs mis en place par chaque réseau, entre lesquels plusieurs incohérences ont été relevées par la mission, comme c'est le cas pour les programmes transports, insuffisance rénale chronique ou chirurgie ambulatoire. Dans bien des cas, l'instabilité des indicateurs et leur faible capacité à refléter la qualité des actions de maîtrise des dépenses tiennent aux tâtonnements dans la conception des programmes et à la dispersion du pilotage national.

La gestion du risque ne joue pas encore le même rôle fédérateur au sein des principaux réseaux mobilisés. Au cœur de l'action des CPAM et du service médical, comme en témoigne la place centrale qu'elle occupe dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG), elle mobilise des moyens conséquents puisqu'environ 9 200 ETP sont affectés aux fonctions de gestion du risque-régulation au sein du réseau du régime général (dont environ 4900 ETP en CPAM et 4300 dans les directions régionales du service médical), soit plus que les effectifs totaux des ARS. Du côté de celles-ci, la diffusion de la culture de la gestion du risque progresse, même s'il est frappant de constater que ces actions restent largement portées par des personnels issus de l'Assurance maladie.



Si les ARS privilégient souvent une approche territorialisée et planificatrice des actions de gestion du risque, s'appuyant sur leurs marges d'adaptation régionale, elles ne disposent pas en revanche d'une capacité de déploiement opérationnel comparable à celle des organismes locaux du régime général dont le mode de management centralisé laisse à l'inverse peu de marges de manœuvre régionales. Quant aux autres régimes membres de l'UNCAM, leur implication dans la GdR est plus modeste au-delà de certaines actions spécifiques à la population couverte (actions de la MSA notamment en ce qui concerne le lien ville-hôpital et le rôle du médecin traitant) et des politiques de prévention auxquelles ces régimes accordent une véritable attention. Ces éléments de contexte institutionnels expliquent largement les difficultés des coopérations et coordinations, pourtant nécessaires, à l'échelon local.

Au-delà de ces difficultés de pilotage, la mission estime que la gestion du risque souffre de défauts de conception qui limitent dans une large mesure son efficacité. La juxtaposition d'actions conduites séparément ne permet pas d'établir les liens pourtant nécessaires, comme entre les programmes chirurgie ambulatoire et pertinence des actes, ou entre transports des patients et prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC).

En outre, la vision retenue est parfois réductrice au regard des enjeux, comme en témoignent les programmes relatifs à l'IRC ou à l'imagerie, lesquels illustrent aussi les faiblesses de l'analyse médico-économique mobilisée pour la conception des programmes. L'expertise en santé publique, pourtant portée par un nombre important d'acteurs, est peu utilisée, tandis que les relations avec la Haute autorité de santé n'ont pas encore trouvé leur équilibre. Enfin des progrès importants restent à accomplir dans l'analyse des dépenses (notamment sur les transports et l'imagerie), afin d'enrichir les retours d'information aux professionnels de santé et de mieux cibler les instruments disponibles, qu'il s'agisse d'accord préalable de l'Assurance maladie, de contractualisation avec les prestataires de soins ou d'autorisation d'équipement et d'activité.

Si la gestion du risque est de plus en plus médicalisée, sa rationalité médicale reste donc insuffisante, notamment du point de vue du bénéfice médical pour le patient. C'est particulièrement important pour les programmes touchant aux pathologies chroniques, comme l'IRC ou le diabète, et au lien ville-hôpital, comme PRADO. Ce dernier aborde certes des sujets essentiels mais il n'est pas sûr qu'il réponde de manière appropriée aux enjeux économiques et de santé publique.

La question des modalités opérationnelles de la GdR est aussi posée ; en particulier la question du compromis entre un pilotage centralisé et la préservation de marges de manœuvre et de coopérations régionales, qui sont indispensables pour certains programmes tels que la promotion de l'efficacité à l'hôpital ou la pertinence des soins. Or les latitudes théoriquement prévues dans les PPR-GdR ont été en pratique peu utilisées et la coopération locale entre les ARS et les organismes locaux d'Assurance maladie reste trop limitée, qu'il s'agisse d'analyse des dépenses, de priorisation ou d'adaptation de certaines actions. Par ailleurs, l'efficacité de certains instruments apparaît à l'avenir incertaine (mise sous accord préalable en matière de chirurgie ambulatoire ou de soins de suite et de réadaptation, visites en établissements) ou à conforter (cas des « profils » remis par les délégués de l'Assurance maladie aux établissements).

De manière générale, l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des actions de GdR est insuffisante et les méthodes de chiffrage peu transparentes, ces défauts relevant des responsabilités tant de l'Etat que de l'Assurance maladie. Les effets attendus des programmes de gestion du risque ne sont pas systématiquement évalués *ex ante* ou *ex post*. C'est particulièrement le cas des programmes imagerie et transports mais aussi d'un programme plus ancien comme celui portant sur la chirurgie ambulatoire. Quant aux efforts réels d'évaluation *ex ante* des programmes PRADO, ils reposent sur des hypothèses éloignées des conditions de mise en place de ces programmes jusqu'à présent. Un manque de transparence affecte aussi les chiffrages repris dans la construction de l'ONDAM, qui intègre chaque année en mesures nouvelles les effets attendus de la GdR, selon des rubriques variables d'une année sur l'autre. Parmi elles, la maîtrise médicalisée se voit attribuer un « rendement » économique d'environ 550 M€ par an (sur un ensemble de mesures d'économies d'un peu plus de 2 Md€ par an, dont la moitié résulte d'ajustements de prix et de tarifs). Mais il est difficile de savoir ce qui, dans ces calculs, est constaté et ce qui est déduit ; ce qui relève d'un calcul prospectif ou d'un calcul rétrospectif. L'estimation des économies obtenues étant nécessairement fondée sur un écart à une tendance, l'instabilité des taux tendanciers et le caractère relativement mystérieux de leur calcul posent problème ; il est quasiment impossible de suivre dans le temps les économies effectivement réalisées.

Il est clair que les faiblesses de la GdR renvoient aussi à la complexité de tout le dispositif de pilotage du système de santé, ainsi qu'aux limites de l'analyse médico-économique disponible.

Sur la base de ces constats, la mission formule un ensemble de recommandations qui s'inscrivent dans un ajustement du cadre institutionnel général et ne prétendent donc pas répondre à toutes les difficultés. Ces recommandations participent de deux convictions : d'abord que, sur la base des acquis et de la dynamique de la GdR, l'efficacité de celle-ci pourrait être considérablement améliorée par une évolution des modalités de travail ; ensuite que la GdR doit s'inscrire dans un horizon temporel suffisamment long pour permettre l'infléchissement des comportements des professionnels de santé et des patients et la réalisation de gains d'efficience structurels.

### **1<sup>ère</sup> orientation : rendre la programmation de la GdR plus cohérente et son pilotage plus unifié.**

Le contrat Etat-UNCAM, qui vit difficilement aujourd'hui, serait transformé en un plan d'action intégré de l'Etat et des principaux régimes d'Assurance maladie centré sur la prévention. Il s'agit d'un domaine pour lequel l'inter-régimes a une valeur ajoutée potentielle et la consolidation des moyens des différents acteurs est indispensable.

A côté de ce nouveau contrat Etat-UNCAM, des programmes partagés de gestion du risque devraient être conçus conjointement par l'Etat et le régime général -ainsi que les autres régimes en fonction de leur intérêt et capacité de mobilisation sur certains thèmes. Validés en CNP, ces programmes seraient, en lieu et place de la COG, la référence unique de l'Etat et de la CNAMTS, de ses organismes locaux et des ARS, pour leurs actions de gestion du risque sur ces priorités. Leur préparation et leur suivi s'appuieraient sur un rôle renforcé du comité national de pilotage de la GdR et de la mission de coordination de la GdR de la DSS, dimensionnée en conséquence. Les sujets qui ne sont pas dépourvus de tout lien avec la GdR mais qui relèvent spécifiquement de la compétence de la CNAMTS - comme la politique conventionnelle, l'analyse de la dépense d'Assurance maladie ou encore la lutte contre les fraudes et abus - continueraient à figurer dans la COG Etat-CNAMTS.

Enfin, la coordination opérationnelle entre ARS et organismes locaux d'Assurance maladie doit être impérativement renforcée : en élargissant la composition de la commission restreinte de coordination de gestion du risque afin d'en faire une instance plus opérationnelle de type « conduite de projet » ; en intégrant les responsables GdR des ARS à leurs commissions exécutives ; et en faisant une place dans le management du réseau du régime général à des travaux conçus conjointement avec les ARS, suivis et évalués. En tout premier lieu, un rapprochement des capacités régionales d'analyse des dépenses des deux réseaux est indispensable comme le préconisait déjà le rapport de l'IGAS sur la gestion du risque de 2010.

**2<sup>ème</sup> orientation : redéfinir le périmètre des priorités partagées de gestion du risque.** La mission a cherché à redéfinir des priorités en renforçant les synergies entre certains thèmes et en s'inscrivant dans la stratégie nationale de santé :

- *un programme nouveau sur l'efficacité hospitalière*, centré sur le développement de la chirurgie ambulatoire abordé sous l'angle de l'organisation des flux de patients, des équipes hospitalières, des blocs opératoires et des circulations d'informations. Ce programme inclurait aussi la question de la pertinence des actes réalisés en chirurgie ambulatoire. Il mobiliserait divers leviers: levier tarifaire, éventuelle mise sous accord préalable, appui aux réorganisations, outils de benchmark, accompagnement des établissements dans le cadre de la MMH, retours d'information aux établissements sur leur activité, analyses d'atypies ;
- *un programme nouveau sur l'aval de l'hospitalisation* regroupant plusieurs actions aujourd'hui dispersées : le sujet des soins de suite et réadaptation, notamment du point de vue de l'adéquation des séjours ; les programmes PRADO, dont le succès suppose un effort de professionnalisation et une articulation avec d'autres leviers de structuration du parcours de soins, y compris dans les zones aux faibles densités médicales ; la chirurgie ambulatoire, qui, pour des actes aujourd'hui plus complexes, doit être aussi abordée sous l'angle de l'organisation des soins en ville post-intervention (notamment la prise en charge de la douleur) et du rôle du médecin traitant ;
- *un programme imagerie à réorienter*, en direction de l'amélioration de la traçabilité des prescriptions et des actes, de l'analyse de la pertinence des actes et du réajustement de la structure tarifaire ;
- *un programme transports à mieux outiller* en termes de connaissance de la dépense et de rationalisation de l'organisation des prescriptions de transport ;
- *un programme pertinence des soins à déployer en s'appuyant sur une véritable stratégie et sur une étroite collaboration* entre les ARS et les organismes locaux d'Assurance maladie ; il s'agit, ce faisant, de se pencher non seulement sur les atypies, mais aussi sur l'organisation collective des parcours de soins.

Il va de soi que ces programmes ne sont pas indépendants les uns des autres.

La mission propose en revanche de ne pas inscrire l'IRC parmi les programmes partagés de gestion du risque, dans la mesure où les actions à mener relèvent en grande partie d'une politique d'offre, de la compétence de l'Etat, en sus des efforts nécessaires d'information et d'éducation thérapeutique des patients.

**3<sup>ème</sup> orientation : mieux étayer la conception opérationnelle des programmes.** La conception précise des programmes de gestion du risque (actions, cibles, instruments, etc.) gagnerait à s'appuyer sur une analyse médico-économique plus développée et plus ouverte aux expertises disponibles. Simultanément, cette analyse pourrait prendre une plus grande profondeur temporelle en évaluant dans la durée les soins mobilisés, en particulier pour les pathologies chroniques. Il convient par ailleurs de préciser et d'organiser l'articulation entre politique tarifaire et GdR.

**4<sup>ème</sup> orientation : évaluer les programmes de façon plus solide et plus transparente.** Tant les évaluations *ex ante* des actions envisagées que la mesure *ex post* de leurs résultats doivent être réalisées de façon plus systématique et sur la base d'hypothèses de calcul plus transparentes. Le recours à une évaluation externe pour des axes majeurs comme la sortie d'hospitalisation ou le « disease management » est à considérer.

Ces orientations générales sont complétées par des propositions plus spécifiques à chacun des programmes étudiés par la mission, qui figurent dans le tome II du présent rapport.



# Sommaire

EVALUATION DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE.....	1
SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION .....	13
<b>1 DE QUOI PARLE-T-ON ? RETOUR SUR LA NOTION DE « GESTION DU RISQUE ».....</b>	<b>15</b>
1.1 Historique et définition de la notion de « gestion du risque ».....	15
1.2 Une architecture contractuelle complexe.....	18
1.2.1 La loi HPST prévoit un partage des responsabilités et des compétences entre l'Etat et l'Assurance maladie en matière de gestion du risque.....	19
1.2.2 Le pilotage régional de la gestion du risque se caractérise par la coexistence de multiples documents programmatiques et contractuels et de plusieurs instances de concertation.....	22
1.3 Une notion qui se concrétise par de nombreux programmes et mobilise d'importants moyens du côté du régime général .....	25
1.3.1 De nombreux programmes .....	25
1.3.2 D'importants moyens mobilisés dans la branche maladie du régime général .....	27
1.3.3 La GdR dans les organisations, modes de management et cultures professionnelles de l'Assurance maladie et des ARS.....	32
<b>2 UNE CONCEPTION DES PROGRAMMES QUI MANQUE DE COHERENCE ET DE METHODE ....</b>	<b>35</b>
2.1 Une juxtaposition d'actions peu articulées.....	35
2.2 Une analyse médico-économique insuffisamment aboutie.....	36
2.2.1 Une liaison insuffisante avec l'expertise en santé publique et l'évaluation médico-économique .....	36
2.2.2 La recherche du meilleur soin au meilleur coût : une rationalité médicale en pratique limitée .....	39
<b>3 UNE MISE EN ŒUVRE QUI MANQUE DE COORDINATION OPERATIONNELLE .....</b>	<b>44</b>
3.1 La question du bon usage de certains outils ou modalités d'intervention .....	44
3.2 Un faible degré de régionalisation de la gestion du risque .....	50
3.2.1 Les ambiguïtés autour des marges de manœuvre régionales.....	50
3.2.2 Dans les faits, un ajustement régional limité des actions de gestion du risque .....	50
<b>4 UN PILOTAGE NATIONAL DONT LA CONSTRUCTION EST INACHEVEE.....</b>	<b>52</b>
4.1 Un pilotage national dispersé.....	52
4.1.1 Un pilotage rendu compliqué par une dualité d'acteurs aux légitimités concurrentes.....	52
4.1.2 Les hésitations dans le pilotage renvoient aussi à des ambiguïtés sur les finalités de la GdR et sur son horizon temporel.....	53
4.2 Des indicateurs peu lisibles et dont la nature reste ambiguë .....	54
4.2.1 Les indicateurs: outils de management d'un réseau ou outils de pilotage de la GdR ?.....	54
4.2.2 Des indicateurs multiples et instables.....	55
<b>5 UN MANQUE D'EVALUATION DES ACTIONS.....</b>	<b>59</b>
5.1 Une mesure fragile de leur efficacité et de leur efficience.....	59
5.1.1 Des actions qui ont un coût .....	59
5.1.2 L'absence d'évaluation <i>ex ante</i> des bénéfices de certains programmes .....	60
5.1.3 Dans d'autres cas, des hypothèses de calcul fragiles et peu transparentes.....	61
5.1.4 Des résultats mitigés, notamment en matière de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques .....	62
5.2 Un manque de transparence des chiffrages repris dans la construction de l'ONDAM.....	62
5.3 Quels résultats peut-on mettre en avant ? .....	70

5.3.1	Une contribution au ralentissement de la dynamique de l'ONDAM ?	70
5.3.2	Des résultats positifs sur certains segments de soins	70
<b>6</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>71</b>
6.1	Revoir la programmation de la GdR afin d'assurer l'alignement stratégique des acteurs	71
6.1.1	Transformer le contrat Etat-UNCAM en un plan d'action intégré centré sur la politique de prévention	71
6.1.2	Arrêter des programmes partagés autour de grandes priorités de GdR et en resserrer le pilotage national	72
6.1.3	Recentrer en conséquence le chapitre GdR de la COG sur les interventions relevant spécifiquement de la compétence de la CNAMTS	73
6.1.4	Renforcer la coordination opérationnelle entre ARS et organismes locaux d'Assurance maladie	74
6.2	Quelles priorités partagées de GdR pour les prochaines années ?	75
6.2.1	Une politique de prise en charge de l'IRC à poursuivre en dehors des programmes partagés de GdR	75
6.2.2	Un programme sur la pertinence des soins à déployer sur la base d'une étroite coordination Etat-Assurance maladie en région	76
6.2.3	Un programme nouveau sur l'efficacité de l'organisation hospitalière	76
6.2.4	Un programme nouveau sur l'aval de l'hospitalisation	77
6.2.5	Un programme relatif à l'imagerie médicale à réorienter	77
6.2.6	Un programme sur les transports à mieux outiller	78
6.2.7	Un programme complémentaire possible concernant les EHPAD	78
6.3	Modalités de conception et d'évaluation des programmes	79
6.3.1	Une conception plus solide des programmes	79
6.3.2	Une évaluation plus transparente	80
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU AUDITIONNEES	81
	ANNEXE 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX ENGAGEMENTS ET OBJECTIFS INSCRITS DANS LA COG ETAT - CNAMTS 2010-2013 AU TITRE DE LA GESTION DU RISQUE	87
	ANNEXE 2 : INDICATEURS DE LA GESTION DU RISQUE FIGURANT DANS LA COG ETAT-CNAMTS 2010-2013 ET LES CPG	93
	ANNEXE 3 : INDICATEURS DE LA GESTION DU RISQUE FIGURANT DANS LES CPOM DES ARS ET INDICATEURS NATIONAUX DE SUIVI DE LA GDR	97
	ANNEXE 4 : OBSERVATIONS SUR LE BILAN DU CONTRAT ETAT-UNCAM 2010-2013	101
	REPONSE DE LA DSS AU RAPPORT PROVISOIRE	113
	REPONSE DU SECRETAIRE GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES AU RAPPORT PROVISOIRE	123
	REPONSE DE LA CNAMTS AU RAPPORT PROVISOIRE	129
	OBSERVATIONS DE LA MISSION AUX REPONSES AU RAPPORT PROVISOIRE	151
	LISTE DES SIGLES	155

*" At all times our guiding principle will be : think like a patient, act like a taxpayer "*

" Notre ligne directrice restera : penser en patient, agir en contribuable "

Simon Stevens, directeur général du National Health Service, Angleterre





## INTRODUCTION

Le présent rapport évalue la gestion du risque maladie dans une triple perspective : le renouvellement du contrat Etat-UNCAM<sup>1</sup>, le bilan de la convention d'objectifs et de gestion (COG) Etat-CNAMTS 2010-2013 et son renouvellement (la précédente mission d'évaluation relative à la COG 2006-2009 ayant indiqué la nécessité de mener des travaux plus approfondis sur ce thème), enfin, la préparation du prochain programme de gestion du risque des ARS.

La gestion du risque est une notion assurantielle qui vise à maîtriser ou modifier le profil du risque assuré. Dans le contexte de l'Assurance maladie, elle se définit autour de trois finalités :

- une recherche d'efficacité : optimiser les réponses du système de soins aux besoins de santé ;
- un souci de prévention : inciter la population à recourir à la prévention et aux soins de façon pertinente ;
- une finalité qualitative : amener les professionnels de santé et établissements à respecter les critères de qualité des soins dans le cadre financier en vigueur (tarifs négociés entre Assurance maladie et professionnels de santé libéraux, prix et tarifs fixés par l'Etat pour les médicaments et établissements de santé, objectif national de dépenses d'Assurance maladie voté chaque année par le Parlement).

La prise en compte des enjeux de qualité et d'efficacité peut conduire à une conception très extensive de la gestion du risque, qui couvrirait quasiment toute la régulation du système de santé, depuis l'organisation de l'offre de soins jusqu'aux conditions d'accès à ces soins. C'est d'ailleurs cette conception qui est retenue dans la COG de la CNAMTS.

En pratique, la gestion du risque se décline en plusieurs programmes, communs à l'Etat et à l'Assurance maladie ou propres à celle-ci. La mission a approfondi l'étude de six d'entre eux :

- transport des patients ;
- imagerie ;
- prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ;
- chirurgie ambulatoire ;
- sorties d'hospitalisation et programmes PRADO ;
- programmes d'accompagnement des établissements, à travers la maîtrise médicalisée hospitalière (MMH) et la pertinence des soins.

Les deux premiers programmes ont été retenus en raison d'interrogations quant à leur rapport coût-bénéfice ; le troisième présente des enjeux de santé publique majeurs sur une pathologie chronique ; pour le quatrième la question était celle du devenir d'un programme plus ancien et des conditions susceptibles de conforter la dynamique engagée ; les deux derniers programmes soulevaient de manière plus aigüe des enjeux d'articulation entre ARS et Assurance maladie.

---

<sup>1</sup> UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

La mission ne s'est pas penchée sur les programmes de GdR relatifs au médicament compte tenu des récents travaux publiés sur le sujet<sup>2</sup>, ni sur le programme propre aux EHPAD. Elle a exclu également les modalités de rémunération des médecins, sujet à part entière et qui renvoie notamment à la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), trop récente pour être évaluée. La mission n'a pas traité non plus la politique de contrôle en matière d'indemnités journalières qui a fait l'objet d'un rapport de la MECSS<sup>3</sup> de l'Assemblée nationale en avril 2013.

Les travaux de la mission, qui se sont déroulés de novembre 2013 à mars 2014, reposent sur l'analyse de très nombreux documents au niveau national ainsi que sur des entretiens en ARS et dans les organismes d'Assurance maladie du régime général (CPAM, DRSM<sup>4</sup> et ELSM<sup>5</sup>) dans cinq régions (Ile de France, Poitou-Charentes, Picardie, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon). Au cours de ses déplacements, la mission s'est également rendue dans quelques établissements dans la mesure où une grande partie de la gestion du risque se déploie en leur sein, avec des enjeux majeurs d'articulation entre ARS et Assurance maladie. La mission a également rencontré au niveau national les directions compétentes du ministère des affaires sociales et de la santé, le secrétariat général ainsi que les services concernés de la CNAMTS. Des entretiens complémentaires ont été menés auprès des autres régimes membres de l'UNCAM (Régime social des indépendants -RSI- et Mutualité sociale agricole -MSA), de professionnels de santé et de la Haute autorité de santé (HAS).

Deux décennies de déploiement de la gestion du risque au sein de la branche maladie du régime général fournissent un acquis incontestable : un ensemble d'instruments de contrôle, d'accompagnement ou d'incitation des professionnels de santé et, dans une moindre mesure, des assurés ; une amélioration progressive des systèmes d'information de l'Assurance maladie et des capacités d'analyse des dépenses de soins, qui peuvent désormais être affinées à l'échelle des processus de soins et des pathologies ; une capacité de proposition renforcée du régime en matière d'efficacité du système de soins (formalisée notamment dans les rapports *Charges et Produits* annuels) ; un degré de maturité de la dynamique de gestion du risque qui a permis le lancement récent de programmes centrés sur des thèmes essentiels comme l'articulation ville-hôpital ou la pertinence des soins. Enfin, la gestion du risque contribue à ce que la responsabilité du bon emploi des ressources du système de santé soit portée aussi, depuis 2010, par les directeurs généraux des ARS, lesquels se sentent sans conteste partie prenante de cette démarche.

Parmi les autres régimes d'Assurance maladie, la gestion du risque occupe une place moins centrale qu'au sein du régime général, même si la mutualité sociale agricole accorde une grande attention au contrôle des facturations, aux questions d'organisation des soins en milieu rural - en particulier la place du médecin traitant - ainsi qu'à la prévention et à l'éducation en santé.

Pour autant, cet acquis ne doit pas conduire à éluder aujourd'hui certaines questions : quel est le rapport coût-bénéfice des actions de gestion du risque ? Comment sont établis et mesurés les gains économiques ou qualitatifs engendrés ? Comment se traduit en pratique le partage des rôles entre Etat et Assurance maladie institué en 2009 par la loi HPST ? Quelle est la place des ARS dans la GdR et la place de la GdR dans les ARS ? Comment l'action sur les actes et les comportements des professionnels de santé rejoint-elle la régulation de l'offre ? Dans quelle mesure l'instrument tarifaire est-il intégré à la gestion du risque ? Les modalités de travail autour de cette gestion du risque peuvent-elles progresser ? Telles sont les questions auxquelles la mission a cherché à répondre.

---

<sup>2</sup> Cf. notamment missions de l'IGAS relatives à la prescription des médicaments en ville et à l'hôpital (2013) et à l'évaluation de la politique des médicaments génériques (2012) ainsi que plusieurs travaux de la Cour des Comptes, notamment : chapitre IV « La maîtrise des dépenses de médicaments » dans le rapport de 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale

<sup>4</sup> DRSM : Direction régionale du service médical.

<sup>5</sup> ELSM : Echelon local du service médical.

Le présent rapport est organisé comme suit :

- un premier tome présentant :
  - **un rapport de synthèse qui traite des problématiques transversales** : construction des programmes de gestion du risque, mise en œuvre et coordination opérationnelle, pilotage, efficacité de ces actions, intégration dans l'ONDAM. Ce rapport de synthèse formule dans sa dernière partie des propositions d'évolution liées à ces enjeux transversaux. Il faut souligner que ces éléments sont fondés sur les seuls programmes étudiés par la mission ; en outre, les propositions formulées s'inscrivent dans le cadre législatif actuellement en vigueur quant à la répartition des compétences entre l'Etat et la CNAMTS ;
  - **quelques annexes** : un récapitulatif des engagements de gestion du risque inscrits dans la COG Etat-CNAMTS 2010-2013 ; deux tableaux récapitulatifs des indicateurs utilisés dans ce domaine, que ce soit dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'Etat et les ARS ou dans la COG et les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des organismes locaux d'Assurance maladie ; enfin quelques observations de la mission sur le bilan du contrat Etat/UNCAM 2010-2013 ;
- un deuxième tome comprenant les **fiches consacrées à chacun des six programmes étudiés par la mission** : ces fiches analysent en détail le contenu des programmes et les processus de décision sous-jacents, leurs modalités et difficultés de mise en œuvre ainsi que leurs effets. Chaque fiche comprend des propositions d'évolutions spécifiques au programme traité.

## 1 DE QUOI PARLE-T-ON ? RETOUR SUR LA NOTION DE « GESTION DU RISQUE »

### 1.1 Historique et définition de la notion de « gestion du risque »

La notion de risque visée par la « gestion du risque » est le risque assuré par un organisme d'assurance. La gestion du risque (GdR) désigne ainsi toutes les techniques permettant à l'assureur de réduire le coût de cette couverture : techniques actuarielles, détermination des niveaux de primes, promotion de la prévention, sélection des clients, etc.

Dans un contexte d'assurance sociale publique et obligatoire, la notion se transforme nécessairement : en l'absence de possibilité de sélection des personnes assurées ou de tarification selon le risque individuel des assurés, et en présence d'un panier de soins couverts largement défini par des dispositions législatives et réglementaires, l'éventail des techniques de gestion du risque assuré se réduit. De plus, l'objectif politique d'amélioration de l'état de santé de la population impose des actions qui peuvent contrebalancer la seule préoccupation de maîtrise des coûts et de maîtrise du risque assuré.

Par conséquent, la gestion du risque maladie, lorsqu'elle s'insère dans la politique de régulation du système de santé et de maîtrise des dépenses publiques, devient un ensemble - aux frontières imprécises - d'actions destinées à améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût (coût pour l'Assurance maladie d'abord, la question du reste à charge du patient pouvant intervenir à travers les conséquences du renoncement aux soins).

#### ➤ *Bref historique*

La CNAMTS traite de la gestion du risque depuis deux décennies. Celle-ci n'est devenue un domaine partagé qu'avec la création des ARS en 2010.

L'expression a été introduite dans le code de la sécurité sociale par l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 qui en fait un des objets des conventions d'objectifs et de gestion nouvellement instituées (article L.227-1 du code de la sécurité sociale<sup>6</sup>) mais aussi un objet des plans d'action arrêtés annuellement par les caisses primaires d'Assurance maladie (article L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale<sup>7</sup> - modifié depuis, le conseil de la CPAM ne déterminant désormais que les « axes de la politique de gestion du risque »).

La GdR a commencé à être évoquée dans la première COG CNAMTS 1997-1999, sous deux angles: « *Le service médical doit prendre une part déterminante dans la politique de gestion du risque* » et « *Un lien étroit est établi entre les plans d'action de gestion du risque et les objectifs négociés conventionnellement avec chaque profession* », sachant que la CNAMTS avait alors reçu délégation de l'Etat pour appliquer le dispositif d'enveloppe fermée sur les soins de ville.

Après avoir fait l'objet d'un avenant dans la COG 2000-2003, le thème de la GdR a été véritablement décliné dans ses différentes dimensions avec la COG 2006-2009. Une conception très large de la GdR a d'emblée prévalu.

Cette conception était contenue dans la circulaire inter-régimes n°5/99 du 24 mars 1999 sur la coordination de la gestion du risque par les unions régionales de caisses d'Assurance maladie (URCAM), qui définissait ainsi les trois dimensions de la gestion du risque : « *optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé ; inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins ; amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts, dans le cadre financier voté par le Parlement* ».

Ainsi l'avenant n°4 à la COG 2000-2003 définit-il une politique de gestion du risque s'appuyant sur « *l'optimisation des dépenses grâce à des outils médicalisés, afin de garantir la qualité des soins, envisagés dans toutes leurs composantes : leur opportunité, leur régularité (c'est-à-dire leur conformité aux normes médicales et juridiques), leur efficacité et leur efficience* ».

A la faveur de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, la CNAMTS a affirmé une conception de plus en plus extensive de son rôle en matière de gestion du risque ; elle en a fait progressivement un point clé de sa stratégie tant vis-à-vis de l'Etat que vis-à-vis de son propre réseau, en s'appuyant sur le développement des systèmes d'information issus des consommations de soins.

La loi du 13 août 2004 a en effet identifié la gestion du risque comme une compétence spécifique du conseil de la CNAMTS (et des autres caisses nationales d'Assurance maladie) chargé d'arrêter « *les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre* » (art. L. 221-3 du code de la sécurité sociale), tout en confiant à l'UNCAM une fonction de coordination des actions de gestion du risque de ses membres. Elle a simultanément étendu les compétences de l'Assurance maladie pour permettre sa contribution à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, établissements de santé inclus.

Sur ce fondement, le conseil de la CNAMTS a arrêté en juin 2005 les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre, et il a, à cette occasion, distingué trois domaines d'intervention :

---

<sup>6</sup> Article L. 227-1 : les conventions d'objectifs et de gestion précisent : « 1°) Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ; (...) ».

<sup>7</sup> Article L. 211-2-1 (version initiale) : « Les conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie arrêtent chaque année, sur proposition du directeur, un plan d'action en matière de gestion du risque maladie. Ce plan détermine notamment, au vu des objectifs nationaux et régionaux et des évaluations des actions poursuivies les années précédentes, les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs de la caisse et l'échelon local du contrôle médical et, en tant que de besoin, les modalités de cette coordination ».

- les domaines pour lesquels l'Assurance maladie est seule compétente (relations conventionnelles, contrôles des assurés et des professionnels, périmètre de la prise en charge) ;
- ceux pour lesquels ses compétences sont partagées avec l'Etat (prévention, médicament, politique hospitalière, bonnes pratiques, démographie médicale, planification de l'offre de soins, médico-social) ;
- ceux « *qui peuvent donner lieu à propositions* » (i.e. sur lesquels elle s'estime légitime à s'exprimer : formation des professionnels de santé, sécurité sanitaire, cadre juridique du système de soins et de prévention).

Le rapport *Charges et Produits* publié chaque année par la CNAMTS sur la base de la loi de 2004 - la MSA publiant le sien également - est le support de communication de la caisse sur ses actions ou ses propositions en matière de gestion du risque et plus largement de régulation du système de santé. Ce document est progressivement devenu une source de propositions majeure pour l'Etat dans son pilotage du système de soins et de l'ONDAM.

La gestion du risque est aussi devenue depuis 2006 le premier chapitre des COG de la CNAMTS : chapitre intitulé « *Placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie, assureur solidaire en santé* » dans la COG 2006-2009, puis « *Approfondir la gestion du risque* » dans la COG 2010-2013 qui développe davantage encore la thématique. Cette dernière COG souligne la nécessité d'ordonner la gestion du risque et plus généralement la régulation du système de santé autour de l'assuré plutôt que des différentes catégories de prestataires de soins. En dehors de sa déclinaison en 20 axes d'actions détaillés, la convention ne comporte pas de définition particulière de cette notion. Il est vrai que la dernière COG a été signée dans le contexte de la mise en place des ARS et de la loi HPST du 21 juillet 2009 dont la répartition des compétences de gestion du risque a été un enjeu âprement discuté.

#### ➤ *Définition*

Le contrat Etat-UNCAM 2010-2013 se réfère, pour sa part, à la définition de la gestion du risque donnée par le HCAAM dans son rapport annuel de 2008, à partir des principaux types d'actions qui la composent<sup>8</sup> :

- connaître le risque, c'est-à-dire les comportements des assurés, leurs déterminants, et les facteurs de coût du risque et de son évolution (d'où l'intérêt de disposer de systèmes d'information exhaustifs, y compris en ce qui concerne l'hôpital et le secteur médico-social, et des capacités techniques nécessaires à leur exploitation) ;
- prévenir les sinistres, en sensibilisant les assurés ;
- limiter l'aggravation des sinistres (sont visées à ce titre notamment les actions de prévention destinées aux assurés en affection de longue durée) ;
- réduire les coûts de la réparation des sinistres, en promouvant un recours aux soins plus pertinent et en maîtrisant les coûts de production des soins par des actions visant à infléchir les pratiques soignantes ;
- fournir des services à l'assuré ou au prestataire de soins (lui permettant, par exemple, de suivre et comparer son profil de prescription ou d'auto-évaluer ses pratiques).

Le contrat Etat-UNCAM ajoute que « *la gestion du risque s'inscrit dans la démarche de maîtrise médicalisée des dépenses de santé* » qui doit « *permettre de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières* ».

---

<sup>8</sup> Reprenant ainsi la définition contenue dans le rapport d'information sur les ARS, présenté par Yves Bur, Assemblée nationale, n°2008-697, février 2008.

Ces actions recourent en effet assez largement la notion de « maîtrise médicalisée » couramment utilisée depuis le début des années 90 (avec des dispositifs tels que les références médicales opposables introduites par la convention de 1993, les carnets de santé ou encore le codage des actes et des pathologies et les outils d'analyse de l'activité des professionnels) dans un contexte juridique qui en limitait alors l'application au secteur ambulatoire.

Sur la base de la loi de 2004, les démarches et outils de maîtrise médicalisée de l'Assurance maladie se sont étendus aux établissements ; évolution plus que rupture puisque dès la COG 1997-1999 le suivi des dépenses imputées sur l'enveloppe de soins de ville conduisait à « *mettre en œuvre tous les moyens pour assurer le suivi et la maîtrise des prescriptions réalisées par les médecins hospitaliers en définissant notamment les modalités de responsabilisation des prescripteurs hospitaliers* ».

Aujourd'hui la gestion du risque tend à devenir un ensemble d'actions extrêmement vaste et hétérogène autour des enjeux de qualité et d'efficacité. Au sein de la MSA, est proposée aux médecins conseils une définition par défaut selon laquelle « Quand vous ne faites pas de l'expertise médicale individuelle, vous faites de la GdR ».

De fait, le chapitre relatif à la gestion du risque dans la COG de la CNAMTS 2010-2013 inclut, outre la maîtrise médicalisée, des dispositifs qui, comme Ameli-direct ou le tiers-payant, relèvent autant de la qualité de service administratif aux assurés (et figurent d'ailleurs aussi dans le chapitre 2 qui traite de ce thème). Ce chapitre englobe aussi des objectifs de réduction des inégalités de santé ou de répartition de l'offre sur le territoire qui relèvent davantage de la politique de santé publique et de l'organisation du système de santé. Il comprend enfin la lutte contre la fraude, qui est une fonction propre à l'assureur et constitue l'expression ultime de la GdR.

Les enjeux de qualité et d'efficacité sont eux-mêmes en tension réciproque. Si l'Assurance maladie met en avant une médicalisation croissante de la gestion du risque (d'abord sous la forme d'une analyse des dépenses par pathologie ou processus de soins), la question du bénéfice pour le patient reste peu abordée. Cela est manifeste dans la conduite de programmes comme ceux relatifs à l'insuffisance rénale chronique ou à l'imagerie médicale. La légitimité de la recherche de modération de la dépense, exprimée par exemple dans les propositions des rapports *Charges et Produits* de la CNAMTS, est incontestable, mais la manière dont elle est mise en résonance avec le bénéfice pour le patient reste ambiguë. Selon certains interlocuteurs de la mission, un discours trop focalisé sur la maîtrise des dépenses d'Assurance maladie a même pu desservir certains objectifs.

Finalement, une définition « simple » qui pourrait être retenue pour la GdR serait qu'elle serve à promouvoir « le meilleur soin au meilleur coût ».

## 1.2 Une architecture contractuelle complexe

Une ligne de partage historique a longtemps attribué à l'Assurance maladie (caisses nationales, UNCAM au niveau national, URCAM au niveau régional) la régulation des soins de ville et à l'Etat celle du secteur hospitalier. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ainsi que la mise en place des ARS en 2010 ont modifié la donne juridique, sans effacer totalement cet héritage.

A l'issue de la loi HPST, les bases juridiques du pilotage national de la gestion du risque sont les suivantes :

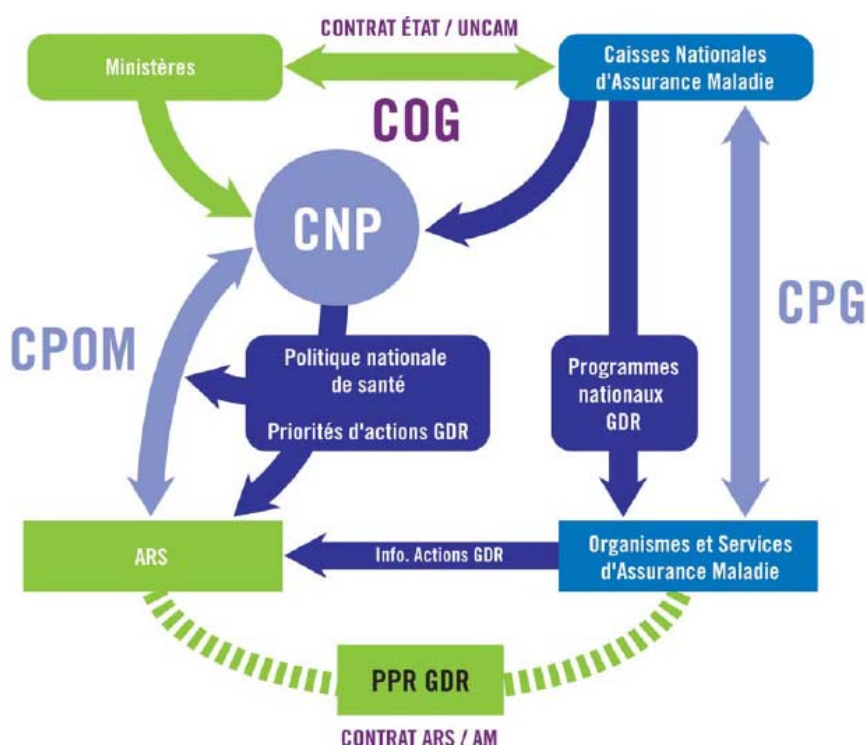
- l'article L.182-2-1-1 du code de la sécurité sociale qui définit le champ du contrat Etat-UNCAM (cf. *infra*) ;
- l'article L. 1433-1 du code de la santé publique qui définit les compétences du conseil national de pilotage (CNP) des ARS ;



- les articles L. 221-3 et L. 182-2 et suivants du code de la sécurité sociale qui continuent de définir les pouvoirs de la CNAMTS et de l'UNCAM issus de la loi du 13 août 2004, ainsi que l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale sur le champ de la COG des régimes d'Assurance maladie.

Le schéma ci-dessous résume l'architecture contractuelle de la gestion du risque telle qu'elle existe aujourd'hui. Les développements qui suivent en précisent le sens.

Schéma 1 : Architecture contractuelle de la gestion du risque



Source : Programme régional de gestion du risque de l'ARS de Franche Comté (2010-2013)

### 1.2.1 La loi HPST prévoit un partage des responsabilités et des compétences entre l'Etat et l'Assurance maladie en matière de gestion du risque

#### 1.2.1.1 Le contrat Etat-UNCAM fixe les objectifs de gestion du risque et répartit les compétences entre l'Etat et l'Assurance maladie

La loi HPST (article 117) fait reposer le pilotage national de la gestion du risque sur un nouveau document contractuel, précisant à la fois les objectifs de gestion du risque poursuivis par l'Etat et par l'Assurance maladie ainsi que la répartition de leurs compétences : il s'agit du contrat Etat-UNCAM.

En substance, le contrat Etat-UNCAM est un contrat pluriannuel (4 ans) qui détermine :

- les objectifs de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'UNCAM (régime général, régime des travailleurs indépendants, régime agricole). Ces objectifs doivent permettre de promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, et à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, afin de favoriser la qualité et l'efficacité des soins ;
- les actions mises en œuvre afin d'atteindre ces objectifs.

Pour 2010-2013, l'Etat et l'UNCAM se sont engagés sur cinq axes :

- mieux connaître le risque santé ;
- renforcer l'accès aux soins ;
- renforcer l'information et la prévention ;
- promouvoir des prises en charge plus efficaces ;
- moderniser les outils au service du système de santé.

En termes de procédure, le contrat Etat-UNCAM est validé en CNP.

#### 1.2.1.2 Les objectifs de gestion du risque inclus dans le contrat Etat-UNCAM doivent être déclinés en engagements par l'Etat et par chaque régime d'Assurance maladie

Comme l'indique l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi HPST, les programmes nationaux de gestion du risque doivent être élaborés conformément aux objectifs déterminés dans le contrat Etat/UNCAM. Les engagements du contrat Etat/UNCAM sont censés être déclinés à la fois dans la COG de chaque régime d'Assurance maladie et dans les priorités nationales de gestion du risque, reprises ensuite dans les programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque (PPR-GdR) des ARS, lesquels sont intégrés aux projets régionaux de santé (PRS).

##### a) La déclinaison du contrat Etat-UNCAM dans les COG conclues avec les différents régimes d'Assurance maladie

La déclinaison du contrat Etat-UNCAM diffère selon les trois régimes d'Assurance maladie. Concernant le RSI et la MSA, cette déclinaison se fait essentiellement sous l'angle des actions de prévention vers les assurés, et bien moins sous l'angle de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé. La COG de la CNAMTS aborde la gestion du risque de manière beaucoup plus extensive suivant des axes qui, sans être identiques à ceux du contrat Etat-UNCAM, en reprennent l'esprit et intègrent les outils et agendas propres au régime général.

En pratique, comme le souligne le précédent rapport de l'IGAS<sup>9</sup> sur ce thème, l'ordre des rédactions prévu a été adapté : « l'UNCAM a tout d'abord adopté en février 2010 un document très général sur les objectifs de GdR des trois régimes ; la CNAMTS a ensuite à la fois précisé et élargi les éléments la concernant du plan d'action UNCAM en faisant arrêter par son conseil en mars 2010 ses orientations pour la gestion du risque, dans la perspective de la négociation de sa COG ; puis ces orientations ont servi de trame à la partie GdR de son projet de COG, dont le contenu a été négocié parallèlement à la négociation du contrat Etat/UNCAM et à l'arbitrage de dix priorités nationales de gestion du risque à l'intention des ARS ; ces deux derniers documents ont fait l'objet d'un examen et d'une validation du CNP ».

**Dans les faits, l'articulation entre contrat Etat-UNCAM et COG de la CNAMTS s'apparente donc davantage à une superposition contractuelle qu'à une déclinaison ordonnée d'objectifs fixés préalablement.**

##### b) La déclinaison du contrat Etat-UNCAM dans les priorités nationales de gestion du risque du côté de l'Etat

Du côté de l'Etat, la déclinaison du contrat Etat-UNCAM s'est faite à travers l'élaboration des 10 priorités nationales de gestion du risque, établies par la directive du 19 juillet 2010 et validées en CNP (récapitulées dans le tableau suivant) :

<sup>9</sup> P-Y. Bocquet, M. Peltier, *Mission sur la gestion du risque*, rapport de l'IGAS, RM2010-163P, décembre 2010.



Tableau 1 : Les 10 priorités nationales de gestion du risque dans la directive du 19 juillet 2010

Programme	Détail des actions	Eco 2010	Eco 2011
<b>Transports sanitaires (DSS)</b>	- Contractualisation ARS avec les établissements de santé - Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires	90 <sup>1</sup> M€	90M€
<b>Prise en charge IRC (DSS)</b>	- Dépistage de l'IRC - Développement de la Dialyse péritonéale - Développement des greffes	30M€	100M€
<b>Liste en sus (DSS)</b>	- Maîtrise des volumes au travers une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	90M€	90M€
<b>Médicaments hospitaliers exécutés en ville (UNCAM)</b>	- Identification des prescripteurs hospitaliers - Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	20M€	60M€
<b>Imagerie médicale (UNCAM)</b>	- Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle - Favoriser un développement soutenable des équipements lourds	100 M€ <sup>2</sup>	100M€
<b>Chirurgie ambulatoire (DGOS)</b>	- Développement de la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs - Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive	30M€	50M€
<b>Efficience des EHPAD (DSS)</b>	- Améliorer la coordination des PS intervenant en EHPAD - Diffuser les bonnes pratiques - Développer les SI - Construire un dispositif d'évaluation	Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficaces dans les EHPAD	
<b>Prescription dans les EHPAD (DSS)</b>	- Réintégrer les médicaments dans le forfait de soins - Préparer/Calibrer le passage du tarif partiel au tarif global des EHPAD - Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux ; - Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD	Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD	
<b>SSR (DGOS)</b>	- Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint - Mise en œuvre d'une politique efficiente et maîtrisée du SSR	Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM	
<b>PDS ambulatoire et urgences (DGOS)</b>	- Assurer une permanence des soins accessible et efficiente - Assurer l'articulation entre la PDS ambulatoire et les urgences hospitalières	Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3%/an)	
<b>TOTAL</b>		<b>360M€</b>	<b>490M€</b>

Source : Directive aux agences régionales de santé relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010, 19 juillet 2010

A noter que ces priorités ont évolué depuis 2010 : le programme Permanence des soins ambulatoire a été supprimé et remplacé par le programme Pertinence des soins.

Selon la directive du 19 juillet 2010, le pilotage de ces 10 priorités doit être assuré dans les conditions suivantes : « *chacun des dix programmes nationaux est confié à un chef de projet identifié qui anime les acteurs nationaux et assure le pilotage du programme vis-à-vis des ARS* », tandis que la direction de la Sécurité sociale (DSS) anime un comité de suivi. Un suivi régulier doit être réalisé en CNP. Pour ce faire, un comité de pilotage de la GdR, sous l'égide de la DSS se réunit à un rythme trimestriel, associant l'Etat, la CNAMTS et la CNSA<sup>10</sup>.

Au sein de l'administration centrale, les 10 priorités de gestion du risque font l'objet d'un pilotage partagé entre la DSS et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) :

- les deux directions sont co-pilotes des actions en matière de transports, de liste en sus, et d'imagerie ;
- la DSS est pilote des programmes EHPAD et insuffisance rénale chronique (IRC) ;
- la direction générale de l'offre de soins (DGOS) est pilote des programmes chirurgie ambulatoire, soins de suite et de réadaptation (SSR), pertinence des soins et hospitalisation à domicile (HAD).

### 1.2.2 Le pilotage régional de la gestion du risque se caractérise par la coexistence de multiples documents programmatiques et contractuels et de plusieurs instances de concertation

Les bases juridiques du pilotage de la GdR au niveau régional sont les suivantes :

- l'article L. 1431-2 du code de la santé publique qui définit les compétences des ARS,
- l'article L. 1434-14 qui introduit la notion de programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR-GdR).

#### 1.2.2.1 La compétence des ARS en matière de gestion du risque

La loi HPST confère une compétence de gestion du risque aux ARS, qui « *définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'Assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux* » (article L. 1431-2 du code de la santé publique).

Cette compétence, adossée à des programmes nationaux, est le prolongement logique de la compétence générale des ARS, chargées de « *réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux et à garantir l'efficacité du système de santé* » (L. 1431-2 du code de la santé publique).

#### 1.2.2.2 Une abondance de documents programmatiques et contractuels

- a) Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est censé assurer la cohérence des actions conduites par les différents réseaux

Selon la directive du 19 juillet 2010, le PPR-GdR est composé de deux parties :

---

<sup>10</sup> CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- une première partie reprenant les programmes nationaux de GdR, pour l'Assurance maladie et pour l'Etat. Les conditions de déclinaison et de mise en œuvre peuvent être précisées si besoin ;
- une seconde partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques (arrêtées par le directeur général d'ARS après avis de la Commission régionale de gestion du risque - CR-GdR).

