



Inspection générale  
des affaires sociales

Evaluation de la convention d'objectifs et de  
gestion 2014-2017 de la CNAMTS  
- Gestion du risque -

**TOME I**  
**RAPPORT**

Établi par

Julien MEJANE

Jean-Louis REY

Louis-Charles VIOSSAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Septembre 2017 -

- N°2017-007R -



## SYNTHESE

Une mission de l'IGAS, composée de Julien MEJANE, Jean-Louis REY et Louis-Charles VIOSSAT, a évalué la convention d'objectif et de gestion qui oriente et encadre, sur la période 2014-2017, la gestion du régime général de l'assurance maladie. La qualité du service et l'organisation du réseau ont fait l'objet, en parallèle, d'une autre mission de l'inspection générale.

Le rapport définitif de la mission prend en compte les observations faites par la CNAMTS et la DSS sur la base du rapport provisoire qui leur avait été adressé.

La gestion du risque, c'est-à-dire selon la CNAMTS « *la mise en œuvre de mesures visant à optimiser le rapport qualité/prix du système de santé au bénéfice de tous* », est une priorité affichée de l'assurance maladie depuis plus de vingt ans, qui mobilise à cette fin une série de leviers à destination des professionnels de santé et des usagers.

L'impact de ces leviers a fait néanmoins l'objet de peu de travaux d'évaluation et de recherche, en particulier au regard des moyens mobilisés et de l'ampleur considérable des sommes en jeu (les prestations entrant dans le champ de l'ONDAM sont de 191 Mds€ en 2017), ce qui a compliqué les travaux de la mission.

Constatant l'essoufflement de ses résultats, la mission plaide en faveur d'une inflexion importante des orientations et des leviers de la gestion du risque, et d'un effort significatif d'innovation dans ce domaine. Elle fait vingt-quatre recommandations prioritaires en vue de l'élaboration de la prochaine COG.

La mission a dû opérer une priorisation de ses champs d'investigation compte tenu des contraintes de temps et de l'étendue du sujet, dont certaines thématiques comme les indemnités journalières, les transports, ou les fraudes et les abus, ont nécessité des rapports dédiés. Ainsi, elle s'est concentrée sur l'étude des leviers les plus largement utilisés par l'assurance maladie : accompagnement des professionnels de santé et services aux assurés (SOPHIA/PRADO), et à du exclure des champs comme la prévention.

La mise en œuvre plutôt satisfaisante de la COG ne doit pas masquer l'essoufflement de la gestion du risque par l'assurance maladie

La gestion du risque représente une part importante de la COG : un tiers des fiches et des objectifs, 40 % de ses engagements, et la moitié de ses indicateurs.

Le rapport dresse un bilan plutôt satisfaisant de la mise en œuvre de la convention : plus de huit engagements de l'assurance maladie sur dix et trois engagements de l'Etat sur cinq ont ainsi été atteints. Toutefois, la construction de la COG ne permet pas de restituer exactement les performances réelles de la gestion du risque, notamment en raison d'un choix d'indicateurs peu pertinents.

Dans le contexte d'une augmentation des économies attendues de 55 % entre 2012 et 2015, le rapport souligne néanmoins le plafonnement des résultats de l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée, qui constitue le cœur de la gestion du risque, alors même que des inefficiences importantes existent dans le système de soins et que des besoins croissants d'économies sont exigés afin d'assurer le respect de l'ONDAM.

### L'approche actuelle de la gestion du risque se heurte à des obstacles persistants

L'assurance maladie a progressivement renforcé ses politiques de gestion du risque dans le réseau en l'articulant autour d'outils globalement bien maîtrisés. Cependant, des problèmes structurels, déjà soulignés lors de précédentes missions de l'IGAS, n'ont toujours pas été résolus et continuent de fragiliser l'efficacité des leviers :

- l'imprécision de la définition même de la gestion du risque, notion dont le caractère « attrape-tout » nuit à l'efficacité opérationnelle des acteurs de terrain (délégation à la coordination de la gestion du risque de l'assurance maladie - DCGDR, CPAM, DRSM et ARS) et qui n'a pas intégré suffisamment la prévention ;
- le manque de lisibilité de l'architecture programmatique et contractuelle qui mobilise une profusion de documents (Plan ONDAM, PNGDRESS, COG, CPOM, CPG, conventions ARS/assurance maladie ...) élaborés, négociés et suivis par les services de l'assurance maladie et de l'Etat ;
- un partage des rôles encore brouillé entre l'Etat et l'assurance maladie, malgré la volonté du législateur de répartir les responsabilités depuis la mise en œuvre du Plan ONDAM ;
- l'organisation et le pilotage encore perfectibles de la gestion du risque : la CNAMTS a un rôle trop directif sans en avoir pour autant les moyens adéquats, le rôle des DCGDR, dont l'intérêt est avéré, est trop limité, et la cartographie des DRSM doit s'adapter à celle des DCGDR.

Pour dépasser ces obstacles, le rapport préconise en particulier de recentrer la COG sur la prévention, la fixation des objectifs et l'allocation des moyens en cohérence avec le PNGDRESS et le plan ONDAM et sur l'optimisation des leviers et des outils de la gestion du risque.

Il préconise également de renforcer les moyens de la CNAMTS pour le soutien au réseau, de mettre en place un dialogue de gestion national quadripartite (Etat, CNAMTS, ARS, DCGDR), ainsi qu'un dialogue de gestion régional qui associe les DCGDR au réseau maladie et de revoir la cartographie des DRSM.

### Les moyens alloués à la gestion du risque devraient être mobilisés de façon plus efficace

Les moyens humains et informatiques utilisés par l'assurance maladie pour la gestion du risque représentent un montant significatif de dépenses - de l'ordre de 570 M€ par an d'après les calculs de la mission.

Sur le plan des ressources humaines, l'assurance maladie emploie près de 6 800 ETP aux activités de gestion du risque, soit 11,5 % de ses ETP, une part relative qui s'est accrue au cours des dernières années dans un contexte de réduction des effectifs de la branche. Ces effectifs sont principalement en charge de l'accompagnement et du contrôle des usagers et des professionnels de santé (délégués de l'assurance maladie, des praticiens-conseils et des conseillers informatique service, conseillers en assurance maladie de PRADO, et infirmières conseils en santé de SOPHIA).

Compte tenu des enjeux attachés à une meilleure efficacité du système de soins dans les années à venir, le rapport préconise de préserver le niveau des effectifs (en ETP) dédiés à la gestion du risque tout en visant d'importants efforts de productivité.

Ces efforts permettront d'investir plus fortement la relation avec les médecins spécialistes et l'hôpital et d'accompagner la généralisation de nouvelles méthodes d'accompagnement prévues par l'assurance maladie (comme par exemple le Plan personnalisé d'accompagnement des médecins actuellement expérimenté).

Les systèmes d'information de gestion du risque ont fait l'objet d'analyses spécifiques avec le SGMAP en appui à la mission de l'IGAS. Les systèmes d'information doivent jouer un rôle crucial pour améliorer la productivité des effectifs et pour accompagner l'évolution des pratiques, au regard du besoin de retour d'information enrichie largement exprimé par les professionnels de santé. Pourtant, les systèmes d'information sont restés peu prioritaires au cours de la dernière COG avec un parc applicatif éclaté, de nombreuses applications vieillissantes qui ne couvrent pas l'ensemble des besoins métiers - notamment dans les services médicaux - et obligent à maintenir de lourds processus manuels inutiles. Des projets sont envisagés par la CNAMTS, mais sans organisation capable de les piloter globalement, et avec une approche budgétaire silotée par « Programmes », leur mise en œuvre effective à l'horizon de la prochaine COG paraît déjà compromise.

Par conséquent, le rapport préconise d'investir dans les systèmes d'information de gestion du risque pour soutenir la modernisation numérique de la relation aux professionnels de santé et des outils de gestion des CPAM et des DRSM.

### La prochaine COG doit être l'occasion d'une inflexion des orientations stratégiques et des leviers de la gestion du risque

La dernière partie du rapport est consacrée aux différents leviers de la gestion du risque, qui contribuent inégalement à l'effort d'efficience du système de soins et dont la doctrine d'emploi doit être revue à l'occasion de la prochaine COG. L'assurance maladie a développé une approche spécifique d'accompagnement gradué des professionnels de ville qui constitue son principal levier de gestion du risque ambulatoire. S'y ajoutent à destination des assurés deux programmes de service en santé (SOPHIA et PRADO) présentés par l'assurance maladie comme des contributeurs essentiels à la maîtrise des dépenses.

En ce qui concerne le domaine ambulatoire, le rapport souligne les limites des actions d'accompagnement et de sensibilisation vis-à-vis des pratiques des professionnels de santé, malgré la mobilisation du réseau qui effectue plus de 500 000 contacts par an. Il recommande d'approfondir la relation avec les professionnels de santé en personnalisant l'accompagnement et en enrichissant le contenu informationnel sur leurs pratiques et leur patientèle. Un redéploiement sur les médecins spécialistes et l'hôpital, prescripteurs importants mais encore peu touchés par les mesures d'accompagnement, doit également être envisagé grâce à des gains de productivité, de la formation et l'appel à des ressources médicales externes.

Corollaire de ces actions d'accompagnement pédagogique, les mesures contraignantes ne touchent actuellement qu'un nombre très limité de professionnels de santé (une pénalité par campagne et par département), tout en consommant d'importantes ressources de l'assurance maladie en traitements manuels. Elles doivent être plus largement appliquées en favorisant la responsabilisation des professionnels de santé (mise sous objectifs) et en développant l'automatisation des traitements lorsqu'une autorisation préalable est nécessaire.

Cette automatisation des traitements permettrait aux patients d'avoir un avis immédiat alors qu'ils peuvent attendre aujourd'hui jusqu'à 15 jours, et elle sécurisera les chaînes de traitement informatique qui acceptent le remboursement de prescriptions ayant pourtant fait l'objet d'un avis défavorable de l'assurance maladie.

Présentés comme des contributeurs essentiels aux efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les programmes PRADO et SOPHIA, en direction des assurés, doivent évoluer.

Le Programme d'Aide au retour à Domicile (PRADO), malgré le succès public de son volet Maternité qui accompagne presque un accouchement sur deux, a produit des résultats marginaux en termes de réduction des dépenses malgré les fortes ambitions affichées par l'assurance maladie (576 M€ dans le plan 2015-2017). Sept ans après son lancement, le rapport recommande de suspendre le processus d'extension dans l'attente d'une évaluation externe qui n'a pas été conduite jusqu'ici, et qui devra objectiver l'intérêt à conduire un programme au coût annuel approchant les 40 M€.

S'agissant du programme SOPHIA, qui porte sur l'accompagnement des personnes atteintes de diabète (720 000 adhérents fin 2016 pour un coût de 25 M€) et est en cours de généralisation sur l'asthme et d'expérimentation sur l'insuffisance cardiaque chronique, le rapport préconise de renforcer l'efficacité par la mise en œuvre d'un principe d'adhésion implicite des patients diabétiques dits « en écarts de soins », c'est-à-dire ceux qui n'ont pas réalisés leur bilan dentaire et rénal l'année précédente et leur examen de fond de l'œil les deux années précédentes.

Enfin, l'essoufflement de la gestion du risque appelle, vingt ans après sa création, des évolutions profondes en matière d'orientations stratégiques :

- améliorer la segmentation des populations en ayant notamment une approche non pas seulement orientée vers un petit nombre de médecins généralistes en écart important aux bonnes pratiques, mais vers une population plus large et probablement plus encline à modifier durablement ses pratiques ;
- développer la connaissance en matière de gestion du risque en investissant dans les travaux de recherche et les évaluations sur les gisements d'inefficiences mais également sur les moyens de parvenir à les réduire. Pour ce faire, l'assurance maladie doit davantage s'ouvrir aux contributions des acteurs externes – mais également à celles de son réseau - et participer activement à l'ouverture de l'accès aux données de santé prévue par le SNDS ;
- recourir à des instruments structurels à la main de l'Etat lorsque l'efficacité des outils d'accompagnement de l'assurance maladie s'avère intrinsèquement limitée, comme par exemple un transfert aux budgets hospitaliers pour les dépenses de transports sanitaires, mais également dans le domaine des médicaments et des indemnités journalières ;
- effectuer un bond en avant en matière d'innovation en gestion du risque en y dédiant un budget spécifique et en se dotant d'une structure ad hoc chargée de concevoir et d'expérimenter un plan ambitieux associant largement réseau et acteurs extérieurs.

