



HAL
open science

L'innovation dans les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS 1997-2016)

Pierre Chancogne

► **To cite this version:**

Pierre Chancogne. L'innovation dans les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS 1997-2016). Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01568792

HAL Id: dumas-01568792

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01568792>

Submitted on 25 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen

U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année : 2017

N° de thèse : 26

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 17 février 2017 par :

Mr CHANCOGNE Pierre

Né le 18/06/1981 à Bergerac

**L'innovation dans les Lois de Financement de la Sécurité Sociale
(LFSS 1997-2016)**

Directeur de thèse :

Mme le Professeur Marine AULOIS-GRIOT

Jury :

Mme le Professeur Marine AULOIS-GRIOT

Président

Mme le Docteur Catherine DUMARTIN

Juge

M. le Docteur Jean-Marc BLOUIN

Juge

M. Renaud DECROIX

Juge

A mes parents,

Que votre tendresse, votre exemple et vos sacrifices trouvent ici leur fruit.

Pour m'avoir transmis les valeurs qui font de moi ce que je suis aujourd'hui, j'espère en rester digne et les transmettre.

Recevez cette thèse en guise de remerciement et témoignage de mon amour.

A ma sœur,

Pour tes encouragements, nos souvenirs passés et à venir.

A mes grands-parents Eliane et Michel,

Pour votre soutien et votre confiance.

Avec le témoignage de mon infinie reconnaissance et de ma grande affection.

A ma marraine,

Pour ta présence et ta bienveillance.

A mon parrain et Michèle,

Pour votre indéfectible soutien, vos conseils et votre amour.

Pour m'avoir transmis votre passion pour la santé.

A mon épouse,

Pour ta patience, tes encouragements.

Pour les amoureux, les parents et l'équipe que nous formons en toutes circonstances. Je n'aurais jamais osé rêver la vie que nous avons.

En témoignage de tout mon amour.

A Margaux,

Pour tout le bonheur que tu m'apportes.

A mes beaux-parents, Jo et Pierre-Henri,

Pour votre accueil et la chaleur qui règne dans votre famille.

A mes amis,

Lise, Susu, Laura, , Lulu, Malou, Béa, Delphine H, à mes « poivrots »: Castou, Baptiste, Laguite, papi Meynard, Zurmic, Jean-Marc, le père Mal(l)et, Yo, Sf33, Benduf, Fredo, Riton, Arnaud et toutes celles et ceux que j'oublie...

Quand je pense à vous alors me reviennent mille images : des tristes (peu), des alcoolisés (si peu... ☺), des festives (beaucoup...), des joyeuses (énormément...), des mémorables (toujours...), et des nostalgiques (de plus en plus...)

Simplement MERCI de m'avoir soutenu, encouragé, écouté, conseillé, d'avoir fait preuve de patience et de bienveillance à mon égard. J'ai énormément de chance, vous me manquez.

A mes actuels et anciens collègues Abbvie,

Clément, Denis, Guillaume, Laurence, Pierre-Claude, Renaud, Robert, Sébastien, Thibault, Valérie, aux chickens : Mathilde, Sandrine, Véro, Daniel, Fabien, Stéphane

Pour tous les moments partagés ensemble, pour m'inspirer et pour vos conseils.

A Monsieur Didier Tabuteau

Conseiller d'Etat

Responsable de la chaire « santé » de Sciences Po

Professeur associé et codirecteur de l'institut « Droit et Santé » à l'Université Paris Descartes

Pour m'avoir accompagné dans la rédaction de ce travail.

Pour vos conseils, votre expertise et votre bienveillance.

« La vraie force de l'intelligence n'est pas de comprendre les choses compliquées, mais de les dépouiller de ce qui les empêche d'être simples » (Pierre Billon), vous m'avez passionné !

A nos juges,

Madame le Docteur Catherine DUMARTIN

Maître de Conférences en Droit et Economie Pharmaceutiques à l'Université de Bordeaux
Praticien hospitalier, CHU de Bordeaux

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'accueil si bienveillant que vous nous avez réservé en acceptant de juger ce travail.

Monsieur le Docteur Jean-Marc BLOUIN

Maître de Conférences en Biochimie à l'Université de Bordeaux
Praticien hospitalier, CHU de Bordeaux

Nous vous remercions de l'honneur et de l'amitié que vous nous faites en acceptant de participer à ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

Monsieur Renaud DECROIX,

Directeur Général

*Vous nous avez inspiré ce travail lorsque vous m'avez confié ma première mission.
Qu'il nous soit permis, Cher Renaud, de vous dire aujourd'hui que vous avez toujours été pour nous l'image du Dirigeant que nous souhaitions devenir et l'exemple que nous chercherons toujours à suivre.
Croyez à notre fidèle et respectueux attachement et à notre profonde gratitude pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.*

A notre président de thèse,

Madame le Professeur Marine AULOIS-GRIOT

Professeur de Droit Economique Pharmaceutiques à l'Université de Bordeaux

Docteur en Pharmacie

Docteur de l'Université

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury.

Pour votre bienveillance et vos conseils dans le rédaction de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A Michel, Antoine et Michèle...

Sommaire

I.	Introduction : Les lois de financement la sécurité sociale, un cadre juridique vecteur d'innovations	9
II.	La tarification à l'activité : une innovation controversée.....	18
A.	La T2A, 13 ans de dérapage pour initier l'esquisse d'un changement de cap	18
1.	La T2A une réforme considérable fondée sur un socle friable.....	23
2.	La T2A une réforme complexe, mal définie, difficile à corriger	32
3.	La T2A une innovation inachevée aux effets indésirables importants.....	34
4.	La T2A, un mode de tarification de plus en plus contesté	49
II.	Les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé : un début de lune de miel entre les syndicats et l'assurance maladie	52
A.	Introduction : l'exercice de la médecine de la passion à la raison.....	52
B.	Clientélisme médicale, la face cachée de l'exercice libéral.....	53
1.	Trois grands modes de rémunérations et une spécificité française	53
2.	Le paiement à l'acte : un système inflationniste sans garantie de qualité	58
3.	Du paiement à l'acte à l'expérimentation d'un nouveau mode de rémunération	61
4.	Les facteurs d'influence qui rendent le paiement à l'acte obsolète	63
5.	L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération : palliatif de la liberté d'installation et effet encourageant sur le maillage médical.....	69
6.	Les expérimentations des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé : des effets encourageants sur le maillage médical.	73
C.	Conclusion : la liberté d'installation, dernier rempart et point de départ d'une réforme en profondeur	82
III.	Conclusion générale : Les LFSS, un outil mal exploité.....	84

Glossaire

AcBUS : Accord de Bon Usage des Soins
ALD : Affection Longue Durée
AMUHF : Association des Médecins Urgentistes de France
ANI : Accord National Interprofessionnel
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régional de Santé
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSP : Contrat de Santé Publique
DG : Dotation Globale
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Direction de l'Information Médicale
DOP : Dotation Organisationnelle et Populationnelle
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ENC : Echelle Nationale de Coûts
ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
FHF : Fédération Hospitalière de France
FIR : Fonds d'Intervention Régionale
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjour
Groupe CRC : Groupe Communiste, Républicain, Citoyen
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
ISA : Indice Synthétique d'Acticité
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
MCO : Médecine-Obstétrique-Chirurgie
MERRI : Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif de Dépenses Nationales de l'Assurance Maladie
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

OQN : Objectif Quantifié National
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PS : Partie Sociale
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SML : Syndicat des Médecins Libéraux
T2A : Tarification à l'Activité
TIM : Technicien de l'Information Médicale
UDF : Union pour la Démocratie Française

I. Introduction : Les lois de financement la sécurité sociale, un cadre juridique vecteur d'innovations

« Un labo ne peut pas capter à lui seul tout seul les capacités financières d'un pays en faveur de l'innovation thérapeutique¹», déclare Frédéric Van Roekeghem au Figaro, en parlant de Sovaldi, traitement curatif de l'hépatite C.

L'arrivée d'une innovation thérapeutique majeure dans le traitement de l'hépatite C secoue en tout point le landernau de la santé. Dans un système de santé surendetté, « l'ovni » Sovaldi dont la cure coûte 41 000€, incite la France : politiques, soignants, patients, à remettre en question de façon urgente la fixation du prix des médicaments, le financement de la sécurité sociale, allant jusqu'à ébranler un des principes fondamentaux de la sécurité sociale : l'égalité de l'accès aux soins.

D'une façon plus globale, l'innovation inquiète, cristallise une certaine peur et remet en perspective le statu quo.

L'innovation thérapeutique est certainement celle qui parle au plus grand nombre. Mais les 20 dernières années des lois de financement de la sécurité sociale couvrent un champ plus large en termes d'innovation en santé.

Pour l'OCDE, l'innovation va au-delà de la recherche et du développement : « Loin d'être limité aux laboratoires de recherche, le champ de l'innovation englobe l'ensemble des utilisateurs, des fournisseurs et des consommateurs – que ce soit dans les administrations publiques, les entreprises ou les organismes à but non lucratif – et elle transcende les frontières entre pays, secteurs et institutions. ²».

L'organisation définit 4 grands domaines d'innovation :

i. « L'innovation de produit

L'introduction d'un bien ou d'un service nouveau. Cette définition inclut les améliorations sensibles des spécifications techniques, des composants et des matières, du logiciel intégré, de la convivialité ou autres caractéristiques fonctionnelles.

ii. L'innovation de procédé :

La mise en œuvre d'une méthode de production ou de distribution nouvelle ou sensiblement améliorée. Cette notion implique des changements significatifs dans les techniques, le matériel et/ou le logiciel.

iii. L'innovation de commercialisation

La mise en œuvre d'une nouvelle méthode de commercialisation impliquant des changements significatifs de la conception ou du conditionnement, du placement, de la promotion ou de la tarification d'un produit.

iv. L'innovation d'organisation

La mise en œuvre d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures de la firme. ».

Si les lois de financement de la sécurité sociale sont source d'innovations, elles peuvent elles-mêmes être considérées comme innovations. En effet, elles constituent un virage essentiel dans la construction de notre système de sécurité sociale.

Historiquement, la fin de la seconde guerre mondiale laisse place à l'aire de la modernisation, l'industrialisation, qui permet au Français l'exercice d'une activité professionnelle. C'est sur ce principe que l'ordonnance du 4 octobre 1945 crée la sécurité sociale. A cette époque, l'examen des comptes de sécurité sociale échappe au Parlement, dont les prérogatives sont restreintes à l'examen du budget de l'Etat.

Au fur et à mesure les prestations de sécurité sociale puisent de façon croissante leur financement dans la fiscalité ayant pour conséquence une « "publicisation" des finances sociales³ ». Le parlement est autorisé à avoir un droit de regard sur les finances sociales, grâce à l'ordonnance du 22 février 1996 créant ainsi les LFSS : « les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique³ ». Les lois de financement inscrivent donc chaque année la santé à l'agenda du débat politique et viennent structurer grâce à un objectif de dépenses nationales de l'assurance maladie (ONDAM) et des objectifs de dépenses par branche.

En introduisant la santé dans le débat démocratique, les lois de financement de la sécurité sociale constituent une innovation en soi.

Le tableau ci-dessous présente une sélection personnelle des innovations contenues dans les lois de financement de la sécurité de 1997 à 2016, et ayant soit eu un impact important présent ou futur sur notre système santé, soit suscité les débats les plus virulents.

Ces innovations sont classifiées selon cinq grands domaines :

	Médicament et Entreprises du médicament	Hôpital	Efficience	Remboursement des soins et médicament	Prévention
LFSS 1996 pour 1997	Article 32 : "Contribution exceptionnelle"				
LFSS 1997 pour 1998	Article 12 : Taxe sur le chiffre d'affaire des médicaments Article 11 : Taxe sur la promotion des médicaments				
LFSS 1998 pour 1999	Article 29 : Création du CEPS Article 30 : Régulation des prix des médicaments par le CEPS Article 31 : Clause de sauvegarde (taux K)		Article 22 : Nouvelle forme d'organisation de la médecine "médecin réfèrent" et rémunération autre qu'à l'acte Article 29 : droit de substitution par le pharmacien		
LFSS 1999 pour 2000	Article 29 : ONDAM spécifique pour le médicament		Article 24 : Nouveau mécanisme de régulation des soins de ville, contrat de bon usage des soins		
LFSS 2000 pour 2001	Article 48 : Taxe sur les premières ventes de médicament				
LFSS 2001 pour 2002	Article 31 : Instauration des 35h dans la fonction publique hospitalière				

	Médicament et Entreprises du médicament	Hôpital	Efficienc	Remboursement des soins et médicament	Prévention
LFSS 2002 pour 2003	Article 12 : VII Taxe sur le chiffre d'affaire des entreprises du médicament Article 36 : Simplification de la procédure du dépôt d'obtention de prix Article : 43-44 tarif forfaitaire de responsabilité ou forfait générique	Article 22-34 : Fondement de la T2A			
LFSS 2003 pour 2004	Article 20 : Modification des taux de remboursement de certains médicaments Article 25 création de la liste en sus				
LFSS 2005 pour 2006				Article 56 : VI "Tiers payant contre génériques"	
LFSS 2006 pour 2007			Article 103 : Convergence des dispositifs médecins référents/ médecins traitants		Article 91 : Consultation prévention pour les plus de 70 ans
LFSS 2007 pour 2008	Article 41 : HAS émet un avis médico-éco sur les médicaments	Article 42 : Alignement du mode de financement des hôpitaux et établissements privés	Article 41 : Logiciel d'aide à la prescription Article 43 Expérimentation CAPI Article 44 : ENMR	Article 52 : Franchise médicament	
LFSS 2008 pour 2009	Article 49 : élargissement de la définition du générique		Article 50 : prescription en DCI	Article 36 : Participation de de l'Union nationale des Organismes d'Assurance Maladie complémentaire aux négociations conventionnelles	

	Médicament et Entreprises du médicament	Hôpital	Efficienc	Remboursement des soins et médicament	Prévention
LFSS 2009 pour 2010	Article 47 : Taux d'évolution pour la liste en sus				
LFSS 2010 pour 2011	Article 60 : Recommandation médico- économique dans les logiciels de prescription		Article 53 : Création ROSP		
LFSS 2011 pour 2012	Article 26 Taxe sur les spécialités affectées à la CNAMTS, indépendance du financement de l'ANSM		Article 74 : ROPS pharmacien		Article 70 : Expérimentation parcours de soins personnes âgées
LFSS 2012 pour 2013	Article 57 : Extension dispositif RTU				Article 48 : Lutte contre la perte d'autonomie
LFSS 2013 pour 2014	Article 12 : Fusion de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et la taxe sur les premières ventes de médicaments Article 48 : Pérennise l'expérimentation de la facturation à prix libres des médicaments ayant bénéficié d'une ATU		Article 47 : Substitution par le pharmacien des médicaments biologiques par leur biosimilaire pour les patients en initiation	Article 14 : généralisation complémentaire santé	Article 36 : Expérimentation de la télémédecine Article 54 sevrage tabagique à destination des jeunes

	Médicament et Entreprises du médicament	Hôpital	Efficience	Remboursement des soins et médicament	Prévention
LFSS 2014 pour 2015	Article 3 : Régulation des médicaments de l'hépatite C Article 14 : Refonte de la clause de sauvegarde contribution L Article 14-5 : Le CEPS peut décider de façon unilatérale le prix du médicament Article 15 : Dématérialisation des taxes dues par les entreprises du médicament	Article 51 : Dotation complémentaire d'incitation à la qualité et à la sécurité des soins pour les établissements de santé Article 64 : Objectif de prescription hospitalière des médicaments et génériques	Article 44 : Honoraires pharmaciens sur la base du nombre de boîtes de médicaments dispensées	Article 41 : Généralisation du tiers payant	Article 47 : Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections
LFSS 2015 pour 2016				Article 59 : Instauration de la protection universelle maladie	Article 68 : Expérimentation de programmes de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants



Années sous gouvernement de droite



Années sous gouvernement de gauche



Années avec gouvernement de gauche sous cohabitation

Les cinq domaines d'innovation sont définis selon les caractéristiques suivantes :

- le médicament : c'est le domaine le plus visible de l'innovation en santé. Durant les vingt années de loi de financement de la sécurité sociale, ce sujet a cristallisé bon nombre de débats. Ceux-ci ont porté sur l'accès des patients à l'innovation et sur les mesures permettant de contenir les dépenses liées aux médicaments. Ce chapitre a récemment été illustré par l'arrivée des médicaments de l'Hépatite C qui ont à eux seuls eu l'honneur d'un article permettant leur régulation pour contenir la dépense (Article 3 de la LFSS 2014 pour 2015⁴).

Un domaine où les différents gouvernements ont été innovants est celui des taxes relatives aux médicaments et aux entreprises du médicament. Au fil des ans, les taxes se sont empilées commençant par : une "contribution exceptionnelle" via l'article 32 de la LFSS pour 1997⁵, la taxe sur le chiffre d'affaire (article 12 de la LFSS pour 1998⁶), la création de la célèbre clause de sauvegarde (Article 31 de la LFSS pour 1999⁷). A ce niveau l'imagination n'a pas de limite.

- l'hôpital : ce domaine, qui a toujours été difficile à réformer a fait l'objet d'un premier plan de modernisation, le plan hôpital 2007 issu de l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui regroupe 9 séries de mesures dont la refonte du mode de financement des hôpitaux au travers de la mise en place la T2A (article 22-34 de la LFSS pour 2003⁸), puis d'un second le plan hôpital 2012. Aussi la mise en place des 35 heures dans la fonction publique hospitalière (Article 31 de la LFSS pour 2002⁹) pose encore 15 ans plus tard des problèmes d'organisation. C'est par leur impact sur l'organisation de l'hôpital public que ces réformes sont innovantes.

- l'efficacité des pratiques des professionnels de santé :

L'efficacité de la dépense de santé est l'un des enjeux majeurs pour pérenniser notre système de soins. Les mesures qui tentent de répondre à ces enjeux sont nombreuses et ont généralement fait l'objet de débats animés entre les syndicats et les gouvernements. Ces mesures concernent notamment le parcours de soins et la régulation des soins de ville. On trouve des mesures emblématiques comme la convergence des dispositifs médecins référents/médecins traitants (article 103 de la LFSS pour 2007¹⁰), les CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles – Article 43 de la LFSS pour 2008¹¹), ou encore des mesures qui font évoluer le mode de rémunération des professionnels de santé au premier rang desquelles l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération qui essaie répondre à la problématique de densité médicale dans les zones tendues en termes d'offre de soins. Ces mesures sont innovantes car elles introduisent une rupture dans le système de l'exercice libéral.

- Le remboursement des soins : ces innovations sont récentes, ce sont notamment :

- Les conséquences (Article 14 pour la LFSS 2014¹²) de l'Accord National Interprofessionnel qui permet la généralisation des complémentaires santé et oblige les entreprises à mettre en place une complémentaire santé pour leurs collaborateurs. Au-delà de son aspect louable, cette réforme fait entrer un peu plus "le privé" dans une mission jusque-là assumée par l'Etat, et pose la question du désengagement de ce dernier en matière de santé.
- Le développement du tiers payant (article 41 de la LFSS pour 2015¹³) dont la généralisation résulte de la loi du 26 janvier 2016, qui dispense les patients de l'avance de frais de santé chez les médecins généralistes et les spécialistes. Cette réforme est sur le fond alignée avec les principes d'une assurance maladie mais le coût d'une telle mesure reste à évaluer.

Ces mesures sont innovantes car elles orientent le futur de notre système de santé.

- la prévention : « les statistiques compilées par la DRESS mettent en évidence un modèle de dépenses de santé centré sur le traitement des malades : sur les 243 milliards d'euros de la dépense courante de santé en 2012, 215 (88,5%) étaient destinés aux dépenses pour les malades, alors que les dépenses de prévention ne s'élevaient qu'à 5,8 milliards. Ainsi le système de santé français a continué, en 2012, à privilégier une approche curative des soins, ne consacrant que 2,4% des dépenses de santé à la prévention¹⁴». Fort de ce constat, c'est une des grandes tendances de notre système de santé qui évolue vers un mode plus préventif comme le montrent les récents articles : l'expérimentation de la télémédecine (article 36 de la LFSS pour 2014¹⁵) ou encore l'expérimentation de programmes de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants (article 68 de la LFSS pour 2016¹⁶).

Ces réformes sont innovantes car font évoluer le paradigme, passant d'un système de santé curatif à un système de santé préventif.

Si l'on regarde la politique sous l'angle de la "compétition", la première question qui vient peut être : l'innovation est-elle l'apanage des gouvernements de droite ou gauche ?

« Un mot à la mode, l'innovation rassemble autant la droite que la gauche, chacun la revendiquant comme sienne » écrit Evgeny Morozov, écrivain et chercheur américain, dans un article intitulé « Our Naive "Innovation" Fetish¹⁷ » dans l'édition du 18 mars 2014 du journal New Republic.

Si l'on se pose la question en matière d'innovation dans les lois de financement de la sécurité sociale, on constate dans un premier temps que sur les vingt dernières années les gouvernements de droite ont exercé le pouvoir onze ans. Les dix années restantes se répartissent à part égale entre une gouvernance de gauche et sous cohabitation avec un gouvernement de gauche.

A la lecture de la sélection des innovations présentées dans le tableau précédent, on constate que les gouvernements de gauche ont plus innové, en particulier ces dernières années où l'on note une accélération des innovations sous le gouvernement Valls à partir de 2012.

Plus qu'une course au nombre d'innovations, les lois de financement de la sécurité sociale apparaissent comme un continuum juridique permettant l'amélioration incrémentale de notre système de soins.

Ainsi, l'innovation en santé jaillit de nombreuses sources, parmi ces sources il y a le droit et plus spécifiquement les lois de financement de la sécurité sociale. Ce mémoire a pour objet de mettre en lumière les forces et manquements de deux innovations majeures des LFSS : la tarification à l'activité et l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

II. La tarification à l'activité : une innovation controversée

La tarification à l'activité a introduit un changement fondamental dans le mode de financement des établissements hospitaliers en liant les conditions de ressources d'un établissement au volume de son activité. Cette réforme, a pour but d'inciter les établissements hospitaliers à l'efficience pour résorber un déficit hospitalier encore aujourd'hui grandissant et pour répondre aux besoins de santé tant en quantité qu'en qualité. Avec un soupçon de provocation, on pourrait considérer que la réponse est dans le titre, en effet la tarification à l'activité ne s'intéresse qu'à l'activité : elle encourage les établissements à l'augmenter et, afin d'améliorer leur efficience, à réduire les coûts sans prendre en compte la globalité du parcours patient et la qualité des soins. Si cette réforme ambitieuse a permis de faire évoluer les mentalités, les gouvernements successifs n'ont eu de cesse d'essayer de légiférer pour en corriger les effets indésirables.

A. La T2A, 13 ans de dérapage pour initier l'esquisse d'un changement de cap

Dans son discours du 20 novembre 2002, Jean François Mattei alors Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées lance le plan Hôpital 2007. L'un des axes de cette réforme hospitalière est « une tarification à l'activité incitative » dont le but est de « libérer le dynamisme des structures hospitalières » et de « responsabiliser les acteurs¹⁸ ». La tarification à l'activité (T2A) constitue une évolution innovante et emblématique des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). La T2A introduit un nouveau mode de financement des établissements de santé publics et privés qui consiste à répartir une enveloppe budgétaire en fonction du volume d'activité médicale produit.

La T2A a pour vocation une meilleure maîtrise de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) avec pour principal enjeu la convergence tarifaire de deux mondes : le secteur hospitalier public et le secteur privé¹⁹.

Avant la mise en place de la T2A, deux systèmes différents de financement des établissements hospitaliers français coexistent :

- La dotation globale²⁰, pour les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier et, depuis 1996, pour les autres établissements privés à but non lucratif. La dotation globale est une enveloppe budgétaire. Elle est calculée en fonction du budget de l'année précédente auquel est appliqué un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Le budget annuel qui est alloué aux établissements doit en théorie être respecté²¹.

- Un mode de financement mixte pour les établissements à but lucratif : une rémunération à l'acte et forfaitaire à la journée. Les tarifs sont négociés avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), induisant une variabilité des tarifs d'une région à une autre. La régulation du financement par rapport à l'activité était assurée par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) qui encadraient le tarif des actes et prestations.

Contrairement aux modes de financement présentés précédemment, la T2A est régie par deux principes fondamentaux :

- l'activité hospitalière est définie selon les Groupes Homogènes de Malades (GHM). On rattache au GHM un prix fixe pour une même prestation et un profil de patients identiques. L'homogénéité est définie par deux critères, médical et économique.²²
- Le tarif de remboursement des GHM est fixé à l'avance au niveau national et mis à jour annuellement.