Le PPR-GdR est donc la déclinaison au niveau régional des actions décidées au niveau national à la fois par l'Etat et par l'Assurance maladie. Arrêté pour une durée de 4 ans et révisable annuellement par avenant, soumis à concertation au sein de la Commission régionale de gestion du risque, ce programme est censé assurer la cohérence des actions menées localement. Le PPR-GdR est en outre intégré au projet régional de santé qui fait lui-même l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'ARS et les directeurs des organismes locaux d'Assurance maladie (Art. L. 1434-14 du code de la santé publique).

Concernant les actions régionales complémentaires, la directive du 19 juillet 2010 en précise le cadre :

- ces actions doivent être complémentaires avec les programmes nationaux ;
- leur définition doit être fondée sur un référentiel scientifique validé ;
- une évaluation des moyens mis en œuvre et des objectifs atteints doit être assurée.

La même directive indique que « *le plein déploiement des actions complémentaires des ARS ne devrait logiquement se faire qu'une fois le projet régional de santé adopté car elles découleront plus directement du diagnostic régional et des actions qui en résultent* ».

- b) Le PPR-GdR coexiste avec d'autres documents contractuels propres au pilotage de leur réseau par l'Etat et par l'Assurance maladie, qui interfèrent nécessairement avec la conduite des actions de GdR

Le PPR-GdR ne constitue pas le document unique de pilotage de la gestion du risque au niveau régional. Il coexiste avec deux autres documents contractuels servant au pilotage de chaque réseau :

- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'Etat et les ARS. Ils comprennent trois indicateurs : un indicateur synthétique portant sur le taux de réalisation des 10 priorités de gestion du risque ; deux indicateurs dédiés respectivement à la chirurgie ambulatoire et à l'insuffisance rénale chronique ;
- les contrats pluriannuels de gestion (CPG) conclus par la CNAMTS avec les CPAM et les directions régionales du service médical. Ils déclinent, d'une part, certains axes de la COG, notamment certaines actions de gestion du risque relevant d'initiatives propres à la CNAMTS ou de programmes partagés avec les ARS ; ils doivent décliner d'autre part le PPR-GdR.

Les priorités de gestion du risque sont donc reprises de façon plus ou moins exhaustives à plusieurs niveaux : dans le PPR-GdR, dans les CPOM Etat/ARS (complétés des instructions régulièrement adressées dans ce domaine aux ARS) et dans les CPG (complétés des nombreuses lettres-réseau transmises par la CNAMTS en la matière). Il en résulte des chevauchements et une certaine confusion quant aux véritables responsabilités de pilotage et aux textes servant de référence pour ce faire.

### 1.2.2.3 Une instance régionale de concertation ARS-Assurance maladie, qui coexiste avec les instances de pilotage propres à l'Assurance maladie

#### a) Une instance de concertation : la Commission régionale de gestion du risque

La préparation, le suivi et l'évaluation du PPR-GdR sont effectués dans le cadre d'une Commission régionale de la GdR (CR-GdR). Celle-ci est présidée par le directeur général de l'ARS et est composée du représentant, au niveau régional, de chaque organisme d'Assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM ainsi que les directeurs des organismes d'Assurance maladie complémentaire.

La Commission régionale de gestion du risque se réunit :

- soit en formation plénière et selon la composition évoquée ci-dessus ;
- soit en formation restreinte. Sa composition est alors variable, notamment du côté du régime général. Soit celui-ci est représenté par le seul directeur coordonnateur de la GdR (DC-GdR), soit l'ensemble des directeurs de CPAM y participent. Par ailleurs, sont également présents au sein de cette formation le directeur régional de la MSA ainsi que du RSI. La formation restreinte de la CR-GdR a été présentée à la mission comme le niveau décisionnel le plus stratégique : c'est en son sein que les actions à mener sont réellement arrêtées.

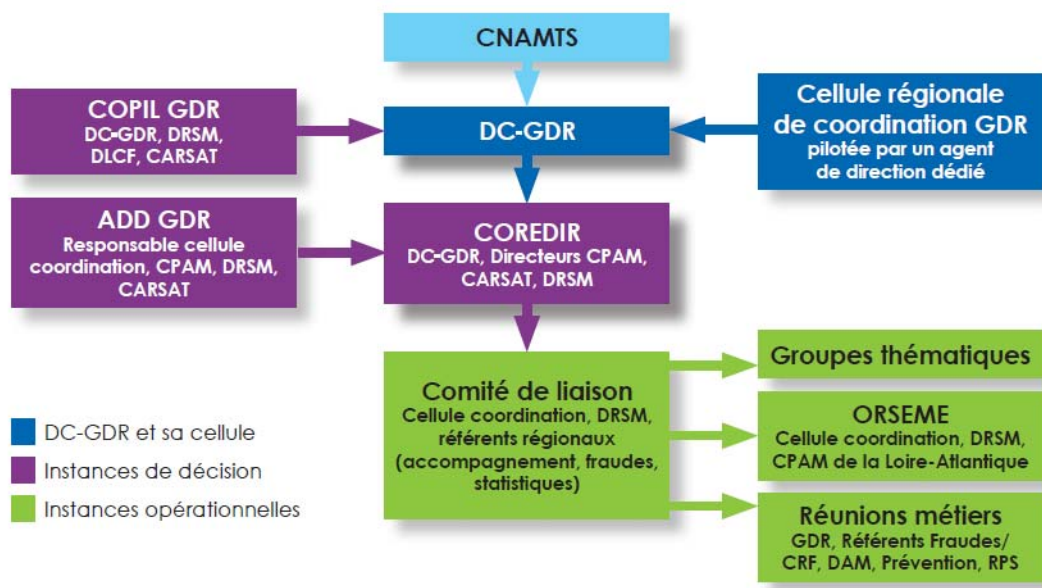
#### b) Une comitologie dédiée à la gestion du risque propre à l'Assurance maladie

Au niveau local, la gestion du risque est pilotée par le directeur coordonnateur de la gestion du risque. Le plus souvent directeur d'une CPAM, il assure la coordination régionale de la politique de gestion du risque, sans pour autant avoir une autorité hiérarchique sur les CPAM. C'est l'interlocuteur privilégié des ARS.

Le DC-GdR s'appuie pour remplir sa fonction de coordination sur une cellule régionale de coordination de la gestion du risque, de 5-6 personnes généralement, et qui doit assurer la déclinaison opérationnelle de programmes nationaux de gestion du risque et assure leur suivi. Elle coordonne pour ce faire les organismes locaux qui détiennent les responsabilités opérationnelles dans le champ de la gestion du risque : les CPAM, les directions régionales du service médical et ses échelons locaux, mais aussi les CARSAT.

Afin de coordonner ces différents acteurs, une architecture interne au régime général, pilotée par le directeur coordonnateur de la gestion du risque, a été mise en place (cf. schéma ci-dessous) :

Schéma 2 : La coordination régionale de la gestion du risque au sein du réseau du régime général



Source : *Rapport d'activité de la coordination régionale de la gestion du risque des Pays de la Loire*

Le comité régional des directeurs (COREDIR) est l'instance régionale de décision en matière de gestion du risque. Il regroupe l'ensemble des directeurs des CPAM, de la DRSM ainsi que de la CARSAT.

Les agents de direction en charge de la gestion du risque (ADD GdR) sont chargés de préparer le COREDIR, tandis que le comité de liaison, qui rassemble la cellule régionale de gestion du risque, la DRSM et les référents régionaux, mettent en œuvre ses décisions.

Enfin, une autre instance, le collège régional de l'Assurance maladie (CORDAM) doit assurer la coordination avec les autres régimes dans la déclinaison de la stratégie nationale de gestion du risque.

Cette comitologie peut se révéler à double tranchant : si elle permet à l'Assurance maladie d'avoir une position unifiée sur la GdR (exprimée par le directeur coordonnateur régional), sa lourdeur est néanmoins réelle et ne facilite pas toujours la liaison avec les ARS.

### 1.3 Une notion qui se concrétise par de nombreux programmes et mobilise d'importants moyens du côté du régime général

#### 1.3.1 De nombreux programmes

La gestion du risque se traduit concrètement par un ensemble de programmes, divers et hétérogènes, avec plusieurs recoupements entre les priorités nationales assignées aux ARS et les actions des caisses d'Assurance maladie.

Les actions de GdR aujourd'hui en vigueur figurent, pour l'essentiel, dans :

- le contrat Etat-UNCAM 2010-2013 qui traite exclusivement de GdR, « 5 priorités, 20 objectifs pour la gestion du risque » ;
- la COG de la CNAMTS 2010-2013 en son chapitre 1 « Approfondir la gestion du risque » ainsi que les indicateurs annexés qui ne couvrent toutefois que très partiellement les engagements définis au chapitre 1 ;
- le programme annuel inter-régimes adopté par le conseil de l'UNCAM ;
- les lettres-réseau de la CNAMTS<sup>11</sup> sur chacun des programmes mis en œuvre, qu'il soit partagé avec les ARS ou qu'il relève d'une initiative de la CNAMTS ;
- les instructions DSS/MCGR/CNAMTS relatives aux priorités de gestion du risque des ARS, validées par le CNP (notamment l'instruction 2010/150 du 19 juillet 2010 et l'instruction 2013/119 du 1er février 2013).

On relèvera que le degré de maturité atteint par la gestion du risque permet aujourd'hui d'aborder des thèmes essentiels comme l'articulation ville-hôpital ou la pertinence des soins.

Il faudrait y ajouter certaines dispositions conventionnelles négociées entre les caisses nationales et les professionnels de santé (relatives aux modalités de rémunération des professionnels) comme celles de l'accord triennal signé le 10 octobre 2013 avec les professionnels de la biologie médicale (qui lie pour trois ans certaines revalorisations à la maîtrise des volumes d'examens biologiques) ; citons également la convention médicale du 26 juillet 2011 et ses avenants qui diversifient les modalités de rémunération des médecins et introduisent la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour l'ensemble des médecins traitants et certains spécialistes<sup>12</sup> (rémunération expérimentée depuis 2009 dans le cadre du CAPI<sup>13</sup>).

L'annexe n°1 récapitule les principaux engagements et objectifs figurant dans la COG de la CNAMTS 2010-2013 au titre de la gestion du risque. On relèvera que :

- ces actions sont de nature très diverse : diffusion d'information, exploitation statistique des données issues des consommations de soins, contrôle, incitations des professionnels, contractualisation, organisation / coordination de l'offre de soins, offres de services ciblées sur certains groupes d'assurés ;
- le cœur de la gestion du risque (historiquement et encore aujourd'hui) est constitué de l'axe 4.1. « Approfondir les programmes de maîtrise médicalisée » qui est peu détaillé dans la COG ; il s'agit pourtant d'un ensemble d'interventions concrètes important pour l'Etat, dont les effets font l'objet d'un chiffrage global repris dans la construction annuelle de l'ONDAM et qui, du fait de son extension au champ des établissements sanitaires ou médico-sociaux, est susceptible de recouper ou d'interférer avec les initiatives des ARS vis-à-vis de ces établissements ;
- des indicateurs de résultat figurent pour une petite partie des actions prévues ;

---

<sup>11</sup>Par exemple: LR-DDGOS 35/2013 relative au programme d'accompagnement auprès des professionnels de santé et des établissements et LR-DDGOS 60/2013 relative à l'accompagnement des établissements sanitaires et médico-sociaux ; LR-DDO 219/2009 concernant le suivi des contacts avec les professionnels de santé et LR-DDO 219/2010 concernant le déploiement de la plate-forme Espace Pro ; LR-DDO 144/2010 sur l'accompagnement des assurés en vue de la prévention de la désinsertion professionnelle ; LR-DDGOS 45/2013 sur l'accompagnement par les pharmaciens des patients sous AVK ; LR-DDGOS 11/2013 concernant les mises sous accord préalable des établissements de SSR ; LR-DDGOS 9/2013 concernant les mesures incitatives au développement des véhicules sanitaires légers et aux contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dits «CAQCS»; LR-DDGOS-32-2011 en matière d'imagerie et CIR-13-2012 gestion du risque /Actualisation de la classification et des seuils d'activité de référence des appareils d'IRM ; ainsi que de nombreuses lettres réseau émanant de la DDGOS ou de la DDO concernant les "programmes d'accompagnement du retour à domicile" - PRADO).

<sup>12</sup>Les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et en 2013 les médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie (avenant n°10 à la convention médicale).

<sup>13</sup>CAPI : contrat d'amélioration des pratiques individuelles



- les cibles de résultats visées au terme de la COG sont parfois établies avec une grande précision (au dixième près) s'agissant notamment d'actions de dépistage, de prévention et de vaccination, dont on sait qu'elles rencontrent maintes difficultés et que la part de la population la plus vulnérable est difficile à toucher.

Il faut noter enfin que la prévention fait partie intégrante de la GdR pour l'Assurance maladie (à juste raison) alors qu'elle est traitée en dehors de ce champ au sein des ARS.

### 1.3.2 D'importants moyens mobilisés dans la branche maladie du régime général

Une part importante des outils de GdR a été mise en place au sein du régime général dans la première moitié de la décennie 2000 (plans nationaux thématiques, objectifs chiffrés, délégués de l'Assurance maladie...); des réallocations d'effectifs et reconversions d'agents ont été organisées en direction de ce domaine d'actions.

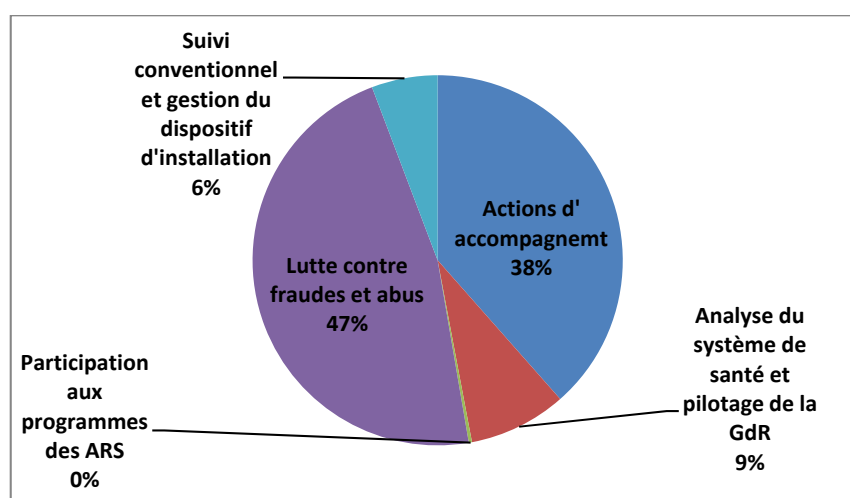
La comptabilité analytique de la CNAMTS répartit les effectifs des CPAM et des DRSM entre plusieurs processus ou fonctions relevant de l'un des quatre blocs que sont la production, la relation client, la gestion du risque (appelée fonction de régulation dans les DRSM) et les fonctions support.

Cette imputation fait apparaître 4 934 ETP affectés à la gestion du risque en CPAM, ou 4 128 si l'on en retire la fonction spécifique de gestion des recours contre tiers. La lutte contre les fraudes et abus représente presque la moitié de ce total, comme l'indique le graphique ci-dessous.

S'y ajoutent 4 299 ETP en DRSM (praticiens conseils et personnel administratif) affectés à la « fonction de régulation ».

**Soit un total de 9 233 ETP sur la fonction GdR/régulation au sein du réseau territorial de la CNAMTS. Notons que ces effectifs, qui représentent 14% des effectifs globaux des CPAM et DRSM, dépassent les effectifs totaux des ARS (8 929 ETP en 2013 toutes fonctions confondues).**

Graphique 1 : Répartition des effectifs affectés aux processus de gestion du risque dans les CPAM en 2012 (hors recours contre tiers)



Source : mission sur données CNAMTS / DDO

La fonction de GdR (ou régulation) est naturellement plus centrale au sein des DRSM - dont elle constitue 55 % des effectifs totaux - que dans les CPAM où elle en représente un peu moins de 10 % (ou quelque 8 % si l'on exclut la gestion des recours contre tiers) - cf. tableau ci-dessous.

L'effectif affiché en CPAM pourrait cependant être minoré par rapport à la réalité :

- la fonction de pilotage régional de la GdR (22,9 ETP selon la comptabilité analytique) ne reflète sans doute pas la réalité des équipes des directeurs coordonnateurs de la gestion du risque ; la CNAMTS indique en effet que les effectifs relatifs au pilotage de la GdR sont répartis entre cette fonction, le processus « pilotage de la lutte contre la fraude » et le processus de gestion stratégique qui figure dans les fonctions support. Le rapport de l'IGAS de 2010 relatif à la gestion du risque indiquait d'ailleurs le chiffre de 101 collaborateurs des directeurs coordonnateurs de la GdR ;
- l'effectif relatif à la fonction d'accompagnement des établissements ne coïncide pas avec l'activité affichée dans ce domaine, à savoir quelque 13000 contacts en établissements en 2012 ; rapporté à 43 ETP, ce volume d'activité représenterait environ 300 contacts par agent ETP par an, soit plus de 1,5 contact par agent par jour travaillé, ce qui semble une moyenne élevée compte tenu des temps de formation des DAM, des temps de préparation et de restitution des visites, des déplacements, etc.

Tableau 2 : Evolution des effectifs des CPAM imputés sur la gestion du risque

CPAM	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Variation 2012/2006	Variation 2012/2010
<b>ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS</b>	<b>1 482,5</b>	<b>1 656,2</b>	<b>1 718,9</b>	<b>1 698,2</b>	<b>1 650,6</b>	<b>1 556,1</b>	<b>1 588,8</b>	<b>+7,2%</b>	<b>-3,7%</b>
<i>dont Accompagnement des assurés - y compris Prévention et Aide au retour à domicile</i>						360,4	402,5		
<i>dont Actions sur la demande de soins</i>	592,0	582,1	568,0	506,3	429,6				
<i>dont Accompagnement des Professionnels (not. DAM)</i>	814,7	995,6	1 071,6	1 102,1	1 140,3	1 145,2	1 134,0	+39,2%	
<i>dont Accompagnement des établissements</i>						43,4	43,3		
<i>dont Accompagnement des employeurs (arrêts de travail)</i>						7,1	8,9		
<i>dont Actions sur l'offre de soins (jusqu'en 2010)</i>	75,8	78,5	79,2	89,8	80,7				
<b>ANALYSE DU SYSTÈME DE SANTE ET PILOTAGE DE LA GdR</b>	<b>377,8</b>	<b>398,6</b>	<b>380,7</b>	<b>392,3</b>	<b>365,1</b>	<b>385,9</b>	<b>352,6</b>	<b>-6,7%</b>	<b>-3,4%</b>
<i>Analyse du système de santé (études et analyses des dépenses)</i>	377,8	398,6	380,7	392,3	365,1	366,6	329,7	-12,7%	-9,7%
<i>Pilotage régional de la GdR (à compter 2011) (*)</i>						19,3	22,9		
<b>PARTICIPATION AUX PROGRAMMES ARS</b>						<b>8,6</b>	<b>11,5</b>		



<i>dont Programmes nationaux</i>						4,4	5,0		
<i>dont Programmes régionaux</i>						4,2	6,5		
<b>LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET CONTROLES CIBLES</b>	<b>1 796,4</b>	<b>1 893,1</b>	<b>2 034,8</b>	<b>2 164,5</b>	<b>2 088,7</b>	<b>1 949,4</b>	<b>1 936,6</b>	<b>+7,8%</b>	<b>-7,3%</b>
<i>dont gestion des droits</i>						94,1	99,4		
<i>dont indemnités journalières</i>						122,1	119,0		
<i>dont établissements hors T2A</i>						105,0	92,6		
<i>dont T2A</i>						26,2	29,2		
<i>dont soins de ville / Assurés</i>						121,0	111,1		
<i>dont soins de ville / Professionnels</i>						395,4	412,1		
<i>dont autres actions</i>						85,7	70,8		
<i>dont pilotage régional lutte contre la fraude</i>						28,9	27,2		
<i>dont actions de contrôle ciblé (jusqu'en 2010)</i>	863,0	962,8	1078,2	1165,6	1 086,8				
<i>dont gestion des recours, litiges et contentieux (yc LCF jusqu'en 2010)</i>	933,4	930,3	956,6	998,9	1 001,9	971,1	975,3		
<b>SUIVI CONVENTIONNEL ET GESTION DU DISPOSITIF D'INSTALLATION</b>	<b>246,5</b>	<b>243,6</b>	<b>248,0</b>	<b>233,9</b>	<b>228,5</b>	<b>241,7</b>	<b>238,5</b>	<b>-3,2%</b>	<b>+4,4%</b>
<b>RECOURS CONTRE TIERS</b>	<b>935,4</b>	<b>903,5</b>	<b>888,9</b>	<b>865,9</b>	<b>860,8</b>	<b>824,0</b>	<b>805,9</b>	<b>-13,8%</b>	<b>-6,4%</b>
<b>TOTAL ETP GESTION DU RISQUE</b>	<b>4 838,6</b>	<b>5 095,0</b>	<b>5 271,3</b>	<b>5 354,7</b>	<b>5 193,8</b>	<b>4 965,7</b>	<b>4 933,9</b>	<b>+2,0%</b>	<b>-5,0%</b>
<b>TOTAL ETP GESTION DU RISQUE HORS RECOURS CONTRE TIERS</b>	<b>3 903,2</b>	<b>4 191,5</b>	<b>4 382,4</b>	<b>4 488,9</b>	<b>4 333,0</b>	<b>4 141,7</b>	<b>4 128,0</b>	<b>+5,8%</b>	<b>-4,7%</b>
<b>TOTAL ETP des CPAM</b>	<b>57 914,1</b>	<b>56 292,4</b>	<b>55 195,8</b>	<b>54 720,3</b>	<b>53 465,4</b>	<b>51 936,7</b>	<b>51 197,9</b>	<b>-11,6%</b>	<b>-4,2%</b>
<b>Proportion des ETP affectés à la GdR dans les effectifs des CPAM</b>	<b>8,4%</b>	<b>9,1%</b>	<b>9,6%</b>	<b>9,8%</b>	<b>9,7%</b>	<b>9,6%</b>	<b>9,6%</b>	<b>+ 1,2 pts</b>	<b>-0,1 pt</b>
<b>Hors recours contre tiers</b>	<b>6,7%</b>	<b>7,4%</b>	<b>7,9%</b>	<b>8,2%</b>	<b>8,1%</b>	<b>8,0%</b>	<b>8,1%</b>	<b>+ 1,4 pts</b>	<b>0</b>

Source : mission sur données CNAMTS /DDO

En termes d'évolution<sup>14</sup>, il apparaît que l'effectif des CPAM consacré à la GdR (hors gestion des recours contre tiers) a augmenté de 5,8 % entre 2006 et 2012, même si un reflux est observé depuis 2010 (sous réserve d'effets de minoration évoqués précédemment). Cette fonction occupe une proportion des effectifs des CPAM qui a cru jusqu'en 2010 (passant de 6,7 % à 8,1 %) et est stabilisée depuis.

<sup>14</sup> Les données 2013 n'étaient malheureusement pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.

Les actions d'accompagnement visant les prestataires de soins et dans une moindre mesure les assurés ont bénéficié des plus fortes hausses d'effectifs (+7,2 % en six ans) de même que les actions de contrôle et de lutte contre les fraudes et abus (+7,8 %), dans les deux cas malgré un reflux des effectifs depuis 2010.

Les actions d'accompagnement mobilisent désormais le deuxième plus gros effectif après la lutte contre les fraudes et abus. Il est vrai qu'elles s'appuient notamment sur les délégués de l'Assurance maladie (DAM), institués en 2003 : issus des services d'accueil des CPAM ou de leurs services de relations avec les professionnels de santé ou encore de la profession des visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques, reconvertis sur la fonction d'accompagnement de l'Assurance maladie avec l'appui de formations par les médecins conseils et d'un management devenu en partie national, ces DAM étaient moins de 200 fin 2003, 1018 en 2008, 1033 en 2010 et 1036 en 2013 (cf. tableau ci-dessous). La stabilisation de leur effectif physique depuis 2010 peut étonner au regard du développement des actions d'accompagnement, notamment dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ; leur nombre en ETP a cependant continué à progresser au cours des quatre dernières années (+10 %).

Si quelques DAM sont aujourd'hui spécialisés sur l'hôpital, et si une personne a généralement dans chaque CPAM la responsabilité des actions de maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières, la majorité des délégués n'a pas de spécialisation thématique ou sectorielle. Cette absence de spécialisation est en partie compensée par un effort régional de formation avec une forte implication des DRSM, et par le mode de management des DAM. Celui-ci est partiellement régionalisé à travers les « managers DAM » qui assurent le relais de l'animation réalisée par la Caisse nationale à travers la production de supports de communication (« memos ») et l'organisation d'« ateliers DAM » nationaux. La mission n'a cependant pas évalué la contribution propre des DAM en matière de GdR ni leur perception par les établissements et professionnels de santé.

Les effectifs de 30 à 60 DAM présents dans les régions étudiées par la mission (hors Ile de France) agissent en relais et complément des praticiens conseils qui restent au premier plan pour les échanges confraternels ainsi que pour les visites en établissements sur des sujets plus complexes ou plus contestés et sur des niveaux de spécialisation médicale plus poussée.

Tableau 3 : Effectif des délégués de l'Assurance maladie en CPAM

	2010	2011	2012	2013	Variation 2013/2010
Effectif ETP	884,2	971	972,9	974,5	+ 10,2 %
Effectif physique	1 033	1 009	1 027	1 036	+ 0,3 %

Source : mission sur données CNAMTS / DDO

Les ressources humaines mobilisées sur l'accompagnement des assurés au titre des programmes d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation (PRADO) se composent également de conseillers de l'Assurance maladie (CAM), institués en 2010, au nombre de 487 en 2012 et probablement autour de 500 en 2013. Il s'agit cependant d'une fonction exercée à temps partiel, les CAM étant simultanément affectés dans les services d'accueil ou de liquidation. Ce métier est en cours de définition de même que sa place dans l'évolution professionnelle des agents concernés.

Si la plupart sont situés en CPAM, une partie d'entre eux est affectée en DRSM. Le déploiement des programmes PRADO par la CNAMTS, auxquels les CAM sont principalement dédiés, tend à déplacer leur rattachement vers les DRSM afin de sécuriser juridiquement l'accès à certaines données médicales des patients adhérant auxdits programmes.

La montée en charge de trois programmes PRADO (sortie de maternité, intervention en orthopédie, insuffisance cardiaque) est en cours cependant que deux nouveaux sont envisagés à partir de 2014. Dans la perspective de la négociation de la prochaine COG, la question est posée de la cohérence entre ces ambitions et la projection des effectifs de CAM autant que de leur professionnalisation (cf. fiche 5 « Les programmes PRADO »).

Tableau 4 : Effectif des conseillers de l'Assurance maladie

	2010	2011	2012
Effectif physique	10	99	487

Source : mission sur données CNAMTS / DDO

A l'inverse, **la fonction d'étude et d'analyse des dépenses de soins a vu ses effectifs en CPAM décroître sensiblement** (-9,7 % entre 2010 et 2012 et -12,7 % depuis 2006). Il est possible que cette fonction ait été en partie recentralisée au niveau de la CNAMTS ; le nombre de praticiens conseils affectés à la Caisse nationale a lui-même augmenté ces dernières années (+5 % entre 2010 et 2012, pour un effectif de 79 personnes la dernière année).

Ce choix mériterait d'être discuté. Il est justifié que soient réalisés au niveau national la conception d'outils ou des travaux d'analyse requérant de grandes masses de données, tournés vers la modélisation de certaines dépenses (modélisation qui fait encore défaut d'ailleurs dans certains domaines comme les transports). De réels progrès ont été accomplis dans les capacités d'analyse des dépenses de soins, qui peut désormais être affinée à l'échelle des pathologies et des processus de soins.

Il ne va en revanche pas de soi que les « profils » utilisés par les CPAM dans leurs contacts avec les établissements soient édités par la CNAMTS ou que le ciblage des prestataires de soins au titre des atypies soit effectué par la caisse nationale. Certaines CPAM en charge de la coordination de la GdR (en Picardie par exemple) ont montré l'intérêt de pouvoir disposer d'outils d'analyse fine pour la politique de contrôle en matière de médicaments ou pour le suivi d'activité des professionnels de santé libéraux. Le développement récent d'actions de GdR axées sur la pertinence des soins requiert plus encore une information fine sur les soins pratiqués, information à sélectionner en interaction avec les professionnels engagés dans la démarche localement.

Enfin, les praticiens conseils constituent à peu près le quart des ressources humaines des DRSM (toutes fonctions confondues), essentiellement mobilisés sur la fonction Régulation/gestion du risque. Les ressources médicales du réseau du régime général, avec environ 2 010 ETP de praticiens conseils en régions, restent très supérieures à celles des ARS. Ces dernières disposent en effet d'environ 600 médecins (dont environ 340 médecins inspecteurs de santé publique, 200 praticiens conseils et 60 médecins contractuels)<sup>15</sup>. L'ARS de Poitou-Charentes dispose par exemple de 12 médecins<sup>16</sup> parmi ses 260 ETP. Le déséquilibre de ces moyens ne doit pas conduire à éluder la question des priorités d'affectation des ressources médicales en ARS.

<sup>15</sup> 394 ETP de médecins inspecteurs de santé publique avaient été transférés des services déconcentrés de l'Etat aux ARS à leur création.

<sup>16</sup> Dont 7 médecins inspecteurs de santé publique, 3 médecins issus de l'Assurance maladie, 1 praticien hospitalier et 1 praticien adjoint contractuel

Tableau 5 : Effectif des DRSM

	2010	2011	2012	Variation 2012/2010
<b>Effectifs ETP affectés à la fonction « Régulation »</b> (praticiens conseils et personnel administratif)	<b>4 489,5</b>	<b>4 377,4</b>	<b>4 298,9</b>	<b>-4,2 %</b>
<b>TOTAL ETP des DRSM</b> (praticiens conseils et personnel administratif)	8 021,1	7 897,4	7 823,7	-2,5 %
<i>Dont Praticiens conseils</i>	<i>2 011,7</i>	<i>2 116,3</i>	<i>2 010,0</i>	<i>-0,1 %</i>
<b>Proportion des ETP totaux affectés à la Régulation</b>	<b>56,0 %</b>	<b>55,4 %</b>	<b>54,9 %</b>	<b>-1,1points</b>

Source : mission sur données CNAMTS/DDO

Tableau 6 : Effectif des praticiens conseils au niveau national et régional

(Effectifs physiques)	2010	2011	2012	Variation 2012/2010
Praticiens conseils à la CNAMTS	75	80	79	+5,3 %
Praticiens conseils en DRSM	2 111	2 053	2 041	-3,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>2 186</b>	<b>2 133</b>	<b>2 120</b>	<b>-3,0 %</b>

Source : mission sur données CNAMTS/DDO

Globalement, la fonction Régulation/gestion du risque au sein des DRSM comme des CPAM enregistre depuis 2010 une diminution (modérée) des ETP qui lui sont imputés (de l'ordre de 4 % à 5 %), parallèlement au recul des effectifs totaux. Pourtant les coûts analytiques imputés au processus de GdR en CPAM ont augmenté de 18 % entre 2010 et 2012 (passant de 270,9 M€ en 2010 à 319,4 M€ en 2012 ; et de 8,2 % à 9,6 % des coûts totaux des caisses primaires). **Ceci souligne la nécessité de ne pas perdre de vue que la GdR a un coût** ; et que ce coût doit être, beaucoup plus qu'il ne l'est aujourd'hui, mis en regard des gains économiques ou qualitatifs effectivement imputables à ces actions. Il est paradoxal que cette mesure de coût et d'efficacité propre à la GdR ne soit pas intégrée à son pilotage ni du côté de l'Etat ni du côté de l'Assurance maladie.

Mais le poids de la GdR ne se mesure pas seulement en termes d'effectifs mobilisables. Les organisations et cultures professionnelles jouent également.

### 1.3.3 La GdR dans les organisations, modes de management et cultures professionnelles de l'Assurance maladie et des ARS

#### ➤ Au sein du régime général d'Assurance maladie

Comme l'a bien résumé le directeur d'une CPAM, la GdR mobilise environ 10 % des effectifs de l'organisme mais rassemble près de la moitié des objectifs de son contrat pluriannuel de gestion et, de la même façon, la moitié des objectifs de son directeur simultanément coordonnateur régional de la GdR ; et ce thème absorbe 80 % des discussions des séminaires de direction organisés par la Caisse nationale.

Il s'agit d'un thème introduit depuis longtemps et désormais central dans la culture et le management des organismes du régime général.

Il s'appuie sur un management par objectifs très directif. Depuis peu, les CPAM et les échelons locaux du service médical (ELSM) déclinent conjointement un certain nombre d'objectifs et indicateurs (évolution jugée très positivement au sein du réseau). Le mode de management « jacobin » -selon le terme des responsables nationaux en charge du réseau- qui est en vigueur présente l'avantage d'une ligne décisionnelle claire et d'une capacité opérationnelle forte. Il se concilie en revanche difficilement avec une logique partenariale - comme doit l'être désormais la gestion du risque- et avec l'exercice d'adaptation régionale et locale de certaines orientations nationale - adaptation souhaitable compte tenu des hétérogénéités dans l'offre de soins comme dans le profil de morbidité de la population.

La GdR s'appuie également sur un dispositif d'intéressement tant pour les CPAM que pour les DRSM. Elle pèse pour 30 % dans l'intéressement distribué au titre de la part nationale ; son poids dans la part locale d'intéressement est de 40 % pour les CPAM et de 60 % pour les DRSM.

On relèvera que les critères de calcul de cet intéressement sont centrés sur quelques sujets bien acclimatés, essentiellement le volume d'indemnités journalières et la durée des arrêts de travail, l'accompagnement des professionnels de santé, la mise en œuvre de la ROSP (et depuis l'année dernière la progression du résultat moyen des médecins), les préjudices subis au titre des fraudes et abus et les contrôles T2A ainsi que le nombre d'adhésions au programme SOPHIA (programme d'accompagnement des patients diabétiques). S'y ajoutent, au niveau national, trois critères : la réalisation des objectifs d'économie au titre de la maîtrise médicalisée inscrits en LFSS (550 M€ pour 2012 par exemple), la réalisation d'un certain nombre de contacts avec les professionnels de santé (450.000 en 2012) et un volume de sanctions ou pénalités financières prononcées (2000 pour 2012) ; objectifs considérés comme atteints à 100 % en 2012<sup>17</sup>.

Globalement l'intéressement représente environ 1 mois de salaire pour les agents de direction, et entre 0,9 et 1,2 mois pour les directeurs généraux ; pour les personnels administratifs le montant individuel est de l'ordre de 800-900 €. Une part variable a été adoptée aussi pour les praticiens conseils depuis 2013.

L'organisation de la fonction de GdR dans le réseau du régime général s'appuie sur :

- un renforcement progressif de l'échelon régional, avec cependant un rôle non hiérarchique « de coordination et de persuasion » : le directeur coordonnateur régional de la GdR (généralement un directeur de CPAM sauf dans 7 régions où il s'agit du directeur régional du service médical) dispose d'une cellule de 5 - 6 personnes, cependant que les CPAM, DRSM et ELSM réalisent l'essentiel des travaux requis ; la cellule régionale de GdR inclut parfois le référent régional des DAM pour assurer une bonne intégration des actions, en lien avec l'ARS ;
  - le renforcement du pilotage national à la fois pour la production d'outils d'analyse et de communication, la détermination d'objectifs et de ciblages locaux, le traitement de données de remboursements, et le management non seulement des coordonnateurs régionaux de GdR mais aussi de certaines ressources humaines territorialisées comme les DAM. « L'apport majeur des dix dernières années dans le régime général est la professionnalisation de la GdR par des outils nationaux » (un directeur de CPAM coordonnateur régional GdR).
- *Au sein des ARS*

La gestion du risque est, par construction, loin d'être aussi enracinée dans les services et équipes des ARS.

---

<sup>17</sup> Note de la CNAMTS présentant les résultats d'intéressement 2012, Commission de suivi du 16 mai 2013.

Elle n'a pas encore, dans l'ensemble des missions des ARS (pas plus que dans celles des administrations centrales d'ailleurs) le rôle fédérateur qu'elle a aujourd'hui pour le régime général d'Assurance maladie.

Les ARS sont néanmoins désormais amenées à porter, avec l'Assurance maladie, la logique de maîtrise médicalisée et de bon usage des ressources du système de santé. Cette co-responsabilité est indispensable. Elle est bien établie dans l'esprit des directeurs généraux des ARS.

Pour ces derniers, l'importance de la démarche de GdR a été soulignée lors des entretiens de la mission : « La GdR a très tôt été pour nous un levier de travail important, car c'est un élément clé de la complémentarité ARS-Assurance maladie » ; « la GdR est un levier de transversalité capital pour le fonctionnement des ARS » ; « la GdR correspond à l'idée que la responsabilité de la maîtrise des dépenses d'Assurance maladie est aussi celle de l'ARS et cela ne doit plus faire de doute » ; « la GdR est la dernière étape avant la maîtrise comptable » ; « un travail sur la dépense de soins est indispensable ; l'enjeu aujourd'hui est de bien comprendre ».

Les ARS répondent à ces enjeux de diverses manières, en fonction du profil du directeur général, de choix organisationnels et de la configuration régionale de l'offre de soins.

Le positionnement de la GdR dans les organigrammes varie. Ainsi le département « gestion du risque » fait partie de la direction de l'efficacité de l'offre en Pays de la Loire et de la direction de la stratégie en Poitou-Charentes ; dénommé « département de la régulation » en Languedoc Roussillon, il s'insère dans la direction « Qualité et Gestion du risque » de cette ARS ; en Ile de France la responsabilité de la gestion du risque est directement portée par le directeur général adjoint de l'ARS ; elle relève d'une sous-direction « GdR et information médicale » rattachée au directeur général adjoint en Picardie. Il est difficile de dire quel est le modèle le plus pertinent. En revanche, il est certain que la participation à la commission exécutive (COMEX) du responsable de la GdR, quand tel est le choix, accroît la légitimité de celui-ci et la centralité de la GdR au sein de l'agence.

Un trait commun se dégage en revanche : l'encadrement dédié à la gestion du risque dans les ARS reste pour l'essentiel composé de personnes issues de l'Assurance maladie. Signe que l'histoire de cette fonction pèse durablement. Si les effectifs dédiés à la GdR sont très limités, la culture de la GdR se diffuse néanmoins peu à peu, via les liens établis entre les cellules de GdR et les directions métiers, la répartition des fonctions de chefs de projets entre les différentes directions et la constitution de groupes de travail. Les chefs de projets ne sont plus exclusivement issus des cadres de l'Assurance maladie ; leurs profils se diversifient ; dans l'une des régions visitées, le programme de l'ARS sur la pertinence des soins est piloté par un praticien hospitalier en santé publique, détaché à l'agence.

Les confusions autour du terme lui-même de « gestion du risque » deviennent plus rares, sans avoir disparu pour autant, en partie dans les directions de la santé publique qui se réfèrent plus volontiers à « la gestion des risques » - ce glissement sémantique reste aussi fréquent dans les hôpitaux où l'on comprend que domine une approche plurielle de la notion de risque. Aussi l'un des DG d'ARS rencontrés préfère-t-il parler de « gestion du risque assurantiel » pour mieux distinguer les notions.

Les cultures professionnelles et les modes de management dans le réseau des ARS restent très différents de ce qu'ils sont au sein du régime général et pèsent sur les coopérations en matière de GdR. Les ARS se caractérisent en effet par une approche plus planificatrice, une plus grande propension à mettre en perspective les différents thèmes ou programmes, et une plus grande sensibilité aux questions d'organisation collective du système de santé - au-delà donc de l'atypie de tel ou tel prestataire de soins. Il leur manque une « capacité de déploiement », pour reprendre le terme d'un directeur général d'ARS, ce qui donne tout son sens au nécessaire rapprochement avec le réseau de la CNAMTS aux capacités opérationnelles fortes.



Le management par objectif, beaucoup plus souple et indicatif, du réseau des ARS introduit inévitablement un décalage par rapport aux obligations des CPAM et DRSM dans la mise en œuvre d'instructions nationales très précises. Il en résulte que la construction conjointe de diagnostics ou de quelques actions entre ARS et CPAM ou DRSM est difficile dans toutes les régions visitées.

## **2 UNE CONCEPTION DES PROGRAMMES QUI MANQUE DE COHERENCE ET DE METHODE**

### **2.1 Une juxtaposition d'actions peu articulées**

La conception des priorités de gestion du risque ne s'inscrit pas dans une stratégie d'ensemble mais reflète une série de choix « en silos » centrés sur telle pathologie ou tel type de prestation selon les travaux statistiques disponibles, les expériences menées à l'étranger ou l'agenda conventionnel.

Si les thématiques retenues présentent d'importants enjeux financiers, sanitaires ou organisationnels, leur sens global et la stratégie sous-jacente de régulation du système de santé sont plus difficiles à percevoir. Les instructions du 19 juillet 2010, du 13 janvier 2012 ou du 1<sup>er</sup> février 2013 relatives aux priorités de GdR des ARS ne nous renseignent pas sur ce point, pas plus que les contrats pluriannuels de gestion des organismes locaux d'Assurance maladie ou les lettres-réseau de la CNAMTS.

A rebours de la juxtaposition thématique que l'on observe, des liens entre programmes auraient pu être faits : par exemple entre les programmes chirurgie ambulatoire, transports et PRADO, entre la chirurgie ambulatoire et les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), ou entre la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et les transports (compte tenu du poids de la dialyse dans les volumes de transports de patients). De même, une liaison aurait pu être faite entre l'introduction en 2012 de la rémunération sur objectifs de santé publique et les objectifs de prévention, de dépistage et de suivi des pathologies chroniques (en l'absence d'une telle articulation, les objectifs de la ROSP ne recoupent que très partiellement les priorités de santé publique figurant au contrat Etat-UNCAM ou dans la COG de la CNAMTS).

Par ailleurs, certains programmes dénotent une approche excessivement réductrice des enjeux médico-économiques : le programme d'imagerie a été rapidement réduit à l'installation d'appareils IRM dédiés, le programme sur l'insuffisance rénale chronique, quoique diversifié, s'est trouvé condensé en un indicateur mettant l'accent sur le seul taux de dialyse péritonéale. Cette focalisation est censée répondre à des déséquilibres identifiés dans le système de soins (utilisation excessive des appareils d'IRM pour des images osteo-articulaires, disparités territoriales des taux de recours à la dialyse péritonéale) ; elle ne s'appuie toutefois pas sur un diagnostic complet ni sur la mobilisation ordonnée de l'ensemble des leviers (y compris la réglementation instituant des seuils et règles d'activité, et le levier tarifaire, potentiellement puissant s'agissant des actes d'imagerie, des séances de dialyse, des dépenses de transport mais aussi de certains médicaments à forts volumes de prescription comme les nouveaux anticoagulants).

Au total, l'insuffisante cohérence stratégique de la GdR pèse sur la bonne compréhension des actions retenues ainsi que sur leur efficacité. Il est vrai qu'une telle mise en cohérence supposerait une coordination Etat - Assurance maladie sensiblement plus étroite que ce qui prévaut aujourd'hui, d'abord au niveau national.

## 2.2 Une analyse médico-économique insuffisamment aboutie

La gestion du risque en santé, développée depuis le début des années 90 et recouvrant souvent le terme de maîtrise médicalisée, s'inscrit dans la perspective d'une « *rationalisation de la production et de la consommation des soins* »<sup>18</sup>. La terminologie en témoigne puisque l'on parle du recours *pertinent* par la population à la prévention et aux soins, ou bien du respect par les professionnels de *critères d'utilité et de qualité des soins*.<sup>19</sup>

Ces déclinaisons tant opérationnelles que sémantiques ont cherché à concilier autant que possible optimisation des dépenses et garantie de qualité des soins. Non sans ambiguïtés toutefois : si un programme comme PRADO Maternité relève essentiellement de l'amélioration de la qualité du service aux parturientes, le bénéfice pour les patients des programmes relatifs à l'imagerie médicale et plus encore à l'IRC apparaît incertain.

Certains programmes de GdR portés par le régime général (PRADO ou SOPHIA notamment) le conduisent à intervenir plus directement sur des questions d'organisation de l'offre de soins et des parcours des patients. On peut considérer comme légitime cette intervention de l'assureur dans la politique de santé. Cela rejoint l'idée que l'assureur ne soit pas un payeur aveugle et qu'il puisse utiliser des leviers dont l'Etat ne dispose pas. C'est d'ailleurs aussi le choix fait dans d'autres pays comme l'Allemagne où certaines caisses d'assurance maladie financent et organisent le suivi en ambulatoire des patients souffrant d'insuffisance cardiaque (programme « CORDIVA »). En revanche, cela suppose que soient apportées des garanties suffisantes quant au fondement médical des actions menées et quant à l'évaluation de leurs résultats pour le patient comme pour le financeur.

Or il apparaît à la mission de l'IGAS que la sélection et la conception des actions de GdR font insuffisamment appel à l'expertise disponible en santé publique et à l'évaluation médico-économique ; et qu'en conséquence, l'analyse médicale sous-jacente aux actions retenues est parfois incomplète et discutable.

### 2.2.1 Une liaison insuffisante avec l'expertise en santé publique et l'évaluation médico-économique

La conception des programmes de GdR comportant une dimension médicale plus marquée (comme l'IRC) ne s'est pas suffisamment appuyée sur les expertises disponibles en santé publique. De manière plus générale témoignent de cette faiblesse la rapidité avec laquelle les priorités de GdR des ARS ont été définies en 2010 ou encore l'absence d'analyse méthodique et transparente des conditions de transposition de certaines pratiques observées à l'étranger comme le « *disease management* », l'éducation thérapeutique du patient ou les techniques d'arthroplastie du genou.

---

<sup>18</sup> E. Jeandet-Mengual, I. Yeni, M-A du Mesnil du Buisson, F. Remay, *Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 signée entre l'Etat et la CNAMTS et propositions pour la future convention*, rapport de l'IGAS n°2003-096, juillet 2003.

<sup>19</sup> Circulaire inter-régimes n°5/99 du 24 mars 1999 sur la coordination de la gestion du risque par les URCAM.



### 2.2.1.1 Une situation qui prend ses racines dans la fragmentation des acteurs en santé publique en France

L'organisation tardive et fragmentée de la santé publique en France a laissé le champ libre à la CNAMTS pour proposer et définir des orientations de GdR sur la base d'une analyse progressivement plus médicalisée des dépenses de soins et d'une approche qui se veut de plus en plus scientifique, qu'illustrent les derniers rapports *Charges et Produits* de la CNAMTS<sup>20</sup>. Or cette analyse est réalisée sans prendre appui sur les acteurs en santé publique qui auraient pourtant une compétence et une légitimité à l'éclairer.

Expertises collégiales et alliances inter-organismes à coordination souple se développent pourtant depuis quelques années afin de fédérer ces compétences, souvent en urgence. Ainsi, l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), créée en 2009, regroupe des chercheurs sur diverses thématiques, dont la santé publique et l'économie de la santé, dans le cadre notamment des instituts thématiques multi-organismes (ITMO) en santé publique. Reprenant les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, l'ITMO Santé Publique décline plusieurs champs empiriques dont la prévention, l'efficacité et l'équité des services de santé, ainsi que l'évaluation des politiques publiques en termes d'impact sur la santé des populations et les inégalités de santé.

Cette structure souple fournit une capacité d'analyse et d'expertise qui, liée à celles de l'Agence nationale de sécurité du médicament, de l'Institut national du cancer, de l'Institut national de veille sanitaire et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, notamment, pourrait alimenter une programmation des actions de gestion du risque. Des offres de service existent à l'attention de l'Assurance maladie et de la DGOS, sans suite à ce jour.

On ne peut que regretter que l'AVIESAN ne puisse faire davantage bénéficier la CNAMTS voire l'ATIH de son potentiel de recherche en santé publique pour susciter un « changement d'échelle » dans leurs analyses et programmes opérationnels<sup>21</sup> et en renforcer les fondements scientifiques.

### 2.2.1.2 Des modalités de collaboration entre HAS et CNAMTS qui n'ont pas trouvé leur équilibre

L'article 53 de la loi HPST autorise l'UNCAM ou chaque caisse nationale gestionnaire d'un régime obligatoire d'Assurance maladie à saisir la HAS pour avis sur des référentiels de pratique médicale ou visant à encadrer la prise en charge par l'Assurance maladie d'un type particulier de soins. L'avis de la HAS doit être rendu dans un délai de deux mois ; à l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable<sup>22</sup>.

