

## La Cour des comptes très critique sur les coopérations hospitalières

**PARIS, 8 septembre 2011 (APM)** - La Cour des comptes se montre très critique sur les coopérations hospitalières, public/public mais aussi public/privé, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale rendu public jeudi.

Les critiques énumérées dans la partie du rapport uniquement consacrée à ces coopérations, se fondent sur des contrôles menés dans 70 organismes (hôpitaux, groupement d'intérêt économique (GIE) ou d'intérêt public (GIP), syndicats interhospitaliers) et sur les informations recueillies lors des deux années précédant le rapport dans près de 40 établissements, précise la haute juridiction.

La Cour pointe tout d'abord l'"accumulation" des outils de coopération existants. Elle a recensé 19 instruments différents, dont trois (syndicat inter-hospitalier, clinique ouverte et communauté d'établissements de santé) sont "à l'état de survivance".

Elle indique qu'il est "courant" qu'un hôpital soit engagé "dans de nombreuses opérations de coopération formalisées" ou de "multiples conventions". Elle cite le centre hospitalier de Châteauroux (Indre) qui a signé 188 conventions pour des "actions diverses" et est engagé dans "22 réseaux différents".

"L'existence des conventions ne garantit pas l'effectivité des coopérations", souligne la Cour qui constate un degré de mise en oeuvre "très variable".

Si les coopérations engagées par les CH de Niort (Deux-Sèvres) et de Montmorillon (Vienne) fonctionnent bien, d'autres ne se sont pas concrétisées, explique la juridiction en citant le projet de pôle de santé unique du Figeacois (Lot) et les coopérations "préconisées avec insistance" entre Chartres et Dreux (Eure-et-Loir), Orléans et Gien (Loiret), Valence et Romans (Drôme).

"D'autres conventions sont restées longtemps lettre morte après signature, comme entre le CHS de Ville-Evrard et le CH de Saint-Denis ou, faute d'effectifs médicaux, entre Mont-de-Marsan et Dax (Landes) pour la stimulation cardiaque".

La haute juridiction se demande également si des coopérations dont les conditions de fonctionnement "n'ont pas été actualisées depuis plus de dix ans et dont les dispositions financières contractuelles sont toujours libellées en francs" sont "vivantes", d'autant que le suivi et l'évaluation sont dans la plupart des cas "quasi inexistantes".

### BEAUCOUP DE FRAGILITES

Les actions engagées présentent en outre parfois "des fragilités à plusieurs titres": une "pérennité incertaine", des "défauts juridiques" et des "déséquilibres entre partenaires".

La pérennité d'une convention peut se voir menacée en raison de la "fragilité des liens entre partenaires", de la "précarité du financement et des moyens disponibles" et de "la logique concurrentielle inhérente à la tarification à l'activité", explique la Cour.

Elle observe à cette occasion que "dans nombre de coopérations qui lient un hôpital public à un acteur de santé privé, la part du risque économique ou financier assumée par le CH est la plus importante".

Se fondant sur plusieurs exemples concrets de coopération public/privé, en particulier celui du pôle public/privé de Saint-Tropez qui "illustre" plusieurs déséquilibres, elle indique qu'elle a observé des inégalités dans différents domaines: lors d'opérations de construction de pôles de santé communs, dans la répartition des charges et des coûts d'investissement, dans les coûts de la prise en charge des patients, ou dans la répartition de la charge de la permanence des soins.

Dans sa réponse figurant à la fin du rapport, le pôle de santé du Golfe de Saint-Tropez confirme que l'acteur public a bien la part d'activités la moins programmable (urgences) et la moins rentable (médecine) mais fait observer que le coût du maintien des doublons "serait bien plus grand, pour chaque entité, pour la sécurité sociale et pour la qualité des soins (...)".

Dans son rapport, parmi les autres déséquilibres, la Cour dénonce aussi "les mécanismes de quasi-subsidation par insuffisance des redevances exigées des professionnels libéraux", figurant dans les conventions de co-utilisation des plateaux techniques.

Plus généralement, les retombées médico-économiques des coopérations, y compris public/public, sont souvent "inéquitablement" partagées, estime-t-elle.

Prenant l'exemple des consultations avancées dispensées par les médecins d'un hôpital de référence ou de recours auprès d'un hôpital de proximité, elle indique que "l'équilibre peut être faussé" si l'établissement de référence sélectionne et attire vers lui des séjours qui auraient pu être assumés par l'autre.

### **EVALUER L'IMPACT DES COOPERATIONS**

Regrettant l'absence d'évaluation de l'impact des coopérations sur l'organisation des soins, en termes d'amélioration sanitaire ou d'économies de moyens, la Cour considère que cet impact est "contrasté".

Si certaines opérations ont des effets structurants sur l'offre et améliorent l'accès aux soins et leur qualité, d'autres ont conduit à "renforcer une concurrence inutile" ou "entraver la restructuration" en ayant un caractère "défensif" (comme maintenir des activités de chirurgie ou d'urgence), estime-t-elle.

Face à cette situation, la haute juridiction recommande que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et les agences régionales de santé (ARS) "pilotent fermement la stratégie de recomposition de l'offre hospitalière en mettant résolument en oeuvre l'ensemble des outils, y compris coercitifs".