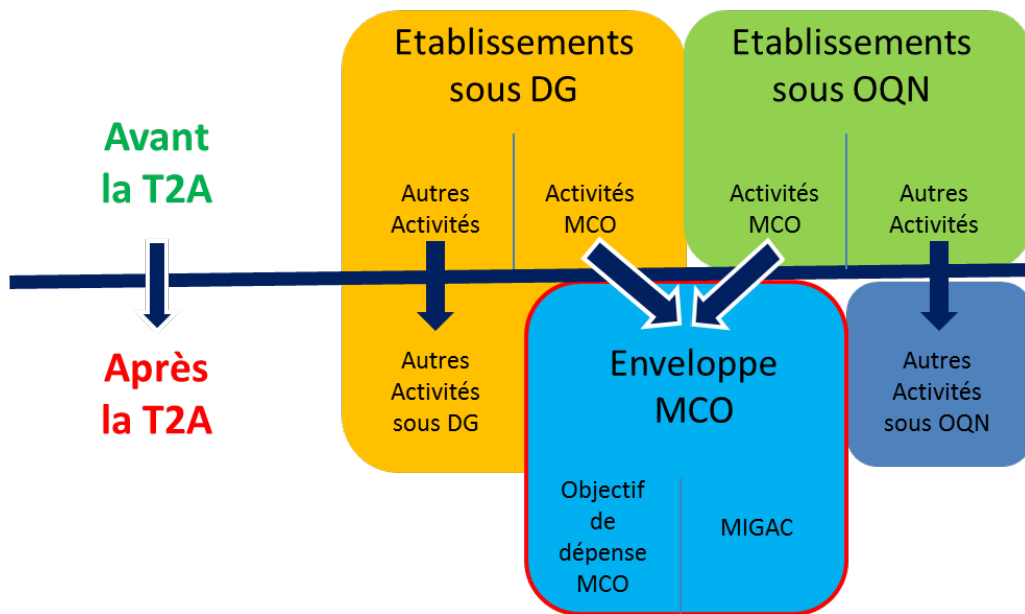
Le pilotage des dépenses hospitalières est assuré, par les objectifs de dépenses pour les hôpitaux de court séjour qui sont définis à partir de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie. Cette régulation prévoit une baisse des tarifs en cas d'augmentation de l'activité hospitalière globale et ce, pour l'ensemble des établissements.

La T2A nécessite de connaître l'activité délivrée par chaque établissement en terme de volume et de type d'actes. Sa mise en place s'appuie sur d'un système d'information appelé PMSI (Programme Médicalisé des Systèmes d'Information) créé en 1991²². Le PMSI concerne les séjours MCO (Médecine-Obstétrique-Chirurgie), d'hospitalisation à domicile, d'urgences et de psychiatrie. Ce système d'information permet d'analyser le flux de patients d'un établissement pour chaque pôle de spécialité appartenant à un groupe homogène de malades. C'est après codage des données PMSI que l'établissement pourra facturer son acte à l'assurance maladie.

La valorisation monétaire des GHM se fait par les points ISA (Indice Synthétique d'Activité), chaque point ISA correspondant à une valeur en Euros. Le calcul de ces indices est basé sur les coûts de séjour d'une quarantaine d'établissements sous dotation globale participant à l'Echelle Nationale de Coûts (ENC). Par convention, le GHM 540 « Accouchement par voie basse sans complication » a été choisi comme étalon pour sa fréquence, la stabilité de sa durée de séjour, son caractère standardisé et l'homogénéité de son coût constaté. Les autres GHM se positionnent par rapport à ce dernier par rapport au coût moyen de production constaté sur le panel d'établissements. Le PMSI permet aux autorités de tutelle de connaître l'activité de l'établissement et fournit aux directeurs d'établissements un outil de pilotage et de prévision de l'activité.

Le schéma ci-dessous présente les grandes lignes de la nouvelle régulation par la T2A

Figure 1: L'ÉVOLUTION DES MODALITÉS DE RÉGULATION DES DÉPENSES D'ÉTABLISSEMENT²³



La loi hospitalière du 31 juillet 1991 autorisait déjà le gouvernement à expérimenter « l’élaboration, l’exécution et la révision des budgets présentés en tout ou partie par des objectifs tenant compte notamment des pathologies traitées », ainsi que « l’établissement de tarifications tenant compte des pathologies traitées » inaugurant les prémices de la T2A.

Quatre objectifs motivent les pouvoirs publics à faire le choix de la T2A :

En premier lieu, la T2A vise à moderniser le financement des établissements de santé hospitaliers publics/ privés et éviter l’effet de rente de situation générée par le système de dotation globale pour les hôpitaux publics ayant une faible productivité. En effet, cet ancien système de dotation globale constitue une incitation à l’allongement des durées de séjour, à l’immobilisme et pose la question de l’investissement pour favoriser l’innovation. La Cour des comptes précise dans le rapport “la sécurité sociale” en septembre 2002, « les rentes de situation, qui existaient au profit de certains établissements avant sa mise en œuvre en 1983, n'ont sans doute pas été apurées, malgré l'apport du PMSI. Les établissements dont l'activité décroît peuvent connaître une relative aisance financière ; à l'inverse, les établissements dont l'activité croît, souvent en raison de meilleures pratiques, peuvent être pénalisés financièrement. ²⁴».

Dans l'ancien système, les établissements privés à but lucratif sont financés par l'Objectif Quantifié National (OQN) et perçoivent un forfait à la journée et à l'acte délivré, mode de financement proche de la T2A. Le degré de précision de la comptabilité analytique des établissements à but lucratif ne permet pas une lisibilité exacte du coût de l'acte par l'ARH. La réalité des coûts est imparfaitement transparente et les établissements peuvent se spécialiser dans des domaines plus rémunérateurs²⁵.

Un deuxième objectif est de rétablir l'équité entre les établissements publics et privés à but lucratif par un mode unique de financement et une convergence des tarifs de remboursement. La mise en place de cette réforme sera plus facile dans le secteur privé au regard de son mode de financement car elle intègre déjà la notion d'activité. Avec la T2A, les tarifs des actes ne sont plus négociés régionalement par les Agences Régionales de l'Hospitalisation, la T2A sonne le glas des inégalités inter-établissement public-privé, mais aussi intra-établissement privé-privé.

En troisième lieu, le passage à la T2A permet aux pouvoirs publics d'avoir une meilleure maîtrise et plus de transparence concernant la dépense de santé à l'hôpital. Chaque acte ayant un prix national fixe, les établissements sont incités à maîtriser leurs coûts pour dégager de la rentabilité. La T2A fixe donc un cadre qui responsabilise l'hôpital et le pousse à suivre les mêmes logiques économiques que les entreprises privées au sens large.

Enfin, la T2A exige un pilotage plus précis des coûts par une meilleure connaissance de ces derniers notamment grâce à la médicalisation des financements via le PMSI.

L'abandon de la dotation globale au profit de la T2A est donc un moyen de dynamiser la productivité, favoriser la compétition entre les établissements publics de santé via le système des points ISA et responsabiliser les acteurs

L'article 13 de la loi Evin de la réforme hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991 introduit l'article L 716-2 devenu l'article L6122-19 du nouveau code de la santé publique et lance l'expérience de la T2A : « à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie. ».

L'article est modifié par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, qui fait apparaître la notion d'activité. L'article L6122-19 est ainsi modifié, les mots « fondés sur une tarification à la pathologie » sont remplacés par les mots « fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent [...] »²⁶.

C'est au travers des articles 22 à 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004²⁷ que le financement des établissements de santé passe sous le régime de la tarification à l'activité, selon l'article 25 : « Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à la facturation pour les activités de médecine,

chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L.6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements suivants :

a) Les établissements publics de santé, à l'exception des hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique et des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code ;

b) Les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ;

c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de l'hospitalisation ;

e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d ».

Le changement de paradigme est important pour les établissements du secteur public, c'est pourquoi la substitution de la dotation globale par la tarification à l'activité est progressive et concerne : 10% des hôpitaux en 2004, 25% en 2005, 50% en 2007 et enfin tous les établissements pour l'année 2008²⁸.

La rupture est moindre pour les établissements privés dont les budgets étaient déjà calculés via des forfaits en lien avec l'activité produite.

Au-delà de la définition de la mise en œuvre de la T2A, l'article 33 de la LFSS 2004²⁹ fixe les modalités de convergence de tarification, devant permettre de rapprocher les deux grilles tarifaires entre les établissements ex-Dotation Globale (ex-DG) et ex-OQN. Cette convergence tarifaire constitue l'enjeu majeur du passage à la T2A.

1. La T2A une réforme considérable fondée sur un socle friable

a) La T2A un lancement en forme de faux départ

En 2002, Jean-Francois Mattei alors Ministre de la Santé du nouveau gouvernement Chirac a pour mission trois grands chantiers :

- « Apaiser les relations avec les syndicats de médecins qui ont souffert des années Jospin »
- « Lancer le plan Hôpital 2007 »
- « Reforme la gouvernance de l'assurance maladie et son financement ³⁰».

La revalorisation de la consultation des médecins généralistes à 20€ en juin 2002, signe le début d'une lune de miel avec les professionnels de santé. Le Ministre peut alors se lancer dans la réforme de l'assurance maladie, qu'il souhaite rapide. Les premières pierres de la réforme sont posées au printemps 2003 mais le Président décide d'ajourner la réforme en 2004 après les élections régionales et européennes. Le Ministre ne verra pas le bout de la réforme de l'assurance maladie, affaibli par la crise de la canicule en aout 2003, vingt-deux mois après son arrivée avenue de Ségur, Jean-Francois Mattei laisse le soin à Philippe Douste-Blazy de conduire le vaste chantier de la réforme.

C'est dans un contexte politique encore troublé par la gestion de la canicule d'août 2003 que la réforme du financement de l'hôpital est votée. Il n'y a que peu de résistance au passage de la T2A : politiques, soignants, syndicats s'accordent à dire que le financement de l'hôpital au travers de la dotation globale doit évoluer.

Les membres du gouvernement porte donc une réforme dont les bénéfices attendus sont clairement définis dans l'avis n° 1156 de M. François GOULARD, fait au nom de la commission des finances, déposé le 22 octobre 2003³¹ :

- « – une plus grande médicalisation du financement ;
- une responsabilisation des acteurs qui générera une incitation à s'adapter ;
- une équité de traitement entre les secteurs ;
- le développement des outils de pilotage « médico-économiques » au sein des hôpitaux publics et privés.

Pour atteindre ces objectifs, le Gouvernement a choisi la voie du pragmatisme. Il s'agit d'utiliser toute la connaissance capitalisée par les hôpitaux et les cliniques depuis la mise en œuvre du PMSI.».

Le cadre de la réforme est aussi fixé, elle touche quasiment l'ensemble des établissements publics et privés, mais est restreinte aux activités dites MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

La réforme sera soutenue par l'UDF, M.Philippe Folliot (UDF) « *L'UDF sera partenaire de la majorité.*».

A partir de cet exposé, les articles de la loi de financement de la sécurité sociale visant à mettre en place la T2A ne susciteront en première lecture à l'assemblée nationale que des objections mineures de la part de l'opposition.

Ainsi le parti socialiste émettra quelques réserves par la voix de Claude Evin sur le fait que les hôpitaux puissent sélectionner les patients et « [...] réduire les durées de séjour pour augmenter le coefficient de rotation des lits [...] ». Jean-Marie Le Guen s'exprimera pour le PS en alertant le gouvernement sur la tendance à la privatisation de l'hôpital mais admettant dans la même phrase que le principe de la T2A « [...] n'est pas mauvais [...] »³².

L'opposition la plus marquée viendra du Parti Communiste qui mettra en avant une « [...] logique économique-libérale qui vise à transformer les hôpitaux en centres de profits et les incitera en effet à rechercher au moins un minimum de retour sur investissement. C'est la porte ouverte à la sélection des malades selon que leur pathologie sera financièrement rentable ou non, à la mise en concurrence des établissements et services et à la spécialisation régionale en fonction de la rentabilité possible compte tenu des caractéristiques de la population. »³³ selon les propos de Mme Jacqueline Fraysse.

De même le sénateur François Autain (Groupe Communiste, Républicain, Citoyen) sera vent debout contre la mise en place de la T2A. Il mettra en avant une logique de rentabilité qui rabaisse la santé à des considérations marchandes entraînant une concurrence sur les prix avec un effet « [...] néfaste sur la qualité des soins [...] », une compétition entre les établissements qui essayeront de s'attirer les patients les plus rentables. Cette compétition aura pour conséquence finale le regroupement par les groupes financiers des établissements à but lucratif avec une activité majoritaire en chirurgie, plus rentable et de ne laisser qu'à l'hôpital public « *la médecine* », sous-estimant « la mission sociale et la mission de service public de l'hôpital ». Le groupe CRC demandera la suppression de l'article 20³⁴.

Gilbert Chabroux sénateur PS s'opposera à la réforme sur un plan idéologie arguant une ultra libéralisation du système³⁴.

La commission mixte paritaire composée de 7 sénateurs et 7 députés a pour objectif de trouver un compromis entre l'Assemblée nationale et le Sénat. Cette dernière entérinera les modifications apportées par le Sénat, imposant un calendrier intermédiaire de mise en place de la T2A fixé à 50% en 2008 et décide la création d'un comité d'évaluation de la mise en place de la tarification à l'activité.

A l'extérieur des différentes instances, les opposants à la T2A se font entendre sans pour autant avoir gain de cause. Ainsi, la revue *Prescrire* avait déjà mentionné son opposition se basant sur un rapport du conseil d'éthique. Elle reproche à la T2A de faire plonger l'hôpital dans une logique financière sans éthique, bafouant les aspects sociaux et sanitaires. En poussant les directeurs d'établissements à considérer l'hôpital comme une entreprise privée, la T2A instaure un climat concurrentiel qui les incite à se différencier. Ils mettent alors au cœur des priorités l'innovation technique et le recours aux thérapies innovantes

dont l'investissement se fait parfois au détriment des frais de personnel et d'une prise en charge optimale des patients³⁵.

Du côté des représentants des soignants, le président de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUHF), Patrick Pelloux, se dresse contre la T2A.

« La T2A va entraîner des critères de rentabilité et une forme de productivisme caché. Si un hôpital ne montre pas une grande productivité, cela entraînera une fermeture de ses services. Derrière cette notion, on essaye de faire entrer le libéralisme dans l'hôpital public! », a-t-il dénoncé lors d'un point presse, en confirmant la participation de son syndicat à la journée nationale d'action de mardi »³⁶

La Fédération Hospitalière de France (FHF) réunit la plupart des établissements publics de santé et des établissements publics médico-sociaux de France. Elle fait le même constat que le gouvernement et souligne les faiblesses du financement des hôpitaux par la dotation globale. Pour la FHF, la T2A est une véritable démarche de modernisation, équitable et « reposant sur des outils de gestion de la performance (comptabilité analytique et système d'information...) »³⁷. Elle met néanmoins en avant une problématique d'ordre politique à savoir l'intégration des honoraires médicaux et la valorisation des missions de service public. La FHF soutient « "totalement" la réforme de la T2A », a déclaré Thinga Nguyen, adjointe au délégué général de la FHF³⁷.

Philippe Douste Blazy, Ministre de la Santé, mène la réforme de l'assurance maladie avec la promulgation du texte de loi en août 2004 et le plan Hôpital 2007 avec la hausse des investissements hospitaliers et la mise en place de la tarification à l'activité qui permet d'allouer les ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée.

b) Une réforme lancée dans un paysage hospitalier très hétérogène

Le secteur hospitalier français présente d'importantes hétérogénéités entre les trois grandes entités juridiques : le public, le privé non lucratif et le privé à but lucratif, ce qui complexifie la mise en place de la T2A.

Avant de détailler ces divergences, il convient de rappeler la définition des établissements publics qui présentent des spécificités importantes.

Selon l'article L 6141-1 (version en vigueur au 28 janvier 2016) du Code de la santé publique, les hôpitaux publics «*sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière.*» Ils assurent 6 missions principales (article L6111-1, version en vigueur au 28 janvier 2016) :

« - Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.

- Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

- Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent.

- Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

- Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

- Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.³⁸ ».

Des budgets spécifiques complètent la T2A pour les Missions d'Intérêt Général et Aides à la Contractualisation (MIGAC), incluant les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI).

Quant aux établissements privés, ils présentent une offre de soins à géométries variables et sont spécialisés dans certains créneaux d'activité. Ils peuvent sous certaines conditions participer à des missions de service public.

En 2004, la France compte 3 000 établissements hospitaliers publics et privés offrant une capacité de 451 000 lits.

Comme le présentent les graphiques ci-dessous, il est intéressant de constater que le secteur privé rassemble près de deux tiers des établissements hospitaliers alors qu'il ne concentre qu'un tiers des lits.

Figure 2 : Répartition des établissements hospitaliers entre le public et le privé (% exprimé par rapport au nombre d'établissements)³⁹

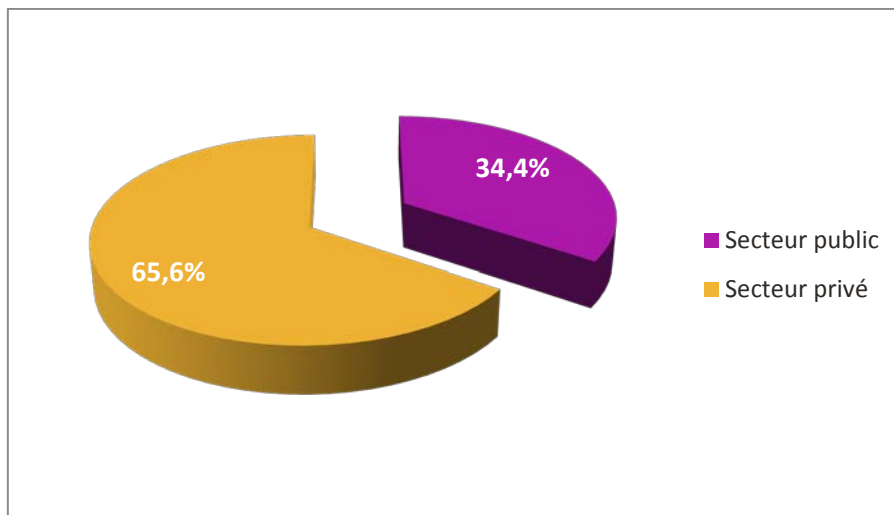
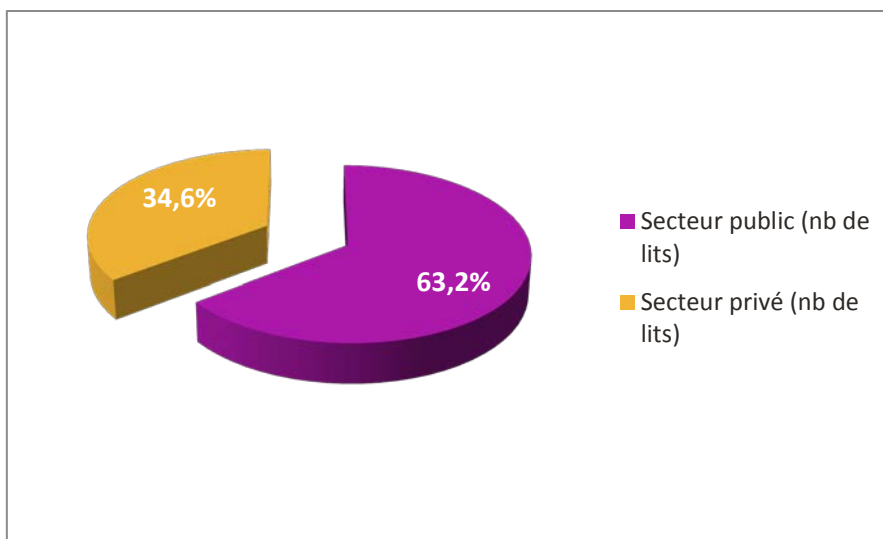


Figure : Répartition des lits d'hospitalisation entre le public et le privé³⁹



Cette répartition montre que le secteur privé est plus éclaté par rapport à un secteur public très concentré. Cette divergence peut complexifier la mise en place de la réforme et de la convergence tarifaire car elle doit s'adapter à différentes échelles de taille d'établissements.

A noter, que du point de vue de la répartition géographique le poids des cliniques privées varie d'une région à l'autre, ainsi il peut représenter 46% de la capacité en Corse et 38 % région Provence-Alpes-Côte d'Azur. A l'inverse, le secteur public peut atteindre 75% des capacités, c'est le cas notamment du Limousin et de la Picardie³⁹.

En conclusion, des points de vue juridique et géographique, la France présente donc un paysage hospitalier très hétérogène. D'une région à une autre, les profils du système hospitalier sont très différents et ne présentent pas les mêmes capacités. Cela confirme que la convergence tarifaire est un des enjeux de la T2A.

c) Les établissements publics et privés s'engagent dans la réforme avec des bilans financiers contrastés

Au moment de la réforme, la situation financière des établissements publics est caractérisée par un déficit qui se creuse. Les principaux pôles de dépenses sont en croissance. Les frais de personnel qui pèsent 75% de charges de fonctionnement ont progressé de 4,3%, les postes relatifs aux achats et charges médicaux affichent une progression de 10,6% pour l'année 2004.

Pour faire face à ces augmentations de charges, les établissements publics qui n'ont pas toujours disposé d'une dotation suffisante ont recours à des reports de charges.

En effet, 412 millions d'euros ont été débloqués en 2004 pour pallier aux reports de charges et aux déficits d'exploitation des établissements publics. La mise en œuvre de la T2A impactera fortement les recettes des établissements favorisés par la dotation globale. La dette des établissements publics de santé s'établit en 2004 à 10.9 Milliards d'euros avec une croissance de 11% par rapport à 2003.

Par opposition, la situation des cliniques privées apparaît meilleure.

Le chiffre d'affaires total de ces établissements est en progression de 8,7 % en 2003, confirmant les bons résultats de 2002 (7,7 %) et de 2001 (5,7 %). L'origine de cette croissance est majoritairement due à la progression du secteur MCO (+9%).

Quelle que soit la taille de l'établissement privé, les chiffres d'affaires affichent une évolution positive : +10,1% pour les cliniques de grande taille, +6,6% pour les plus petites.

Mais les taux de rentabilité au sein des cliniques peuvent être très différents, allant de +9,2% à des taux de rentabilité négatifs.⁴⁰

En conclusion, sur la ligne de départ, les établissements hospitaliers partent en ordre dispersé pour se lancer dans la réforme de la T2A. L'introduction d'un nouveau mode de financement peut fragiliser davantage les établissements déjà en difficulté.

d) Les établissements publics et privés prennent en charge des profils de patients contrastés

i. Une prise en charge hétérogènes des séjours de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

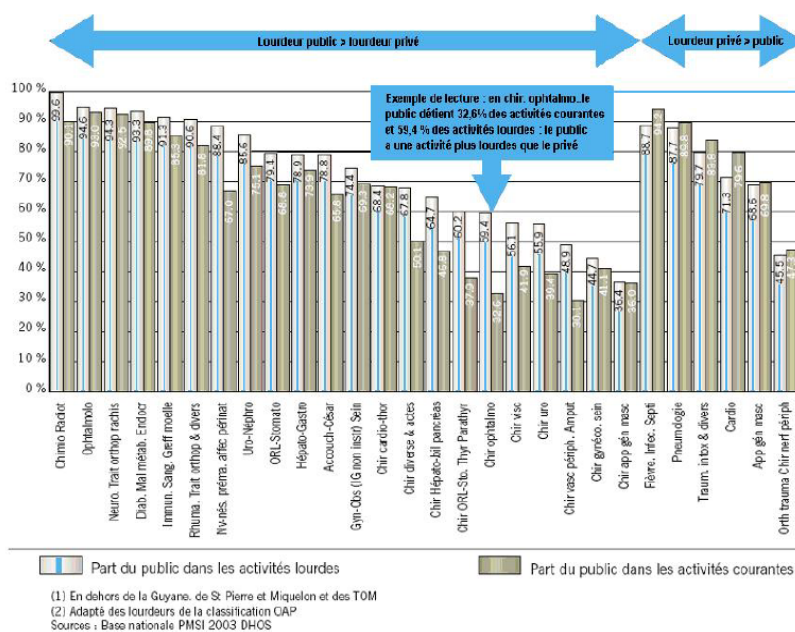
En 2003, les hôpitaux publics prennent en charge 80% des hospitalisations. Les hôpitaux privés se tournent vers une activité qui génère des actes comme les coronarographies, endoscopie, etc.

75% de la prise en charge obstétrique est réalisée par le secteur public. A contrario plus de la moitié des hospitalisations complètes de chirurgie et deux tiers de la chirurgie ambulatoire sont réalisés par le privé.

La ventilation de l'activité entre le privé et le public n'est pas sans impact au niveau financier. Certaines activités comme les endoscopies sont bien protocolisées, ce qui facilite leur optimisation financière⁴¹.

Sur l'histogramme ci-dessous, on constate que les patients pris en charge par les structures publiques ont des pathologies plus lourdes.

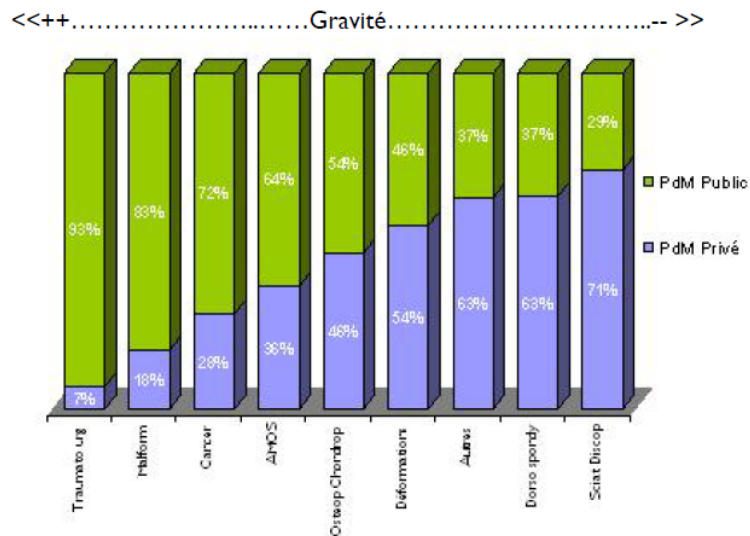
Figure 3 : Part de marché du public en 2003 France Entière(1) par lourdeur d'activité (2) : détail par groupe d'activité en nombre – Hospitalisation > 48h⁴¹



ii. **Les patients les plus rentables sont pris en charge dans le privé**

Au sein d'un même Groupe Homogène de Séjour (GHS), on peut trouver des pathologies plus ou moins lourdes. On constate que pour un même GHS la proportion de prise en charge par le public ou le privé n'est pas équitable. Ainsi, les établissements ex-DG traitent dans un même GHS des pathologies plus graves que le privé, donc plus coûteuses en termes de soins²⁵.