La HAS reçoit une dizaine de sollicitations par an de la part de la CNAMTS au titre de l'article 53. Une difficulté tient au fait que les avis rendus dans le cadre de cette procédure expresse sont utilisés par l'Assurance maladie avec la même valeur que celle qui s'attache aux recommandations de la Haute autorité réunissant des compétences et échanges sur une base beaucoup plus large et un temps plus long (parfois trop) ; les avis au titre de l'article 53 ne sauraient passer pour des évaluations en bonne et due forme.

---

<sup>20</sup> Cf. notamment CNAMTS, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014*, juillet 2013.

<sup>21</sup> *Contribution de l'ITMO Santé Publique d'AVIESAN à la Stratégie Nationale de Recherche*, Institut de santé publique, mai 2013.

<sup>22</sup> *Méthode d'élaboration des avis de la HAS après saisine par l'Assurance maladie*, guide méthodologique, HAS, mai 2010.

La confusion qui peut en résulter pour les personnels soignants et les associations de patients est accrue par le recours de la CNAMTS à des groupes d'experts et aux syndicats de professionnels - par ailleurs partenaires des négociations conventionnelles - pour appuyer ses orientations. Ceci aboutit à confronter des légitimités et autorités aux fondements différents, posées en rivales. La confusion est particulièrement grande s'agissant du programme de GdR relatif à l'imagerie médicale ; au prix d'une évidente perte d'efficacité de ce programme (cf. fiche 2 « Le programme Imagerie médicale »).

La GdR telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui par la CNAMTS pose donc à nouveau la question de la source et des conditions de production des références professionnelles. Cette question doit être abordée sous l'angle de l'efficacité, de la légitimité et des garanties fournies aux patients. On peut considérer que la CNAMTS s'expose et devient vulnérable à trop s'avancer -et de manière trop peu concertée- sur le terrain de la définition des normes de soins.

De même, la définition des critères de la ROSP n'a pas fait l'objet d'une consultation de la HAS. Or celle-ci considère comme peu pertinent le premier de ces critères, qui prévoit que « 65% des patients diabétiques aient 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année », ce type d'examen n'étant véritablement justifié, à cette fréquence, que pour certains patients selon leur profil de risque. La surveillance d'un critère général au détriment d'une segmentation plus fine des patients en termes de risque limitera l'effet de ce dispositif sur la qualité de prise en charge des pathologies chroniques - en l'espèce des patients diabétiques.

**Les processus de décision qui se situent aux frontières de la GdR, des recommandations de bonnes pratiques et de l'évaluation des actes ou des stratégies de prise en charge** apparaissent désordonnés. Progresser sur ce point supposerait un agenda commun entre HAS et Assurance maladie et une coopération plus étroite des deux institutions sur leurs programmes de travail respectifs. Cela supposerait aussi une meilleure maîtrise par la HAS des délais de production (et des formats) de ses recommandations.

Des évolutions récentes vont en ce sens. Ainsi la HAS prépare actuellement des outils d'auto-contrôle pour les professionnels de santé, en particulier sur les cholécystectomies, pour lesquelles le support est concis et opérationnel (un recto-verso rappelant les points clés et quelques indicateurs à suivre pour l'amélioration des pratiques) : c'est un outil rapide à élaborer, à tester et à réévaluer, et qui pourra converger avec les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de développement professionnel continu (DPC).

Parallèlement, une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité en équipe est accompagnée par la HAS, dans une logique d'auto-régulation, avec une forte marque d'intérêt parmi les gastro-entérologues par exemple. Le programme d'amélioration continue mis en place en janvier 2013 sur les césariennes programmées par la DGOS et la HAS, avec les réseaux de périnatalité et les ARS volontaires, en constitue une autre illustration. Un travail utile pourrait être aussi engagé dans cet esprit sur la chirurgie bariatrique. L'insertion de cette démarche d'amélioration des pratiques professionnelles dans la gestion du risque reste cependant à conforter.

### 2.2.1.3 Une insuffisante ouverture de la réflexion sur les conditions d'implantation du « disease management »

La GdR fait aussi appel dans certains de ses programmes (Sophia, PRADO, IRC,...) à l'éducation thérapeutique du patient, démarche issue du « disease management » en vigueur dans plusieurs pays anglo-saxons, visant à garantir une prise en charge optimale des pathologies par l'implication active du patient. Le modèle économique du « disease management » repose sur le pari que les dépenses de mise en œuvre du programme et les dépenses de ville induites seraient inférieures aux dépenses d'hospitalisation évitées<sup>23</sup>.

On retrouve donc la logique de la GdR appliquée à des maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance respiratoire, pour lesquelles ont été développés des programmes dans de nombreux pays depuis plus de 20 ans, à l'instar de ceux initiés en France aujourd'hui.

Même si on se limite à l'éducation thérapeutique du patient, on constate que les programmes à l'étranger ont été montés par des équipes pluridisciplinaires de chercheurs, médecins, économistes, sociologues, et de patients, réunis dans des unités de recherche qui s'apparentent aux ITMO de santé publique en France. Le portage de l'éducation thérapeutique de manière relativement isolée par l'Assurance maladie en France, sans cet appui pluridisciplinaire et pluri-institutionnel, la fragilise<sup>24</sup>.

### 2.2.2 La recherche du meilleur soin au meilleur coût : une rationalité médicale en pratique limitée

*« La notion de maîtrise médicalisée s'attache moins à un type d'intervention particulier (même si les campagnes de visites auprès des professionnels de santé en sont un élément fort) qu'au fait que les gains d'efficience recherchés se fondent sur une rationalité médicale »<sup>25</sup>.*

La volonté affichée de la CNAMTS de médicaliser de plus en plus la GdR bute cependant aujourd'hui sur une identification insuffisante du bénéfice médical pour le patient des actions engagées. Trois programmes illustrent ce point (cf. fiches programmes correspondantes pour une description et analyse plus détaillées).

#### ➤ *L'insuffisance rénale chronique terminale*

L'IRCT présente plusieurs caractéristiques en termes de gestion du risque :

- un nombre limité de patients concernés (67 000 en 2011) pour une dépense remboursée annuelle élevée (3,4 Md€) ;
- des dépenses qui augmentent beaucoup plus rapidement que l'ONDAM ;
- une concentration de ces dépenses sur la dialyse (2,8 Md€) ;
- une prise en charge nettement plus coûteuse par dialyse que par la transplantation<sup>26</sup>.

<sup>23</sup> Cf. P.-L. Bras, G. Duhamel, E. Grass, *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*, rapport de l'IGAS, RM 2006-136P, septembre 2006.

<sup>24</sup> Le rapport de l'IGAS précité montre largement cette implication multidisciplinaire et sa traduction dans des revues référencées medline de haut niveau comme le *Journal of the American Medical Association*, le *New England Journal of Medicine*, *British Medical Journal* ou *Health Care Financing Review*, ainsi que l'implication d'universités comme Stanford, Johns Hopkins, Cambridge, et même de consultants comme le Boston Consulting Group.

<sup>25</sup> "Méthodologie d'évaluation des économies réalisées grâce à l'action de maîtrise médicalisée", CNAMTS - Direction de la stratégie, des études et statistiques, 21 mars 2014.

<sup>26</sup> Si le coût initial d'une transplantation rénale se situe dans une fourchette de 55 000 à 85 000 € le coût annuel de prise en charge des patients transplantés se réduit 11 600 €, contre 65 000 à 90 000 € par an en moyenne pour la dialyse, sur des durées potentiellement longues.

La recherche d'efficience dans ce domaine doit orienter à la fois vers la prévention et l'accompagnement, la promotion de la greffe et l'optimisation des techniques de dialyse.

Or la conception concrète du programme IRC, arrêtée en comité de pilotage, apparaît très restrictive par rapport aux trois axes précités. Cela reflète le manque d'implication des directions d'administration centrales concernées, le manque de concertation avec des experts extérieurs à l'Assurance maladie comme à l'administration, et peut-être aussi la tentation de choisir des actions facilement mesurables :

- la cause première de l'IRCT étant liée à l'hypertension artérielle et à la prise de traitements antihypertenseurs, il aurait été souhaitable à tout le moins d'inscrire dans les critères de la ROSP la réalisation régulière d'un dosage de la créatininémie et d'une albuminurie<sup>27</sup> pour les patients hypertendus ;
- l'éducation thérapeutique, fortement recommandée chez un patient souffrant d'une maladie rénale chronique, rappelée dans le guide du parcours de soins de la HAS sur le sujet<sup>28</sup>, reste pratiquement inexistante ;
- la prise en charge de l'hémodialyse représentant un coût<sup>29</sup> de l'ordre de 89 000€ par an contre 64 500 € pour la dialyse péritonéale (DP), l'Assurance maladie s'est efforcée de promouvoir cette dernière ; c'est sans considérer que la filtration transpéritonéale des impuretés non éliminées par un rein déficient ne pouvait dépasser un délai de 2 ans sans risques majeurs de dégradation des tissus humains et de surinfection<sup>30</sup> et que, par conséquent, la DP n'a de sens que dans la perspective d'une greffe rénale (dont environ 10 000 patients sont en attente, soit plus de trois années d'activité dans ce domaine sur la base des flux actuels<sup>31</sup>) ;
- l'intérêt de la dialyse « hors centre » tient, d'une part, à la liberté relative que procure au patient ce type de prise en charge ; d'autre part, à son efficience économique collective. La GdR doit favoriser ce mode de prise en charge, plutôt désavantagé par la structure tarifaire en vigueur ;
- les fortes disparités de recours à la greffe en fonction des régions sont naturellement mal vécues par les patients ; pour y remédier, un plan greffe a été relayé par la DGOS en 2013, favorisant le don de greffons de donneurs vivants, le prélèvement sur personne décédée, le développement des équipements de maintien des greffons, l'inscription précoce sur la liste d'attente, avec un objectif de 5700 greffes d'organes (tous organes confondus) pour 2015 (+ 5 % par an) - objectif considéré comme insuffisamment ambitieux par les associations de patients. On notera que dans le cas de la greffe, l'Agence de biomédecine a été un support important d'expertise pour la CNAMTS et la DGOS.

Néanmoins, et comme le soulignaient les directeurs généraux des ARS lors d'un atelier sur la GdR en juillet 2013, les avancées en matière de prise en charge de l'IRC demeurent peu perceptibles.

Il faut admettre que la dynamique du programme pâtit aussi des très longs délais de production des données du réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) : début 2014, les dernières données disponibles datent de 2011 et n'ont pas été réactualisées à ce jour.

<sup>27</sup> Dosages de base de dépistage d'une déficience de la fonction de filtration rénale

<sup>28</sup> *Guide du parcours de soins-maladie rénale chronique de l'adulte*, HAS, février 2012

<sup>29</sup> Ces données de coûts, essentielles dans le genèse du programme, ne font toutefois pas l'objet d'une méthodologie de construction transparente.

<sup>30</sup> Guide du parcours de soins, op. cit.

<sup>31</sup> Près de 3000 greffes de rein ont été effectuées en 2011 - chiffre stable ces dernières années.

➤ *L'imagerie médicale*

Souvent centrale dans le parcours de soins du patient, l'imagerie présente des enjeux à la fois médicaux, organisationnels et financiers importants, dans un contexte technologique très évolutif.

Les remboursements de l'ensemble des régimes au titre de l'imagerie médicale ont représenté 4,6 Md€ en 2012 correspondant à un grand nombre d'actes et de patients et à des techniques d'imagerie diverses. L'analyse de l'évolution des dépenses pouvait orienter la GdR dans différentes directions.

Les actes d'échographie, qui constituent le premier poste de ces dépenses (1,6 Md€), et dont le volume est d'autant plus important que ces actes peuvent être réalisés par un praticien non radiologue (possédant un diplôme d'université en échographie), pouvaient être une cible opportune, dans la perspective d'assurer la maîtrise de cet examen et le recentrage de ses indications.

Le choix proposé par la CNAMTS, en 2010-2011, s'est d'abord porté sur la radiographie conventionnelle, avant d'être abandonné en raison d'indicateurs incertains et d'une baisse tendancielle des dépenses correspondantes (-12 % en 4 ans pour une dépense néanmoins de 1,3 Md€ en 2012).

La CNAMTS a ensuite proposé, à partir de 2011-2012, de centrer le programme sur les examens par IRM, qui avaient connu une progression en valeur de 29% en 4 ans (même si la dépense totale restait, à 681 M€ en 2012, plus modeste que celle des autres actes d'imagerie). Cette action, visant à installer des équipements IRM dédiés en substitution aux appareils polyvalents, répondait à la volonté d'éviter un éventuel surinvestissement et d'adapter le parc d'équipements IRM à la structure des actes observée ; les actes d'IRM font en effet en France une place exceptionnellement élevée aux indications ostéoarticulaires.

Pourtant, la rationalité médicale de cette orientation est contestable :

- l'idée d'un appareil IRM de petite taille pour l'activité ostéoarticulaire remonte à une recommandation de 1996 du Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques de l'AP-HP (CEDIT)<sup>32</sup> qui utilisait un appareil de très bas champ (0,2 Tesla) et de petite taille afin de diminuer les utilisations ostéoarticulaires d'un appareil IRM corps entier (lui aussi de bas champ, à 0,5 Tesla) ;
- la réalité est plus complexe. L'OCDE a montré en 2011, dans une étude relayée par la HAS<sup>33</sup>, que 40 % des actes d'IRM étaient dédiés aux membres en France, alors que cette proportion était de 25% en Belgique, au Canada ou aux Etats-Unis, et de 8-10 % en Autriche ou en Allemagne, montrant une sur-utilisation de l'IRM dans l'ostéoarticulaire en France ;
- 16 ans après l'avis du CEDIT, l'Etat et l'Assurance maladie, par une instruction CNAMTS/DGOS du 15 juin 2012, ont demandé aux ARS de « *mettre en œuvre les objectifs de diversification des équipements IRM pour les exercices 2013 à 2015* ». L'objectif affiché consiste à proposer deux types d'appareils dans le cadre de la délivrance de nouvelles autorisations ou du renouvellement des autorisations attribuées : ceux « *dédiés aux examens ostéoarticulaires des membres* » d'une part et ceux « *spécialisés en ostéoarticulaire* » d'autre part ;
- pourtant la HAS a émis un avis très prudent sur l'utilisation des IRM dédiés et spécialisés, réservant cette pratique à une expérimentation dans le cadre d'un adossement à des IRM polyvalentes ; plus fondamentalement, la HAS a souligné la

---

<sup>32</sup> Les conclusions du CEDIT portaient sur une activité ostéoarticulaire qui avait triplé à l'hôpital Cochin en un an, avec 59% d'activité genou, 20% mains et poignets, 19% pieds et chevilles, et un délai d'attente pour les rendez-vous IRM corps entier passé de trois à une semaine. Cf. CEDIT AP-HP, *L'IRM dédié à l'imagerie ostéoarticulaire*, ref 94.08.2, octobre 1996.

<sup>33</sup> *Note sur la puissance de champ magnétique nécessaire à l'exploration des membres par IRM*, HAS, septembre 2011

difficulté à identifier, en résonance magnétique, des affections tumorales ou synoviales ;

- le manque d'appareils IRM polyvalents demeure en France, rappelé par de nombreux rapports<sup>34</sup>, l'objectif de 10 appareils par million d'habitants initialement fixé pour 2011 n'étant pas atteint (alors que la plupart des pays comparables en possèdent de 13,5 à 27 par million d'habitants). Ces IRM polyvalents sont indispensables au diagnostic et suivi des cancers ou des atteintes du système nerveux central (AVC, Alzheimer...) mais aussi au suivi de certaines pathologies pédiatriques. Tout se passe comme si les besoins d'IRM en France pouvaient être comblés « en trompe l'œil » par l'arrivée d'IRM dédiés ou spécialisés sur l'ostéoarticulaire, d'utilité limitée en termes de santé publique.

Il importe de réaffirmer que la promotion de techniques d'examen de moindre coût doit se faire sans dégradation de la pertinence des actes pour le patient.

Quant aux bénéfices économiques de ce programme, on peut considérer que l'installation d'IRM dédiés n'est pas sans risque dans la mesure où elle peut stimuler la création de filières attractives pour des fractures ou entorses qui auraient pu être examinées par des techniques plus classiques et nettement moins onéreuses.

#### ➤ *Les programmes PRADO*

La conception d'un programme d'accompagnement de retour à domicile après hospitalisation (PRADO) est une initiative de la CNAMTS inspirée d'expériences menées dans plusieurs pays anglo-saxons et scandinaves. Trois programmes sont actuellement diversement développés : PRADO Maternité, PRADO Orthopédie et PRADO Insuffisance cardiaque.

Les deux derniers programmes lancés (PRADO Orthopédie et Insuffisance cardiaque) illustrent une prise en compte insuffisante des conditions de réussite et de bénéfice pour le patient.

#### ➤ PRADO Orthopédie

Initié en 2011, ce programme découle de deux rapports de la HAS portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de recours à une hospitalisation de soins de suite<sup>35</sup>; six interventions avaient été retenues (genou, hanche, fracture trochantérienne du fémur, etc.) représentant 25% des interventions en orthopédie. Ce programme trouve également sa source dans le rapport *Charges et produits* 2013 de la CNAMTS, qui montre que 20% des patients ayant subi une arthroplastie du genou seraient pris en charge en SSR alors qu'un retour à domicile et une rééducation en ville auraient été suffisants, avec des coûts moyens dans un rapport de 1 à 5 : le coût moyen de rééducation dans un établissement de SSR ressort, d'après les calculs de la CNAMTS, à 4 220€ au lieu de 860 € pour une rééducation en ville (cf. fiche 5 « Les programmes PRADO »).

<sup>34</sup> Cf. Pr J-P. Vernant, *Recommandations pour le 3<sup>ème</sup> plan cancer*, avec l'appui de l'IGAS et de l'IGAENR, juillet 2013. Et *Rapport final sur le plan cancer 2009-2013* remis au Président de la république, juin 2013.

<sup>35</sup> Recommandations HAS de 2006 sur l'ensemble des actes et de 2008 pour l'arthroplastie du genou.



Néanmoins, l'analyse du bénéfice médical du programme pour les patients est insuffisamment développée. Certes, la satisfaction des premiers bénéficiaires est élevée, mais elle est mesurée 15 jours après la sortie d'hospitalisation et non à l'issue du programme ; à ce stade, il est impossible d'apprécier, pour la plupart des actes pris en charge, le succès des soins procurés ou si un autre bilan s'impose à la fin des soins. Par ailleurs, l'existence d'un livret de suivi du patient, si elle fournit des repères utiles, ne garantit pas une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé concernés. Or l'analyse multidisciplinaire de l'état du patient est au cœur de la réussite de ces programmes, si l'on se réfère aux expériences étrangères<sup>36</sup>. Enfin, une évaluation médicale solide de ce programme nécessiterait (nécessitera) une comparaison des prises en charge en ville et en établissement de SSR.

➤ PRADO Insuffisance cardiaque

Il s'agit d'un programme qui s'appuie sur le guide du parcours de soins en insuffisance cardiaque publié par la HAS en 2012 et sur les recommandations de la société française de cardiologie. Ce programme vise à améliorer l'état de santé des insuffisants cardiaques et à diminuer leur taux de réhospitalisation et de mortalité (aujourd'hui élevé).

L'importance du sujet, en termes économiques et en termes de santé publique, ne fait aucun doute, de même que les marges de progrès dans ce domaine en France. Comme dans le cas de PRADO Orthopédie, la conception du programme ainsi que sa mise en œuvre reposent cependant sur une analyse médicale comportant plusieurs faiblesses.

Par ailleurs, la littérature scientifique<sup>37</sup>, à laquelle se réfère le programme, insiste sur la nécessité d'un suivi spécialisé du patient par une équipe multidisciplinaire, que ce soit en hospitalisation ou hors hospitalisation, ainsi que sur la nécessité d'une éducation thérapeutique renforcée du patient. La coordination de ce suivi multidisciplinaire aurait pu être réalisée par le conseiller de l'Assurance maladie ; mais le rôle de coordination de ce dernier se limite aujourd'hui à une prise des premiers rendez-vous chez le médecin traitant et l'infirmier(e) libéral(e) ainsi qu'à la réalisation d'un bilan de satisfaction au bout de deux mois. Un suivi plus approfondi avec les personnels médicaux impliqués serait de nature à renforcer les garanties de qualité du programme pour le patient.

L'ensemble de ces constats plaide en faveur d'une analyse médicale plus poussée, mobilisant davantage les expertises existantes (HAS, ITMO santé publique, société française de cardiologie...), à la fois pour les PRADO actuellement déployés et pour les futurs PRADO sur la broncho-pneumopathie obstructive (BPCO) ou les plaies chroniques.

A noter qu'un programme similaire<sup>38</sup> expérimenté actuellement à Pontoise et Toulouse, avec le soutien des ARS, sur la base d'un protocole déployé en Allemagne, fera l'objet d'une étude randomisée sur un échantillon de 330 patients afin d'en vérifier la validité. Il s'appuie sur un centre de télé-accompagnement personnalisé animé par des infirmières spécifiquement formées, qui font le point avec le patient au moyen d'entretiens semi-dirigés validés par le comité scientifique du programme. Disposant de données transmises automatiquement, ces infirmières assurent non seulement un suivi mais aussi une éducation à la santé.

---

<sup>36</sup> Cf. rapport McKinsey commandé par la CNAMTS relatif au benchmark des programmes d'accompagnement du retour à domicile suite à une hospitalisation.

<sup>37</sup> *Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission : a systematic review of randomized trials*, Finlay A. McAlister et al, *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810-819

<sup>38</sup> Plateforme interactive médecins-patients-santé (PIMPS) : programme de surveillance à domicile des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque par télé-médecine et bio-marqueurs, expérimenté avec le soutien de l'ARS Ile de France sur la base du programme CORDIVA mené en Allemagne.



### 3 UNE MISE EN ŒUVRE QUI MANQUE DE COORDINATION OPERATIONNELLE

#### 3.1 La question du bon usage de certains outils ou modalités d'intervention

L'observation des conditions de mise en œuvre opérationnelle des actions de GdR soulève plusieurs interrogations quant à l'efficacité de certains instruments ou modalités d'intervention. Il s'agit ici de les rappeler brièvement tout en renvoyant au tome II pour des analyses plus détaillées.

- *Le retour d'information aux établissements sur leur profil de prescriptions, et aux professionnels sur leurs pratiques*

L'extension de la maîtrise médicalisée aux établissements de santé repose notamment sur la mise à disposition de ceux-ci par le régime général d'Assurance maladie d'une information sur leur profil de prescriptions comparé à celui d'autres établissements « de même catégorie » ; sorte de miroir tendu aux professionnels hospitaliers sur leurs pratiques. Les visites des délégués de l'Assurance maladie en établissement sont l'occasion de la présentation et de la discussion de ces documents.

Cette information miroir est incontestablement utile et est désormais attendue des professionnels. Toutefois, sa richesse et sa pertinence restent souvent à améliorer.

Les « profils établissements » vus par la mission en matière de transport des patients apparaissent frustes : montant global de la dépense de transport prescrite par l'établissement et exécutée en ville, structure de la dépense par mode de transport (ambulances, VSL, taxis, autres), taux d'évolution comparé à celui des établissements « de même catégorie ». Le rapprochement avec des données d'activité serait éclairant, particulièrement pour des établissements au portefeuille d'activité resserré comme les centres de lutte contre le cancer. Ces profils sont édités par la direction chargée des statistiques à la CNAMTS pour le compte de chaque CPAM et on peut se demander si leur production plus décentralisée ne permettrait pas de produire de manière plus souple une information plus riche et plus utile dans le dialogue des organismes locaux avec les prestataires de soins.

Par ailleurs, le complet déploiement et l'exploitation du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) font encore défaut. Le RPPS est indispensable pour identifier les médecins prescripteurs salariés des établissements, donc affiner l'analyse des prescriptions localement et permettre d'éventuelles actions correctrices ciblées. A ce stade, les difficultés de déploiement se situent au niveau du report non encore systématique du numéro RPPS sur les prescriptions hospitalières et de problèmes techniques de transmission de ce numéro via les feuilles de soins électroniques adressées par les pharmacies. L'exploitation de ces informations par le régime général est prévue pour 2015. La situation des autres régimes à cet égard reste à préciser. La période actuelle est délicate car l'allongement du délai entre le moment où les établissements commencent à renseigner ce numéro et le début des exploitations risque de discréditer l'outil et de décourager les prescripteurs. L'exploitation rapide par les caisses du numéro RPPS pour les établissements qui le reportent d'ores et déjà correctement, afin d'affiner les retours d'information sur leurs prescriptions, serait au contraire un signal incitatif.

Enfin, le développement futur d'actions de GdR axées sur la pertinence des soins et des parcours exigera la production d'une information médicale fine, réactive et pertinente répondant moins au programme de travail de la CNAMTS ou de l'ATIH qu'aux besoins du dialogue local avec des médecins spécialistes sur leurs pratiques. Un directeur d'ARS résume cela en disant : « *il ne faut pas sur-alimenter nos interlocuteurs avec nos données mais aller chercher les données dont nos interlocuteurs ont besoin pour compléter leur vision* ».

Cela suppose des capacités et latitudes des organismes locaux d'Assurance maladie pour ce faire, ainsi qu'une coopération plus étroite avec l'ARS dans l'analyse des dépenses et du recours (ou du non recours) aux soins.

Les ARS les plus engagées dans les démarches de pertinence se sont heurtées à la difficulté d'obtenir une information décloisonnée couvrant la ville et l'hôpital (sur les coloscopies par exemple) ou couvrant plusieurs segments de l'offre de soins entre lesquels se déplacent les stratégies thérapeutiques (entre chirurgie et radiothérapie par exemple pour certains cancers).

➤ *La mise sous accord préalable*

La mise sous accord préalable (MSAP) suscite des interrogations quant à la procédure et à ses effets. Quantifiée a priori (l'objectif fixé par la CNAMTS à son réseau était par exemple de 150 MSAP sur les établissements de soins de suite et de réadaptation en 2013), la MSAP est gérée localement sur la base d'un partage des rôles<sup>39</sup> entre CPAM et échelon local du service médical, qui prévoit généralement une décision en première instance par un technicien du service médical, sur la base d'un entretien téléphonique et du questionnaire renseigné de manière déclarative par le médecin ; le médecin-conseil ne statue que sur les refus du premier. De fait, les demandes d'accord préalable dans le champ des SSR ont été accordées à 98 % en 2011-2012 ; le taux d'accord atteint 99% et de 98,5% respectivement sur les deux ensembles d'actes représentatifs des plus gros volumes : genou et hanche<sup>40</sup>. Un taux d'accord du même ordre est observé pour les MSAP de certains établissements de santé destinées à stimuler leur recours à la chirurgie ambulatoire sur les gestes prioritaires dits « marqueurs ».

Il est difficile de savoir si ce taux d'accord très élevé tient à la procédure de gestion des demandes d'entente préalable - qui intervient tardivement dans la prise en charge soignante du patient et est largement déclarative - ou au formalisme prévu pour la notification d'un refus de prise en charge ou encore à l'effet dissuasif (autrement dit pédagogique) de la MSAP sur les professionnels de santé.

Plusieurs des interlocuteurs rencontrés par la mission considèrent que la MSAP en matière de chirurgie ambulatoire peut débloquent certaines situations et contribuer au rattrapage des établissements les plus en retard sur certains gestes. Mais un moindre rendement de la procédure est vraisemblable dans les années à venir à mesure que le développement de la chirurgie ambulatoire touche des gestes plus complexes pour lesquels la qualité d'organisation au sein de l'hôpital est un facteur décisif.

Il n'en reste pas moins que le suivi des effets des MSAP, dans la durée, en termes d'infléchissement des comportements des acteurs de santé, mériterait d'être sensiblement amélioré, et partagé avec les partenaires du régime général pour la GdR (autres régimes, Etat, ARS). Il n'existe en effet pas de retour d'information auprès des ARS, pas plus que des administrations centrales, sur la mise en œuvre des MSAP (objectifs qualitatifs, critères de ciblage, nombre effectif de demandes et taux d'accord) ni sur leurs résultats.

On peut s'étonner qu'une procédure utilisée de longue date, devenue un instrument classique de la GdR, au demeurant relativement lourde, ne fasse pas davantage l'objet d'un suivi plus systématique quant à ses résultats et à son coût de gestion propre.

---

<sup>39</sup> Le circuit de traitement des ententes préalables est organisé dans le "plan d'action concerté" négocié entre le directeur de la CPAM et l'échelon local du service médical. Ce plan établit notamment les "liaisons médico-administratives" qui permettent de traiter l'essentiel des flux au niveau de la CPAM et de réserver au service médical certains types de dossiers, variables selon les départements, de nature plus exceptionnelle et complexe.

<sup>40</sup> Cf. CNAMTS, *Mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation de SSR : Premier bilan 2012 et propositions d'action 2013*.

A l'inverse, l'usage des MSAP vis-à-vis des médecins libéraux prescripteurs de transports en gros volume ou de transports en série sur de longues distances, prévue par la réglementation, n'a quasiment pas cours ; alors que l'hétérogénéité des pratiques de prescription dans ce domaine est grande et la dynamique des dépenses élevée.

➤ *Bonnes pratiques de soins, atypies, pertinence de l'offre territoriale*

Ces trois approches sont complémentaires pour le développement d'actions visant à conforter la pertinence des actes, des séjours et des parcours de soins. Or elles apparaissent aujourd'hui juxtaposées et largement indépendantes : l'Assurance maladie axe son travail sur le repérage d'atypies individuelles parmi les prestataires de soins et sur la définition d'indicateurs d'alerte quant à la non pertinence des actes ; certaines ARS conçoivent la pertinence sous un angle plus systémique et territorialisé, intégrant sur-recours et sous-recours ; des programmes nationaux d'amélioration continue des pratiques sont portés par la HAS et la DGOS (comme sur les césariennes programmées) en parallèle aux démarches de GdR. Un déploiement plus articulé de ces actions est nécessaire.

➤ *La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)*

Prévue par la convention médicale nationale du 26 juillet 2011 et entrée en vigueur au 1er janvier 2012, généralisant et adaptant ainsi le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), la ROSP « s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. (...) Cette réforme structurelle permet ainsi d'inciter les médecins traitants et certains spécialistes à gérer « en population » le risque santé tout en favorisant les prescriptions les plus efficaces compatibles avec l'état de santé de leurs patients »<sup>41</sup>.

Appliquée à l'ensemble des médecins traitants et à certains spécialistes<sup>42</sup>, la rémunération est liée à des objectifs de deux ordres :

- objectifs relatifs à l'organisation des soins et du cabinet médical : tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques, recours à un logiciel d'aide à la prescription, élaboration par les médecins traitants d'une synthèse annuelle du dossier médical de ses patients ;
- objectifs relatifs à la qualité de la pratique médicale, détaillés dans le tableau suivant. Ce volet relatif à la qualité des pratiques concerne plus spécifiquement les médecins traitants et concentre 24 des 29 indicateurs<sup>43</sup> retenus au total (900 des 1300 points).

<b>Indicateurs de la ROSP portant sur la qualité de la pratique médicale (900 points)</b>	
<b>Suivi des pathologies chroniques</b> (250 points)	<u>Diabète:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 % des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année</li> <li>• 80 % des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années</li> <li>• 75 % des hommes de plus de 50 ans et des femmes de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine</li> <li>• 65 % des hommes de plus de 50 ans et des femmes de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou</li> </ul>

<sup>41</sup> CNAMTS, Dossier de presse relatif à la rémunération sur objectifs de santé publique, 11 avril 2013.

<sup>42</sup> Les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et en 2013 les médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie (avenant n°10 à la convention médicale).

<sup>43</sup> Pour chaque indicateur, le nombre de points correspond à un taux de réalisation annuel de 100% de l'objectif. La rémunération tient cependant compte non seulement de l'atteinte des objectifs mais aussi des progrès accomplis, un taux de départ propre à chaque médecin étant défini. Au titre de l'année 2012, première année d'application de la ROSP, les médecins ont perçu 3746 € en moyenne, pour une réalisation des objectifs à hauteur d'environ 50%.

	<p>anticoagulant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée est inférieur à 8,5 %<sup>44</sup></li> <li>• 80 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée est inférieur à 7,5 %</li> <li>• 90 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de LDL cholestérol est inférieur à 1,5g/L</li> <li>• 80 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de LDL cholestérol est inférieur à 1,3g/L.</li> </ul> <p><u>Hypertension artérielle</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 % des patients hypertendus ayant une pression artérielle inférieure ou égale à 140/190 mmHg.</li> </ul>
<p><b>Prévention</b> (250 points)</p>	<p><u>Vaccination contre la grippe saisonnière</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 75 % des patients âgés de 65 ans et plus vaccinés</li> <li>• 75 % des patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés.</li> </ul> <p><u>Dépistage du cancer du sein</u> : 80 % des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans.</p> <p><u>Dépistage du cancer du col de l'utérus</u> : 80 % des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années.</p> <p><u>Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire à 5 % la proportion de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs</li> <li>• Réduire à 5 % la proportion de patients de plus de 65 ans traités par des benzodiazépines à demi-vie longue<sup>45</sup></li> <li>• Limiter à 12 % la proportion de patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines.</li> </ul> <p><u>Antibiothérapie</u> : moins de 37 prescriptions d'antibiotique pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD.</p>
<p><b>Efficiences des prescriptions</b> (400 points)</p>	<p><u>Développer le recours à des médicaments disposant d'un générique</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidépresseurs (taux de prescription dans le répertoire : 80%)</li> <li>• Antibiotiques (90 %)</li> <li>• IPP (85 %)</li> <li>• Antihypertenseurs (65 %)</li> <li>• Statines (70 %).</li> </ul> <p><u>Hiérarchiser les prescriptions selon les recommandations de la HAS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier la prescription des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) par rapport à celle des Sartans dans l'hypertension artérielle<sup>15</sup> (65 %)</li> <li>• Privilégier l'aspirine à faible dosage pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires (85 %).</li> </ul>

Source : CNAMTS

Il s'agit d'un dispositif important dont la promotion et le suivi figurent simultanément dans les contrats pluriannuels de gestion des organismes locaux et dans leur intéressement.

Or la place de la ROSP dans la mise en œuvre opérationnelle de la maîtrise médicalisée soulève plusieurs questions :

- Le suivi des pathologies chroniques concerne essentiellement le diabète (8 des 24 indicateurs de qualité des pratiques), à l'appui du programme SOPHIA, et plus marginalement l'hypertension artérielle (1 indicateur) ; en revanche, le dépistage de

<sup>44</sup> Cette information, comme la suivante, est déclarative.

<sup>45</sup> Anxiolytiques ou hypnotiques dont l'élimination est plus lente

l'insuffisance rénale chronique n'y figure pas alors qu'il devrait s'agir d'un élément important du programme de GdR conduit par ailleurs sur cette pathologie.

- Notons que le suivi du diabète figure aussi parmi les trois thèmes les plus traités par les DAM (avec la prescription de génériques et les extensions de SOPHIA) dans leurs visites de 2012 auprès des médecins généralistes, loin devant les facteurs de risques cardiovasculaires, la iatrogénie, l'antibiothérapie, ou encore les prescriptions non médicamenteuses. De même, les entretiens confraternels des praticiens conseils ont porté majoritairement en 2012 sur le diabète.
- De fait, c'est sur le suivi des patients diabétiques, plus précisément la couverture des facteurs de risque cardio-vasculaire par les statines et le dosage de l'hémoglobine glyquée, que les progrès affichés par la CNAMTS semblent les plus importants - même si ce dosage ne s'applique encore qu'à la moitié des patients, pour un objectif cible fixé à 65%. S'agissant du critère relatif aux 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année pour 65% des patients, la HAS conteste cependant la pertinence d'un taux moyen d'examen pour des pathologies évolutives, dont l'évolution est très variable d'un individu à un autre. L'adaptation de la surveillance selon une segmentation plus fine des patients en termes de risques est susceptible d'accroître l'effet de ce dispositif sur la qualité de prise en charge des patients diabétiques.
- L'axe prévention de la ROSP est constitué en très grande partie d'objectifs relevant de l'efficacité des prescriptions médicamenteuses. Par ailleurs, ce qui a trait au dépistage des cancers n'est pas superposable aux engagements de la COG en la matière : pathologies en partie différentes et indicateurs différents. Sur les objectifs de dépistage des cancers et de vaccination antigrippale les premiers résultats apparaissent d'ailleurs médiocres, avec une stagnation voire une régression des indicateurs entre 2011 et 2012. La prévention continue donc à faire figure de parent pauvre dans cet ensemble : peu d'objectifs, pas d'approche populationnelle, difficulté à progresser. L'objectif réaffirmé par la CNAMTS « *d'orienter davantage les soins vers le préventif plutôt que le curatif, grâce à un partenariat renouvelé entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux* »<sup>46</sup> reste éloigné.
- De manière générale, la question est posée de l'articulation de cette incitation financière avec d'autres objectifs et messages portés en dehors du cadre de la ROSP (cf. les nouveaux thèmes impartis aux démarches d'accompagnement des DAM et praticiens conseils pour 2013 comme la sensibilisation au dépistage précoce du risque d'obésité chez l'enfant et l'adolescent, la nutrition orale, ou le dosage de la TSH et des hormones thyroïdiennes).

➤ *Le « disease management »*

L'expérimentation de programmes similaires à SOPHIA pour d'autres pathologies (pathologies respiratoires et cardiovasculaires) « sur la base d'une analyse *ex ante* du coût et de l'efficacité » était prévue à la COG 2010-2013 de la CNAMTS. La conception de ces extensions du programme SOPHIA a toutefois pris un peu de retard. L'expérimentation pour l'asthme est en cours de lancement dans 18 départements.

---

<sup>46</sup> Cf. CNAMTS, Dossier de presse, op. cit.

L'expérience retirée de la mise en œuvre du programme SOPHIA pour les patients diabétiques et les évaluations produites sur le sujet<sup>47</sup> soulignent que, relativement au groupe témoin et à la population de patients non adhérents, les patients adhérents présentaient un meilleur état clinique à l'entrée : personnes plus jeunes, plus souvent des hommes, avec une durée de diabète inférieure, et moins fréquemment traitées par insuline ; elles avaient de même un diabète mieux équilibré, mieux suivi, et une consommation de soins différentes (plus d'actes médicaux et d'examen, moins de remboursements de médicaments). Ce biais de sélection à l'entrée s'explique par le caractère volontaire de l'adhésion au programme.

En termes de résultats au bout de trois ans, l'évaluation réalisée par la CNAMTS montre une amélioration significative de la prise en charge des patients en matière de suivi des recommandations, aussi bien dans la population cible du programme que dans la sous-population des 460 000 adhérents, mais de manière plus marquée pour ces derniers. L'équilibre glycémique des patients diabétiques les plus déséquilibrés parmi les adhérents semble amélioré, et il en va de même des autres indicateurs cliniques (surveillance de la fonction rénale, examens ophtalmologiques réguliers, etc.). En termes économiques, les adhérents à SOPHIA ont, à caractéristiques égales, au bout de trois ans, des dépenses de soins moins élevées que celles de la population témoin, en raison surtout d'hospitalisations moins fréquentes.

Dans la perspective d'une extension de ce type de programme à d'autres pathologies, quelques conditions de succès peuvent être rappelées, en particulier une rigoureuse stratification des patients selon leur niveau de risque et un pilotage ferme des exigences de résultats (cf. encadré). Il importe également d'être clair sur l'horizon temporel de « rendement » de ce type de programme en termes de santé publique et de maîtrise des dépenses ; il ne s'agit pas d'un horizon de court terme.

#### **Quelques questions concernant l'extension prévue du programme SOPHIA aux pathologies cardio-vasculaires et à l'asthme**

- Quelle stratification des patients selon leur niveau de risque ?
- Quelle prise en compte des co-morbidités des patients ?
- Quel est l'horizon de temps à partir duquel est escomptée une « rentabilité » du programme ?
- Comment seront calculés les résultats du programme : amélioration de l'état de santé ? Economies (ou dépenses évitées) en ville et à l'hôpital sur la pathologie considérée ? Sur d'autres pathologies associées ?
- Quelles modalités de pilotage des exigences de résultat ?
- Quelle place faite aux médecins traitants : dans la définition des programmes ? dans leur mise en œuvre ? dans les flux d'information ?
- Quelles modalités d'évaluation a priori et d'évaluation a posteriori de l'expérimentation ?
- Quel rôle pour la HAS (en termes de définition des bonnes pratiques) ? Pour le HCAAM (en termes de débat collectif) ? Pour les structures d'expertise en santé publique ?
- Quelle articulation avec les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) et les structures de soins de proximité, par exemple pour s'appuyer sur des infirmiers employés dans des maisons de santé pluridisciplinaires ? (A cet égard le contexte aujourd'hui est un peu différent de celui qui prévalait lors du lancement de SOPHIA).

<sup>47</sup> Cf. notamment : A. Morel, Dr G. Lecoq, D. Jourdain-Menninger, *Evaluation de la prise en charge du diabète*, rapport de l'IGAS, RM 2012-033P, avril 2012 ; *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de "disease management"*, rapport de l'IGAS, op. cit. ; CNAMTS, *Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques : évaluation à 1 an et à 3 ans, 2013*.



## 3.2 Un faible degré de régionalisation de la gestion du risque

### 3.2.1 Les ambiguïtés autour des marges de manœuvre régionales

La latitude laissée au niveau régional pour adapter voire proposer des mesures complémentaires à celles décidées au niveau national trouve sa source dans l'ordonnance du 24 avril 1996 mettant en place les URCAM, chargées de définir une politique commune de gestion du risque et d'établir un programme régional commun actualisé chaque année. Néanmoins, les difficultés rencontrées par les URCAM en termes de capacité opérationnelle, dans un contexte il est vrai de fragilité organisationnelle, puis la mise en place des ARS en 2010 - auxquelles ont été transférés les moyens et missions des URCAM, ont conduit à un réexamen du degré de régionalisation de la gestion du risque.

Une certaine latitude est accordée à l'échelon régional par l'instruction du 19 juillet 2010 (cf. *supra* partie 1.2 consacré à l'architecture contractuelle de la gestion du risque). En effet, le PPR-GdR est composé de deux parties : si la première reprend les priorités nationales de gestion du risque, la seconde décrit les modalités d'adoption de mesures complémentaires régionales prenant en compte les spécificités locales.

Néanmoins, les termes « actions complémentaires régionales [...] élaborées en tenant compte des spécificités régionales » peuvent être interprétés de deux manières :

- soit comme la possibilité, sous la responsabilité des ARS, de proposer des actions régionales venant s'ajouter aux actions nationales déjà prévues ;
- soit comme la possibilité d'adapter la mise en œuvre des priorités fixées au niveau national aux spécificités régionales.

Selon l'interprétation retenue, le degré de régionalisation de la politique de GdR varie. Or, cette ambiguïté pèse sur les initiatives des acteurs régionaux et locaux et leur éventuel partenariat.

### 3.2.2 Dans les faits, un ajustement régional limité des actions de gestion du risque

Si la possibilité laissée aux structures régionales de mettre en place de nouvelles actions de gestion du risque n'apparaît pas nécessairement pertinente, au vu des nombreuses actions nationales déjà prévues, il n'en est pas de même de la faculté d'adapter ou de hiérarchiser les actions nationales. Une telle adaptation peut être bénéfique à plusieurs égards : en termes d'efficacité opérationnelle dans des contextes régionaux et locaux d'offre de soins et de morbidité très hétérogènes, en termes de richesse des diagnostics et analyses qui pourraient être faits localement conjointement par l'Assurance maladie et les ARS, enfin en termes d'appropriation locale de ces actions, y compris auprès des professionnels de santé et des établissements.

La problématique de GdR est en effet assez différente dans une région comme les Pays de la Loire où la dépense de santé par habitant est relativement modérée, comparée à une région comme le Languedoc Roussillon où la très forte densité de l'offre de soins nourrit une consommation plus forte, à l'opposé de la Picardie par exemple où une offre de soins de faible densité est confrontée à une forte morbi-mortalité sur les pathologies chroniques.



Les déplacements réalisés par la mission et les PPR-GdR étudiés témoignent de la rareté des actions régionales complémentaires mais de quelques efforts d'adaptation des orientations nationales aux spécificités locales. On citera par exemple la construction d'un plan sur l'insuffisance rénale chronique pour la période 2013-2017 par l'ARS des Pays de la Loire, la stratégie de promotion de la chirurgie ambulatoire de l'ARS Languedoc Roussillon (par un outil de calcul du potentiel ambulatoire et un benchmark des blocs), son travail sur les inadéquations en SSR, ou encore le plan d'actions liant transport et dialyse élaboré en Poitou-Charentes par ARS et Assurance maladie.

De même, pour le programme Pertinence<sup>48</sup>, certaines ARS, comme en Poitou-Charentes, ont mené une analyse territorialisée permettant d'identifier six actes en sur-recours et quatre familles de pathologies en sous-recours. Néanmoins cette démarche s'est heurtée dans d'autres régions à la difficulté de mener une action conjointe avec les organismes locaux d'Assurance maladie (cf. fiche 6 « Les programmes d'accompagnement des établissements ». Alors qu'une approche territorialisée apparaît particulièrement nécessaire, le programme Pertinence illustre l'insuffisant investissement de l'espace d'initiatives régionales.

De manière générale, la faiblesse du travail commun d'analyse des données de consommation de soins doit être soulignée, que ce soit en matière de pertinence des séjours en SSR, de transports ou de chirurgie ambulatoire. Rappelons que le rapport de l'IGAS de 2010 sur la gestion du risque recommandait la mise en commun, à l'échelon régional, d'objectifs et de moyens de l'ARS et de l'Assurance maladie, en matière d'études et de statistiques.

Le manque de concertation régionale peut affaiblir certaines actions. Dans le cadre des programmes PRADO, faute d'analyse préalable de la situation des établissements sur le terrain, le choix de déployer ce programme dans des établissements ayant déjà mis en place un circuit d'organisation de la sortie d'hospitalisation suite à un accouchement physiologique ou à une intervention orthopédique a eu pour conséquence de susciter de fortes réticences de la part des établissements concernés. Pour la prise en charge ambulatoire de l'insuffisance cardiaque plusieurs autres expérimentations sont en cours dans des établissements de santé publics et privés, par exemple en Ile de France et en Midi-Pyrénées, avec le soutien des ARS concernées. Une coordination de ces expérimentations serait souhaitable, de même qu'une comparaison de leurs résultats respectifs et de leurs modes opératoires (cf. fiche 5 « Les programmes PRADO »).

Plusieurs difficultés peuvent être soulignées :

- la coexistence de deux réseaux (ARS et organismes locaux d'Assurance maladie) fonctionnant avec leur logique propre entrave la constitution d'une telle stratégie. En effet, face à la latitude laissée aux ARS par la directive du 19 juillet 2010 concernant les actions complémentaires de gestion du risque, le pilotage très centralisé du réseau local de l'Assurance maladie laisse peu de marges d'adaptation d'actions définies au niveau national, et très peu de possibilités d'élaboration d'actions supplémentaires. Les initiatives régionales ne sont donc pas valorisées comme elles pourraient l'être. La mutualisation des ressources des ARS et de l'Assurance maladie reste rarissime qu'il s'agisse pour les DAM de porter certains messages pour le compte de l'ARS ou pour les deux réseaux d'analyser conjointement dépenses et consommation de soins ;
- pour assurer la cohérence des actions des deux réseaux, la CR-GdR (cf. partie 1 *supra*), en rassemblant l'ensemble des parties prenantes à la gestion du risque au niveau local, devait constituer une instance de concertation sur le déploiement opérationnel de la gestion du risque au niveau régional. Dans les faits, la CR-GdR est davantage un lieu d'échange d'informations que de réflexion stratégique sur les actions de gestion du risque ; son format très institutionnel, d'où sont absents les directeurs de l'ARS en charge de l'offre et de la

---

<sup>48</sup> Cf. Fiche 6 « Les programmes d'accompagnement des établissements (maîtrise médicalisée hospitalière et pertinence des soins) ».

contractualisation ainsi que les équipes de direction des CPAM, limite sa portée opérationnelle ;

- enfin et à titre subsidiaire, certaines ARS mettent en avant également le manque de temps et de ressources au regard des 10 priorités de gestion du risque.

## 4 UN PILOTAGE NATIONAL DONT LA CONSTRUCTION EST INACHEVEE

### 4.1 Un pilotage national dispersé

#### 4.1.1 Un pilotage rendu compliqué par une dualité d'acteurs aux légitimités concurrentes

La GdR depuis 2010 est inévitablement traversée de tensions induites par l'intervention de deux réseaux à la fois concurrents et complémentaires, et par la juxtaposition d'une légitimité historique et assurantielle et d'une légitimité liée à la régulation régionale du système de soins. L'idée, présente dans certaines CPAM, que les ARS ne se sont pas vraiment imprégnées du concept de GdR en témoigne.