Elle appelle à "réduire le nombre des supports juridiques possibles pour les coopérations en supprimant ceux qui n'ont pas trouvé d'usage" et de "normaliser" les modèles de conventions de GIE et de GIP pour "éviter les risques juridiques et les déséquilibres pesant sur les hôpitaux".

Elle suggère aussi de "rendre plus systématiques les études d'impact avant le lancement des coopérations, ainsi que les évaluations ultérieures".

san/co/APM polsan  
redaction@apmnews.com  
SNOI8002 08/09/2011 12:28 ACTU



## **Assurance maladie : la Cour des comptes veut des mesures radicales pour tenir l'Ondam**

**PARIS, 8 septembre 2011 (APM)** - La Cour des comptes demande des mesures radicales pour tenir l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), dans son rapport annuel 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), rendu public jeudi.

La Cour des comptes constate que l'Ondam 2010 a été respecté, pour la première fois depuis 1997 et pour la deuxième fois depuis sa création. Mais, prévient-elle, cela tient à des "éléments circonstanciels difficilement reconductibles" comme une épidémie de grippe moins forte, des économies sur le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) et l'absence de revalorisation financière significative des honoraires de professions de santé, et reste donc "fragile".

"C'est bien de la maîtrise des dépenses correspondant directement à des remboursements de soins que dépend sur la durée le respect des orientations pluriannuelles en matière de finances publiques" en 2011 et en 2012.

La Cour estime qu'un taux d'évolution de 2,8 % par an, prévu par le gouvernement dans les prochaines années, conduirait à un "très lent recul du déficit" (23,9 milliards d'euros en 2010 pour le régime général), atteignant 5 milliards d'euros en 2020 et l'équilibre en 2027.

Dans sa réponse, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) conteste cette analyse, en estimant que le respect de l'Ondam en 2010 tient "plus à des facteurs volontaristes que conjoncturels" et estime qu'il y a un "réel ralentissement des dépenses" obtenu pour partie par la stratégie déployée par la CNAMTS.

La Cour réitère ses critiques sur l'opacité des critères d'élaboration de l'Ondam. Elle demande donc que les hypothèses techniques qui sous-tendent son élaboration soient complètement explicitées "de manière à garantir la solidité et la transparence".

Le rapport demande également que le calcul du taux d'évolution tendancielle de l'Ondam soit "plus rigoureux et transparent" et qu'une harmonisation entre le secteur hospitalier et celui des soins de ville soit menée. Un travail d'analyse des "facteurs de long terme" doit aussi être engagé pour affiner les prévisions, notamment pour évaluer l'impact de la démographie médicale, de l'innovation pharmaceutique et des anticipations de départs à la retraite dans la fonction publique hospitalière.

La Cour des comptes renouvelle deux recommandations déjà formulées, pour extraire l'ensemble des dépenses non régulées du périmètre de l'Ondam et présenter le constat de l'Ondam réalisé selon les sous-objectifs définis par la LFSS.

La direction de la sécurité sociale (DSS) a indiqué à la Cour qu'il lui était actuellement impossible de déterminer la nature de la totalité des dépenses non régulées (400 millions d'euros sur un total de 162 milliards) mais un travail va être engagé pour améliorer ce point.

Elle estime aussi indispensable qu'il y ait un suivi effectif des mesures d'économies, en particulier pour celles sur l'Ondam hospitalier.

### **DETTE SOCIALE : UNE STRATEGIE VIGOUREUSE A ENTREPRENDRE**

La Cour des comptes s'alarme par ailleurs une fois de plus de l'évolution de la dette sociale et de sa couverture dans les années qui viennent.

Elle constate que la France est le seul pays européen qui "accepte que son système de protection sociale soit durablement en déficit". Le transfert de la dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et sa couverture par la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) était un système considéré comme vertueux mais il est devenu "désresponsabilisant" et est arrivé "à ses limites".

Comme "la dette sociale continue de croître plus vite que sa capacité d'amortissement", la Cour des comptes estime qu'il faut engager "une stratégie vigoureuse de redressement des comptes sociaux" afin de faire disparaître le déficit structurel.

Elle estime qu'il faut "rétablir un lien étroit entre le déficit et son financement" en prévoyant dans la loi que tout transfert de dette soit accompagné d'une "programmation précise et fiable" de retour à l'équilibre des comptes sociaux, et que tout nouveau transfert de dette sociale à la Cades soit couvert, de façon privilégiée, par un relèvement de la CRDS.

La Cour demande de proscrire le préfinancement de dette par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) ainsi que le transfert globalisé sur des périodes de plus en longues, comme cela a été fait à l'automne 2010 (transfert de 130 milliards d'euros de dette passée et à venir). Le plafond d'avances voté en LFSS doit être utilisé pour la seule couverture des besoins de trésorerie de l'année.

hm/ab/APM polsan  
redaction@apmnews.com  
HMOI7003 08/09/2011 12:30 ACTU



## **La Cour des comptes appelle à définir rapidement les modalités de la convergence tarifaire entre les secteurs hospitaliers**

**PARIS, 8 septembre 2011 (APM)** - La Cour des comptes appelle à définir "rapidement et clairement" l'objectif et les modalités de la convergence tarifaire entre le secteur hospitalier public et le secteur hospitalier privé commercial, dans son rapport annuel d'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale, rendu public jeudi.