Figure 4 : Part de marché Public/Privé en fonction de la gravité des pathologies⁴¹



De même, l'âge des patients pris en charge est un facteur d'influence car il augmente le risque de complications, la durée de séjour et donc le caractère onéreux de la prise en charge. On constate que les patients aux âges extrêmes de la vie sont préférentiellement pris en charge par le public. C'est l'exemple de la chirurgie et médecine en 2003 :

Figure 5 : Chirurgie en 2003 : Parts de marché Public/Privé en fonction de l'âge (séjour>24h.)⁴¹

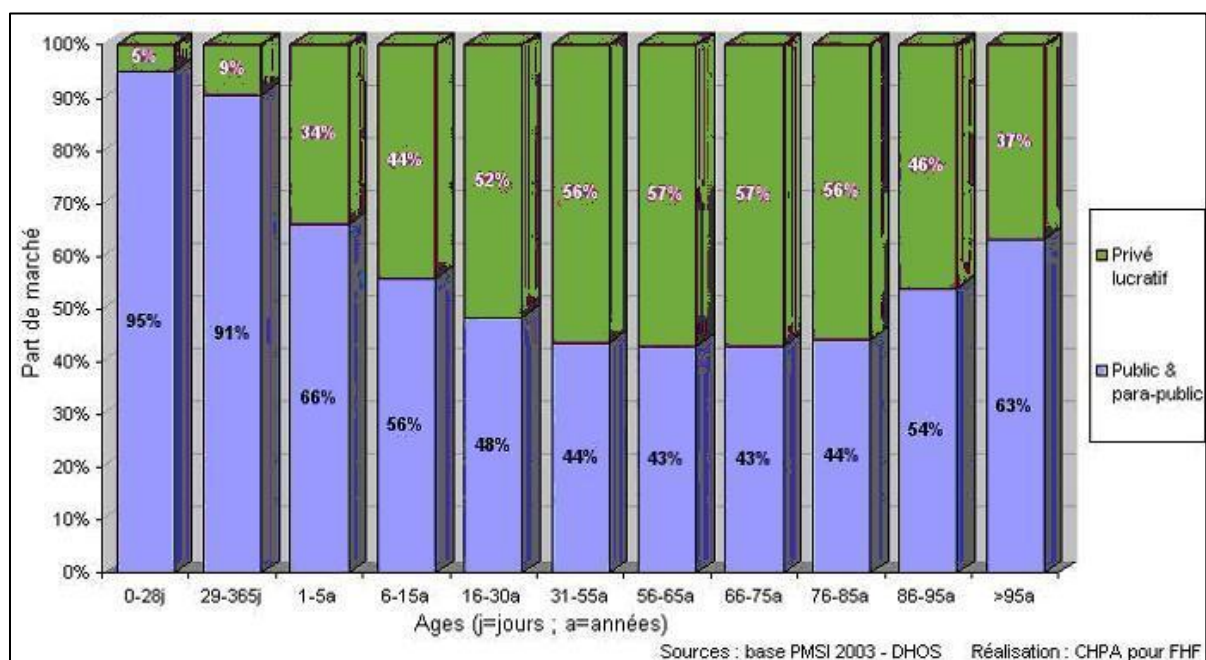
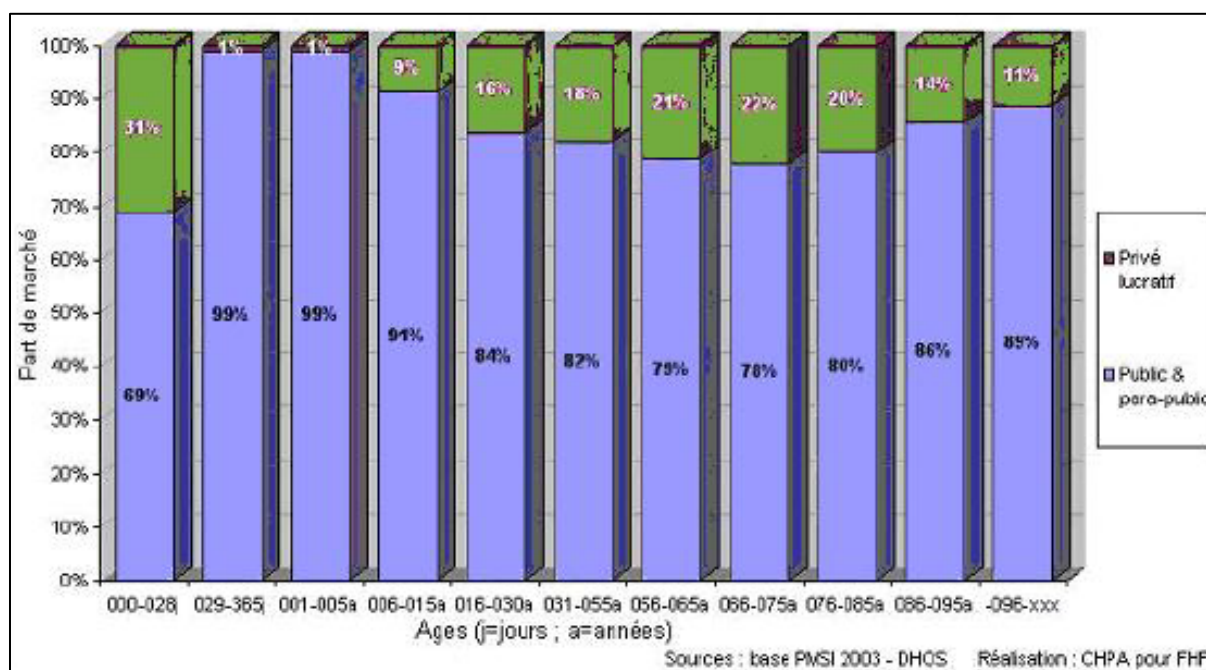


Figure 6 : Médecine en 2003 : Parts de marché Public/Privé en fonction de l'âge (séjours>24h.)⁴¹



Au total, les établissements ex-DG et ex-OQN abordent la réforme de la T2A dans une situation financière et sur des champs de prise en charge très hétérogènes. Ceci renforce l'importance de l'alignement tarifaire entre les deux secteurs.

2. La T2A une réforme complexe, mal définie, difficile à corriger

Les premières années de vie de la réforme sont extrêmement complexes et cristallisent le mécontentement des hospitaliers, tant des soignants que de la direction.

En effet, les éléments qui permettent aux établissements de mettre en place la T2A comme les tarifs, la composition des groupes homogènes de séjour (GHS) ont été communiqués très tardivement, entraînant une certaine confusion pour les établissements.

Dans l'article 17 de la LFSS pour 2005⁴², l'Etat fixe des objectifs de convergence tarifaire : *« Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50% en 2008. ».*

L'égalité des tarifs entre le public et le privé se fait au travers de GHS qui sont calculés sur la base de coûts moyens constatés. Ce processus de convergence a pour but d'encourager les établissements à adapter leurs coûts de fonctionnement en s'approchant le plus possible des tarifs. Cette stratégie de convergence vers la moyenne est assez surprenante, en effet le législateur n'a pas fait le choix de tendre vers les tarifs les plus efficaces.

La fixation des tarifs est clairement identifiée comme la clé de voute de la mise en place de la T2A. L'incapacité du gouvernement à réaliser au préalable des études de coût précises et fiables sur la différence de tarif entre le public et le privé, ce malgré la mise en place d'une échelle comparée des coûts commune aux deux secteurs, rend pour l'ensemble des acteurs la fixation des tarifs très opaque. Il devient donc compliqué de mesurer le succès de l'atteinte de l'objectif de 50% de convergence en 2008.

On peut facilement imaginer, en raison des différences de situations financières, de structures, de patientèles, entre les établissements publics et privés, mais aussi à l'intérieur même de leur propre catégorie, la vigueur des débats sur les tarifs des GHS. La FHF jugeait d'ailleurs dans un rapport de 2005 « Hôpitaux publics et cliniques privées, une convergence tarifaire faussée » que les tarifs de GHS étaient faussés.

L'article 62⁴³ pour la LFSS pour 2008, oriente les tarifs avec ceux des établissements privés, *« ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. ».*

Devant les positions et oppositions du privé et du public, voire même au sein d'une même famille d'établissements, une nouvelle classification des GHM (V11) fait son apparition en

2009. Cette classification est plus fine car elle tient compte au sein d'un même GHM, des différents gradients de sévérité de prise en charge des patients. L'objectif est d'être plus équitable sur le profil et le volume d'actes traités par chaque établissement sur des actes donnés pour éviter les effets d'aubaine ou l'accroissement des déficits.

L'approche tarifaire est encore une fois modifiée via l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011⁴⁴, les tarifs des GHM ne seront plus calculés sur la base de la moyenne mais orientés vers les tarifs des centres privés les plus bas : *« Après le mot : « tarifs », la fin de la deuxième phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi rédigée : « les plus bas ».*

En 2012, les difficultés de la convergence tarifaire ont raison des ambitions du gouvernement, l'article 59 de la LFSS pour 2013⁴⁵ abroge la convergence : *« Dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier, le VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée et le 3° de l'article L.162-22-19 du code de la sécurité sociale sont abrogés »* ceci met fin à la concurrence entre les établissements, la régulation évolue vers une émulation uniquement basée sur les coûts.

Pour le législateur, l'objectif premier était de réaliser des économies, mais au regard du nombre de modifications dans les LFSS et de l'abandon final de la convergence, on peut conclure que la mise en place de la réforme est un échec. Le législateur n'a pas su mettre en place les outils nécessaires pour piloter et fixer un objectif mesurable de la réforme conduisant à une démotivation des acteurs publics et privés pour lesquels la révision annuelle des tarifs des GHM empêche les établissements d'avoir une vision claire de leur capacité d'investissements.

La récente baisse des tarifs 2016 plus conséquente dans le privé (-2,15%) que dans le public (-1%) renforce les clivages et l'inégalité de traitement entre les deux secteurs.

3. La T2A une innovation inachevée aux effets indésirables importants

En instaurant la T2A en 2004, le plan "Hopital 2007", le gouvernement souhaite moderniser le secteur hospitalier. Le ministère entend gommer les différences de financement entre le public et le privé en faisant converger les tarifs sur l'idée d'un même tarif pour une même prestation. Par la T2A, le gouvernement souhaite dynamiser l'activité hospitalière MCO, sur le principe : plus un établissement génère de volume d'activité, plus l'allocation de ressource financière est importante. Les établissements sont incités à développer leur système d'information, la comptabilité analytique et à réduire le coût de leurs prestations pour dégager de la rentabilité et pouvoir ainsi innover.

Le gouvernement, quant à lui, voit dans cette réforme une responsabilisation des acteurs hospitaliers et une meilleure maîtrise des dépenses.

a) Un bénéfice majeur, la T2A a permis de structurer et responsabiliser les acteurs des hôpitaux publics

C'est certainement le bénéfice le plus important, la T2A a permis de transformer l'hôpital public en véritable entreprise et de faire évoluer l'état d'esprit des soignants en intégrant la notion de coût.

La T2A a ainsi lié, via les GHS, l'activité médicale aux finances de l'établissement hospitalier, permettant de casser en partie le fonctionnement en silo avec le médical d'un côté et l'administratif de l'autre.

La loi HPST⁴⁶ a initié la structuration de l'hôpital en pôles avec des contrats de pôle qui permettent de définir la stratégie et les objectifs de ces derniers. De par la montée en puissance des outils de connaissance de l'activité, la T2A se révèle être un catalyseur de la transformation hospitalière.

Les médecins ont vu leur rôle évoluer avec l'intégration d'une part de gestion dans leur activité et d'un rationnel médico-économique dans leurs choix de soins.

Cette réforme fait entrer la médecine dans une notion financière où les chefs de service deviennent responsables de l'activité générée et de la rentabilité de leur service. Ainsi un service dynamique et rentable au sens financier a plus de chance de conserver ses lits, son personnel soignant et d'être soutenu par la direction dans les projets de soins. Au fur et à mesure de la mise en place de la T2A, la DIM (Direction de l'Information Médicale) et le TIM (Technicien de l'Information Médicale) ont pris de plus en plus d'importance afin d'optimiser le codage des actes réalisés.

Grâce à cette mutation les hôpitaux sont à même de faire des choix stratégiques en termes organisationnel et de développement de certaines activités.

Si la T2A a eu cet effet bénéfique, c'est au prix d'effets indésirables importants.

b) La course à l'activité révèle le risque inflationniste de la T2A

Après les premiers mois d'application de la T2A, quelques voix s'élèvent contre cette réforme. Ainsi, Le quotidien du médecin du 12 décembre 2005⁴⁷, tire la sonnette d'alarme suite au rapport⁴⁸ de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et de l'IGF (Inspection Générale des Finances) demandé par Philippe Douste-Blazy, alors Ministre de la Santé, pour expliquer le dérapage des dépenses hospitalières entre 2004 et 2005, évalué à 341 millions d'euros selon la CNAM (Caisse nationale de l'assurance maladie). Selon le quotidien, le rapport conclut : « La T2A, telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui, ne conduit pas à une régulation efficace de la dépense hospitalière. (...) L'absence de différenciation dans les modes de rémunération (entre les secteurs public et privé et plus largement suivant le type d'établissement) induit des effets pervers importants », « Les seuls effets activité 2004 et 2005 pourraient donc conduire à un dépassement important de l'Ondam 2005 des établissements ex-DG et ex-OQN. (...), et conclut enfin « Pour 2006, il convient de stabiliser le système de financement. Il est donc proposé de maintenir la part activité à 25 ou 30 % pour ne pas donner l'image d'un arrêt de la réforme. ».

C'est ce que constate également l'Igas/IGF, dans le rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières de juillet 2005 « le mécanisme des séjours extrêmes hauts (rémunération à la journée au-delà d'une certaine durée de séjour qui présente désormais un enjeu budgétaire important), peut induire en l'absence de contrôle adapté, des incitations à augmenter la durée moyenne de séjour. Enfin, la sous tarification des actes externes peut inciter les établissements à transformer ceux-ci en séjour » dans le but d'en améliorer la rémunération.

D'un côté, le volume d'activité, dont l'augmentation est difficile à prévoir techniquement, est supérieur au budget de financement des actes MCO, impliquant une baisse du tarif des GHM en fonction de leur volume. D'un autre côté les charges des établissements augmentent de façon structurelle, cela engendre deux conséquences :

- Les établissements sont donc incités à répondre en augmentant leur volume d'activité ce qui diminue un peu plus les tarifs unitaires⁴⁹.
- Les financements en sus des GHS font aussi craindre des dérapages budgétaires notamment la prise en charge en sus des GHS des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux. Ainsi,

le conseil de l'hospitalisation constatait, entre 2003 et 2004, une croissance de plus de 30% pour les molécules en sus et de 21,6% pour les dispositifs médicaux⁵⁰. La croissance de l'activité depuis le lancement de la T2A se poursuit encore aujourd'hui :

Figure 7 : Evolution du nombre de séjours (hors séances)⁵¹

Source ATIH

	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013
Ex DG	1.0%	1.6%	1.6%	0.7%
Ex OQN	0.2%	0.7%	0.9%	-0.4%
Ensemble	0.7%	1.3%	1.3%	0.3%

La course au déploiement des activités les plus rentables incite les établissements à la concurrence et non à la coopération.

Le danger de la T2A est donc éthique pour les médecins et plus globalement pour l'hôpital car le temps administratif risquerait de prendre le pas sur le temps consacré aux soins.

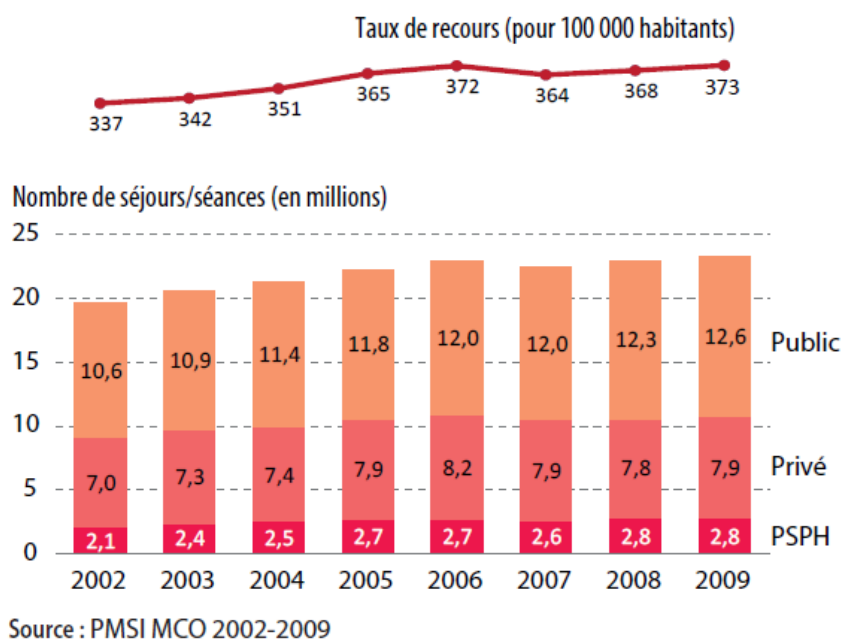
c) La T2A incite à la sélection des patients et à la modification d'activité des établissements

L'instauration de la T2A encourage les hôpitaux à produire toujours davantage de soins. Ceci peut entraîner des effets pervers afin de maximiser les recettes en concentrant l'activité sur les GHM rapportant un maximum de point ISA et donc soit de sélectionner les patients ayant des pathologies moins complexes, soit de développer une expertise pour s'attirer les patients les plus rémunérateurs. Ce raisonnement remet donc en cause l'un des fondements de la sécurité sociale qui est l'égalité de l'accès aux soins.

Entre 2002 et 2009, on observe une augmentation du nombre total de séjours et de séances hospitaliers, tous établissements confondus, passant de 20 millions en 2002 à 23 millions en 2009 (+16%). Le graphique ci-dessous montre que la T2A, introduite en 2004, n'a pas eu d'impact significatif sur l'augmentation de l'activité hospitalière, le pourcentage annuel d'évolution étant d'environ 2 points⁵².

A noter que le PMSI identifie les établissements à but non lucratif sous l'acronyme PSPH : « participant au service public hospitalier ».

Figure 8 : Evolution des séjours et séances hospitaliers, 2002-2009⁵³



La répartition de l'activité selon le profil d'établissement est restée stable.

Le graphique ci-dessous montre que sur la période 2002-2009, les stratégies de développement de l'activité des établissements hospitaliers n'ont pas fondamentalement évolué. En 2002, les hôpitaux publics produisaient la majorité du nombre total des séjours et séances, à hauteur de 54%, un peu plus d'un tiers était réalisé par les établissements à but lucratif et 11% par les établissements à but non lucratif, PSHP.

En terme d'évolution jusqu'à 2009, la part des séjours et séances réalisées dans le secteur privé s'est légèrement érodée de 1,4 points de pourcentage au profit des établissements publics et à but non lucratif.

Nombre de séjours et séances par secteur (en millions), 2002-2009⁵³

	Public			Privé à but lucratif			Privé non lucratif			
	2002	2005	2009	2002	2005	2009	2002	2005	2009	
Nombre de séjours en hospitalisation complète	4,9	5,0	5,3	2,7	2,6	2,4	0,6	0,7	0,7	
Nombre de séjours CMD24	3,4	4,0	4,2	2,8	3,5	3,4	0,5	0,6	0,6	
- dont séjours ambulatoires (DMS=0)	2,2	2,6	2,8	2,0	2,8	2,9	0,3	0,4	0,4	
Nombre de séances	2,3	2,8	3,2	1,5	1,7	2,0	1,0	1,4	1,6	
Total	En nombre	10,6	11,8	12,7	7,0	7,9	7,8	2,1	2,7	2,9
	En pourcentage	53,7	52,8	54,0	35,5	35,2	33,8	10,8	12,0	12,2

Source : PMSI MCO 2002-2009

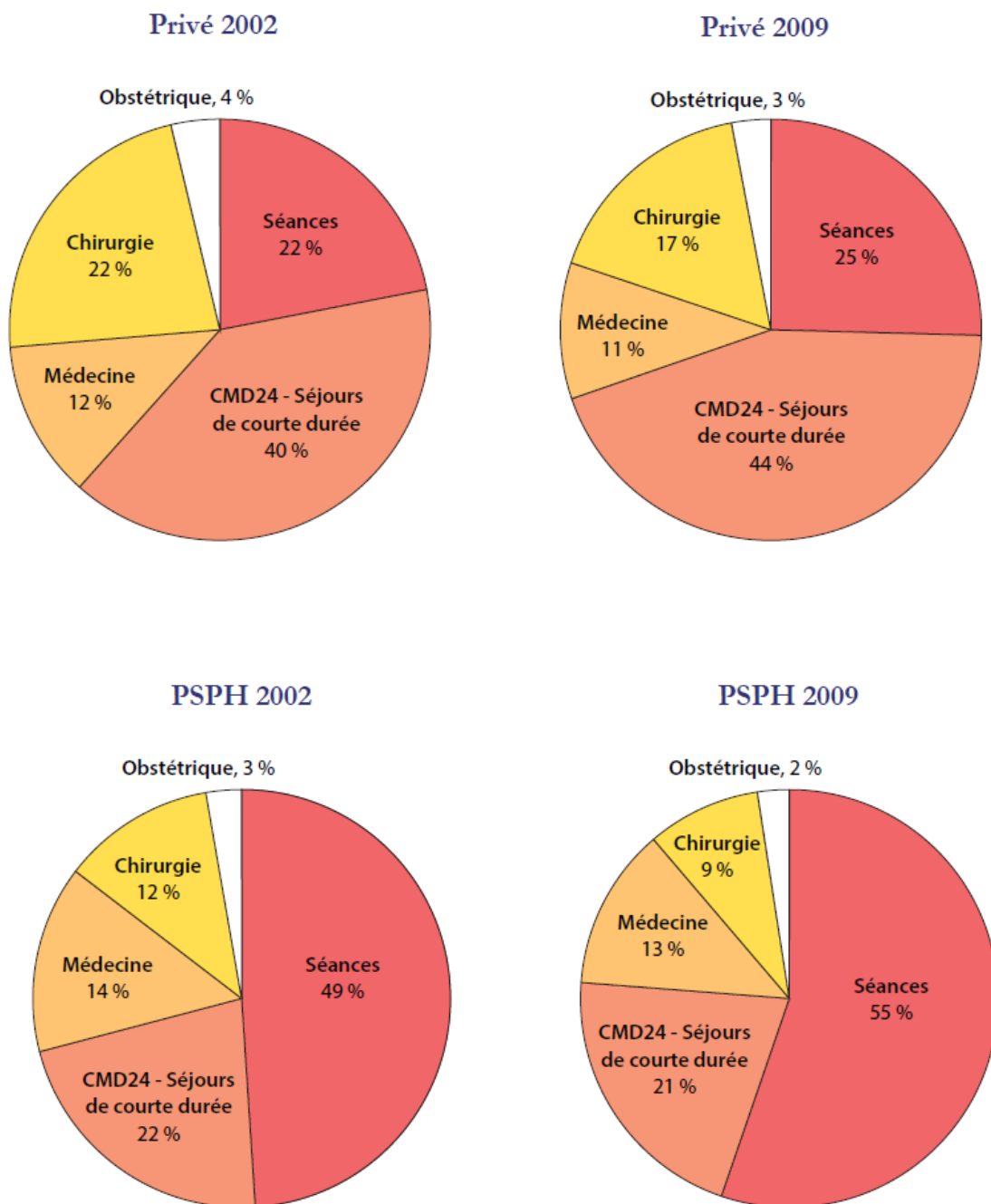
CMD24 : catégorie majeur de diagnostics 24 correspondant à des séances ou des séjours de moins de 2 jours.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à l'activité des hôpitaux dans le champs d'application de la T2A c'est-à-dire l'activité de Médecine-Chirurgie-Obstétrique entre 2002 et 2009, on constate :

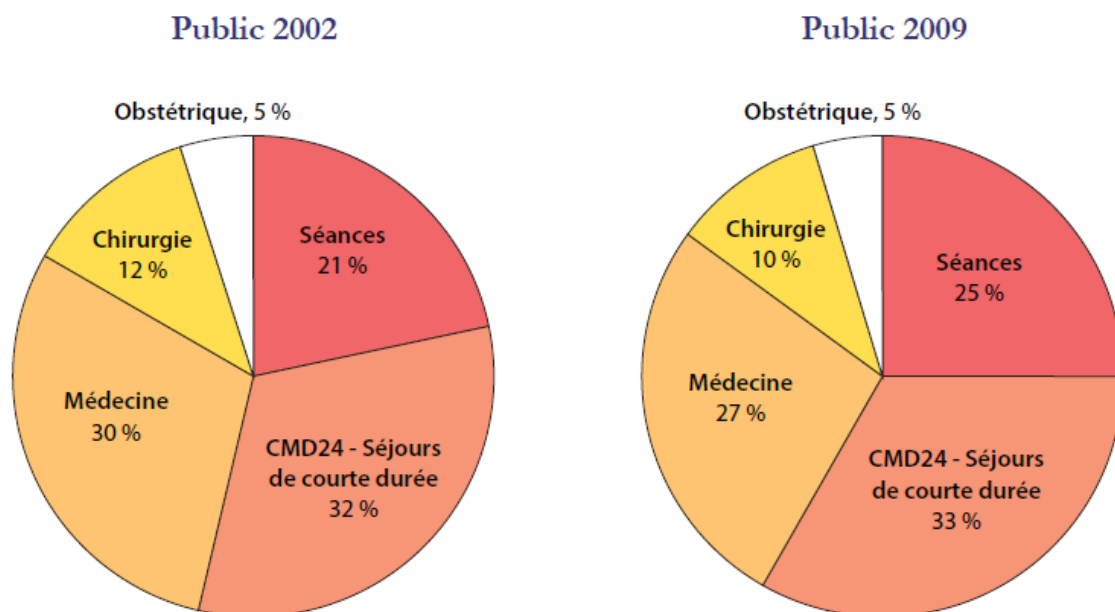
- Pour les établissements privés, il y a une augmentation des séjours CMD24, séjours de courte durée, inférieur à 2 jours (44% de l'activité en 2009) et des séances 25% en 2009 (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse), principalement au détriment de la chirurgie.
- Pour les établissement PSPH, les séances représentent environ la moitié de l'activité. Il y a une croissance du nombre de séances sur la période observée au détriment de la chirurgie.
- Enfin pour les établissements publics, la répartition de l'activité (séjours/séances) est stable avec une légère augmentation du nombre de séances (+4 points) et de séjours de courte durée (+1 point).