Il est symptomatique que, dans le vocabulaire des cadres de l'administration centrale rencontrés par la mission, le terme de « gestion du risque » désigne implicitement le programme pluriannuel régional de GdR (arrêté par les DG d'ARS), tandis qu'ils désignent les actions du régime général par le terme de « maîtrise médicalisée des dépenses ». Au sein de la CNAMTS la position est logiquement inversée et le terme de « gestion du risque » envoie implicitement aux actions de l'Assurance maladie historiques ou présentes.

Le COPIL GdR, s'il permet une certaine concertation, ne tient cependant pas lieu d'instance de validation des choix qui s'imposeraient aux deux réseaux. La mission de coordination de la GdR au sein de la DSS assure la préparation et le secrétariat des COPIL ; néanmoins, le dimensionnement de cette mission ne lui permet pas de jouer un rôle central de proposition, de coordination ou d'expertise, qui serait nécessaire.

Le secrétariat général des ministères sociaux, pour sa part, anime le réseau des ARS au niveau des directeurs généraux et des responsables de la GdR. Cela se traduit notamment par des ateliers permettant une diffusion de la culture et l'ajustement des programmes. Toutefois, les très faibles moyens consacrés à cette animation (une personne pour l'essentiel) et le positionnement du secrétariat général vis-à-vis des directions d'administration centrale limitent le rôle de coordination de cette instance.

Quant au pari d'une unification des actions au niveau régional via le PPR-GdR, il se heurte inévitablement aux logiques verticales de management de chacun des deux réseaux.

Au niveau national, l'information de l'Etat sur les lettres réseau du régime général en matière de GdR est récente : on notera ainsi le principe, adopté il y a deux ans, d'un passage systématique de ces lettres en CNP en même temps que les instructions destinées aux ARS ; c'est un réel progrès mais cela ne suffit pas à assurer sur le fond un pilotage unifié.

De fait, les fiches programmes montrent amplement les difficultés et confusions qui existent en termes de pilotage national.

Alors qu'une conception partagée et intégrée des programmes de GdR entre Etat et Assurance maladie est désormais nécessaire, on en est loin sur certains thèmes comme l'IRC et l'imagerie, pour lesquels le positionnement d'acteurs aux légitimités concurrentes (DSS, DGOS, CNAMTS) - mais aux ressources et capacités opérationnelles déséquilibrées - aboutit à un pilotage peu cohérent, qu'il s'agisse du choix des actions, du suivi et de la détermination des informations et indicateurs pour ce faire (cf. fiches 2 et 3 relatives à l'imagerie et à l'IRC).

Le déploiement par la CNAMTS de la « maîtrise médicalisée à l'hôpital », conçue comme un soutien aux autres programmes (transport, PHEV, pertinence, SSR), apparaît davantage comme une source de confusion. Sur le terrain le manque de coordination entre ARS et CPAM est réel et la démultiplication peu ordonnée des contacts avec les établissements risque de se traduire par des messages peu cohérents ou redondants, avec *in fine* une valeur ajoutée et une crédibilité très incertaines (cf. fiche 6 « Les programmes d'accompagnement des établissements »).

Sur d'autres sujets, la coordination institutionnelle apparaît plus engagée mais les marges de progrès restent importantes.

Le programme de développement de la chirurgie ambulatoire bénéficie d'actions convergentes (sinon toujours concertées), dans le cadre d'un pilotage par la DGOS, combinant les recommandations de la HAS, une politique tarifaire de l'Etat, un conseil organisationnel de l'ANAP, une contractualisation des ARS avec les établissements et la gestion de procédures d'entente préalable par les caisses d'assurance maladie. La maturité atteinte par ce programme doit conduire à intégrer davantage les questions d'organisation interne à l'hôpital, de restructuration des services de chirurgie et de prise en charge du patient à la sortie.

Le programme relatif à la pertinence des soins, introduit en 2013 dans les priorités de GdR des ARS, s'appuie sur le pilotage de la DGOS, qui inclut un échange technique régulier avec chaque ARS, et sur une bonne implication de l'Assurance maladie et de la HAS (sollicitée pour produire rapidement, au cours de l'année 2012, des recommandations de bonne pratique ou des évaluations sur les trois gestes sélectionnés - chirurgie du canal carpien, appendicectomie, césarienne programmée).

Cela n'empêche pourtant pas les confusions sur le terrain entre ce programme décliné par les ARS et le programme de maîtrise médicalisée à l'hôpital défini de son côté par la CNAMTS et qui comporte un volet sur la pertinence des actes. Cela n'empêche pas non plus les divergences de méthode entre l'application par les CPAM et DRSM d'indicateurs d'alerte (mis au point par la CNAMTS) fondés sur le profil atypique de tel ou tel établissement, et la réalisation par les ARS de diagnostics territorialisés associant étroitement les professionnels pour aboutir à une « revue de pertinence » de leurs pratiques. Cela n'empêche pas, enfin, que la coopération entre ARS et organismes d'Assurance maladie (en particulier leur service médical), pourtant capitale pour avancer sur ces thématiques de pertinence, reste difficile localement.

Enfin il faut rappeler que la prévention est partie intégrante de la GdR pour l'Assurance maladie mais qu'elle est traitée en dehors du programme de GdR des ARS.

#### 4.1.2 Les hésitations dans le pilotage renvoient aussi à des ambiguïtés sur les finalités de la GdR et sur son horizon temporel

Au sein de la mission de coordination de la GdR de la DSS prévaut l'idée selon laquelle la GdR est aussi un instrument de management du réseau des ARS et impose une gestion réactive avec des remontées d'informations rapides, assurément infra-annuelles.

Or cette conception est discutable. Le déploiement opérationnel de programmes de plus en plus complexes exige du temps et une stabilité des priorités poursuivies ; l'infléchissement des pratiques des professionnels et des comportements des patients s'inscrit dans un temps long, de même que le travail partenarial que cela suppose ; le tropisme de l'indicateur facile à renseigner et à « remonter » a prouvé combien il pouvait être réducteur dans la régulation de certains processus comme la prise en charge des pathologies chroniques (cf. fiche 3 « Le programme IRC »).

Si les délais extrêmes observés dans la production de certaines données (près de trois ans pour les données du REIN) compliquent le pilotage de la GdR et mériteraient d'être ramenés à des niveaux plus raisonnables, la mission considère que la GdR dans les prochaines années devra résolument s'inscrire dans la longue durée de la régulation du système de santé, tout en renforçant les justifications médicales et médico-économiques des actions engagées et en accordant plus d'attention à l'articulation opérationnelle sur le terrain entre ARS et Assurance maladie. Cela ne signifie pas que l'on se désintéresse des résultats annuels mais c'est une condition pour obtenir des gains d'efficience structurels.

L'articulation entre pilotage de la GdR et politique tarifaire en matière de services et de produits de santé est également en jeu. La politique tarifaire fournit en effet des signaux et incitations aux prestataires de soins et constitue un levier potentiellement puissant de régulation. Or cette articulation n'a pas été construite en tant que telle. Elle apparaît donc aujourd'hui variable et aléatoire : elle existe pour la chirurgie ambulatoire sans être totalement aboutie, elle est en revanche très insuffisante sur la dialyse ou l'imagerie médicale, sans parler des transports pour lesquels les autorités tarifaires sont particulièrement éclatées avec des revalorisations qui effacent chaque année les efforts de modération des volumes. De manière générale, les décisions tarifaires restent dispersées selon qu'elles émanent de l'Etat ou de l'Assurance maladie et n'offrent pas assez de visibilité pluriannuelle.

## 4.2 Des indicateurs peu lisibles et dont la nature reste ambiguë

### 4.2.1 Les indicateurs: outils de management d'un réseau ou outils de pilotage de la GdR ?

Les indicateurs de la gestion du risque se trouvent dans différents documents contractuels :

- pour le régime général, ils sont dans la COG et surtout dans les CPG ;
- pour l'Etat, des indicateurs de résultat sont dans les CPOM Etat - ARS pour l'ensemble des programmes ; en outre des indicateurs de suivi nationaux ont été instaurés pour chacun des programmes.

En fonction du réseau auquel ils se rapportent, la nature de ces indicateurs est ambivalente : ils sont à la fois des outils de pilotage de la gestion du risque et des outils de management du réseau du régime général, alors que cette seconde fonction est présente dans une bien moindre mesure du côté des ARS.

En effet, les CPG sont le principal vecteur de pilotage du réseau du régime général par la caisse nationale. En termes de pilotage de la gestion du risque, cette conception des indicateurs a deux conséquences. D'une part, les indicateurs et leurs cibles peuvent faire l'objet d'une révision annuelle, en fonction de l'appréciation par le siège de la capacité du réseau à atteindre ces cibles. Ainsi, la COG a fixé pour 2013 une cible de 500 000 contacts avec les professionnels de santé. Cette cible a été jugée trop ambitieuse pour le réseau. Cet objectif a donc été revu à la baisse pour 2013, et fixé à 490 000 visites. D'autre part, l'importance de la fonction de management du réseau peut aussi amener à fixer des objectifs dont la signification en matière de gestion du risque est moins évidente. Ainsi, concernant la chirurgie ambulatoire, l'indicateur figurant dans les CPG consiste en un nombre de MSAP à réaliser (150 en 2013), sans que celui-ci ne reflète véritablement la performance de la gestion du risque. Cet indicateur de moyen sert essentiellement à manager le réseau de la CNAMTS à travers une cible raisonnablement atteignable.

Les règles d'intéressement diffèrent aussi selon qu'elles concernent les ARS ou le réseau du régime général.

Pour la CNAMTS, la gestion du risque pèse pour 30 % dans l'intéressement distribué au titre de la part nationale. Son poids dans la part locale d'intéressement est de 40 % pour les CPAM et de 60 % pour les DRSM. Les critères de calcul de cet intéressement sont centrés sur quelques sujets, essentiellement le volume d'indemnités journalières et la durée des arrêts de travail, l'accompagnement des professionnels de santé, la mise en œuvre de la ROSP (et depuis l'année dernière la progression du résultat moyen des médecins), les préjudices subis au titre des fraudes et abus et les contrôles T2A ainsi que le nombre d'adhésions au programme SOPHIA (programme d'accompagnement des diabétiques). S'y ajoutent, au niveau national, trois critères : la réalisation des objectifs d'économie au titre de la maîtrise médicalisée inscrits en LFSS (550 M€ pour 2012 par exemple), la réalisation d'un certain nombre de contacts avec les professionnels de santé (450.000 en 2012) et un volume de sanctions ou pénalités financières prononcées (2000 pour 2012). Ces objectifs ont été considérés comme atteints à 100 % en 2012<sup>49</sup>.

Pour les DG d'ARS, les indicateurs CPOM servent au calcul de leur rémunération variable. Ainsi, en 2013, la mise en œuvre du PPR-GdR et plus précisément le développement de la chirurgie ambulatoire figurent explicitement parmi les critères de calcul de la part variable de la rémunération<sup>50</sup> à côté de nombreux autres indicateurs indépendants de la GdR. Néanmoins, il n'existe pas de décomposition fine de cette part variable à l'instar de celle développée ci-dessus pour le régime général. A cet égard, il convient de rappeler que le rapport IGAS de 2010 sur la gestion du risque indiquait qu' « il [était] préférable d'attendre d'avoir un nombre d'indicateurs à la fois robustes et ayant une portée globale réellement significative pour les intégrer dans un dispositif d'intéressement ».

## 4.2.2 Des indicateurs multiples et instables

### 4.2.2.1 Des indicateurs qui manquent de maturité du côté des ARS

#### a) Présentation des indicateurs de la gestion du risque mis en place pour les ARS

Les CPOM conclus entre l'Etat et les ARS contiennent trois indicateurs relatifs à la gestion du risque – dont un indicateur synthétique - et cinq indicateurs relatifs à la prévention (cf. annexe n°3). Peuvent en théorie s'y ajouter d'autres indicateurs correspondant à des mesures spécifiques régionales de GdR. Le tableau suivant récapitule l'ensemble des indicateurs figurant dans les CPOM conclus entre l'Etat et les ARS.

---

<sup>49</sup> Note de la CNAMTS présentant les résultats d'intéressement 2012, Commission de suivi du 16 mai 2013.

<sup>50</sup> Source : Secrétariat général des ministères sociaux

Tableau 7 : Indicateurs figurant dans les CPOM conclus entre l'Etat et les ARS

Thèmes	Indicateurs CPOM (2013)
Prévention	Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle
	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle
	Taux de participation au dépistage du cancer organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans
	Taux de participation au dépistage du cancer organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans
	Couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, oreillons, rubéole
Programmes de GdR	Taux global de pratique de la chirurgie ambulatoire
	Part des patients traités par DP/part des patients dialysés
	Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque

Source : Source : Mission d'après un exemple de CPOM Etat-ARS

Le taux de réalisation du PPR-GdR est donc mesuré à travers un indicateur synthétique, qui correspond à la moyenne des résultats obtenus sur les dix indicateurs retenus pour les dix priorités nationales de GdR.

*b) Des indicateurs qui manquent de cohérence*

Le tableau met en évidence un problème de cohérence entre l'indicateur synthétique d'une part et les indicateurs relatifs aux programmes de chirurgie ambulatoire et de l'insuffisance rénale chronique d'autre part. En effet, l'indicateur synthétique, mesurant le taux de réalisation du PPR-GdR, tient déjà compte des deux programmes susvisés, et ce de la manière suivante :

- pour le programme relatif à la chirurgie ambulatoire, l'indicateur synthétique intègre un taux global de chirurgie ambulatoire alors que, jusqu'en 2012, l'indicateur du programme correspondait au taux de chirurgie ambulatoire sur 17 gestes marqueurs seulement ;
- pour le programme relatif à l'insuffisance rénale chronique, l'indicateur retenu pour le calcul du score synthétique porte sur la part des patients incidents traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés 90 jours après démarrage du traitement alors que l'indicateur propre à l'IRC correspond au taux de patients traités par dialyse péritonéale (en prévalence).

*In fine* et sans qu'il soit possible de déterminer les raisons ayant présidé à ce choix, les programmes relatifs à la chirurgie ambulatoire et à l'IRC occupent une place prépondérante par rapport aux autres programmes de GdR.

*c) Un manque de lisibilité de l'indicateur synthétique*

L'indicateur synthétique est un score, compris entre 0 % et 100 %, évaluant la réalisation des dix priorités nationales. Mais son caractère composite le rend difficilement interprétable :

- il mêle des indicateurs de natures différentes. En effet, la moitié correspond à des indicateurs de résultats (pour les programmes relatifs aux transports de patients, PHMEV, imagerie, IRC et chirurgie ambulatoire), alors que l'autre moitié correspond à des indicateurs de moyens (liste en sus, SSR, EHPAD, pertinence des soins) ;
- les indicateurs sous-jacents à l'indicateur synthétique ont été conçus programme par programme, alors qu'ils peuvent interagir (interaction, par exemple, entre l'indicateur relatif au programme Transports et ceux des programmes Chirurgie ambulatoire et Insuffisance rénale chronique).



Cet indicateur synthétique est donc loin de constituer un indice de la performance de gestion du risque des ARS ou de l'efficacité des systèmes de santé régionaux.

d) *Des indicateurs qui reflètent aussi les tâtonnements sur les programmes*

La moitié des indicateurs sous-jacents à l'indicateur synthétique de GdR sont des indicateurs de moyens. Cela peut se comprendre eu égard à la faible ancienneté et faible maturité de certains programmes (EHPAD « efficacité », EHPAD « efficacité et qualité des soins », Pertinence des soins notamment). Dans certains cas, cela peut aussi révéler des difficultés de mise en œuvre des actions, comme pour le programme Liste en sus, dont l'indicateur de résultat « taux de progression des dépenses des établissements ciblés » a été abandonné au profit d'un indicateur de moyens : « taux de conclusion d'un plan d'actions avec les établissements ciblés dont le dépassement s'avère injustifié après contrôles ».

**D'autres indicateurs sous-jacents à l'indicateur synthétique accentuent le biais réducteur de certains programmes :**

- en matière de transports de patients et de prescriptions hospitalières de médicaments exécutés en ville (PHMEV), les indicateurs tiennent uniquement compte des prescriptions à l'hôpital et ne mesurent pas un éventuel déport sur les médecins libéraux ;
- l'indicateur retenu dans le cadre du programme relatif à l'IRC « part des patients incidents traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés à J90 du démarrage du traitement » permet uniquement de suivre le développement de la dialyse péritonéale alors que les enjeux résident davantage dans le développement de la greffe rénale et de la prise en charge hors centre (cf. fiche 3 « Le programme Insuffisance rénale chronique ») ;
- l'indicateur relatif au programme Imagerie (taux de diversification du parc des appareils IRM) apparaît lui aussi réducteur mais reflète le défaut de construction du programme (cf. fiche 2 « Le programme imagerie médicale »). Si la mesure de l'optimisation des différents équipements de radiologie est difficile, l'indicateur final pourrait être plus simplement la progression des volumes et des dépenses d'imagerie.

Dans les CPG aussi, certains indicateurs fournissent une image réductrice. On peut notamment citer le suivi du nombre de MSAP en SSR ou en chirurgie. L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire n'est pas un indicateur figurant dans les documents du régime général. On peut saluer en revanche l'introduction en 2013 d'un nouvel indicateur portant sur l'adhésion à SOPHIA de patients « en écarts de soins » (i.e. moins bien suivis que les autres patients) ; cela laisse entière la question des leviers d'action pour y parvenir.

Enfin, on notera **l'instabilité de nombre d'indicateurs**, ce qui réduit considérablement la possibilité de suivre d'une année sur l'autre les résultats de la gestion du risque. Parmi les indicateurs sous-jacents à l'indicateur synthétique, quatre seulement des indicateurs relatifs aux dix programmes sont restés identiques de 2011 à 2013. Les autres ont été modifiés comme suit :

- une révision du champ de l'indicateur : c'est le cas de l'indicateur IRC, qui porte depuis 2012 sur les patients incidents et non plus sur l'ensemble des patients dialysés. C'est aussi le cas pour l'indicateur de chirurgie ambulatoire qui portait en 2011-2012 sur les 17 gestes marqueurs avant de s'appliquer à l'ensemble de la chirurgie ambulatoire ;
- une évolution de la nature de l'indicateur : celui mis en place pour le programme Liste en sus était un indicateur de résultat en 2011 et est devenu un indicateur de moyen par la suite ;
- une substitution d'indicateurs : c'est le cas de celui retenu pour l'imagerie, qui a changé chaque année : taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur trois topographies d'actes (en 2011) ; taux de réalisation de l'analyse de potentialité de diversification (en 2012) ; et enfin taux de diversification du parc IRM autorisé (en 2013).



#### 4.2.2.2 Du côté du régime général, une concordance partielle entre indicateurs de la COG et des CPG

Si la COG reprend les objectifs d'économies inscrits dans les LFSS au titre de la maîtrise médicalisée, elle ne comporte pas d'objectifs détaillés sur les principales actions de maîtrise médicalisée. Ainsi, il n'y a pas, dans la COG, d'indicateurs relatifs aux transports, à la chirurgie ambulatoire, ou encore aux SSR ou aux indemnités journalières. Certains figurent dans les CPG des CPAM et des DRSM, ces contrats locaux se trouvant à la croisée des PPR-GdR et de la déclinaison de la COG.

La lisibilité d'ensemble est très perfectible, d'autant que les cibles retenues ne sont pas toujours identiques. Ainsi, pour 2013, la COG avait fixé un objectif de 500 000 visites en établissements; dans les CPG, cet objectif a été porté à 490 000, pour les raisons évoquées ci-dessus. L'objectif national de dépistage organisé du cancer du sein est fixé dans la COG à 50 % et dans les CPG à 46,75 %.

#### 4.2.2.3 De nombreuses discordances entre indicateurs du régime général et des ARS

Compte tenu de la structure contractuelle de la GdR, il convient de s'interroger sur la cohérence, voire la convergence, entre les indicateurs des ARS et ceux des organismes locaux d'Assurance maladie.

Parmi les programmes étudiés par la mission, quatre relèvent spécifiquement d'actions partagées entre les ARS et l'Assurance maladie : les programmes Transport, Chirurgie ambulatoire, SSR et PHMEV. A noter néanmoins un autre domaine d'action partagé : celui de la prévention, qui figure dans le champs de la gestion du risque de l'Assurance maladie mais pas dans celui des ARS.

On peut regretter qu'il n'existe pas d'indicateur commun Etat/Assurance maladie dans ces champs : chaque réseau suit son propre indicateur, différent dans son objet ou dans son périmètre de celui suivi par l'autre réseau. Si l'indicateur relatif aux PHMEV est commun, en revanche :

- en matière de transport, les périmètres des indicateurs diffèrent : il est centré, du côté des ARS, sur les prescriptions de l'hôpital tandis que, du côté du régime général, il inclut également les dépenses de transport prescrites en ville ;
- en matière de chirurgie ambulatoire et de SSR, les indicateurs diffèrent : taux de chirurgie ambulatoire pour les ARS versus nombre de MSAP pour le régime général ; taux d'établissements de SSR mis sous accord préalable pour les ARS versus nombre de MSAP pour le régime général ;
- enfin, en matière de prévention, les cibles retenues pour des actions identiques, à l'instar du dépistage du cancer du sein, sont différentes : environ 50% pour le régime général contre 70 % pour l'Etat.

Ce panorama est résumé dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Tableau de concordance des indicateurs des CPOM ARS/CPG

## PPR GDR : tableau de concordance des indicateurs CPOM ARS/CPG AM

Thème GDR	Indicateur	CPOM ARS	CPG AM	Commentaires
Chirurgie ambulatoire	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (taux global)	O	N	L'objectif de l'ARS de Picardie en 2013 est de 43.9%
	Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible	N	O	La MSAP se limite à 38 gestes marqueurs pour lesquels l'AM dispose d'avis des sociétés savantes et des recommandations HAS. L'objectif de séjours réalisés en chirurgie ambulatoire attendu est de 85% mais exclu des CPG.
Transports	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital	O	N	L'objectif régional est de 3.2%
	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital et en ville	O	O	Afin d'assurer une cohérence entre les objectifs à réaliser par les ARS et les CPAM, des objectifs régionaux ont été ajoutés. Pour la Picardie, l'objectif commun est fixé à 4.2% en 2013.
PHMEV	Taux d'évolution des dépenses de PHMEV	O	O	L'objectif régional est de 5% en 2013. Par ailleurs d'autres objectifs du CPG ont un impact sur ce thème GDR partagé : - L'utilisation à bon escient des anxio-hypnotiques - Le taux de médicaments génériques
SSR	Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible	O	O	4 établissements sous MSAP en Picardie

Source : CPAM de la Somme

Cette absence de concordance des indicateurs Etat et régime général illustre la grande difficulté à construire une stratégie et un pilotage cohérents.

## 5 UN MANQUE D'EVALUATION DES ACTIONS

### 5.1 Une mesure fragile de leur efficacité et de leur efficience

L'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le contrat Etat-UNCAM détermine « les conditions de l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés ». Ce principe rencontre d'évidentes difficultés de mise en œuvre. Globalement, l'évaluation des actions de gestion du risque et de leur rapport coût-bénéfice reste très limitée et surtout peu transparente sur le plan méthodologique.

#### 5.1.1 Des actions qui ont un coût

Les différentes actions de gestion du risque reposent sur la mobilisation de moyens conséquents, qu'il s'agisse de la MMH à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie et des praticiens conseils auprès des professionnels de santé, des mises sous accord préalable pour les SSR et la chirurgie ambulatoire, ou encore de la contractualisation avec les établissements sur les transports. Or la mobilisation de ces moyens a un coût qui n'est pourtant pas suivi dans le cadre de la mise en œuvre de la GdR.

Ce coût est parfois la contrepartie d'un effort de qualité sur les prises en charge, comme pour le PRADO Maternité ; on regrettera cependant que celui-ci n'apparaisse pas clairement dans la présentation qui est faite du programme (cf. infra et fiche 5 « Les programmes PRADO »).

Au plan macroéconomique on relèvera que les coûts analytiques (calculés par la CNAMTS) imputés au processus de gestion du risque en CPAM ont augmenté de 18 % entre 2010 et 2012 ; or les économies tirées de la maîtrise médicalisée inscrites dans l'ONDAM restent stables, autour de 550 - 600 M€

### 5.1.2 L'absence d'évaluation *ex ante* des bénéfices de certains programmes

Certains programmes étudiés plus précisément par la mission se caractérisent par une absence d'évaluation *ex ante* de leurs effets. C'est le cas notamment de deux programmes majeurs : la chirurgie ambulatoire et l'imagerie.

Concernant le programme chirurgie ambulatoire<sup>51</sup>, **les économies susceptibles d'être générées par le développement de cette organisation des soins n'ont pas fait l'objet d'un chiffrage *ex ante* ni par l'Etat ni par l'Assurance maladie**. Du côté de l'Etat, la directive du 19 juillet 2010 comportait un objectif quantifié d'économies (30 M€ en 2010 et 50 M€ en 2011) qui ne semble toutefois pas avoir été suivi. La détermination d'une cible d'économies à atteindre en lien avec le développement de la chirurgie ambulatoire n'a pas été reconduite dans les années suivantes ; peut-être pour ne pas hypothéquer l'adhésion à cette orientation ?

Par ailleurs, la HAS<sup>52</sup> souligne que les effets économiques indirects de la chirurgie ambulatoire (arrêts de travail, aidants, transports, etc....) n'ont été que très rarement évalués, que ce soit au niveau national ou international. De même, la participation financière des patients ou des organismes de protection sociale complémentaire ne sont pas pris en compte dans les études réalisées.

La promotion de la chirurgie ambulatoire repose donc sur l'hypothèse d'un bénéfice qualitatif pour le patient et économique pour l'Assurance maladie, mais leur estimation, leur conditionnalité et l'horizon temporel de leur réalisation n'ont pas été explicités et partagés sur le plan méthodologique.

Concernant le programme imagerie<sup>53</sup>, celui-ci se caractérise également par une absence d'évaluation *ex ante* de l'impact attendu des orientations retenues dans ce programme, à savoir reporter sur les IRM dédiés ou spécialisés une partie des actes réalisés auparavant sur des IRM polyvalents. Ainsi, ce programme se caractérise par une absence d'évaluation préalable de la pertinence des actes ostéoarticulaires réalisés sur les appareils IRM. De même, la productivité des IRM est mal connue, malgré une étude pilotée par l'ANAP en 2010 sur l'imagerie par scanner et IRM, mais dont les résultats sont controversés. Enfin, le service rendu par les IRM dédiés et spécialisés n'a pas été suffisamment analysé préalablement au lancement de ce programme et alors même que la HAS<sup>54</sup> fait preuve de prudence sur ce point et recommande de procéder dans un premier temps à une expérimentation avant de généraliser le recours à ce type d'équipements. Or le principe d'une expérimentation n'a pas été retenu dans le programme de gestion du risque.

---

<sup>51</sup> Cf. Fiche 4 « Le programme chirurgie ambulatoire ».

<sup>52</sup> *Ibid.*

<sup>53</sup> Cf. Fiche 2 « Le programme imagerie ».

<sup>54</sup> *Exploration ostéo-articulaire des membres par IRM : intérêt diagnostique des équipements à champ modéré et des équipements dédiés*, HAS - Service évaluation des actes professionnels, Mars 2012.

### 5.1.3 Dans d'autres cas, des hypothèses de calcul fragiles et peu transparentes

D'autres programmes étudiés par la mission ont vu leurs effets évalués *ex ante*. Néanmoins, ces évaluations se caractérisent par leur manque de fiabilité, en raison d'hypothèses de calcul fragiles.

Tel est le cas en particulier des trois programmes PRADO actuellement déployés<sup>55</sup>.

Les économies pouvant découler du programme PRADO Maternité ont été évaluées par la CNAMTS à 25,7 M€ en 2013. Ce résultat est obtenu en faisant l'hypothèse d'une réduction du tarif du GHS relatif à l'accouchement physiologique sans complication, censée refléter la baisse de 0,1 jour de la DMS pour l'ensemble des accouchements concernés (soit 500 000 personnes). L'hypothèse est donc l'extension à l'ensemble des accouchements de la légère diminution de DMS observée dans le cadre de PRADO pour fonder une réduction du tarif du GHS à hauteur de 50€ par accouchement. Cette hypothèse n'est aujourd'hui pas vérifiée<sup>56</sup>. Par conséquent, pour l'année 2013, les 25 M€ d'économies mises en avant demeurent théoriques et le bilan économique de ce programme fait ressortir un coût net de 15,8 M€ en 2013 (cf. fiche 5 « Les programmes PRADO »).

Concernant les deux autres programmes PRADO (Orthopédie et Insuffisance cardiaque), leur évaluation *ex ante* repose sur l'hypothèse d'une très forte montée en charge, et ce malgré un déploiement à ce jour lent dans les régions expérimentales. Ainsi, concernant PRADO Orthopédie, l'objectif de toucher 87 000 personnes en 2017, alors que 1000 personnes en ont bénéficié en 2013 au lieu des 5 000 visées initialement, apparaît très ambitieux. L'atteinte des objectifs fixés suppose également une professionnalisation accrue des personnels impliqués dans leur mise en œuvre opérationnelle (conseillers de l'Assurance maladie, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes).

Quant au programme Transports, les chiffrages publiés sont contradictoires et confus. Selon une note de la DSS le dispositif de contractualisation (CAQOS) a permis de générer en 2012 une économie de 8 M€ grâce au ralentissement de l'augmentation des dépenses de transports prescrits à l'hôpital. L'étude d'impact liée au PLFSS 2014 indique une économie de 22,5 M€ sur les transports prescrits par les établissements de santé, par le biais des contrats ou sans eux. Ce résultat ne coïncide guère cependant avec le mode de calcul affiché : si, comme mentionné dans ce document, l'économie attendue initialement était de 66 M€ pour une cible de signature de 100% des établissements présélectionnés, le prorata fondé sur le taux de signature constaté (de 57%) devrait conduire à une économie un peu supérieure à 37 M€ (à moins que les établissements signataires ne soient pas représentatifs de l'échantillon initial ou que les cibles de dépenses des premières années aient été moins ambitieuses). Une lettre réseau<sup>57</sup> de 2013 relative à la MMH chiffrait à 66 M€ les économies attendues pour 2012 sur le total constitué des transports et des indemnités journalières. Ces chiffrages sont invérifiables.

En toute hypothèse, les incertitudes sur les effets réels et durables des CAQOS fragilisent ces projections.

Au niveau micro-économique de chaque contrat passé avec un établissement de santé, la fixation des taux cibles est aussi fragilisée par le manque d'outils d'analyse des dépenses de transport et de leurs déterminants (évolutions démographiques, données d'activité, changements de composition de l'offre de soins, évolution des « filières » de soins, etc.).

---

<sup>55</sup> Pour plus de détail, cf. Fiche 5 « Les programmes PRADO ».

<sup>56</sup> Ce tarif a certes diminué à hauteur de 37€ par accouchement entre le 2012 et 2013, passant de 4 055€ à 4 017€ mais sans que PRADO maternité ne semble avoir joué un rôle dans cette baisse.

<sup>57</sup> CNAMTS, Lettre Réseau DDGOS-60/2013 du 14 août 2013

#### 5.1.4 Des résultats mitigés, notamment en matière de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques

Les résultats susceptibles d'être mis en avant en matière de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques, n'attestent pas de leur efficacité, et ce malgré la mobilisation de nombreux outils :

- ▶ **en matière de prévention**, les interlocuteurs de la mission ont souligné de façon récurrente leurs difficultés à atteindre les cibles qui leur étaient fixées en termes de taux de vaccination ou de taux de dépistage des cancers, malgré le déploiement de campagnes pour ce faire. Les actions menées témoignent encore de la difficulté à toucher les personnes qui auraient le plus besoin de prévention (cf. observations sur le bilan du contrat Etat-UNCAM en annexe n°4) ;
- ▶ **en matière de prise en charge des pathologies chroniques**, les actions menées peinent à afficher des résultats très positifs. Si le programme SOPHIA continue à monter en charge, comptant aujourd'hui plus de 460.000 adhérents<sup>58</sup>, il reste difficile d'y inclure les personnes les moins bien suivies par le système de soins, malgré un nouvel indicateur introduit sur ce point dans les CPG en 2013 (avec une cible d'adhésions de patients « en écart de soins »). Quant à la prise en charge de l'IRC, la greffe du rein demeure limitée, et, après une croissance continue de 2000 à 2007, elle stagne voire régresse en 2009, et ce malgré une diversification des donneurs et de multiples initiatives destinées à la promouvoir : actions de communication de la part de l'ABM, recensement des donneurs potentiels parmi les patients décédés, mobilisation de l'outil tarifaire, plan d'action en faveur de la greffe développé récemment par la DGOS<sup>59</sup>.

Par ailleurs, les programmes relatifs à l'insuffisance rénale chronique et à l'imagerie médicale présentent peu de résultats en raison de leur faible degré de déploiement : peu de prévention et d'éducation thérapeutique des patients atteints d'IRC ; peu d'accompagnement des établissements sur la pertinence des actes en radiologie conventionnelle ; peu d'IRM dédiés installés (3 seulement à ce jour).

## 5.2 Un manque de transparence des chiffrages repris dans la construction de l'ONDAM

Les lois de financement de la Sécurité sociale intègrent chaque année les effets de la GdR dans la construction de l'ONDAM sous la forme des économies prévisionnelles attendues. On notera qu'il n'y a **pas de confrontation *ex post* entre ces économies attendues et les économies pour chacun des grands champs de la GdR.**

L'annexe n°7 de la LFSS, relative à la construction de l'ONDAM de l'année N, prévoit un ensemble de mesures nouvelles s'imputant sur les objectifs de dépenses pour l'année N.

L'annexe n°9, relative à l'impact des mesures nouvelles sur les comptes, est censée présenter de manière plus détaillée ces nouvelles économies de dépenses intégrées dans la construction de l'ONDAM. Le détail est toutefois très relatif, en dehors des mesures sur le médicament, comme le montre l'exemple de cette présentation pour la LFSS 2014. Ainsi la rubrique « maîtrise médicalisée », qui est le cœur de la GdR, ne fait l'objet d'aucune décomposition, en 2014 comme lors des années précédentes.

---

<sup>58</sup> Source : CNAMTS

<sup>59</sup> Cf. l'instruction DGOS du 12 juillet 2013 relative aux schémas interrégionaux d'organisation des soins de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques.

Tableau 9 : Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2014

**Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2014**

Mesures - ONDAM	Economies (M€)
Effet report de mesures 2013 (hors baisses de prix de produits de santé)	90
Baisses de tarifs professionnels libéraux (radiologues, biologistes)	130
Actions de maîtrise médicalisée des dépenses	600
Baisses de prix de médicaments (ville et hôpital)	960
<i>dont baisses de prix de médicaments ayant perdu leur brevet</i>	245
<i>dont optimisation de la tarification des génériques</i>	165
<i>dont opérations de convergence de prix dans le répertoire selon les orientations ministérielles</i>	200
<i>dont baisses de prix de médicaments sous brevet</i>	260
<i>dont baisses de prix à l'hôpital</i>	90
Baisses de prix de dispositifs médicaux (ville et hôpital)	120
<i>dont ville</i>	70
<i>dont hôpital</i>	50
Efficiences à l'hôpital	440
<i>Dont économies relatives aux achats</i>	300
<i>Dont amélioration de l'efficacité et de la pertinence des prises en charge</i>	140
Abondement de l'OGD par prélèvement sur les réserves de la CNSA	70
<b>Total ONDAM 2014 à 2,4%</b>	<b>2410</b>

Source : LFSS 2014 (annexe n°9)

De plus, la décomposition des économies attendues sur l'ONDAM varie d'une année sur l'autre, rendant très difficile le suivi pluriannuel de la contribution de ces mesures au pilotage de l'ONDAM. Le tableau ci-après récapitule, selon leur nature économique et administrative, les économies prévisionnelles liées aux mesures nouvelles de maîtrise des dépenses inscrites à l'annexe n°9 des LFSS. Au-delà de la brève apparition de certains intitulés ou de la valorisation variable des effets de la lutte contre les abus et fraudes, on constate surtout que les mesures relatives aux prix et tarifs représentent aujourd'hui la moitié de la valeur de ces économies - ce qui souligne bien la nécessité d'une articulation étroite entre GdR et pilotage tarifaire. Le bloc des « actions de maîtrise médicalisée » est associé à une économie stable, entre 550 et 600 M€ par an. Le registre de « l'efficacité à l'hôpital » (englobant des mesures de gestion interne comme la politique d'achat et des mesures propres à l'efficacité et pertinence des prises en charge) a en revanche une contribution croissante, cependant que le recours aux baisses de remboursement s'est interrompu depuis 2013. Rappelons qu'il s'agit d'impacts prévisionnels.

Globalement, les mesures nouvelles d'économies incluses dans la construction de l'ONDAM sont stables depuis 2010, entre 2,2 et 2,4 Md€ par an. Sans prétendre fournir un rendement des actions de GdR, on relèvera toutefois que les coûts analytiques imputés au processus de GdR en CPAM ont, quant à eux, augmenté de 18% entre 2010 et 2012 (passant de 271 M€ à 319 M€ en 2012)<sup>60</sup>.

<sup>60</sup> Source : CNAMTS



Tableau 10 : Mesures nouvelles sur les dépenses retenues dans la construction de l'ONDAM  
(impact prévisionnel)

Economies attendues en M€	2010	2011	2012	2013	2014
Ajustement des prix des médicaments et dispositifs médicaux (ville et hôpital)	440	550	770	966	1080
Ajustements tarifaires des professionnels libéraux ou des établissements de santé	390	350	270	225	130
Modification des règles de remboursement des soins (1)	301	365	223	0	0
Actions de maîtrise médicalisée des dépenses (2)	590	550	550	605	600
Economies sur IJ hors maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude	110				
Efficiences à l'hôpital	0	205	295	567	440
<i>Dont efficacité de gestion (achats...)</i>			145	314	300
<i>Dont efficacité et pertinence des soins</i>			150	263	140
Ralentissement structurel lié à la génération des médicaments « en sus de la tendance »	200	70			
Autres (3)	180	0	55	50	160
<b>TOTAL</b>	<b>2211</b>	<b>2090</b>	<b>2163</b>	<b>2413</b>	<b>2410</b>

Source : mission d'après les annexes n°9 aux PLFSS 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014.

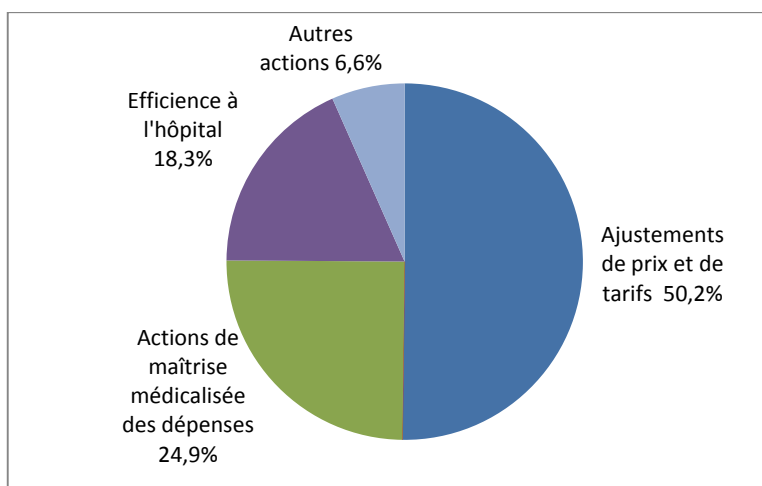
(1) Mesures « autres » : actions de lutte contre les fraudes (estimées pour un montant beaucoup plus élevé en 2010 -soit 150M€ que les années suivantes), effet report de certaines mesures antérieures (hors baisses de prix), prélèvement exceptionnel sur les réserves de la CNSA (2014), etc.

(2) Pour 2013 cette rubrique inclut également les actions relatives aux médicaments d'exception, à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, aux prescriptions hospitalières exécutées en ville et à l'imagerie, que le tableau de l'annexe n°9 ne classe pas dans la maîtrise médicalisée (chiffrée à 550 M€) mais que la mission considère comme de même nature.

(3) Modification des règles de remboursements: en 2010, hausse du forfait journalier hospitalier (156 M€) et création d'un nouveau taux de remboursement à 15% pour les médicaments à SMR faible (145 M€) ; en 2011 retrait de l'HTA de la liste des ALD (20 M€), modification des conditions de remboursement des transports en lien avec une ALD (20 M€) et diminution des taux de remboursement sur les médicaments ou hausse des reste-à-charge forfaitaires (247 M€) ; en 2012 modification des règles de calcul des indemnités journalières (223 M€) et déremboursement de médicaments à SMR insuffisant.



Graphique 2 : Nature des mesures nouvelles de maîtrise de l'ONDAM 2014



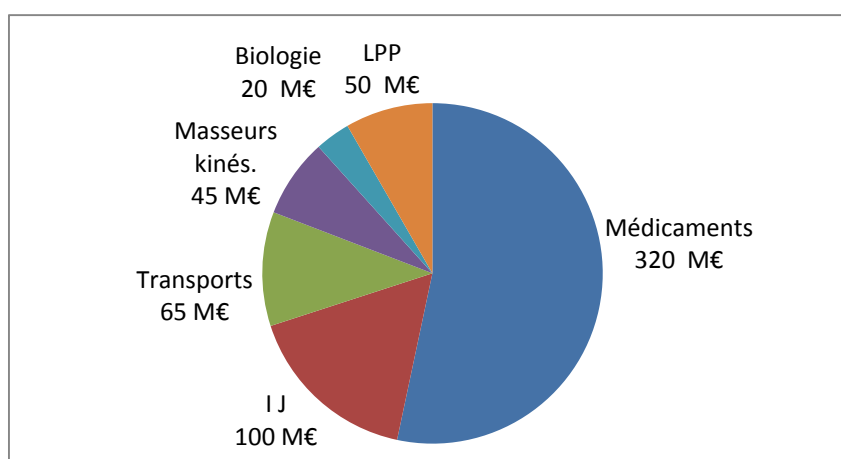
Source : mission IGAS d'après l'annexe n°9 de la LFSS 2014.

Les actions de maîtrise médicalisée se voient attribuer un rendement économique de 550-600 M€ par an (sur un ensemble de mesures en dépenses d'un peu plus de 2 Md€ par an). Ce montant n'est pas détaillé dans les annexes aux PLFSS. Une note de la CNAMTS relative à l'application de l'accord d'intéressement pour l'exercice 2012 fait état d'une économie réalisée de 647 M€ au titre de la maîtrise médicalisée en ville et à l'hôpital, sans plus de détail.

La mission a cherché à comprendre les méthodes d'évaluation de cet effet et la contribution des différentes actions.

Il ressort que le montant global de 600 M€ attendu pour 2014 résulte à hauteur de 53 % d'actions visant les prescriptions de médicaments (antibiotiques, statines, antiagrégants plaquettaires, antidépresseurs et anxiolytiques, nouveaux anti-coagulants oraux, antidiabétiques, anti-TNF alpha, etc.). Les 47 % restant sont partagés comme l'indique le graphique ci-dessous<sup>61</sup>, selon un découpage qui suit les catégories professionnelles d'actes plus que les programmes de GdR.

Graphique 3 : Décomposition des actions de maîtrise médicalisée prévues dans l'ONDAM 2014



Source : mission d'après la présentation de la CNAMTS à l'Instance nationale de concertation du 3 mars 2014, « Les orientations de la COG 2014-2017 ».

<sup>61</sup> « Orientations de la COG 2014-2017 », Présentation de la CNAMTS à l'Instance nationale de concertation du 3 mars 2014.

**Or la méthode de calcul des économies associées aux actions de maîtrise médicalisée est assez opaque et prête à discussion.**

Le calcul des économies soulève immanquablement la difficulté de l'estimation de la tendance spontanée des dépenses, avant mesure de gestion, tendance qui sera comparée à l'évolution réelle constatée pour en déduire, par différentiel, l'économie réalisée :

Economie N = montant [N-1] * (taux tendanciel - taux d'évolution réel)
--

L'économie est ensuite corrigée pour tenir compte des écarts entre prévisions et réalisations sur certains effets structurels indépendants de l'action de maîtrise médicalisée (« générotation » de certains médicaments, épisodes épidémiques, évolution des prix). Le caractère exogène de l'évolution des prix est d'ailleurs discutable, notamment pour ceux fixés par les négociations conventionnelles.

Les dépenses retenues sont les montants cvs-cjo en dates de remboursement du régime général projetées sur l'ensemble des régimes. En théorie on devrait se placer en date de soins et non en date de remboursement ; cette simplification a selon la CNAMTS un impact limité en raison de la télétransmission. Pour les dépenses de transport, de masseurs kinésithérapeutes et les indemnités journalières, l'ensemble des prescripteurs libéraux et salariés est pris en compte mais les économies sont calculées séparément pour les uns et pour les autres (seules les dépenses prescrites par des médecins libéraux sont prises en compte pour les médicaments).

**Le manque de clarté des calculs tient au taux tendanciel retenu.**

Celui-ci est défini comme « *le taux d'évolution des dépenses entre N-1 et N que l'on estime naturel* »<sup>62</sup>.

C'est pour les indemnités journalières que la CNAMTS dispose du modèle économétrique de projection des dépenses le plus abouti ; encore sa capacité prédictive est-elle plus fiable à long terme qu'à court terme (la modération très prononcée des IJ actuellement est ainsi peu expliquée). Sur les soins de ville, comme les transports par exemple, il s'agit plutôt, en pratique, d'une tendance « à dire d'expert », fondée sur l'observation de deux ou trois années antérieures et dont le partage prix-volume est ajusté chaque année en fonction des mesures tarifaires et de leurs dates d'application effective. Selon le directeur des études et statistiques de la CNAMTS, il faudrait parler de « prévision de volume hors action de maîtrise » plutôt que de tendanciel. Les parts respectives des calculs prospectifs et rétrospectifs sont toutefois peu claires.

Le tableau ci-après récapitule ces différentes prévisions pour les quatre dernières années.

---

<sup>62</sup> « Méthodologie d'évaluation des économies réalisées grâce à l'action de maîtrise médicalisée », CNAMTS - Direction de la stratégie, des études et statistiques, 21 mars 2014.

Tableau 11 : Objectifs de maîtrise médicalisée et tendanciel sous-jacents en volume (2010-2013)

	2010		2011		2012		2013	
Évolution annuelle du volume hors générique	Tendanciel	Objectif	Tendanciel	Objectif	Tendanciel	Objectif	Tendanciel	Objectif
<b>Médecins libéraux</b>								
Antibiotiques	1,9 %	-1,1 %	1,7 %	-2,3 %	1,3 %	-5,3 %	3,5 %	-2,0 %
Statines	14,9 %	7,9 %	10,7 %	6,1 %	7,7 %	3,8 %	8,0 %	3,8 %
Anxio.- hypnotiques	1,3 %	-2,0 %	0,8 %	-2,8 %	0,4 %	-2,7 %	1,0 %	-4,9 %
IPP	13,2 %	8,5 %	11,6 %	9,4 %	8,2 %	5,1 %		
IEC-Sartans	10,1 %	6,5 %	6,8 %	2,7 %				
HTA					3,8 %	1,0 %	4,0 %	1,0 %
AAP	10,2 %	2,0 %	8,0 %	2,7 %	12,7 %	4,9 %	9,0 %	-2,1 %
Anti-Ostéo.	9,0 %	4,7 %	10,1 %	6,1 %				
Anti-dépresseurs	11,7 %	11,4 %	5,3 %	3,2 %	4,9 %	-1,1 %	6,0 %	0,1 %
Anti-diabétiques	15,3 %	9,9 %	13,0 %	10,9 %				
Antalgiques	2,6 %	0,5 %	4,1 %	0,7 %				
EPO (tous prescripteurs)			5,1 %	3,2 %	4,8 %	1,3 %	6,1 %	2,6 %
Anti-TNF (tous prescripteurs)			17,0 %	15,7 %			16,0 %	13,8 %
I J	1,3 %	0,4 %	3,5 %	2,8 %	2,4 %	1,5 %	2,1 %	1,2 %
Transports	7,0 %	4,0 %	3,5 %	0,8 %	3,6 %	1,7 %	4,1 %	2,3 %
M K	4,6 %	2,8 %	4,7 %	2,9 %	3,4 %	2,1 %	4,2 %	3,0 %
<b>Prescriptions hospitalières</b>								
I J	1,3 %	0,4 %	0,7 %	-0,2 %	2,7 %	1,5 %	1,4 %	0,2 %
Transports	6,0 %	3,1 %	6,5 %	3,7 %	5,4 %	3,6 %	6,3 %	4,3 %

Source : CNAMTS - DSES

Le tableau ci-après fournit, pour le poste des transports, pris comme exemple, le calcul détaillé de l'économie fixée pour 2013 ; les évolutions tendancielles en volume sont reprises du tableau précédent. L'agrégation des différents postes d'économies, estimées de la même façon, aboutit au chiffre de 550 M€ repris dans l'annexe n°9 au titre de la maîtrise médicalisée.