La Cour des comptes consacre 28 pages de son rapport à "la tarification à l'activité [T2A] et la convergence tarifaire".

"Rendue possible par l'amélioration de la connaissance des coûts hospitaliers, la T2A, telle qu'elle a été mise en oeuvre, déconnecte néanmoins les tarifs des coûts de production, sans faciliter la maîtrise de la dépense hospitalière", observe la Cour qui s'était déjà penchée sur la réforme de la T2A en 2009.

"La poursuite de la convergence tarifaire entre secteur public et privé accentue cette tendance, ce qui impose d'en définir rapidement et clairement l'objectif et les modalités pour respecter les échéances fixées par le Parlement", estime-t-elle.

Elle rappelle que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2010 a reporté à 2018 la fin du processus de convergence intersectorielle, "de manière à mener à bien les études 'd'objectivation' des écarts de coûts entre les deux secteurs". En contrepartie, une convergence "ciblée" sur plusieurs tarifs a eu lieu en 2010 et en 2011.

La Cour estime que la pratique d'une convergence ciblée ne peut être poursuivie, cette solution ayant "eu pour effet de différer les arbitrages les plus fondamentaux".

Pour la Cour, il faut prendre des "décisions rapides et nettes" sur le "périmètre" de la convergence intersectorielle et sur son "niveau", "comme des types de séjours sur lesquels la convergence devrait porter".

Sur le périmètre, elle estime qu'il devra inclure "les honoraires des médecins", "le reste à charge pour les assurés et les protections complémentaires" et "les actes rattachés au séjour, c'est-à-dire ceux qui sont effectués en ville avant ou après le séjour et qui sont directement liés aux soins prodigués durant l'hospitalisation".

Même si elle est "complexe" à mettre en oeuvre, "cette approche globale 'tous financeurs' et 'toutes prestations' permettrait l'égalisation des conditions de concurrence en imposant de tenir compte de toutes les recettes dont bénéficient les établissements", explique la Cour.

"Elle seule peut permettre d'éviter le report sur les assurés et sur leur protection complémentaire des efforts que l'hôpital ne serait pas à même de consentir", ajoute-t-elle.

"En tout état de cause, la question du périmètre concerné par la convergence est à régler prioritairement avant la fixation de nouvelles étapes en vue du rapprochement des conditions tarifaires des secteurs public et privé", insiste-t-elle en suggérant d'expertiser l'intégration des honoraires des praticiens du secteur privé dans l'objectif des dépenses de médecine-chirurgie-obstétrique (ODMCO).

La Cour recommande également d'"intensifier" la réduction des écarts de coûts "par l'amélioration de l'efficacité plutôt que créer en continu de nouvelles missions d'intérêt général (MIG)", comme cela a été fait pour la prise en charge de la précarité et la permanence des soins.

"La création de nouvelles Migac [missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation] ne peut plus être privilégiée pour tempérer les écarts de coûts constatés", affirme-t-elle en relevant l'accroissement du poids des Migac dans les recettes des hôpitaux.

san/ab/APM polsan

redaction@apmnews.com

SNOI7002 08/09/2011 12:31 ACTU

## **La Cour des comptes propose plusieurs réorganisations pour la MSA**

**PARIS, 8 septembre 2011 (APM)** - La Cour des comptes a proposé jeudi plusieurs mesures pour réorganiser la Mutualité sociale agricole (MSA), dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Dans son bilan, la Cour constate que les réformes et les évolutions engagées ces dernières années par la MSA ne "sont pas parvenues à leur terme". Elle considère que la restructuration juridique est "achevée" mais qu'elle a un "impact limité en termes de performance".

Concernant l'organisation territoriale du réseau de la MSA, la Cour estime que les "résultats ne sont pas encore tangibles, les actions menées étant restées incomplètes".

S'agissant de la Caisse centrale de la MSA (CCMSA), la Cour pense que ses compétences nouvelles ne sont "pas encore assez effectives". Malgré l'impulsion donnée pour élargir ses compétences, la Cour pointe la faiblesse de l'évolution des missions transversales, de la mutualisation de certaines tâches et de la définition d'une perspective stratégique.

La caisse centrale souffre d'un "appui insuffisant pour les missions transversales" par exemple concernant la gestion des ressources humaines et l'immobilier. La Cour des comptes recommande aussi une meilleure mutualisation d'activités entre les caisses.

Elle recommande de "définir au niveau national, dès le plan stratégique, les missions qui doivent être exercées à une échelle inter-caisses ou nationale" et d'"en tirer les conséquences sur les contrats pluriannuels d'objectif et de gestion".

### **UNE REFORME DU FINANCEMENT INCOMPLETE**

La Cour des comptes a constaté aussi que "plusieurs questions rest[ai]ent à résoudre" en matière de financement de la protection sociale des exploitants agricoles, la réforme ayant été "incomplète", du point de vue de l'équilibre global des comptes du régime des exploitants agricoles et des relations financières avec les caisses.

Les magistrats ont relevé "des ressources insuffisantes" pour les exploitants agricoles et plaident pour un meilleur encadrement des marges financières résiduelles.

La Cour propose notamment de mieux encadrer les conséquences du "principe de l'émission" concernant les créances non recouvrées, de réexaminer le statut des réserves financières des caisses locales et d'en centraliser la gestion.