Au total, sur la période 2002-2009, la répartition de l'activité est stable ou évolue légèrement au profit des séances et séjours de courte durée. La médecine représente un tiers des activités dans le public contre environ 12% dans le privé et établissements PSPH. Le champ d'activité de chacun des profils d'établissement est assez différent mais n'a pas basculé sur un type d'activité particulier avec l'arrivée de la T2A. La part de l'activité MCO a globalement diminué entre 5 et 7 points³⁶.

Figure 9 : Répartition de l'activité selon le type d'établissement (2002-2009)⁵⁴



Note : PSPH correspond aux établissements privés à but non lucratif dans le PMSI et couvre les centres de lutte contre le cancer (CLCC).



Si l'on regarde l'évolution du nombre total de séjours par type de soins, on observe entre 2005 et 2009 un stabilité de l'activité des différents établissements. On note toutefois une légère diminution de l'activité de médecine.

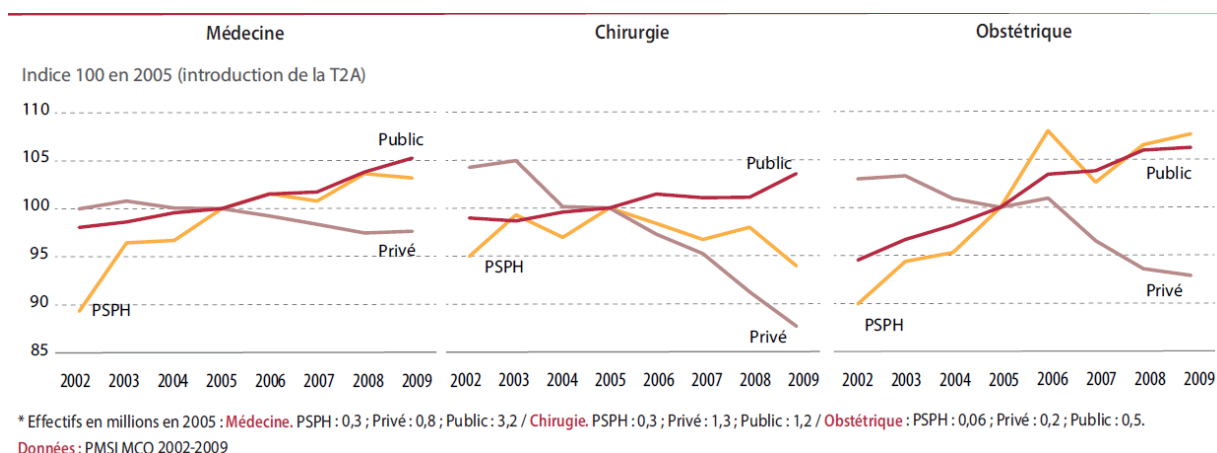
Figure 10 : Evolution du nombre de séjours par types de soins et types d'établissements entre 2002 et 2009⁵⁵

	Public			Privé à but lucratif			Privé non-lucratif		
	2002	2005	2009	2002	2005	2009	2002	2005	2009
Médecine	5,71 69 %	6,53 72 %	6,38 68 %	2,17 40 %	2,60 43 %	2,43 41 %	0,61 56 %	0,75 58 %	0,72 57 %
Chirurgie	1,79 22 %	1,77 20 %	2,04 22 %	2,94 54 %	3,15 52 %	3,14 53 %	0,40 37 %	0,45 35 %	0,47 37 %
Obstétrique	0,79 10 %	0,84 9 %	0,87 9 %	0,36 7 %	0,36 6 %	0,31 5 %	0,07 7 %	0,08 7 %	0,09 7 %
Total (100 %)	8,3	9,0	9,5	5,5	6,1	5,9	1,1	1,3	1,3

Source PMSI MSO 2002-2009

Dans le tableau ci-dessus⁵⁵, on observe après 2005, une diminution des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique dans le secteur privé à but lucratif. Ces activités s'orientent vers les établissements publics à l'exception de la médecine qui diminue pour l'ensemble des hôpitaux.

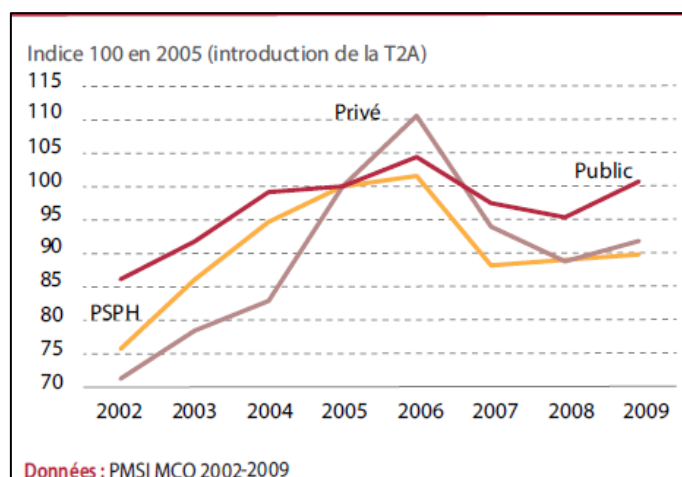
Figure 11 : Evolution du nombre de séjours d'hospitalisation complète entre 2002 et 2009⁵⁶



Les courbes⁵⁶ ci-dessus montrent qu'après l'introduction de la T2A, l'évolution du nombre de séjours MCO a augmenté pour les hopitaux publics, aspirant une partie de l'évolution de ces séjours dans les établissements privés.

Si l'on poursuit l'analyse au travers du graphique ci dessous, les séjours ambulatoires ont connu une forte croissance et un pic important en 2006. Il s'en suit d'une chute, qui s'explique par un changement des conditions de facturation d'un GHS (circulaire DHOS du 31 août 2006). A partir de 2008, l'activité ambulatoire repart pour l'ensemble des établissements hospitaliers avec une forte croissance dans le secteur public.

Figure 12 : Evolution du nombre de séjour ambulatoires en médecine entre 2002 et 2009⁵⁶



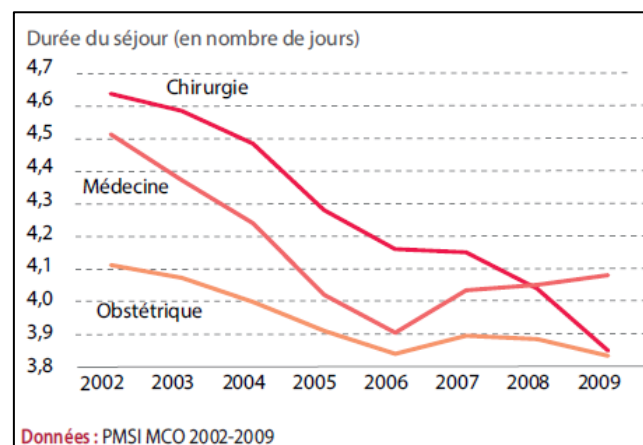
On pourrait s'attendre ce que la T2A ait provoqué un bond important des activités MCO et ambulatoire surtout pour les établissements publics pour qui la réforme de la T2A a introduit

une réelle incitation à produire des soins. Au bilan, l'activité MCO a augmenté de façon constante au sein des hôpitaux publics, elle a poussé ces derniers à concurrencer dans ce domaine les hôpitaux privés. Le développement des soins ambulatoires suite à l'introduction de la T2A est plus marquée pour les établissements publics.

Un autre biais introduit par la T2A peut être la sélection des patients en fonction de leur durée de séjour. Effectivement, en réduisant les temps de séjour les établissements peuvent ainsi réduire significativement leur coût, maximisant ainsi la rentabilité du GHM.

On observe très clairement sur le graphique ci-dessous que l'ensemble des durées de séjour MCO ont été fortement raccourcies, et particulièrement en chirurgie. Ceci s'explique en partie grâce au développement des techniques de chirurgie en ambulatoire mais s'explique aussi par l'optimisation des tarifs des GHS.

Figure 13 : Durée moyenne de séjour (hors séances) par type de soins entre 2002 et 2009⁵⁶

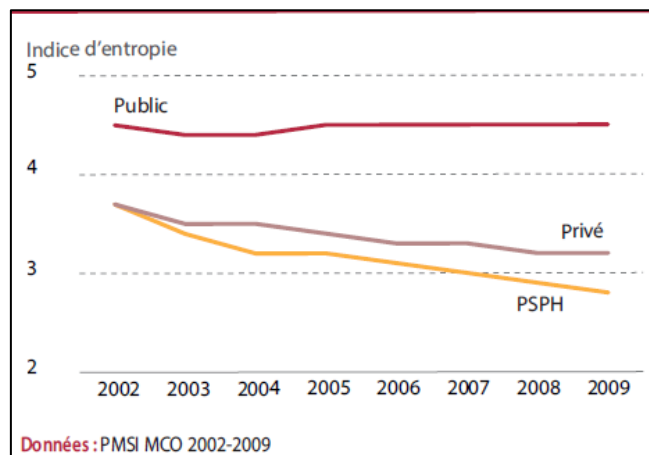


Enfin sous l'influence de la T2A, les établissements hospitaliers peuvent mettre en place des stratégies de spécialisation dans certaines activités pour s'attirer les patients aux GHM les plus rentables.

Ainsi l'évolution de l'indice d'entropie, qui correspond à l'indice de diversification ou de dispersion de l'activité, représentée sur le graphique ci-dessous, indique une tendance à la spécialisation pour les établissements privés et à but non lucratif. On constate également que l'indice de l'hôpital public est stable, ce que l'on peut analyser comme étant la résultante du spectre large d'activité imposé par les missions de service public.

Au fil du temps, l'écart se creuse montrant ainsi que la réforme de la T2A a incité les hôpitaux privés (lucratifs et non lucratifs) à se spécialiser et donc sélectionner un certain profil de patients.

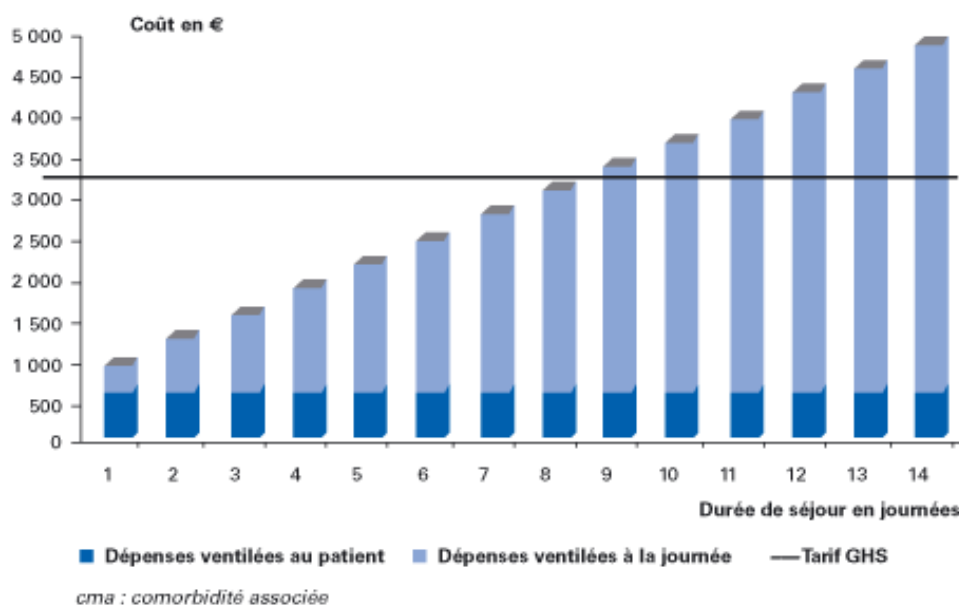
Figure 14 : Valeur entropique moyenne par type d'établissement de 2002 à 2009⁵⁷



En synthèse, si l'on suit la logique de la T2A, le patient le plus rentable pour l'établissement est en pratique :

- le patient dont le GHS est rémunérateur. En effet, l'association de comorbidité à certains GHM permet d'atteindre un palier de rémunération supérieure qui, parfois, permet de doubler le tarif du GHM. Ceci rend critique la connaissance des règles de codage et l'exhaustivité de la phase de codage.
- le patient dont la durée de séjour ne sera ni trop longue ni trop courte. Les GHS ont une borne basse et une borne haute, si le séjour est trop court alors la rémunération du séjour sera emputée, si il est trop long le tarif journalier sera inférieur à celui lié à une durée de séjour moindre. Ainsi, il faut garder les malades la bonne durée pour optimiser le GHM. Cet effet a été en partie atténué par la V11 des GHS en 2009.
- Le patient dont la durée de séjour est inférieure à la durée à partir de laquelle l'hôpital va commencer à perdre de l'argent. C'est par exemple le cas du GHS pour autre tumeur avec CMA au CHU de Limoges en 2007, où à partir du 8ème jour, le tarif ne couvre plus les frais de prise en charge du patient.

Figure 15 : Etude du seuil de rentabilité de la durée des séjours des patients dans le GM 17MO6W « chimiothérapie pour autres tumeurs avec CMA » au CHU de Limoges⁵⁸.



d) La T2A a un effet potentiellement délétère sur la qualité des soins

L'OMS définit la qualité de soins comme étant : « Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins⁵⁷. ».

La définition de la qualité des soins peut s'apparenter à un prisme multifacette qu'il est concrètement dans la pratique quotidienne difficile à définir. Il n'existe pas vraiment d'indicateur de qualité, néanmoins la littérature recense quelques pistes pour essayer de la rendre concrète via des taux des complications, réadmissions et de la mortalité.

La T2A peut être un moyen d'améliorer la qualité de soins, car son fondement au travers du GHM, permet de mieux décrire, standardiser le soin et la prise en charge des patients. Cela permet théoriquement une meilleure connaissance du processus de soins et un échange des pratiques entre les établissements pouvant faire tendre vers l'efficience.

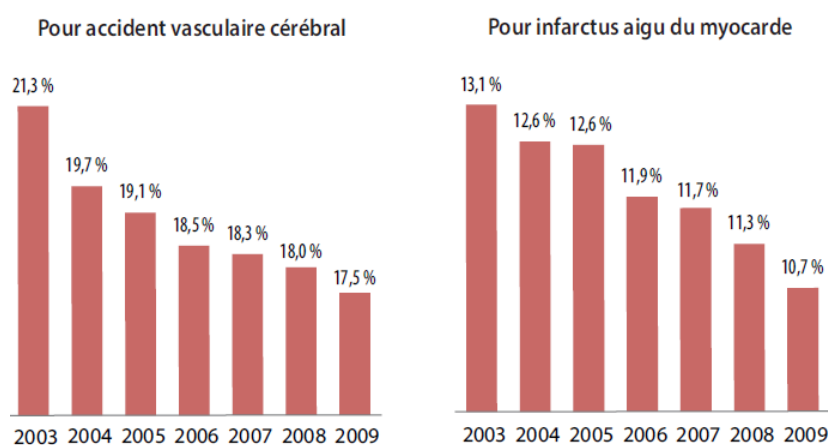
En somme, la T2A encourage le secteur hospitalier à réduire ses coûts au détriment de la qualité des soins et de prise en charge des patients.

Comme le montre l'analyse précédente, la mise en place de la T2A a des effets pervers et encourage les établissements hospitaliers à adopter différentes stratégies :

- La réduction de la durée de séjour pour maximiser la rentabilité du GHM. Une des conséquences de la diminution des durées de séjours peut être l'augmentation des soins de suite, soins à domicile ou la ré-hospitalisation. La difficulté est de lier le paiement de l'acte au juste soin dans le service le plus adapté.
- La sélection des profils de patients. Cette stratégie, peut amener les établissements à sélectionner le patient avant leur admission. Cela consiste à favoriser les patients avec la GHM de plus rentable pour un établissement. Les hôpitaux peuvent donc décider de se sur-spécialiser dans un secteur d'activité particulier. Cette tentation est moindre pour les établissements participant aux missions de service public, contrairement aux établissements privés à but lucratif.
- L'optimisation du codage des actes peut permettre aux établissements d'augmenter leur rentabilité. Ainsi depuis la mise en place de la tarification à l'activité, les CHU ont particulièrement structuré les services administratifs de l'information médicale avec les directeurs de l'information médicale (DIM) et les techniciens de l'information médicale (TIM) en charge du codage des actes. Dans ce cas, les services peuvent alors administrer des soins inutiles pour le patient le faisant passer à un GHM plus rentable.

En France, les indicateurs des complications, réadmissions et mortalité, ne sont pas suivis systématiquement. Pour autant, l'IRDES sur la base des données PMSI sur les séjours en médecine, chirurgie et obstétrique en 2002 et 2009 a pu analyser le taux de mortalité à 30 jours pour 2 pathologies : l'accident vasculaire cérébral et l'infarctus aigu du myocarde.

Figure 16 : Taux de mortalité à 30 jours entre 2002 et 2009⁶⁰

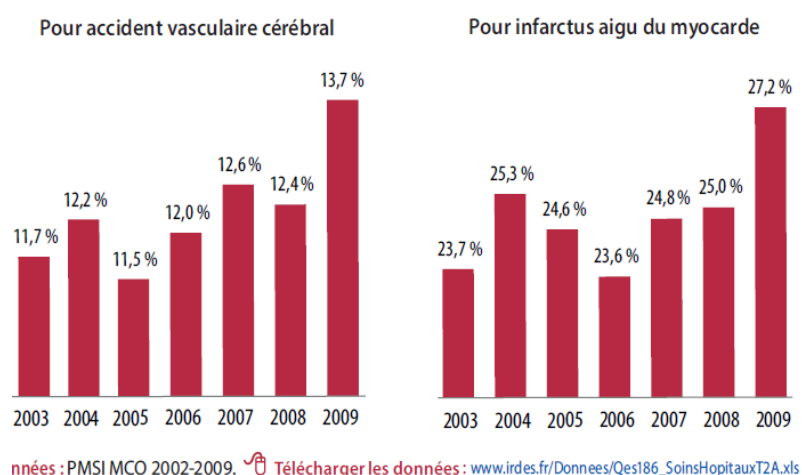


Donnée PMSI MCO 2002-2009⁵⁸

Les histogrammes ci-dessus montre que la mortalité à 30 jours pour les 2 pathologies étudiées diminue au cours du temps en 2002 et 2009, avec une baisse de 3,8 points de pourcentage pour les accidents vasculaires cérébraux et une baisse de 2,4 points de pourcentage pour les infarctus aigus du myocarde. Cette tendance a donc commencé à s’opérer avant 2004, date de la mise en place de la T2A, il est donc difficile d’attribuer cette diminution à la seule mise en place du nouveau mode de financement des hôpitaux.

Si l’on s’intéresse au taux de réadmission pour ces deux mêmes pathologies, la tendance est en augmentation entre 2003 et 2008, avec un pic pour l’année 2009.

Figure 17 : Taux de réadmission à 30 jours entre 2002 et 2009⁶⁰



Une étude menée en Angleterre 2009⁵⁹, un pays avec sensiblement la même capacité technologique, peut permettre d’alimenter la comparaison, toute précaution gardée, avec le système français. Son résultat montre que la mortalité à 30 jours et le taux de réadmissions non programmées pour une fracture de la hanche n’ont pas évolué.

Au travers de ces deux analyses sur la mortalité et les réadmissions, les données sont contradictoires et ne permettent pas d’isoler la T2A comme facteur impactant positivement ou négativement la qualité des soins.

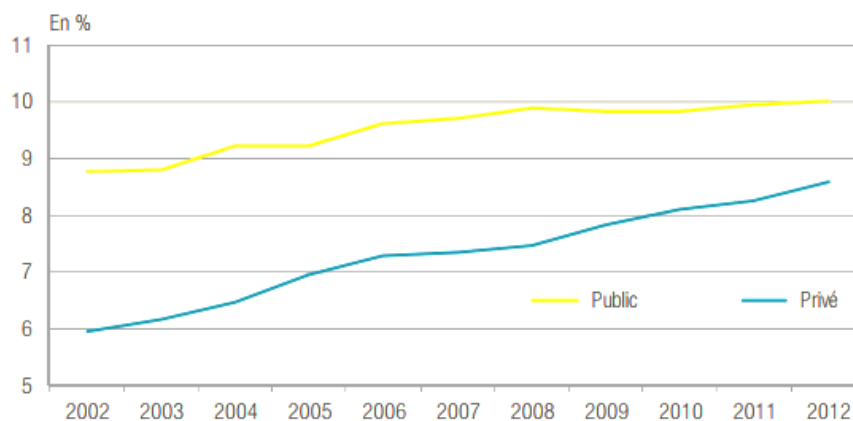
Une analyse plus globale de la DRESS sur type de séjour (Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques) publiée en 2015, compare l’évolution des taux de réadmission des séjours chirurgicaux pour les établissements publics et privés. On observe sur le graphique ci-dessous que le taux de réadmission dans le public est supérieur à celui du privé. Que cela soit dans le public ou dans le privé, les taux de réadmission sont en croissance constante depuis 2002.

Deux indices permettent de dédouaner directement la T2A :

- Avant 2005, le mode de financement des établissements privés est proche de la T2A, les réadmissions comptant donc comme des actes supplémentaires. Si la T2A favorisait les réadmissions alors le taux du privé serait supérieur au taux du public, or il est inférieur.

- Bien qu'on puisse s'y attendre, il n'y a pas d'explosion immédiate des réadmissions à partir de 2004/2005 qui pourrait être expliquée par le lancement de la T2A. En revanche, l'écart entre les deux types d'établissement peut s'expliquer par le fait que les patients traités au sein des hôpitaux publics sont plus complexes. La croissance globale des taux de réadmissions est multifactorielle (vieillesse de la population, évolutions de prise en charge, etc...).

Figure 18 : Evolution du taux de réadmission selon le statut de l'établissement ⁶²



Champ – Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et de DOM ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012. Sources – ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

Au total, le lien entre T2A et une meilleure ou moins bonne qualité de soins n'est pas établi. Il est certain que sans changement, la contraction des tarifs des GHM organisée par régulation prix-volume sera délétère pour la qualité des soins.

Sur la thématique de la qualité la France est en retard, l'idée de considérer la qualité comme partie intégrante du financement des établissements permettrait de tendre vraiment vers l'efficacité.

Afin de poursuivre les objectifs fixés par la T2A tout en maintenant la qualité des soins, deux pistes sont envisagées dans le rapport de l'IRDES : qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire⁶⁰ ?

La première piste consiste à ajouter un indicateur de qualité pour calculer le revenu de l'hôpital. L'indicateur de qualité serait dépendant du progrès en matière d'innovation et du processus de soins. Par exemple aux Etats-Unis, l'indice de qualité choisi est le taux de réadmissions à 30 jours, ainsi pour une intervention donnée un établissement se trouvant

au-dessus du taux de réadmission moyen verra son budget grevé de 1%. Les établissements sont aussi incités financièrement à produire et partager leurs indicateurs communs.

Une seconde piste est d'objectiver la qualité prodiguée par un indice de qualité observé au niveau des patients de façon binaire 0 ou 1. Par exemple Medicare aux Etats-Unis a choisi la survenu d'évènements indésirables pour certaines pathologies : infection liée à la pose d'un cathéter, escarres, etc... dans ces cas Medicare ne rembourse pas le traitement si les évènements indésirables sont absents à l'entrée du patient.

D'autres pistes sont étudiées en Angleterre et en Allemagne, les réadmissions dans les 30 jours après la sortie pour le même motif ne sont pas remboursées.

Enfin la dernière piste serait de lier l'activité à des tarifs de bonne pratique, ce qui standardise la prise en charge des patients souffrant d'une même pathologie. Les établissements seraient incités financièrement de façon positive en cas de qualité supérieure et inversement, c'est le cas en Angleterre avec le "Best Practice Tarifs".

Il est certain qu'en poussant le raisonnement de la T2A sous l'angle de la rentabilité, cette dernière peut inciter les établissements à réduire le coût du soin au point d'en réduire la qualité. Ce que l'on peut dire aujourd'hui c'est que le faisceau de preuves liant la T2A à la qualité des soins est faible. La tarification à l'activité donne néanmoins l'opportunité aux établissements de pouvoir investir dans des dispositifs innovants et de se différencier par l'amélioration de la qualité, un raisonnement qui ne tient que pour les établissements sans déficit...

La volonté est d'intégrer la qualité des soins à la T2A. Avec le lancement en 2012 de l'IFAQ (Incitation Financière A la Qualité), plus récemment l'article 51 de la LFSS 2015⁶¹ signe le début de ce rapprochement en créant une dotation complémentaire d'incitation à la qualité et à la sécurité des soins :

« Art. L. 162-22-20. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162- 22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par l'établissement.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définis par l'arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.».