Tableau 12 : Décomposition de l'objectif d'économie sur les transports pour 2013

Valeurs en M€	Montant 2012 (1)	Tendanciel volume	Effets prix	Tx tendanciel	Montant tendanciel 2013 (2)	Objectif convention (3)	Volume correspondant à l'objectif	Evolution attendue (3)/(1) - (1)	Economie attendue (3) - (2)
Transports prescripteurs libéraux	1 246	4,1%	1,2%	5,3%	1 312	1 289	2,3%	3,5%	23
Transports prescriptions hospitalières	2 410	6,3%	1,2%	7,5%	2 591	2 544	4,3%	5,6%	47
Transports tous prescripteurs	3 656	5,5%	1,2%	6,8%	3 904	3 834	3,6%	4,9%	70

Source : CNAMTS - DSES ; Champs : France métropolitaine tous régimes (extrapolé à partir du RG y compris SLM.)

L'articulation entre économies et tendanciel est peu claire. Une autre note de la CNAMTS<sup>63</sup>, relative aux tendanciels 2013, précise comment, pour les dépenses de transports et de masseurs kinésithérapeutes, « nous reconstituons une série hors mesures de maîtrise médicalisée en rehaussant chaque année l'évolution observée des volumes remboursés des économies de maîtrise médicalisée ». Autrement dit :

Série reconstituée = Volumes remboursés mensuels + Economies de maîtrise médicalisée
--

Or ces montants d'économies ne sont pas des données connues par ailleurs mais sont eux-mêmes déduits de l'écart entre dépenses réelles et dépenses tendanciennes. Comme le souligne d'ailleurs l'annexe méthodologique de cette note, « Depuis 2005 nous avons l'information sur le montant des économies réalisées mais nous ne savons pas quelle était l'évolution tendancielle utilisée pour calculer ces économies ». La méthode proposée « pour retrouver cette évolution tendancielle annuelle », par exemple en 2010, se résume dans l'équation suivante :

$$(1 + t) = \frac{E_{2010}}{M_{2009}^{y.c.MM}} + (1 + r)$$

où  $t$  est le taux tendanciel recherché;

$M_{2009}^{y.c.MM}$  le montant observé en 2009 et  $r$  l'évolution observée entre 2009 et 2010;

et  $E_{2010}$  l'économie issue de la maîtrise médicalisée en 2010.

Or cette économie ( $E_{2010}$ ) n'est pas connue puisque son estimation résulte elle-même de l'écart entre le montant tendanciel estimé 2010 ( $M_{2010}^T$ ), qui n'est pas connu, et le réalisé 2010 ( $M_{2010}$ ) :

$$E_{2010} = M_{2010}^T - M_{2010}$$

**Au final, il est très difficile de savoir ce qui est constaté et ce qui est déduit ; ce qui est mesuré directement et ce qui est reconstitué ; ce qui relève d'un calcul *ex ante* prospectif et ce qui relève d'un calcul rétrospectif.**

<sup>63</sup> « Propositions de tendanciels 2013 pour les II, les transports et les masseurs kinésithérapeutes », CNAMTS-DSES-DDGOS, 31 janvier 2013.

D'ailleurs les taux tendanciels 2013 calculés par la CNAMTS selon cette méthode (cf. tableau ci-dessous) sont supérieurs aux taux retenus pour définir les objectifs d'économie de maîtrise médicalisée entrant dans la construction de l'ONDAM (pour mémoire des taux de 4,1 % et de 6,3 % respectivement pour les transports prescrits par des médecins libéraux et par des médecins salariés). Rappelons que plus le tendancier est élevé, plus l'effort à accomplir via la gestion du risque est important.

Tableau 13 : Evolution tendancielle pour 2013 des volumes remboursés de transports, calculée sur la base d'une série reconstituée hors maîtrise médicalisée

	Tendancier 2013 cjo-cvs sur une base hors MM reconstituée	Tendancier 2013 sur une base hors MM reconstituée, lissée par le filtre de Holdrick-Prescott
Transports prescrits par médecins libéraux	5,1 %	4,4 %
Transports prescrits par médecins salariés	7,0 %	6,6 %

Source : CNAMTS-DSES-DDGOS

**L'instabilité des taux tendanciers et le caractère relativement mystérieux de leur calcul pose problème : il est quasiment impossible de suivre les économies effectivement réalisées poste par poste et de savoir si d'éventuels décalages proviennent d'une révision des tendanciers ou d'écarts de réalisation de la maîtrise médicalisée.**

Ainsi les résultats de la maîtrise médicalisée pour 2012 présentés par la CNAMTS<sup>64</sup> début 2013 font état d'un taux d'évolution ciblé de l'ensemble des dépenses de transports (tous prescripteurs, tous régimes) de 4,8 % et d'un taux d'évolution cvs-cjo à fin décembre 2012 de 3,8 %, d'où résulte l'affichage d'un objectif pleinement réalisé et même dépassé. Or le document d'orientation relatif aux transports de patients présenté par la CNAMTS au conseil de l'UNCAM<sup>65</sup> en février 2014 indique, lui, des remboursements de transport en progression de 5,1 % en 2012 (après 3 % en 2011). Un an après avoir été affiché comme pleinement réalisé, l'objectif 2012 sur les transports apparaît donc loin d'être atteint.

Ces exercices de projection ne sont, en toute hypothèse, pas réalisés pour les soins dispensés à l'hôpital ; notamment en raison des difficultés à distinguer les effets prix / volume sur l'hôpital<sup>66</sup> (trop grande instabilité de la structure de l'activité, de la nomenclature des GHS et des tarifs associés). Les économies au titre de l'efficacité hospitalière sont donc normatives.

Enfin, l'évaluation du « rendement » de certains programmes emblématiques comme celui relatif à la chirurgie ambulatoire apparaît insuffisante (cf. fiche n°4 « Le programme de chirurgie ambulatoire »). Au-delà de la progression du taux de chirurgie ambulatoire, il manque en effet une évaluation des gains d'efficacité obtenus au plan micro-économique pour les établissements - du moins les plus avancés - et au plan macro-économique pour l'Assurance maladie (en intégrant l'ajustement des tarifs des GHS, les prescriptions hospitalières exécutées en ville, la vitesse de récupération post-opératoire des patients, etc.). La responsabilité d'une telle évaluation est naturellement partagée entre Assurance maladie et Etat.

<sup>64</sup> CNAMTS, « Maîtrise médicalisée - Résultat 2012 », Commission de l'offre de soins du 19 mars 2013.

<sup>65</sup> CNAMTS, « Orientations relatives aux transporteurs sanitaires », Présentation au Conseil de l'UNCAM, 20 février 2014.

<sup>66</sup> Un indice global de prix des GHS est certes calculé par la DGOS mais la CNAMTS ne l'utilise que pour la déflation des dépenses des cliniques.

On peine également à trouver une évaluation *ex post* des effets qualitatifs et quantitatifs des programmes traitant de l'imagerie (dont le déploiement opérationnel en termes d'installation d'IRM dédiés, reste, il est vrai, fin 2013, très limité), des transports ou de l'insuffisance rénale chronique (cf. fiches programmes). Cette difficulté vaut autant au niveau national qu'au niveau micro-économique des établissements.

### 5.3 Quels résultats peut-on mettre en avant ?

#### 5.3.1 Une contribution au ralentissement de la dynamique de l'ONDAM ?

On observe un ralentissement de la dynamique de l'ONDAM. Si sa progression annuelle est inférieure à 3 % depuis 2010, des augmentations bien plus dynamiques ont prévalu pendant les années 2000, avec des progressions d'une année sur l'autre supérieures à 5 % (5,5 % en 2000 et 2001, 7 % en 2002, 6,5 % et 5 % en 2004) et supérieures à 3 % jusqu'en 2010 (+4 % en 2005 ou en 2007 par exemple).

En 2012, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 170,1 Md€ soit une hausse de 2,4 % par rapport à 2011, inférieure à celle initialement prévue (2,5 %). En 2013, l'augmentation des dépenses de l'ONDAM serait de 2,8 % (au niveau de 174,9Md€). Néanmoins, il reste difficile d'identifier les contributions de la gestion du risque (du moins hors des mesures de prix sur le médicament, qui représentent 1 Md€ en 2012 par exemple) par rapport à d'autres facteurs possibles comme la dégradation de la conjoncture économique.

#### 5.3.2 Des résultats positifs sur certains segments de soins

Concernant les programmes plus spécifiquement étudiés par la mission, quelques résultats positifs peuvent être mis en avant, davantage en termes d'amélioration de la qualité de service rendu aux usagers qu'en termes d'atteinte de gains d'efficience (cf. supra concernant l'évaluation *ex post*) :

- la diminution du délai d'attente pour la greffe dans le cadre de l'action IRC ;
- la satisfaction des parturientes ayant bénéficié du programme PRADO Maternité (91 % des parturientes très satisfaites) ;
- la réduction du délai d'attente pour les prises de rendez-vous avec les professionnels de santé pertinents dans le cadre de PRADO Orthopédie (division par deux des délais d'attente pour un rendez-vous avec un(e) infirmier(e) libéral(e) ou un masseur-kinésithérapeute pour les personnes entrant dans ce programme).

Dans une perspective de gestion du risque, la mission souligne néanmoins que le programme PRADO Orthopédie semble avoir un impact en termes de réduction du taux de recours au SSR pour les personnes bénéficiant de ce programme : dans le département de la Manche, où PRADO Orthopédie est davantage déployé, une réduction de 7 points du taux de recours aux soins de suite et de réadaptation a été ainsi identifiée.

## 6 RECOMMANDATIONS

### 6.1 Revoir la programmation de la GdR afin d'assurer l'alignement stratégique des acteurs

Le diagnostic dressé par la mission met en avant l'existence de trop nombreux documents servant aujourd'hui de référence à la GdR : le contrat Etat-UNCAM, les 10 priorités nationales de gestion du risque, la COG de la CNAMTS... Cette profusion de textes affecte la lisibilité du pilotage et du contenu de la gestion du risque, surtout dans le contexte de la diarchie en vigueur entre l'Etat et l'Assurance maladie dans le pilotage du système de santé. « *Les enjeux des deux prochaines décennies appellent une redéfinition du cadre institutionnel et politique dans lequel les questions de santé sont débattues et tranchées.* »<sup>67</sup>

La mission s'est efforcée de rendre plus cohérent le pilotage dans ce domaine devenu très partagé qu'est la gestion du risque. Ses propositions se veulent pragmatiques ; sans bouleverser le cadre institutionnel général, elles n'excluent cependant pas certains ajustements législatifs.

La mission propose par conséquent de redéfinir l'objet du contrat Etat-UNCAM, de définir précisément quelques programmes partagés de gestion du risque dans un document unique et commun à l'Etat et à l'Assurance maladie, en resserrant le pilotage de cet exercice de programmation, enfin, de renforcer la coordination opérationnelle entre ARS et organismes locaux d'Assurance maladie dans la mise en œuvre de ces orientations.

#### 6.1.1 Transformer le contrat Etat-UNCAM en un plan d'action intégré centré sur la politique de prévention

##### a) *Le constat de la mission*

Le contrat Etat-UNCAM « vit » difficilement :

- pour la CNAMTS il est redondant avec la programmation de ses propres actions de GdR découlant de la COG ou issues de ses propres initiatives, déclinées par ses lettres réseaux et inscrites, pour certaines, dans les CPG annuels ;
- pour les autres régimes, il a une portée limitée en raison de leur implication relativement faible dans la GdR, au-delà de certaines actions spécifiques à la population couverte (actions de la MSA notamment en ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, le lien ville-hôpital et le rôle du médecin traitant) et des politiques de prévention auxquelles ces régimes accordent une véritable attention.

---

<sup>67</sup> D. Tabuteau, *Démocratie sanitaire - Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, 2013.



*b) Proposition*

La mission propose de centrer ce contrat sur le domaine pour lequel on peut escompter une réelle valeur ajoutée d'une programmation commune à l'Etat et à l'ensemble des régimes d'Assurance maladie : le domaine de la prévention. Ce document deviendrait ainsi un « **plan national intégré de prévention** ». L'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, relatif au contenu du contrat Etat-UNCAM, serait modifié en conséquence.

Un tel plan présenterait les avantages suivants :

- s'inscrire pleinement dans la stratégie nationale de santé qui affirme la primauté de la prévention ;
- mettre en commun des moyens financiers aujourd'hui dispersés et souvent très faibles pris isolément ;
- aborder stratégiquement et opérationnellement les défis communs à ces acteurs en matière de prévention afin de toucher les populations les plus éloignées de l'offre de soins, et de relancer la politique de vaccination ainsi que la prévention et le dépistage des maladies chroniques ;
- concrétiser les synergies potentielles des différentes modalités d'action, qu'il s'agisse du lien fait par la MSA et le RSI entre prévention sanitaire et prévention des risques professionnels autour de la lutte contre la désinsertion professionnelle ; de la mobilisation de la ROSP et des DAM par le régime général ; ou encore de l'utilisation des contrats locaux de santé signés par les ARS ;
- aborder de manière plus transparente et coordonnée l'allocation de subventions et le dialogue de gestion avec les structures (associatives notamment) sur le terrain.

### 6.1.2 Arrêter des programmes partagés autour de grandes priorités de GdR et en resserrer le pilotage national

*a) Le constat de la mission*

Les programmes de gestion du risque tels qu'ils sont conçus et mis en œuvre présentent les faiblesses suivantes :

- un manque de concertation au niveau national entre Etat et CNAMTS sur le contenu précis des actions de maîtrise médicalisée ; ce défaut de concertation reflète autant le manque d'implication des directions d'administration centrale concernées que l'antériorité historique de la CNAMTS sur le champ de la GdR ;
- un manque de coordination opérationnelle sur le terrain, entre CPAM/DRSM et ARS dans la mise en œuvre, la hiérarchisation et la déclinaison de ces priorités.

Compte-tenu des modalités de management respectives des réseaux des ARS et des organismes territoriaux du régime général, il est peu probable que la coordination et la concertation sur le fond des actions puissent reposer uniquement sur les structures territoriales. La mission considère qu'un effort de réunification des programmes doit déjà avoir lieu au niveau national ; et que celui-ci doit se prolonger par une coopération plus poussée à l'échelle régionale (cf. 6.1.4).

*b) Proposition*

La mission propose que des programmes de gestion du risque (ou d'efficience) soient construits conjointement par les directions concernées du ministère (en premier lieu DGOS, DGS et DSS mais aussi DGCS pour le champ médico-social), par la CNAMTS ainsi que les autres régimes en fonction de leur volonté et capacité de mobilisation sur les différents thèmes retenus :

- il s'agit de partir de l'existant sur les programmes retenus (cf.6.2) et de mettre en cohérence leurs objectifs, cibles, indicateurs et modes opératoires ; c'est l'occasion de renforcer l'analyse médico-économique sous-jacente (cf. 6.3.1) ;
- pour chaque programme seraient désignés un pilote et un copilote ; ces rôles seraient confiés, selon les thèmes, aux services concernés de la CNAMTS et de l'administration centrale mais aussi à un directeur d'ARS ou à un directeur coordonnateur régional de la GdR au sein du régime général ;
- ces programmes seraient formellement validés en CNP. Afin d'assurer la base juridique de cette procédure, et d'ajouter cette mission à celles du CNP, l'article L. 1433-1 du code de la santé publique devrait être complété ainsi : « le CNP arrête les programmes partagés de gestion du risque maladie qui sont mis en œuvre par ses membres, chacun pour ce qui le concerne, ainsi que par leurs structures territoriales respectives ». Une telle évolution de la procédure permettrait de faire du CNP l'instance de validation de ces programmes partagés, à la fois pour le ministère, les ARS et l'Assurance maladie ;
- les programmes serviraient alors de référence pluriannuelle pour les ARS comme pour l'Assurance maladie, et seraient repris dans les PPR-GdR qui engagent les ARS comme les organismes locaux d'Assurance maladie. Ceci est conforme à l'esprit de l'article L. 1434-14 du CSP mais pas à sa lettre ; il conviendrait donc de revoir cet article pour remplacer la référence au contrat Etat-UNCAM par une référence aux programmes nationaux partagés de gestion du risque. Par souci de cohérence, l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale pourrait être revu aussi afin d'ajouter dans la première phrase, après les mots « mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion » les mots « et des programmes partagés de gestion du risque » ;
- quant aux futurs CPOM Etat-ARS, il va de soi que leur contenu et leurs indicateurs devront être arrêtés sur la base notamment du plan national intégré de prévention et des programmes partagés de GdR ;
- une variante de ces propositions consisterait à annexer les programmes partagés au contrat Etat-UNCAM.

Le suivi de l'élaboration des programmes, puis de leur exécution, serait assuré par la mission de coordination de la gestion du risque (MC-GdR) de la DSS - ce qui suppose un renforcement conséquent de celle-ci - et par le comité de pilotage national de la GdR - qui pourrait être amené à se réunir à une périodicité plus fréquente qu'aujourd'hui. L'animation du réseau des ARS resterait assurée par le secrétariat général.

### 6.1.3 Recentrer en conséquence le chapitre GdR de la COG sur les interventions relevant spécifiquement de la compétence de la CNAMTS

#### a) *Le constat de la mission*

Le chapitre de la COG 2010-2013 de la CNAMTS consacré à la gestion du risque reprend les axes du contrat Etat-UNCAM et comprend des engagements liés à des actions relevant soit spécifiquement de la CNAMTS, soit ayant vocation à être menée conjointement avec l'Etat, à l'instar de la sous-partie 4 de la COG « Privilégier le bon usage du soin » et de la sous-partie 3.3 « Accompagner les parcours de soins ».

Pour l'avenir le périmètre de la GdR dans la COG serait ajusté pour tenir compte de l'évolution proposée ci-dessus. Rappelons que le rapport d'évaluation de la précédente COG Etat-CNAMTS 2006-2009 recommandait déjà de revoir le positionnement de la COG en matière de GdR, pour progresser vers un pilotage plus unifié entre Etat et Assurance maladie.

*b) Proposition*

Le chapitre de la COG relatif à la GdR devrait être recentré sur les actions relevant spécifiquement de la compétence de la CNAMTS. Cela aboutit à retirer principalement les sous-parties 4 et 3.3 de l'actuelle COG. Cela suppose de revoir le 1°) de l'article L. 227- 1 du code de la sécurité sociale qui précise le contenu de ces conventions.

Demeureront dans la COG certains engagements de GdR, en lien avec :

- la politique conventionnelle (conditions d'installation, ROSP, etc.) ;
- la relation avec les assurés (gestion de l'information, services en ligne, coaching, etc.) ;
- la politique de contrôle et la lutte contre les fraudes et abus ; il serait souhaitable que des campagnes de contrôle visent, dans la mesure du possible, à s'assurer du respect des recommandations de bonnes pratiques sur un certain nombre de thèmes ;
- l'analyse de la dépense d'Assurance maladie et le perfectionnement des systèmes d'information à cette fin : deux points sur lesquels les engagements inscrits dans la COG pourraient être d'ailleurs plus précis qu'aujourd'hui.

Cela devrait contribuer à limiter les chevauchements d'initiatives par rapport à la situation actuelle.

#### 6.1.4 Renforcer la coordination opérationnelle entre ARS et organismes locaux d'Assurance maladie

*a) Le constat de la mission*

La GdR est moins menacée d'essoufflement (elle demeure un thème très fédérateur au sein des organismes locaux d'Assurance maladie et l'attention qui lui est portée en ARS progresse incontestablement) que d'une confusion grandissante née de ses actions multiples génératrices de nombreux chevauchements de compétence ; cette confusion vaut tant pour les autorités régulatrices que pour les établissements qui sont l'objet de ces initiatives concurrentes.

Il convient de rappeler la compétence générale dévolue par la loi HPST aux ARS, chargées « de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé » (article 1431-2 du code de la santé publique). C'est dans ce cadre légal qu'il convient de rationaliser les actions menées auprès des professionnels de santé, des établissements et des patients.

*b) Proposition*

Des évolutions sont souhaitables sur trois points :

- **élargir la commission restreinte de coordination régionale de la GdR** pour y inclure, du côté des ARS, les responsables de l'offre de soins, de la contractualisation et de la santé publique, autant que de la stratégie. De même, du côté de l'Assurance maladie le directeur coordonnateur pourrait venir davantage accompagné par les cadres de la caisse et de la cellule régionale de GdR ; ceci afin de faire de cette commission un lieu de concertation plus substantielle sur les objectifs concrètement poursuivis et les leviers mobilisés par les uns ou les autres (MSAP, visites en établissements, échanges confraternels, procédures d'autorisations, etc.) ;
- **prévoir explicitement la possibilité de priorisation ou d'adaptations opérationnelles régionales pour certains programmes**, décidées conjointement par les organismes locaux d'Assurance maladie et l'ARS. Il s'agit d'affiner les modes opératoires pour gagner en

efficacité (en matière de pertinence des soins par exemple). Il serait souhaitable de pouvoir mobiliser des moyens des deux réseaux sur des actions décidées conjointement et conformes aux priorités nationales (évaluation des inadéquations en SSR par exemple, ou intervention sur les césariennes programmées en lien avec les facteurs organisationnels dans les maternités), dont le suivi serait assuré et transmis aux échelons nationaux. Dès lors que le management du réseau des caisses et services du régime général ferait une place à de telles actions, il importe que celles-ci soient valorisées et réellement suivies. Le suivi des ONDAM régionaux pourrait aussi constituer une aune à laquelle mesurer les efforts conjoints de l'ARS et de l'Assurance maladie en matière de GdR ;

- **rapprocher les capacités d'analyse des données et d'études des deux réseaux** : un tel rapprochement est indispensable sur des sujets comme la pertinence des soins et des parcours, les transports pour les soins itératifs, la chirurgie ambulatoire, ou encore l'aval de l'hospitalisation. Cela devrait conduire à court ou moyen terme à la mise en place d'une cellule régionale commune, d'études et d'aide à la décision, de 10 à 15 personnes, comme le préconisait déjà le rapport de l'IGAS de 2010 sur la gestion du risque.

## 6.2 Quelles priorités partagées de GdR pour les prochaines années ?

La mission préconise de resserrer un peu le nombre de priorités partagées et de redéfinir celles-ci pour tenir compte à la fois du niveau de maturité des actions déjà poursuivies -parfois depuis de nombreuses années- et pour mieux les relier aux grands enjeux de la stratégie nationale de santé. Les propositions qui suivent visent également à atténuer la segmentation par pathologie sous-jacente à la construction des programmes ces dernières années, et la dispersion des efforts.

### 6.2.1 Une politique de prise en charge de l'IRC à poursuivre en dehors des programmes partagés de GdR

L'efficacité de prise en charge de l'IRC renvoie aujourd'hui à trois leviers principaux :

- le développement de l'accès à la greffe ;
- une politique d'évolution de l'offre afin de promouvoir les prises en charge hors centres lourds (unité de dialyse médicalisée -éventuellement autonomes et pouvant être reliées par télé-médecine à un « centre lourd »-, structures d'auto-dialyse ou dialyse péritonéale à domicile) ;
- le renforcement du dépistage et de l'information des patients sur les stratégies de prise en charge, ainsi que le renforcement de l'éducation thérapeutique des patients.

Les deux premiers leviers relèvent d'une politique d'offre et d'accompagnement des restructurations, qui doit être conduite par la DGOS. Elle doit mobiliser parallèlement le levier tarifaire (T2A et CCAM) afin d'aligner les signaux prix avec les objectifs d'efficacité collective dans ce domaine. Au vu des enjeux de santé publique, la direction générale de la santé (DGS) gagnerait à être associée aux travaux sur ce sujet.

Le troisième axe passe par la sensibilisation des médecins, un renforcement de la ROSP en matière de dépistage de l'IRCT et les relations de l'Assurance maladie avec les assurés (support d'information, consultations d'annonces, etc.) ; ce sont des points qui rejoignent les champs de la COG évoqués précédemment.

### 6.2.2 Un programme sur la pertinence des soins à déployer sur la base d'une étroite coordination Etat-Assurance maladie en région

Le programme Pertinence est loin d'avoir atteint sa maturité et ses instruments sont en cours de définition ; mais il semble prometteur et sa finalité est au cœur de la notion de « juste soin ».

A l'heure actuelle les démarches de promotion des bonnes pratiques de soins, de repérage d'atypies au niveau des prestataires de soins, et d'analyse de l'offre au niveau territorial sont conduites séparément. Or ces trois approches sont complémentaires et doivent être déployées de façon plus articulée. Comme le soulignait un interlocuteur de la mission à la HAS, « si l'on regarde les 10 % d'atypies, il reste 90 % de pratiques améliorables ».

Les problèmes de pertinence étant principalement liés à des redondances d'actes, des inadéquations de séjours et des incohérences dans les parcours de soins, il convient en effet de se pencher davantage, au-delà des atypies, sur l'organisation collective de parcours de soins.

A terme il est souhaitable que ces démarches puissent s'insérer dans le développement professionnel continu et dans la procédure de certification des établissements.

Par ailleurs, la crédibilité des interventions de l'Assurance maladie comme des ARS en matière de pertinence des soins se jouera notamment sur la finesse et la pertinence de l'information médicale ou médico-économique partagée. Elle se jouera également sur l'acquisition de compétences pointues pour dialoguer avec les spécialistes dans telle ou telle discipline ; ceci impose une relation plus étroite entre l'ARS et l'Assurance maladie – tout particulièrement son service médical.

L'approfondissement du dialogue avec les professionnels de santé spécialistes sur leurs pratiques suppose de la souplesse et une capacité à aller chercher de la donnée très fine, qui n'a pas forcément été anticipée par l'ATIH ou la CNAMTS au niveau national. Comme le résume un directeur d'ARS, « il ne faut pas sur-alimenter nos interlocuteurs avec nos données mais aller chercher les données dont nos interlocuteurs ont besoin pour compléter leur vision ». Ce qui renvoie à la nécessité de donner aux organismes locaux d'Assurance maladie les capacités et latitudes pour réaliser des travaux d'analyse qui ne seraient pas inscrits au programme de travail arrêté par la caisse nationale (cf. 6.1.4).

Il importe aussi de produire une information plus décloisonnée sur les soins dispensés (décloisonnement entre la ville et l'hôpital ou entre différents segments du système de soins).

### 6.2.3 Un programme nouveau sur l'efficacité de l'organisation hospitalière

Ce programme serait centré sur le développement de la chirurgie ambulatoire abordé sous l'angle de l'organisation des flux de patients, des plateaux techniques ainsi que des ressources humaines hospitalières. En effet, comme l'ont souligné les interlocuteurs de la mission, le développement de la chirurgie ambulatoire sur des actes complexes suppose une organisation parfaite pour que les chirurgiens s'y engagent.

Ce programme inclurait également la question de la pertinence des actes réalisés en chirurgie ambulatoire.

Pour ce faire, il mobiliserait divers leviers : levier tarifaire, éventuelle mise sous accord préalable, appui aux réorganisations, outils de benchmark, accompagnement des établissements mis en œuvre dans le cadre de la MMH, retours d'information aux établissements sur leur activité, analyses d'atypies.

Il s'agit de passer d'une politique d'accroissement du taux de chirurgie ambulatoire à une politique cherchant à en recueillir les fruits en termes d'efficacité et à en assurer la soutenabilité pour les patients comme pour les établissements et leurs équipes hospitalières.

Ce programme pourrait inclure d'autres thèmes choisis régionalement.

#### 6.2.4 Un programme nouveau sur l'aval de l'hospitalisation

Plusieurs des priorités de GdR des ARS et de l'Assurance maladie mises en œuvre ces dernières années aboutissent à poser la question de l'organisation des soins en sortie d'hospitalisation et butent sur ce sujet. Celui-ci recouvre des problématiques d'organisation des soins de ville autant que d'orientation des patients. Les programmes PRADO tentent d'impliquer patients et équipes hospitalières dans un retour accompagné à domicile mais ils ne touchent pas véritablement à la structuration de l'offre de soins de ville.

Le nouveau programme proposé contribuerait à la promotion de parcours de soins plus ordonnés, visée par la stratégie nationale de santé, et aborderait :

- **les soins de suite et de réadaptation** : en intégrant la question des inadéquations en établissement, l'évolution de l'offre de SSR, le bon usage des logiciels d'orientation des patients et des programmes de retour à domicile ;
- **la chirurgie ambulatoire** : sous l'angle de l'organisation de la prise en charge à la sortie de l'hôpital et notamment du rôle du médecin traitant, de l'échange d'information entre ce dernier et l'établissement de santé et de la prise en charge spécifique de la douleur, conditions nécessaires pour pouvoir poursuivre le développement de ce mode opératoire sur des gestes de plus en plus complexes. Ces sujets peuvent avoir une déclinaison particulière en milieu rural, et rencontrent une grande attention de la part de la MSA ;
- **le devenir des programmes PRADO** : le rôle que pourront jouer les PRADO dans l'organisation de l'aval des hospitalisations sur des pathologies comme l'insuffisance cardiaque ou la BPCO dépendra de l'adéquation entre les moyens mobilisés et les ambitions : coordination administrative des programmes localement, professionnalisation des CAM, suivi plus marqué des patients tout au long des programmes, formation des professionnels paramédicaux libéraux adaptée à chaque programme. Il importe également de veiller à l'articulation des PRADO avec les leviers de structuration du parcours de soins, y compris dans les zones aux faibles densités médicales ;
- **l'organisation spécifique des sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées dépendantes ou en risque de perte d'autonomie** (en lien avec l'expérimentation des parcours PAERPA) : le rôle du médecin traitant, le devenir du DMP, le rôle des équipes mobiles hospitalières et l'évolution des soins de proximité sont quelques-uns des sujets à aborder dans ce cadre.

#### 6.2.5 Un programme relatif à l'imagerie médicale à réorienter

L'imagerie médicale est un thème de programme partagé Etat-CNAMTS à renforcer, pour plusieurs raisons :

- des enjeux diagnostiques majeurs ;
- des enjeux intersectoriels multiples, recouvrant à la fois les soins de ville et les établissements, les professionnels de santé libéraux et salariés, la politique conventionnelle, la modernisation tarifaire et l'optimisation des plateaux techniques hospitaliers, auxquels s'ajoutent des questions de pertinence des pratiques ;
- des innovations technologiques en cours, à prendre en compte dans la régulation économique et sanitaire du secteur.



Afin de mieux répondre à ces enjeux, ce programme est à réorganiser autour de quatre axes :

- l'amélioration de la traçabilité des prescriptions et des actes ;
- la pertinence des actes (en particulier des examens ostéoarticulaires sur IRM et des échographies) et la réduction des actes redondants ; cela suppose des progrès quant à la traçabilité des prescriptions et des actes ;
- le réajustement de la structure tarifaire afin de mieux refléter les durées d'amortissement des équipements ;
- la mesure de la productivité des équipements et organisation de l'offre (y compris la question de la permanence des soins) : c'est dans ce cadre que la question de l'éventuelle diversification du parc d'IRM doit être ré-analysée au regard des besoins de la population en IRM polyvalentes et des coopérations entre professionnels de santé sur un territoire.

### 6.2.6 Un programme sur les transports à mieux outiller

La nécessaire rationalisation de l'organisation des prestations de transport pourrait s'appuyer sur plusieurs actions communes de l'Etat et de l'Assurance maladie, dans les directions suivantes (voir fiche 1 « Le programme transport des patients » pour les recommandations détaillées) :

- affiner la connaissance de la dépense de transport et de ses déterminants, ce qui passe également par une accélération des évolutions engagées en matière de systèmes d'information ;
- inscrire l'action de maîtrise des dépenses de transport dans le cadre plus large de l'organisation régionale et locale de l'offre de soins et dans la redéfinition de parcours de soins itératifs, indépendamment de la nature juridique du prescripteur ;
- faire des CAQOS un levier plus qualitatif de réorganisation au niveau de l'établissement voire de son environnement ;
- faire évoluer le cadre de régulation des transports ;
- dans une optique de moyen terme, réfléchir au mode de responsabilisation des établissements sur les dépenses de soins induites à l'issue de séjours ou venues, et imputées sur l'enveloppe de ville.

Par ailleurs la fiche 1 « Le programme transport des patients » développe un volet concernant le renforcement des contrôles *a priori* et *a posteriori* ; celui-ci s'insère dans la COG Etat-CNAMTS.

### 6.2.7 Un programme complémentaire possible concernant les EHPAD

La mission n'a pas étudié spécifiquement ce thème de la GdR. Toutefois, en se fondant sur d'autres travaux récents de l'IGAS<sup>68</sup>, elle propose quelques orientations à poursuivre :

- la réduction de la variabilité de la dépense remboursée par résident, pour les EHPAD gérés en tarif partiel de soins ;
- la maîtrise du recours à l'hospitalisation et organisation d'un appui hospitalier (y compris des USLD) aux prises en charge en EHPAD (recours pour la prise en charge des troubles du comportement, accès spécifique pour certains soins techniques, diffusion de bonnes pratiques de prescription médicamenteuse, etc.) ;

---

<sup>68</sup> Cf. N. Destais, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes - Mission complémentaire d'évaluation du tarif global de soins*, Rapport final dans le cadre du groupe de travail inter-administrations, RM 2013-120 P, octobre 2013.

- le suivi de l'utilisation des dotations de soins des EHPAD gérés en tarif global, sur la base du déploiement complet et du perfectionnement de l'outil RESIDEHPAD.

### 6.3 Modalités de conception et d'évaluation des programmes

La mission considère que la GdR doit désormais résolument s'inscrire dans la longue durée de la régulation du système de santé, tout en renforçant les justifications médicales et médico-économiques des actions engagées et en accordant plus d'attention à l'articulation opérationnelle sur le terrain entre ARS et Assurance maladie. Cet horizon de moyen terme ne signifie pas que l'on se désintéresse des résultats annuels mais il est une condition pour obtenir des gains d'efficience structurels dans notre système de santé.

#### 6.3.1 Une conception plus solide des programmes

La conception des programmes doit reposer sur des diagnostics plus complets et sur une segmentation adaptée des patients. Cette segmentation des patients selon leur niveau de risque est une condition importante de la réussite des programmes de « disease management » mais le principe vaut au-delà de ceux-ci.

La concertation en amont avec des experts extérieurs à l'Assurance maladie et la mobilisation de ressources d'expertise en santé publique sont susceptibles de renforcer les fondements médicaux et médico-économiques des actions.

Un agenda commun HAS-Assurance maladie est également nécessaire et devra s'accompagner d'une coopération plus étroite des deux institutions sur leurs programmes respectifs ; ce qui suppose aussi une meilleure maîtrise par la HAS des délais de production de ses recommandations ou évaluations et des conditions de leur appropriation.

Le développement progressif d'une démarche plus actuarielle prenant en compte les effets intertemporels de l'évolution des pathologies et de leurs traitements est souhaitable (par exemple, la comparaison entre greffe et dialyse sur dix ans, ou l'évaluation de la prise à vie de certains médicaments). La cartographie médicalisée des dépenses, engagée par la CNAMTS depuis quelques années, permet d'envisager ce type de travail. Le suivi de cohorte de patients atteints d'IRC est en cours de mise en œuvre avec le réseau REIN ; une autre cohorte devrait être prochainement mise en place pour la chirurgie bariatrique. De tels suivis pourront éclairer plus finement l'usage d'autres outils, par exemple le choix des actes à placer sous accord préalable.

La combinaison de plusieurs sources d'information en santé est également souhaitable pour affiner le ciblage de la GdR. Ainsi le réseau REIN fournit des données qui ne sont pas disponibles dans le SNIIRAM (comme les résultats d'analyses et contextes de vie de la personne), lequel fournit une information sur les co-morbidités qui ne figure pas dans les données du REIN.

De manière générale, l'efficacité de la GdR dépend aussi du bon aboutissement de projets structurants en matière de systèmes d'information tels que le Répertoire partagé des professionnels de santé, la facturation individuelle des établissements de santé, les modes de prescription et de facturation en ligne, la dématérialisation du volet ALD, le Répertoire opérationnel des ressources ou encore le dossier médical personnel du patient. Il s'agit par ces dispositifs de fournir une base plus solide au ciblage des actions, qu'il s'agisse d'accompagnement ou de contrôle, et d'améliorer l'information fournie aux professionnels de santé.

Enfin, il importe que le levier tarifaire soit mieux articulé avec la GdR et que cette articulation soit construite et organisée. Dans un certain nombre de cas il est possible que des mesures de prix / tarifs soient plus puissantes, plus lisibles et moins lourdes en coûts de gestion que des actions de GdR ; à tout le moins, elles en sont un complément qui doit être cohérent avec les objectifs de régulation et de rationalisation poursuivis.

### 6.3.2 Une évaluation plus transparente

S'agissant des modalités d'évaluation des programmes, l'évaluation à la fois ex ante et ex post doit être renforcée et la transparence des méthodes retenues doit être sensiblement accrue.

Cet effort d'évaluation et de transparence doit s'appliquer en particulier à des dispositifs aux forts enjeux tels que la ROSP, PRADO, ou les extensions de SOPHIA. Il vaut aussi pour une procédure très utilisée comme la mise sous accord préalable. Le recours à une évaluation externe pour des axes majeurs comme la sortie d'hospitalisation ou le « disease management » est à considérer.

Les coûts de gestion des dispositifs doivent aussi être systématiquement pris en compte.

Enfin, l'évaluation des résultats obtenus doit s'intéresser non seulement à la population globale concernée et à l'évolution d'indicateurs moyens mais aussi, dans toute la mesure du possible, aux résultats pour les sous-populations de patients les plus exposés aux risques et pathologies visés.

Constance BENSUSSAN

Delphine CHAUMEL

Dr. François CHIEZE

Nathalie DESTAIS

## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU AUDITIONNEES

<b>Caisses nationales d'assurance maladie</b>	
CNAMTS	<p>M. Michel REGEREAU, président du Conseil de la CNAMTS  M. Frédéric van ROEKEGHEM, directeur général de la CNAMTS (et directeur général de l'UNCAM)  Pr. Luc BARRET, adjoint au directeur général, délégué aux affaires médicales  Mme Sophie MARTINON, directrice de cabinet du directeur général  Mme Dominique POLTON, conseillère du directeur général, chargée de la stratégie nationale de santé  M. Olivier de CADEVILLE, directeur délégué aux opérations (DDO)  M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, direction déléguée aux opérations (DDO)  M. Jean-Paul PRIEUR, directeur du réseau médical et des opérations de gestion du risque, direction déléguée aux opérations (DDO)  Mme Christiane RAME, responsable des opérations de GdR, direction du réseau médical et des opérations de gestion du risque (DDO)  M. Claude GISSOT, directeur de la stratégie, des études et des statistiques (DSES)  Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)  M. Philippe ULMANN, directeur de l'offre de soins, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)  Dr Michel MARTY, responsable du département de l'hospitalisation (DDGOS)  Dr. Yves ALLIOUX, responsable du département des actes médicaux (DDGOS)  M. Thomas JAN, responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins (DDGOS)  M. Emmanuel GOMEZ, responsable de la mission d'accompagnement des patients (DDGOS)  Dr. Sylvie TORRE, département des actes médicaux (DDGOS)  Mme Claire MARTRAY, chargée des relations avec les professions de santé, département des professionnels de santé (DDGOS)  Mmes Nadia DJALLAL, Nicole FAVORY, Valérie CHARTIER, Christelle GERON, assistantes (DDGOS)</p>
CCMSA	<p>M. Michel BRAULT, directeur général  M. Franck DUCLOS, directeur délégués aux politiques sociales  Pr. Anne-Claude CREMIEUX, médecin conseil national  Dr. Jean-Marc HARLIN, médecin conseil national adjoint, en charge du contrôle médical</p>
RSI	<p>Mme Stéphanie DESCHAUME, directrice de cabinet, direction générale  M. Philippe MOQUET, responsable du département santé-assurance maladie, direction de la gestion des risques et de l'action sociale</p>
<b>Administration centrale et établissements nationaux / agences</b>	
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales	<p>M. Pierre RICORDEAU, secrétaire général adjoint et secrétaire général par intérim  Mme Natacha LEMAIRE, chef de service, responsable du pôle santé  Dr. Elisabeth FERY-LEMONNIER, chargée de mission, chargée du suivi de la GdR</p>

DSS	<p>M. Thomas FATOME, directeur  M. François GODINEAU, chef de service, adjoint au directeur  M. Laurent GALLET, sous-directeur « Gestion et systèmes d'information » (4<sup>ème</sup> sous-direction)  M. Cédric PARIS, chef du bureau 4A, « Gestion comptable et budgétaire des organismes de Sécurité sociale »  Mme Sonia BAUDRY, chef de bureau 4D, « Gestion de la performance du service public de la Sécurité sociale »  Mme Irina SCHAPIRA, chef de la mission « Coordination de la gestion du risque maladie » (jusqu'en décembre 2013), sous-direction du financement du système de soins (1<sup>ère</sup> sous-direction)  Mme Charlotte BOUZAT, chef de la mission « Coordination de la gestion du risque maladie » (à partir de janvier 2014), 1<sup>ère</sup> sous-direction  Mme Laure-Marie ISSANCHOU, chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, 1<sup>ère</sup> sous-direction  Mme Béatrice ROLLAND, adjointe au chef de la mission « Coordination de la gestion du risque maladie », 1<sup>ère</sup> sous-direction  M. Romain FOLIARD, administrateur, mission « Coordination de la gestion du risque maladie », 1<sup>ère</sup> sous-direction  Mme Nina VASSILIEV, administratrice, bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, 1<sup>ère</sup> sous-direction</p>
DGOS	<p>M. Jean DEBEAUPUIS, directeur général  M. Samuel PRATMARTY, sous-directeur par intérim, sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R)  Mme Dominique OSSELIN, chef de projet « SSR », sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R)  Mme Perrine RAME-MATHIEU, chef du bureau des soins de premier recours, sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R2)  Mme Déborah CVETOJEVIC, chef du bureau « Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües », sous direction de la régulation de l'offre de soins (R3)  Mme Cécile BEHAGHEL, chef du bureau « Evaluation, modèles et méthodes », sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R5)  Mme Odile TILLON-FAURE, chargée de mission, bureau « Evaluation, modèles et méthodes », sous-direction de la régulation de l'offre de soins  Mmes Charlotte DESPRAIRIES et Marie SIANELLI, chargées de mission « SSR », sous-direction de la régulation de l'offre de soins  Mme Ingrid BOINET, chargée de mission en (charge notamment des transports sanitaires), bureau « Premier recours », sous direction de la régulation de l'offre de soins</p>
Haute Autorité de Santé	<p>M. Dominique MAIGNE, directeur de la HAS  M. Jean-Christophe BRAS, conseiller du directeur, mission programmation  M. Jean-Patrick SALES, directeur délégué, direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique (DEMESP)  M. Thomas Le LUDEC, directeur délégué, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS)  Dr. Michèle MORIN-SURROCA, chef du service de l'évaluation des actes professionnels (DEMESP)  M. Michel VARROUD VIAL, chef du service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades (DAQSS)</p>
<b>Personnalités qualifiées</b>	
	<p>Mme Annick MOREL, présidente du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie</p>

<b>Agences Régionales de Santé</b>	
ARS Picardie	<p>M. Christian DUBOSCQ, directeur général  Mme VAN RECHEM, directrice générale adjointe  M. Patrick VERBECKE, sous-directeur de la gestion du risque et de l'information médicale  Dr. DERANCOURT, médecin de l'ARS  M. IDRIS, chef de projet « chirurgie ambulatoire »  Mme MARAZANO, chargée de mission « transports » et « maîtrise médicalisée à l'hôpital »</p>
ARS Ile de France	<p>Mme Marie-Renée BABEL, directrice générale adjointe  Mme Anne-Marie ARMANTERAS de SAXCE, directrice du pôle des établissements de santé, direction de l'offre de soins et médico-sociale  M. Laurent CASTRA, directeur de la santé publique  Dr. Christine CHEVALIER, coordinatrice régionale médicale GdR  Mme Anne VENRIES, coordinatrice régionale GdR  Dr. Brigitte THEVENIN-LEMOINE, conseiller médical, direction de l'offre de soins et médico-sociale  M. Patrick TEREYGEOL, responsable du département « maladies chroniques - éducation thérapeutique - santé en entreprise », direction de la santé publique  Dr. MENARGER, médecin de santé publique, en charge de la vaccination, direction de la santé publique  Dr. KAHN SCHERNEN, médecin de santé publique, direction de la santé publique  Dr Véronique DROUGLAZET, médecin référent « dépistage des cancers », direction de la santé publique  Mme Marie-France d'ACREMONT, médecin de santé publique, VIH hépatites, direction de la santé publique  Mme Isabelle FAIBIS, direction de la santé publique</p>
ARS Pays de la Loire	<p>Mme Marie-Sophie DESAULLE, directrice générale  M. François GRIMONPREZ, directeur de l'efficacité de l'offre  M. Stéphane RUELLE, responsable adjoint du département de la gestion du risque, direction de l'efficacité de l'offre  Mme Martine GUILLEBEAU, responsable du département de l'offre hospitalière  Dr. Bruno MESLET, médecin inspecteur, département de l'offre hospitalière  Mme Coralie BOUROUF, chargée de projet, département de la gestion du risque  M. Jean-Loïc RETAUD, chargé de projet, département de l'offre hospitalière</p>
ARS Poitou-Charentes	<p>M. BLANC, directeur général  M. RECUGNAT, directeur de la stratégie  M. VIGNON, responsable du pôle des établissements de santé  Mme LE MOIGNE, responsable du service « gestion du risque assurantiel »  Dr. CLERE, conseiller médical, chef de projet « pertinence des soins »  Mme BOIREAUX, chargée de mission, service « gestion du risque assurantiel »  Dr. CARRENO, chef de projet « chirurgie ambulatoire »  Dr. DELAGE, chef de projet « imagerie »</p>
ARS Languedoc Roussillon	<p>Dr. Martine AOUSTIN, directrice générale  Mme Dominique MARCHAND, directrice générale adjointe  Mme Marie-Pierre BATTESTI, directrice déléguée « qualité et gestion du risque »  Dr. Olivier BADOUIN, chef du département de la régulation, direction « qualité et gestion du risque »  Mme Marie-Catherine MORAILLON, chef du pôle des soins hospitaliers, directrice adjointe, direction de l'offre de soins et de l'autonomie  Dr. Didier HEVE, responsable de la cellule « observation statistique et aide à la décision »</p>