Enfin, la Cour des comptes considère que les évolutions encore nécessaires pour la MSA doivent "être éclairées par une perspective stratégique plus précise" de la part de la caisse centrale mais aussi des tutelles.

Il faudrait notamment expliciter les missions pour compte de tiers et travailler sur des pistes de rapprochement avec le régime général.

Dans sa réponse aux observations de la Cour des comptes, la CCMSA rappelle les différentes actions engagées en matière de mutualisation.

co/ab/APM polsan  
redaction@apmnews.com  
COOI7004 08/09/2011 12:31 ACTU

## **La Cour des comptes recommande de réorienter l'activité des sages-femmes libérales vers le suivi post-natal**

**PARIS, 8 septembre 2011 (APM)** - La Cour des comptes recommande une réorientation de l'activité des sages-femmes libérales vers le suivi post-natal, avec une modification incitative de la nomenclature, à enveloppe constante, dans son rapport annuel d'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale rendu public jeudi.

Le nombre de sages-femmes a quasiment doublé entre 1990 et 2010, atteignant 19.200, rappelle la Cour des comptes. Elles exercent principalement à l'hôpital et réalisent les deux tiers des accouchements dans le secteur public. Le nombre de sages-femmes libérales a quant à lui triplé en 20 ans, quand les effectifs de gynécologues-obstétriciens ont augmenté de 8 % en 10 ans et devraient diminuer de 6 % entre 2010 et 2020 puis progresser de 18 % la décennie suivante.

Or l'activité des sages-femmes libérales est "massivement orientée vers les cours de préparation à la naissance", qui représentent près de la moitié des montants remboursés par l'assurance maladie, et sur la rééducation périnéale, soulignent les magistrats de la rue Cambon.

Seuls 5 % des montants remboursés sont relatifs aux consultations et visites de suivi de grossesse. Les accouchements réalisés par les sages-femmes libérales représentent une part infime de l'activité (moins de 0,05 %, soit 1.939 actes en 2009), leur accès aux plateaux techniques restant limité.

Pour la Cour, il est nécessaire de faire évoluer la fonction des sages-femmes, en vue d'une meilleure articulation avec les gynécologues-obstétriciens, afin d'optimiser l'organisation des soins initiée par le Plan périnatalité 2005-07 et "d'apporter une réponse au souhait de certaines femmes d'une moindre technicisation des accouchements".

Les magistrats de la rue Cambon recommandent ainsi de réorienter l'activité des sages-femmes libérales vers le suivi post-natal et le suivi global, c'est-à-dire une activité impliquant une plus forte responsabilité médicale par rapport à la préparation à la naissance.

Les femmes ne bénéficient actuellement que d'une visite obligatoire dans les huit semaines suivant l'accouchement et le suivi post-natal ne représente que 3 % des actes pratiqués par les sages-femmes libérales.

Pour cela, la Cour suggère de modifier "à enveloppe constante" la tarification des actes, qu'elle juge actuellement "déséquilibrée" car elle place l'acte de préparation à l'accouchement "loin devant tous les autres en termes de rentabilité".

La tarification des séances de suivi post-natal, recommandées par la Haute autorité de santé (HAS), "serait sans doute à revoir", étant fixée à 18,55 euros, "soit 40 % de moins qu'un cours de préparation à l'accouchement individuel", précise-t-elle.

En outre, "le forfait journalier de surveillance à domicile en cas de sortie précoce ou la surveillance d'une grossesse pathologique à domicile (...) sont moins bien rémunérés" et dans le premier cas l'activité est difficilement prévisible et amène souvent à travailler le week-end.

Quant au tarif de l'acte d'accouchement (312,70 euros), qui n'est pas cumulable avec l'acte de surveillance du travail (106 euros), il "ne semble pas favorable au développement de cette activité par les sages-femmes libérales", même s'il a été revalorisé en 2008.

### **REVALORISER LES CONSULTATIONS ET MINORER LA PREPARATION A LA NAISSANCE**

La Cour propose d'adapter la nomenclature afin de permettre de cumuler l'acte d'accouchement et l'acte de surveillance de l'accouchement, ce qui "inciterait les sages-femmes libérales à s'engager dans un suivi global de leurs patientes".

Elle suggère aussi de revaloriser le tarif de consultation pour le suivi gynécologique de prévention et la contraception.

En contrepartie, elle évoque la possibilité de diminuer le nombre de cours de préparation à la naissance et de réviser à la baisse la tarification de cet acte, sans remettre en cause l'intérêt de l'entretien prénatal précoce.

Par ailleurs, la répartition des sages-femmes sur le territoire devra être améliorée pour qu'elles puissent jouer leur rôle, leur densité étant comprise entre neuf pour 100.000 femmes en Corse et Picardie et 43 pour 100.000 en Languedoc-Roussillon. La Cour suggère donc d'étendre aux sages-femmes libérales le dispositif de régulation territoriale mis en place pour les infirmières.

La Cour recommande également de "mieux articuler et valoriser les compétences respectives des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens", en renforçant le rôle des sages-femmes comme professionnelles de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé.

Elle incite en outre à permettre l'expérimentation des maisons de naissance, dans un cadre juridique approprié avec une évaluation médico-économique rigoureuse.