## SOMMAIRE

SYNTHESE .....	3
INTRODUCTION.....	10
PRESENTATION PAR LA CNAMTS DE SES PRINCIPAUX OUTILS DE GESTION DU RISQUE.....	13
1 LA MISE EN ŒUVRE PLUTÔT SATISFAISANTE DE LA COG 2014-2017 NE DOIT PAS MASQUER L'ESSOUFFLEMENT DE LA GESTION DU RISQUE PAR L'ASSURANCE MALADIE.....	14
1.1 Une mise en œuvre plutôt satisfaisante d'un document conventionnel présentant des faiblesses.....	14
1.1.1 Un texte conventionnel qui contient un nombre élevé d'engagements et d'indicateurs liés à la gestion du risque .....	14
1.1.2 Une mise en œuvre par la CNAMTS et par l'Etat plutôt satisfaisante dans l'ensemble .....	16
1.1.3 Un document conventionnel qui présente des faiblesses .....	18
1.2 Une gestion du risque qui s'essouffle .....	21
1.2.1 Un contexte de fortes inefficiences du système de santé et d'effet de ciseau entre dépenses et recettes de l'assurance maladie .....	21
1.2.2 Des résultats de la gestion du risque qui plafonnent.....	24
2 L'APPROCHE ACTUELLE DE LA GESTION DU RISQUE SE HEURTE A DES OBSTACLES PERSISTANTS .....	26
2.1 Une notion de gestion du risque qui est toujours trop imprécise .....	26
2.1.1 Une notion dont ni les objectifs ni le périmètre ne sont clairement définis .....	26
2.1.2 Une prévention insuffisamment intégrée à la gestion du risque.....	27
2.2 Une architecture programmatique et contractuelle qui n'est pas assez lisible .....	28
2.2.1 Une architecture complexe.....	28
2.2.2 Une architecture manquant de cohérence .....	33
2.3 Une organisation et un pilotage encore insatisfaisants .....	34
2.3.1 Une organisation de l'assurance maladie plus lisible au plan régional qu'au plan national ..	34
2.3.2 Un travail en commun entre l'Etat et l'assurance maladie qui doit encore progresser .....	36
2.3.3 Un pilotage de la CNAMTS indispensable mais incomplet et trop directif .....	38
2.3.4 Des délégations à la coordination de la gestion du risque au milieu du gué et qu'il serait opportun de renforcer.....	40
2.3.5 Une articulation entre service médical et caisses primaires qui doit être renforcée.....	41

2.3.6	Une politique de convergence des indicateurs locaux de gestion du risque qui n'est pas toujours pertinente .....	43
2.4	Des évaluations insuffisantes.....	44
2.4.1	Des évaluations ne couvrant qu'une partie des leviers .....	44
2.4.2	Une mesure des économies biaisée par l'utilisation de tendanciers.....	46
2.4.3	Des ressources en matière d'études qui doivent être mieux utilisées.....	48
3	LES MOYENS DEDIES A LA GESTION DU RISQUE PEUVENT ETRE MOBILISES DE FAÇON PLUS EFFICACE .....	49
3.1	Une gestion perfectible des ressources humaines.....	49
3.1.1	D'importants moyens humains dédiés .....	49
3.1.2	Des métiers variés .....	52
3.1.3	De réels besoins de formation professionnelle.....	54
3.1.4	Un intéressement individuel insuffisamment mobilisé comme outil de gestion des ressources humaines au service de la gestion du risque.....	56
3.2	Des systèmes d'information de gestion du risque datés qui contribuent peu à la productivité et à la bonne exploitation de l'information.....	57
3.2.1	Les systèmes d'information au service des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils .....	57
3.2.2	Des services numériques proposés aux professionnels de santé qu'il convient d'enrichir....	58
3.2.3	Une organisation inadaptée et un investissement insuffisant qui bloquent le développement des systèmes d'information de gestion du risque .....	59
4	LA PROCHAINE COG DOIT ETRE L'OCCASION D'UNE INFLEXION DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET DES LEVIERS DE LA GESTION DU RISQUE .....	61
4.1	Une inflexion nécessaire des leviers de gestion du risque dans le domaine ambulatoire .....	61
4.1.1	Un volet pédagogique essentiel au maintien des liens avec les professionnels de santé mais qui contribue peu à faire évoluer structurellement les pratiques.....	62
4.1.2	Des MSO et MSAP peu utilisées et perçues comme stigmatisantes .....	67
4.2	Un outil potentiellement efficace : les demandes d'autorisation préalable .....	69
4.2.1	Un programme qui s'est bien déployé mais dont les thématiques ne sont pas toujours pertinentes en terme d'enjeux financiers .....	69
4.2.2	Des résultats intéressants qui pourraient encore être améliorés .....	70
4.2.3	Une gestion manuelle chronophage et largement inutile .....	72
4.3	Une action qui s'est développée au sein des hôpitaux et qui doit se renforcer .....	73
4.3.1	Un accompagnement qui doit davantage se spécialiser sur les besoins de l'hôpital.....	74
4.3.2	Un nouvel outil de contractualisation : le CAQES.....	75
4.3.3	Une MSAP hospitalière qui a contribué à internaliser le respect des recommandations.....	76



4.4	Des programmes en direction des assurés qui doivent évoluer .....	77
4.4.1	PRADO, un programme qui doit faire l'objet d'une véritable évaluation externe .....	77
4.4.2	Un programme SOPHIA dont la gestion doit être rationalisée .....	81
4.5	Un renouvellement des orientations stratégiques de la gestion du risque .....	84
4.5.1	Une meilleure segmentation des populations de professionnels de santé et d'assurés .....	84
4.5.2	Un redéploiement vers les médecins spécialistes et l'hôpital.....	85
4.5.3	Une recherche de nouvelles thématiques, qui doit associer plus largement le réseau .....	87
4.5.4	Savoir tirer les conséquences des limites des outils de l'assurance maladie sur certaines thématiques d'économies .....	88
4.5.5	Une priorité à l'accès aux données de santé et à l'innovation.....	90
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....	95
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....	97
	SIGLES UTILISES.....	105
	COURRIER DE REPONSE DE LA CNAMTS AU RAPPORT PROVISOIRE .....	107
	OBSERVATIONS DE LA DSS AU RAPPORT PROVISOIRE .....	111

## INTRODUCTION

[1] Comme en dispose l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, l'Etat conclut avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) une convention d'objectifs et de gestion (COG) qui comporte des engagements réciproques des signataires, détermine les objectifs pluriannuels de gestion de la caisse nationale, les moyens de fonctionnement de la branche et les actions mises en œuvre à cette fin par chacun des signataires et qui précise aussi notamment les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque ainsi que le service des prestations.

[2] La cinquième COG entre l'Etat et la CNAMTS, qui a été signée au début du mois d'août 2014, a été conclue pour les années 2014 à 2017 et arrive donc à échéance dans quelques mois. Dans la perspective de son renouvellement, comme elle le fait systématiquement depuis la création des COG, l'IGAS a lancé, en accord avec la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction du budget (DB) une mission visant à évaluer les résultats atteints par la caisse nationale sur la période 2014-2017 au regard de ses objectifs et à formuler des propositions de nouvelles orientations conventionnelles pour les années 2018-2021.

[3] Comme c'était déjà le cas il y a quatre ans, et compte tenu notamment de l'ampleur des travaux à réaliser, le chef de l'IGAS a décidé de scinder l'évaluation de la COG de la CNAMTS en deux missions distinctes mais parallèles, chacune confiée à une équipe de trois membres de l'IGAS :

- une première mission est consacrée à la qualité de service et à l'organisation du réseau et a été confiée à Emilie FAUCHIER-MAGNAN, Valérie SAINTOYANT et Pierre VIDEMENT ;
- une seconde mission, dont les conclusions sont retracées dans le présent rapport, est consacrée à la gestion du risque et a été confiée à Julien MEJANE et Louis-Charles VIOSSAT, qui ont été rejoints après quelques semaines par Jean-Louis REY.

[4] Ces deux missions d'évaluation qui concernent la CNAMTS s'inscrivent elles-mêmes dans le cadre d'une série de six missions parallèles d'évaluation des COG du régime général<sup>1</sup>, qui arrivent toutes à échéance à la fin de l'année 2017, et qui sont conduites par l'IGAS de manière coordonnée dans le cadre de sa compétence légale et réglementaire.

[5] Priorité affichée de l'assurance maladie depuis plus de vingt ans, la gestion du risque, que la CNAMTS définit comme « la mise en œuvre de mesures visant à optimiser le rapport qualité/prix du système de santé au bénéfice de tous »<sup>2</sup>, est l'objet de nombreux objectifs et engagements et de multiples dispositions de la COG 2014-2017.

[6] En raison du caractère central mais assez flou voire, comme l'ont affirmé plusieurs interlocuteurs de l'Inspection générale, « attrape-tout » de la notion de gestion du risque, la mission a choisi, après avoir consulté la Direction de la sécurité sociale et la Direction du budget, de se concentrer sur l'évaluation de la mise en œuvre de la COG et de prioriser ses investigations et ses réflexions sur :

- les moyens engagés par la CNAMTS pour élaborer et conduire les politiques de gestion du risque ;

---

<sup>1</sup> Outre les deux missions sur la COG de la CNAMTS, l'IGAS conduit des missions sur les COG de la branche AT-MP, de l'ACOSS, de la CNAV et, avec l'Inspection générale des finances (IGF), sur la COG de la CNAF.

<sup>2</sup> Cf. la définition donnée dans *La gestion du risque*, présentation PowerPoint préparée par la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), datée de décembre 2016 et communiquée à la mission.

- la question de l'efficacité des leviers et des outils disponibles, en particulier en direction des professionnels de santé ;
- les évolutions souhaitables de ces leviers à l'horizon des quatre prochaines années et au-delà.

[7] La mission a ainsi focalisé ses travaux sur les principaux leviers de la gestion du risque que sont l'information, l'accompagnement et la sensibilisation, les accords ou autorisations préalables, les contrôles et sanctions et les incitations financières (prix et rémunérations...), en mettant l'accent sur ceux qui sont directement à la main de l'assurance maladie.

[8] Grâce à l'appui du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) qui a mis à disposition ses experts, en particulier Clio LARDENOIS, ainsi que des consultants du cabinet McKinsey<sup>3</sup>, la mission a pu étudier dans le détail les systèmes d'information propres à la gestion du risque et leurs évolutions souhaitables.

[9] La mission n'avait pas pour objectif de conduire des évaluations ni de déterminer les prochaines priorités thématiques des politiques de gestion du risque (par exemple, transports, imagerie, chirurgie ambulatoire, médicaments ...) qui seront fixées non plus dans la COG mais dans le plan ONDAM et le Plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PNGDRESS). Elle n'avait pas non plus pour objet de traiter au fond du partage des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie. Ces sujets, qui reviennent régulièrement à l'occasion des rapports IGAS, mériteraient d'être traités dans le cadre de missions ad hoc.

[10] Compte tenu de l'étendue du champ étudié et des contraintes de temps et de moyens, la mission a fait le choix :

- de cibler le sujet des leviers de maîtrise médicalisée, dont les effets sont encore mal connus et qui sont porteurs d'importants enjeux en termes de volume et de pertinence des soins ;
- d'intégrer, à la demande des commanditaires, les programmes emblématiques que sont Sophia et Prado dans l'optique d'étudier l'opportunité de leur reconduction ou de leur extension ;
- de ne traiter la politique de prévention de la CNAMTS seulement sous l'angle de son intégration à la politique de gestion du risque de la caisse. Une évaluation des actions de prévention de la CNAMTS et du FNPEIS aurait exigé, compte tenu de son ampleur et de sa complexité, des travaux dépassant largement le champ de la mission ;
- de s'en tenir aux actions qui sont du ressort du régime général d'assurance maladie et de ne pas creuser les politiques conduites par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ni la coordination des actions de gestion du risque avec la Mutualité sociale agricole (MSA) ni le Régime social des indépendants (RSI).

[11] En raison des investigations de la Cour des Comptes, la mission a également décidé de ne pas traiter du contrôle médical des assurés, des fraudes et abus ni des UGECAM.

[12] La phase de cadrage puis les investigations de terrain et entretiens de la mission se sont déroulés entre le mois de janvier 2017 et la fin du mois de mai 2017, le mois de juin et le début du mois de juillet ayant été consacré à la rédaction du rapport.

---

<sup>3</sup> Toutes les missions d'évaluation des COG du régime général, sauf celle de la branche AT-MP, ont bénéficié de l'appui du SGMAP et de McKinsey

[13] Dans ce cadre, la mission a rencontré et échangé avec plus de 200 interlocuteurs : responsables nationaux et locaux de l'administration et de l'assurance maladie, magistrats de la Cour des comptes, personnalités et experts de l'assurance maladie et des systèmes d'information en santé, établissements de santé, professionnels de santé libéraux et hospitaliers...<sup>4</sup>

[14] Outre une visite dans les Hauts-de-France (Lille) lors de sa phase de cadrage, la mission s'est déplacée dans quatre régions métropolitaines (Pays-de-la-Loire, Nouvelle-Aquitaine, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes), et dans sept métropoles (Nantes, Bordeaux et Poitiers, Strasbourg et Nancy, Lyon et Valence) pour rencontrer les acteurs de l'assurance maladie, de l'Etat et les principales parties prenantes.

[15] La mission a mobilisé également les conclusions de missions en cours ou récemment achevées sur des thématiques importantes liées à la gestion du risque<sup>5</sup>.

[16] La mission a exploité un très grand nombre de documents fournis à sa demande par la CNAMTS, les Directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), les Directions régionales du service médical (DRSM) et les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ainsi que par les services de l'administration (DSS, Direction générale de l'organisation des soins – DGOS, et secrétariat général en particulier). Elle a également tiré parti des travaux antérieurs et en cours de l'IGAS et de la Cour des Comptes<sup>6</sup>, de l'OCDE et des autres publications disponibles.

[17] Le présent rapport souligne d'abord que la mise en œuvre plutôt satisfaisante de la COG, ne doit pas masquer l'essoufflement de la gestion du risque par l'assurance maladie (I). Le rapport pointe ensuite les obstacles persistants auxquels la gestion du risque se heurte toujours (II) et montre la nécessité d'une mobilisation plus efficace des moyens qui y sont dédiés (III). Il analyse enfin l'utilisation des différents outils et leviers actuels de la gestion du risque et recommande un effort de renouvellement et de réorientation stratégique (IV).

Le présent rapport a donné lieu à une phase d'échanges contradictoires avec la CNAMTS et la DSS. Son contenu tient compte des observations formulées quand la mission l'a estimé justifié.

---

<sup>4</sup> Cf. liste des personnes rencontrées.

<sup>5</sup> Revues de dépenses IGAS/IGF sur les dépenses de transports sanitaires et sur les dépenses d'indemnités journalières.

<sup>6</sup> De nombreuses insertions dans le rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale portent, en tout ou partie, sur les programmes de gestion du risque. On peut citer notamment les kinésithérapeutes et infirmières libéraux (2015), l'insuffisance rénale chronique (2015) et la maîtrise des dépenses à l'hôpital (2016).

## PRESENTATION PAR LA CNAMTS DE SES PRINCIPAUX OUTILS DE GESTION DU RISQUE

<p><b>Accords préalables DAP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• à une prise en charge de prestation ou produit</li> <li>• de soin au-delà d'un seuil</li> </ul>
<p><b>Mise sous accord préalable précédée d'une mise sous objectif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MSAP sur des prescripteurs</li> <li>• MSAP sur établissements santé</li> </ul>
<p><b>Accompagnement/ sensibilisation des professionnels de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Courriers</li> <li>• DAM</li> <li>• Echanges confraternels</li> <li>• Collaboration avec les sociétés savantes</li> </ul>
<p><b>Accompagnement /sensibilisation des Assurés (prévention, parcours)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation</li> <li>• Facilitation</li> <li>• Soutien</li> </ul>
<p><b>Information sur la prévention et bon usage du système</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecrit / Internet@ / Applis / Communication grand public</li> </ul>
<p><b>Contractualisation avec les offreurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accord avec une profession ou un secteur</li> <li>• Contrat individuel avec offreur</li> </ul>
<p><b>Incitations financières</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarifs/ forfaits pour l'évolution des pratiques</li> <li>• Forfaits limitant les prises en charge</li> </ul>
<p><b>Organisation de l'offre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PRADO pour accompagner le virage ambulatoire</li> <li>• Régulation démographique</li> </ul>
<p><b>Outils d'aides à la décision</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléservices avec référentiel intégré au logiciel métier</li> <li>• Liste préférentielle de médicaments</li> <li>• Recommandations intégrées aux outils/SI</li> </ul>

## 1 LA MISE EN ŒUVRE PLUTÔT SATISFAISANTE DE LA COG 2014-2017 NE DOIT PAS MASQUER L'ESOUFFLEMENT DE LA GESTION DU RISQUE PAR L'ASSURANCE MALADIE

[18] La COG 2014-2017 a été mise en œuvre de façon globalement satisfaisante par les services de la CNAMTS et de l'Etat au cours des dernières années. Ce serait toutefois une erreur de s'arrêter à ce satisfecit. En effet, les investigations de la mission ont montré que la politique de gestion du risque s'essoufflait, ce qui appelle un renouvellement de son approche.