2° La sous-section 4 est complétée par un article L. 162-30-3 ainsi rédigé : « Art. L. 162-30-3. – I. – Les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées au 1o de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des

référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.».

Le financement des établissements évolue vers un mix volume d'activité-qualité.

4. La T2A, un mode de tarification de plus en plus contesté

Le temps de mise en place, l'opacité du système, l'échec de la convergence tarifaire, les effets pervers du tout T2A font qu'inexorablement le mode de financement des établissements doit évoluer.

Le législateur s'est enfermé durant plus de 13 ans dans cette mesure faisant quasiment fi des retours des acteurs hospitaliers publics ou privés, mais aussi des nombreux rapports d'évaluation qui ont, à plusieurs reprises, envoyé des signaux mettant en garde les différents gouvernements sur les dérives de la réforme.

Les dernières lois de financement de la sécurité sociale mettent à jour les intentions des autorités de tutelle.

La loi de financement pour 2013 reporte la mise en place de la T2A pour les hôpitaux ex-locaux (la catégorie a été supprimée par la loi HPST 2009) à 2015 pour finalement évoluer vers un mode de financement mixte avec une dotation annuelle.

Au travers de l'article 41, la LFSS 2014⁶² se fait plus tranchante en assouplissant la T2A pour les établissements isolés : *« Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique les activités mentionnées au 1° de l'article L.162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population peuvent être financées selon des modalités dérogatoires [...] »*

Dans le même article, des mesures sont prises pour limiter le caractère inflationniste de la T2A : *« Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation ou d'un ensemble de prestations d'hospitalisation d'un établissement de santé soumis aux dispositions du premier alinéa du présent article est supérieur au seuil fixé en application du même alinéa, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L.162-22-10 applicables à la prestation ou à l'ensemble de prestations concernés sont minorés pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement.».*

Enfin, il est introduit une réflexion sur des pistes *« envisagées pour intégrer des critères de pertinence des soins et de qualité des prises en charge dans le tarification des établissements et pour mieux contrôler l'évolution des volumes d'activité en fonction de ces critères.».*

La mutation de la T2A est donc en marche. Par la lettre de mission en date du 10 novembre 2015, Madame la Ministre des Affaires Sociales et Sanitaires charge Olivier Veran, député de

l'Isère et médecin hospitalier d'animer une réflexion sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé⁶³.

Le premier point intéressant du rapport est qu'il a été conduit par un soignant qui a connu et travaillé sous le système de la T2A.

Après avoir pointé les effets positifs et pervers de la T2A, le rapport d'étape s'intéresse aux propositions qui pourraient nourrir les LFSS suivantes au premier rang desquels figure la LFSS 2017.

Le rapport ne fait pas table rase de la tarification à l'activité mais s'attache à faire des propositions précises et pratiques.

Sur la quinzaine de propositions du rapport, quatre propositions retiennent l'attention :

- la principale consiste à maintenir la T2A pour les activités bien standardisées comme la chirurgie, ou la médecine interventionnelle et de financer avec une « dotation modulée à l'activité » certaines activités comme les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou les soins critiques. La base de ce financement serait donc constituée d'une Dotation Organisationnelle et Populationnelle (DOP) garantissant un minimum de revenu au service et complétée par un financement sur l'activité produite.

La deuxième répond à l'une des problématiques de la T2A d'inciter les établissements géographiquement proches à se concurrencer pour accroître leur rémunération. La mission propose que le comité stratégique du GHT établisse « des règles financières dans le suivi des recettes et des charges impactées par la coopération définie par le projet médical partagé » et définisse également « la gestion des ressources humaines médicales au sein du groupement. ».

Cette nouveauté serait notamment bénéfique aux hôpitaux locaux pour lesquels ce type de financement serait plus adapté à leur volume d'activité, à la sévérité des patients...

La troisième, répond à un enjeu critique celui de l'objectivation de la qualité des soins. En ce sens le groupe de travail propose d'introduire « une modulation de financement à la qualité de façon à prendre en compte la satisfaction des usagers, celles des personnels et le recueil d'indicateurs de résultats. ».

Enfin sur l'opacité de la fixation des tarifs et le principe de la neutralité tarifaire qui est un point important de crispation de la T2A, le rapport décrit le système actuel comme permettant au législateur d'influer sur le développement d'une activité via un sur ou sous financement cela étant équilibré par l'échelle nationale des coûts. Une approche « neutre et juste permettrait de se passer de l'incitation tarifaire », via des financements "starters" pour les missions de santé publique et de normer les financements des missions d'intérêt général évitant ainsi les écarts de crédits attribués aux centres pour une même mission.

Le rapport Veran⁴⁷ se nourrit avec précisions des difficultés du terrain pour proposer des évolutions du financement des établissements de santé, mais cette capacité à entrer dans le détail, dans des cas particuliers peut donner le sentiment de tendre à nouveau vers une réforme plus stratifiée et donc plus complexe.

Globalement que cela soit le rapport Couty⁶⁴, le rapport de la DGOS de 2014⁶⁵ ou encore rapport Veran, tous prônent un système flexible basé sur un financement en 3 volets : la T2A pour les actes standardisés, mixte qui comporterait une partie en T2A et une partie dotation tenant compte des spécificités des établissements, des enjeux dans la prise en charge des pathologies chroniques adapté au parcours de soins avec des incitations financière à la qualité de soins. Les missions de service public sont financées par un budget annexe stable et pérenne.

Conclusion

La réforme de la T2A est un réforme vivante, qui par ses défauts, a rythmé le cours des lois de financement de la sécurité sociale par ses multiples corrections. Certes, cette réforme n'a pas atteint ses objectifs et reste à ce jour inachevée, mais elle demeure une expérience positive pour trouver la formule gagnante au financement de nos hôpitaux sans mettre davantage en péril notre système de santé. Trois facteurs clés de succès de l'expérience de la T2A peuvent être retenus, le premier serait de décentraliser la réforme pour éviter l'opacité et la perte de confiance des établissements, le second serait une meilleure mise en place des outils pour piloter et mesurer l'atteinte de l'objectif de la réforme et enfin la capacité du législateur à gagner en agilité pour remettre à plat une réforme dont tous les rapports s'accordent sur les effets pervers.

La T2A est néanmoins une réforme courageuse qui a permis de changer l'état d'esprit de l'ensemble des parties prenantes autour de l'objectif d'efficacité, ceci constituera sans aucun doute, le lit d'une réforme future plus efficace.

II. Les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé : un début de lune de miel entre les syndicats et l'assurance maladie

A. Introduction : l'exercice de la médecine de la passion à la raison

La première convention médicale nationale de 1971, confirme la rémunération à l'acte des médecins et fixe un tarif unique de remboursement pour les assurés. Cette convention remporte un franc succès car chaque partie prenante y trouve son compte, les médecins y gagnent la garantie d'un revenu et l'assurance maladie la garantie pour chaque Français d'avoir un accès égal aux soins. A cette époque le paiement à l'acte fait sens car il permet de répondre à la demande de prise en charge de pathologies aiguës. Depuis, les relations entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins ont toujours été extrêmement conflictuelles chaque nouvelle mission ou demande de revalorisation du tarif de consultation faisant place à d'âpres négociations et des engagements réciproques. Aujourd'hui, notre temps est marqué par la modification des attentes du patient vis-à-vis des professionnels de santé, l'évolution des modes d'exercice, l'importance du suivi des maladies chroniques et la gestion du déficit de l'assurance maladie. Ces enjeux posent la question d'un parcours de soins plus efficient et de l'évolution du mode de rémunération des médecins.

Les projections anticipent une baisse de la densité médicale à l'horizon 2030. Selon le rapport de la DRESS - La démographie médicale à l'horizon 2030, sous l'effet combiné d'une augmentation de 10% de la population, du nombre croissant de patients âgés de plus de 60 ans, la densité médicale en 2030 devrait diminuer de 10%, pour s'établir à 292 médecins pour 100 000 habitants⁶⁶.

Sous l'impulsion du renouvellement générationnel et de la féminisation de la profession, les médecins âgés de moins de 45 ans seront majoritaires en 2025⁶⁷, le mode d'exercice tend à évoluer vers une meilleure balance entre vie professionnelle et personnelle. Ceci peut entraîner une diminution du temps médical disponible et donc une optimisation de ce dernier pour répondre à une demande de soins croissante.

Comme le souligne le rapport de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé), les jeunes médecins sont en quête d'un exercice plus qualitatif, structuré et collectif où les professionnels de santé sont regroupés, par opposition au modèle du médecin généraliste isolé et disponible 24h sur 24 pour sa patientèle. Un mode d'exercice permet au professionnel de santé d'économiser sur les frais fixes : structure, secrétariat ... et de rendre le temps médicale plus efficient.

L'évolution du mode d'exercice, l'accroissement de la demande de soins, la féminisation de la médecine ont une influence directe sur le temps médical disponible et pose deux questions principales : l'efficacité du parcours de soins et celle de la rémunération des professionnels de santé.

B. Clientélisme médical, la face cachée de l'exercice libéral

1. Trois grands modes de rémunération et une spécificité française

Il existe de façon générale de quatre grands modes de rémunération des médecins : le paiement à l'acte, le salariat, la capitation et un mode mixte caractéristique du système français.

Le paiement à l'acte rémunère le médecin en fonction du volume de consultations et du type d'actes réalisés. Pour accroître ses revenus, le médecin doit augmenter son nombre d'actes en augmentant son temps de travail ou en raccourcissant le temps de consultation, c'est le clientélisme médical.

Dans un mode de rémunération salarié, le salaire du médecin est basé sur une durée de travail donnée, indépendante de l'intensité de l'activité. Le médecin qui souhaite augmenter ses revenus doit augmenter son nombre d'heures travaillées.

Dans un système de rémunérations par capitation, le médecin est rémunéré via un forfait par patient inscrit au cabinet et ceci indépendamment du volume de soins. Si le médecin souhaite augmenter ses revenus, il faut qu'il augmente sa patientèle si cette dernière n'est pas fixe⁶⁸.

Sur ces trois premiers modes de rétribution peut se greffer un montant variable lié à la performance ou rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Ce système rémunère les médecins en fonction de leurs résultats sur des objectifs de qualité de soins et des missions de santé publique.

Enfin il existe un quatrième mode de rémunération à la performance, c'est un système mixte spécifique aux médecins français, où le paiement à l'acte des médecins s'est complété au gré des conventions et lois de financement de la sécurité sociale par une rémunération à la performance sur objectifs de santé publique et une rémunération forfaitaire. La rémunération des médecins a évolué dans le temps se complexifiant encore davantage.

La rétribution des médecins français est extrêmement stratifiée, sur le total des honoraires en 2012, 8,4% sont liés aux forfaits et 3,9% à la première année la ROSP⁶⁹. Ceci vient en complément du paiement à l'acte et opacifie de façon importante la rémunération des

médecins qui, pour le grand public, correspond au tarif de la consultation c'est-à-dire 23€ pour les médecins généralistes.

Ainsi, la rémunération à la performance, trouve son origine dans l'article 24 de la loi de financement pour 2000 qui crée les Accords de Bon Usage des Soins (AcBus) (article L 162 -12 -17 du code la sécurité sociale) et Contrats de Bonne Pratique (CBP) (article L 162 -12 -18 du code la sécurité sociale) « *Les accords nationaux et régionaux prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie du montant des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord* ». Ces mesures ont pour but de faire évoluer la pratique des médecins vers le bon usage et comportent des éléments d'évaluation de la pratique, des actions de formation continue, contrôle des prescriptions, participation au réseau de soins et programmes d'information de l'assurance maladie⁷⁰.

Ce dispositif avait été complété dans la LFSS 2002, par les contrats de santé publique (CSP) qui a pour objectif de renforcer la permanence et la coordination des soins et d'engager les médecins dans des actions de prévention.

La réforme du parcours de soins en 2004 va ensuite permettre de lier plus fortement le patient et son médecin, en faisant apparaître la notion de médecin traitant. Le rapprochement des données du patient et de l'activité du médecin sera plus facile, ce qui permet au législateur de piloter des objectifs de prise en charge.

Toutes ces étapes permettent d'aboutir à l'article 43 de la loi de financement pour 2008⁷¹ qui crée les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) : « *Art. L.162-12-21. – Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L.162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention mentionnée à l'article L.162-5 ou à l'article L.162-32-1 pour ce qui les concerne.*

Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé.

Le contrat type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui peuvent s'y opposer dans un délai fixé par décret.

Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis.».

A l'époque, les CAPI n'ont pas fait l'unanimité, dans la circulaire du CNOM adressée aux conseils départementaux le 19 juin 2009, le Dr Legmann alors président du CNOM juge les CAPI « antidéontologiques », « discriminatoires »⁷². Il en est de même pour les syndicats qui ont déposé un recours au Conseil d'Etat pour procédure non conforme et considérant les CAPI comme le début du « démantèlement de la convention collective ». Cette mesure a conquis sur sa première année 38% des médecins, permettant à ces derniers de toucher une rétribution en moyenne de 3 000€. Le succès des CAPI est essentiellement dû à la stagnation du tarif de consultation depuis 2007 et au fait que la démarche soit volontariste ce qui a permis au gouvernement d'effectuer une sorte de "test" auprès de syndicat avant la convention de 2011⁷³. Devant la réussite du dispositif, l'article 26 de la convention médicale de 2011⁷⁴ officialise la démarche d'un complément de rémunération sur objectif, les CAPI sont abrogés et la ROSEP (rémunération sur objectif de santé publique) est créée.

L'article 53 de la LFSS pour 2011⁷⁵ en précise les contours :

« I. – L'article L.162-5 du même code est complété par un 22° ainsi rédigé :

22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé.

II. – L'article L.162-32-1 du même code est complété par un 9° ainsi rédigé: « 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci.

III. – L'article L.111-11 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé: «Ces propositions sont accompagnées également d'un bilan détaillé de la mise en œuvre du 22° de

l'article L.162-5 et du 9° de l'article L.162-32-1. Ce bilan présente les engagements souscrits par les professionnels, analyse l'exigence des objectifs retenus et présente le taux d'atteinte de ces objectifs. Il indique les critères retenus pour l'attribution de la rémunération versée et le montant moyen de cette rémunération. Il évalue les économies résultant, pour l'assurance maladie, de l'atteinte des objectifs susmentionnés.».

Depuis 2000, l'évolution du paiement à la performance a contribué à diversifier la rémunération des médecins, mais cela reste relatif ; en 2013 la ROSP pesait 3,9% dans la rémunération des médecins⁵⁸

La ROSP a pour objectif d'améliorer la qualité de la pratique en s'attachant à 3 dimensions : « moderniser et simplifier les conditions d'exercice » (tenue du dossier médical, utilisation d'un logiciel de prescription, informatisation pour favoriser les télétransmissions, affichage des conditions d'accessibilité du cabinet et élaboration d'une fiche de synthèse annuelle par patient pour les médecins traitants), « faire progresser la qualité des soins aux patients chroniques et la prévention » et enfin « renforcer l'efficacité des prescriptions⁷⁶ ». Les pouvoirs publics pilotent la réalisation des objectifs via un système de points. Les ROSP ont contribué à améliorer la qualité et l'efficacité de la pratique des médecins et dans le même la rétribution moyenne annuelle par médecin en 2015 s'élève à 4514 euros + 7,1% vs 2014⁷⁷.

Autour du paiement à l'acte et des ROSP gravitent de nombreux forfaits qui viennent compléter la rémunération des médecins :

- Le forfait permanence des soins :

La permanence des soins en médecine ambulatoire a été modifiée par la loi HPST du 21 juillet 2009⁷⁸. Cette modification a pour but « d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu : améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux, et accroître l'efficacité du dispositif global dans un contexte de maîtrise de l'Ondam⁷⁹».

La rémunération des médecins se scinde en deux sous-ensembles : « les actes et la majoration des actes qui restent dans le champ de la convention collective et les forfaits d'astreinte et de régulation médicale.». La rémunération forfaitaire pour la régulation ne peut être inférieure à 70 euros/heure et pour l'astreinte 150 euros pour une durée de 12 heures. L'organisation de la permanence des soins est confiée aux Agences régionales de santé, chacune construisant son cahier des charges en fonction de sa problématique territoriale.

- Le forfait médecin traitant :

Le forfait médecin traitant est issu de la convention médicale du 4 décembre 1998⁸⁰. Cet accord entre l'assurance maladie et les représentants des médecins propose aux généralistes de s'inscrire comme médecin référent. L'assuré de plus de 16 ans peut alors choisir son médecin référent. En contrepartie d'un forfait de 150F puis de 45,73€ en 2001, le médecin s'engage à respecter un seuil maximal d'activité, s'interdire l'usage des dépassements, tenir un document de synthèse pour ses patients, prescrire les médicaments les moins coûteux.

L'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013⁸¹ reprend cette disposition en l'ouvrant aux spécialistes : « *Le montant du forfait annuel est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il est égal au résultat de la division d'un montant de 150 millions d'euros par le nombre d'assurés et d'ayants droit remplissant les conditions définies au troisième alinéa du présent A, sans pouvoir excéder 5 €* » ce forfait de 5€ par an et par patient hors ALD est financé par les assurances complémentaires santé, cette participation est prolongée jusqu'à la fin de la convention médicale en 2016 par l'article 36 de la LFSS⁸² pour la même année.

- Le forfait post ALD :

L'article 35 pour la LFSS 2010⁸³ lance le forfait suivi des patients post affection longue durée : « *Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé* » ce qui, traduit, veut dire : « *Lorsqu'un patient atteint d'une ALD faisant partie de la liste des 30 maladies (ALD 30) est guéri ou en rémission à l'issue de la période d'exonération du ticket modérateur et que son état relève non plus de soins mais d'une surveillance, le médecin traitant doit demander le bénéfice du "suivi post ALD"* ^{84,85} » Ce forfait prévoit une rémunération annuelle de 40 euros par patients.

- Le forfait personnes âgées :

L'avenant n°8 à la convention collective médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012⁸⁶, inaugure une majoration personnes âgées de 5€ pour chaque consultation d'un patient âgé de plus de 85 ans puis 80 ans, à partir du 1^{er} juillet 2014, deux consultations à 46€ : consultation de suivi de sortie d'hôpital, une consultation de suivi d'hôpital pour décompensation d'insuffisance cardiaque.

- Les forfaits enfant et coordination :

Le forfait enfant majore la consultation de 3€ pour un enfant de 2 à 6 ans (convention médicale de 2006), et la majoration de coordination des soins de 3€ fixée par l'Arrêté du 22

septembre 2011 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes⁸⁷.

Tandis que les syndicats ont obtenu une revalorisation du tarif de la consultation pour les généralistes de 2€ passant à 25€ au 1^{er} mai 2017, la rémunération des médecins généralistes n'est pas aussi transparente ; derrière la rémunération faciale de la consultation se cache en fait une multitude de forfaits additionnels qui viennent grossir leur rémunération. Selon les dernières données de l'assurance maladie la rémunération moyenne s'élève à 31,49€ par consultation, 73 % du montant correspondant au paiement à l'acte⁸⁸.

Cette analyse révèle un système de rémunération qui se diversifie autour du paiement à l'acte mais qui, également, se complexifie et s'opacifie de plus en plus. Dans un contexte de maîtrise des dépenses, il est critique de pouvoir connaître clairement les sources de dépenses afin de piloter au mieux le budget de l'assurance maladie.

2. Le paiement à l'acte : un système inflationniste sans garantie de qualité

a) Le paiement à l'acte moteur de la dépense de santé

Le paiement à l'acte est au cœur de la rémunération des médecins. L'effet indésirable majeur du paiement à l'acte est qu'il incite les praticiens à produire des soins et à multiplier les actes pour augmenter leur rémunération et poussent parfois les médecins à induire la demande. En augmentant son nombre de consultations, le médecin augmente sa productivité horaire et le nombre d'actes par consultation, il peut donc soit augmenter son salaire soit diminuer son temps de travail pour une rémunération équivalente.

La rémunération à l'acte peut ainsi avoir un effet cumulatif : l'accroissement du temps de travail et l'augmentation de la productivité horaire. Ce phénomène peut être renforcé pour les médecins de secteur 1 dont la rémunération est fixée par l'Etat, 23 euros par consultation. A noter qu'en France il existe un secteur 2 pour lequel les honoraires sont libres et fixés par le médecin.

La densité médicale est un facteur qui influence la rémunération des praticiens. Pour une région bien dotée en offre de soins comme dans le sud de la France, on peut constater un phénomène de « nomadisme médical » le patient peut lui aussi surconsommer du temps médical ; ainsi pour une même pathologie, il peut prendre plusieurs avis et consulter plusieurs médecins ou spécialistes. Ce phénomène peut être accentué en France par la pseudo-gratuité de la prise en charge médicale, il est néanmoins assez marginale en France et varie de 0,2% à 1,6%⁸⁹ selon les sources, la précision des études sur le sujet étant assez faible.

Une étude française datant de 2003⁹⁰ montre que l'installation de nouveaux médecins dans un secteur donné ne se traduit pas par une baisse de l'activité de leurs homologues.

Deux autres études montrent que dans un système conventionné où la tarification des actes est gelée ou à la baisse, les praticiens réagissent en augmentant leur volume d'actes⁹¹.

Enfin une étude de l'OCDE comparant les différents systèmes montre que les pays avec un paiement à l'acte ont une dépense de santé en point de PIB supérieure à des pays adoptant un système mixte, par capitation et salarié.

Figure 19 : Pourcentage de PIB consacré à la santé en fonction du type de rémunération des médecins

densité médicale	paiement à l'acte		rémunération mixte		salarial ou capitation majoritaires	
	pays	part des dépenses santé dans le PIB	pays	part des dépenses santé dans le PIB	pays	part des dépenses santé dans le PIB
Au-dessus de la moyenne	Autriche Belgique France Allemagne Suisse	9,4%	Danemark Pays-Bas	8,8%	Grèce Italie République Slovaque Espagne Suède	7,8%
En dessous de la moyenne	Canada	9,2%	Australie Irlande Japon Nouvelle-Zélande Norvège	7,7%	Grande-Bretagne	7,3%

Source : OCDE, human resources for health care project and OECD health data 2003.

Le lien entre paiement à l'acte et inflation est suggéré au regard de la puissance statistique des études.

Le paiement à l'acte incite peu les médecins à être acteurs d'un parcours de soins coordonné même si la notion de « médecin référent » a en partie pallié ce constat.

Le paiement à l'acte rend plus délicat le pilotage des dépenses de santé, celles-ci étant constatées a posteriori, l'enveloppe budgétaire est donc plus difficile à planifier et à maîtriser.

A contrario, dans les autres modes de rémunération (par capitation et salarié), il y a peu d'incitation à la production d'actes. Ces systèmes ont l'avantage d'être moins coûteux pour la sécurité sociale que le paiement à l'acte et la dépense se fait en amont, elle est donc programmée. Le salariat permet de déconnecter la production de soins de la rémunération en garantissant au praticien un revenu.

Au regard du poids du paiement à l'acte dans la rémunération des médecins, il est donc important de trouver le bon équilibre pour motiver les praticiens à répondre à la demande de soins sans pour autant les inciter à produire du soin pour augmenter leur rémunération.

b) Le paiement à l'acte n'incite pas à la qualité de prise en charge

Avec une rémunération à l'acte, le médecin est encouragé à répondre à la demande du patient, à la production de consultations et d'actes, ceci est positif en cas de pénurie médicale mais aboutit mécaniquement à la réduction du temps de consultation dans les régions médicalement bien dotées. Le paiement à l'acte fait craindre une augmentation du volume de production au détriment de la qualité.

Si l'on regarde les autres modèles sous l'angle de la qualité, dans le modèle par capitation où le patient a la liberté de changer de praticien, le médecin a intérêt à répondre à la demande du patient mais l'incitation à la qualité est assez faible. De surcroît, si le médecin est le garant d'un budget global, du fait qu'il est rémunéré par forfait alors il aura tendance à diminuer le volume de soins, la durée et le nombre de consultations. Ceci peut avoir 2 conséquences principales :

La première, le médecin oriente le patient vers une autre structure, la seconde, il axe sa pratique sur une prise en charge globale du patient et joue un rôle plus préventif.

Dans le cas où le médecin est salarié, les incitations à répondre à la demande du patient et à la qualité sont assez faibles.

c) Le paiement à l'acte facilite l'accès aux soins

Dans le premier modèle, à l'acte, les dépassements d'honoraires et les nombreux tarifs pratiqués peuvent engendrer des inégalités sur l'accès à la consultation. Le paiement à l'acte peut trouver son efficacité dans des pays, régions où l'offre de soins est faible et/ou saturée.

Dans les deux autres systèmes, la sélection des patients les moins à risque peut constituer un biais de sélection en particulier dans le modèle par capitation où le forfait global peut contenir l'enveloppe de soins et de médicaments. Le praticien peut avoir une tendance à sélectionner les patients en bonne santé au détriment des patients lourds.

Ce qui fait la force du modèle salarié fait aussi sa faiblesse car l'indépendance entre productivité et salaire n'incite pas le médecin à intensifier sa productivité. Ce système a tendance à créer un phénomène de « file d'attente ».