En ce qui concerne les accouchements à domicile, que déclarent pratiquer 72 sages-femmes selon une enquête de l'Ordre des sages-femmes, la Cour appelle l'Etat à faire "strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle", précisant que seules quatre sages-femmes sont assurées pour cela.

Enfin, au vu de l'évolution démographique des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, elle conseille d'ajuster "dès 2015" le nombre de postes d'internes en gynécologie-obstétrique en fonction des projections démographiques actualisées des professions de la naissance "et selon une cible de long terme cohérente avec les objectifs de santé publique poursuivis".

Dans sa réponse au rapport de la Cour des comptes, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) rappelle qu'elle a mis en place un programme d'accompagnement du retour à domicile de la mère et de l'enfant. Cette expérimentation, qui implique les sages-femmes libérales, a été lancée en avril 2010 dans trois départements, rappelle-t-on (cf APM MHNDD004).

La CNAMTS indique qu'après les résultats positifs obtenus, 12 nouveaux départements ont été inclus fin 2010 et qu'une "seconde vague sera lancée au deuxième semestre 2011". Elle envisage également d'étendre ce programme vers l'amont, avant l'accouchement, "afin d'utiliser dans toutes leurs dimensions les compétences des sages-femmes".

De son côté, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (Cnosf) souligne que les recommandations de la Cour des comptes vont dans le sens des orientations souhaitées mais s'inquiète de la réserve concernant la modification de la tarification des actes, proposée "à enveloppe constante" dans le rapport, et regrette la faible intervention de l'Etat au sujet des montants des primes de couverture en responsabilité civile.

cd/ab/APM polsan

redaction@apmnews.com

CDOI7004 08/09/2011 12:31 ACTU GYREP



## **Les CHU doivent intensifier leurs efforts de réorganisation, estime la Cour des comptes**

**PARIS, 8 septembre 2011 (APM)** - Les centres hospitalo-universitaires (CHU) doivent "intensifier" leurs efforts de réorganisation et maîtriser davantage leur masse salariale, estime la Cour des comptes, dans son rapport annuel sur l'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale, rendu public jeudi.

A l'occasion de son rapport 2011, la Cour a examiné le financement des 29 CHU français qui représentent une dépense globale de 24 milliards d'euros et ont accueilli en 2009 un séjour hospitalier sur six.

Ces établissements "rencontrent des difficultés financières importantes, au point que le montant de leur déficit en 2009 (422 millions d'euros avec les CHU d'outre-mer, 378 millions uniquement pour les CHU de métropole) représentait plus de 81 % de celui constaté dans les 100 autres centres hospitaliers les plus importants", souligne-t-elle.

Elle précise que la situation semble s'être globalement améliorée en 2010 avec un déficit de 291,7 millions d'euros (hors CHU d'outre-mer) mais qu'elle reste problématique pour sept CHU-CHR (AP-HP, Caen, HCL, Nancy, Metz-Thionville, AP-HM et Grenoble).

La Cour regrette "le manque de détermination de la tutelle" à l'égard des CHU pour les inciter à réaliser des gains de productivité, face à cette situation financière "difficile".

"La dynamique des aides à la contractualisation en témoigne", observe-t-elle.

### **ENVOLEE DES AIDES POUR PALLIER LES DIFFICULTES**

Elle explique que sur les 4,1 milliards d'euros versés en 2009 aux CHU au titre des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), 1,8 milliard leur ont été attribués en dehors des Missions d'enseignement, de recherche et d'innovation (Merri), en particulier pour des aides contractuelles.

Si les aides à la contractualisation ont d'abord servi à financer les surcoûts des charges d'amortissement induits par les investissements et ceux liés à l'augmentation du nombre d'internes, elles ont eu ensuite "pour objet essentiel d'atténuer les tensions budgétaires dans les établissements les moins productifs", dénonce la rue Cambon.

"Alors que les CHU représentent 21 % de l'activité hospitalière en MCO", les CHU ont bénéficié 880 millions d'euros en 2009 au titre de ces aides, soit plus de 37 % de leur montant total (2,3 milliards d'euros), souligne la Cour qui note aussi une "faible traçabilité" de ces crédits.

Elle précise que 22 % des aides contractuelles ont été perçues en 2009 par les cinq CHU les plus endettés (CHU de Caen, Hospices civils de Lyon (HCL), CHU de Nancy et Nice et Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM)).

Globalement, le poids des crédits Migac dans les recettes des CHU s'est accru depuis 2004 pour atteindre 24,6 % en 2009. Cette même année, les 29 CHU ont touché 4,1 milliards de crédits Migac, soit 54,4 % de l'enveloppe.

En 2009, "le poids des CHU dans les dépenses de l'assurance maladie est resté stable, ces établissements maintenant leur niveau de ressources grâce à la progression de leurs dotations forfaitaires et non grâce aux recettes issues de leur activité (...)", déplore la Cour.

### **UN EFFORT D'ADAPTATION S'AMORCE**

Les magistrats qui se sont penchés plus particulièrement sur cinq CHU (HCL, Grenoble, Saint-Etienne, Montpellier et Nîmes), reconnaissent cependant que s'amorce "depuis peu" "un effort d'adaptation" et "une gestion plus rigoureuse", notamment sur la masse salariale (65 % des charges).

Les actions de réorganisation "ont porté en priorité sur les services administratifs et logistiques ou techniques, plus que sur les services de soins où elles sont plus récentes", précisent-ils.