### 1.1 Une mise en œuvre plutôt satisfaisante d'un document conventionnel présentant des faiblesses

[19] Le bilan que l'on peut tirer de la mise en œuvre de la COG en matière de gestion du risque est, dans l'ensemble, plutôt satisfaisant en dépit de certaines faiblesses du texte conventionnel.

#### 1.1.1 Un texte conventionnel qui contient un nombre élevé d'engagements et d'indicateurs liés à la gestion du risque

[20] La convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 est un épais document de près de 300 pages dont la structure est caractéristique des COG de la dernière génération. Elle comprend ainsi quatre éléments :

- un court préambule
- le texte de la convention lui-même (une vingtaine de pages)
- 21 fiches (130 pages environ)
- quatre annexes (120 pages environ).

[21] La COG 2014-2017 est construite autour de quatre grands axes :

- garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins ;
- assurer un service performant et une relation de qualité avec les assurés ;
- contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficacité du système de soins, qui contient la majorité des engagements et des actions de gestion du risque ;
- renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie<sup>7</sup>.

[22] Sur un strict plan quantitatif, la gestion du risque constitue la matière de plus du tiers (8) des 21 fiches de la COG, près du tiers (25) de ses 77 objectifs, 40 % environ (141) de ses 351 engagements et près de la moitié (32) de ses 70 indicateurs.

[23] Au sein des contrats pluriannuels de gestion (CPG) qui lient la CNAMTS à son réseau, la gestion du risque rentre pour 30 % dans la cotation des objectifs pondérés fixés aux CPAM et pour 50 % dans la cotation des objectifs pondérés fixés aux DRSM.

---

<sup>7</sup> Cet axe de la COG n'est pas concerné par la gestion du risque.

Tableau 1 : Fiches et objectifs de gestion du risque dans la COG 2014-2017

Fiche	Intitulé fiche	Objectifs
N° 4	Favoriser le développement de soins accessibles aux assurés sociaux	Favoriser une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé Maîtriser l'évolution des tarifs de soins Mettre en place le tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS
N° 7	Conforter l'offre de service intégrée de l'assurance maladie	Développer des services en santé intégrant l'accompagnement des démarches administratives et l'amélioration du parcours de soins Renforcer les services prévention en utilisant les potentialités d'un compte assuré progressivement individualisé et développer l'accompagnement en ligne Fluidifier le parcours de soins et accompagner les patients lors d'épisode de soins aigus et en sortie d'hospitalisation Développer l'accompagnement des malades chroniques et favoriser le maintien à domicile
N° 8	Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promotion	Développer de nouveaux services dématérialisés pour les professionnels de santé Développer une offre de service à destination des établissements de santé en lien avec le déploiement de Fides Mettre en place le référentiel de l'offre de soins
N° 10	Favoriser le développement de la prévention	Développer les services de prévention en lien avec le médecin traitant Améliorer les programmes de dépistage des cancers et renforcer le rôle du médecin traitant Etendre et renforcer les partenariats Mobiliser les centres d'examen de santé
N° 11	Favoriser l'organisation des soins de proximité	Favoriser la constitution d'équipes pluriprofessionnelles de proximité autour du médecin traitant Améliorer l'articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social par des modes de prises en charge coordonnées Développer des outils informatiques de coordination des soins
N° 12	Promouvoir le développement et la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques médicales et paramédicales	Développer les référentiels et renforcer leur promotion auprès des patients et des professionnels de santé Renforcer les actions sur la pertinence des soins dans les établissements de santé en concertation avec les ARS et déployer des aides à la décision validées par la HAS Etendre en concertation avec les ARS les procédures de mise sous accord préalable pour améliorer la pertinence des interventions
N° 13	Conforter la gestion du risque et l'efficience du système de soins	Développer les analyses par processus de soins et veiller à l'efficience dans le choix des techniques médicales et des prescriptions Déployer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée en renforçant la contractualisation avec les offreurs de soins Développer les actions de gestion du risque auprès des assurés sociaux
N° 14	Mieux connaître le système de santé et promouvoir ses transformations	Poursuivre l'enrichissement des données du SNIIRAM et mettre en œuvre les décisions des pouvoirs publics relatives à l'ouverture des données de santé Promouvoir une meilleure connaissance des parcours et du système de soins et réaliser des études de santé publique

Source : CNAMTS

[24] Les orientations contenues dans la COG touchent une large partie du spectre des politiques et des acteurs du système de soins : prévention, tarifs, parcours de soins et coordination des soins, services aux professionnels et établissements de santé, organisation des soins, données de santé pour ne prendre que quelques exemples...

[25] Les ambitions affichées sont élevées. Le préambule souligne ainsi que la CNAMTS « renforcera sa politique de gestion du risque pour améliorer la pertinence, la qualité, la sécurité du système de soins, tant en ville qu'en établissement ». Il insiste aussi sur le fait que « la question du juste recours aux soins et des parcours pertinents est devenue un enjeu majeur de qualité et d'efficience des soins » et que « les marges d'efficience, si elles sont exploitées, permettraient de mieux contenir sur la durée les dépenses de l'ONDAM avec une amélioration sensible de la qualité tout en mettant en œuvre des parcours organisés, sur la base de référentiels, et dotés de modes de rémunération adaptés ».

[26] La DDGOS est la principale direction responsable des mesures de gestion du risque contenues dans la convention. Seule la fiche 14, qui relève de la DSES, lui échappe<sup>8</sup>.

### 1.1.2 Une mise en œuvre par la CNAMTS et par l'Etat plutôt satisfaisante dans l'ensemble

[27] A l'aune du bilan de l'exécution des engagements (ou « actions à conduire ») prévus par le texte conventionnel et des indicateurs de résultats, la COG a été mise en œuvre de façon globalement plutôt satisfaisante par la CNAMTS et par l'Etat au cours de la période 2014-2017.

#### 1.1.2.1 Un bilan globalement positif pour la CNAMTS

[28] Le bilan de l'exécution des engagements conventionnels est positif dans la mesure où la CNAMTS a, comme le montre le tableau 1, entièrement mis en œuvre 117 engagements sur 141, soit plus de huit sur dix.

[29] En outre, il faut souligner qu'un nombre non négligeable des engagements « non atteints » l'ont été partiellement. La fiche 10 consacrée à la prévention concentre le nombre le plus élevé d'engagements qui n'ont pas intégralement été mis en œuvre.

[30] Les résultats du bilan de la mise en œuvre de la COG figurent en annexe 11.

---

<sup>8</sup> Quelques engagements très ponctuels au sein des fiches placés sous la responsabilité de la DDGOS relèvent aussi d'autres directions. La fiche 15, consacrée aux abus et aux fraudes, qui a été traitée par l'autre mission de l'IGAS, relève également d'une autre direction de la CNAMTS.



Tableau 2 : Bilan de la mise en œuvre des engagements conventionnels par la CNAMTS

Fiches	Engagements atteints	Indicateurs de résultats non atteints	Exemples d'engagements non atteints (ou partiellement atteints)
N° 4	13 sur 14	1 sur 1	Etendre le parcours attentionné
N° 7	17 sur 19	4 sur 6	Ouvrir dans le compte assuré un espace personnalisé pour les ayants droit Généraliser l'offre Prado/Sophia
N° 8	15 sur 18	1 sur 3	Déployer des services pour les médecins traitants en appui des programmes de prévention Déployer le cas échéant le nouveau modèle de PFS sur le territoire Adapter les téléservices du portail Espace Pro pour les rendre accessibles aux médecins hospitaliers
N° 10	10 sur 18	4 sur 4	Définir l'architecture cible des dépistages organisés et expérimenter cette nouvelle organisation Intégrer la sensibilisation au dépistage du cancer du col dans le cadre de Prado maternité Refondre le programme de sensibilisation au risque cardio-vasculaire
N° 11	10 sur 13	-	Participer à l'expérimentation de tarification au parcours pour les affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe Renforcer l'interconnexion des téléservices et la remontée d'informations, notamment vers le médecin traitant
N° 12	17 sur 21	0 sur 1	Expérimenter une procédure d'accord préalable IJ pour certaines pathologies Elaborer de nouveaux référentiels MK
N° 13	28 sur 31	0 sur 1	Améliorer la pertinence des actes infirmiers pour l'injection d'insuline
N° 14	7 sur 7	Sans objet	Sans objet
<b>Total</b>	117 sur 141	9 sur 18	62 sur 117

Source : CNAMTS et IGAS

[31] Ce bilan positif de la mise en œuvre des engagements conventionnels doit tenir compte de plusieurs facteurs qui jouent, a priori, dans des sens contradictoires<sup>9</sup> :

- l'année 2017 est encore loin d'être achevée : il est possible que certains engagements soient mis en œuvre dans les mois à venir ;
- une mise en œuvre partielle d'un engagement est prise en compte comme si l'engagement n'était pas atteint ;
- certains engagements n'ont pas pu être mis en œuvre en raison d'un changement de contexte ;
- le caractère parfois imprécis de la rédaction de certains engagements rend leur atteinte plus aisée (par exemple, dans le cas de la fiche 14) ;

<sup>9</sup> Il n'a pas été possible d'estimer le degré d'ambition des engagements affichés dans la convention qui, bien entendu, joue sur le degré d'atteinte constaté.

- l'évaluation repose sur une analyse des données fournies par la CNAMTS elle-même, qui a été confrontée aux analyses de l'administration (DSS et DGS principalement) ainsi qu'aux constatations de terrain de la mission. La mission a fait le choix raisonné de ne pas investir ses ressources limitées dans la vérification détaillée sur le terrain des multiples engagements conventionnels existants.

[32] Le bilan des indicateurs de résultats, qui est résumé également dans le tableau 2 supra, est un peu moins positif tout en restant satisfaisant.

[33] Ainsi, sur 18 indicateurs de résultats, la moitié d'entre eux (9) a atteint ou est susceptible d'atteindre totalement ou partiellement sa cible au terme de la période conventionnelle. La fiche 7 sur l'offre intégrée de services de l'assurance maladie et, à nouveau, la fiche 10 sur la prévention concentrent les résultats plus décevants.

#### 1.1.2.2 Un bilan également favorable pour l'Etat

[34] Le bilan que l'on peut dresser de la mise en œuvre de ces engagements par l'Etat est également plutôt favorable.

[35] Le principal engagement conventionnel de l'Etat, qui consiste à garantir le financement du fonctionnement de la branche, a été respecté.

[36] En outre, les vingt-cinq engagements de l'Etat plus précis qui avaient été inclus dans le texte de la COG ont été, pour la plupart, mis en œuvre entièrement ou partiellement, certes parfois avec retard.

[37] On peut ainsi estimer, sur la base des observations de la CNAMTS rapprochées du point de vue des services de l'Etat, que quinze engagements ont été entièrement mis en œuvre et que huit l'ont été partiellement.

#### 1.1.3 Un document conventionnel qui présente des faiblesses

[38] Le contenu et la rédaction de la COG 2014-2017 présentent des faiblesses qui nuisent à la force du document conventionnel dans le domaine de la gestion du risque.

##### 1.1.3.1 Une structuration critiquable

[39] La COG 2014-2017 est un document volumineux qui comporte un très grand nombre d'objectifs, d'engagements (« actions à conduire ») et d'indicateurs dans le domaine de la gestion du risque.

[40] Cela rend leur lisibilité et leur compréhension assez difficiles : les objectifs stratégiques de la gestion du risque n'apparaissent pas immédiatement à la lecture du texte et on serait bien en peine de les résumer en quelques lignes. Cette situation nuit à l'alignement des acteurs de l'assurance maladie comme des parties prenantes sur des objectifs simples et partagés et n'est pas un facteur favorable à la mise en œuvre opérationnelle de la convention.

[41] A cela s'ajoute que la logique de l'ordre des objectifs et des actions énumérés dans la COG, et de leur répartition entre les différentes fiches et les différents objectifs, n'est pas limpide. Pourquoi traiter de la régulation démographique des professions de santé en premier, avant la prévention ? Pourquoi fixer à l'une des huit fiches portant sur la gestion du risque (la fiche 13) un titre - « conforter la gestion du risque et l'efficacité du système de soins » - qui pourrait, ou devrait, être l'objectif stratégique clé de la COG et constituer le titre d'un axe de la COG ?

[42] Curieusement, le terme de gestion du risque n'apparaît pas dans le titre d'un axe spécifique de la COG mais seulement dans celui d'un chapitre de l'axe 3 (chapitre 2 : « conforter la gestion du risque et l'efficacité du système de soins »). « Approfondir la gestion du risque » constituait le premier des cinq axes de la COG 2010-2013, lui-même décliné en sept programmes<sup>10</sup>, et « placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie, assureur solidaire en santé » était également le premier des quatre chapitres de la COG 2006-2009.

#### 1.1.3.2 Des indicateurs imparfaits

[43] Un bon indicateur est un indicateur pertinent (c'est à dire cohérent avec l'objectif), utile, solide et vérifiable, et en nombre limité<sup>11</sup>.

[44] Sur les 70 indicateurs que comptent la COG, 32 concernent la gestion du risque. Les problèmes relevés par la mission sont assez nombreux.

[45] Tout d'abord, le nombre des indicateurs conventionnels est élevé et en augmentation significative par rapport à la COG précédente, qui en comptait une vingtaine environ<sup>12</sup>. Cela nuit à la clarté, à la compréhension et à la juste interprétation des indicateurs conventionnels, et nuit à leur pertinence opérationnelle et à leur impact pour le pilotage du réseau.

[46] Si le nombre d'indicateurs est globalement proportionné au nombre d'objectifs<sup>13</sup>, leur distribution est inégale : les objectifs de la fiche 14 n'en comportent, par exemple, aucun et la fiche 11 ne comporte, pour sa part, que des indicateurs de suivi.