	<p>Mme Annick LE PAPE, adjointe du responsable de la cellule « observation statistique et aide à la décision »</p> <p>Mme Dominique ROUX, chargée de mission, département de la régulation, direction « Qualité et Gestion du Risque »</p> <p>Dr. Sylvie MEISEL, pilote du programme « chirurgie ambulatoire », pôle des soins hospitaliers, direction de l'offre de soins et de l'autonomie</p> <p>Mme Dr Pascale AUGÉ, pilote pour les programmes transports et SSR</p> <p>M. Stéphane ALQUIER, chargé de mission « gestion du risque »</p> <p>Mme Elisabeth SANJUAN, responsable des autorisations sanitaires</p>
<b>Organismes locaux d'Assurance maladie</b>	
CPAM de la Somme	<p>M. Jean-Yves CASANO, directeur de la CPAM de la Somme et coordonnateur régional de la GdR pour la Picardie</p> <p>Mme Mathilde ROY, directrice adjointe de la CPAM</p> <p>M. François GRANDET, sous-directeur, chargé de la GdR pour la région</p> <p>M. CECCHINI, chef de projet PRADO</p>
DRSM Nord - Picardie	<p>Dr. Pierre-Alain ALADEL, médecin conseil, adjoint au directeur régional du service médical Nord Picardie</p> <p>Dr. Michel CHOQUET, médecin conseil, chef de l'échelon local du service médical pour la Somme</p> <p>M. Emmanuel BENOIT, responsable du suivi de la GdR</p>
CPAM de Seine-Saint-Denis	<p>M. Pierre ALBERTINI, directeur général de la CPAM de Seine Saint-Denis et coordonnateur régional de la GdR pour l'Île de France</p> <p>Mme Marion van WONTERGHEM, directrice générale adjointe</p> <p>Mme Hélène YVERT, directrice, chargée de la GdR</p> <p>M. Romain BEGUE, sous-directeur, responsable de la cellule régionale de coordination de la GdR</p> <p>Mme Nicole PARENTI, responsable du département de santé publique</p>
DRSM Ile de France	<p>M. Bernard SCHMITT, directeur régional du service médical Ile de France</p> <p>Dr. Jean-François BAYET, médecin conseil, directeur régional adjoint du service médical</p> <p>Dr. Jean-Louis LEROUX, médecin conseil, chef de l'échelon local du service médical pour le Val de Marne</p> <p>Dr. Virginie FOSSE, médecin conseil, chef de l'échelon local du service médical de Seine Saint-Denis</p> <p>Dr. Claire CHONOWSKI, médecin conseil, chargée des relations avec les professionnels de santé, ELSM de Seine Saint-Denis</p>
CPAM Loire-Atlantique	<p>M. Jean-Paul HELIE, directeur général de la CPAM de Loire-Atlantique et coordonnateur régional de la GdR pour les Pays de la Loire</p> <p>M. Fabrice MARTIN, directeur adjoint</p> <p>M. Frédéric VIVIER, sous-directeur, responsable de la cellule régionale GdR</p> <p>M. Olivier BUSSON, chargé de projet à la cellule « gestion du risque »</p> <p>Mme Catherine ADAM, responsable du pôle Etablissements</p>
CPAM Vendée	<p>M. Jean-Claude BARBOT, directeur, pilote régional pour la lutte contre la fraude</p> <p>Mme Maryline LAMBERT, directrice adjointe, pilote régional pour la GdR sur les transports de patients</p>
DRSM Pays de la Loire	<p>Dr. Philippe VERROUST, directeur régional du service médical</p> <p>Dr. Pierre CLOITRE, médecin conseil à la DRSM</p> <p>Dr. Jacques PIVETTE, pharmacien conseil à la DRSM</p> <p>Dr. Jacques DUGAST, chef adjoint de l'ELSM de Loire Atlantique</p>
Autres régimes, Pays de la Loire	<p>M. Damien BERNES, directeur de l'AROMSA des Pays de la Loire</p>
Assurance maladie	<p>M. Jean-Marc CHAVEROUX, représentant de l'UNOCAM à la commission</p>

complémentaire, Pays de la Loire	restreinte
CPAM de la Vienne	M. TROTABAS, directeur général de la CPAM de la Vienne et coordonnateur régional de la GdR pour la région Poitou-Charentes Mme Hélène GORSE, sous-directeur, responsable de la cellule régionale de GdR Mme AMENDOLA, chargée de mission, cellule régionale de GdR
DRSM Poitou-Charentes	Dr. SOFIO, adjoint au directeur régional du service médical Dr. DEMONDION, chef de l'ELSM de la Vienne Dr. DESBRETS, médecin conseil, chargé de la ROSP et du programme Sophia, ELSM de la Vienne Dr. FARISY, médecin conseil
Autres régimes, Poitou-Charentes	M. BENOIT, directeur délégué, Association régionale des caisses de MSA M. PERROT, directeur régional RSI
Assurance maladie complémentaire, Poitou-Charentes	M. PELLETIER, directeur, MGEN, représentant titulaire de l'UNOCAM à la commission restreinte M. DEVERRIERE, directeur, Mutuelle de Poitiers-Assurance, représentant suppléant de l'UNOCAM à la commission restreinte
CPAM de l'Hérault	M. HUMBERT, directeur de la CPAM et coordonnateur régional de la GdR pour la région Languedoc Roussillon Mme Carole LO-CLEMENT, responsable de la cellule régionale de coordination de la GdR Mme Joëlle ESPINOSA, délégué de l'assurance maladie (DAM) M. David QUARINO, manager des délégués de l'assurance maladie Mme Sarah PAULIN, conseillère de l'Assurance maladie (CAM) pour le programme PRADO Maternité Mme Raphaëlle PENANGUER ALONSO, conseillère de l'Assurance maladie (CAM) pour le programme PRADO Orthopédie M. Jean-Philippe LONG, responsable du département « gestion du risque et lutte contre la fraude » M. David LOPEZ, responsable du service « gestion du risque – assurés »
DRSM Languedoc Roussillon	Dr. Sophie RUGGIERI-PIGNON, adjointe du directeur régional du service médical Dr. Hervé LE BOURDONNEC, responsable du pôle « relations avec les professionnels de santé » Dr. DELPUECH, médecin conseil, pôle « relations avec les professionnels de santé » Dr. Prosper LACROIX et Dr. Joël VERNET, médecins conseils
<b>Etablissements et professionnels de santé</b>	
CHU d'Amiens	Mme Chantal ALLARD JACQUIN, directrice générale adjointe M. Fabrice ORMACEY, directeur adjoint au sein du pôle Finances M. Walid BEN BRAHIM, directeur adjoint en charge de la nouvelle gouvernance M. Elise GRARD, directrice adjointe en charge du pôle « stratégie, qualité/risques, usagers »
Centre Régional de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle « Les Capucins », Angers	M. Philippe MAHEUX, directeur général
Centre Hospitalier Départemental de Vendée	Mme FURIC, directrice générale adjointe

Groupe Hospitalier Saint-Joseph, Paris	M. Jean-Patrick LAJONCHÈRE, directeur général Dr. Pascal PRIOLLET, président de la CME, chef du service vasculaire Dr. Didier GAILLARD, coordonnateur médical du pôle médico-technique, responsable « qualité et gestion des risques », responsable du département de l'information médicale Mme Nadia NOUVION, directrice du développement Mme Atika ALAMI, directrice du parcours patient et de la facturation
CHRU Montpellier	M. Philippe DOMY, directeur général Pr. Olivier JONQUET, président de la CME Pr. Bertrand MILLAT, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins Mme Amélie CHARRETIER, directrice « qualité et gestion des risques » Dr. Josh RUBENOVITCH, coordonnateur opérationnel médical de la qualité et de la gestion des risques Mme Marie-Hélène REQUENA, directrice des soins, direction « qualité et gestion des risques » Dr. VACHIERY, médecin-réanimateur, responsable du réseau régional de prélèvements en vue de greffes
Registre REIN	M. Philippe VAGNER, responsable du registre REIN, région Languedoc Roussillon
Société française de radiologie et d'imagerie médicale	Pr. Jean-Pierre PRUVO, chef du pôle « imagerie, médecine nucléaire et explorations fonctionnelles » au CHRU de Lille, secrétaire général de la SFR et président du G4 M. Julien-Aymeric SIMONNET, chargé de mission à la SFR
<b>Représentants des fédérations</b>	
Fédération hospitalière de France	M. Gérard VINCENT, délégué général M. Guy COLLET, conseiller en stratégie Dr. Maxime CAUTERMAN, conseiller médical Mme Sandra GOMEZ

# ANNEXE 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX ENGAGEMENTS ET OBJECTIFS INSCRITS DANS LA COG ETAT - CNAMTS 2010- 2013 AU TITRE DE LA GESTION DU RISQUE

PRINCIPAUX AXES ET OBJECTIFS	INDICATEURS ET CIBLES POUR 2013
<b>1. GARANTIR L'ACCES AUX SOINS ET REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE</b>	
<i>1.1. Accès aux droits</i>	
Réduire le taux de non recours à la CMUC et à l'ACS par une meilleure identification et information des populations cibles à travers divers partenariats (milieu associatif, missions locales, OCAM, PJJ, ASE)	Proportion de bénéficiaires d'une aide complémentaire à l'ACS dans la population du RG en dessous du seuil de pauvreté ; cible : 2,70%.  Nb de bénéficiaires d'une attestation ACS ; cible : 650.000
Améliorer la couverture maladie des détenus par la généralisation des conventions de gestion entre CPAM et établissements pénitentiaires et par le maintien des droits à la sortie de ces établissements.	
Mise en œuvre de la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'ACS.	
Maintien de délais restreints pour le traitement des demandes de CMUC et d'AME.	Délai de traitement pour 90% des dossiers CMUC ; cible : 30 jrs.  Délai de traitement pour 90% des dossiers AME ; cible : 30 jrs.
<i>1.2. Informer les assurés sur la qualité et le coût des soins</i>	
Enrichir l'information en ligne sur Ameli-Direct avec des indicateurs de qualité pour chaque établissement de santé, les tarifs pratiqués et le reste à charge pour les actes les plus fréquents des professionnels libéraux et pour les établissements de santé.	Fréquentation mensuelle du site Ameli-Direct ; cible : 500.000
Examiner les modalités de coopérations avec les autres régimes d'AM et avec les OC pour compléter cette information.	
<i>1.3. Mieux réguler les tarifs</i>	
Favoriser, en lien avec l'UNOCAM et les syndicats médicaux, les dispositifs permettant une régulation des dépassements d'honoraires, tel que le secteur optionnel.	
Elaborer un plan de contrôle concernant le respect des tarifs opposables et le respect du principe de « tact et mesure » en matière de dépassements d'honoraires	
Objectiver les refus de soins. Vérifier auprès des Conseils de l'Ordre concernés que les signalements adressés sont systématiquement traités et dresser un bilan national des plaintes reçues pour refus de soins ; ce bilan doit être transmis à l'Etat.	
<i>1.4. Inciter à une meilleure répartition géographique de l'offre de soins sur le territoire</i>	

Mettre en place, par contractualisation entre AM et ARS, les guichets uniques régionaux	
Favoriser, en lien avec l'Etat et les ARS, les coopérations entre professionnels et de nouveaux modes de régulation démographiques. Adapter l'offre de services pour inciter les professionnels à s'installer dans des zones fragiles (cf. volet ambulatoire du SROS) et pour aider les professionnels plus âgés à prolonger leur activité.	Inégalités de répartition des professionnels de santé et des établissements de santé : amélioration des indices de Gini.
Favoriser la mise en place de téléconsultations de premier recours dans les zones sous-denses.	
<b>1.5. Intégrer la lutte contre les inégalités de santé dans les programmes de prévention</b>	
Intensifier le ciblage des examens de santé (notamment via le score EPICES) et la modulation du contenu des examens.	Part des personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de service dans les centres d'examen de santé ; cible : 50%.
<b>1.6. Favoriser l'accès aux soins par l'action sanitaire et sociale de la caisse</b>	
Identifier les besoins d'intervention sociale auprès des personnes fragiles et faire une offre de services sociaux aux assurés plus proactive (patients en sortie d'hospitalisation ou personnes en invalidité par ex) avec un effort d'harmonisation dans le cadre des programmes nationaux du service social de la branche.  Cibler davantage l'action sanitaire et sociale sur certains publics fragiles (sorties d'hospitalisation, pertes d'autonomie transitoire, pathologie en phase terminale, retour au domicile).  Prévention de la désinsertion professionnelle par un travail en réseau et par une offre de service systématique aux assurés en arrêt de travail de longue durée.  Améliorer le pilotage et l'évaluation du service social ; harmoniser les pratiques d'ASS des caisses locales ; généraliser les outils de gestion des dossiers et de suivi budgétaire ; mieux répartir la dotation paramétrique d'ASS ; automatiser les remontées nationales sur les aides financières allouées.  Développer les partenariats institutionnels (branches famille et retraite, AGEFIPH, CCAS et CG, ML, MDPH, secteur associatif, etc).	

<b>2. AIDER LES ASSURES A ETRE ACTEURS DE LEUR SANTE</b>	
<b>2.1. Information des assurés</b>	
Via « Mon compte assuré » sur Ameli.fr, et son espace Prévention dont le contenu doit être développé (notamment vaccination ROR et prévention du risque cardio-vasculaire).  Développer sur ce compte les retours d'information sur les coûts de santé engendrés et sur le bon usage du système de soins.	Nombre moyen de connexions par adhérent par an.
Mettre en ligne une information de santé validée à partir des institutions compétentes (INPES, HAS, INCA...) et des référentiels compréhensibles pour l'assuré.	
<b>2.2. Renforcer les programmes de prévention</b>	
Poursuivre les programmes existants (dépistage des cancers du sein et	- Dépistage du cancer du sein :

colorectal, prévention des pathologies infectieuses aiguës, prévention des complications liées aux pathologies chroniques, dépistages néonataux, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, prévention bucco-dentaire chez les enfants et adolescents).  « Revisiter » la politique d'invitation au dépistage des cancers.	progression de la participation des femmes bénéficiant de la CMUC au moins égale à celle des autres femmes (indicateur à créer) : +5 points sur la durée COG.  - Taux de participation au dépistage <i>organisé</i> du cancer du sein ; cible: 50,5% (+5 pts sur la période)  - Taux de participation au dépistage <i>organisé</i> du cancer du colon ; cible : 49,80% (+16,6 pts sur la période)
Evaluer le programme « MT'Dents » et impliquer les services de santé scolaire.	- Proportion des caisses mettant en place des actions pour les enfants de CP en zones défavorisées ; cible: 90%.  - Taux de participation au programme MT'Dents ; cible : 36,2%
Développer la prévention primaire en s'appuyant sur le médecin traitant : dépistage du cancer du col de l'utérus, vaccination HPV, prévention du risque cardiovasculaire chez les femmes sous contraceptifs oraux, prévention de l'obésité chez l'enfant.	Taux de vaccination contre la grippe des personnes de plus de 65 ans ; cible: 64,3% (soit + 1pt seulement sur la période).
<b>2.3. Accompagner les patients atteints de pathologies chroniques</b>	
Sous réserve des résultats de l'évaluation de Sophia, doubler le nombre de patients adhérant à ce programme puis le généraliser.	- Nb d'adhérents à Sophia. Cible: 300.000
Expérimenter des programmes similaires à Sophia pour d'autres pathologies (pathologies respiratoires et cardiovasculaires) « sur la base d'une analyse <i>ex ante</i> du coût et de l'efficacité » ; les évaluer et, en fonction des résultats de l'évaluation, envisager leur extension.	
Développer les retours d'information aux médecins afin de promouvoir des prises en charge conformes aux référentiels.	Patients diabétiques : taux de prise en charge de 3 des 4 actes majeurs (définition du <i>Commonwealth institute</i> ) ; cible: 36% (+5 pts sur la période).
<b>2.4. Développer l'éducation thérapeutique</b>	
S'appuyer sur les expérimentations telles que ENMR et sur les visites des DAM pour développer l'éducation thérapeutique.  En fonction des résultats de l'évaluation, développer l'offre d'ET pour les patients diabétiques dans les centres d'examen de santé, puis pour d'autres patients, notamment pour les pathologies respiratoires.	

### 3. AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ASSURES

#### 3.1. Expérimenter la télémédecine

Déterminer avec l'Etat les conditions dans lesquelles la télémédecine pourrait être pertinente. En évaluer le service attendu. Réaliser des études d'impact sur les 5 activités de télémédecine.

#### 3.2. Rendre la certification et l'accréditation plus discriminantes

Pour les professionnels de santé, prendre en compte le développement professionnel continu dans les processus de certification et d'accréditation.



Prendre en compte la procédure de certification des établissements dans les financements et autorisations. Développer une communication appropriée auprès des assurés.	
<b>3.3 Développer les services aux assurés concernant la coordination des soins</b>  - en sortie d'hospitalisation (avec une première expérimentation dès 2010 pour le post-partum physiologique, puis d'autres expérimentations concernant les sorties d'hospitalisation après intervention orthopédique)  - pour répondre aux situations de pathologie chronique aggravée ou de polyopathie.	

<b>4. PRIVILEGIER LE BON USAGE DES SOINS</b>	
<b>4.1. Approfondir les programmes de maîtrise médicalisée et les compléter par des actions auprès des assurés</b>  Poursuivre les programmes existants (médicaments, LPP, IJ, transports, ordonnancier bi-zones... ) et y ajouter de nouveaux thèmes comme la prescription d'antalgiques, des antidiabétiques ou des anti-ostéoporotiques.  Déployer ces actions tant auprès des prescripteurs libéraux qu'en établissement (établissements de santé et médico-sociaux).  Améliorer en parallèle l'information des patients afin de faciliter le dialogue médecin-patient.  Assurer le concours du réseau de l'Assurance maladie aux actions régionales arrêtées par l'ARS dans le cadre du programme régional de GdR.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi de la participation de l'Assurance maladie aux programmes de la directive CNP.</li> <li>- Taux de délivrance des génériques dans le répertoire.</li> <li>- Evolution de l'ONDAM et de l'objectif « Soins de ville ».</li> <li>- Economies réalisées chaque année pour chaque action de maîtrise médicalisée : cf. annexe 9 LFSS.</li> <li>- Nb de médecins signataires d'un CAPI ; cible: 20.000.</li> <li>- Nb de contacts avec les professionnels de santé ; cible : 500.000 (+16% sur la période).</li> </ul>
<b>4.2. Mettre en évidence les écarts de pratique des professionnels de santé et proposer des modalités d'intervention susceptibles de réduire cette hétérogénéité.</b>  A cette fin, produire de nouveaux référentiels pour la prescription des arrêts de travail et pour les actes en série de MK et, après labellisation par la HAS, favoriser leur diffusion.	
<b>4.3. Développer des prises en charge plus souples et mieux coordonnées</b>  Développer la chirurgie ambulatoire par le rapprochement des tarifs d'hospitalisation complète vers ceux de chirurgie ambulatoire, par l'extension de la procédure de mise sous accord préalable, et par la mise en place de centres autonomes (extra hospitaliers).  Développer des modes de dialyse les plus efficaces, notamment la dialyse péritonéale.  Promouvoir la chimiothérapie à domicile.  Diversifier les modes de rémunération des professionnels libéraux au profit d'un exercice regroupé et pluri-professionnel.	
<b>4.5. Favoriser les délégations de compétences et les coopérations</b> via l'analyse des pratiques expérimentales en cours ; proposer des évolutions des modes de rémunérations à cet effet.	

<b>5. RENFORCER LA MAITRISE DES RISQUES ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE</b>	
<p><b>5.1. Accroître l'efficacité de la politique de maîtrise des risques</b></p> <p>Réviser systématiquement les plans de maîtrise socle (PMS) des CPAM afin de rendre plus rigoureuse l'analyse des risques, d'alléger les moyens et de réduire les indicateurs.</p> <p>Mettre en place dans le réseau une nouvelle version de la politique de sécurité des systèmes d'information et l'évaluer chaque année.</p> <p>Faciliter le développement d'une liquidation médico-administrative .</p> <p>Déployer progressivement les contrôles en ligne pour l'ensemble des professionnels de santé.</p>	
<p><b>5.2. Renforcer la lutte contre les fraudes, fautes et abus</b></p> <p>Améliorer la connaissance de la fraude (étude prévue sur les IJ en 2011) et mieux distinguer entre fraudes et abus dans les actions et les résultats présentés.</p> <p>Développer une approche pluriannuelle à côté des programmes nationaux annuels de lutte contre les fraudes et abus et des programmes loco-régionaux en la matière. Evaluer les résultats de ces actions, à mettre en regard des moyens engagés.</p> <p>Expérimenter le <i>datamining</i> dès 2010 (sur les IJ).</p> <p>Renforcer la structuration et l'animation d'un réseau de statisticiens régionaux spécialisés.</p> <p>Renforcer les formations initiales et continues dédiées à l'investigation et renforcer la coordination régionale en matière de lutte contre les fraudes.</p> <p>Faire progresser le taux de recouvrement des indus frauduleux.</p>	<p>Montant annuel du préjudice détecté des fraudes, fautes et abus (voir montant retenu dans l'élaboration de l'ONDAM).</p> <p>Montant des indus frauduleux recouverts : + 5% chaque année.</p> <p>Nombre de pénalités financières notifiées par l'Assurance maladie ; cible: 2400.</p>



## ANNEXE 2 : INDICATEURS DE LA GESTION DU RISQUE FIGURANT DANS LA COG ETAT-CNAMTS 2010-2013 ET LES CPG

Domaine d'action	Indicateur COG	Indicateur CPG DRSM	Indicateur CPG CPAM
<b>Développer l'accompagnement des malades atteints de pathologies chroniques</b>	Nombre d'adhérents à SOPHIA (300 000 en fin de COG)	Nombre d'adhérents au programme SOPHIA = 350 000 en 2013	Nombre d'adhérents au programme SOPHIA = 350 000 en 2013
	Taux de prise en charge des patients diabétiques = 36% en 2013		
<b>Développer et promouvoir la prévention</b>	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein = 50,5% en 2013		Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein = 46,75% en 2013
	Taux de participation au dépistage du cancer colorectal = 49,80% en 2013	(Suppression en 2013)	(Suppression en 2013)
	Taux de vaccination contre la grippe pour les personnes de plus de 65 ans = 64,30% en 2013		Taux de vaccination contre la grippe pour les personnes de plus de 65 ans = 60% en 2013

	Taux de participation au programme de prévention dentaire des jeunes = 36,20% en 2013		
<b>Garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé</b>	Taux de participation au programme M'T dents dans les ZEP = 90% des CPAM en 2013		Taux de participation au programme M'T dents dans les ZEP = 100% des CPAM en 2013
	Taux de dépistage du cancer du sein pour les femmes bénéficiaires de la CMUC : +5 points sur la durée de la COG		
	Part des personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de services en CES = 50% en 2013		
<b>Promouvoir l'action de maîtrise médicalisée et développer l'utilisation des référentiels</b>	Nombre de contacts avec les professionnels de santé = 500 000 en 2013	Nombre de contacts avec les professionnels de santé = 490 000	Nombre de contacts avec les professionnels de santé = 490 000
		Visites en établissements de santé	Visites en établissements de santé
		Nombre de médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (40% en 2013)	
<b>Arrêts de travail</b>		Evolution des montants d'arrêts de travail remboursés	Evolution des montants d'arrêts de travail remboursés
		Evolution du nombre de jours d'arrêt de travail remboursés	
		Contrôle des arrêts de 45 jours	
		Taux d'arrêt contrôlés avant le 120e jour	
		Contrôle des arrêts de courte durée	

		Faire progresser la durée moyenne constatée vers la durée moyenne de référence des arrêts de travail liés aux interventions chirurgicales inscrites au référentiel des prescriptions après avis de la HAS diffusé aux médecins	Faire progresser la durée moyenne constatée vers la durée moyenne de référence des arrêts de travail liés aux interventions chirurgicales inscrites au référentiel des prescriptions après avis de la HAS diffusé aux médecins = nombre de jours
<b>Prescription médicamenteuse des professionnels de santé libéraux</b>		Maîtriser les dépenses de médicaments. Améliorer la qualité de la dispensation pharmaceutique	Maîtriser les dépenses de médicaments. Améliorer la qualité de la dispensation pharmaceutique
<b>Masso-kinésithérapie</b>		Evolution des dépenses de masso-kinésithérapie	Evolution des dépenses de masso-kinésithérapie
<b>ROSP</b>		Evolution en nombre de points du taux moyen d'atteinte des résultats des médecins	Evolution en nombre de points du taux moyen d'atteinte des résultats des médecins
<b>Révision des protocoles en ALD</b>		Nombre de révisions des protocoles en ALD	
<b>Transports</b>		Evolution des montants remboursés	Evolution des montants remboursés
<b>SSR</b>		MSAP SSR	Suivi des dispositifs MSAP
<b>Prescriptions médicamenteuses des professionnels de santé hospitaliers</b>		Evolution des montants remboursés	Evolution des montants remboursés : +5% en 2013
<b>Les établissements de santé</b>		Suivi des dispositifs MSAP	Suivi des dispositifs MSAP
<b>Maîtrise médicalisée en entreprise</b>		Présent dans le CPG DRSM IDF mais pas dans l'avenant transmis par la CNAMTS	
<b>Accompagnement des assurés</b>		Nombre de parturientes ayant bénéficié de l'offre PRADO en 2013 = 130 000	Nombre de parturientes ayant bénéficié de l'offre PRADO en 2013 = 130 000

**Légende :**

Indicateurs présents uniquement dans la COG
Indicateurs présents à la fois dans la COG et dans les CPG
Indicateurs présents uniquement dans les CPG





**ANNEXE 3 : INDICATEURS DE LA GESTION DU  
RISQUE FIGURANT DANS LES CPOM DES ARS  
ET INDICATEURS NATIONAUX DE SUIVI DE LA  
GdR**



Priorités de GDR	Indicateurs sous-jacents aux CPOM (2013)	Indicateurs nationaux de suivi
Transports de patients	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital	Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat
IRC	Part des patients incidents (nouveaux patients/an) traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés à J90 du démarrage du traitement	Part des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse (i.e. en ambulatoire)
		Part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un dosage de créatininémie et albuminurie
		Délais sur la liste d'attente de greffe
Liste en sus	Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation	Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle
PHMEV	Taux d'évolution des dépenses de PHEV	Taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat
Imagerie	taux de diversification du parc des appareils IRM	taux d'injonction de dépôt de dossier complet de demande de renouvellement d'autorisation avec remplacement appareil
		taux de réalisation de l'analyse de la potentialité de diversification
Chirurgie ambulatoire	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (tx global)	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)
		taux de mise sous autorisation préalable (38 gestes)
SSR	Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible	durée de prise en charge en hospitalisation complète taux d'entrée directe en SSR modes de sortie du SSR (MCO, SSR, USLD, HAD, PSY, domicile dont médico-soc, décès) taux de retour précoce en MCO taux de fuite taux d'attractivité

EHPAD efficience et qualité des soins (précédemment "prescriptions")	<p>% d'EHPAD ayant mis en œuvre un plan d'actions GdR ciblé (tous thèmes)</p> <p><i>dénutrition des résidents en EHPAD, 2/ démarche d'alerte sur les prescriptions de neuroleptiques chez les résidents atteints d'Alzheimer ou maladie apparentée, 3/ prévention des troubles de comportement chez les malades atteints d'Alzheimer</i></p>	% d'EHPAD ayant mis en œuvre la démarche de maîtrise en lien avec les réunions locales (concerne les prescriptions de neuroleptiques chez les résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée)
		Taux d'EHPAD ayant inscrit à l'OJ de la commission de coordination gériatrique un sujet en lien avec le médicament
		Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques
EHPAD efficience	Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de 8 (ou 4?) ratios d'analyse sur un département	
Pertinence	Nb et tx d'établissements de santé MCO pour lesquels l'ARS dispose de réultats intermédiaires ou finaux des actions d'amélioration de la pertinence des soins mises en œuvre au niveau des établissements de santé	

## ANNEXE 4 : OBSERVATIONS SUR LE BILAN DU CONTRAT ETAT-UNCAM 2010-2013

Un bilan du contrat Etat-UNCAM a été réalisé par la CNAMTS et présenté au conseil de l'UNCAM le 19 décembre 2013. Sans constituer un « contre-bilan », les observations qui suivent visent à nuancer ou éclairer certains des points présentés, sur la base des analyses de la mission de l'IGAS relative à la gestion du risque.

### 1 RAPPEL : BILAN SYNTHETIQUE DES 20 OBJECTIFS PRESENTE PAR LA CNAMTS

#### Bilan synthétique des 20 objectifs

Objectif 1 - Approfondir la connaissance du risque santé	++
Objectif 2 - Assurer le partage des données de l'Etat et de l'Assurance Maladie sur l'ensemble des champs des dépenses	+
Objectif 3 - Moderniser les systèmes d'information des offreurs de soins	+
Objectif 4 - Lutter contre les inégalités financières d'accès aux soins	++
Objectif 5 - Favoriser un exercice regroupé et une meilleure répartition sur le territoire	+
Objectif 6 - Mettre en œuvre une permanence des soins ambulatoire adaptée aux besoins	-
Objectif 7 - Promouvoir une organisation pertinente du réseau officinal	-
Objectif 8 - Renforcer l'information des assurés	+
Objectif 9 - Identification des principes d'action en matière de prévention et de promotion de la santé	
Objectif 10 - Mettre en œuvre les mesures prévues par les plans et programmes nationaux de santé	+

Conseil de l'UNCAM

+ objectif mis en œuvre  
 ++ mis en œuvre au-delà de ce qui était prévu  
 - objectif partiellement mis en œuvre  
 nc non évalué

## Bilan synthétique des 20 objectifs

Objectif 11 - Utiliser les nouveaux leviers au service des politiques de prévention	-
Objectif 12 - Favoriser les pratiques de prescriptions efficaces	+
Objectif 13 - Diversifier les modes de rémunération	++
Objectif 14 - Promouvoir une juste utilisation des structures hospitalières	-
Objectif 15 - Mettre en œuvre la gestion du risque dans les établissements médico sociaux	-
Objectif 16 - Promouvoir un parcours de soins cohérent du patient entre ville-hôpital	+
Objectif 17 - Réussir la mise en place des ARS	nc
Objectif 18 - Déployer le développement professionnel continu	-
Objectif 19 - Donner une véritable impulsion à la télémédecine	-
Objectif 20 - Renforcer les coopérations entre professionnels	-

Conseil de l'UNCAM

## 2 OBSERVATIONS DE LA MISSION IGAS SUR CERTAINS OBJECTIFS

### 2.1 Objectif n°1 « Approfondir la connaissance du risque santé »

Objectif présenté comme « mis en œuvre au-delà de ce qui était prévu ».

On peut s'étonner de la notation attribuée à cet objectif. Si des progrès incontestables ont été réalisés, il faut rappeler les limites qui s'attachent à certaines composantes de cet objectif .

#### 2.1.1 « L'approfondissement de la connaissance du risque au niveau régional et local" et "l'utilisation des données de l'Assurance maladie au bénéfice des politiques de santé publique » comportent de grandes marges de progrès

S'agissant par exemple des dépenses de transport (une des priorités de GdR pour les ARS comme pour l'assurance maladie) les « profils » transmis aux établissements de santé par les caisses sont extrêmement sommaires et ne fournissent pas d'information utile à l'action : ces profils indiquent généralement la progression de la dépense de transport de l'établissement sur l'année et, en comparaison, celle d'établissements de même catégorie. En l'absence d'analyse comparée d'une dépense en valeur absolue rapportée à une activité (nb de séances, nb de séjours, nb de patients, etc), ces chiffres sont muets. L'analyse des déterminants de la dépense de transport et des différentes contributions à leur évolution reste d'ailleurs balbutiante au niveau national comme au niveau local.

Au-delà du thème des transports, l'analyse conjointe des consommations de soins entre équipes des ARS et des caisses reste difficile alors qu'elle est indispensable qu'il s'agisse de la productivité des équipements d'imagerie, des effets médico-économiques du développement des prises en charge ambulatoires en chirurgie (évolution des capacités et efficacité des blocs) ou en médecine (dépendance de médicament générée sur l'enveloppe de ville), de pertinence (des actes, des parcours ou des environnements), de prise en charge des pathologies chroniques ou encore de prévention auprès des populations les plus à risque.

A titre d'exemple, dans l'une des régions visitées, la participation des organismes d'Assurance maladie sollicitée par l'ARS pour la réalisation d'une enquête sur la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR s'est révélée impossible. Il reste de manière générale très peu de place à la construction au niveau régional d'objectifs communs à l'Assurance maladie et aux ARS - que ce soit en termes d'études ou de programmation opérationnelle ; celle-ci n'est pas valorisée dans les CPG et dans le management du réseau de l'assurance maladie.

### 2.1.2 L'application de l'analyse médico-économique à la prise en charge des personnes âgées dépendantes appelle un effort de rigueur, de transparence et d'approfondissement

« La réalisation d'études médico-économiques globales sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes » renvoie à la réalisation par les services de la CNAMTS, fin 2012, d'une première étude relative au coût complet des soins de santé délivrés aux personnes résidant en EHPAD, étude fondée sur des bases méthodologiques insuffisamment rigoureuses, puis à la réalisation en 2013 d'une deuxième étude, dans le cadre de la mission de l'IGAS constituée à cette fin et du groupe de travail qui l'a accompagnée.

Si ces travaux pionniers ont permis d'avancer en termes de méthode et de connaissance des coûts, le rapport remis par l'IGAS le 31 octobre 2013 souligne néanmoins un plusieurs points d'insatisfaction liés notamment au non respect par les services concernés de la CNAMTS du cadrage méthodologique convenu initialement, aux difficultés rencontrées par la mission pour connaître précisément les traitements statistiques effectivement réalisés, à la non fourniture d'analyses initialement programmées et à la communication par la CNAMTS dans son rapport Charges et Produits 2014 d'interprétations unilatérales discutables des résultats de cette étude.

La « systématisation des coûts complets » reste donc à poursuivre. La régulation des soins délivrés en EHPAD aurait à cet égard beaucoup à gagner ; cela suppose notamment un enrichissement de l'outil RESIDEHPAD conformément aux recommandations du HCAAM, au-delà de la seule détection d'indus pour laquelle il a d'abord été calibré.

### 2.1.3 La connaissance du risque santé reste insuffisante dans d'autres domaines

Des progrès sont encore nécessaires dans la mesure et l'identification des prescriptions de ville induites à la suite d'une hospitalisation.

La connaissance du risque en matière d'imagerie reste très limitée : médiocre connaissance de la chaîne de décision quant aux actes réalisés (du fait de la non traçabilité de l'étape de validation de la prescription et de l'adaptation par le radiologue des examens demandés<sup>69</sup>) ; insuffisante analyse micro-économique au niveau des prestataires (en termes de rentabilisation et de productivité des équipements, de points morts, de coût des différents actes) ; insuffisante documentation du phénomène de redondance des examens ou de la sous-utilisation de certains équipements ; médiocre anticipation des innovations technologiques à venir.

---

<sup>69</sup> cf. article R. 1333-57 du CSP.



Les analyses de la mission établissent que le programme Imagerie de la GdR a été lancé sur des bases médico-économiques fragiles et discutables.

L'accent a été mis sur une diversification d'IRM à visé ostéoarticulaire, alors que la France est le premier prescripteur d'actes de ce type au sein des pays de l'OCDE et ce sans raisons médicales avérées. La mise en service d'appareils d'IRM dédiés et spécialisés en ostéoarticulaire/rachis risque d'amplifier ces volumes d'actes et de créer des filières attractives pour tout type de fracture ou d'entorse qui aurait pu être examinée par des techniques plus classiques et moins onéreuses. L'argument avancé consistant à accroître, par l'installation d'un parc dédié, la disponibilité des appareils polyvalents en place ne convainc pas totalement en l'absence de validation préalable de la pertinence des actes et d'analyse du taux d'utilisation ainsi que des possibles gains de productivité des équipements polyvalents. Ce programme laisse en outre persister le problème du taux d'équipement en IRM polyvalentes, inférieur de moitié en France au niveau moyen de l'OCDE, ces appareils étant indispensables aux diagnostics et suivis des cancers et des atteintes du système nerveux central (AVC, Alzheimer,..).

## 2.2 L'objectif n°2 relatif au partage des données

Objectif présenté comme atteint.

Il convient cependant de rappeler le retard de déploiement de l'outil RESIDEHPAD, ce sujet étant devenu un sujet de tension entre la CCMSA et la CNAMTS. Ce retard entrave actuellement la politique de contrôle et de récupération d'indûs dans les établissements relevant d'une caisse pivot hors régime général (MSA notamment). Il limite en outre les possibilités de suivi global des consommations de soins de la population résidant en EHPAD. Le déploiement complet de cet outil et son accessibilité pour les régimes exerçant le rôle de caisse pivot doivent être accélérés.

## 2.3 L'objectif n°3 relatif à la modernisation du système d'information des prestataires de soins

L'objectif n°3 relatif à la modernisation du système d'information des prestataires de soins reçoit également une cotation « + » (objectif atteint). Rappelons que :

- le RPPS, dont le déploiement est effectif dans un certain nombre d'établissements de santé ne donne pas encore lieu à une exploitation par les organismes d'Assurance maladie ; cet outil permettrait de fournir aux établissements une information miroir sur les prescriptions individuelles de leurs praticiens ;
- l'accès des établissements de santé à des informations à jour concernant la situation d'un patient en termes d'ALD est peu satisfaisant (et contrarie une imputation rigoureuse des dépenses de transport par exemple) ;
- le pourcentage d'omnipraticiens ayant fourni en 2012 une synthèse annuelle à partir du dossier patient signifie-t-il que le cabinet médical dispose d'un système d'information communiquant ? De plus, le pourcentage indiqué (72 %) repose-t-il sur une base autre que déclarative ? De même, le fait que « 64 % des omnipraticiens disposent d'un logiciel d'aide à la prescription certifié » (grâce notamment à la ROSP) signifie-t-il qu'ils l'utilisent ? Un dispositif de repérage d'un éventuel infléchissement des prescriptions médicamenteuses, et de réduction du risque iatrogénique, notamment en cas de poly pathologies, est-il en place ?

## 2.4 Objectif 5 relatif à la promotion d'un exercice regroupé et d'une meilleure répartition des professionnels sur le territoire

Le bilan dressé par la CNAMTS indique que « les accords conventionnels pour améliorer la répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire sont allés au-delà de l'objectif ». Une certaine prudence semble pourtant nécessaire à cet égard.

S'agissant des professionnels infirmiers libéraux, 1426 contrats incitatifs ont été signés au 30 septembre 2013 (sur la base de l'avenant n°3 conclu en septembre 2011), ce qui représente 1,5 % de l'effectif libéral ; s'y ajoutent 730 contrats santé-solidarité signés dans le cadre de l'avenant n°1.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, 1419 contrats ont été signés (sur la base de l'avenant n°3 de la convention nationale conclu en novembre 2011), soit 2,3% de l'effectif libéral ; le taux d'adhésion de 58 % affiché par la CNAMTS pose la question de l'effectif de référence retenu pour un tel ratio.

Il convient d'être prudent sur l'incidence des dispositions conventionnelles récemment introduites qui, selon les interlocuteurs rencontrés par la mission en régions, pourront être aisément contournées (disjonction entre lieu d'installation et lieu d'exercice effectif des soins). De plus, le principe adopté, qui conditionne l'installation dans les zones de forte densité à la cessation d'activité d'un autre professionnel, conduit mécaniquement à la stabilisation du niveau de densité initial et non à sa diminution.

Sur ces deux professions, les écarts de densité entre départements ne se sont pas réduits ces dernières années<sup>70</sup>. L'amplitude des densités d'IDE par département était de [45 - 350] en janvier 2010, de [50-364] en janvier 2011 et de [54-403] en janvier 2013 ; les départements connaissant les plus fortes densités d'infirmiers libéraux en 2010 ont vu celle-ci croître continuellement depuis ; parmi ces plus fortes densités on peut citer par exemple les Hautes Alpes (densité de 199 IDE pour 100.000 habitants en 2010, et de 230 en 2013), l'Hérault (densité de 257 en 2010, de 293 en 2013) ou la Haute Corse (densité passée de 350 en 2010 à 403 en 2013). Cela est vrai aussi à l'échelle régionale : la densité d'IDE en PACA est passée de 945 à 1050 entre janvier 2010 et janvier 2013 ; celle du Languedoc Roussillon de 869 à 1002.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, les plus faibles densités départementales sont restées quasiment inchangées entre 2010 et 2013 (densités comprises entre 45 et 50 MK pour 100.000 hbts en Charente, en Mayenne, dans l'Eure, dans la Meuse ou dans l'Orne par exemple) tandis que les densités les plus hautes ont continué à croître (de 156 à 177 dans l'Hérault, de 137 à 153 dans les Pyrénées atlantiques, de 180 à 193 dans les Hautes Alpes, de 124 à 144 dans les Pyrénées orientales). Comme pour les infirmiers, ce phénomène se vérifie aussi à l'échelle régionale : la densité de MK en PACA est passée de 133 à 143 entre janvier 2010 et janvier 2013 ; celle du Languedoc Roussillon de 126 à 140.

5,5 % des sages-femmes libérales ont signé le contrat prévu à l'avenant n°1 de leur convention nationale. Là aussi les départements connaissant en 2010 les plus fortes densités pour cette profession en exercice libéral (Isère, Hérault, Gard) présentent en 2013 des densités plus élevées encore. Parmi les départements aux plus faibles densités, certains (Allier, Orne) enregistrent une diminution de celle-ci sur la période.

---

<sup>70</sup> Cf. DREES, "Les professions de santé au 1er janvier 2013", *Document de travail, Série Statistiques*, n°183, Août 2013 et DREES, "Les professions de santé au 1er janvier 2010", *Document de travail, Série Statistiques*, n°144, Mai 2010.

S'agissant des médecins<sup>71</sup>, les leviers d'action issus de la convention de 2011 sont constitués de l'option démographie (1.596 adhésions au 30 septembre 2013 soit 1,2 % des 130.000 médecins libéraux) et de l'option santé solidarité territoriale (23 adhésions). Si l'adhésion à ces dispositifs est pour l'heure minime, les densités de médecins libéraux par département montrent cependant, entre le 1er janvier 2010 et le 1er janvier 2013 une légère correction des plus forts écarts (stabilisation ou légère diminution des densités maximales - sauf en région PACA - et légère hausse des densités les plus basses).

Reste à poursuivre ces évolutions et à articuler cette régulation avec l'évolution des modalités d'exercice des médecins, l'extension des maisons pluridisciplinaires et des équipes pluri-professionnelles de proximité, l'évaluation des ENMR et la mise en place des contrats de praticien territorial de médecine générale. Signalons par ailleurs l'existence d'initiatives intéressantes conduites par d'autres régimes, comme la MSA avec l'expérience des « Pays de santé »<sup>72</sup> menée sur 4 territoires de santé ruraux aux faibles densités médicales.

## 2.5 Objectifs 9 et 10 : actions en matière de prévention et de promotion de la santé

Objectif présenté comme atteint dans le bilan de la CNAMTS.

Le contrat Etat-UNCAM prévoit une intensification du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. La COG Etat-CNAMTS a repris ces deux objectifs avec une cible nationale pour 2013 fixée à 50 % pour le cancer du sein et à 49,8 % pour le cancer colorectal. Seul le dépistage organisé du cancer du sein est inscrit dans les CPG avec une cible nationale établie à 46,75 % au lieu de 50 %.

La ROSP quant à elle cible le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus mais pas le cancer du colon. Ce dernier a été retiré des CPG et a par ailleurs fait l'objet d'une nouvelle approche médicale (passage au test immunologique) et opérationnelle (sélection par appel d'offre d'un opérateur privé qui s'ajoutera aux structures de gestion en place).

En matière de couverture vaccinale, le contrat Etat-UNCAM concentre les engagements de l'Assurance maladie sur le vaccin ROR. Cet engagement n'a pas été décliné formellement au sein du réseau du régime général, ni par la ROSP - qui cible la vaccination contre la grippe des personnes âgées et des patients en ALD - ni par les CPG des caisses - qui ne reprennent que l'objectif de vaccination des personnes âgées contre la grippe. De fait, les enjeux de vaccination des enfants contre le ROR demeurent, dans un contexte rendu compliqué par la méfiance de la population (voire d'une partie du corps médical) à l'égard de la vaccination.

Les indicateurs de la ROSP relatifs au dépistage des cancers et à la vaccination contre la grippe enregistrent d'ailleurs une dégradation entre 2011 et 2012 ; ceci doit conduire à suivre attentivement dans les années à venir la question de l'effectivité de cet outil pour faire progresser la prévention.

Les difficultés rencontrées pour mobiliser les assurés sur des actions de prévention s'observent naturellement aussi dans les autres régimes. Ainsi, au sein du RSI, le taux de réalisation de la « consultation-prévention » atteint seulement 12 % des assurés ciblés en moyenne.

---

<sup>71</sup> Cf. DREES, "Les médecins au 1er janvier 2013", *Document de travail, Série Statistiques*, n°179, Avril 2013 et . DREES, "Les médecins au 1er janvier 2010", *Document de travail, Série Statistiques*, n°152, Février 2011.

<sup>72</sup> Mise en place d'une « Conseillère pays de santé » (cadre de santé) qui prend en charge certaines fonctions (récupération de seringues usagées, placement de personnes en ehpad, services d'éducation thérapeutique, etc), sous l'égide d'un "Conseil en pays de santé" incluant professionnels de santé et élus locaux. Ce dispositif peut aussi devenir le cadre d'élaboration de protocoles de coopération entre professionnels.

De manière générale, au-delà de l'échange d'information, l'articulation entre régime général d'assurance maladie-autres régimes-ARS doit encore s'améliorer en ce qui concerne la programmation des actions et la stratégie à déployer pour toucher les populations les plus à risque et les plus éloignées du système de soins.

Les actions de la MSA en matière de dépistage de l'IRC parmi des groupes de population à risque (personnes âgées sous traitement anti-inflammatoire, insuffisants cardiaques, etc...), ses actions sur les associations médicamenteuses formellement contraindiqués ou, de manière localisée et ciblée, sur les prescriptions hors AMM, offrent des possibilités de synergies en inter-régime. Il en va de même des plans santé-retraite du RSI (bilans de santé au moment du départ en retraite, expérimenté sur 4 caisses) et du rôle des « cellules santé » mises en place par le régime agricole (associant médecins conseils, médecins du travail et travailleurs sociaux pour porter une démarche de prévention incluant prévention du suicide et du risque de désinsertion socio-professionnelle).

S'agissant de maladies chroniques, une stratification pertinente des patients en termes de risque est une condition de réussite des futurs programmes de « disease management » (pathologies cardio-vasculaires et asthme) appelés à se développer à la suite du programme Sophia.

Enfin l'objectif fixé dans le contrat Etat-UNCAM consistant en la prévention de l'obésité chez l'enfant doit encore faire l'objet d'une déclinaison opérationnelle, au-delà des messages portés sur ce thème depuis 2013 par les DAM et praticiens conseils. A cet égard, les contrats locaux de santé signés par les ARS avec les collectivités locales, plus centrés sur les déterminants de la santé, pourraient associer davantage les organismes d'assurance maladie.

## 2.6 Objectif 11 relatif à la prise en charge des maladies chroniques

Objectif présenté comme partiellement mis en œuvre.

Les actions du régime général dans ce domaine concernent essentiellement le diabète : cette pathologie, aux enjeux il est vrai très importants, fait l'objet du programme SOPHIA, généralisé en 2013, et de plusieurs indicateurs inscrits dans la ROSP (8 des 9 indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques, le seul autre indicateur retenu concernant l'HTA). Le dépistage de l'IRC est, par contraste, peu mis en avant en dehors de la population diabétique, alors que les enjeux en termes médicaux, économiques et de qualité de vie sont majeurs.

Le suivi du diabète figure aussi parmi les trois thèmes<sup>73</sup> les plus traités par les délégués de l'Assurance maladie (DAM) dans leurs visites de 2012 auprès des médecins généralistes, loin devant les facteurs de risques cardiovasculaires, la iatrogénie, l'antibiothérapie, ou encore les prescriptions non médicamenteuses (arrêts de travail, transports, masso-kinésithérapie). De même, les entretiens confraternels des praticiens conseils ont porté majoritairement en 2012 sur le diabète<sup>74</sup>.

De fait, c'est sur le suivi des patients diabétiques, plus précisément la couverture des facteurs de risque cardio-vasculaire par les statines et le dosage de l'hémoglobine glyquée, que les progrès affichés par la CNAMTS sur 2011-2012 semblent réels (pas de progression en revanche du suivi ophtalmologique de ces patients). Encore faut-il rappeler, d'une part, que ce dosage ne s'applique encore qu'à la moitié des patients, pour un objectif cible fixé à 65 %<sup>75</sup> ; d'autre part, que les résultats du suivi de l'hémoglobine glyquée par les médecins sont purement déclaratifs. In fine, c'est l'amélioration du score de la France calculé par le Commonwealth Institute (taux de prise en charge des quatre actes majeurs de suivi du diabète) qui donnera la mesure des progrès accomplis (objectif de 36 % de taux de réalisation de 3 des 4 des actes majeurs en fin de COG).

---

<sup>73</sup> avec la prescription de génériques et les extensions de Sophia

<sup>74</sup> Cf. LR-DDGOS-35/2013 du 20 mai 2013 relative à l'accompagnement des professionnels de santé

<sup>75</sup> CNAMTS, Dossier de presse relatif à la rémunération sur objectifs de santé publique, 11 avril 2013.

## 2.7 Objectif 12 relatif à la promotion de pratiques de prescription plus efficaces

Objectif présenté comme atteint dans le bilan de la CNAMTS.

La progression des prescriptions de médicaments dans le répertoire générique, observée entre 2011 et 2013, est en bonne partie imputable à l'élargissement de ce répertoire (en particulier entrée d'IPP, de statines et d'anti-hypertenseurs). La part des génériques reste en outre globalement inférieure en France à ce qu'elle est chez nos voisins.

Le calcul des économies annuelles réalisées sur le médicament pose le problème - comme pour l'ensemble des chiffrages au titre de la médicalisée - du calcul du taux d'évolution tendanciel auquel est comparé la dépense effectivement constatée. La CNAMTS reconstruit chaque année ce tendanciel sur la base notamment d'un effet volume, d'un effet générique annuel et d'un effet prix projetés à la fin de l'année N-1. Ce tendanciel est donc davantage le reflet de mesures ou d'inflexions récentes, voire conjoncturelles. D'autres difficultés s'ajoutent, liées à l'extrapolation de dépenses tous régimes à partir de données du régime général. Il en résulte un chiffrage d'économies, ex ante ou ex post, qu'il faut prendre avec prudence.

S'agissant des prescriptions hospitalières de médicaments ou de transports délivrés en ville, le bilan du contrat Etat-UNCAM s'exprime surtout en termes de moyens (nb de contrats signés avec les établissements, nb de visites de DAM et d'échanges confraternels, etc). L'impact global des contrats signés avec les établissements (CAQOS), sans être nul, semble modeste au regard d'un certain nombre de difficultés qui sont développées dans le rapport de la mission de l'IGAS sur la GdR. Parmi les difficultés rencontrées figure notamment l'insuffisance de l'analyse de la dépense localement (profils de dépenses très sommaires transmis par les caisses aux établissements, faible capacité d'explication des évolutions constatées, elles-mêmes très volatiles d'une année sur l'autre, absence de modélisation du lien entre ces dépenses et l'activité hospitalière concernée, difficulté en conséquence à appliquer les pénalités financières prévues par la loi en cas de non respect des objectifs de maîtrise, etc). Par ailleurs les actions de l'Assurance maladie sous forme de MSAP vis-à-vis des prescripteurs libéraux (gros prescripteurs et transports en série) et sous forme de contrôle (contrôle des facturations, contrôle conjoint avec l'ARS des agréments et conventionnements des transporteurs) pourraient être intensifiées.