Mais "les gains obtenus ne sont pas connus", regrettent-ils en indiquant qu'ils n'ont pu avoir "aucun chiffrage".

Face à cette situation, ils recommandent de poursuivre et amplifier ces premiers efforts "par des mesures de réorganisation structurelle".

Ils suggèrent également de "redéfinir le dispositif des aides contractuelles et leur suivi de façon à mettre fin à des financements qui sont accordés dans le seul objectif de minorer le montant des déficits".

Ils proposent enfin d'"établir une méthodologie commune aux agences régionales de santé (ARS) et aux établissements permettant une mesure objective des efforts d'organisation et de gestion réalisés et des économies obtenues, notamment dans la gestion des personnels médicaux et non médicaux".

san/co/APM polsan

redaction@apmnews.com

SNOI8001 08/09/2011 12:33 ACTU



## **Les inégalités de répartition des médecins libéraux justifient des mesures contraignantes, estime la Cour des comptes**

**PARIS, 8 septembre 2011 (APM)** - La persistance des inégalités de répartition des médecins libéraux sur le territoire et l'absence de résultats obtenus avec les mesures incitatives justifient la mise en place de mesures plus contraignantes pour assurer l'égalité d'accès aux soins, estime la Cour des comptes dans son rapport annuel 2011 sur la sécurité sociale, rendu public jeudi.

Dans son rapport, la Cour des comptes suggère un plafonnement du montant des aides financières à l'installation et "une modification profonde" du dispositif de prise en charge des cotisations sociales des médecins libéraux par l'assurance maladie, en organisant leur modulation en fonction de la répartition territoriale des professionnels, y compris pour ceux qui sont déjà installés.

Elle préconise la réalisation d'une "nouvelle cartographie homogène des zones fragiles" fondées sur un temps d'accès maximum à un médecin généraliste voire à un médecin spécialiste et suggère de réfléchir à un éventuel abaissement du numerus clausus associé à une réduction du nombre de postes ouverts pour l'internat.

Dans son rapport, la Cour des comptes refait le point sur la répartition territoriale des médecins libéraux après le constat effectué en 2007, en reprenant à son compte l'état des lieux de la démographie médicale et les perspectives réalisés depuis 2009 par le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) et la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (Drees).

Elle confirme le constat d'une répartition géographique hétérogène des médecins, tout en soulignant la nécessité de considérer les inégalités à un niveau infrarégional "sous peine d'avoir une vision faussée": ainsi pour les généralistes, 90% des inégalités de répartition s'observent-elles entre bassins de vie d'une même région (cf APM VGNIG003).

Alors que les projections tendanciennes montrent le maintien de ces disparités à l'horizon 2030 en dépit d'une probable hausse de la densité médicale, la Cour estime qu'une "action publique efficace en faveur d'une meilleure répartition géographique apparaît comme une exigence impérieuse" au regard de l'égalité d'accès aux soins.

La Cour pointe l'"impact insuffisant des politiques actuelles" pour résoudre cette problématique, d'abord en matière de formation initiale, en citant l'inefficacité de la régulation régionale du numerus clausus, le nombre important de redoublements et de postes d'internes de médecine générale non pourvus aux épreuves classantes nationales (ECN), et les obstacles à la mise en place effective de la filiarisation de la médecine générale et du stage dans cette spécialité.

Elle déplore que les solutions retenues jusqu'ici pour les médecins libéraux consistent "exclusivement" en des aides incitatives dépourvues de "portée réelle" contrastant avec la régulation consentie par les infirmiers libéraux.

Les magistrats soulignent le bilan décevant de l'avenant n°20 à la convention médicale signé en mars 2007 (cf APM VGOCU001) et du contrat d'engagement de service public (146 contrats signés sur 400 proposés en 2010), et ironise sur le feuillet du "contrat santé solidarité" inscrit dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Alors que le dispositif devait initialement entraîner des pénalités financières pour les médecins rechignant à consacrer une partie de leur activité en zone sous-dotée à compter de 2014, il a finalement été vidé de tout caractère coercitif sous la pression de la profession dans le cadre de la loi "Fourcade" du 10 août 2011.

Enfin, elle signale les "potentialités encore peu exploitées" offertes par certains dispositifs d'organisation des soins comme l'exercice en maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), et la mise en place des proto-

les de coopération interprofessionnelle dont le bilan à la mi-2011 est "très décevant" et qui se heurte à de "nombreuses difficultés (...), en particulier la lourdeur excessive de leur dispositif de validation".

vg/co/APM polsan

redaction@apmnews.com

VGOI7003 08/09/2011 12:35 ACTU



## **Médicament : la Cour des comptes dresse un constat sévère sur l'admission au remboursement et la fixation des prix**

**PARIS, 8 septembre 2011 (APM)** - La Cour des comptes dresse un constat sévère sur les modalités actuelles d'admission au remboursement par l'assurance maladie des médicaments et de fixation de leur prix, leur reprochant d'être "parfois insuffisamment rigoureuses et manquant de transparence" dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Dans un contexte de réflexion autour de la réforme du système du médicament, la Cour a souhaité examiner "un aspect peu ou pas examiné" dans ce débat, "à savoir la maîtrise d'une dépense pharmaceutique qui a fait peser en 2009 une charge de 26,8 milliards d'euros sur les régimes d'assurance maladie".