[47] Au demeurant, le nombre d'indicateurs de suivi (16) est trop important par rapport à celui des indicateurs de résultats (16), qui permettent de mesurer la performance. La précédente convention comptait une proportion plus satisfaisante de ces deux catégories d'indicateurs (quatre indicateurs de suivi et une quinzaine d'indicateurs de résultat ou « de réalisation des objectifs »).

[48] Il existe, au demeurant, une certaine confusion entre indicateurs de suivi et indicateurs de résultat dans la mesure notamment où certains indicateurs de suivi sont assortis de cible (cf. encadré 1 qui prend l'exemple des indicateurs associés à la fiche 4 de la COG).

#### Encadré 1 : L'exemple des indicateurs associés à la fiche 4 de la COG

La fiche 4 de la COG comprend trois indicateurs associés :

- Un indicateur de résultat assorti de cibles : indices de Gini de la distribution des médecins, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, pour lesquels des valeurs cibles sont fixés à l'horizon 2017 par comparaison avec des valeurs d'origine de 2013 ;
- Un indicateur de suivi assorti également de cibles : taux global de dépassement des médecins en secteur 2 défini comme le montant des dépassements totaux des médecins de secteur 1 DP et de secteur 2 sur le montant des honoraires remboursables totaux des médecins de secteur 1 DP et de secteur 2, avec une valeur cible en 2017 pour le secteur 2 de 49,1 % et une valeur cible intermédiaire annuelle de - 1,5 point par an ;
- Un indicateur de suivi simple, sans cible : le taux de recours au tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS, défini comme la part des montants remboursés en tiers payant pour les patients ACS sur l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes).

<sup>10</sup> Dont l'un sur la fraude

<sup>11</sup> Exemple SMART = Spécifique, Mesurable, Acceptable et Ambitieux Réaliste, Temporellement définie

<sup>12</sup> Si l'on retient une acception étroite de la gestion du risque (hors fraudes et abus et accès aux soins par exemple), qui est celle du présent rapport.

<sup>13</sup> Un indicateur pour un peu plus de deux objectifs environ en moyenne

[49] La cohérence entre le choix des indicateurs et les priorités stratégiques de la COG n'est pas absolument évident : il ne semble pas y avoir de raison évidente qui explique l'attribution d'un indicateur à une action ou un objectif plutôt qu'à une ou un autre.

[50] Les indicateurs de la maîtrise médicalisée, qui sont en pratique les plus importants pour le pilotage du réseau et sont déclinés annuellement CPAM par CPAM, ne font pas partie des indicateurs COG hormis un indicateur de résultat très général sur l'atteinte de l'ONDAM. Il existe, par ailleurs, un certain découplage entre les indicateurs COG et les indicateurs CPG alors qu'il devrait y avoir logiquement une grande congruence entre les deux.

[51] En outre, certains indicateurs de résultat ne mesurent pas réellement la performance de l'assurance maladie elle-même car celle-ci ne dispose pas des outils et des leviers nécessaires pour atteindre la cible fixée (par exemple, l'indicateur de résultat sur les inégalités de répartition des professionnels de santé). Et d'autres indicateurs ne mesurent pas, en fait, l'action telle qu'elle est décrite (« nombre d'établissements équipés CDRI »). On note aussi que les résultats de certains indicateurs annuels ne sont disponibles que tardivement, ce qui nuit à leur portée pour le pilotage.

[52] Enfin, la qualité de la cible fixée est parfois sujette à caution, notamment dans la mesure où plusieurs indicateurs ont vu leur cible évoluer en cours même de période conventionnelle (nombre de MSAP par an ; nombre d'adhésions tous volets à Prado ; nombre d'adhérents à Sophia).

[53] Pour la prochaine COG, les indicateurs retenus, en priorité des indicateurs de résultat, devraient être choisis à l'aune des priorités stratégiques et devraient surtout porter sur l'impact de la gestion du risque et l'efficacité de ses outils. Il serait, par ailleurs, opportun d'en limiter le nombre.

### **Recommandation n°1 : Renforcer la proportion des indicateurs de performance mesurant l'impact de la gestion du risque et l'efficacité de ses outils**

#### 1.1.3.3 Un suivi conventionnel trop limité

[54] Le « suivi permanent des engagements » prévu par la COG (annexe 4) se traduit par une restitution annuelle fournie par la CNAMTS à la direction de la sécurité sociale, au printemps de l'année n+1. A la différence de ce qui se passe pour d'autres régimes, et compte tenu du nombre très élevé d'engagements et d'indicateurs, le suivi se traduit principalement par une présentation par la CNAMTS de ses principales actions mises en œuvre dans l'année et une analyse d'une partie des indicateurs.

[55] Un tel processus ne permet pas une évaluation contradictoire précise et détaillée de l'atteinte des objectifs et des engagements pris ni l'organisation d'un réel bilan annuel de nature stratégique.

[56] Les engagements de l'Etat ne semblent pas, pour leur part, faire l'objet d'un suivi ni d'une analyse contradictoire.

[57] Sans surprise, dans ce contexte, les éléments de bilan dressés annuellement à l'attention des ministres par la direction de la sécurité sociale et par la direction du budget sont peu détaillés en matière de gestion du risque.

[58] Cette situation n'est pas satisfaisante et devrait être corrigée à l'avenir, en instaurant, comme cela existe dans les autres branches, un processus annuel de suivi et d'évaluation exhaustif, quantifié et contradictoire de la mise en œuvre des engagements conventionnels.

## 1.2 Une gestion du risque qui s'essouffle

[59] Dans un contexte de fortes inefficiences du système de soins et de croissance tendancielle des dépenses d'assurance maladie supérieure à celle des recettes, les résultats de la politique de gestion du risque, initiée il y a déjà vingt ans au moment du plan Juppé, et plus particulièrement ceux de la maîtrise médicalisée, plafonnent depuis quelques années.

### 1.2.1 Un contexte de fortes inefficiences du système de santé et d'effet de ciseau entre dépenses et recettes de l'assurance maladie

#### 1.2.1.1 De fortes inefficiences des systèmes de santé, encore trop mal connues dans le détail

[60] Les inefficiences du système de soins sont manifestement très importantes dans les pays de l'OCDE comme en France.

[61] Un rapport publié au début de l'année 2017 par l'OCDE<sup>14</sup> souligne ainsi qu'une grande partie des dépenses de santé sont, au mieux, inefficaces ou, au pire, gaspillées. Selon une estimation qualifiée de prudente, le gaspillage<sup>15</sup> représenterait plus de 20 % des dépenses totales de santé aux Etats-Unis, qui pourraient être réaffectées à des fins plus utiles.

[62] L'OCDE considère qu'un patient sur dix, en moyenne, subirait un préjudice évitable pendant son traitement tandis que plus de 10 % des dépenses hospitalières seraient consacrées à réparer ces événements indésirables. Et selon ses travaux, beaucoup plus de patients encore recevraient des soins inutiles ou à faible valeur. Dans de nombreux cas, il serait donc possible d'obtenir les mêmes bénéfices médicaux, voire des bénéfices supérieurs, en réduisant les ressources employées.

[63] Quatre raisons principales expliquent pourquoi les acteurs peuvent individuellement contribuer au gaspillage de ressources et à l'inefficience du système de soins : soit ils ne sont pas conscients du problème par défaut d'information ou habitude ; soit ils ne peuvent pas mieux faire car le système est mal organisé, mal géré ou mal coordonné ; soit ils risquent d'y perdre s'ils évitent le gaspillage ; soit ils choisissent délibérément de servir leurs propres intérêts au détriment du système<sup>16</sup>.

[64] Les constats dressés par l'OCDE valent également, bien entendu, pour la France qui a consacré 11% de son PIB à la santé en 2016, soit de l'ordre de trois points de plus que le Royaume-Uni ou la Finlande pour des indicateurs de santé très proches.

[65] En dépit des progrès récents, notamment dans le cadre du rapport annuel « Charges et Produits » de la CNAMTS, ni l'assurance maladie ni l'Etat ne disposent malheureusement encore d'analyses suffisamment précises et nombreuses de l'ampleur et de l'origine des gisements d'inefficiences dans le système de santé français.

---

<sup>14</sup> OCDE, *Tackling Wasteful Spending on Health*, 2017. Rapport coordonné par Agnès Couffignal.

<sup>15</sup> Le « gaspillage » constitue, selon l'OCDE, une forme d'inefficience sans en être le synonyme. Le gaspillage recouvre les services et les processus qui sont dangereux ou qui ne produisent pas d'effet bénéfique et les coûts qui pourraient être évités par le recours à des solutions meilleur marché produisant des effets bénéfiques identiques voire supérieurs.

<sup>16</sup> Il s'agit dans ce cas de comportements de fraudes et d'abus.

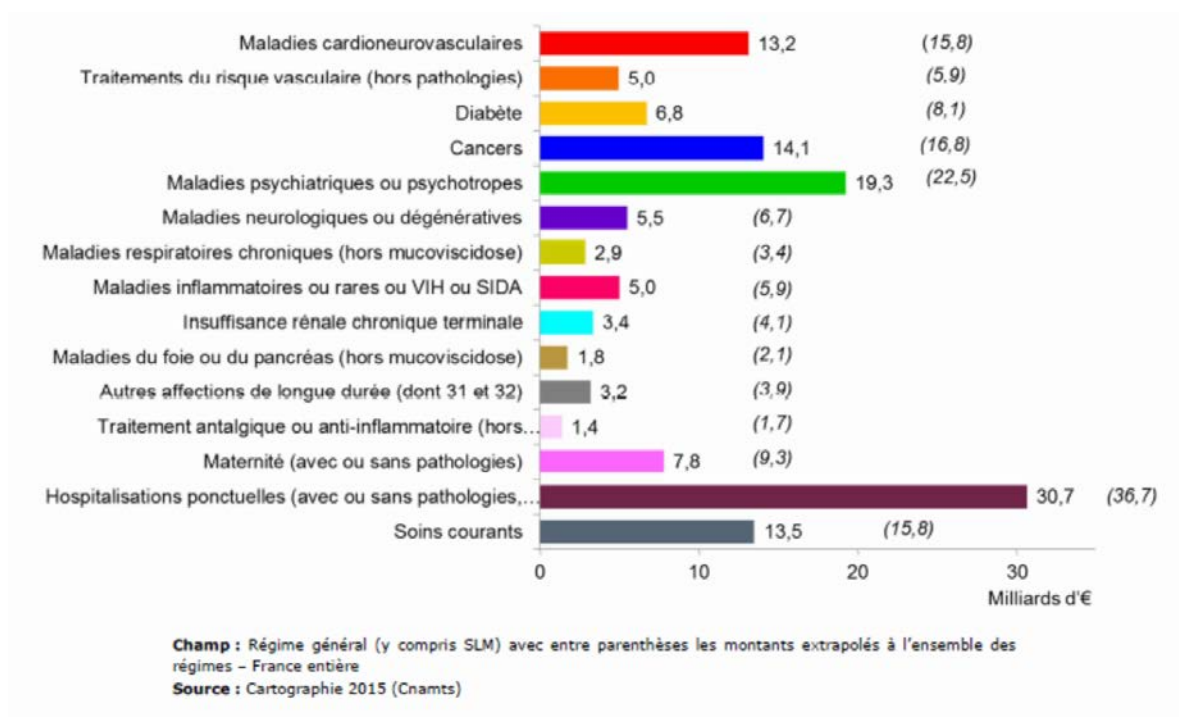
[66] A contrario, le récent atlas des variations des pratiques médicales<sup>17</sup> est un apport très utile qui montre, par exemple, que les variations de pratiques sont omniprésentes et persistantes. Ainsi, en 2014, pour un taux de recours moyen à la chirurgie bariatrique au niveau national de 72 pour 100 000, toutes techniques chirurgicales confondues, les taux de recours standardisés variaient de 8 séjours pour 100 000 habitants en Guyane et 24 dans le Puy-de-Dôme à 170 en Haute-Corse et plus de 140 dans l'Yonne et l'Aube<sup>18</sup>.

[67] Ce type de travaux devrait être démultiplié et approfondi dans les années à venir par l'assurance maladie comme par l'Etat, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier<sup>19</sup>.

#### 1.2.1.2 Un besoin annuel d'économies dû à l'effet de ciseau entre croissance structurelle des dépenses et des recettes de l'assurance maladie

[68] Les dépenses d'assurance maladie du régime général ont atteint 134 Mds € en 2015. Le dernier rapport « charges et produits » de la CNAMTS, qui vient d'être publié en juillet 2017, en donne la décomposition par pathologie prise en charge.

Graphique 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie par groupes de pathologies (en 2015)



Source : CNAMTS

<sup>17</sup> Morgane Le Bail, Zeynep Or (dir.), *Atlas des variations de pratiques médicales – recours à dix pratiques chirurgicales*, 2016

<sup>18</sup> Il demeure que les variations de pratiques médicales ne tiennent pas seulement à des inefficiences mais peuvent également procéder de choix liés, par exemple, à la nature de l'offre. D'où l'importance d'en faire une analyse précise.

<sup>19</sup> Cf. développements dans la partie 4.

[69] Les dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques représentent 60 % de la dépense d'assurance maladie mais concernent 35 % de la population, soit près de 20 millions de personnes pour le régime général ; à l'opposé, 55 % de la population ont reçu uniquement des soins qualifiés de courants.

[70] L'assurance maladie est confrontée, en pratique, au défi majeur de la progression tendancielle - ou naturelle - de ses dépenses de prestations, qui se situe à un rythme de l'ordre de 4 % par an, et qu'elle s'efforce de ramener à un niveau compatible avec l'évolution de leur financement, soit un peu plus de 2 % par an.

[71] Les chiffres de la Commission des comptes de la sécurité sociale pour les années 2013 à 2017 illustrent cette dynamique tendancielle des dépenses, très marquée en 2017<sup>20</sup>, et l'effet de ciseau qui existe avec l'évolution structurelle des recettes, peu ou prou indexée sur l'évolution de la masse salariale du secteur privé.

Tableau 3 : Evolution des dépenses et recettes de l'assurance maladie (en %)

	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Dépenses maladie avant économies</b>	+4,1 %	+3,8 %	+3,9 %	+3,6 %	+4,3 %
<b>Objectif ONDAM fixé par la LFSS</b>	+2,7 %	+2,5 %	+2,1 %	+1,75 %	+2,1 %
<b>Dépenses dans le champ ONDAM</b>	+2,2 %	+2,4 %	+2 %	+1,8 %	+2,1 % (provisoire)
<b>Masse salariale du secteur privé</b>	+1,2 %	+1,6 %	+1,7 %	+2,4 %	+2,7 % (provisoire)

Source : Mission sur données CCSS, ACOSS et CNAMTS

[72] C'est ainsi la réalisation de nouvelles mesures d'économies, chaque année, dans le cadre de l'ONDAM, au niveau attendu ou mieux au-dessus de ces attentes - l'ONDAM a été sous-exécuté ces dernières années - qui permet de réduire l'écart entre les dépenses tendancielles et les recettes de l'assurance maladie.