En matière d'imagerie, le programme de GdR s'est rapidement recentré sur un programme de d'installation d'appareils d'IRM dédiés ou spécialisés en substitution aux appareils polyvalents. La mission IGAS est très circonspecte sur l'opportunité même de cette orientation ainsi que sur les gains médico-économiques à en attendre, comme elle le développe dans son rapport.

Enfin, l'approche de la pertinence des soins débute et la coopération entre Assurance maladie et ARS, indispensable dans ce domaine, doit significativement progresser, à la fois sous l'angle opérationnel de la mobilisation des ressources médicales et sous l'angle de l'analyse médico-économique de la dépense (en réconciliant les données de la ville et de l'hôpital). Le développement de ces capacités au niveau régional est en effet une condition essentielle de la crédibilité de la démarche vis-à-vis des professionnels de santé.

« Pour associer les médecins spécialistes, il faut pouvoir aller chercher des données fines, qui n'ont pas été anticipées et formatées à l'échelon national. Il ne faut pas submerger nos interlocuteurs avec nos données mais aller chercher les données dont nos interlocuteurs ont besoin pour compléter leur vision » (un pilote du programme Pertinence en ARS). Cela suppose un espace de programmation régionale conjointe ARS-Assurance maladie qui aujourd'hui fait défaut.

La CNAMTS a procédé en 2013 au test d'indicateurs d'alerte (suspicion d'éventuelles non pertinences) pour trois actes (chirurgie du canal carpien, appendicectomie, césarienne programmée) sur la base d'atypies dans l'activité des établissements de santé. A ce stade, le faisceau d'indices apparaît plus robuste pour l'appendicectomie que pour le canal carpien pour lequel son caractère prédictif reste fragile ; l'amélioration de ces indicateurs doit être poursuivie. Au-delà du ciblage des établissements avec atypies, il y a place pour une approche de la pertinence centrée sur les parcours de soins pour certaines pathologies ou populations.

L'infléchissement effectif des pratiques de soins reste en toute hypothèse un défi ; le régulateur doit être en mesure de suivre l'infléchissement - ou non - de ces pratiques.

Par ailleurs, le positionnement du programme de « maîtrise médicalisée à l'hôpital » (MMH) de la CNAMTS par rapport au programme Pertinence doit être clarifié ; la jonction du programme Pertinence avec les EPP et le DPC doit être établie ; le lien avec l'organisation des soins (au sein des établissements et en termes de parcours du patient) doit être renforcé ; les programmes Pertinence et SSR doivent converger ; la question de la pertinence en imagerie doit être abordée sur la base d'une meilleure connaissance des actes et des décisions qui en sont à l'origine.

Enfin l'utilisation de l'outil de la MSAP mérite d'être clarifiée, avec des engagements de retour d'information (sur les demandes et réponses transmises) et d'évaluation de ses effets.

## **2.8 Objectif 13 relatif à la diversification des modes de rémunération**

Objectif présenté comme mis en œuvre au-delà de ce qui était prévu.

La ROSP et le développement des rémunérations forfaitaires des médecins - souhaitables pour rééquilibrer le paiement à l'acte - soulèvent la question du suivi et de l'évaluation (voire du contrôle) des engagements prévus en contrepartie de ces rémunérations (suivi des personnes âgées, consultation post opératoire, objectifs de qualité des pratiques ou d'organisation du cabinet dans la ROSP...). Il en va de même pour les pharmaciens d'officine (accompagnement des patients sous AVK par exemple).

## **2.9 Objectif 14 relatif à une juste utilisation des structures hospitalières**

Objectif présenté comme partiellement mis en œuvre.

La prise en charge de l'IRC, le développement des prises en charge ambulatoires en chirurgie et en médecine, l'organisation des soins de ville notamment en aval d'une hospitalisation, sont autant d'applications de cet axe de travail. Si plusieurs initiatives sont en place, la nécessité d'analyses économiques rigoureuses et de coopération entre Assurance maladie et ARS pour une organisation cohérente des soins est une condition indispensable de progrès. La poursuite des restructurations hospitalières, la maîtrise des dépenses induites en aval d'une hospitalisation, la qualité des prises en charge sur des territoires aux densités médicales très hétérogènes sont quelques-uns des enjeux à cet égard.



## 2.10 Objectif 15 relatif à la mise en place d'une gestion du risque dans les EHPAD

Objectif présenté comme partiellement mis en œuvre.

Le déploiement de la GdR dans les EHPAD est récent. Elle se traduit, du côté de l'assurance maladie, par l'édition et la présentation de profils de dépenses dont l'utilité potentielle est réduite par l'absence, dans certains cas, d'éléments de comparaison et par l'extrême difficulté à mobiliser sur des évolutions de pratique les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement. Assurance maladie et ARS ont également engagé des actions de sensibilisation sur la iatrogénie médicamenteuse, suivies surtout à travers des indicateurs de moyens.

Les EHPAD constituent un champ important de rationalisation des soins, avec des gains possibles en termes de dépense et de qualité. Cela suppose que la GdR prenne de l'ampleur, s'attache à des résultats et soit connectée aux nécessaires adaptations du cadre de régulation des soins dispensés dans ces structures.

Le rapport remis par l'IGAS en octobre 2013, avec l'appui d'un groupe de travail inter-administrations, présente plusieurs propositions destinées à moderniser la tarification des soins en EHPAD, en renforçant les responsabilités de gestion des établissements et en repositionnant la tutelle sur des interventions à plus forte valeur ajoutée en termes de qualité et d'efficacité des prises en charge.

Certaines de ces orientations touchent aux leviers d'action de l'Etat : réouverture et accompagnement du tarif global, modernisation du cadre réglementaire de l'allocation de ressources aux EHPAD, articulation EHPAD-hôpital, incitation à la mise en place de pharmacies à usage intérieur lorsque la taille de l'établissement s'y prête, etc. D'autres s'adressent à l'assurance maladie: développement des calculs de coûts complets, traçabilité et analyse des recours à l'hôpital, achèvement du déploiement de RESIDEHPAD et perfectionnement de cet outil au service du suivi de la dépense de soins en EHPAD, suivi des objectifs de la ROSP vis-à-vis des populations hébergées en ehpad.

D'autres enfin relèvent des actions conjointes de gestion du risque, principalement sur la maîtrise des prescriptions de médicaments, la modération des hospitalisations et le recours à l'expertise gériatrique extérieure. A cet égard, il importe d'intégrer dans la GdR en EHPAD des objectifs de résultats et de renforcer la signification médico-économique des ratios produits.

### 2.11. Objectif 16 relatif à la promotion d'un parcours de soins cohérent ville-hôpital-médico-social

Objectif présenté comme mis en œuvre.

Le bilan de la mission serait plus mesuré. Cette action, qui porte sur une dizaine de processus de soins identifiés par la CNAMTS depuis 2012, recoupe à la fois:

- l'analyse de la pertinence des soins : menée par la CNAMTS à travers des indices de risque de non pertinence sur les établissements de santé, testés pour 3 actes en 2013, considérés à présent comme validés, en dépit de fragilités persistantes (en particulier sur la chirurgie du canal carpien) ; certaines ARS ont engagé de travaux sur le sur-recours ou sous-recours à certains soins, à l'échelle de territoires de santé, avec des dialogues de territoires impliquant les prestataires de soins, selon une approche plus systémique. Il serait judicieux de concilier ces approches. La qualité de la coordination stratégique et opérationnelle entre ARS et organismes locaux ou régionaux d'Assurance maladie sera déterminante pour faire évoluer les pratiques dans le sens de la pertinence et de l'efficacité ;
- le déploiement des programmes PRADO : les trois PRADO sont de nature assez différente au regard de la gestion du risque. Seul PRADO Maternité (qui est beaucoup plus une démarche de qualité que de GdR) est à un stade de déploiement avancé, le démarrage de



PRADO Orthopédie se révélant plus lent que prévu et l'expérimentation de PRADO Insuffisance Cardiaque ne faisant que commencer. L'intérêt d'un meilleur accompagnement des sorties d'hospitalisation ne fait pas de doute. Mais il faut souligner que ces programmes sont centrés sur un accompagnement individuel de certains patients ; reste l'enjeu de l'organisation collective des soins de ville (exercice pluridisciplinaire, coopérations professionnelles, objectifs de santé publique, etc), pour lequel des marges de progrès importantes existent.

Le déploiement des programmes PRADO devra en outre se faire avec la vigilance et les éventuelles adaptations requises en milieu rural (disponibilité des professionnels de santé libéraux, possibilités d'accompagnement social, reste-à-charge des assurés) et avec un niveau d'information significativement renforcé de la part de la CNAMTS à l'égard des autres régimes comme des services de l'Etat. Il convient également de faire converger Prado Orthopédie, le programme de MSAP en SSR, les travaux sur la pertinence en SSR et le déploiement de logiciels d'orientation des patients (tels que « Trajectoire »), au lieu d'approches aujourd'hui concurrentes et trop instrumentales.

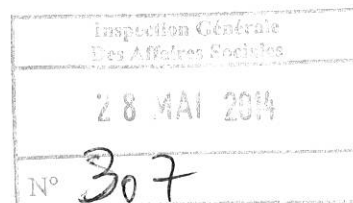
Le projet de la CNAMTS de mettre en place en 2014 un parcours de soins concernant le syndrome du canal carpien ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) confirme le caractère nouveau et le potentiel de cet axe de travail qui doit cependant s'inscrire dans une politique de régulation portée par le ministère de la santé.

Enfin la question est de savoir comment dépasser à moyen terme une approche segmentée pathologie par pathologie qui, si elle a le mérite d'être concrète, prend mal en compte la problématique (à la fois médicale et sociale) des polyopathologies qui devient majeure dans le contexte du vieillissement démographique et de l'expansion des pathologies chroniques.



**OBSERVATIONS DE LA  
DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE AU  
RAPPORT PROVISOIRE**





**MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS  
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
SD/1-MCGR  
Catherine CRUVEILLIER-BOCH  
☎ : 01.40.56.75.27  
[catherine.cruveillier-boch@sante.gouv.fr](mailto:catherine.cruveillier-boch@sante.gouv.fr)  
Romain FOLIARD  
☎ : 01.40.56.73.41  
[romain.foliard@sante.gouv.fr](mailto:romain.foliard@sante.gouv.fr)

*SSAR / mission*  
*TH*

Paris, le 23 MAI 2014

N° D-2014-[ ]

**Le directeur de la sécurité sociale**

A

**Monsieur Pierre BOISSIER,  
Chef de l'Inspection générale des  
affaires sociales (IGAS)**

**OBJET :** Relevé d'observations suite au rapport de synthèse provisoire relatif à l'évaluation de la gestion du risque maladie (avril 2014)

Vous m'avez transmis pour observations le rapport de synthèse provisoire sur l'évaluation de la gestion du risque maladie. J'en partage les principales recommandations, notamment concernant la nécessité de revoir le pilotage national, de renforcer la coordination opérationnelle entre les ARS et les organismes locaux d'Assurance maladie, et d'assurer une meilleure évaluation des programmes.

Vous trouverez ci-après, les remarques détaillées de la DSS aux principales recommandations formulées dans votre rapport provisoire.

Le Directeur de la Sécurité Sociale

*TH*  
**Thomas FATOME**

## I. Réponses de la DSS aux recommandations formulées par la mission

### « 6.1 Revoir la programmation de la GDR afin d'assurer l'alignement stratégique des acteurs »

La DSS souscrit au diagnostic dressé par la mission faisant état d'un trop grand nombre de documents servant de référence à la GDR (contrat Etat-UNCAM, COG Etat-CNAMTS, 10 priorités, etc.) et sur la **nécessité de simplifier ce champ** afin de le rendre plus lisible et plus cohérent.

#### « 6.1.1 Transformer le contrat Etat-UNCAM en un plan d'action intégré centré sur la politique de prévention »

Nous partageons le diagnostic selon lequel le contrat Etat-UNCAM est pour la CNAMTS assez redondant avec la programmation de ses propres actions de GDR mises en œuvre en dehors des 10 programmes nationaux. Pour les autres régimes, au regard de leur faible implication dans la GDR, la portée de ce contrat est limitée.

Par ailleurs le bilan réalisé conjointement par l'Etat et la CNAMTS concernant ce contrat<sup>1</sup>, a conclu à un champ très (trop) vaste (20 objectifs avec des engagements multiples) et qui n'a pas été utilisé comme un outil de pilotage de la relation Etat-UNCAM.

Toutefois, la GDR, qui doit permettre de mobiliser des marges d'efficience dans les processus de soins et d'en tirer des économies immédiates, déborde largement du seul champ de la prévention, plus réduit et qui s'inscrit dans des réflexions de plus long terme.

**La DSS n'est donc pas favorable à cette proposition.** Toutefois, la DSS est favorable à un **resserrement du contrat Etat/UNCAM** sur un nombre restreint de priorités et une durée plus courte (2 ans), pour en faire la vraie feuille de route partagée Etat/CNAMTS. Ce contrat pourrait être transformé en plan national d'action validé en CNP, ou maintenu sous une forme contractuelle, si cela s'avérait nécessaire pour la gouvernance de l'UNCAM.

#### « 6.1.2 Arrêter des programmes partagés autour de grandes priorités de GDR et en resserrer le pilotage national »

La DSS partage les conclusions de la mission relatives aux faiblesses de la conception et de la mise en œuvre de certains programmes, notamment à cause du manque de concertation au niveau national entre l'Etat et la CNAMTS, ce qui se traduit sur le terrain par un manque de coordination entre les CPAM/DRSM et les ARS.

Nous partageons donc la **proposition de construction conjointe**, puis de pilotage, des programmes de GDR (ou d'efficience) par les directions concernées du ministère et par la CNAMTS (*cf infra*).

La validation des programmes par le CNP, qui serait alors la seule instance de validation de ces programmes à la fois pour le ministère, les ARS et l'Assurance maladie, nécessiterait en effet une modification réglementaire qu'il conviendra, le cas échéant, de faire arbitrer en amont. D'une manière plus générale, le rôle et la nature mêmes du CNP devraient aujourd'hui

---

<sup>1</sup> Présenté lors du CNP du 24 en janvier 2014

évoluer, pour lui donner un contenu plus stratégique. En ce qui concerne les CPOM Etat-ARS et la nécessité que leur contenu et leurs indicateurs soient arrêtés sur la base de ces nouveautés, la **DSS précise que ces derniers sont en cours de renégociation pour la période 2015-2017** (les travaux pilotés par le secrétariat général de redéfinition de leur structure ont débuté depuis plusieurs mois) **et est favorable à une identification très claire de la GDR au sein des CPOM, avec un indicateur financier propre à la GDR fixant un objectif quantifié d'économies sous réserve de ce qui sera acté.**

« 6.1.3 Recentrer en conséquence le chapitre GDR de la COG sur les interventions relevant spécifiquement de la compétence de la CNAMTS »

Nous partageons le souci de simplification et de cohérence afin, notamment, que la GDR ne soit plus « éclatée » au sein de plusieurs documents stratégiques et que concrètement, on puisse limiter les initiatives parallèles voire redondantes constatées sur le terrain.

Cependant, **la COG est un instrument structurant des relations entre l'Etat et la CNAMTS.** Cette convention est une base solide pour assurer la cohérence puis la mise en œuvre des actions entre l'état et l'Assurance maladie. **Ne conserver dans la COG, que les engagements de GDR relevant spécifiquement de la CNAMTS comporte donc un risque que l'Assurance maladie ne se sente pas entièrement mobilisée** concernant la mise en œuvre des actions de GDR ARS sur lesquelles elle intervient.

« 6.1.4 Renforcer la coordination opérationnelle entre les ARS et les organismes locaux d'Assurance maladie »

La DSS partage le constat formulé par la mission sur la mise en œuvre d'actions multiples et parfois redondantes entre les deux réseaux. Ces redondances sont porteuses de confusion, tant pour les autorités régulatrices que pour les établissements qui sont l'objet de ces initiatives « concurrentes ». Cette inefficience est particulièrement dommageable, compte tenu des moyens en ressources humaines contraints au sein des deux réseaux.

Des marges de manœuvre certaines sont possibles, notamment comme le propose la mission, via un élargissement éventuel de la CRGDR, ou par la possibilité de priorisation ou d'adaptations opérationnelles régionales pour certains programmes.

Cependant, **la DSS souhaite souligner que si une marge de manœuvre laissée au développement des actions régionales est probablement souhaitable, cela ne doit toutefois pas se faire au détriment de la cohérence**

Par ailleurs, les **ONDAM régionaux (ou ORDAM)** ne sont pas des outils de pilotage adéquate, tant au plan technique (complexité dans la construction et la gestion dynamique d'enveloppes, qui devraient prendre en compte un trop grand nombre de paramètres pour prétendre à l'équité de traitement) que politique (enjeu vis-à-vis des élus que l'on doit prendre en compte).

La DSS est favorable à la simplification du paysage institutionnel de la GDR par une contractualisation entre le DG ARS et le directeur coordonnateur régional de l'assurance maladie, transcrivant le plan national cité plus haut.

« 6.2 Quelles priorités partagées de GDR pour les prochaines années ? »



« 6.2.1 Une politique de prise en charge de l'IRC à poursuivre en dehors des programmes partagés de GDR »

La DSS est favorable aux recommandations de la mission sur l'IRC, et notamment sur **l'importance du levier tarifaire** qui devrait être mobilisé parallèlement aux autres leviers relevant soit d'une politique d'offre (développement de la greffe) et d'accompagnement des restructurations (prise en charge hors centre lourds), soit de la sensibilisation des médecins/renforcement de la ROSP/rerelations de l'AM avec les assurés.

**Les évolutions de la prise en charge de l'IRC devraient ainsi être poursuivies en dehors du cadre des programmes de GDR.**

« 6.2.2 Un programme sur la pertinence des soins à déployer sur la base d'une étroite coordination Etat-Assurance maladie en région »

La DSS est en accord avec la poursuite d'un programme relatif à la pertinence des soins, qui après une année de mise en œuvre, a été accueilli favorablement par de nombreuses ARS à l'occasion des « dialogues métiers CPOM » du printemps 2014.

Pour autant, il faut préciser que **la mobilisation du réseau de l'assurance maladie** auprès des ARS, comme le préconise la mission, devra être décidée au niveau national et intégrée dans la COG pour être véritablement effective. En effet, ce soutien aussi bien médical que statistique, nécessite une réflexion approfondie, notamment au niveau de la gestion et de la mobilisation des ressources humaines, et de dans un contexte de forte mise sous tension de l'opérateur

« 6.2.3 et 6.2.4 Deux programmes nouveaux : l'efficience de l'organisation hospitalière et l'aval de l'hospitalisation »

La réalisation d'importantes économies sur le champ hospitalier est étroitement liée à la capacité de pilotage et de suivi des gains d'efficience qui seront générés. La proposition de la mission de recentrer la GDR en direction des établissements de santé sur deux programmes plus globaux rejoint donc la préoccupation de la DSS qui souhaite traduire en plan d'action opérationnel et évaluable, les objectifs d'économies liées à la maîtrise de la dépense hospitalière et à l'efficience de la prise en charge en établissements de santé, au déploiement de la chirurgie ambulatoire, à l'optimisation des fonctions supports, à la gestion des lits et réduction des inadéquations.

Cela suppose néanmoins de structurer et décliner les programme par actions stratégiques en veillant à inscrire en miroir ces priorités dans les CPOM Etat ARS, assorties d'objectifs quantifiés d'économies.

Dans un premier temps, l'accent serait mis sur :

- le déploiement de la chirurgie ambulatoire en substitution des pratiques conventionnelles
- l'optimisation (via la mutualisation) des fonctions supports et la rationalisation des achats hospitaliers
- la généralisation du programme de gestion des lits actuellement lancés par l'ANAP sur 150 établissements

#### « 6.2.5 Un programme relatif à l'imagerie médicale à réorienter »

La DSS est **favorable à la proposition de maintien** d'un programme relatif à l'imagerie médicale, et notamment autour d'une réorientation autour d'axes liés à la pertinence des actes et à la productivité des équipements.

Le travail sur la **tarification** préconisé par la mission, pourrait en effet être mené en parallèle, notamment lors de négociations conventionnelles.

#### « 6.2.6 Un programme sur les transports à mieux outiller »

Les constats de la mission sur la nécessité d'approfondir la connaissance des déterminants de la dynamique de la dépense de transports sont amplement partagés.

De même, la volonté d'une approche globale indépendante de la nature du prescripteur, tenant compte de l'impact de l'évolution de l'offre de soins et des modalités de régulations actuelle est commune.

Ainsi, la question du déport éventuel vers la ville des prescriptions de transport induit par les CAQOS fait d'ores et déjà l'objet d'attention et de demande de documentation. Les analyses conduites par la CNAMTS sur la répartition du montant remboursable de transports par type de prescripteurs montrent que la part respective de la ville (37%) et de l'hôpital (63%) est stable sur la période 2010-2012. Cette donnée devra être suivie de manière continue.

Dans les faits, le pilotage national du chantier GDR Transport a conduit à développer une approche globale identifiant l'ensemble des leviers :

- ⇒ structuration de l'offre de véhicules : adapter le parc (ambulance/VSL/taxi), concentration des entreprises, taux d'utilisation des véhicules
- ⇒ politique tarifaire
- ⇒ maîtrise des prescriptions : maîtrise médicalisée (sensibilisation des prescripteurs libéraux/hospitaliers), MSAP, contrôle
- ⇒ responsabilisation des patients : sensibilisation, transport partagé
- ⇒ organisation des transports : organisation des flux de patients à l'hôpital (heure de sortie des patients), transport partagé

Cependant il faut souligner que la déclinaison opérationnelle repose pour beaucoup sur des actions à mener au niveau national (politique tarifaire, évolution de la réglementation, priorités de contrôle etc).

Il faut donc être attentif à la définition des actions prioritaires sur lesquelles l'échelon local ARS/CPAM est attendu (structuration de l'offre, contractualisation, organisation de la commande de transports, contrôles etc).

Enfin, comme le souligne la mission, la priorité doit clairement porter sur les transports itératifs.

#### « 6.2.7 Un programme complémentaire possible concernant les EHPAD »

La DSS est favorable aux orientations proposées par la mission. En effet, plusieurs de ces orientations sont déjà engagées notamment dans le cadre de l'axe « efficacité » des EHPAD et de l'axe « efficacité et qualité des soins ».

Concernant la variabilité de la dépense remboursée par résident et le suivi de l'utilisation des dotations de soins, la circulaire d'octobre 2013 a demandé aux ARS de travailler sur **8 ratios d'analyse** dont plusieurs concernent la dépense de soins (coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée) et le taux d'utilisation de la dotation de soins. Les remontées sont en cours d'analyse au niveau national. Cependant, l'analyse de ces 8 ratios ne concerne aujourd'hui pas l'ensemble des EHPAD relevant du champ de chaque ARS mais ne porte que sur les EHPAD **d'un seul département** au sein des régions. Les réflexions en cours sur les futures orientations de la GDR s'orientent vers la réduction des taux d'hospitalisations évitables et la poursuite de la diffusion de bonnes pratiques entre établissements et entre ARS.

La DSS est favorable à l'enrichissement de l'outil RESIDEHPAD et envisage une utilisation des données issues de cet outil dans le cadre des travaux sur les nouvelles pistes d'action de cette priorité<sup>2</sup>.

### « 6.3 Modalités de conception et d'évaluation des programmes »

La DSS est en accord avec les constats et préconisations de la mission, notamment sur la nécessité de renforcer les justifications médicales et médico-économiques des actions engagées, et sur la place plus importante qui doit être accordée à l'articulation opérationnelle sur le terrain entre l'ARS et l'Assurance maladie.

De plus, **la DSS souhaite préciser à la mission qu'elle envisage également les programmes de GDR et les résultats attendus, comme répondant à une temporalité de court-moyen terme, même si des données annuelles sont nécessaires** pour garantir l'effectivité de la mise en œuvre. Les objectifs d'efficience et d'économies dans le cadre de l'ONDAM et plus globalement du redressement de la trajectoire des comptes de l'Assurance maladie, sont en effet des objectifs pluriannuels.

#### « 6.3.1 Une conception plus solide des programmes »

La DSS souscrit à l'idée de la mission concernant la mise œuvre de programmes devant laisser une place à la segmentation des patients.

Cependant si cela peut être **pertinent pour la conception de programmes de GDR ciblés sur une pathologie particulière ou un traitement précis, il est plus difficile de voir son opérabilité pour des programmes tels que proposés par la mission**, concernant des parcours de soins.

Par ailleurs, la DSS est également en accord sur la nécessité de s'appuyer sur des recommandations de la HAS, ce qui est d'ailleurs fait dans la plupart des cas. Cependant, **il faut se montrer prudent sur la concertation des experts extérieurs**, dès lors que c'est le rôle de la HAS de fournir cette expertise. Par ailleurs, encore faut-il que la HAS fasse preuve de la réactivité indispensable à la construction des programmes.

La DSS souscrit aux autres propositions de la mission afin de concevoir des programmes plus solides, notamment sur l'importance des projets SI et la nécessité de mieux articuler la GDR avec les leviers tarifaires.

#### « 6.3.2 Une évaluation plus transparente »

---

<sup>2</sup> cf. Annexe 4 Contrat Etat-Uncam

La DSS insiste sur la nécessité de disposer d'évaluations avant/après des programmes de GDR et des résultats induits.

La DSS souhaite à ce titre préciser à la mission, que l'absence d'évaluation chiffrée de certains programmes de GDR sur la période 2010-2013, **relevait d'un problème de méthodologie ou de manque de maturité des indicateurs, et non pas d'un manque de transparence.**

## **II. Autres remarques de la DSS**

- **P.40 du Tome 1** : *« la première cause de l'IRCT étant liée à la prise d'hypertenseurs ».*

La première cause d'IRCT est la néphropathie hypertensive et vasculaire (24% des cas incidents en 2011 selon le REIN) suivi de près par la néphropathie diabétique (22%). Ce n'est pas la prise d'antihypertenseur qui fait l'IRCT mais bien la maladie pour laquelle le traitement est pris.

- **P.53 du Tome 1** : *« Au sein de la mission de coordination de la GDR de la DSS prévaut l'idée selon laquelle la GDR est aussi un instrument de management du réseau des ARS et impose une gestion réactive avec des remontées d'informations rapides, assurément infra-annuelles ».*

La DSS souhaite nuancer cette affirmation. En effet, la position de la DSS porte l'idée selon laquelle la mise en œuvre des programmes de GDR sur le terrain, nécessite un minimum de remontées d'informations au cours de l'année vers le niveau national. D'une part afin d'identifier les éventuels points d'alerte (même s'il ne s'agit pas du seul canal d'information) mais d'autre part, pour garantir une mobilisation optimale des services des ARS autour d'un champ qu'elles n'avaient pas l'habitude de traiter antérieurement. Ces remontées régulières ont participé, à leur niveau, à la progression de l'« acculturation » à la GDR au sein des ARS.

Cependant il n'existe aucune « doctrine » des équipes de la DSS sur ce point. Si les remontées d'informations sont nécessaires, la DSS s'est efforcée d'en ralentir leur périodicité au maximum pour n'en conserver que **deux par an sur le champ global**. Avec l'aval du SG, la MCGR a ainsi demandé aux pilotes de programmes de réduire au maximum leurs demandes de remontées ponctuelles et dans la mesure du possible, d'organiser ces remontées ponctuelles en même temps que les remontées générales afin de ne pas mobiliser trop souvent les référents GDR.

Par ailleurs, si les remontées concernant les indicateurs de moyens semblent indispensables, *a minima* une fois par an, les véritables résultats des actions de GDR ne peuvent se mesurer que sur le moyen terme.

- **P.56 du Tome 1** : *« Problème de cohérence entre l'indicateur synthétique d'une part et les indicateurs relatifs aux programmes de chirurgie ambulatoire et de l'insuffisance rénale chronique d'autre part ».*

Sur ce point, la DSS souhaite apporter une rectification. Compte tenu de la transmission tardive des résultats de l'indicateur IRC sur le taux de patients traités par DP, qui ne sont disponibles qu'en année n+1 (au mieux), cet indicateur n'a, dans les faits, jamais été pris en compte dans le calcul de l'indicateur GDR composite 5.3 du CPOM.

Cette précision ne remet pour autant pas en cause le constat de la mission sur le caractère imparfait de l'indicateur GDR composite 5.3, constat partagé par la DSS.

- **P.70 du Tome 1 : 5.3.2** : Des résultats positifs sur certains segments : « *la satisfaction des parturientes ayant bénéficié du programme PRADO maternité* ».

Le taux de satisfaction des usagers sans relation avec l'amélioration de l'état de santé ou avec la dépense induite, n'entre pas dans la définition de la gestion du risque donnée par le HCAAM en 2008 et qui est reprise dans le contrat Etat-Uncam.

- **P.19 du Tome 2** : « *Données relatives aux Transports* ».

La DSS souligne que les données mentionnées au sujet du nombre de CAQOS signés en 2013 sur les transports sont incomplètes.

En effet les « *38 CAQOS signés sur les 111 établissements ciblés (soit un taux de 34%)* », correspondent aux données collectées en octobre 2013.

Pour l'ensemble de l'année 2013, 66 contrats ont été signés sur un total de 135 établissements ciblés, soit un taux de 49%. Ce qui porte à 251 le nombre total de contrats passés sur les trois dernières années.

- **P.40 du Tome 2** : « *la DP n'a de sens que dans la perspective d'une greffe rénale* »

La recommandation de la HAS : « *Indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte* » de 2008 conclut à des indications différenciées en fonction du terrain et du parcours mais pas en fonction d'une éventuelle greffe.

**OBSERVATIONS DU SECRETAIRE GENERAL DES  
MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES  
AU RAPPORT PROVISOIRE**







MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE  
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DU DIALOGUE SOCIAL  
MINISTÈRE DES DROITS DES FEMMES, DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL  
DES MINISTÈRES CHARGÉS  
DES AFFAIRES SOCIALES

**Le secrétaire général adjoint  
Secrétaire général par intérim  
(SGMCAS)**

Paris, le **- 9 MAI 2014**

M. Pierre BOISSIER  
Chef de l'IGAS

**Objet :** Observations sur le rapport provisoire IGAS " Evaluation de la gestion du risque maladie"

Monsieur le Chef de l'IGAS,

C'est avec intérêt et attention que j'ai pris connaissance du rapport provisoire IGAS RM2013-163 "**Evaluation de la gestion du risque maladie**".

Je partage globalement les recommandations formulées. Notamment :

Sur l'articulation insuffisante des actions tant au niveau national que régional

**Au niveau national**, la mission constate que l'articulation est difficile entre le contrat Etat-UNCAM, les priorités de gestion du risque (GDR) validées en conseil national de pilotage (CNP) des ARS, les COG et leurs déclinaisons régionales.

Je suis tout à fait favorable à la proposition que les programmes soumis au CNP soient dorénavant la référence unique de l'Etat et de l'Assurance maladie (AM), de ses organismes locaux et des ARS pour leurs actions de gestion du risque menées sur les thèmes retenus.

J'ai bien noté les thèmes proposés par la mission, qui me conviennent à l'exception de l'absence d'un thème dans le secteur médico-social. Je m'interroge néanmoins sur la façon de traiter les actions de gestion du risque qui n'entreraient pas dans ces thèmes de programmes partagés, ni dans le périmètre de la COG que la mission propose de redéfinir.

Je suis aussi très favorable à la proposition qu'un directeur d'ARS et/ou un directeur coordonnateur régional de la GDR soit copilote de chaque programme.

**Au niveau régional**, la mission constate que les deux réseaux agissent plus en parallèle qu'en concertation et que la commission régionale de coordination de la gestion du risque, dont on peut se féliciter de l'existence, est plus une instance d'échanges d'informations qu'une structure opérationnelle de déclinaison territoriale des priorités nationales.

.../...

Ce constat avait été déjà posé lors du bilan du programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR-GDR) réalisé par les référents GDR des ARS sous l'égide du secrétariat général, et partagé par les directeurs généraux d'ARS lors de leur séminaire de juillet 2012.

Les conclusions de ces travaux rejoignent tout à fait les propositions de la mission sur l'évolution de la commission régionale de coordination de gestion du risque en une instance opérationnelle de « conduite de projet », s'appuyant sur un rapprochement dans une cellule régionale d'études et d'aide à la décision des capacités régionales des deux réseaux dans l'analyse des dépenses.

Cette organisation permettrait une priorisation ou des adaptations opérationnelles régionales des programmes, explicitement prévue au niveau national. La mission souligne l'importance qu'en parallèle soit mise en place dans le réseau du régime général une capacité de conduire ces travaux conjoints avec les ARS et propose que le suivi des ONDAM régionaux constituent une aune à laquelle mesurer les efforts conjoints de l'ARS et de l'AM en matière de GDR.

Les travaux du séminaire des directeurs généraux d'ARS complètent cette proposition par une analyse des données de santé régionales et territoriales en regard des dépenses, et par l'établissement pour les dépenses de santé d'un tableau de bord partagé de leur évolution (indicateurs de pilotage) et par une analyse annuelle de type charges/produits au regard des spécificités régionales, avec une recherche commune de facteurs explicatifs régionaux de l'évolution de l'ONDAM.

L'ensemble des actions concertées seraient porté par un contrat régional ARS/Assurance maladie, intégrant les actions de GDR et permettant une lisibilité et une concertation des objectifs confiés respectivement à l'ARS et l'AM sur la prévention, la régulation de l'offre sanitaire et médico-sociale, la mise en place des parcours et les missions d'inspection-contrôle.

Ces travaux déclinent ainsi en région l'ensemble des actions prévues dans les COG qui ont un impact sur les projets régionaux de santé des ARS.

Ces adaptations, si elles étaient retenues, devraient être portées par la future loi Santé.

**Sur la prévention**, la mission relève que cette dernière figure dans le champ de la gestion du risque de l'Assurance maladie mais ne figure pas dans les actions GDR des ARS. Il s'agit pourtant d'un domaine d'action partagé, et son inscription en ces termes dans les COG des différents régimes de l'AM serait à mon sens porteuse de synergie entre l'Etat et AM d'une part, entre les ARS et le réseau régional AM d'autre part. Je crains en effet qu'une évolution du contrat Etat UNCAM soit moins efficace, car ainsi que le souligne la mission sur le précédent contrat, il n'engage pas les moyens de l'AM.

Ces actions pourraient être établies sur la base de la stratégie nationale de santé, des plans et programmes nationaux de prévention et des travaux du comité interministériel pour la santé. Après leur concertation en commission régionale ARS/AM, elles auraient vocation à être traduites opérationnellement au sein des commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) sur la prévention, qui associent les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale, et veillent ainsi à la cohérence et à la complémentarité des actions menées dans les domaines de la prévention comme de la prise en charge des soins et de l'accompagnement médico-social.

#### Sur l'asymétrie des ressources entre les deux réseaux CNAM et ARS

La mission précise qu'environ 9 200 ETP sont affectés aux fonctions de gestion du risque-régulation au sein du régime général (dont environ 4900 ETP en CPAM et 4300 dans les directions régionales du service médical) mais sans beaucoup de marge de manœuvre régionale, alors que les

capacités de déploiement des ARS sont bien moindres. Or les ARS disposent de leviers de régulation importants pour la mise en place des projets régionaux de santé inscrits dans la loi.

C'est pourquoi je pense que le contrat régional ARS/Assurance maladie, s'il était retenu dans la loi Santé, porterait l'enjeu d'une meilleure synergie dans l'utilisation des ressources des deux réseaux et permettrait, le cas échéant, de mobiliser davantage les ressources AM au service de la mise en œuvre des PRS.

Par ailleurs je pense que la formation des équipes pourrait contribuer à cette synergie, et je souhaiterais réfléchir avec l'AM à un programme de formations partagées entre les deux réseaux.

#### Sur la place du secrétariat général dans l'animation du réseau des ARS et le renforcement du pilotage national de la GDR

Je constate avec satisfaction que la mission ne remet pas en cause le rôle du secrétariat général dans le pilotage national de la GDR, tel qu'il avait été préconisé par le rapport IGAS de 2010 et qu'il exerce depuis cette période :

- 1 Dans l'animation du réseau GDR des ARS**, en assurant l'interface entre les ARS et le niveau national en particulier sur l'échange important d'informations et en structurant le réseau professionnel des équipes GDR des ARS par des outils (un espace partagé), des moments d'échanges (ateliers), et la formations des équipes. Sur ce dernier point, je serai favorable à des programmes de formation plus ambitieux des équipes des ARS sur l'efficience, au-delà des seules équipes GDR.
- 2 Dans la responsabilité du dispositif de dialogue de gestion** entre le ministère et les ARS sur la GDR (au travers des CPOM et de leur évaluation). Parmi les 13 indicateurs des CPOM Etat/ARS utilisés pour déterminer le taux de rémunération variable de chaque DGARS figurent effectivement depuis 2010 un indicateur composite sur la mise en œuvre du PPR-GDR (taux de réalisation du programme de gestion des risques) et deux indicateurs relatifs à la chirurgie ambulatoire (taux de chirurgie ambulatoire sur 17 gestes marqueurs et taux global de chirurgie ambulatoire).  
Pour l'année 2014, il est proposé de maintenir dans l'évaluation des DGARS un indicateur sur la chirurgie ambulatoire et de substituer à l'indicateur composite GDR trois indicateurs relatifs aux trois programmes de GDR transports, PHMEV et liste en sus.  
Les futurs CPOM (et les futures modalités d'évaluation des directeurs généraux d'ARS) qui porteront sur la période 2015-2018 sont en cours de construction et tiendront compte notamment des conclusions du présent rapport.

**Dans la validation par le CNP de l'ensemble des instructions GDR à destination des ARS**, et depuis peu des lettres réseaux de l'assurance maladie. Si la réflexion actuellement en cours sur le contrat Etat-UNCAM conduit à son évolution vers des programmes partagés de gestion du risque maladie, le secrétariat général apportera tout son appui à l'évolution proposée par la mission sur le rôle du CNP dans la validation de ces programmes, à la fois pour le ministère, les ARS et l'Assurance maladie. Dans ce processus renforcé, je suis favorable au fait que le secrétariat général soumette pour avis aux ARS l'ensemble des documents avant leur soumission au CNP.

Le Secrétaire général adjoint  
des ministères chargés des affaires sociales

**Pierre RICORDEAU**  
Pierre RICORDEAU



**OBSERVATIONS DE LA CNAMTS  
AU RAPPORT PROVISOIRE**

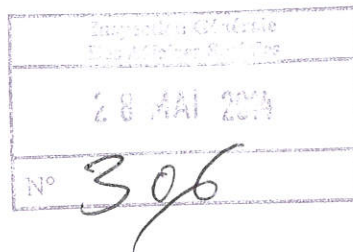




Caisse Nationale

Le Directeur Général

Date : 26 MAI 2014



**Monsieur Pierre BOISSIER**  
**Chef de l'Inspection générale des**  
**affaires sociales**  
**39-43 quai André Citroën**  
**75739 PARIS CEDEX 15**

N/Réf. : DIR-CABDIR-D-2014-3259

→ SDR/mission  
um T.

**Objet : Rapport provisoire sur « l'évaluation de la gestion du risque maladie »**

Monsieur le Chef de l'Inspection,

Je vous remercie de nous avoir adressé le rapport provisoire sur « *l'évaluation de la gestion du risque maladie* » établis par Constance BENSUSSAN, Delphine CHAUMEL, le Dr François CHIEZE et Nathalie DESTAIS et vous communique, comme vous l'avez souhaité, les observations et précisions de la CNAMTS.

Le rapport provisoire comporte en effet plusieurs propositions intéressantes qui guideront utilement l'Assurance Maladie dans la finalisation de sa prochaine Convention d'Objectifs et Gestion avec l'Etat, notamment lors de l'élaboration des priorités conjointes en matière de gestion du risque. Il me semble toutefois important de replacer ces analyses dans le contexte d'une exigence croissante de résultat sur la maîtrise des dépenses de santé pour respecter un ONDAM particulièrement contraint et qui le sera encore davantage au cours des prochaines années. Dès lors, si l'Assurance Maladie ne peut que partager les préconisations de la mission IGAS sur la plupart des points, cet objectif de résultat impose une capacité d'élaboration et de mise en œuvre extrêmement réactive, pragmatique et efficace.

Ainsi, la recommandation de faire partager l'ensemble de l'élaboration et de la réalisation de la politique de gestion du risque aux niveaux national et local risque de ralentir substantiellement la mise en œuvre des actions sans garantie en contrepartie d'une amélioration dans leur conception et leur évaluation *ex ante*.



La mission met également en avant la différence de conception entre les ARS qui ont une approche « territorialisée et planificatrice des actions » alors que le mode de management centralisé de l'Assurance Maladie laisserait peu de marges de manœuvre régionales. Au-delà de la différence d'approche entre les deux réseaux, il me semblerait utile de déterminer la méthode la plus efficace pour atteindre les objectifs d'économie. Je tiens par ailleurs à souligner que si la CNAMTS fixe des objectifs de résultat précis à son réseau, elle laisse également des marges de manœuvre importantes sur les conditions de mise en œuvre, pour s'adapter aux contextes locaux. Ainsi, des objectifs sur le nombre de patients accompagnés dans le cadre du programme PRADO sont fixés au niveau national mais le choix des établissements est laissé à l'initiative des organismes locaux.

Si la demande de l'IGAS pour une mise en œuvre généralisée d'évaluations *ex ante* et *ex post* de tout programme de gestion du risque en se reposant notamment sur des compétences externes en termes d'évaluation médico-économique (santé publique et économie de la santé) ne peut être que partagée, il me semble qu'elle se heurte au principe de réalité. En effet, appliquer ces recommandations reviendrait à augmenter de 2 à 3 ans au minimum les délais avant de lancer toute action de gestion du risque, ce qui d'une part n'est pas conciliable avec la nécessité de faire 2,5 et bientôt 3,3 Mds € d'économie chaque année et d'autre part n'est pas cohérent avec la nécessité de réactivité en cas de risque pour la santé publique ou les finances de la branche maladie (cas de certains médicaments).

Quant au recours aux compétences externes, elles sont malheureusement plus que limitées en France, notamment en économie de la santé, non mobilisables rapidement (appel d'offres, constitution d'équipes, travaux sur les données, ...), ce qui fait que le calendrier de la recherche n'est que peu compatible avec le calendrier de la mise en œuvre opérationnelle rendue nécessaire par l'exigence de résultats fixée par les pouvoirs publics.

Néanmoins, la CNAMTS partage avec la mission le souhait de renforcer cette évaluation médico-économique et y contribue au travers de son rapport de propositions sur les charges et produits, de son comité scientifique, de ses relations avec les sociétés savantes, de ses appels d'offres pour des évaluations de ses programmes comme Sophia, de sa participation active à l'observatoire européen sur les systèmes de santé, avec l'organisation fréquente de séminaire internationaux ou de voyages d'étude à l'étranger.

J'estime d'ailleurs que le rapport provisoire est injustement sévère sur la conception médico-économique des programmes de l'Assurance Maladie et notamment de Sophia et du programme d'accompagnement au retour à domicile en sortie d'hospitalisation (PRADO), en mettant en avant un manque de « rationalité médicale » qui s'avère peu étayé dans le rapport. Sophia bénéficie d'un conseil scientifique spécifique, a fait l'objet de plusieurs évaluations et une nouvelle évaluation externe sera prochainement conduite.

Le contenu des services PRADO est également élaboré avec les sociétés savantes concernées, notamment la société française de cardiologie pour l'insuffisance cardiaque, sur la base des guides de la HAS et un protocole d'évaluation est défini avec elles au-delà du suivi régulièrement effectué.

En ce qui concerne les propositions formulées par la mission, je souscris à l'objectif d'améliorer le pilotage des actions et notamment l'articulation avec le levier tarifaire qui sera une des conditions de réussite de programmes concourant à l'efficacité du système de santé par une meilleure articulation ville-hôpital. Il me semble cependant difficile de retirer la gestion du risque du champ du contrat Etat-UNCAM, pour le recentrer sur la prévention, ainsi que de la COG CNAMTS, compte tenu des implications de ces modifications sur la gouvernance de l'Assurance Maladie mais aussi de l'articulation entre gestion du risque et prévention. Au contraire, au travers d'un nouveau contrat type pour la période 2014-2017, la coordination opérationnelle entre les ARS et l'Assurance Maladie mériterait de s'étendre, au-delà des sujets stricts des priorités de gestion du risque, sur les enjeux de prévention et d'organisation de l'offre de soins pour que les actions soient pleinement efficaces.

Au demeurant, les propositions de la mission d'axer les programmes de gestion du risque sur l'efficacité hospitalière (chirurgie ambulatoire notamment), la pertinence des soins, l'aval de l'hospitalisation, l'imagerie, les transports et de travailler les liens entre ces priorités me paraissent pertinentes. Il me semble en revanche dommageable de ne pas maintenir une action sur l'insuffisance rénale chronique compte tenu des enjeux de santé publique et d'efficacité de ce processus, même si les leviers doivent évoluer pour amplifier les résultats.

Vous trouverez enfin en annexe un certain nombre d'autres remarques sur ce rapport provisoire, portant essentiellement sur le rapport de synthèse (Tome 1).

Je vous prie d'agréer Monsieur le Chef de l'Inspection, l'expression de ma considération distinguée.



**Frédéric van ROEKEGHEM**

*PJ : 1*

## Annexe

### TOME 1 / RAPPORT DE SYNTHESE PROVISOIRE

#### Synthèse

**Page 4, 3° paragraphe** : la mission indique, concernant le programme de maîtrise médicalisée à l'hôpital, que « *le soutien qu'il pourrait apporter aux autres acteurs est très incertain faute de coordination au niveau national ou local* ». Il est certainement possible de progresser encore dans la coordination mais il est important de noter les évolutions récentes en 2013/2014 : la période de réalisation des visites pour le programme d'accompagnement MMHT2a a été étendue à 3 trimestres pour faciliter l'articulation avec les actions des ARS suite à la demande de certaines ARS d'utiliser la démarche lors des revues de contrats. La lettre-réseau de la CNAMTS sur ce programme a en outre été présentée en CNP des ARS.

**Page 5, 2° paragraphe** : la mission souligne la « *juxtaposition d'actions conduites séparément ne permet pas d'établir des liens pourtant nécessaires, comme entre les programmes chirurgie ambulatoire et pertinence des actes ou entre transport des patients et prise en charge de l'IRC* ». La CNAMTS partage l'objectif de faire ces articulations et souhaite souligner les actions déjà menées : concernant la chirurgie ambulatoire, elle surveille le nombre global de gestes réalisés (MSAP) pour vérifier l'éventuelle « sur utilisation » ou le défaut de substitution de la CA et il faut noter que le programme pertinence est plus récent et a débuté en 2012/2013. Concernant le transport et l'IRC, la CNAMTS a mis en place une action de maîtrise médicalisée des prescriptions de transport ciblée sur les centres de dialyse (auprès des néphrologues) et cette action est mentionnée dans la circulaire d'instruction GDR de 2014.

**Page 5, dernier paragraphe** : la mission considère que « *l'efficacité de certains instruments apparaît à l'avenir incertaine (MSAP CA, SSR, visites en établissements) ou à conforter (cas des profils...)* ». Pour la MSAP SSR, il paraît important d'attendre les résultats de la nouvelle forme de la MSAP SSR définie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 pour en tirer les conclusions qui s'imposent.

## **Partie 1 : De quoi parle-t-on ? Retour sur la notion de gestion du risque**

**Page 28, 9<sup>ème</sup> § :** *« l'effectif relatif à la fonction d'accompagnement des établissements ne coïncide pas avec l'activité affichée dans ce domaine, à savoir quelque 13000 contacts en établissements en 2012 ; rapporté à 43 ETP, ce volume d'activité représenterait environ 300 contacts par agent ETP par an, soit plus de 1,5 contact par agent par jour travaillé, ce qui semble une moyenne élevée compte tenu des temps de formation des DAM, des temps de préparation et de restitution des visites, des déplacements »*, Les auteurs rapportent les 13 000 contacts en établissement à 43 ETP de délégués de l'assurance maladie (DAM) et en concluent à une moyenne élevée de contacts par jour pour ces agents.

Il y a lieu de préciser que ces contacts en établissements ne sont pas du seul fait des DAM, mais aussi des agents de direction des CPAM (dans le cadre des actions de maîtrise médicalisée à l'hôpital (MMH T2A), des responsables CPAM des relations avec les établissements de santé sur certaines prestations (prescriptions hospitalières exécutées en ville) et bien entendu, des praticiens-conseils du service médical qui participent à ces actions.