La Cour des comptes rappelle que les dépenses de médicaments sont "structurellement élevées en France", notamment en raison d'une "culture de prescription spécifique qui favorise une forte consommation de médicaments nouveaux et chers". Ce domaine a donc "un potentiel d'ajustement bien plus considérable" que ce qui est réalisé actuellement.

La Cour regrette que les avis de service médical rendu (SMR) insuffisant de la Commission de la transparence (CT) ne soient pas systématiquement suivis d'une absence de remboursement par les pouvoirs publics. Elle cite l'exemple de Mediator\* (benfluorex, Servier), qui avait fait l'objet de deux avis de SMR insuffisant de la CT, en 1999 et 2006, sans que cela soit suivi d'effet.

Elle souhaite inclure "dans le code de la sécurité sociale les conditions d'éventuelle dérogation au principe de non remboursement des médicaments" qui ont un SMR insuffisant.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand, a déclaré à plusieurs reprises qu'il souhaitait désormais la sortie du remboursement de tous les médicaments à SMR insuffisant, avec pour nuance que si le ministre de la santé devait s'opposer à un déremboursement, il devrait motiver sa décision, rappelle-t-on.

### **INTERPRETATION "SOUPLE" DU CEPS**

La Cour des comptes souhaite la définition de "règles relatives à l'évaluation des médicaments qui permettent d'établir un lien cohérent entre cette évaluation, l'admission au remboursement et le prix de ces spécialités".

Elle estime que les décisions de fixation des prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS) ne se fondent pas "sur des critères suffisamment clairs et transparents".

Le processus de négociation entre le CEPS et le laboratoire se fonde "sur des dispositions réglementaires peu contraignantes, sur des accords-cadres très généraux et sur des orientations ministérielles peu prescriptives et laisse une grande marge de liberté au CEPS sur la politique à mener en matière de prix", considère-t-elle.

La Cour critique l'interprétation "souple" des textes qui conduit le CEPS à ne pas toujours appliquer strictement la règle selon laquelle les médicaments qui n'apportent pas d'amélioration du SMR (ASMR) par rapport aux médicaments existants ni d'économie sur les coûts des traitements ne peuvent obtenir des prix supérieurs.

Elle cible particulièrement les cas où la CT juge un ASMR nul mais note que le médicament est une "alternative thérapeutique utile". Dans ce cas, la CT "n'assume pas toutes ses responsabilités", car cette mention, qui n'a pas de fondement juridique, "suggère fortement que soit trouvée une solution pour que le laboratoire commercialise le produit". La Cour demande donc que le recours à cette mention soit abandonné.

Ici, la Cour cite l'exemple de l'anti-arythmique Multaq\* (dronédarone, Sanofi), dont l'ASMR a été jugé nulle par rapport à l'amiodarone mais qui a été vu comme "une alternative thérapeutique utile". Le CEPS avait accordé à ce produit un prix de 83,39 euros contre 9,83 euros pour l'amiodarone, d'où un surcoût

pour l'assurance maladie. La CT a finalement réévalué le composé en raison de cas d'atteintes hépatiques, estimant son SMR désormais insuffisant, rappelle-t-on.

La Cour souhaite que le CEPS soit lié par l'avis de la CT et qu'il ne lui soit pas permis, "pour certains médicaments, de fonder ses décisions sur un niveau d'ASMR différent de celui déterminé par cet avis, tout en préservant sa liberté de fixation des prix".

En outre, elle regrette que le processus de fixation des prix en France n'inclut pas d'évaluation médico-économique, souhaitant l'élargissement des compétences de la Haute autorité de santé (HAS) dans ce domaine.

### **REGULATION DES DEPENSES IMPARFAITE**

Au cours de la vie du médicament, il est nécessaire de réviser en cas de besoin "et dans des délais courts" le niveau de prise en charge et le prix en fonction de l'évolution du SMR et de l'ASMR, ou de l'environnement concurrentiel, notamment en cas d'arrivée de génériques ou de nouvelles stratégies thérapeutiques alternatives.

La Cour recommande aussi d'"appliquer des prix uniques pour les princeps, leurs génériques et les équivalents thérapeutiques" comme les "me-too".

Elle évoque à ce titre la politique de "jumbo groups" mise en place en Allemagne, où les caisses appliquent un niveau unique de remboursement à tous les médicaments ayant un effet thérapeutique comparable.

Concernant la régulation des dépenses, la Cour regrette l'opacité du dispositif de "remises quantitatives de fin d'année" négocié entre le CEPS et les laboratoires, ainsi que l'inefficacité des déremboursements, le fait que les franchises sur le médicament ont accru les inégalités de santé, ainsi que l'absence de succès des conditionnements trimestriels.

Elle déplore également le manque de maîtrise des prescriptions, en ville comme à l'hôpital. Concernant l'hôpital, "une gestion plus active de la 'liste en sus' et un encadrement plus strict de leur prescription apparaissent ainsi absolument nécessaires", note-t-elle.

La Cour conseille la mise en place dans les établissements de santé d'un "mécanisme de régulation de la prescription qui implique directement les médecins".