[73] Cela passe par des actions dites de maîtrise médicalisée des dépenses, qui constitue une composante importante de la politique de gestion du risque et des objectifs assignés chaque année à l'assurance maladie.

[74] En 2017, on peut considérer que la part de la gestion du risque dans les mesures d'économies ONDAM représente moins de 1,320 Mds € des 4,050 Mds € des mesures d'économie prévues, soit 45 %. Cette part regroupe au sein des quatre axes d'économies :

- l'efficacité de la dépense hospitalière avec le premier sous-thème (80 M€) ;
- les deux premiers sous-thèmes du virage ambulatoire et l'adéquation de la prise en charge en établissement (410 M€) ;
- une partie des économies sur les génériques et les bio-similaires au sein de l'axe produits de santé et promotion des génériques (130 M€) ;
- les deux sous-thèmes de maîtrise médicalisée de l'axe pertinence et bon usage des soins (700M).

<sup>20</sup> Selon le rapport de la Commission des Comptes, ce taux intègre l'évolution prévisible des prestations remboursées compte tenu de la prévision d'exécution de l'ONDAM de l'année précédente et des tendances de moyen terme, ainsi que les mesures nouvelles de dépenses prévues par l'année considérée et les effets report des mesures mise en œuvre l'année précédente.

Tableau 4 : Mesures d'économie relatives à l'ONDAM 2017 (en M€)

Tableau I.2.2 • Tableau récapitulatif des mesures d'économies relative à l'ONDAM 2017 (en M€)	
<b>Efficacité de la dépense hospitalière</b>	<b>845</b>
Optimisation des dépenses des établissements	80
Optimisation des achats	505
Liste en sus	260
<b>Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement</b>	<b>640</b>
Développement de la chirurgie ambulatoire	160
Réduction des inadéquations hospitalières	250
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	230
<b>Produits de santé et promotion des génériques</b>	<b>1430</b>
Baisse de prix des médicaments	500
Promotion et développement des génériques	340
Tarifs des dispositifs médicaux	90
Biosimilaires	30
Contribution du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique	220
Remises	250
<b>Pertinence et bon usage des soins</b>	<b>1135</b>
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	165
Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux	380
Maîtrise médicalisée hors médicament	320
Réforme des cotisations des professionnels de santé	270
<b>TOTAL</b>	<b>4050</b>

Source : Annexe 7 du PLFSS pour 2017

### 1.2.2 Des résultats de la gestion du risque qui plafonnent

[75] Depuis douze ans, le taux apparent d'atteinte des économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses a été divisé par deux, passant de 130 % à 65 % comme le montre le tableau 5.

[76] Il est vrai que les économies attendues de la maîtrise médicalisée des dépenses ont été augmentées par les lois de financement de la sécurité sociale successives, de 450 M€ (en 2012) à 700 M€ (depuis 2015), c'est-à-dire de plus 55 % en trois ans, tout en restant dans des champs d'intervention identiques ou très proches et en mobilisant les mêmes outils. Mais le montant en valeur absolue des économies réalisées a atteint en 2014 comme en 2016 des montants particulièrement bas (460 M€).

[77] Cette dégradation des résultats de la maîtrise médicalisée conduit à s'interroger plus généralement sur les performances de l'assurance maladie dans le domaine de la gestion du risque.

Tableau 5 : Economies attendues et réalisées par la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie depuis 2005 (en M€)<sup>21</sup>

en M€	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Economies attendues</b>	556	564	392	534	544	522	471	450	550	600	700	700	700
<b>Economies réalisées</b>	721	581	383	382	524	502	612	593	602	460	598	456	nd
<b>Taux d'atteinte</b>	130%	103%	98%	71%	96%	96%	130%	132%	109%	77%	85%	65%	nd

Source : CNAMTS 2017

<sup>21</sup> Il existe une différence de champ entre le tableau 4 et le tableau 5.



[78] Si l'on entre davantage dans le détail, trois périodes se distinguent au sein de la chronique de douze années débutant en 2005 :

- de 2005 à 2010, les économies prévues ont été réalisées autour de l'objectif, avec toutefois une année exceptionnelle de faible résultat (2008) au cours de laquelle l'environnement économique s'est dégradé brutalement et fortement ;
- de 2011 à 2013, l'assurance maladie a, au contraire, dépassé les objectifs qui lui étaient fixés ;
- de 2014 à 2016 enfin, les résultats se sont essouffés très sensiblement, l'assurance maladie étant clairement en-dessous de ses objectifs.

[79] S'agissant de 2016 plus particulièrement, aucun des sous-objectifs n'a été atteint, à la différence des années précédentes. Ils ont seulement été approchés s'agissant des produits de santé (392 M€ d'économie sur 430 M€) mais sont demeurés très éloignés sur les autres postes (indemnités journalières, transports, masseurs-kinésithérapeutes, biologie).

Tableau 6 : Principaux résultats détaillés de la maîtrise médicalisée des dépenses (en M€)

Economies réalisées/objectifs	2013	2014	2015	2016
<b>Produits de santé</b>	294/320	<b>374/370</b>	374/425	392/430
<b>IJ</b>	<b>100/100</b>	4/100	54/100	24/100
<b>Transports</b>	<b>152/70</b>	<b>56/65</b>	47/75	11/75
<b>M-Kinés</b>	<b>49/40</b>	0/45	<b>65/30</b>	26/40
<b>Biologie</b>	0/10	<b>24/20</b>	<b>56/30</b>	4/30
<b>Actes tous prescripteurs</b>	9/10	-	<b>1/30</b>	0,2/25

Source : Mission sur données CNAMTS. Les domaines où les objectifs ont été atteints ou dépassés figurent en gras

[80] S'agissant des produits de santé :

- sur les seize actions choisies en 2014, deux n'ont donné aucun résultat ou un résultat dérisoire et deux un résultat très inférieur à ce qui était attendu ;
- sur les seize actions choisies en 2015, les chiffres correspondant étaient de quatre et de deux ;
- sur les quinze actions choisies en 2016, ils étaient de quatre et un.

[81] S'agissant des autres prescriptions, les résultats ont été erratiques et souvent très inférieurs aux attentes. C'est le cas pour deux postes sur quatre en 2014 et en 2015 et pour les quatre en 2016.

## 2 L'APPROCHE ACTUELLE DE LA GESTION DU RISQUE SE HEURTE A DES OBSTACLES PERSISTANTS

[82] Au cours de la période conventionnelle, l'Etat et l'assurance maladie ne sont pas parvenus à lever plusieurs obstacles structurels à une gestion efficace du risque, qui avaient déjà été soulevés par le rapport d'évaluation précédent.

[83] Il s'agit en particulier de l'imprécision de la notion de gestion du risque, du manque de lisibilité de l'architecture programmatique et contractuelle et des limites de l'organisation et du pilotage.

### 2.1 Une notion de gestion du risque qui est toujours trop imprécise

#### 2.1.1 Une notion dont ni les objectifs ni le périmètre ne sont clairement définis

[84] Les pouvoirs publics ont promu la notion de gestion du risque lorsque les difficultés financières de l'assurance maladie ont grandi. C'est le plan Juppé en 1996 qui l'a introduite dans le code de la sécurité sociale sans toutefois en donner une définition précise.

[85] La notion a pris par la suite une place croissante dans les COG et les dispositifs législatifs. La loi du 9 août 2004 de réforme de l'assurance maladie en a fait ainsi une des missions de la CNAMTS<sup>22</sup>.

[86] Après des débats sur la responsabilité de son pilotage par les ARS ou par l'assurance maladie, la loi HPST du 21 juillet 2009 a conforté le rôle central de la gestion du risque pour l'assurance maladie tout en en faisant un domaine doublement partagé entre celle-ci et les ARS, et entre le niveau national et le niveau régional. Plus récemment, si la notion de gestion du risque est curieusement absente de la stratégie nationale de santé, elle est bien présente dans la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé.

[87] Sans disposer dans la relation avec les assurés des leviers contractuels et tarifaires pour équilibrer recettes et prestations, l'assurance maladie et l'Etat ont développé une approche spécifique appelée gestion du risque. Si cette notion n'a pas été définie dans les textes, de nombreux travaux ont permis de la préciser. C'est notamment le cas du rapport rédigé par l'IGAS en 2010 qui en donne la définition suivante<sup>23</sup> : « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût ».

[88] Dans le même ordre d'idées, les documents les plus récents de la CNAMTS<sup>24</sup> ont adopté une approche similaire : la gestion du risque « vise à optimiser le rapport qualité/prix de notre système de santé au bénéfice de tous ». Elle vise donc à obtenir un « juste soin au juste coût ».

[89] Malgré ces précisions sémantiques, les objectifs assignés à la gestion du risque ne sont toujours pas stabilisés, hésitant entre efficacité du système de santé, économies sur l'ONDAM et qualité de soins, voire penchant vers un appauvrissement de la notion à la seule maîtrise des dépenses de santé.

<sup>22</sup> Article L.211-1 du Code de la sécurité sociale.

<sup>23</sup> Pierre-Yves Bocquet et Michel Peltier, *Mission sur la gestion du risque*, IGAS, décembre 2010.

<sup>24</sup> Cf. par exemple le diaporama déjà cité supra de la DDGOS intitulé *la gestion du risque*, et daté de décembre 2016.

[90] Au demeurant, le PNGDRESS, qui a pourtant vocation à unifier la gestion du risque entre l'Etat et l'assurance maladie, a récemment alimenté la confusion en introduisant, sans la préciser, une distinction sémantique entre gestion du risque et efficience du système de soins.

[91] Par ailleurs, il n'existe toujours pas de tracé consensuel et clair des contours de la gestion du risque et son périmètre s'est élargi au fil des ans, tout en laissant des zones d'ombres ou d'incertitudes.

[92] Alors que seule la lutte contre la fraude a fait l'objet d'une distinction claire du périmètre de la gestion du risque, la gestion du risque exerce un effet d'attraction sur de nombreux domaines au sein de l'assurance maladie.

[93] Au niveau régional, le périmètre de la coordination de la gestion du risque s'est étendu ainsi depuis 2016 à l'important sujet de l'accès aux droits et aux soins des publics fragiles (Planir), qui n'en relève pas et qui, comme le précise le rapport de l'IGAS sur la qualité de service, est un échec. Sont cités aussi au gré des interlocuteurs comme appartenant à la gestion du risque : la gestion du contentieux, la mise en place du dossier médical partagé...

[94] Cette extension relève de la confusion qui s'est progressivement établie au sein de l'assurance maladie entre objectifs et moyens, et qui a abouti à affaiblir sensiblement la vision stratégique au profit d'une logique de moyens. La présentation de la gestion du risque dans le rapport d'activités 2015 de la CNAMTS illustre cette approche qui, faute d'en identifier les buts, s'en tient aux leviers : maîtrise médicalisée, relations conventionnelles.

[95] Comme a pu le constater la mission, les contours de la gestion du risque ne sont pas partagés entre ses acteurs, alors que le succès d'une politique repose sur la capacité d'en définir en premier lieu le contenu, avant les objectifs, les moyens, la mesure et l'évaluation des résultats.

[96] Signe de sa difficulté à être appréhendée, la notion s'est faiblement diffusée dans les établissements de santé, chez les professionnels de santé et chez les assurés qui la confondent avec celle de « gestion des risques » ou bien de « gestion du risque de sécurité sanitaire ».

**Recommandation n°2 : Adopter une définition recentrée, précise et partagée au sein de l'assurance maladie et de l'Etat de la gestion du risque et de ses objectifs prioritaires**

### 2.1.2 Une prévention insuffisamment intégrée à la gestion du risque

[97] Si la responsabilité principale de la mise en œuvre des actions de prévention relève des ARS, l'assurance maladie en est toutefois l'un des acteurs majeurs avec les associations, l'agence Santé publique France, les réseaux des départements ministériels (travail, éducation nationale, environnement...), les mairies et départements et, bien sûr, les professionnels de santé et les assurés. Forte de ses relations avec les professionnels de santé, l'assurance maladie peut en effet mobiliser des moyens et des leviers significatifs : campagnes de communication et d'accompagnement, ROSP applicable à compter de 2017 sensiblement renouvelée sur ce sujet, propositions d'examens aux assurés...

[98] Pourtant, la politique et les actions de prévention, qui ne devraient pas être exemptées d'efforts d'efficience, ne sont toujours pas suffisamment des parties intégrantes de la politique de gestion du risque de l'assurance maladie. Elle n'était, au demeurant, pas dans le ressort de la compétence des DCGDR jusqu'à la lettre réseau de février 2016.

[99] La CNAMTS a toutefois l'ambition de remédier à ce problème. Elle a bien conscience aujourd'hui que la prévention s'inscrit bien pleinement dans la gestion du risque. Elle sait qu'il lui faut pour ce faire « désiloter » sa gestion, en interne au regard notamment de l'action de ses centres d'examen de santé (CES) et, en externe, en développant des partenariats, de façon que les moyens dédiés à la prévention permettent d'inscrire les patients dans les parcours de soins accroissant l'implication des médecins traitants.

[100] Après avoir réalisé en mai 2016 une enquête auprès de la totalité du réseau sur l'organisation, les moyens mis en œuvre et les actions menées au niveau local financées sur ou hors FNPEIS, dont les crédits sont sous-consommés, l'assurance maladie a le projet d'un plan national de prévention permettant notamment aux régions de choisir quelques priorités. Cette démarche doit être reliée avec l'introduction des plans régionaux de gestion du risque. Il est, en effet, indispensable pour la cohérence de l'action de la gestion du risque et de celle de la gestion régionale que la prévention constitue un des volets de ces plans régionaux.

## 2.2 Une architecture programmatique et contractuelle qui n'est pas assez lisible

[101] L'une des caractéristiques importantes et des limites reconnues de notre système de santé tient à la ligne de partage persistante entre l'assurance maladie d'une part, responsable de la régulation et du financement des soins de ville, et l'Etat d'autre part, responsable de l'hôpital.