## **Partie 2 : Une conception des programmes qui manque de cohérence et de méthode**

**Page 35 4<sup>ème</sup> § :** La mission pointe un manque *« d'articulation entre objectifs de la ROSP et les priorités de santé publique du contrat Etat-UNCAM ou de la COG CNAMTS »* Cette observation ne nous paraît pas fondée et nécessiterait certainement un échange plus approfondi avec la mission. En effet, les priorités fixées dans la ROSP sont liées aux objectifs de la loi de santé publique de 2004, aux recommandations de la HAS ou, lorsqu'il n'existait pas une telle base, ont fait l'objet d'une concertation avec les pouvoirs publics et d'un accord explicite du Directeur Général de la Santé (cas de l'indicateur sur le volume d'antibiotiques).

**Page 36 : une analyse médico-économique insuffisamment aboutie :** Au travers des exemples des programmes PRADO et Sophia, la mission juge *« que la sélection et la conception des actions de GdR font insuffisamment appel à l'expertise disponible en santé publique et à l'évaluation médico-économique ; et qu'en conséquence, l'analyse médicale sous-jacente aux actions retenues est parfois incomplète et discutable. »*

Sans mésestimer les progrès qu'il reste à accomplir en France pour développer les analyses médico-économiques la CNAMTS tient à souligner que les programmes PRADO et Sophia ont justement fait l'objet, à chaque nouveau volet (diabète puis asthme pour Sophia, maternité, orthopédie, insuffisance cardiaque puis BPCO pour PRADO), d'une revue de littérature internationale importante et d'une conception médicale par les médecins conseils de l'Assurance Maladie, en lien avec les sociétés savantes ainsi que les professionnels de santé libéraux.

Ainsi, Sophia est doté d'un conseil scientifique qui associe des représentants de la HAS, de l'INPES et des sociétés savantes tandis que le contenu du programme PRADO insuffisance cardiaque a été défini, à partir du guide parcours de la HAS, avec la société française de cardiologie et en associant le collège de médecine générale ainsi que les syndicats de médecins et infirmiers.

Des évaluations sont enfin systématiquement prévues : une première évaluation de Sophia avait été faite en externe (Cemka-Eval) puis actualisée en interne sur les 3 années 2008-2011 avec la même méthodologie. La CNAMTS entend renouveler une évaluation externe en 2014-2015 mais un premier appel d'offres, lancé en 2013, s'est avéré infructueux, ce qui renvoie à la difficulté de mobiliser une expertise en matière d'évaluation de programmes de *disease management* en France. L'évaluation de PRADO insuffisance cardiaque sera quant à elle conduite dans le cadre d'un protocole établi avec la SFC et les premières évaluations de PRADO maternité ont fait l'objet d'échanges avec les sociétés savantes de périnatalité pour orienter les travaux d'évaluation à venir.

#### **Page 37 et 38 : Paragraphe « Des modalités de collaboration entre HAS et CNAMTS qui n'ont pas trouvé leur équilibre »**

Au 4<sup>ème</sup> §, il convient de rappeler que la CNAMTS, comme le ministère, établit chaque année un programme de travail avec la HAS. En outre, la CNAMTS fait un point mensuel avec la HAS sur le programme de travail commun, notamment sur les demandes de validation au titre de l'article 53 de la loi HPST. Des réunions se tiennent également sur la gestion du risque pour passer en revue des sujets d'intérêt commun (médicaments, pertinence, parcours...).

Concernant la pertinence des soins, la CNAMTS et la HAS articulent leurs actions dans le groupe de travail national sur la pertinence des soins piloté par la DGOS. Un travail partenarial a été mené sur le parcours de soins du syndrome du canal carpien, dans le but de diffuser les recommandations de la HAS parues en septembre 2012 et février 2013. Une campagne d'accompagnement des professionnels de santé (chirurgiens orthopédistes, médecins généralistes), des établissements de santé et des assurés a été lancée en 2014, à l'aide de supports (mémos) élaborés en commun et validés par la HAS.

Les modalités de travail sur d'autres thèmes ont été partagées, notamment sur la cholécystectomie et la chirurgie ORL.

#### **Page 39 : « une insuffisante ouverture de la réflexion sur les conditions d'implantation du « disease management »**

Le jugement de la mission sur un portage « *relativement isolé par l'Assurance maladie* » de l'éducation thérapeutique, sans appui pluridisciplinaire de « *chercheurs, médecins, économistes, sociologues et de patients* » ne nous paraît pas fondé.



C'est faire fi du conseil scientifique de Sophia et de sa composition large (association de patients, professionnels de santé, HAS, INPES...), de la construction des PRADO avec les sociétés savantes et la mise en place d'un comité de suivi associant les patients, hôpitaux, professionnels de santé et, plus largement, de l'existence d'un conseil scientifique de la CNAMTS qui réunit justement des compétences et profils divers d'experts.

**Page 40 § 2.2.2** sur la recherche du meilleur soin au meilleur coût à propos de l'IRC, la mission indique que « *la cause première de l'IRCT étant liée à la prise de traitements antihypertenseurs, il aurait été souhaitable à tout le moins d'inscrire dans les critères de la ROSP la réalisation régulière d'un dosage de la créatininémie et d'une albuminurie pour les patients hypertendus* ». Cette formulation ne paraît pas appropriée dans la mesure où l'hypertension et le diabète étant les principales causes de l'IRCT, c'est davantage la non prise de traitements antihypertenseurs qu'il faut mettre en cause.

**Page 41 4ème §** : L'action d'accompagnement des indications et non indications pour certains actes de radiographies a bien été mise en œuvre, au moins en secteur libéral (et non abandonnée pour des questions d'indicateurs...), et des résultats sensibles ont été observés. C'est en établissement qu'elle n'a pas pu être mise en place compte tenu de la position des urgentistes. Par ailleurs, il y a deux erreurs dans les § suivants :

- « *Les remboursements du régime général au titre de l'imagerie médicale ont représenté 4,6 Md€ en 2012 correspondant à un grand nombre d'actes et de patients et à des techniques d'imagerie diverses.* » Les données transmises à l'IGAS correspondent aux dépenses AMO+AMC en imagerie pour l'ensemble des régimes.
- « *La CNAMTS a ensuite proposé, à partir de 2011-2012, de centrer le programme sur les examens par IRM, qui avaient connu une progression en valeur de 29% en 4 ans (même si la dépense totale restait, à 680 000€ en 2012, relativement modeste par rapport aux autres actes d'imagerie).* » Il s'agit en fait de 680 M€ et non 680 000 €.

Par ailleurs, la CNAMTS précise que, contrairement à ce que le rapport indique, les deux nouvelles classes d'appareils IRM à vocation OA créées pour la mise en œuvre de l'action de diversification correspondent à des appareils de puissance de 1,5 Tesla identique à celle des appareils IRM polyvalents. L'instruction ne suit donc pas cette recommandation de 1996 rappelée par la mission.

### **Page 42 et suivantes concernant les programmes PRADO**

- **Page 42** : La mission indique que « *les deux derniers programmes lancés (PRADO Orthopédie et Insuffisance cardiaque) illustrent une prise en compte insuffisante des conditions de réussite et de bénéfice pour le patient* » sans apporter d'arguments étayant cette affirmation. Ces deux programmes s'appuient sur des expérimentations étrangères réussies, notamment en Allemagne, ainsi que sur les plus récentes recommandations de la HAS.

- **Page 43** : *"Par ailleurs, l'existence d'un livret de suivi du patient, si elle fournit des repères utiles, ne garantit pas une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé concernés."* La CNAMTS partage le constat que la réussite de ce programme suppose une structuration des soins de ville, un renforcement du rôle du médecin traitant et la mise en place de systèmes d'information favorisant le partage : c'est d'ailleurs dans ce cadre que l'Assurance Maladie a engagé des négociations interprofessionnelles sur les soins de proximité. Parallèlement, la CNAMTS a proposé aux pouvoirs publics d'expérimenter dans le cadre des services PRADO l'ouverture et l'utilisation du DMP. Cette expérimentation débutera en mai/juin dans 5 régions pilotes (Aquitaine, Alsace, Centre, Ile de France, Picardie).
- **Page 43** : Concernant PRADO Insuffisance cardiaque, la mission estime que *« la conception du programme ainsi que sa mise en œuvre reposent cependant sur une analyse médicale comportant plusieurs faiblesses »* mais le rapport ne fournit pas d'arguments étayant cette affirmation. Ce programme a été conçu avec la SFC et l'ensemble des experts ont été consultés et ont validé le dispositif (cf supra).
- **Page 51** : PRADO maternité *« Dans le cadre des programmes PRADO, faute d'analyse préalable de la situation des établissements sur le terrain, le choix de déployer ce programme dans des établissements ayant déjà mis en place un circuit d'organisation de la sortie d'hospitalisation suite à un accouchement physiologique ou à une intervention orthopédique a eu pour conséquence de susciter de fortes réticences de la part des établissements concernés. »*. La CNAMTS souhaite souligner que le processus PRADO prévoit une phase préalable d'information des acteurs locaux (ARS, CPR, CPL,...) avant une prise de contact avec les établissements pressentis pour participer au projet. Il convient de noter qu'à ce jour près de 70% des maternités ont intégré volontairement le programme.

**Page 48 concernant le *disease management* et Sophia** : La mission indique *« qu'aucune nouvelle expérimentation n'est en cours »* alors que l'expérimentation pour l'asthme est en cours de lancement dans 18 départements pilotes.

En haut de la page 49, concernant l'évaluation de Sophia, la mission reprend les conclusions du rapport IGAS d'avril 2012 sans toutefois tenir compte de l'évaluation menée sur la période 2008-2011 qui a été rendue publique en détail après ce rapport (et qui figure sur le site internet de l'Assurance Maladie). Dans l'évaluation à 3 ans, il n'est pas constaté d'augmentation des coûts ambulatoires chez les patients accompagnés par Sophia, il y a à la fois une moindre consommation de soins ambulatoires et surtout de soins hospitaliers que dans les autres groupes.



### **Partie 3 : Une mise en œuvre qui manque de coordination opérationnelle**

**Page 44, 3.1, 3° paragraphe** : La mission juge les « *profils établissements* » qu'elle a vus « *frustrés* » en matière de transports. Il est important de signaler qu'il existe un profil MMPH qui est global et peu détaillé sur les transports et un profil beaucoup plus détaillé lié à l'action elle-même. La CNAMTS fournit des données de comparaison en plus des profils établissement (cf note en pièce jointe : PROFILS TRANSPORTS\_CAQOS.doc). Une amélioration de ces données complémentaires est prévue à moyen terme.

Les CPAM n'ayant pas les données consolidées tous régimes, France entière, il paraît difficile de réaliser les profils à l'échelon local. Néanmoins, certaines CPAM affinent et complètent les analyses avec les données qu'elles possèdent à leur niveau.

**Page 44, 3.1, paragraphe 4 : RPPS** : Le problème de l'utilisation du RPPS se situe actuellement, non pas dans « *l'utilisation dans les requêtes de la CNAMTS* » (requêtes prêtes et déjà réalisées), mais dans la chaîne amont avec la bonne utilisation par les établissements de santé des deux numéros d'identification du prescripteur et de l'établissement (N° RPPS et N° FINESS). Ainsi, pour les prescriptions de médicaments par exemple, moins de 10 % des prescriptions faites par l'hôpital sont identifiées avec un n° RPPS dans les bases de l'Assurance Maladie. Une analyse menée dans la Marne a montré que seuls 48% des établissements de santé renseignaient bien le RPPS dans les prescriptions de médicaments et que, même dans ce cas, ce numéro était bloqué pour 96% des FSE au niveau des pharmaciens compte tenu des règles prévues par certains logiciels allant au-delà de ce que prévoit la version 1.40 addendum 4 de Sesam Vitale. La CNAMTS va prendre contact avec les éditeurs de logiciels pour simplifier le report de ce numéro RPPS dans la facturation à l'Assurance Maladie. Il restera à agir également auprès des établissements de santé pour qu'ils utilisent effectivement le RPPS, ce qui est une action demandée aux ARS par les circulaires GdR ARS.

**Page 45 MSAP 3° paragraphe** : La mission s'interroge sur l'efficacité de la MSAP en estimant qu'il est difficile de savoir si le taux d'accord très élevé de la MSAP tient à la procédure de gestion « largement déclarative », au formalisme prévu ou encore à l'effet dissuasif (pédagogique) de la MSAP. Il faut cependant rappeler que les résultats de la MSAP CA sur plusieurs années sont bons, car les établissements mis sous accord préalable modifient leur comportement et rattrapent les autres. Cela a été démontré en 2010 et réaffirmé récemment sur les données 2012 (cf document adressé à l'IGAS). Par ailleurs, un rapport de la DREES (Roland Cash) montrait en 2012 que les incitations tarifaires étaient moins perçus par les professionnels comme un facteur favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire que la MSAP.

**Page 45 MSAP 4° paragraphe** : la mission indique qu'il n'existe « *pas de retour d'informations auprès des ARS pas plus que des administrations centrales sur la mise en œuvre de la MSAP* ». Cette affirmation n'est pas exacte : les MSAP CA et SSR font partie des démarches suivies dans le cadre des groupes GDR ARS associant les directions d'administration centrale, l'Assurance Maladie et des ARS ; chaque année une synthèse des résultats des MSAP est présentée à ces groupes GDR ARS et au comité de pilotage GDR ARS.

**Page 45 MSAP 5° paragraphe** : L'affirmation de la mission selon laquelle la procédure de MSAP « *ne fait pas davantage l'objet d'un suivi plus systématique quant à ses résultats et à son coût de gestion propre* » ne nous paraît pas fondée. La MSAP CA donne lieu à un suivi sur :

- le taux de chirurgie ambulatoire pour chaque geste et un taux global.
- le nombre de séjours pour chaque geste.
- le nombre d'établissements mis sous accord préalable et les gestes choisis.
- le nombre d'ETP en rapport.

Les économies directement liées à la MSAP sont cependant difficiles à apprécier car il existe d'autres actions (incitations tarifaires, actions HAS/ANAP) et le tarif du GHM en J est égal au tarif du GHM de niveau 1.

Enfin, concernant la remarque sur le manque d'utilisation de la MSAP pour le transport, un programme national de Mise Sous Objectif (MSO continuée si nécessaire avec une Mise Sous Accord Préalable (MSAP) de médecins forts prescripteurs de transports est expérimenté à partir de 2013 dans trois régions par la CNAMTS. Les organismes locaux ont engagé des procédures à l'encontre de 45 médecins, dont 29 généralistes et 16 spécialistes. Les procédures de Mise Sous Objectif ont débuté le 1er mars 2014 pour les médecins ayant accepté la procédure.

#### **Partie 4 : Un pilotage national dont la construction est inachevée**

**Page 52 dernier §** : il convient de rappeler que la maîtrise médicalisée à l'hôpital (MMH) a été mise en œuvre par l'Assurance Maladie avant la loi HPST, même si son contenu a bien entendu été revu après 2011. Il ne semble donc pas tout à fait exact d'écrire « *Le déploiement par la CNAMTS de la « maîtrise médicalisée à l'hôpital », conçue comme un soutien aux autres programmes (transport, PHEV, pertinence, SSR)* ».

**Page 54, 3<sup>ème</sup> § :** « Ainsi, la COG a fixé pour 2013 une cible de 500 000 visites en établissements. Cette cible a été jugée trop ambitieuse pour le réseau. Cet objectif a donc été revu à la baisse pour 2013, et fixé à 490 000 visites ».

La COG 2010-2013 prévoit au titre des indicateurs de réalisation des objectifs pour la gestion du risque :

	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de contacts avec les professionnels de santé	431 000	440 000	460 000	480 000	500 000

**Cette rubrique** « Nombre de contacts avec les professionnels de santé » dans les CPG successifs sur cette même période, et notamment en 2013, **regroupe les contacts de l'Assurance Maladie avec les professionnels de santé libéraux et les visites en établissements.**

Ainsi, à titre d'illustration, en 2012, les CPG prévoyaient 470 000 contacts avec les PS de ville et 10 000 visites en établissements (correspondant aux 480 000 portés dans la COG pour cette même année) ; de la même manière, en 2013, ce sont 490 000 contacts et 10 000 visites qui ont été inscrits dans les CPG 2013 (correspondant aux 500 000 portés dans la COG pour cette même année).

Les objectifs des CPG, contrairement à ce qui est relevé par les rapporteurs, n'ont donc pas été revus à la baisse en 2013, mais ont été conformes aux engagements de la COG. On peut du reste noter que le nombre de contacts effectivement réalisés par le réseau de l'assurance maladie cette année-là s'élevait à 513 000.

La mission peut ainsi regrouper dans le tableau qui figure en annexe 2 (*Indicateurs de la gestion du risque figurant la COG Etats-CNAMTS 2010-2013 et les CPG*) en page 93, ces deux sous-rubriques (nombre de contacts avec les PS et visites en établissements de santé).

[Ces commentaires valent aussi pour le deuxième paragraphe du 4.2.2.2. en page 58 du rapport où les inspecteurs réitèrent la même observation]

**Page 57 point d, PHMEV :** « les indicateurs ...ne mesurent pas un éventuel déport sur les médecins libéraux ». Depuis mars 2014, il existe dans le profil MMPH un indicateur mesurant les évolutions des dépenses « de ville » en regard des dépenses PHMEV, au niveau du département (pour les CH) et au niveau régional pour les CHU et les CLCC.

**Page 57 point d, 3° et 4° paragraphe** : concernant les indicateurs sur la chirurgie ambulatoire, la CNAMTS précise que, dans le cadre du groupe GDR ARS, deux indicateurs ont été mis en place : celui lié à la MSAP qui a été introduit en 2010 dans les CPOM ARS (il porte sur 17 gestes mais aussi sur le total du champ qui s'élargit actuellement à 43 gestes), et un indicateur plus global portant sur l'ensemble de la chirurgie permettant des comparaisons avec les autres pays. Ces 2 indicateurs sont complémentaires et mesurent des domaines différents. Ils évoluent tous les deux dans le sens de la progression de la chirurgie ambulatoire en France.

**Page 58 concernant les indicateurs transport** : la CNAMTS tient à souligner que la fixation des objectifs des CPG pour 2014 a été modifiée pour faire converger et homogénéiser les méthodes de calcul et objectifs entre CPG et CPOM.

**Page 61 concernant le chiffrage des économies transport** : il convient de rappeler que la maîtrise médicalisée sur le transport comprend le CAQOS mais aussi les autres actions de l'Assurance Maladie telles que celles réalisées auprès des néphrologues.

Économies Maitrise médicalisée estimées TR y.c SLM, en millions d'euros (fév 2014)	2010	2011	2012	2013
Transports				
Médecins libéraux	42	12	27	40
Hôpitaux	52	65	73	112
Total Transport	94	77	100	152

En 2012, 415 établissements ont été ciblés par la CNAMTS et 91 d'entre eux (22 %) ayant signé un contrat. Au total en 2012, 174 établissements dont 83 signataires 2011 ont contractualisé un CAQOS. La part des signataires 2011 et 2012 dans les dépenses de transport prescrit par les établissements publics est de 26,1% en 2012. 115 établissements ont atteint leurs objectifs 2012, soit les 2/3.

**Page 62 § 5.2** : la mission indique que « *la maîtrise médicalisée ne fait l'objet d'aucune décomposition en 2014 comme lors des années précédentes* » : si cette décomposition ne figure pas dans l'annexe 9 au PLFSS, il n'est pas exact d'indiquer qu'il n'y a pas de décomposition des 500 à 600 M€ puisque ce détail – à la fois pour les objectifs et le suivi - est présenté régulièrement en COPIL ONDAM, au conseil de la CNAMTS (commissions offre de soins) et au conseil de l'UNCAM.

## **Partie 5 : Un manque d'évaluation des actions**

**Page 70 « des résultats positifs sur certains segments de soins »** Le rapport ne pointe que trois points positifs (le développement de la greffe, la satisfaction des jeunes mères dans PRADO maternité et la réduction des délais attente pour PRADO orthopédie) qui paraissent très réducteurs, voire en décalage, par rapport à l'action de gestion du risque. Cette partie mériterait d'être enrichie ou modifiée.

**Programme imagerie médicale**

- **Page 44** Il n'est pas exact de dire que la CNAMTS fixe seule les objectifs des ARS : en réalité, la CNAMTS, avec la DGOS qui a participé à tous les dialogues de gestion avec les ARS, a proposé au CNP des objectifs de diversification. A l'inverse, la CNAMTS participe avec la DGOS aux réflexions du groupe de travail sur la pertinence des examens d'imagerie.

Les évolutions de l'indicateur du programme GdR en imagerie se sont avérées nécessaires compte tenu des différentes étapes :

- 2011 : seule l'action imagerie conventionnelle pouvait avoir un indicateur car il s'agissait du seul axe mis en œuvre ;
  - 2012 : l'action d'accompagnement était accomplie et non reconduite ; les objectifs de diversification IRM étaient fixés mais non opposables en 2012 compte tenu de la nécessité d'une analyse préalable des potentialités en lien avec les SROS, d'où un objectif de moyens et non un objectif de résultat ;
  - 2013 : objectifs opposables d'où cet indicateur de résultat (cf. instruction 2012)
- **Page 45** la mission indique que le programme visait « *la diversification du parc d'IRM pour augmenter la part des IRM ostéo-articulaires sur la base de justifications médico-économiques qui apparaissent discutables* ». Il s'agit d'une interprétation inexacte car l'enjeu de cette action de diversification n'a jamais été d'augmenter la part des actes IRM ostéo-articulaires (OA) mais de rendre financièrement supportable pour les dépenses de l'assurance maladie le développement du parc préconisé et planifié au regard des objectifs du Plan Cancer. De façon "directe", il s'agit donc d'une action d'efficience. En termes de pertinence, l'enjeu de cette action IRM, et des mesures conventionnelles mises en œuvre par ailleurs, est d'améliorer l'adéquation entre l'évolution des technologies et l'utilisation qui en est faite par les professionnels de santé au regard des besoins de santé exprimés.
- **Page 49 encadré sur le coût des appareils d'IRM** : 2 erreurs doivent être corrigées :
    - Ligne « Appareil IRM 1,5 T spécialisé en osteo-articulaire = 307 011 € et non 285 582 €
    - Ligne « Appareil IRM 1,5 T dédié aux examens des membres = 255 668 € et non 285 582 €

La note indique que « *Des coûts d'installation de ces appareils peuvent en effet s'ajouter à ceux indiqués ci-dessus, variables selon les caractéristiques des appareils, correspondant à l'installation de la cage de Faraday, à l'infrastructure du réseau informatique requise, au réseau d'eau glacée et d'hélium liquide, à la formation des personnels aux risques, etc., coûts qui peuvent doubler le prix d'acquisition initial* » mais ces postes de charges sont déjà inclus dans les coûts indiqués dans le tableau. En effet, les chiffres transmis à la mission portaient sur "les appareils", c'est-à-dire l'ensemble des équipements, y compris les équipements annexes comme ceux cités ici.

- **Page 52** « *Les recommandations préparatoires au troisième plan cancer rappellent que le précédent plan avait fixé un objectif de 10 appareils d'IRM polyvalents par million d'habitants pour 2011 (contre 7,5 en 2008). Cet objectif n'a pas été atteint.* » La mesure 21.4 du Plan 2009-2013 indique des objectifs en termes de nombres d'appareils IRM, **sans précision de classes**. De plus, il existe une nette hétérogénéité entre les régions, certaines dépassant même nettement l'objectif 2013 fixé par le Plan de 12 appareils IRM par million d'habitants. La seule augmentation du parc ne suffit pas car il faut réduire les hétérogénéités d'accès sur le territoire liés notamment au temps d'utilisation des équipements (comme l'a montré un rapport de l'INCA), ce qui devrait être un objectif d'action pour les ARS. L'augmentation du parc IRM polyvalent ne modifiera pas forcément la répartition du type d'examen réalisés (maintien de 50% d'examen à vocation ostéoarticulaire sur un parc augmenté). La CNAMTS travaille actuellement sur une action de pertinence sur les IRM ostéoarticulaires sur la base des référentiels internationaux et de la HAS (2008 et 2011).

En conclusion, il convient effectivement de rappeler que ce programme GDR Imagerie relève de choix au regard d'un constat très factuel dressé en 2010 sur les dynamiques observées sur le moyen-long terme. En IRM, bien que le parc se soit développé sensiblement, la structure observée des actes IRM a peu évolué, les actes d'IRM ostéoarticulaire restant majoritaires. L'objectif de diversification du parc vise à contenir les coûts pour l'assurance maladie de ce type d'examen ; cela n'exclut pas par ailleurs une action sur la pertinence de ces examens ostéoarticulaires pour laquelle il faut cependant disposer de référentiels permettant une action correctrice. C'est sur cet axe que travaille la CNAMTS actuellement.



## MSAP Chirurgie ambulatoire

Le champ de la MSAP a été volontairement limité dans un premier temps, car il est indispensable qu'il n'y ait pas de discussion sur la nécessité de réaliser chaque geste choisi en CA. Les échanges annuels avec les sociétés savantes garantissent le caractère non discutable de la liste établie, et participent à l'accord des professionnels au développement de la CA. La CNAMTS a une volonté d'extension progressive de la liste avec rajout de 5 nouveaux gestes par an (actuellement 43 gestes, alors qu'il n'y en avait que 5 en 2008). Par ailleurs, le nombre de structures concernées va passer de 150 à 200 en 2015.

Les indicateurs issus de la démarche sont tous calculés par la CNAMTS et il n'y a donc pas d'incompatibilité entre eux. En effet, la CNAMTS en 2010 a introduit dans les CPOM ARS un indicateur composite sur 17 gestes marqueurs. Comme la liste des gestes augmente, cet indicateur a aussi évolué. Par ailleurs, chaque ARS a fixé des objectifs chiffrés régionaux pluriannuels sur le taux global (17 gestes). L'atteinte de ces objectifs est vérifiée chaque année lors des dialogues métiers avec les ARS.

Le contrôle a posteriori a débuté en 2008. En 2013, une enquête a été réalisée pour évaluer les difficultés rencontrées. Une nouvelle ligne de conduite a été définie et sera mise en place au second semestre 2014. Cependant, le bilan réalisé en 2013 révèle aussi la nécessité d'assurer dans les textes législatifs et réglementaires une telle démarche.

Ainsi, la MSAP contribue au progrès de la chirurgie ambulatoire avec les autres démarches entreprises.

- **page 85 : 2.2.3** : l'accompagnement réalisé par la CNAMTS dans le cadre de la MMHT2a est réalisé par des médecins conseils et des DAM. Lors des visites MMHT2a, le message sur la chirurgie ambulatoire porte sur les taux constatés dans l'établissement sur les gestes marqueurs de la MSAP (actuellement 43) et les comparaisons avec les moyennes nationales et régionales avec les marges de progrès possibles. Le message ne porte pas uniquement sur la MSAP.
- **page 91 4.21.2 c** : « *il est encore difficile d'avoir des données attestant de son impact direct....* » : cette affirmation ne nous paraît pas juste, car le graphique 3 montre au contraire que les établissements mis sous accord préalable rattrapent le taux moyens des autres établissements et conservent cette attitude après l'arrêt de la MSAP. Nous avons actualisé cette analyse sur les données 2012 et cette correction est confirmée sur les hernies inguinales.

Les économies liées à la MSAP sont difficiles à évaluer pour deux raisons : convergence de diverses actions ayant le même but, difficulté à calculer des économies directes pour l'AM quand le tarif des GHM en J est égal à celui des GHM en 1.

- **page 91 c** : « enfin, 2 gestes ont connu un recul de leur taux de CA » : le graphique 4 montre le contraire et le champ de ces gestes a été modifié.



- **page 95 4.2.2.2** : le fonctionnement de la MSAP : la demande est examinée initialement par un agent administratif formé du service médical qui peut donner un avis favorable s'il existe un critère socio environnemental justifiant l'hospitalisation complète (à partir d'une grille décisionnelle reprenant les conditions de la SFAR). En cas de non-respect d'un critère ou de difficultés, la demande est transmise à un médecin conseil pour échange avec le professionnel, notamment sur les critères médicaux. Le faible taux de refus est plutôt lié à la modification de comportement des professionnels de l'établissement comme en témoignent les analyses réalisées (cf point précédent).

## **MMH**

Cette circulaire annuelle a pour objectif de donner au réseau la liste des actions prévues dans l'année qui nécessitent un contact avec les établissements de santé, afin qu'ils puissent planifier au mieux leurs visites en cours d'année. Il existe une marge de manœuvre régionale importante sur la mise en œuvre : les actions à mener dépendent de l'analyse des profils ; le nombre de visites à mener en moyenne par établissements est indicatif et l'objectif porte sur un nombre annuel de visites à réaliser France entière.

Cette circulaire rappelle la procédure de rencontre avec les établissements et précise la démarche MMPH (le seul objectif d'économies chiffré porte sur cette action d'accompagnement). Elle renvoie aux autres lettres réseaux pour le détail des procédures. Par nature, elle ne peut donc être très détaillée et il faut se rapporter aux autres LR pour juger des actions réalisées et des objectifs demandés.

## **PRADO**

- **Page 108** : la CNAMTS souhaite apporter deux précisions par rapport au PRADO maternité :
  - le PRADO s'adresse aux assurées et ayants droit du régime général (*y compris la majorité des SLM*) de la MSA et du RSI.
  - le contenu des visites de la sage-femme, au-delà du suivi clinique et des conseils apportés, consiste également en une évaluation de la relation mère-enfant et de la nécessité d'un soutien ou non à un allaitement maternel
- **page 113**, la mission estime que « le programme PRADO maternité poursuit des objectifs peu spécifiés, allant de la prévention à la recherche subsidiaire d'efficience [...] Ce programme d'accompagnement de la sortie de maternité poursuit donc plusieurs buts, dont certains ne semblent pas faire consensus ». La CNAMTS tient pourtant à souligner que ces trois objectifs – accompagner la réduction de la DMS, améliorer la qualité de la prise en charge des patientes à domicile, éviter un recours non pertinent à l'HAD – sont évalués depuis la première année de généralisation du programme et font partie des fondamentaux du programme.

- **Page 115** : 2 précisions par rapport au PRADO orthopédie :
  - le CAM appelle le lendemain de *la 1<sup>ère</sup> visite avec chaque PS* et non le lendemain de la sortie ;
  - le masseur-kinésithérapeute effectue une première intervention selon la prescription et pas forcément dans les 72 heures suivant la sortie.
  
- **Page 116** : 3 précisions par rapport au PRADO orthopédie :
  - l'IDE ne réalise pas une visite hebdomadaire *mais suit la prescription remise au patient*, le nombre de visites IDE varie d'un patient à l'autre. Remarque : l'IDE ne peut prescrire que certains dispositifs médicaux définis par l'Arrêté ministériel du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire.
  - le médecin traitant est informé par le MK *ou l'IDE* (cf paragraphe supra relatif à l'IDE) en cas de signes d'alerte du patient.
  - le rôle du chirurgien par rapport au médecin traitant semble un point à clarifier et consolider dans le programme (il peut lui transmettre une alerte sur l'état de santé du patient).
  
- **Page 117** la mission souligne que « *Actuellement les 2 procédures (MSAP et PRADO) ne sont pas forcément liées : un refus de séjour en SSR suite à une demande préalable ne conduit pas nécessairement à une proposition de PRADO orthopédie au patient ou à l'équipe médicale.* ». La CNAMTS souhaite renforcer l'articulation des deux dispositifs, ce qui figure explicitement dans la lettre-réseau d'avril 2014 sur la MSAP SSR, car cela supposait au préalable de déployer le service sur le territoire (généralisation lancée à partir de novembre 2013).
  
- **Page 118** : Concernant la formation des infirmiers dans le cadre de PRADO IC (E learning), la mission indique qu' « *aucune évaluation de l'appropriation de ces contenus n'est pour le moment prévue* » mais il faut préciser que l'évaluation de l'appropriation des contenus est bien incluse dans le module de formation.
  
- **Page 119** : la mission estime qu' « *un suivi sur la durée de l'accompagnement post-intervention et une mobilisation plus systématique d'un médecin conseil afin de mieux garantir le bon déroulement des procédures apparaîtraient pertinents.* ». La mobilisation du médecin conseil existe pour le PRADO insuffisance cardiaque avec un appel au médecin traitant au 1er patient inclus et à 2 mois si la visite longue n'est pas réalisée.

- **Page 125** : « ni les ARS, ni les autres régimes, lorsqu'ils exercent le rôle de caisse pivots comme la MSA, ne sont associés au déploiement de PRADO. [...] Or lors de ces déplacements la mission a pu constater que le choix de certains établissements afin d'y déployer PRADO pouvait se révéler inadapté, faute d'informations demandée aux ARS ». Cette affirmation apparaît inexacte car les ARS ainsi que les autres régimes font partie des acteurs locaux sollicités dans la phase de déploiement du programme.
- **Page 130** « le suivi de PRADO maternité se fait également à travers le bilan de satisfaction réalisé par les CAM auprès des patientes ayant bénéficié de ce programme [...] Le suivi de la DMS ou encore le nombre de consultations des PS ne sont pas des items de l'évaluation ». La DMS est observée lorsque les données du PMSI sont consolidées (en nov n+1 pour les données de l'année n), à partir d'une requête effectuée dans la base PMSI et non lors du bilan à 12 jours, où elle ne pourrait être recueillie que de manière déclarative auprès des patientes. Le nombre de consultations est aussi observé à partir de requêtes du DCIR selon la même périodicité que la DMS.

## PERTINENCE

- **page 144** – La pertinence des soins : « la CNAMTS a engagé en 2013 dans une phase de tests portant sur des indicateurs d'alerte de pertinence pour les trois actes retenus » : les indicateurs ont été développés sur 2 actes (et non 3) : syndrome du canal carpien et appendicectomie.
- **page 144** / paragraphe 3.1 « Les tests ont consisté en une analyse de dossiers par rapport aux référentiels disponibles, analyse menée cependant sur un petit échantillon d'établissement » : il faut préciser que l'échantillon a été calculé pour être significatif sur le plan statistique.
- **page 145** : « les indicateurs sont considérés comme validés par la CNAMTS » : La validation porte sur la méthode de ciblage et non sur les indicateurs. Pour les 2 thèmes (appendicectomie et chirurgie du canal carpien) la méthode de ciblage est validée. L'appréciation faite dans le rapport sur les indicateurs peut être discutée car par exemple le taux d'EMG avant intervention reflète directement le référentiel de la HAS et figure comme indicateur de suivi dans les documents publiés par la HAS.
- **Page 150** – paragraphe 3.2.2 L'action de GDR des ARS relative à la pertinence des soins rencontre plusieurs difficultés : « elles mobilisent en outre d'importantes ressources médicales qui sont rares au sein des ARS (...) et qui au sein des organismes d'assurance maladie, sont mobilisées sur de nombreuses tâches quasi administratives (contrôle des IJ, gestion des déclarations ALD, formalité d'accès à la CMU, ...).

Le contrôle des IJ et des déclarations d'ALD ne sont pas des tâches « quasi-administratives », puisqu'il s'agit de rendre un avis médical (la majorité des décisions sont données sur la base d'un examen médical de l'assuré). Les formalités d'accès à la CMU sont effectivement des tâches administratives, qui par contre ne sont pas réalisées au service médical par un médecin conseil, mais en CPAM par un agent administratif.

- **Page 153 – paragraphe 3.3** : *« il importe notamment de faire converger la détection d'atypies « micro-sanitaires » (à l'échelle des établissements) réalisée par les caisses et l'approche plus territorialisée et plus systémique de certaines ARS »* : il s'agit d'approches différentes mais complémentaires, l'approche « micro-sanitaire » de l'Assurance Maladie (reposant sur des données de production et non de consommation de soins) pouvant permettre des actions ciblées sur les établissements suspectés de pratiques non pertinentes.



## REPONSES DE LA MISSION AUX REPONSES AUX OBSERVATIONS FORMULEES

En réponse aux observations formulées par le secrétariat général des ministères sociaux, par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et par la direction de la sécurité sociale, la mission apporte les précisions suivantes.

Un certain nombre d'observations formulées, notamment par la CNAMTS, soulignent l'importance de l'objectif d'économies immédiates et du « principe de réalité » qui s'opposeraient à une conception plus argumentée et mieux évaluée *ex ante* des programmes de GdR. La mission ne méconnaît évidemment pas la contrainte des finances publiques mais tient à souligner que la primauté donnée à la recherche d'économies immédiates peut conduire à sacrifier des mesures d'efficacité structurelles, préparées avec le temps nécessaire, qui sont le gage d'économies durables. A ce stade, l'économie immédiate retirée des programmes IRC, Imagerie, Chirurgie ambulatoire, ou encore Prado Maternité, est certes non chiffrée mais probablement très en-deçà des attentes. Le rapport fournit plusieurs illustrations à la fois de l'intérêt des thèmes de gestion du risque retenus par le ministère et l'assurance maladie et du caractère insuffisamment abouti de plusieurs des actions lancées. Le rapport souligne également les faiblesses organisationnelles des programmes PRADO tels qu'ils sont déployés actuellement, et rappelle la réserve formulée par la HAS concernant PRADO Insuffisance cardiaque, qui n'a pas encore été prise en compte à ce jour.

Quant à la réactivité nécessaire en cas de « risque pour la santé publique » évoquée dans les observations de la CNAMTS, elle renvoie aux questions de sécurité sanitaire et de pharmacovigilance, qui ne relèvent pas de la gestion *du* risque mais de la gestion *des* risques, dont sont chargées les agences mises en place à cette fin.

Un deuxième ensemble d'observations formulées par le SG, la DSS et la CNAMTS porte sur l'articulation entre prévention et gestion du risque et sur le devenir du contrat Etat/UNCAM. La mission prend note des réserves formulées sur sa proposition. Elle rappelle toutefois que cette proposition, si elle semble disjoindre prévention et gestion du risque, vise en réalité à renforcer le volet prévention en consolidant les multiples actions et financements dans ce domaine et en donnant un document de référence commun (qui n'existe pas aujourd'hui) à l'ensemble des régimes d'assurance maladie et aux ARS. Le cadre offert par les commissions de coordination des politiques publiques ne semble pas permettre la coordination stratégique et opérationnelle nécessaire. La mission ne réduit évidemment pas la gestion du risque à la prévention, comme en témoignent ses propositions relatives aux programmes nationaux partagés de GdR.

Les propositions de la mission visent, sur la base de ses analyses, à resserrer et étendre la coordination opérationnelle entre ARS et assurance maladie au niveau régional et local autour des enjeux de prévention, d'organisation de l'offre de soins et d'analyse des dépenses. La mission considère toutefois que la contractualisation localement ne peut suffire si elle ne s'appuie pas sur un document de programmation unique et précis, conçu conjointement par l'Etat et l'assurance maladie. Ses propositions sur l'évolution de la COG en découlent. Des choix clairs s'imposent. Si l'on veut véritablement simplifier la programmation de la gestion du risque et la rendre plus efficace, on ne peut conserver en l'état à la fois le contrat Etat-UNCAM et la COG Etat-CNAMTS tout en construisant des programmes partagés, comme semble le souhaiter la DSS dans ses observations.

Concernant le contenu des futurs programmes de gestion du risque, la DSS indique souhaiter recentrer les deux programmes nouveaux proposés (efficacité de l'organisation hospitalière et aval de l'hospitalisation) sur trois axes : déploiement de la chirurgie ambulatoire, optimisation des fonctions supports et des achats hospitaliers, amélioration de la gestion des lits. Il serait regrettable que soit abandonnée la perspective organisationnelle interne à l'hôpital et en aval de l'hospitalisation, qui conditionne l'efficacité future de la chirurgie ambulatoire, et plus généralement du système de soins autour d'une meilleure articulation ville-hôpital.

En réponse à certaines observations plus ponctuelles relatives au tome 1, la mission souhaite apporter les précisions suivantes :

- Les données mentionnées dans le rapport au sujet du nombre de CAQOS transports signés en 2013 étaient issues du document powerpoint transmis par la DSS à la mission présentant le bilan GdR Transport en décembre 2013. La mission prend néanmoins acte des chiffres révisés et met à jour en conséquence ces données dans son rapport. Ses analyses et conclusions sur ce chapitre sont inchangées.
- La place des sociétés savantes est compliquée et celle des syndicats de professionnels de santé engagés dans des négociations conventionnelles l'est également. La mission est consciente que le procédé d'évaluation de Sophia est intéressant mais il n'a pas empêché des problèmes de communication quant à ses résultats. Quant aux extensions de Sophia à d'autres pathologies, les questions posées par la mission à la CNAMTS sur la conception de ces projets sont restées sans réponse.
- Concernant les modalités de collaboration entre HAS et CNAMTS, la mission souligne en effet dans son rapport le cas de bonnes collaborations sur le programme Pertinence des soins. Il n'en reste pas moins que d'importants progrès restent souhaitables pour conforter la légitimité médicale et médico-économique des actions de gestion du risque.
- Concernant les programmes PRADO, leur mise en œuvre en France diffère assez sensiblement de celle retenue en Allemagne, qui présente l'avantage à la fois d'une plus grande cohérence systémique et de meilleures garanties professionnelles. Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle le processus d'implantation de PRADO Maternité prévoit la consultation préalable des acteurs locaux n'a pas toujours été corroborée par les entretiens de la mission sur le terrain.
- S'agissant de l'évaluation de Sophia, les observations de la CNAMTS mentionnent « une moindre consommation de soins ambulatoires et hospitaliers » chez les patients accompagnés par Sophia. Les analyses de la mission se sont fondées sur l'ensemble des éléments disponibles fin 2013, y compris la présentation du programme Sophia faite par la caisse nationale à l'IGAS en novembre 2013. Une augmentation des coûts ambulatoires pour la population adhérente avait été constatée en effet au bout d'un an, cependant que cette évolution est moindre au bout de trois ans par rapport au groupe témoin.
- Sur les profils d'établissements édités en matière de transports, la mission a analysé les documents à la disposition des établissements de santé et confirme le caractère frustré de l'analyse de la dépense qui y est contenue. Elle se félicite de la volonté d'améliorer ces données à moyen terme. Au demeurant, une telle amélioration aurait aussi du sens sur les données du seul régime général, ce qui simplifierait ce travail d'édition qui pourrait alors relever des CPAM. La mission prend note également de l'amélioration récente des indicateurs relatifs au suivi des dépenses de transport.
- La mission est consciente des difficultés techniques de déploiement du RPPS sur l'ensemble de la chaîne de traçabilité de la dépense mais insiste à nouveau sur l'importance de ce projet et sur la nécessité de le faire aboutir rapidement. L'efficacité de la gestion du risque, du dialogue de gestion et de la contractualisation avec les établissements de santé en sera nettement renforcée.
- S'agissant de la mise sous accord préalable en chirurgie ambulatoire, la mission confirme que son impact reste incertain, sa mesure étant limitée à ce jour à 5 des 38 gestes et ne comportant pas un suivi régulier dans la durée. Aucune analyse coût/bénéfice de la MSAP



n'a été présentée à la mission, et notamment pas le nombre d'ETP en rapport avec la procédure. La mission confirme également sur la base de ses déplacements en région que les ARS ne disposent pas d'une vision précise et localisée des résultats de ces MSAP. Enfin, la mission a bien noté dans son rapport le déploiement à compter de mars 2014 de procédures de mise sous objectifs en matière de transport mais rappelle que celles-ci sont fondées sur le volontariat et ne concernent à ce jour que 45 médecins, soit 0,03% de l'ensemble des médecins libéraux installés.

- Concernant les objectifs de contacts et visites en établissement du réseau de la CNAMTS, la mission prend note des explications fournies par celle-ci mais souligne le flou qui entoure ces démarches ainsi que leur suivi.
- Enfin, s'agissant des chiffrages d'économies repris dans la construction de l'ONDAM, la mission maintient ses constats sur leur manque de transparence et sur la grande difficulté de leur suivi pluriannuel.

En réponse à certaines observations relatives au tome 2 du rapport, la mission souhaite apporter les précisions suivantes.

➤ **Programme Imagerie :**

- La mission maintient son constat relatif à la faible traçabilité des décisions des professionnels de santé dans ce domaine. Quant aux indicateurs du programme de GdR, ils reflètent, plus que l'accomplissement des objectifs, leur instabilité et les tâtonnements sur le plan opérationnel. L'objectif du programme à partir de 2012 a bien été l'augmentation de la part des équipements IRM ostéo-articulaires.
- La mission maintient son analyse et ses interrogations quant à l'efficacité du programme et quant à la pertinence des actes d'IRM ostéo-articulaires.
- S'agissant des coûts des appareils d'IRM, les chiffres fournis par la CNAMTS dans ses observations pour les appareils spécialisés ou dédiés ne correspondent pas au tableau de coûts qui avait été fourni à la mission. Celle-ci accepte néanmoins de reprendre ces nouveaux chiffrages dans le rapport, lesquels confirment d'ailleurs la modestie de l'avantage de coût de ces appareils. Il n'apparaît pas dans les documents fournis que les coûts d'installation étaient déjà inclus dans les coûts d'acquisition.
- Enfin, comme l'indique le rapport, la mission rejoint la CNAMTS sur la nécessité de développer des actions permettant de s'assurer, d'une part, de la pertinence des actes d'IRM ostéo-articulaires et, d'autre part, de la productivité des équipements installés. Elle pointe en revanche les effets pervers possibles d'équipements dédiés ou spécialisés, qui peuvent susciter des filières peu efficaces sur l'ostéo-articulaire.

➤ **Programme Chirurgie ambulatoire :**

- Les observations formulées par la CNAMTS ne sont pas contradictoires avec l'analyse de la mission. Au-demeurant, le rattrapage de la moyenne par certains établissements ne saurait tenir lieu de stratégie en matière de chirurgie ambulatoire.
- La mission reprend la correction formulée pour la page 91.
- En revanche, elle maintient ses analyses relatives à la difficulté d'interprétation du taux d'accord élevé des demandes préalables d'hospitalisation complète.

➤ **Programme PRADO :**

- Quant aux bénéficiaires des programmes PRADO et au contenu des visites des sages-femmes, la mission ne dit pas autre chose que ce que rappelle la CNAMTS. S'agissant de PRADO Maternité, les objectifs mis en avant par la CNAMTS sont cependant moins clairement perçus localement et ne structurent pas les premières évaluations.
- L'évaluation de l'appropriation par les infirmiers de la formation par *e-learning* pour PRADO Insuffisance cardiaque n'offre pas les garanties nécessaires. Par ailleurs, l'accompagnement par les médecins conseils devrait être renforcé auprès des CAM.

- Les difficultés de circulation de l'information en direction des ARS et des autres régimes ont pu être constatées par la mission sur le terrain.
- La mission a procédé aux corrections factuelles présentées par la CNAMTS.
- **Programme Pertinence** : la mission a procédé aux ajustements factuels indiqués par la CNAMTS.

## LISTE DES SIGLES

ABM	Agence de la biomédecine
ADD GdR	Agent de direction en charge de la gestion du risque
ALD	Affection de longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVIESAN	Agence nationale pour les sciences de la vie et de la santé
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CAM	Conseiller de l'assurance maladie
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CAQCS	Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
CAQOS	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CEDIT	Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP	Conseil national de pilotage
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COMEX	Commission exécutive
CORDAM	Collège régional de l'assurance maladie
COREDİR	Comité régional des directeurs

CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
COPIL	Comité de pilotage
CR-GdR	Commission régionale de gestion du risque
Cvs-cjo	Corrigé des variations saisonnières - corrigé des jours ouvrables
DAM	Délégué d'assurance maladie
DCGdR	Directeur coordonateur de la gestion du risque
DDGOS	Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
DDO	Direction déléguée des opérations
DG	Directeur général
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Dialyse péritonéale
DPC	Développement professionnel continu
DRSM	Direction régionale du service médical
DSES	Direction de la stratégie, des études et de la statistique
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSM	Echelon local du service médical
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ETP	Equivalent temps plein
GHS	Groupe homogène de séjours
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HPST	Hôpital, patient, santé territoires
HTA	Hypertension artérielle
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnités journalières
IRC(T)	Insuffisance rénale chronique (terminale)
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITMO	Institut thématique multi-organismes
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MMH	Maîtrise médicalisée hospitalière
MSA	Mutualité sociale agricole
MSO	Mise sous objectifs
MSAP	Mise sous accord préalable
NACO	Nouveaux anticoagulants oraux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PDS	Permanence des soins
PHEV	Prescriptions hospitalières exécutées en ville
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PPR-GdR	Programme pluriannuel régional de gestion du risque
PRS	Projet régional de santé
RALFSS	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
REIN	Réseau épidémiologique et information en néphrologie
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSI	Régime social des indépendants

SFR	Société française de radiologie et d'imagerie médicale
SNIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
VSL	Véhicule sanitaire léger