Chaque modèle a donc ses limites pour répondre à l'ensemble des trois enjeux de qualité, d'accès aux soins et de maîtrise des dépenses. Pour la France, le principal enjeu est de trouver un système qui puisse répondre à l'hétérogénéité du territoire en termes de densité de médecins, densité de population. Ce système doit également être motivant et équitable que cela soit pour un médecin parisien que pour un médecin Bergeracois, et suffisamment flexible pour s'adapter aux différents types de production du soin selon la spécialité. Le

challenge pour résoudre cette équation complexe et ambitieux est de passer par une réforme du paiement à l'acte pour sortir du jeu entre les syndicats et la caisse d'assurance maladie sur la future augmentation du tarif de consultation de 1 ou 2 euros et surtout se concentrer sur le vrai débat de la santé des Français.

3. Du paiement à l'acte à l'expérimentation d'un nouveau mode de rémunération

En France, le paiement à l'acte est l'un des principes fondateurs de la médecine libérale posés en 1928 par l'assemblée constitutive de la Confédération des syndicats médicaux français. Le système a progressivement évolué vers les conventions départementales en 1945 et la première convention nationale en 1971 qui fixe les tarifs conventionnels. En contrepartie les caisses prennent en charge une part des cotisations sociales des médecins.

Les médecins ont dès lors un statut libéral mais une rémunération garantie par la collectivité et fixée par convention et approuvée par l'Etat.

En 1980, le secteur 2 où les honoraires sont libres est créé, avec un double objectif de contenir la progression des dépenses de santé et de maintenir la croissance des revenus des médecins. Les médecins faisant le choix du secteur s'acquittent de l'ensemble des cotisations sociales.

L'importance du succès du secteur 2 ne garantit plus l'accès égal aux soins, le gouvernement choisit en 1990 d'en geler l'accès en partie.

Le plan Juppé tente bien en 1996 de limiter de nombres d'actes par médecin et donc de limiter leur rémunération par une enveloppe globale. A l'époque un tract du syndicat des médecins libéraux (SML) indique « en attaquant la médecine libérale, le gouvernement joue avec la santé des français⁹². ».

Le paiement à l'acte a par la suite été complété par un empilement de forfaits : médecin traitant, suivi des patients post-ALD, enfant....

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 innove en lançant une expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. L'article 44⁹³ marque la volonté du gouvernement à trouver un compris efficient en diversifiant les modes de rémunérations. L'objectif n'est pas de supprimer le paiement à l'acte mais de trouver la bonne formule entre les rémunérations à l'acte et forfaitaires.

« I.-Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas sept ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1

du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.

En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les expérimentations sont conduites par les Agences Régionales de Santé. Elles concluent à cet effet des conventions avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires. Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. [...]

[...]Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les Agences Régionales de Santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. ».

L'article 46⁹⁴ de la même année, confie une mission commune, à l'époque, à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurances maladie. Cette mission vise à déterminer : « 1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique et du schéma d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles. ».

A travers ces articles, le gouvernement et sa Ministre de la santé de l'époque Madame Roselyne Bachelot Narquin, souhaitent tracer les premiers contours de la « modernisation de l'organisation de l'offre de soins ⁹⁵ » notamment en ville.

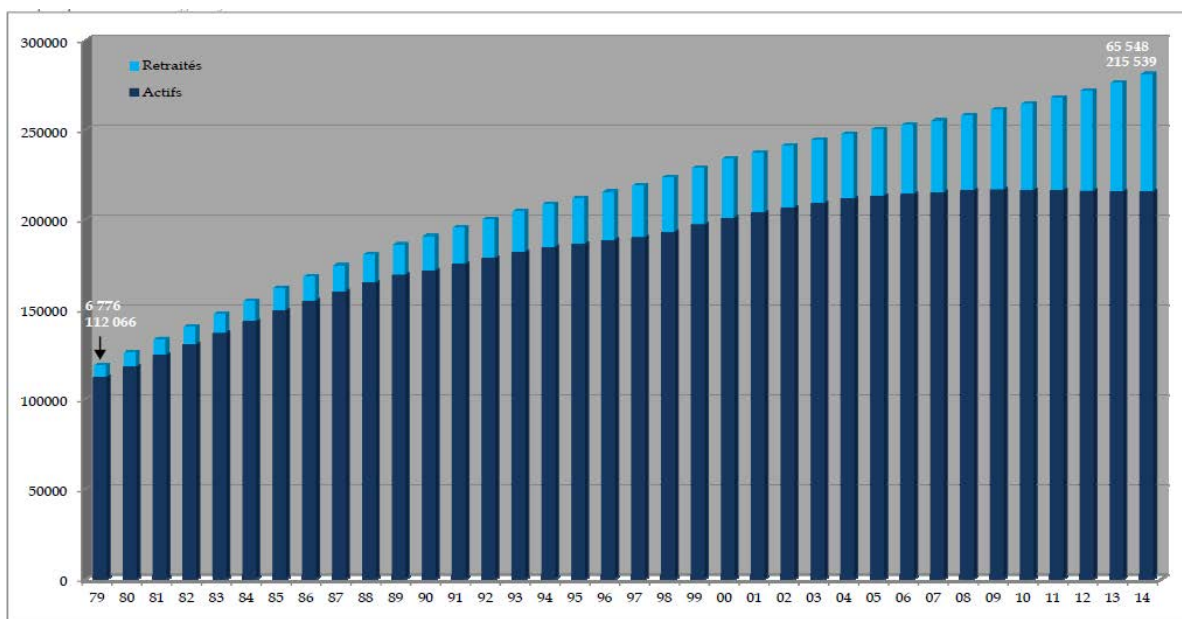
Cette modernisation tend à répondre à des problématiques structurelles sur la « répartition de l'offre de soins sur le territoire, la qualité et à la coordination de la prise en charge des patients ou encore l'optimisation des dépenses. ⁷⁹ ».

4. Les facteurs d'influence qui rendent le paiement à l'acte obsolète

a) Densité médicale en France, le grand écart entre zones surpeuplées et désertiques

Depuis 10 ans, l' « Atlas de la démographie médicale ⁹⁶ » fait le constat de la chute des effectifs de médecins. Entre 2009 et 2015 la croissance des effectifs de médecins en activité s'érode +1,2% alors que dans le même temps le nombre de médecins retraités est passé de 37 433 à 65 548 (+75,1%).

Figure 20 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'ordre de 1979 à 2015. Atlas de la démographie médicale 2015 ⁸⁰



Malgré l'augmentation concomitante de la population française, le nombre de praticiens en exercice n'a jamais été aussi important.

Certes les projections de la DRESS en 2009 ⁹⁷ montrent une baisse du nombre de médecins actifs jusqu'en 2020, après cette date les effectifs repartent en forte hausse pour atteindre environ 205 000 médecins actifs en 2030, et une densité de 2.9 pour 1 000 habitants.

Pour autant la densité médicale actuelle de la France est de 2,9 pour 1 000 habitants en 2015, reste proche de la moyenne des pays de l'OCDE (3,2 pour 1 000 habitants en 2011⁹⁸).

Figure 21 : Nombre et densité de médecins en activité en France (2006-2030)⁹⁹

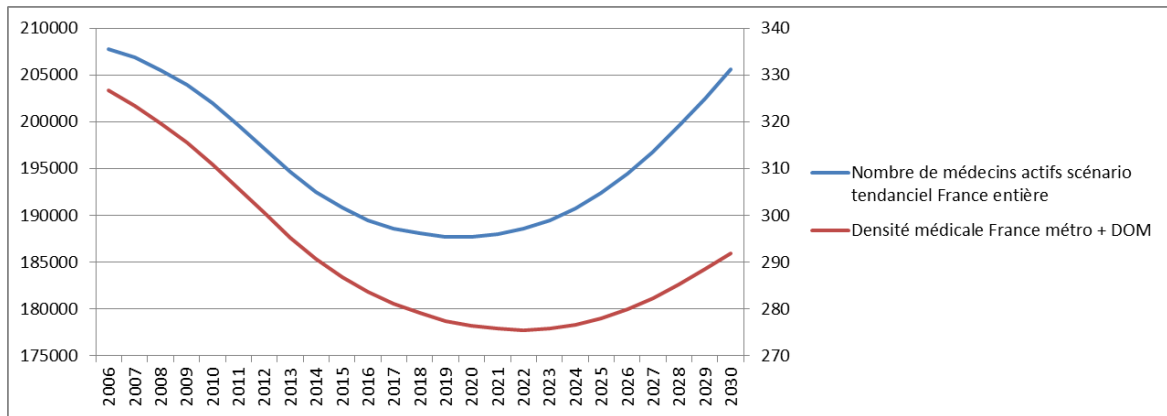
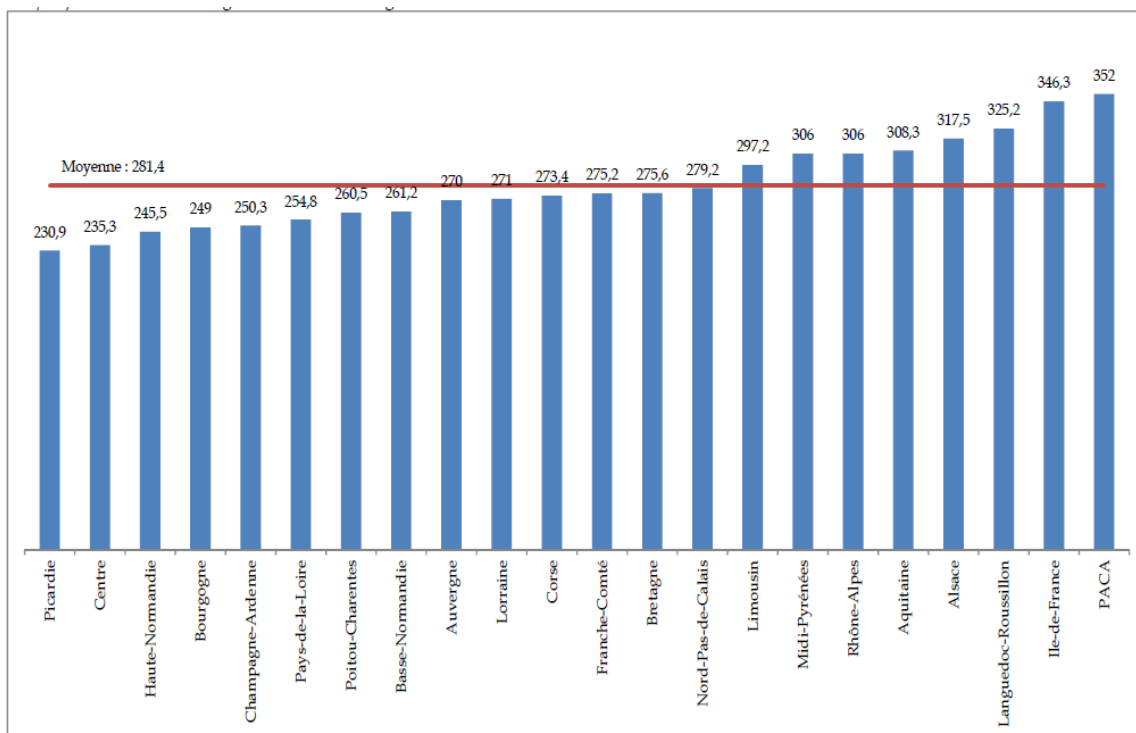


Figure 22 : Densité régionale des médecins en activité régulière. Atlas de la démographie médicale 2015⁸⁰



Cette densité n'est pas répartie de façon homogène sur le territoire Français. Des écarts importants à différents niveaux tout d'abord entre les régions, anciennes ou nouvelles moutures, allant d'une densité de 230 médecins pour 100 000 habitants en Picardie à 352 en région PACA.

Figure 23 : Densité médicale dans les anciennes régions. Atlas de la démographie médicale 2015⁸⁰

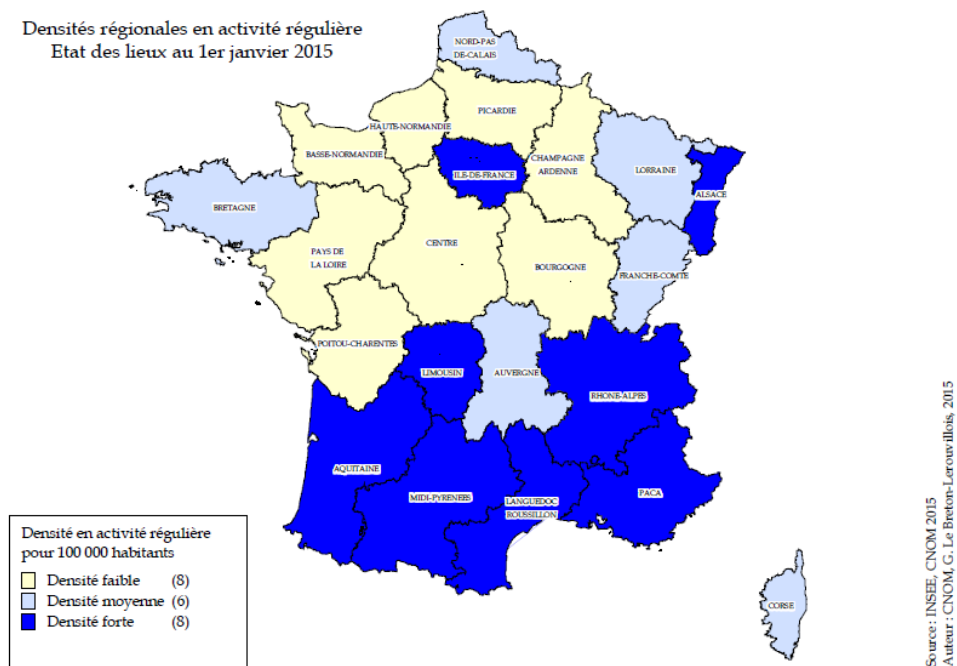
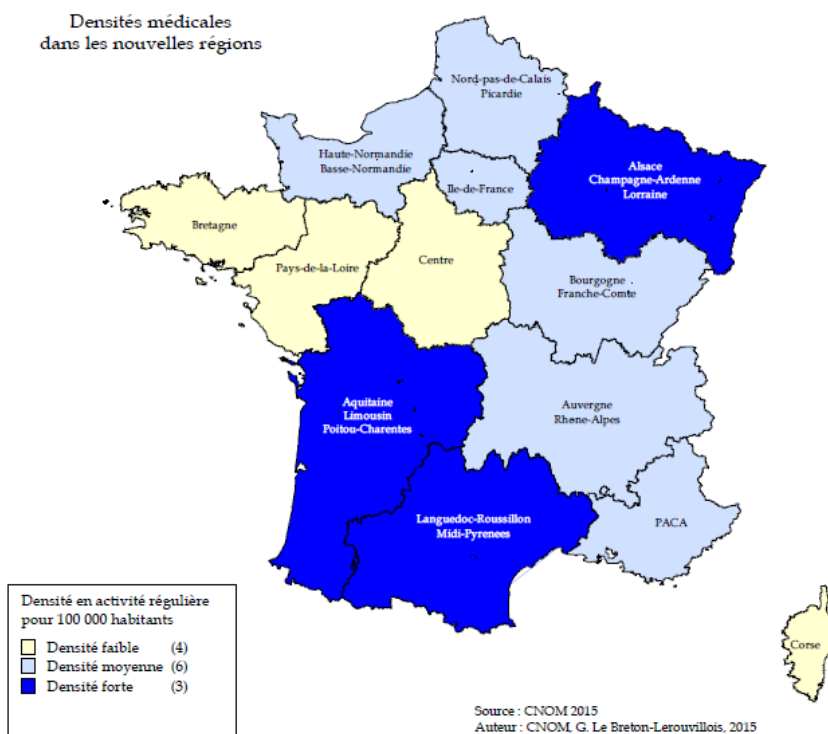
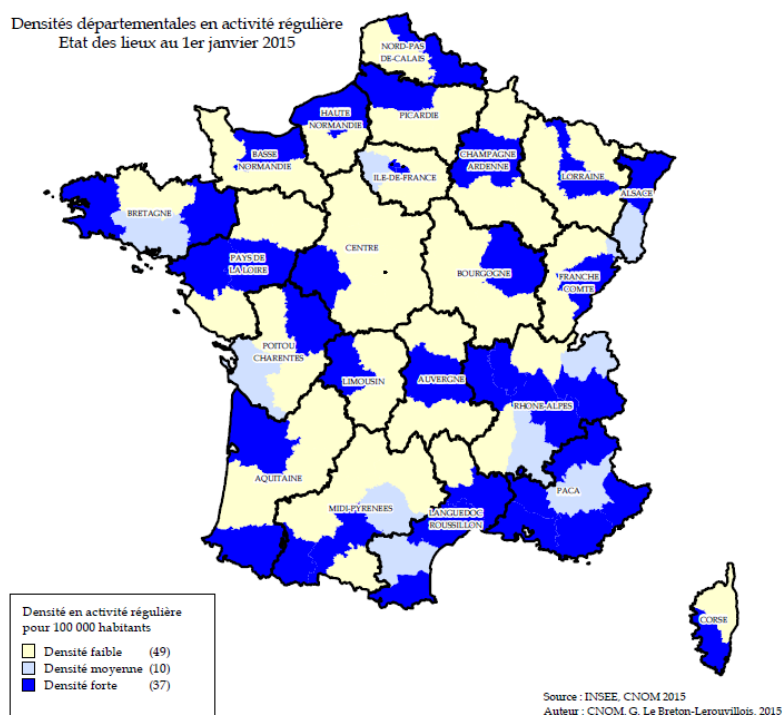


Figure 24 : Densité médicale dans les nouvelles régions. Atlas de la démographie médicale 2015⁸⁰



Les différences se creusent encore davantage au niveau départemental.

Figure 25 : Densité médicale en activité régulière au niveau départementale. Atlas de la démographie médicale 2015⁸⁰



Densité départementales en activité régulière. Atlas de la démographie médicale 2015

Paris et les départements du littoral méditerranéen présentent une forte densité de médecins. Paris et l’Hérault ont, en 2015, respectivement des densités de 678,2 et 319,5 médecins pour 100 000 habitants alors que l’Eure a par exemple une densité de 167 médecins pour 100 000 habitants.

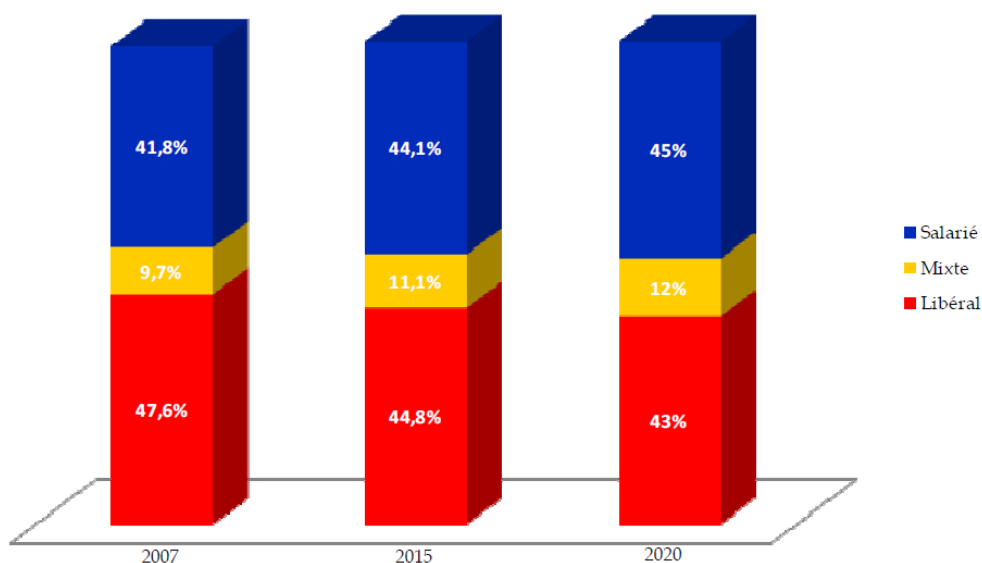
Chaque année des rapports tirent la sonnette d’alarme et pointent du doigt les difficultés d’accès aux soins, ces difficultés ne sont donc pas la conséquence d’un manque de médecins mais d’une mutation de l’offre de soins engagée depuis de nombreuses années dont les facteurs principaux se confirment : répartition territoriale très hétérogène et évolution du mode d’exercice des praticiens.

b) Mutation de l'exercice médical : une médecine de moins en moins libérale

Si depuis de nombreuses années l'exercice de la médecine en France est historiquement et majoritairement libéral, il a grandement évolué vers un mode salarié. En 2015, les deux modes d'exercice sont quasiment à l'équilibre, 44,1% des médecins exercent en tant que salarié et 44,8% en mode libéral soit un delta de 0,7 point, les 11,1% restant étant mixtes. En 2020, la tendance se poursuit avec un delta de 2 points au bénéfice de l'exercice salarié *versus* libéral.

Cette tendance se renforce si l'on regarde le choix des jeunes médecins lors de leur première inscription à l'Ordre ; seulement 15% d'entre eux choisissent un mode d'exercice libéral/mixte en première intention même si 5 ans plus tard cette tendance se relativise puisqu'ils sont 40% à s'orienter vers ce mode d'exercice.

Figure 26 : Mode d'exercice sur la période 2007 - 2020. Atlas de la démographie médicale 2015⁸⁰



c) La médecine, de la vocation à la raison

Si la médecine reste une vocation, la façon de penser et d'organiser son exercice a largement évolué. Le temps du médecin seul dans sa campagne, quasi corvéable à merci est de plus en plus révolu. Pour les jeunes médecins, la vocation ne justifie pas tout, selon une enquête TMS Sofres de juin 2013 : 86% de la nouvelle génération de médecins se déclarent attachés à l'équilibre de leur vie familiale, ceci reflétant leur choix de « ne pas sacrifier sa vie personnelle et familiale à une carrière ou aux conditions d'exercice de la profession¹⁰⁰ ».

Aussi l'exercice en solitaire n'est plus l'apanage des jeunes médecins, la moitié d'entre eux ne souhaitent plus être seuls à assumer les charges de fonctionnement, administratives, etc... mais veulent mutualiser les moyens et partager les responsabilités en exerçant en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire. Cette statistique rejoint une volonté d'aller vers un exercice mixte libéral/salarié.

La dernière tendance marquante est celle de la délégation de tâches ou de compétences. Elle suscite de nombreux débats et pique certains médecins qui se voient dépossédés d'une partie de leurs prérogatives. Il apparaît que la notion de transversalité dans le domaine de la santé est de plus en plus naturelle, la délégation de tâches est plébiscitée par 74% de la nouvelle génération de médecins.

Des positions plus tranchées font surface, une majorité de jeunes médecins (66%) se disent prêts à renoncer à l'exercice de la médecine et ceci pour deux raisons majeures : la première liée à un temps de travail trop important, cause du syndrome d'épuisement professionnel, la seconde est la remise en cause de la liberté d'installation.

La vocation des jeunes médecins est en pleine mutation. Entre une médecine qui se proclame encore libérale malgré son salariat déguisé et des politiques qui ont du mal à donner un cap clair et réaliste, force est de constater que les antagonismes se creusent.

5. L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération : palliatif de la liberté d'installation et effet encourageant sur le maillage médical

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 précise les objectifs de l'exercice regroupé en pôles de santé ou maisons de santé et attribue des aides pour faciliter sa mise en place :

« Art.L.221-1-1.-I. – Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé. «Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article L.162-45.

Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.

Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

Il contribue à la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L.161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.».

Dans cette continuité, la loi Hôpital patients, santé et territoire de 2009¹⁰¹, modifiée par la loi Fourcade de 2011 crée un nouveau statut de société, "SISA" pour société interprofessionnelle de soins ambulatoires. Cette disposition a pour but de faciliter l'installation des professionnels de santé (médecin, auxiliaire médical, pharmacien, paramédicaux...) dans des zones où la demande de soins n'est pas satisfaite.

« Chapitre Ier

Constitution de la société

Art. L. 4041-1.-Des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.

Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral peuvent également être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires, nonobstant toute disposition législative ou réglementaire contraire.

Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires sont des sociétés civiles régies par les chapitres Ier et II du titre IX du livre III du code civil et par le présent titre.

Art. L. 4041-2.-La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet :

- 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ;*
- 2° L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.*

Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Art. L. 4041-3.-Peuvent seules être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires des personnes remplissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur pour exercer une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et qui sont inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent. Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ne sont pas soumises aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions médicales, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.

Art. L. 4041-4.-Une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Le tribunal peut, à la demande de tout intéressé, prononcer la dissolution de la société si cette condition n'est pas remplie. Il peut accorder à la société un délai maximal de six mois pour régulariser la situation. Il ne peut prononcer la dissolution si, le jour où il statue sur le fond, cette régularisation a eu lieu. [...] ».

« Chapitre II

Fonctionnement de la société

Art. L. 4042-1.-Les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci. Par exception, lorsque ces activités sont exercées à titre personnel par un associé, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société.

Art. L. 4042-2.-Chaque associé de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires répond des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la société dans les conditions prévues aux articles L. 1142-1 à L. 1142-2.

Art. L. 4042-3.-Un associé peut se retirer d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires, soit qu'il cède ses parts sociales, soit que la société lui rembourse la valeur de ses parts.».

La volonté du gouvernement est de moderniser l'offre de soins de premier recours qui inclut prévention, dépistage, diagnostic, traitement, orientation à l'intérieur du parcours de soins. Pour cela il lance l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération qui a pour objectifs de :

- Améliorer l'organisation des soins de premiers recours ;
- Optimiser l'interaction et la collaboration des professionnels de santé notamment pour la prise en charge de pathologies chroniques ;

- Développer les services destinés aux patients : démarches administratives, information, prévention, éducation, orientation dans le parcours de soins.

Et surtout :

- Améliorer la continuité du maillage territorial des soins de premiers recours en constituant des pôles d'attractivité pour les professionnels.

Cette expérimentation s'adresse à l'ensemble des équipes de soins de proximité (maisons, pôles, centres, réseaux de santé).