[102] Les efforts des pouvoirs publics se sont notamment portés dans ce domaine dans trois directions :

- la définition d'objectifs clairs pour tous les acteurs du système de santé (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, stratégie nationale de santé en 2013...) ;
- une meilleure structuration de la régulation ambulatoire sous l'égide de l'assurance maladie (conventions d'objectifs et de gestion en 1996, renforcement des compétences de la CNAMTS et création de l'UNCAM en 2004...) ;
- la mise en place d'un pilotage national coordonné de la gestion du risque (contrat Etat-UNCAM créé par la loi HPST du 21 juillet 2009 et ayant pour objet de fixer pour quatre ans les priorités de gestion du risque et de préciser les engagements de l'Etat et de l'assurance maladie...).

[103] La période conventionnelle sous revue, marquée tout particulièrement par l'adoption du plan ONDAM 2015-2017 dans le cadre du pacte de responsabilité et de stabilité puis du Plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PNGDRESS) 2016-2017, a permis de structurer plus clairement l'action de l'Etat, de l'assurance maladie et conjointement des deux opérateurs. Néanmoins, elle n'a pas mis un terme, bien au contraire, à l'inflation des documents contractuels ni aux faiblesses de leur architecture que critiquait déjà la mission précédente de l'IGAS.

### 2.2.1 Une architecture complexe

[104] L'architecture de la gestion du risque repose, outre la COG Etat-CNAMTS et les CPG entre la CNAMTS et les CPAM d'une part et la CNAMTS et les directions régionales du service médical (DRSM) d'autre part, sur des documents programmatiques et contractuels foisonnants tant au plan national qu'au plan local.

### 2.2.1.1 Au plan national

[105] Jusqu'il y a quelques années, les orientations de la gestion du risque étaient principalement déterminées par deux documents :

- la COG Etat-CNAMTS qui, depuis l'origine, comporte des objectifs et des engagements pluriannuels dans le domaine de la gestion du risque en plus de ceux qui concernent la production et la gestion administrative. La COG est, elle-même, déclinée dans un projet d'entreprise à l'intention de l'ensemble des salariés de la branche, qui en reprend les actions et en développe le contenu opérationnel ;
- les lois annuelles de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui déterminent chaque année, depuis 1997, le niveau de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de ses sous-objectifs et prévoient les mesures, notamment de gestion du risque, qui permettent de le respecter. Des révisions substantielles de la COG induites par une LFSS devraient conduire à un avenant à la convention mais, en pratique, ce cas de figure ne s'est jamais présenté.

[106] Trois autres documents fixent également, au plan national, le cadre des orientations de la gestion du risque pour l'assurance maladie comme pour l'Etat :

- depuis 2013, la stratégie nationale de santé (SNS) qui avait pour ambition de fixer un cap au système de santé dans son ensemble et de mobiliser tous les acteurs de la santé, en mettant en place une organisation adaptée du système de soins tout en respectant le cadrage global des dépenses publiques. Elle n'a, en pratique, pas trouvé réellement sa place dans le dispositif. Mais, à la demande de la ministre de la santé, une nouvelle stratégie nationale, opposable, devrait être élaborée pour la fin de l'année 2017 ;
- depuis 2015, le plan ONDAM qui porte toutes les actions nécessaires pour tenir l'ONDAM, que les actions relèvent du niveau national ou du niveau régional, de l'assurance maladie, des agences régionales de santé ou d'autres acteurs. Le plan ONDAM actuel est d'une durée de trois ans (2015-2017) et la durée du prochain plan ONDAM n'est pas encore arbitrée ;
- depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 : le PNGDRESS qui définit les objectifs pluriannuels de gestion du risque et ceux relatifs à l'efficacité du système de soins communs aux trois régimes membres de l'UNCAM. Il a pour objet d'améliorer les performances du système de santé et de maîtriser l'évolution des dépenses conformément au plan ONDAM.

[107] Aucun des projets de ces trois documents, dont l'articulation est complexe, n'était disponible au moment de la rédaction du présent rapport. L'élaboration de la COG devrait pourtant en découler de leur rédaction et non pas les précéder.

[108] Le PNGDRESS est structuré autour de quatre orientations<sup>25</sup> et de douze programmes ou blocs opérationnels, définis par le comité national de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins (CNGDRESS), composé de représentants de l'assurance maladie<sup>26</sup> et du Ministère de la santé (DSS, DGOS, DGCS, SG et un directeur général d'ARS), dont quatre à déclinaison régionale assurance maladie, quatre à déclinaison régionale ARS et quatre à déclinaison régionale partagée ARS et assurance maladie.

---

<sup>25</sup> Améliorer la pertinence des actes prescrits et diffuser les recommandations de bon usage pour réduire les soins et prescriptions redondants et inadéquats ; accompagner le virage ambulatoire en adaptant mieux les prises en charge, en aidant aux changements de pratique tout en appuyant les patients, les établissements et les professionnels de santé en ville et à l'hôpital ; améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière pour pérenniser la qualité de service et préserver la santé financière des établissements ; promouvoir la prescription des génériques et poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux.

<sup>26</sup> CNAMTS, MSA et RSI

Tableau 7 : Répartition de la responsabilité des douze programmes de gestion du risque du PNGDRESS

Responsabilité	Assurance maladie (DCGDR)	Partagée assurance maladie et ARS	ARS
<b>Programmes</b>	Prescription des indemnités journalières	Virage ambulatoire et impact capacitaire	Maîtrise de la masse salariale (dans les établissements publics de santé)
	Transports prescrits en ville	Transports prescrits à l'hôpital	PHARE (achats dans les établissements publics de santé)
	Médicaments prescrits en ville	Médicaments prescrits à l'hôpital (LES, PHEV)	Développement des GHT
	Autres prescriptions (biologie, DM, imagerie, paramédicaux)	Pertinence des actes	Aide aux établissements de santé en difficulté et optimisation des enveloppes

Source : CNAMTS et Etat

[109] Enfin, une troisième catégorie de documents revêt une importance évidente dans le domaine de la gestion du risque : les conventions conclues entre la CNAMTS et les professionnels de santé, et en particulier les médecins libéraux.

[110] Depuis 2004, les thématiques et le contenu de ces conventions se sont progressivement enrichies en intégrant des préoccupations de santé publique, de régulation de l'offre de soins mais aussi de gestion du risque<sup>27</sup>. La dernière convention avec les médecins libéraux signée pour la période 2016-2021, contient ainsi une série de dispositions importantes dans ce domaine. Son titre III porte ainsi en particulier sur la valorisation de la qualité des pratiques médicales et sur l'efficacité du système de soins.

**Encadré 2 : Extrait de la convention médicale du 25 août 2016 – Titre III**

Les signataires réaffirment « leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses dans le cadre fixé par la loi de financement de la sécurité sociale ».

La convention prévoit les modalités d'appui ou de participation des médecins à des programmes comme Prado ou Sophia et aussi la poursuite de l'évolution de leur rémunération vers une rémunération mixte qui maintienne le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques « mais qui prenne aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficacité du système de soins ».

**2.2.1.2 Au plan local**

[111] Au plan local, les documents programmatiques et contractuels pluriannuels s'imposant à l'assurance maladie et aux ARS, qui ont une compétence générale « pour répondre aux besoins en matière de soins et de services socio-médicaux et garantir l'efficacité du système de santé », sont également nombreux.

<sup>27</sup> Cour des Comptes, *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*, Juin 2014.

Encadré 3 : Les principaux documents programmatiques au plan local

Le projet régional de santé (PRS) : c'est l'outil stratégique en principe unifié de la politique régionale de santé à l'horizon de cinq ans, qui s'inscrit dans les orientations de la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale. Une nouvelle génération de PRS est en cours d'élaboration.

Le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PPRGDRESS) : institué en 2016, il est fixé par le directeur général de l'ARS après avis de la commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'assurance maladie, et est la déclinaison dans chaque région du PNGDRESS tout en pouvant comporter des actions complémentaires. On relève par exemple des actions complémentaires régionales en matière d'efficacité des EHPAD (Ile de France), d'organisation du recours au système de santé dans une logique d'efficacité (Bretagne), d'optimisation de l'articulation entre les acteurs de l'ambulatoire et de l'hôpital (Auvergne-Rhône Alpes).

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) : institué par la LFSS 2015, il qui fixe pour la période 2016-2019 le cadre des actions régionales pour l'amélioration de la pertinence des soins.

[112] Par ailleurs, un plan national des actions de maîtrise médicalisée est diffusé en début de chaque année par la CNAMTS : il décrit les thèmes, les actions, le calendrier prévisionnel, le vecteur pressenti et le type et le volume de prescripteurs ou effecteurs concernés. Sa déclinaison par CPAM permet de déterminer les objectifs annuels assignés à chacune d'entre elles.

[113] Le pilotage par la CNAMTS et par l'Etat de leurs structures locales (CPAM et DRSM d'une part, ARS d'autre part) est assuré, pour sa part, par l'entremise de deux documents contractuels clés :

- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'Etat et chaque ARS, dont la deuxième génération a été signée pour les années 2015 ou 2016 à 2018. Son premier objectif prioritaire porte sur la « maîtrise des dépenses et le renforcement de la performance médico-économique des acteurs de santé » ;
- le contrat pluriannuel de gestion (CPG), signé entre la CNAMTS et chaque CPAM, ainsi qu'entre la CNAMTS et chaque DRSM, et qui décline la COG y compris, bien entendu, dans le domaine de la gestion du risque. Des objectifs quantifiés de maîtrise médicalisée sont adressés, et mis à jour, chaque année à chaque CPAM et DRSM, en déclinaison du plan national (cf. supra).

[114] Les modalités de travail en commun et de collaboration entre l'assurance maladie et l'Etat dans la région sont elles-mêmes réglées par deux conventions :

- une convention entre l'ARS et chacun des régimes d'assurance maladie de la région portant sur l'ensemble des domaines de leur collaboration, et qui détermine pour cinq ans leurs modalités de travail commun ;
- une convention spécifique à la gestion du risque et à l'efficacité du système de soins, sur la base d'un contrat-type, conclue pour deux ans entre le directeur général de l'ARS et le représentant en région des régimes d'assurance maladie, désigné par le directeur général de l'UNCAM. Elle décrit les conditions de mise en œuvre du PPRGDRESS ainsi que les éventuelles actions régionales complémentaires spécifiques.

[115] Au total, il existe désormais beaucoup trop de documents programmatiques et contractuels au plan national (SNS, Plan ONDAM, PNGDRESS, COG, plan annuel de maîtrise médicalisée, LFSS...) et surtout au plan local. En France métropolitaine, ce sont près de deux cents documents (122 CPG, 26 conventions ARS/assurance maladie, 13 PRS, 13 PPRGDRESS, 13 PAPRAP, 13 CPOM...) qui sont élaborés, négociés et suivis par les services de l'assurance maladie et de l'Etat.

[116] Ce foisonnement comme la multiplication des indicateurs associés consomment beaucoup de temps des services de l'assurance maladie et de l'Etat. Certains documents ont, par ailleurs, une assez faible valeur ajoutée. C'est notamment le cas des conventions entre ARS et l'assurance maladie au plan régional qu'il serait opportun de supprimer au profit de discussions directes dans le cadre des instances régionales communes et de simples relevés de décisions.

[117] Le graphique ci-dessous, élaboré par la DCGDR de la Loire-Atlantique, rend compte, de façon résumée, de cette complexité de l'architecture nationale et locale de la gestion du risque

Graphique 2 : Architecture résumée de la gestion du risque



Source : Assurance maladie



## 2.2.2 Une architecture manquant de cohérence

[118] L'architecture programmatique et contractuelle soulève une série de problèmes de cohérence, dont on peut souligner plusieurs exemples.

[119] L'articulation entre stratégie nationale de santé, plan ONDAM, PNGDRESS et COG est imparfaite à plusieurs égards<sup>28</sup> :

- la stratégie nationale de santé, qui constitue en principe le cadre de l'action de tous les acteurs de santé, n'était jusqu'à présent pas juridiquement opposable et ne comportait aucune référence au concept de gestion du risque<sup>29</sup> ;
- le PNGDRESS, qui détermine en principe les priorités de gestion du risque de l'assurance maladie et de l'Etat, est d'une durée de deux ans seulement alors que la durée de la COG est de quatre ans et le plan ONDAM d'une durée de trois ans<sup>30</sup>. Le prochain cycle qui s'ouvre devrait conduire à aligner la durée de la COG et celle du PNGDRESS, et dans l'idéal aussi du plan ONDAM, et d'articuler étroitement le contenu de ces différents documents.

**Recommandation n°3 : Adopter un plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins et un plan ONDAM cohérents avec une stratégie nationale de santé opposable et d'une durée équivalente à celle de la COG Etat-CNAMTS**

[120] La COG 2014-2017 a précédé le plan ONDAM puis le PNGDRESS 2016-2017 et demeure donc mal articulé avec lui.

[121] A l'avenir, la partie consacrée à la gestion du risque de la prochaine COG devrait être recentrée sur la politique de prévention, l'allocation des moyens et la fixation des objectifs en cohérence avec le plan ONDAM et le PNGDRESS et à la bonne utilisation des leviers et des outils de gestion du risque.

**Recommandation n°4 : Consacrer la partie de la COG relative à la gestion du risque à la prévention, à l'allocation des moyens et la fixation des objectifs en cohérence avec le plan ONDAM et le PNGDRESS et à la bonne utilisation des leviers et des outils de gestion du risque**

[122] Si, dans sa dimension efficience et qualité de service, la COG a une réelle fonction structurante tant au niveau national que dans l'activité du réseau de l'assurance maladie, tel n'est plus le cas dans sa dimension de gestion du risque.

[123] Cela est lié à trois facteurs principaux :

- la complexité croissante de l'architecture de la gestion du risque décrite supra. L'amoncellement de documents programmatiques et contractuels a conduit à diluer le rôle directeur de la COG ;

---

<sup>28</sup> Tel est également le cas de l'articulation entre plan ONDAM, PNGDRESS, COG et conventions avec les professions de santé, en particulier les médecins. Des efforts de plus grande cohérence, notamment temporelle mais aussi sur le fond, devraient être poursuivis.

<sup>29</sup> La stratégie nationale de santé renvoie à la gestion des risques sanitaires, qui concerne le domaine de la sécurité sanitaire et pas l'efficience ni la qualité des soins. Il conviendrait d'éviter cette ambiguïté à l'occasion de l'élaboration de la prochaine stratégie nationale.

<sup>30</sup> L'allongement à cinq ans de la durée du prochain plan ONDAM était en discussion au moment de la rédaction du présent rapport.