Enfin, soulignant la nécessité de mieux encadrer la prescription hors-AMM, la Cour conseille de donner à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) "la possibilité d'exiger du laboratoire le dépôt d'une demande d'AMM pour certaines indications, notamment quand les prescriptions hors AMM représentent 15 % et plus des volumes vendus".

Au final, la Cour des comptes appelle les pouvoirs publics à profiter du "répit qu'offre le ralentissement actuel de l'innovation" pour rédéfinir les règles en matière d'admission au remboursement et de fixation des prix avec une approche médico-économique, piloter avec plus de réactivité les ajustements nécessaires au cours de la vie du produit, relancer la politique en faveur du générique, ainsi que réguler les prescriptions de ville et hospitalières.

"A cet égard, la négociation du prochain accord-cadre Etat-industrie du médicament qui doit intervenir à la fin de l'année 2012 constitue une opportunité qui ne saurait être manquée pour que la puissance publique définisse ces nouvelles règles", déclare-t-elle.

so/co/APM polsan  
redaction@apmnews.com  
SOOI7002 08/09/2011 12:47 ACTU VIP



## **La Cour des comptes remet à l'ordre du jour l'idée d'un bouclier sanitaire**

**PARIS, 8 septembre 2011 (APM)** - La Cour des comptes a remis à l'ordre du jour l'idée d'un "bouclier sanitaire" en suggérant de simplifier l'ensemble des mécanismes de prise en charge à 100 % des dépenses d'assurance maladie, dans son rapport annuel 2011 sur l'exécution des lois de financement sur la sécurité sociale, rendu public jeudi.

Dans leur rapport, les magistrats de la rue Cambon critiquent le dispositif actuel d'exonérations ciblées du ticket modérateur (participation de l'assuré) destiné à supprimer ou limiter le reste à charge des assurés, qu'ils qualifient de "particulièrement complexe, illisible et peu cohérent" voire parfois inéquitable.

La Cour des comptes souligne que l'objectif de limitation des restes à charge pour l'assuré, même avec l'intervention des complémentaires, n'est "pas complètement atteint", et souligne que "certains secteurs de soins ou prestations sont particulièrement concernés par les restes à charge excessifs en particulier à l'hôpital".

Compte tenu du "contexte de grave déficit des comptes sociaux", la Cour des comptes juge indispensable de remettre à plat ces dispositifs d'exonération du ticket modérateur en proposant deux voies de réforme possibles, précédées d'une évaluation médicale et économique.

La première consiste à "supprimer les exonérations ciblées non justifiées, tout en veillant à éviter de compromettre l'accès aux soins des assurés en remodelant certains dispositifs fortement inégalitaires", explique la Cour, qui suggère une révision urgente de la participation des assurés à l'hôpital.

La deuxième piste de réforme, plus ambitieuse, "consisterait à supprimer tout ou partie des exonérations ciblées existantes et à mettre en place un régime unifié de prise en charge", à l'image des réflexions engagées sur l'opportunité d'un bouclier sanitaire, à partir du rapport remis en septembre 2007 par Raoul Briet et Bertrand Fragonard (cf APM VGKIS001).

Dans son rapport, la Cour pointe la multiplicité des motifs d'exonération ou de prise en charge à 100 %, qu'ils invoquent le coût des prestations (affections de longue durée -ALD-, hospitalisations longues, médicaments particulièrement coûteux ou rétrocedés), des considérations de santé publique (frais de dépistage du VIH, programmes de dépistage organisé, consultations de prévention pour les mineurs, prévention bucco-dentaire) ou la situation des bénéficiaires.

A cela s'ajoutent les cas d'exonération du forfait journalier hospitalier et de franchises sur les soins, note la Cour, estimant que ces règles "résultent d'une stratification progressive de mesures prises isolément sans véritable évaluation de leur pertinence et de leur cohérence".

La Cour déplore "l'absence de suivi, en routine, des exonérations du ticket modérateur" et juge indispensable d'agir afin de mieux connaître le coût total de ces exonérations pour l'assurance maladie.

Il s'élevait en 2009 à 10 milliards d'euros pour les seuls soins de ville du régime général (dont 8,2 milliards pour les ALD), selon une estimation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

### **PERSISTANCES DE RESTES A CHARGE ELEVES**

Dressant un tableau des restes à charge en s'appuyant notamment sur un avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de janvier (cf APM VGOAS004), la Cour pointe la persistance de leur niveau élevé sur certains secteurs comme l'optique et le dentaire.

A l'hôpital, le reste à charge moyen par facture ou séjour s'élevait en 2009 à 606 euros pour un séjour sans acte coûteux et 99 euros pour un séjour soumis à la participation forfaitaire de 18 euros, note la Cour. Elle signale que la règle d'exonération pour les séjours supérieurs à 30 jours "génère de fortes inégalités" compte tenu des durées moyennes de séjour observées selon le secteur (six jours en médecine contre 33,1 en soins de suite et réadaptation -SSR).

Le reste à charge moyen par an et par personne, après intervention des complémentaires, s'élevait en 2009 à 255 euros pour un montant total de 16,4 milliards d'euros à la charge des ménages. Il constituait 9,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) après 9,5 % en 2008 et 8,3 % en 2004, souligne-t-elle. Environ 6 % des ménages seraient dépourvus d'une complémentaire.

vg/ab/APM polsan

redaction@apmnews.com

VGOI8001 08/09/2011 12:58 ACTU