Les Agences Régionales de Santé peuvent décider d'accompagner financièrement les maisons de santé grâce aux Fonds d'Intervention Régional (FIR). Cette disposition est prévue par l'article 65 de la LFSS 2011 pour 2012¹⁰² :

« Art.L.1435-8.–Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à: « 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L.6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1 de l'article L.6112-1; 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L.1435-4. ».

En 2012, on compte 115 maisons ou pôles de santé répartis sur 19 régions en France. Les nouveaux modes de rémunération sont des accords passés entre l'établissement et l'ARS. Il faut a minima un médecin généraliste et une infirmière pour valider la structure. Le contrat établit des « montants forfaitaires distincts du paiement à l'acte, mais non substitutifs, en contrepartie d'améliorations attendues en termes de qualité de soins et d'efficience, et sans obligations en matière de modalités d'allocation de ressources versées. L'hypothèse sous-jacente est que le paiement forfaitaire favorise une meilleure performance des structures collectives que le paiement à l'acte¹⁰³. ».

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations prévoit la mise en place de trois forfaits :

Le premier pour les missions de coordination, c'est-à-dire le management de la structure et la coordination interprofessionnelle ; En plus du paiement à l'acte spécifique de chaque professionnel de santé, un forfait pour les activités de coordination est alloué à l'ensemble de la maison de santé. La répartition du montant au sein de la structure est décidée par les professionnels de santé eux-mêmes.

Le forfait est composé de deux parties A et B :

La partie A est variable, elle rémunère "le temps de management de la structure" sur la base du nombre de patients ayant leur médecin traitant dans la structure. Plus il y aura de patients liés à un médecin traitant du site plus la rémunération liée à la partie A sera élevée. Ceci peut être une incitation à répondre et à la filiarisation de la demande de soins.

La partie B est fixe, elle rémunère le temps passé par le professionnel de santé au sein de la structure en équivalent temps plein (1 équivalent temps plein = 11 demi-journées par semaine)¹⁰⁴.

Le deuxième, concerne l'éducation thérapeutique. Le patient et parfois l'entourage du patient vont recevoir une formation pluridisciplinaire sur l'environnement de sa maladie. L'éducation thérapeutique permet de rendre le patient autonome et acteur de sa maladie. Il peut donc mieux la gérer et mieux prévenir les complications. Le forfait valorise l'éducation thérapeutique pour chaque patient, il varie en fonction du programme et du nombre de séances nécessaires.

Le troisième forfait : les délégations d'actes et d'activités médicales aux infirmières. Il fait référence au protocole ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) qui délègue à l'infirmier le dépistage des troubles cognitifs et broncho pneumopathie chronique obstructive puis le suivi de deux populations : les patients diabétiques et les patients à risque cardio-vasculaire. Les infirmiers sont rémunérés sous forme de vacation libérale ou de salaire s'ils sont salariés de la structure. Les médecins sont rémunérés pour leur participation à la réunion de coordination mensuelle. La rémunération est faite par l'association ASALEE.

Ces forfaits sont modulables en fonction de la performance agrégée de la structure atteinte sur des indicateurs de : qualité des pratiques, travail en transversal avec d'autres professionnels et d'efficacité de la prescription. Certains indicateurs étant déclaratifs, d'autres calculés à partir des données de l'Assurance maladie (ex : dépistage des cancers, vaccination...). Cette modulation a été abandonnée la première année.

L'article 45 de la LFSS 2012 pour 2013¹⁰⁵ prévoit que des accords conventionnels interprofessionnels peuvent définir des « *engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'Agence Régionale de Santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.* ».

En théorie, cette expérimentation a le mérite d'essayer de faire bouger les lignes en instaurant une culture de performance en termes de qualité de soins et d'efficacité. Elle essaye de casser les silos incitant au travail transversal entre professionnels de santé. C'est l'exemple de l'ophtalmologie que l'on retrouve dans l'article 67 de la LFSS pour 2016¹⁰⁶ : « *Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie peuvent conclure un contrat collectif pour les soins visuels avec les maisons de santé et les centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 en vue d'inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures* » ou encore de la prise en charge, via un forfait spécifique, de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans dans centres de santé disposant de compétence particulière en la matière (article 68 de la LFSS pour 2016¹⁰⁷).

L'objectif final est de tendre vers un parcours de soins optimisé comme le prévoit l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 : « *Des expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins peuvent être mises en œuvre, pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques. Ces projets pilotes concernent soit un nombre restreint de pathologies, dont la liste est fixée par le décret en Conseil d'Etat mentionné au deuxième alinéa, soit un nombre restreint de régions dans lesquelles ils sont mis en œuvre. L'objet, le champ et la durée des expérimentations sont précisés par décret en Conseil d'Etat. Le contenu des projets pilotes et leur périmètre territorial sont définis par un cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et, le cas échéant, décliné, en fonction des spécificités locales, par les agences régionales de santé. «Les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.».*

Enfin l'expérimentation tente d'améliorer le maillage territorial de l'offre de soins et essaye de faire évoluer les mentalités d'une profession qui s'arc-boute sur un pseudo libéralisme (cf paiement à l'acte) en contournant le dernier bastion : la liberté d'installation.

6. Les expérimentations des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé : des effets encourageants sur le maillage médical.

Sur la base du rapport de l'IRDES : « *Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France*¹⁰⁸ », l'analyse porte sur deux typologies de situations socio-économiques et sanitaires : la première sur des espaces à dominante rurale et la seconde sur des espaces à dominante urbaine.

L'étude cherche à savoir où sont réparties les maisons de santé et si elles sont installées dans des zones où les besoins en termes d'offre de soins sont importants.

Dans son rapport d'IRDES définit 6 classes à dominante rurale et 7 classes à dominante urbaine :

« Les classes à dominante rurale :

- La classe 1 est composée de bassins de vie à dominante industrielle, moins dotés que la moyenne en offre de soins. Les bassins de vie appartenant à cette classe sont principalement situés dans le quart nord-ouest de la France, dans des régions plutôt à dominante agricole comme les Pays-de-la-Loire, la Bretagne, la Basse-Normandie ou le Centre.

- La classe 2 est composée de bassins de vie défavorisés d'un point de vue socio-économique et sanitaire, et dont l'offre de généralistes libéraux est moindre et la densité en baisse. Ces bassins de vie sont majoritairement situés dans le quart nord-est de la France et aussi dans quelques espaces ruraux du centre de la France.

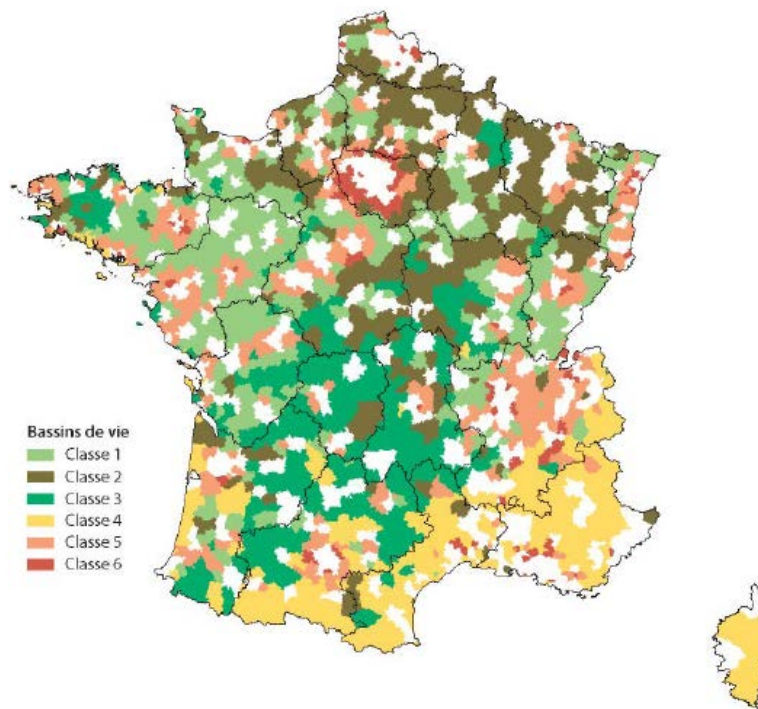
-La classe 3 est composée de bassins de vie de l'espace rural profond, au solde naturel déficitaire, éloignés des services, dont la population est plus âgée et plutôt en bonne santé. Ils sont assez bien dotés en offres de premiers recours mais leur offre de généralistes libéraux est vieillissante et en baisse. Ces espaces sont majoritairement représentés le long d'une diagonale traversant la France de la Champagne-Ardenne à Midi-Pyrénées.

- La classe 4 est composée de bassins de vie essentiellement du sud de la France ou des littoraux, attractifs pour les populations. Abrisant davantage de populations plus fragiles (chômeurs, personnes âgées), ils sont bien dotés en offre de soins de premier recours, mais plus éloignés des services. Ces bassins sont situés sur le pourtour méditerranéen, les reliefs (Pyrénées et Alpes du Sud), ainsi que sur le littoral Atlantique.

- La classe 5 est composée de bassins de vie en périphérie des grandes agglomérations, plutôt aisés, dont la population est plus jeune, attractifs pour les populations et les médecins généralistes, mais moins dotés en offre de soins.

- La classe 6 est composée de bassins de vie en périphérie des plus grandes agglomérations françaises, très favorisés aux plans socio-économique et sanitaire, mais légèrement moins dotés en offre de soins de premiers recours. ¹¹⁰».

Figure 27 : Carte : Typologie socio-sanitaire des bassins de vie à dominante rurale¹¹⁰



(Source : Insee, Cépid-C-Inserm, Sniiram. Cartographie : Irdes)

« Les classes à dominante urbaine :

- La classe 1 est composée de pseudo-cantons des périphéries des petites villes ou de la deuxième couronne des grandes villes. Attractifs pour les populations et les médecins généralistes, ils sont en revanche moins dotés en professionnels de premiers recours.

- La classe 2 est composée de pseudo-cantons des marges des espaces à dominante urbaine, plutôt agricoles et industriels. Leur population est plus âgée, l'offre de médecins généralistes moindre et vieillissante, et ils sont plus éloignés des services. Ces espaces correspondent aux marges des espaces urbains qui chevauchent l'espace à dominante rurale.

- La classe 3 est composée de pseudo-cantons urbains et périurbains du sud de la France. Ils sont mixtes socialement, bien dotés en professionnels de premier recours, et attractifs pour les populations et les généralistes libéraux.

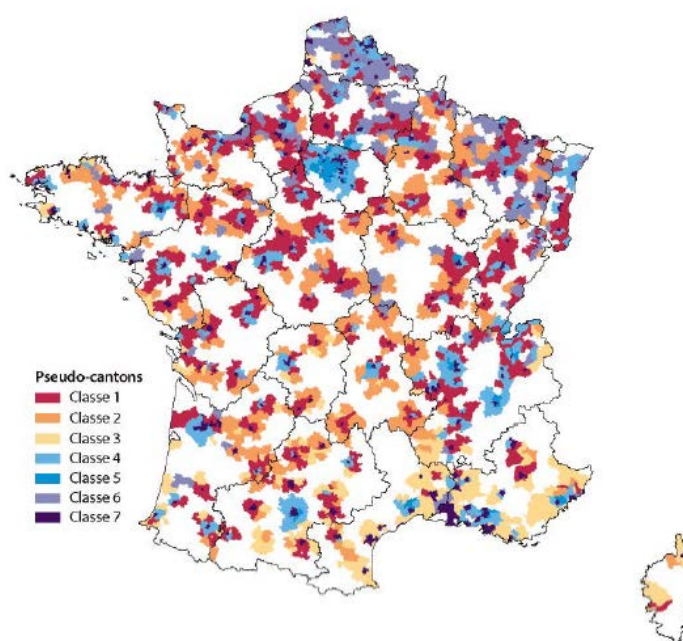
- La classe 4 est composée de pseudo-cantons urbains et périurbains des grandes agglomérations françaises, plutôt aisés. Attractifs pour les populations et les médecins généralistes, ils sont bien dotés en professionnels de premiers recours.

- La classe 5 est composée principalement de pseudo-cantons limitrophes des grandes agglomérations françaises, très favorisés aux plans socio-économiques et sanitaires, dont l'offre de soins est abondante.

- La classe 6 est composée de pseudo-cantons à dominante industrielle principalement du nord et de l'est de la France et des villes portuaires. L'état de santé de leurs populations est plus dégradé, et l'offre de médecins généralistes est bonne mais en diminution.

- La classe 7 est composée de grandes villes dont les caractéristiques socio-économiques des populations sont très hétérogènes, mais qui sont très bien dotées en offre de soins.¹¹⁰ ».

Figure 28 : Carte : Typologie socio-sanitaire des bassins de vie à dominante urbaine¹¹⁰



(Source : Insee, Cépid-C-Inserm, Sniiram. Cartographie : Irdes)

Au total ces deux cartes dressent le portrait de l'offre de soins sur le territoire français en tenant compte des dynamiques des zones : zones où l'offre de généralistes paraît abondante mais vieillissante et en déclin, zones sous-dotées ou encore les zones attractives. Ces cartes dessinent les schémas historiques de la répartition des médecins généralistes en faveur du sud ou encore "la diagonale du vide allant des Pyrénées aux Ardennes".

A 75%, les maisons de santé se répartissent sur les territoires à dominante rurale bénéficiant d'une offre de soins moindre (classe 1 et 2). Cette tendance laisse à penser que la répartition des maisons de santé suit le maintien de l'offre de soins de premiers recours.

Figure 29 : Répartition des communes avec des maisons de santé au sein des classes issues de la typologie des bassins de vie, comparativement aux médecins généralistes et à la population¹¹⁰

ESPACE À DOMINANTE RURALE								
	Communes avec des maisons de santé (CMS)			Médecins généralistes libéraux (MGL)			Population	
	Nombre	Part au sein des classes	Part du total des CMS	Nombre	Part au sein des classes	Part du total de MGL	Part au sein des classes	Part du total de la population
Classe 1	48	23	17	3 368	20	6	22	7
Classe 2	53	26	18	3 650	21	7	23	7
Classe 3	47	23	17	1 964	11	4	10	3
Classe 4	13	6	5	3 052	18	6	14	5
Classe 5	41	20	15	3 784	22	7	23	8
Classe 6	4	2	1	1 350	8	3	8	3
Total	206	100 %	73 %	17 168	100	33	100	33

Figure 30 : Répartition des communes avec des maisons de santé au sein des classes issues de la typologie des pseudo-cantons, comparativement aux médecins généralistes et à la population¹¹⁰

ESPACE À DOMINANTE URBAINE								
	Communes avec des maisons de santé (CMS)			Médecins généralistes libéraux (MGL)			Population	
	Nombre	Part au sein des classes	Part du total des CMS	Nombre	Part au sein des classes	Part du total de MGL	Part au sein des classes	Part du total de la population
Classe 1	18	24	6	2 338	7	4	9	6
Classe 2	3	4	1	532	1	1	2	1
Classe 3	3	4	1	2 606	7	5	6	4
Classe 4	15	20	5	6 921	19	13	20	13
Classe 5	2	2	1	3 359	9	6	15	10
Classe 6	10	13	4	2 970	8	6	9	6
Classe 7	25	33	9	16 950	48	32	40	27
Total	76	100	27	35 676	100	67	100	67

Le tableau montre que les classes 1 à 3 en milieu rural, en zones industrielles ou en zones rurales profondes déficitaires en offres de soins, concentrent 52% des maisons de santé contre 17% de médecins généralistes en milieu rural. Les maisons de santé sont principalement réparties (72%) sur les zones de classe 1 à 3 alors que les médecins généralistes ne représentent que 52%.

Sur les zones à dominante urbaine, le rapport est inversé, 67% de l'offre de soins de premiers recours est assurée par les médecins généralistes contre 27% des maisons de santé. Les maisons de santé se répartissent préférentiellement sur les classes 1, 4 (zones attractives pour les médecins généralistes et la population) et 7, les médecins généralistes étant majoritairement présents dans les grandes villes bien dotées en offre de soins (classe 7). A l'exception de la classe 7 les maisons de santé sont davantage présentes dans les zones

peu habitées par les médecins généralistes : classe 1 24% des maisons de santé contre 4% des généralistes, il en est de même pour les classes 4 et 6.

Comme le montrent les paragraphes suivants, la mise en place des expérimentations des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé a un effet positif sur l'évolution de la densité de médecins généralistes.

Le rapport de l'IRDES¹¹⁰ compare la densité de médecins généralistes pour les deux typologies de zones : rurale et urbaine, sur la période 2004-2011 et les périodes allant 2004-2008 à 2008-2011. Cette dernière analyse a pour point central l'année 2008, date à laquelle les politiques de soutien aux maisons de santé se sont accentuées.

Pour les zones à dominance rurale :

Figure 31 : Densité de médecins généralistes 2004 vs 2011 dans les bassins de vie ¹¹⁰

	2004			2011			Différence de différences
	Témoins	Cas	Différence avant	Témoins	Cas	Différence après	
Bassins de vie classes 1 et 2							
Densité de médecins généralistes - moyenne	80,2	78,5	-1,7	73,9	74,4	0,5	2,2
Densité de médecins généralistes - Ecart types	0,7	1,9	2,0	0,8	1,9	2,0	2,9
t	103,1	79,3	-0,8	72,1	73,4	-0,6	0,7
P> t	0,000	0,000	0,413	0,000	0,000	0,808	0,453
Effectifs	509	88		509	88		
R-2							0,02911
Bassins de vie classes 3 et 4							
Densité de médecins généralistes - moyenne	109,5	98,5	-10,9	100,2	90,9	-9,2	1,7
Densité de médecins généralistes - Ecart types	1,4	3,5	3,8	1,4	3,6	3,8	5,4
t	79,7	106,3	-2,9	102,7	89,7	-10,5	0,3
P> t	0,000	0,000	0,004***	0,000	0,000	0,016**	0,752
Effectifs	356	54		356	53		
R-2							0,04583
Bassins de vie classes 5 et 6							
Densité de médecins généralistes - moyenne	81,3	81,3	0,6	81,5	87,1	5,6	5,0
Densité de médecins généralistes - Ecart types	1,1	3,3	3,5	1,1	3,3	3,5	4,9
t	72,3	81,5	0,2	81,5	83,6	2,0	1,0
P> t	0,000	0,000	0,861	0,000	0,000	0,107	0,310
Effectifs	363	42		363	42		
R-2							0,00352

Moyennes et écarts-types estimés par régression linéaire, sans covariables

*** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1

Pour simplifier la lecture les classes ont été regroupées, les "cas" sont avec maisons de santé, les "témoins" sans maison de santé. Il n'y a pas de différence significative de la densité de médecins généralistes dans les zones avec ou sans maisons de santé. Cependant, les classes 1 et 2, zones déficitaires en offre de soins, voient légèrement progresser la densité de médecins généralistes grâce aux maisons de santé (densité moyenne de généralistes en 2011 témoins 73,9, cas 74,4). C'est également la tendance pour les zones 3-4 et 5-6 où les zones ayant des maisons de santé ont une plus forte densité en médecins généralistes.

Figure 32 : Les évolutions des densités de médecins généralistes 2004-2008 *versus* 2008- 2011 dans les bassins de vie¹¹⁰

	2004-2008			2008-2011			Différence de différences
	Témoins	Cas	Différence avant	Témoins	Cas	Différence après	
Bassins de vie classes 1 et 2							
Différence de densités de médecins généralistes - moyenne	-3.7	-3.8	-0.2	-2.6	-0.3	2.3	2.5
Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types	0.4	1.1	1.1	0.4	1.0	1.1	1.6
t	-8.4	-3.8	-0.1	-1.3	-0.5	2.0	1.5
P> t	0.000	0.000	0.890	0.000	0.752	0.044**	0.127
Effectifs	509	88		509	88		
R-2							0,00844
Bassins de vie classes 3 et 4							
Différence de densités de médecins généralistes - moyenne	-5.6	-4.7	1.1	-3.7	-1.9	1.7	0.6
Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types	0.7	1.9	2.1	0.7	1.9	2.0	2.9
t	-7.6	-5.1	0.5	-3.0	-2.3	1.3	0.2
P> t	0.000	0.015	0.636	0.000	0.313	0.410	0.802
Effectifs	356	54		356	54		
R-2							0,00656
Bassins de vie classes 5 et 6							
Différence de densités de médecins généralistes - moyenne	-0.4	1.5	1.9	0.5	3.7	3.1	1.2
Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types	0.6	1.6	1.7	0.6	1.7	1.7	2.4
t	-0.7	0.8	1.1	1.3	3.2	2.6	0.5
P> t	0.508	0.350	0.272	0.322	0.025	0.070*	0.615
Effectifs	363	42		363	42		
R-2							0,00796

Moyennes et écarts-types estimés par régression linéaire, sans covariables
 *** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1

Si l'on compare les périodes 2004-2008 à 2008-2011, il y a de manière générale une baisse de la densité de médecins généralistes, mais que pour les "cas" zones avec maisons de santé la baisse ralentit pour les classe 1-2 et 3-4. Pour les bassins favorisés en matière de besoins de soins mais avec une offre moindre (classes 5 à 6) la progression de la densité est plus marquée dans les espaces avec des maisons de santé.

Le rapport fait la même analyse sur les espaces à dominante urbaine :

Les zones ont été classées selon la dotation en offre de soins : défavorisée, médiane ou favorisée. Les classes sont regroupées comme suit : 1-2 ; 4-5-6 ; 3-7.

Figure 33 : Les densités de médecins généralistes 2004 versus 2011 dans les espaces à dominante urbaine¹¹⁰

	2004			2011			Différence de différences
	Témoins	Cas	Différence avant	Témoins	Cas	Différence après	
Pseudo-cantons classes 1 et 2							
Densité de médecins généralistes, moyenne	71,5	68,3	-3,2	68,2	70,2	2,0	5,2
Densité de médecins généralistes - Ecart types	1,0	5,4	5,5	1,016	5,4	5,6	7,8
t	70,8	70,8	-0,6	68,2	66,0	-2,2	0,7
P> t	0,000	0,000	0,566	0,000	0,000	0,719	0,509
Effectifs	579	20		572	20		
R-2							0,00455
Pseudo-cantons classes 4 à 6							
Densité de médecins généralistes - moyenne	85,1	87,4	2,3	84,9	90,8	5,9	3,6
Densité de médecins généralistes - Ecart types	1,0	5,3	5,4	1,0	5,2	5,3	7,6
t	84,1	85,6	0,4	85,0	87,9	2,9	0,5
P> t	0,000	0,000	0,679	0,000	0,000	0,269	0,631
Effectifs	720	26		721	27		
R-2							0,0094
Pseudo-cantons classes 3 et 7							
Densité de médecins généralistes - moyenne	104,8	106,6	1,8	100,7	95,9	-4,8	-6,6
Densité de médecins généralistes - Ecart types	1,4	5,8	5,9	1,4	5,8	5,9	8,4
t	73,5	105,1	0,3	101,9	101,4	0,67	-0,8
P> t	0,000	0,000	0,764	0,000	0,000	0,415	0,430
Effectifs	459	28		459	28		
R-2							0,0061

Moyennes et écarts-types estimés par régression linéaire, sans covariables

*** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1

Sur l'ensemble de la période 2004-2011, la densité de médecins généralistes sur les zones avec des maisons de santé progresse pour les classes 1-2 et 4 à 6. Le schéma est opposé sur les classes 3 et 7. A noter que les effectifs ne permettent pas d'obtenir la significativité statistique.

Figure 34 : Les évolutions de densités de médecins généralistes 2004-2008 versus 2008-2011 dans les espaces à dominante urbaine¹¹⁰

	2004-2008			2008-2011			Différence de différences
	Témoins	Cas	Différence avant	Témoins	Cas	Différence après	
Pseudo-cantons classes 1 et 2							
Différence de densités de médecins généralistes, moyenne	-2.5	-6.9	-4.4	-0.9	8.7	9.6	14.0
Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types	0.5	2.9	2.9	0.5	2.8	2.9	4.1
t	-4.7	-4.0	-1.5	0.5	-0.3	0.5	3.4
P> t	0.000	0.015	0.128	0.093	0.002	0.001***	0.001***
Effectifs	576	20		572	20		
R-2							0,01788
Pseudo-cantons classes 4 à 6							
Différence de densités de médecins généralistes - moyenne	-0.2	1.9	2.1	0.1	1.7	1.6	-0.5
Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types	0.6	3.1	3.1	0.6	3.0	3.1	4.4
t	-0.4	0.4	0.7	0.3	2.0	2.0	-0.1
P> t	0.689	0.541	0.500	0.913	0.583	0.604	0.906
Effectifs	720	26		721	27		
R-2							0,0057
Pseudo-cantons classes 3 et 7							
Différence de densités de médecins généralistes - moyenne	-1.1	-4.7	-3.6	-3.0	-6.1	-3.0	0.6
Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types	0.7	2.7	2.8	0.7	2.7	2.8	4.0
t	-1.5	-2.4	-1.3	-4.0	-6.4	-3.4	0.1
P> t	0.121	0.1	0.2	0.000	0.027	0.284	0.882
Effectifs	459	28		459	28		
R-2							0,00724

Moyennes et écarts-types estimés par régression linéaire, sans covariables

*** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1

L'étude de la dynamique de l'évolution de la densité entre les périodes 2004-2008 et 2008-2011 montre des résultats statistiquement significatifs entre les zones avec (cas) et sans maisons de santé (témoin).

Pour les classes 1 et 2, la période 2004-2008 est marquée par un déclin de la densité entre les "cas et les "témoins". En revanche de 2008-2011, sur les mêmes classes l'évolution est significative et devient positive dans les zones avec maisons de santé.