- l'adoption du plan ONDAM puis du PNGDRESS, après la signature de la COG 2014-2017 et sans révision par avenant de cette dernière. Le PNGDRESS et ses douze programmes constituent désormais la feuille de route structurante de l'action de l'Etat et de l'assurance maladie en matière de gestion du risque et ont en quelque sorte effacé, ou à tout le moins grandement minoré, le caractère structurant de la COG ;
- le découplage entre les objectifs quantitatifs annuels de maîtrise médicalisée fixés sur la base de l'ONDAM et déclinés ensuite annuellement dans des objectifs pour chaque CPAM, qui demeurent très structurants, et les objectifs fixés par la COG qui sont sans lien direct avec l'atteinte de l'ONDAM annuel.

[124] Au plan local, les contrats pluriannuels de gestion des CPAM et des DRSM et les CPOM des ARS ne sont pas encore non plus, aux dires des acteurs de terrain, suffisamment articulés. C'est évident en matière de calendriers, qui divergent (2014-2017 pour les CPG ; 2016-2018 pour les CPOM).

[125] Il conviendrait désormais d'assurer la cohérence de la temporalité et du contenu en matière de gestion du risque entre la nouvelle génération des contrats pluriannuels de gestion (CPG) des CPAM et des DRSM et les CPOM des ARS.

## 2.3 Une organisation et un pilotage encore insatisfaisants

[126] Depuis une dizaine d'années, la CNAMTS a fait de gros progrès en matière d'organisation et de pilotage de son réseau en matière de gestion du risque comme les visites de terrain de la mission ont permis de le montrer.

[127] Il demeure toutefois une série de domaines pour lesquels des améliorations sont souhaitables.

### 2.3.1 Une organisation de l'assurance maladie plus lisible au plan régional qu'au plan national

[128] Au plan national, l'organisation de la CNAMTS dissocie la conception et la mise en œuvre de la gestion du risque : la conception relève de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) et la mise en œuvre de la direction déléguée aux opérations (DDO) :

- la DDGOS est une direction de 317 personnes dont 163 interviennent dans le domaine de la gestion du risque ;
- au sein de la DDO, la mise en œuvre relève de la direction du réseau médical et des opérations de gestion du risque, soit 16 personnes regroupées en deux départements.

[129] Cette répartition des rôles entre DDGOS et DDO n'est pas toujours évidente vue du réseau mais la création d'une direction métier unique au siège ne s'impose pas.

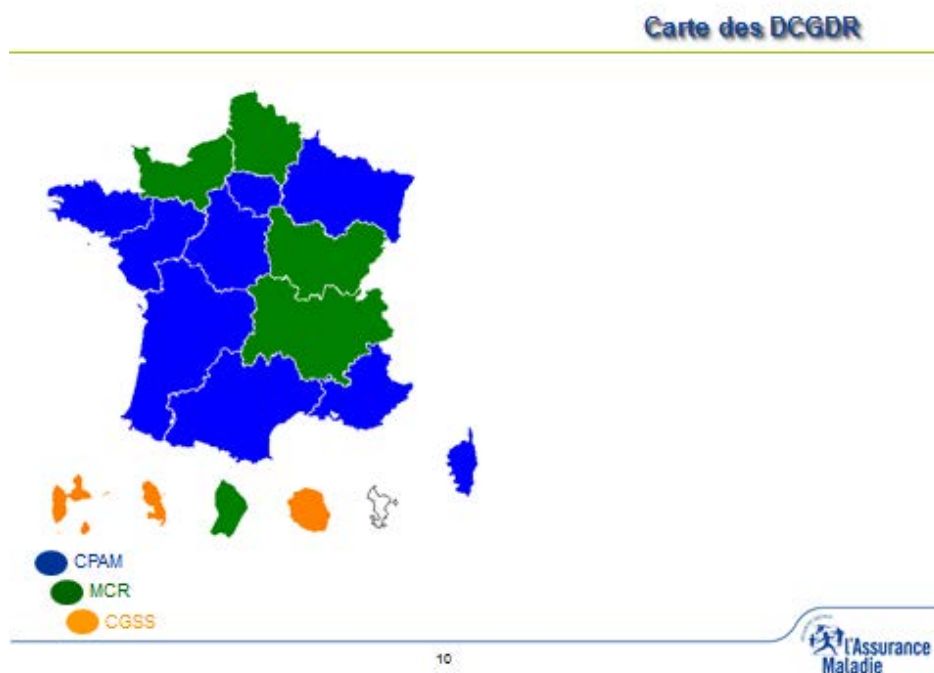
[130] La gestion du risque mobilise également d'autres services de la caisse nationale dont la majeure partie de la direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES), soit 86 personnes, la direction déléguée aux services d'information et la mission des relations européennes et internationales et de la coopération.

[131] La DDGOS et surtout la DDO assurent le lien avec le réseau, s’agissant des travaux de conception des différentes de composante de la gestion du risque pour la DDGOS, et s’agissant du pilotage des services administratifs –DCGDR et CPAM- et des services médicaux –DRSM- et la transversalité de l’action pour la DMGR/DDO. La direction générale, pour sa part, préside l’instance d’animation du réseau des DCGDR et les instances internes de suivi et de déploiement du plan annuel des actions de maîtrise des dépenses.

[132] Au niveau régional, le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude (DCGDR), créé en 2006, fait l’interface avec les directions du siège de la CNAMTS, et en premier lieu la DDO, mobilise les ressources et les compétences administratives et médicales du réseau dans les CPAM et les DRSM, assure le lien avec les ARS et gère les relations avec la mutualité sociale agricole (MSA) et le RSI.

[133] Le DCGDR, nommé pour la durée de la COG, reçoit une lettre de mission du directeur général de la CNAMTS. La fonction est assumée soit par le directeur de la CPAM du chef-lieu de la région ou le directeur de la CGSS (12) soit par un DRSM (5).

Schéma 1 : Cartographie des DCGDR



Source : CNAMTS - DDO

[134] Le rôle de coordination des DCGDR a été renforcé en 2016<sup>31</sup>. Les missions essentielles sont demeurées et ont été intensifiées dans le domaine de la gestion du risque : maîtrise des dépenses de soins, plan triennal pour l’efficacité et la performance du système de soins... Elles se sont élargies à d’autres thématiques : relations et contacts avec les professionnels de santé (instances conventionnelles régionales, URPS...), relations et contacts avec les établissements de santé en lien avec les ARS (mise en œuvre des blocs partagés du plan ONDAM, dialogues de gestion et campagne d’accompagnement, participation à la conception et à la mise en œuvre des PPRGDRESS, association à l’élaboration et à la mise en œuvre des PPRAS et des PRS), services en santé (Prado, Sophia et

<sup>31</sup> Cf. lettre réseau-DDGOS du 29 février 2016.

Santé active), actions de prévention, gestion du risque de la réparation en AT/MP, dispositifs de soutien à l'accès aux soins des publics fragiles.

[135] L'extension à ce dernier domaine a affaibli le schéma en donnant à la délégation un rôle sur un sujet qui ne relève en rien de la gestion du risque.

### 2.3.2 Un travail en commun entre l'Etat et l'assurance maladie qui doit encore progresser

[136] Plan ONDAM, PNGDRESS, et leurs déclinaisons locales (avenant annuel des CPG sur la maîtrise médicalisée) et régionales (PPRGDRESS) ont constitué des avancées significatives dans le pilotage de la gestion du risque et dans la relation entre l'assurance maladie et les ARS, en définissant les champs d'activité des deux réseaux, leurs « zones de spécialisation » en quelque sorte, pour reprendre une expression du directeur général de la CNAMTS, et leur domaine partagé.

[137] Des chevauchements persistent toutefois, comme en matière de structuration du domaine ambulatoire (maisons de santé pluri-professionnelles...), qui nécessiteraient de poursuivre la clarification des responsabilités de l'assurance maladie et des ARS.

[138] Toutefois, le pilotage national conjoint du PNGDRESS par le comité national de la gestion du risque et de l'efficience du système de soins (ex-CNP) a toujours une portée très limitée. Une seule réunion de ce comité s'est tenue, en 2016. Il devrait devenir une instance de partenariat entre CNAMTS et directions ministérielles, filtrer les instructions aux réseaux et se mettre en situation de produire des instructions conjointes annuelles aux deux réseaux sur ce qu'il est attendu comme travail commun pour mettre en œuvre le PNGDRESS et sa déclinaison régionale et vérifier que les moyens en sont disponibles et les leviers adaptés.

[139] Cela tient notamment au fait que la gestion du risque mobilise un tout petit nombre d'intervenants au sein du ministère : un peu plus de deux ETP à la DSS essentiellement au sein d'une mission dédiée ; moins de deux ETP au Secrétariat général comme à la DGOS et à la DGS. La faiblesse des moyens disponibles, surtout à la DSS, ne permet pas au pilotage national d'être suffisamment actif. Des séminaires nationaux associant ARS (directeur responsable en son sein) et responsable de la cellule gestion du risque en région pour l'assurance maladie sont toutefois organisés par le ministère et la DDGOS de la CNAMTS<sup>32</sup>.

[140] Au niveau régional, les relations DCGDR/ARS ont une efficacité variable selon les régions et le rôle des deux réseaux comme le travail attendu en commun doivent être précisés.

[141] Les moyens mobilisés sur le terrain de part et d'autre pour la gestion du risque sont très inégaux au vu notamment du format des deux réseaux : ils étaient ainsi dans un rapport d'un peu plus de 1 à 100 en 2016, sans que l'on puisse être assuré de l'application d'une définition homogène de la gestion du risque notamment au regard du champ des douze programmes du PNGDRESS.

[142] A noter toutefois que les ARS, dans le contexte d'une réduction globale de leurs effectifs, ont maintenu les moyens dédiés à la gestion du risque, tout en les concentrant dans le domaine des établissements de santé (près des 2/3 des ETP en 2016).

---

<sup>32</sup> Parmi les thèmes récents figurent les produits de santé ou les transports

Tableau 8 : Effectifs dédiés à la gestion du risque dans les ARS

Effectifs gestion du risque/Plan triennal – en ETP	2014	2016 <i>Evolution projetée sur résultats partiels</i>	Evolution 2016/2014
<b>Pilotage</b>	25	19	
<b>Soins hospitaliers</b>	32	46	
<b>Soins ambulatoires</b>	6	4	
<b>Médico-social</b>	11	4	
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>73</b>	<b>-1,4 %</b>
<b>Effectif total des ARS</b>	8 952	8 618	-3,7 %
<b>gestion du risque/ARS</b>	<b>0,8 %</b>	<b>0,8 %</b>	

Source : *Mission sur données Secrétariat général ministère des solidarités et de la santé.*

[143] La fusion des ARS dans les sept nouvelles régions administratives a sensiblement perturbé celles-ci en 2016 et logiquement ralenti le travail en commun avec l'assurance maladie.

[144] Une vigilance doit particulièrement s'attacher à l'existence d'interlocuteurs pour les CPAM dans chacune des délégations territoriales des agences et dans les CPAM de taille modeste pour les agences. La nouvelle répartition des effectifs, associée à un turn-over significatif, fait que cela n'est plus ou pourrait ne plus être le cas partout. De plus, le degré d'implication peut être significatif au niveau des ARS mais nettement plus faible au niveau de certaines délégations départementales. Il en est de même du côté des DCGDR et des CPAM. Celles-ci sont ainsi appelées à investir plus fortement la relation avec les établissements de santé.

[145] Le travail en commun entre l'assurance maladie et les ARS a fait des progrès avec le temps. Mais on ne peut dire qu'il est encore évident pour toutes les structures. Il demeure encore trop dépendant des personnalités et donc variable selon les régions. Les relations de travail peuvent être filtrées par les deux hiérarchies. Les différences de culture restent marquées. Le dialogue peut être bon mais le travail commun réel n'est pas assez développé.

[146] Au-delà des personnes, il existe au moins deux approches différentes de la politique de gestion du risque/santé à l'échelon régional à l'œuvre sur le terrain, une approche plus girondine du côté de l'Etat et une approche plus jacobine du côté de l'assurance maladie.

[147] La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de la santé publique a cru bon de poser un nouveau cadre conventionnel et de renouveler la comitologie de la gestion du risque. Or cette comitologie est plus informative qu'opérationnelle s'agissant au moins des réunions plénières du comité régional qui peinent à jouer leur rôle stratégique. Les réunions restreintes du comité, le comité technique de coordination et les groupes de travail thématiques apparaissent plus productifs et opérationnels. Comme il a été dit plus haut, les conventions bilatérales n'ont pas de valeur ajoutée.

[148] La construction des PRGDRESS et leur mise en œuvre sont des enjeux essentiels. La participation de l'assurance maladie à la construction des PRAPS et des PRS s'organise à des degrés divers sur le territoire.

[149] Les interventions de l'assurance maladie et des ARS dans les établissements de santé s'articulent en fonction des objectifs et des moyens : à l'ARS le dialogue avec la direction (revue de CPOM, essentiel du dialogue de gestion) ; à l'assurance maladie la rencontre avec les services

(participation au conseil de surveillance, au CME sur invitation, au dialogue de gestion, visites des DAM et des MC, définition de plans d'action).

[150] Les dialogues de gestion avec les établissements de santé sont inégalement investis par les CPAM. La CNAMTS pourrait utilement formaliser le rôle attendu des caisses en la matière.

[151] Au terme de cette analyse, la mise en place d'un dialogue de gestion annuel sur la gestion du risque, conduit sur la base d'une consolidation régionale des résultats de la partie gestion du risque des CPG des CPAM et des DRSM s'agissant de l'assurance maladie, et des résultats de la partie gestion du risque des CPOM pour les ARS, associant ministère (secrétaire général et directeur de la sécurité sociale, directeur général de l'organisation des soins, directeur général de la santé), directeur de la CNAMTS, DCGDR et directeurs d'ARS, serait très opportune. Elle constituerait un sous-ensemble des dix-sept dialogues de gestion annuels concernant les ARS qui sont organisés par le secrétariat général du ministère, un sous-ensemble mobilisant le temps nécessaire à un dialogue structuré et de qualité.

**Recommandation n°5 : Mettre en place, sous l'égide de l'Etat et de l'assurance maladie, un dialogue de gestion annuel conjoint avec DCGDR et ARS sur la gestion du risque**

[152] Malgré de rares initiatives locales, ARS et assurance maladie coopèrent peu en matière d'exploitation des données de santé. L'ouverture du SNDS devrait résoudre une partie de ces difficultés en autonomisant l'accès des ARS. Cependant, l'esprit de coopération concrétisé dans le PNGDRESS doit trouver à s'exprimer en matière d'utilisation des données, ce d'autant que le développement des parcours de soins imposent une approche commune ARS / assurance maladie autour d'une analyse partagée des situations et des résultats.