Pour les villes dont la dotation en offres de soins est médiane, la densité pour les "cas" et les "témoins" sur les 2 périodes est stable sans que cela soit statistiquement significatif.

Pour les espaces favorisés, l'évolution est négative quelle que soit la configuration.

Les expérimentations des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé sont encourageantes car les installations de nouvelles maisons de santé se font majoritairement dans les zones tendues voire déficitaires en offre de soins, avec un ralentissement de la diminution de densité médicale entre 2008 et 2011 dans les espaces à dominance rurale. Ce nouveau système tend à diminuer les inégalités de densité médicale. Néanmoins plusieurs biais viennent gréver la puissance de l'analyse : la faiblesse des effectifs et la période de l'analyse assez courte au regard du temps de l'évolution démographique.

Cette expérimentation permet aussi de repenser le parcours de soins de façon plus transversale car elle incite financièrement les professionnels à jouer le jeu.

Enfin, l'expérimentation introduit un vrai mode de rémunération mixte alliant paiement à l'acte et forfait. A contrario, des forfaits existant hors expérimentation (enfants, patients âgés, ALD...) dont les montants sont faibles et sont des palliatifs à la revalorisation du tarif de consultation, les forfaits de l'expérimentation peuvent représenter des montants importants et donc une part importante de la rémunération des médecins.

C. Conclusion : la liberté d'installation, dernier rempart et point de départ d'une réforme en profondeur

Le manque d'anticipation et l'absence de stratégie à long terme entre les professionnels de santé, les syndicats et les autorités politiques mettent en péril depuis de nombreuses années un des fondements de la sécurité sociale qui est l'égalité d'accès aux soins. En revanche, il est dommage de constater que les représentants des patients sont exclus du débat.

D'un côté, les médecins tiennent à conserver leur dernier privilège qu'est la liberté d'installation et à améliorer leur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. D'un autre côté, l'Etat n'a que pour seule réponse l'incitation financière afin d'encourager les médecins à s'installer dans des zones à faible densité médicale et ainsi de rééquilibrer l'offre de soins. Cette politique réduit la motivation des médecins à des considérations financières et est difficilement soutenable sur la durée au regard du déficit actuel.

Force est de constater que l'action des pouvoirs publics s'est révélée inadaptée, inefficace à ce jour et en décalage par rapport aux tendances (ex : évolution du mode d'exercice).

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé laisse espérer une évolution du mode de rémunération moins inflationniste et plus orientée sur la qualité de prise en charge. Les maisons de santé peuvent être un levier intéressant pour homogénéiser la densité médicale et répondre à un besoin des médecins qui souhaitent de plus en plus travailler en groupe.

Il est évident que les ENMR n'ont de sens que s'ils font partie d'un arsenal permettant de répondre au caractère hétérogène des besoins de santé.

Cette action sur la lutte contre les déserts médicaux commence par des propositions clivantes comme le propose le rapport d'information du Sénat n° 335 (2012-2013), déposé le 5 février 2013, « Déserts médicaux : agir vraiment ¹⁰⁹ » en améliorant la régulation des installations des professionnels de santé en imposant aux médecins en début de carrière d'exercer dans des espaces en déficit d'offre de soins, en développant la médecine salariée pour assurer une offre de soins ambulatoire ou encore encourageant la télémédecine....

La proposition sur la liberté d'installation heurte encore les syndicats dont la CSMF dans son communiqué du 7 février 2013¹¹⁰, elle dénonce des « mesures coercitives », « Les médecins libéraux n'acceptent pas d'être les souffre-douleurs d'élus incapables de mettre en œuvre une politique cohérente et efficace d'aménagement du territoire. ». Le CNOM jusque-là opposé à toutes mesures entravant la liberté d'installation, prône l'ouverture et propose dans un communiqué du 28 mai 2012¹¹¹, une régulation des conditions du premier exercice des jeunes médecins sur une période de 5 ans.

Malgré cela, les gouvernements s'enferment dans une politique d'incitation financière au travers du « pacte territoire santé » qui reste un levier incitatif dont l'une des mesures consiste « à porter à 1500 d'ici 2017, les bourses pour les étudiants qui s'engagent à exercer quelques années dans un territoire sous-médicalisé. Créées en 2009, elles n'ont guère eu de succès jusqu'à ce jour, avec seulement 350 bourses signées. ».

Une autre mesure du pacte permet de sécuriser financièrement l'installation des jeunes médecins dans les territoires isolés pendant les deux premières années. Les médecins généralistes qui accepteront un poste de « praticien territorial de médecine générale » sont assurés d'un salaire minimum de 55 000 euros par an, soit environ 4 600 euros par mois. Si leur rémunération n'atteint pas cette somme, la Sécurité sociale prend en charge la différence pendant deux ans¹¹². ».

A l'opposé, l'Allemagne, le Québec, ont réussi à changer la donne en choisissant une stratégie plus contraignante qui limite la liberté totale d'installation.

La lutte permanente entre les syndicats et les différents gouvernements pour revaloriser le tarif de la consultation n'a plus lieu d'être au moment où notre système de santé est de plus en plus fragile. Pour entrer dans un système vertueux, l'action doit se polariser sur la qualité des soins. La qualité des soins comme objectif final permettra de comparer les pratiques médecin par médecin, de standardiser le parcours de soins, de rentrer dans un système de santé plus préventif avec des patients mieux soignés et donc dégager des économies pour valoriser nos praticiens et investir pour innover.

III. Conclusion générale : Les LFSS, un outil mal exploité

La loi de financement de la sécurité sociale est le cœur de la politique de santé. Par sa récurrence, son rythme, sa préparation au travers du projet de loi de financement de sécurité sociale, elle apparaît comme un continuum démocratique permettant de réformer le système de santé de façon incrémentale. Elle constitue un formidable outil pour ajuster et réformer notre système de santé.

Aujourd'hui, aux questions : est-ce que les Français ont accès aux soins ? Est-ce que les Français ont accès à l'innovation thérapeutique ? Les réponses sont positives. Oui, notre système de santé garantit l'accès aux soins et aux dernières thérapeutiques, mais pour combien de temps encore ?

La LFSS est un bon outil dans sa structure, dans son articulation avec la loi de finances, dans sa capacité à fixer des objectifs pour s'engager sur la voie de la réforme. Elle n'en est pas moins bridée par l'incapacité des gouvernements successifs à engager des réformes rapides. Les deux innovations choisies en sont de parfaits exemples. Malgré ses effets pervers criants, aucune vraie réforme de la T2A n'a été engagée depuis sa création, laissant les hôpitaux se décourager, pris entre une logique de volume d'actes et baisse des tarifs de ces derniers. Il en est de même pour les expérimentations des nouveaux modes de rémunération, qui semblent être une réforme aux effets positifs en ligne avec les tendances et objectifs des parties prenantes mais qui tarde à sortir de son stade expérimental.

Devant l'hétérogénéité de l'offre de soins sur le territoire Français, l'Etat reste dans un pilotage et une gestion centralisée de notre système de santé. Cette centralisation lui confère une trop grande rigidité, qui le rend très sensible aux désaccords des parties prenantes et perméable aux paralysies. Le premier constat est que, certes, la LFSS est bien structurée mais sa longueur et sa capacité à légiférer sur tous les sujets en fait un organe complexe. Le deuxième constat est plus tactique : sur le terrain, les organes de décentralisation et désétatisation, comme les ARS, existent mais le manque d'agilité reste cruel. Confier à ces organismes régionaux plus de pouvoir permettrait sans aucun doute de gagner en agilité et en réactivité pour répondre à l'hétérogénéité de notre territoire.

Enfin, la solidité de notre système de santé s'effrite dangereusement. L'état récurrent de ses finances le fragilise et fait qu'il s'adapte de moins en moins bien aux innovations notamment aux grandes avancées thérapeutiques. Au-delà de son caractère rigide, force est de constater un manque de stratégie à long terme. Dès le lendemain de la mise en place de la T2A, la LFSS n'a eu cesse de courir après les effets indésirables pour les corriger.

Alors quelle est la stratégie de la France, pour garder un système santé qui semble, à juste titre, exceptionnel tant sur le plan de l'égalité d'accès aux soins que de l'accès à l'innovation thérapeutique. La Ministre de la Santé laisse entrevoir des éléments de réponse sur la stratégie de la France au travers de l'Accord National Interprofessionnel (ANI)¹¹³ et du

contrat responsable. L'ANI généralise les complémentaires santé pour chaque salarié du privé, cédant une partie des prérogatives de l'assurance maladie au privé. Quant au contrat responsable¹¹⁴, sous couvert d'essayer de faire baisser les honoraires des médecins, il en plafonne le remboursement. Ceci a pour principale conséquence de franchiser le parcours de soins, et de creuser encore davantage les inégalités entre les patients aisés, capables de s'offrir les dépassements d'honoraires pour accéder aux meilleurs spécialistes, et les autres.

Ces deux exemples récents montrent le désengagement constant des pouvoirs publics dans le domaine de la santé. Puissent, les débats de la prochaine élection présidentielle de 2017, remettre la santé au centre de la volonté politique.

TABLE DES FIGURES

Figure 1: L'ÉVOLUTION DES MODALITÉS DE RÉGULATION DES DÉPENSES D'ÉTABLISSEMENT	20
Figure 2 : Répartition des établissements hospitaliers entre le public et le privé	27
Figure 3 : Part de marché du public en 2003 France Entière(1) par lourdeur d'activité (2) : détail par groupe d'activité en nombre – Hospitalisation > 48h	29
Figure 4 : Part de marché Public/Privé en fonction de la gravité des pathologies	30
Figure 5 : Chirurgie en 2003 : Parts de marché Public/Privé en fonction de l'âge (séjour>24h.)	31
Figure 6 : Médecine en 2003 : Parts de marché Public/Privé en fonction de l'âge (séjours>24h.)	31
Figure 7 : Evolution du nombre de séjours (hors séances)	36
Figure 8 : Evolution des séjours et séances hospitaliers, 2002-2009.....	37
Figure 9 : Répartition de l'activité selon le type d'établissement (2002-2009)	39
Figure 10 : Evolution du nombres de séjours par types de soins et types d'établissements entre 2002 et 2009.....	40
Figure 11 : Evolution du nombre de séjours d'hospitalisation complète entre 2002 et 2009.....	41
Figure 12 : Evolution du nombre de séjour ambulatoires en médecine entre 2002 et 2009	41
Figure 13 : Durée moyenne de séjour (hors séances) par type de soins entre 2002 et 2009	42
Figure 14 : Valeur entropique moyenne par type d'établissement de 2002 à 2009 ⁵⁴	43
Figure 15 : Etude du seuil de rentabilité de la durée des séjour des patients dans le GM 17MO6W « chimiothérapie pour autres tumeurs avec CMA » au CHU de Limoges.....	44
Figure 16 : Taux de mortalité à 30 jours entre 2002 et 2009.....	45
Figure 17 : Taux de réadmission à 30 jours entre 2002 et 2009	46
Figure 18 : Evolution du taux de réadmission selon le statut de l'établissement.....	47
Figure 19 : Pourcentage de PIB consacré à la santé en fonction du type de rémunération des médecins	59
Figure 20 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'ordre de 1979 à 2015. Atlas de la démographie médicale 2015.....	63
Figure 21 : Nombre et densité de médecins en activité en France (2006-2030).....	64
Figure 22 : Densité régionale des médecins en activité régulière. Atlas de la démographie médicale 2015.....	64
Figure 23 : Densité médicale dans les anciennes régions. Atlas de la démographie médicale 2015 ...	65
Figure 24 : Densité médicale dans les nouvelles régions. Atlas de la démographie médicale 2015 ...	65
Figure 25 : Densité médicale en activité régulière au niveau départementale. Atlas de la démographie médicale 2015	66
Figure 26 : Mode d'exercice sur la période 2007 - 2020. Atlas de la démographie médicale 2015	67
Figure 27 : Carte : Typologie socio-sanitaire des bassins de vie à dominante rurale	75
Figure 28 : Carte : Typologie socio-sanitaire des bassins de vie à dominante urbaine.....	76
Figure 29 : Répartition des communes avec des maisons de santé au sein des classes issues de la typologie des bassins de vie, comparativement aux médecins généralistes et à la population.....	77
Figure 30 : Répartition des communes avec des maisons de santé au sein des classes issues de la typologie des pseudo-cantons, comparativement aux médecins généralistes et à la population.....	77
Figure 31 : Densité de médecins généralistes 2004 vs 2011 dans les bassins de vie	78
Figure 32 : Les évolutions des densités de médecins généralistes 2004-2008 <i>versus</i> 2008- 2011 dans les bassins de vie	79

Figure 33 : Les densités de médecins généralistes 2004 versus 2011 dans les espaces à dominante urbaine	80
Figure 34 : Les évolutions de densités de médecins généralistes 2004-2008 versus 2008-2011 dans les espaces à dominante urbaine	81

Bibliographie

- ¹ Bohineust.A et Guichard.G. 2014. Hépatite C : le médicament qui bouleverse la Sécu. *Le Figaro*. Disponible sur <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/09/27/20002-20140927ARTFIG00004-hepatite-c-le-medicament-qui-bouleverse-la-secu.php>. [Consulté le 29/10/2016]
- ² Organisation de Coopération et de développement Economiques. Manuel d'Oslo : principes directeurs pour le recueil et l'interprétation des données sur l'innovation, 3^e édition, Editions de l'OCDE, Paris 2005, 184 pages.
- ³ Rapport d'information 433 (98-99) – Commission des Affaires sociales « Les lois de financement de la sécurité sociale »
- ⁴ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015. Article 3
- ⁵ Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997. Article 32
- ⁶ Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998. Article 12
- ⁷ Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Article 31
- ⁸ Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. Article 22 à 34
- ⁹ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre de financement de sécurité sociale pour 2002. Article 31
- ¹⁰ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Article 103
- ¹¹ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Article 43
- ¹² Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de sécurité sociale pour 2015. Article 14. L'ANI est mis en oeuvre par la loi 2013-504 du 14 juin 2013 avant toute LFSS.
- ¹³ Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de sécurité sociale pour 2015. Article 41
- ¹⁴ Renaissance numérique. D'un système de santé curatif à un modèle préventif grâce aux outils numériques. Septembre 2014
- ¹⁵ Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de sécurité sociale pour 2015. Article 36
- ¹⁶ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Article 68
- ¹⁷ Morozov.E. New Repulbic. Our naive "innovation" Fetish. 18 Mars 2014
- ¹⁸ Discours de Jean François Mattei, 20 novembre 2002 – Hôpital 2007 : Un pacte de modernité avec l'hospitalisation.
- ¹⁹ Rapport IRDES. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Mars 2009
- ²⁰ IRDES. Données de cadrage : l'hôpital. Définitions. Décembre 2013. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/definitions.html>. [Consulté le 30/10/2016]
- ²¹ Rapport Cour des Comptes.p299. La sécurité sociale. Septembre 2002
- ²² ATIH. Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO). Mise à jour le 03/02/2014. Disponible sur : <http://www.atih.sante.fr/mco/presentation>. [Consulté le 30/10/2016]
- ²³ Sur base du schéma proposé dans le rapport : « tarification à l'activité » du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées
- ²⁴ Rapport Cour des Comptes. La sécurité sociale. Septembre 2002
- ²⁵ Rapport Cour des Comptes. La sécurité sociale. Septembre 2002 – p321-322
- ²⁶ Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. Article 25
- ²⁷ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Article 22 à 34
- ²⁸ Rapport IGAS. Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et actes médicaux. Mars 2012
- ²⁹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Article 33

³⁰ Mauduit.H. Apmnews – Jean-François Mattei quitte le Ministère de la Santé au milieu du chantier de la réforme de l'assurance maladie. Mars 2004. Disponible sur : http://www.apmnews.com/JEAN-FRANCOIS-MATTEI-QUITTE-IE-MINISTERE-DE-IA-SANTE-AU-MILIEU-DU-CHANTIER-DE-IA-REFORME-DE-L'ASSURANCE-MALADIE-NS_134901.html [consulté le 30/10/2016]

³¹ Rapport législatif. Avis n°1156. 22 octobre 2003

³² COMPTE RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL Session ordinaire de 2003-2004 - 15ème jour de séance, 38ème séance 2ème SÉANCE DU MARDI 28 OCTOBRE 2003 PRÉSIDENCE de M. Jean-Louis DEBRÉ.

³³ COMPTE RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL Session ordinaire de 2003-2004 - 15ème jour de séance, 39ème séance 3ème SÉANCE DU MARDI 28 OCTOBRE 2003 PRÉSIDENCE de M. Marc-Philippe DAUBRESSE

³⁴ Sénat. Séance du 18 novembre 2003 – Compte rendu intégral des débats

³⁵ “Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs” Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, rapport n° 57, mai 1998 : 63 pages. Cité dans Prescrire Rédaction “Maîtrise des dépenses de santé et diffusion des progrès techniques” Rev Prescrire 1999 ; 19 (196) : 467.

³⁶ Neulat-Isard.S. Apmnews. Le mode de financement des urgences dans le cadre de la T2A suscite déjà des critiques. 15 décembre 2003. Disponible sur : http://www.apmnews.com/IE-MODE-DE-FINANCEMENT-DES-URGENCES-DANS-IE-CADRE-DE-IA-T2A-SUSCITE-DEJA-DES-CRITIQUES-NS_132058.html. [Consulté le 30/10/2016]

³⁷ Rapport Cour des Comptes. La sécurité sociale. Septembre 2002. p 531-532

³⁸ Article L6111-1, version en vigueur au 28 janvier 2016, du code la santé publique

³⁹ DRESS. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ - Un panorama pour l'année 2004

⁴⁰ Sénat. Rapport d'information – La tarification à l'activité à l'hôpital : la réforme au milieu du gué. Avril 2006

⁴¹ FHF. hôpitaux publics & cliniques privées, une convergence tarifaire faussée. Octobre 2005

⁴² Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Article 17.

⁴³ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Article 62

⁴⁴ Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011. Article 68

⁴⁵ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Article 59
46 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁴⁷ Chardon.D. Le Quotidien du médecin n°7861 – Un rapport explosif sur les dépenses hospitalières. La T2A, inflationniste, doit marquer une pause, selon l'IGAS et l'IGF. 12 décembre 2005

⁴⁸ IGAS/IGF. Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières. Juillet 2005

⁴⁹ IGF, rapport N°2011-M056-01, Evaluation de la tarification des soins et des actes médicaux. p22-23. Avril 2012

⁵⁰ Conseil de l'hospitalisation. Rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé de juillet 2005

⁵¹ DGOS. Rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé

⁵² IRDES. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Avril 2013.p24

⁵³ IRDES. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Avril 2013.p23

⁵⁴ IRDES. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Avril 2013.p25

⁵⁵ IRDES. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Avril 2013.p29

⁵⁶ IRDES. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Avril 2013.p27, 30, 34, 35.

⁵⁷ IRDES. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Avril 2013.p35

⁵⁸ IRDES, Etude du seuil de rentabilité de la durée des séjours des patients dans le GM 17MO6W « chimiothérapie pour autres tumeurs avec CMA » au CHU de Limoges

⁵⁷ Or, Com-Ruelle, 2008

- ⁵⁸ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf>
- ⁵⁹ Farrar *et al.*, 2009
- ⁶² DRESS.Champ–Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et de DOM ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012. Sources – ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES
- ⁶⁰ l'IRDES. Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ? p12-13. Décembre 2012.
- ⁶¹ Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.Article 51
- ⁶² Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Article 41.
- ⁶³ Veran.O Rapport d'étape. Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé. Mai 2016
- ⁶⁴ Couty.E et Scotton.C. Pacte de confiance pour l'hôpital. Mars 2013
- ⁶⁵ DGOS. Rapport au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé. Novembre 2014
- ⁶⁶ Attal-Toubert *et al.*, DREES, 2009
- ⁶⁷ DRESS. Etudes et résultats. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Février 2009
- ⁶⁸ Grignon *et al.* 2002 ou Albouy et Deprez 2008.
- ⁶⁹ Sénat. Rapport d'information n°699. fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Juillet 2014
- ⁷⁰ HAS. Méthode pour rendre un avis pour les Accords de Bon Usage des Soins (AcBUS), Contrats de Bonne Pratique (CBP), Contrats de Santé Publique (CSP).Juillet 2006
- ⁷¹ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Article 43.
- ⁷² Circulaire du CNOM adressée aux conseils départementaux et régionaux. 19 Juin 2009. Disponible sur : <http://www.ordmed31.org/actualites/article/contrats-d-amelioration-des> . [Consulté le 30/10/2016)
- ⁷³ Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Septembre 2011.
- ⁷⁴ Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011.
- ⁷⁵ Loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011. Article 53.
- ⁷⁶ Cour des Comptes. Relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Juin 2014
- ⁷⁷ Caisse nationale d'Assurance Maladie. Dossier de Presse. Rémunération sur objectifs de santé publique, bilan à 4 ans. 21 Avril 2016
- ⁷⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- ⁷⁹ Instruction N° DGOS/R2/2011/192 du 20 avril 2011 relative à la permanence des soins en médecine ambulatoire
- ⁸⁰ Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes.
- ⁸¹ Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de sécurité sociale pour 2013. Article 4.
- ⁸² Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Article 36.
- ⁸³ Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010. Article 35.
- ⁸⁴ Assurance Maladie Midi-Pyrénées. En direct médecins n°51. Aout 2014
- ⁸⁵ Garrigou-Grandchamp.M. Fédération des Médecins de France. Note de synthèse de la cellule juridique : Le suivi post ALD. 15 décembre 2013
- ⁸⁶ Avenant n°8 à la convention collective médicale. Journal officiel du 6 décembre 2012
- ⁸⁷ Arrêté portant sur l'approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. 22 septembre 2011
- ⁸⁸ Société Française d'économie de la santé. Atelier de standardisation des pratiques en évaluation économique : les coûts dans l'évaluation économique. 7 Mai 2015

⁸⁹Mignon M, Sureau C. Humanisme médical – Pour la pérennité d’une médecine à visage humain. Coll. Actes et Colloques, Cercle André Lambling. John Libbey Eurotext, Paris, 2003. Abecassis Ph, Batifoulier Ph, Gannon F, Haag A. Nomadisme médical et médecin de référence : une modélisation de la dynamique de choix des patients.

⁹⁰Delattre E, Dormont B (2003) : « Fixed Fees and Physician-Included Demand : A Panel Data Study on French Physicians » Health Economics.

⁹¹Rochaix L et Jacobzone S, (1997) : « L’hypothèse de la demande induite : un bilan économique », Economie et Prévision n°129-130. Nguyen N. X, Derrick F.W (1997) : « Physician behavioral response to a Medicare price reduction », Health services research, vol 32 (3)

⁹²Tract du Syndicat des Médecins Libéraux .17 décembre 1995

⁹³Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Article 44.

⁹⁴Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Article 46

⁹⁵Sénat. Projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2008 : Assurance maladie. Rapport n° 72 (2007-2008) de M. Alain VASSELLE, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 7 novembre 2007

⁹⁶Atlas de la démographie médicale 2015

⁹⁷Etudes et résultats N°679, La démographie médicale à l’horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Février 2009

⁹⁸ODCE Panorama de la santé en 2013, indicateurs de l’OCDE

⁹⁹DRESS études et résultats, n°679. Février 2009.

¹⁰⁰Kantar TNS. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d’Ile-de-France. Juin 2013

¹⁰¹Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁰²Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. Article 65

¹⁰³Irdes. Questions d’économie de la sante n°189 l’impact du regroupement pluriprofessionnel sur l’offre de soins. Juillet-Aout 2013

¹⁰⁴URPS médecins Lorraine. Forfait missions coordonnées.

Disponible sur : http://www.urpsmedecinslorraine.fr/index.php?urlrewrite=enmr&pathrewrite=&WCE_section_4405_1=2. [Consulté le 30/10/2016]

¹⁰⁵Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Article 45

¹⁰⁶Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Article 67

¹⁰⁷Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Article 68

¹⁰⁸IRDES. Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d’offre de soins en France. Novembre 2013

¹⁰⁹Rapport d’information de M. Hervé MAUREY, fait au nom de la commission du développement durable

n° 335 (2012-2013). Déserts Médicaux : agir vraiment. 5 février 2013

¹¹⁰CSMF. Communiqué du 7 février 2013.

¹¹¹CNOM. Communiqué du 28 mai 2012.

¹¹²Geoconfluence Le choix d’une politique d’incitations plutôt que de restrictions à l’installation des médecins. 15 mars 2013. Disponible sur : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/popup/Demomed5.html>. [Consulté le 30/10/2016]

¹¹³Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Article 14

¹¹⁴Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Article 34

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Résumé :

L'innovation en santé en France jaillit de nombreuses sources, y compris le droit et plus spécifiquement les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Après une analyse synthétique d'une sélection personnelle des innovations les plus emblématiques contenues dans les Lois de Financement de la Sécurité Sociale de 1997 à 2016, ce mémoire a pour objet de mettre en lumière les forces et manquements de deux innovations majeures des LFSS : la tarification à l'activité et l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

Mots-clés : Innovation, Loi de Financement de la Sécurité Sociale, Tarification à l'activité, Nouveaux Modes de Rémunération.

Abstract :

Health innovation in France comes from many sources, including the law and more specifically the French "Lois de Financement de la Sécurité Social" (LFSS, Social Security Financing Laws). Following a synthetic analysis of a personal selection of key innovations included in the French LFSS from 1997 to 2016, the purpose of this thesis is to highlight the strengths and weaknesses of two major LFSS innovations : the activity-based payment model and the experimentation of new methods of remuneration for health professionals.

Keywords : Innovation, French Social Security Financing Laws, activity-based payment, new methods of remuneration.

Thèse de PHARMACIE

Laboratoire de Droit et Économie Pharmaceutiques, UFR des sciences pharmaceutiques,
Bordeaux II