[153] Il convient de créer dans toutes les régions des cellules communes d'analyse des données réunissant assurance maladie et ARS. Il existe déjà au moins en Ile-de-France et en Bretagne. La Bourgogne et d'autres régions sans doute en avaient eu aussi l'idée.

### 2.3.3 Un pilotage de la CNAMTS indispensable mais incomplet et trop directif

[154] Le pilotage de la gestion du risque et de sa mise en œuvre par un réseau de 102 caisses et de 17 DRSM métropolitaines par la CNAMTS apparaît au premier abord très étroit. Le degré d'intégration de la branche dans ce domaine est heureusement nettement supérieur à ce qu'il était avant l'impulsion d'une politique nationale de gestion du risque à compter de 2004. Les manifestations d'autonomie des CPAM et, plus rarement, de l'ancienne prééminence donnée à la production (accueil des assurés et service des prestations) n'ont toutefois pas entièrement disparues.

[155] L'action de la CNAMTS est à la fois indispensable mais incomplète et trop directive.

[156] Indispensable en premier lieu, et par là attendue et bienvenue, car le réseau considère que la gestion du risque est le fer de lance de la politique de l'assurance maladie, le domaine où les résultats de la branche et de son réseau sont annuellement les plus attendus et les plus commentés, le domaine où se joue largement son présent et son avenir. Indispensable car le succès de la gestion du risque est fondé sur un investissement en conception que seule la caisse nationale peut porter et assumer. Indispensable car une des conditions du succès de la gestion du risque est d'être conçue et conduite sur le plan national en assurant une relation homogène et cohérente avec les acteurs concernés sur tout le territoire : professions de santé, établissements de soins et assurés.

[157] D'où l'importance de la qualité et de la densité des relations entre caisse nationale et DGCDR. Les directeurs coordonnateurs sont réunis cinq à six fois par an. Leur représentation y est personnelle. Ils participent à la fixation de l'ordre du jour avec les directions de la caisse nationale. Des temps d'échanges réels existent pendant les réunions mais l'ordre du jour nourrit quand même beaucoup d'informations descendantes. Ils tentent de s'organiser pour nourrir un dialogue constructif avec le directeur général. A ainsi été porté en novembre 2016 un document portant vingt-et-une propositions et, en février 2017, un projet de plan régional de la gestion du risque. Les réunions techniques réunissant aussi cinq fois par an les responsables des cellules régionales participent fortement de cette gouvernance : elles sont très attendues par le réseau.

[158] Incomplète en second lieu car le réseau pointe plusieurs limites à l'action de la CNAMTS.

[159] Ainsi, l'équipe nationale de pilotage des DCGDR ne dispose pas assez de moyens humains et d'outils : moins de deux ETP au sein du département des opérations de gestion du risque, DMGR/DDO.

[160] Les délais d'attente de réponses aux nombreuses questions posées à la caisse nationale sont trop élevés, ce qui nuit à la cohérence de l'action menée sur le territoire. Un manque criant d'outil collaboratif est aussi souligné : il y a beaucoup de fichiers dont il faut prendre connaissance et qu'il faut traiter avec un simple outil de dépôt. Toutefois, une adresse de share-point est disponible depuis peu et la co-construction d'un outil collaboratif enfin lancée.

[161] La CNAMTS est, par ailleurs, dans une attitude trop passive vis-à-vis des remontées du réseau. Il est attendu qu'elle structure une action nationale de veille qui est, pour l'instant, dispersée dans au moins quatre départements de la caisse nationale. Le ressenti est le même quant à l'implication insuffisante de la caisse nationale dans la diffusion de l'innovation, notamment en termes d'outils locaux, des bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables qui se multiplient inutilement sur les mêmes sujets. Une mise en réseau des compétences sur tous ces sujets par la caisse nationale aiderait à régler ces problèmes. Le recueil des actions vient de commencer (« Innov 65 ») et le projet Store- recueil/partage des outils locaux est toujours balbutiant en matière de gestion du risque. On rejoint ici la question des moyens sus-évoqués.

[162] Il y a donc lieu d'améliorer le pilotage des DCGDR afin d'assurer la diffusion de l'innovation en termes d'outils locaux, de bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables, ce renforcement se faisant à moyens constants, comme le réseau le pratique dans d'autres domaines avec un processus de labellisation (voir rapport de l'IGAS sur la qualité de service).

**Recommandation n°6 : Améliorer le pilotage par la CNAMTS des DCGDR afin d'assurer la diffusion de l'innovation en termes d'outils locaux, de bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables**

[163] Une caisse nationale enfin trop directive : les acteurs locaux souhaiteraient disposer de plus d'autonomie, sous la forme de plans régionaux de gestion du risque. La création de tels plans répond à la nécessité de tenir compte des disparités locales de résultats et de moyens pour fixer les objectifs et de davantage territorialiser les programmes en concentrant des moyens sur certaines zones ou activités. Il peut exister aussi localement des voies de passage et des capacités de négociation ne pouvant être activées au niveau national. Il faut ainsi dégager des marges d'action documentées et individualiser une partie des objectifs de gestion du risque au niveau des régions et ce, dans le cadre d'un dialogue de gestion CNAMTS/DCGDR.

[164] La caisse nationale s'est ralliée récemment à cette idée. Ainsi en 2017, 25 % du temps de visite des PS par les DAM et des médecins-conseils sont désormais à la main des régions. La marge de manœuvre ainsi ouverte se heurte toutefois à la faible capacité des DCGDR à pouvoir concevoir des campagnes régionales au vu des moyens que doit mobiliser la CNAMTS pour la préparation des campagnes nationales. Il leur faut aussi gérer le décalage récurrent du calendrier des campagnes nationales et assurer en priorité en toute hypothèse la mise en œuvre de celles-ci.

[165] La caisse nationale, après avoir mis en place en 2016 les actions bonus CPG, est également favorable à la création de plans régionaux de la gestion du risque et a ouvert en avril par lettre réseau le processus de leur élaboration et de leur gestion.

[166] Lancé en 2016 dans le but d'inciter les DCGDR à développer de nouvelles actions, le bonus CPG conduit les DCGDR à proposer des actions sur un ou deux thèmes parmi les six identifiés comme à fort enjeu économique par la caisse nationale qui valident ces actions. Les actions bonus 2016 ont été reconduites en 2017. Les plans régionaux ne reprennent pas ces actions. Ils vont consister en des actions d'adaptation locale des actions nationales et en des actions « locorégionales » qui peuvent ou non porter sur les mêmes thèmes, un nombre de thèmes et d'actions réduits priorisant les actions à gain rapide. Il ne faut pas en attendre un renouvellement profond de la gestion du risque mais c'est une initiative utile.

#### 2.3.4 Des délégations à la coordination de la gestion du risque au milieu du gué et qu'il serait opportun de renforcer

[167] Les 13 DCGDR métropolitaines ont une structure très légère : elles sont composées de personnels très qualifiés et dédiés en effectifs réduits : 5 à 12 ETP selon la taille des régions, soit 122 ETP au total en juin 2017, ce qui représente 2 % du total des effectifs dédiés à la gestion du risque dans la branche<sup>33</sup>. L'annexe 1 présente des informations complémentaires sur les DCGDR.

[168] Une partie des délégations a fait l'objet en 2016 de réorganisation après l'apparition de sept nouvelles grandes régions administratives. La multiplicité des acteurs au sein d'une grande région est en soi un problème (Nouvelle Aquitaine : 13 CPAM, 2 DRSM; Grand-Est : 10 CPAM 2 DRSM ; ARA : 12 CPAM, 2 DRSM, Occitanie : 13 CPAM et 2 DRSM). Elle fait coexister les caisses de taille très diverses dont une partie n'a pas la taille critique pour assumer la totalité de la gestion de la gestion du risque, des caisses dont les attentes sont nécessairement assez différentes et ne vont pas toujours dans le même sens. Le dialogue et la dynamique de co-construction ne peuvent qu'y être plus limités que dans la région à périmètre plus réduit.

[169] Elles demandent un investissement plus fort du DCGDR et de sa cellule. Elles exigent de faire plus en termes d'actions de neutralisation du travail en silo des caisses, de recherche d'un décroisement au niveau régional établissant les bonnes passerelles qui promeuvent une logique de travail de bout en bout des processus en portant une attention forte au zonage de l'activité.

[170] Plus que jamais, le DCGDR, qu'il soit directeur de CPAM ou DRSM, et sa cellule, doivent veiller à ne pas apparaître comme un directeur centré sur chef-lieu régional, ce qui peut être le cas aujourd'hui, mais comme le mobilisateur et le fédérateur de toutes les compétences mise en

---

<sup>33</sup> Cf. en partie 3 une analyse des effectifs.



réseaux au sein de l'espace régional pour nourrir la politique de la gestion du risque et la qualité de sa gestion, en veillant que toutes les caisses y participent<sup>34</sup>.

[171] S'agissant de la définition du rôle du DCGDR, les textes, et notamment la lettre-réseau de février 2016, comme le vocabulaire des acteurs utilisent des termes variés : coordination, pilotage, pouvoir d'impulsion, de facilitation, de supervision... Certains interlocuteurs de la mission sont allés jusqu'à employer la notion de pilotage fonctionnel mais en aucun cas de pilotage hiérarchique.

[172] En réalité, le DCGDR est un peu plus qu'un coordonnateur mais il n'est pas un pilote fonctionnel, ce qui imposerait de lui donner autorité sur les agents des CPAM et des DRSM qui mettent en œuvre la politique de la gestion du risque. Cette évolution aurait des conséquences sur le réseau de l'assurance maladie, qui repose aujourd'hui toujours sur 102 CPAM au niveau départemental, qui dépassent largement le sujet de la gestion du risque. Elle a été écartée par la mission pour cette raison. Dans le cadre des réflexions sur l'avenir de ce réseau, une telle option mériterait toutefois d'être étudiée. A plus court terme, un accroissement des effectifs des DCGDR serait envisageable dans le cadre d'un renforcement de leurs missions.

[173] Il convient également d'explorer les marges d'amélioration de l'action des DCGDR dans toutes les régions. Plusieurs ont été engagées, comme la mise en place du plan régional de gestion du risque, ou ont été suggérées<sup>35</sup>. Elles doivent notamment viser un rapprochement des modes de pilotages sans objectif d'uniformité et porter une attention particulière aux plus grandes régions.

[174] Une autre amélioration paraît souhaitable, en cohérence avec la recommandation visant à mettre en place, sous l'égide de l'Etat et de l'assurance maladie, un dialogue de gestion annuel conjoint avec DCGDR et ARS sur leurs résultats de la gestion du risque. Elle consiste à faire participer les DCGDR à la déclinaison des objectifs de gestion du risque aux organismes du réseau – CPAM et DRSM- dans le cadre d'un dialogue de gestion organisé au niveau régional.

**Recommandation n°7 : Associer les DCGDR à la déclinaison des objectifs et à la conception des actions de gestion du risque dans le cadre de dialogues de gestion régionaux avec la CNAMTS et le réseau**

[175] Au niveau départemental, l'organisation de la gestion du risque au sein de la CPAM se fait dans le réseau selon deux schémas : avec ou sans intégration du pôle production remboursement aux assurés. Il n'y a pas d'avantages déterminants en faveur d'une des deux options, la qualité de l'articulation des processus et celle des relations de travail étant toujours essentielles. Le choix relève des organismes. La CNAMTS n'émet pas de recommandation à ce sujet. La mission n'en fait pas non plus. Le plus important est d'assurer en termes de connections des systèmes d'information les interactions entre gestion de la gestion du risque et gestion du remboursement aux assurés.

**2.3.5 Une articulation entre service médical et caisses primaires qui doit être renforcée**

[176] Dans quatre des sept nouvelles grandes régions (Grand-Est, Nouvelle Aquitaine, ARA et Occitanie) deux DRSM demeurent alors qu'une seule DRSM existe au sein des trois autres nouvelles régions (Hauts de France, Normandie, et Bourgogne-Franche-Comté).

---

<sup>34</sup> Une mission confiée à Michel Bauer porte sur les contributions attendues d'une DCGDR, à partir d'un diagnostic en cours de réalisation au sein de la DCGDR Grand Est et de celle d'ARA, ainsi que sur l'organisation de la coordination de la gestion du risque et son enjeu. Une restitution des premières observations est prévue dans le courant de l'été 2017.

<sup>35</sup> Cf. les propositions des DCGDR au directeur général de novembre 2016.

[177] Deux DRSM alors même qu'il n'y a qu'un seul dispositif de coordination conventionnelle avec les professions de santé, une seule URPS, un seul conseil de l'ordre pour les professions de santé concernées... et une seule ARS. Cela pose le problème de l'homogénéité des actions et des réponses du service médical et de la potentielle incohérence des dialogues directs avec les représentants des professions de santé. Cela ne facilite pas la fluidité et la qualité de la gestion du risque dans un univers déjà occupé par de multiples acteurs.

[178] Pour rendre plus performante l'action des DCGDR et celle du service médical, il y a lieu de mettre fin rapidement à cette situation.

**Recommandation n°8 : Adapter la cartographie des DRSM à celle des DCGDR**

[179] La partition organisationnelle entre services administratifs (CPAM) et services médicaux (DRSM et ELSM), qui associent des agents administratifs aux personnels médicaux et paramédicaux<sup>36</sup>, interroge également. La dualité d'organisation et de CPG (CPAM et DRSM) comme celle du mode de pilotage – beaucoup plus resserré et hiérarchique du côté du service médical- ne facilite pas la gestion de la gestion du risque. On note aussi que ni le RSI, ni la MSA ne connaissent cette partition, que l'on ne retrouve guère non plus dans les pays occidentaux. La mission ne propose pas d'ouvrir le sujet dans la prochaine COG. Mais il doit nécessairement s'inscrire dans la réflexion de la caisse nationale sur la configuration du réseau des années 2020.

[180] Dans l'immédiat, quelques évolutions paraissent nécessaires : faire en sorte que les deux services partagent les mêmes locaux ; que les réunions au niveau des managers des deux organisations soient très régulières ; que les personnels qui travaillent sur les mêmes sujets (campagnes d'accompagnement des professions de santé, mise en œuvre des Plans personnalisés d'accompagnement des médecins généraliste-PPA ... ) puissent avoir une relation de travail collective et pas seulement individuelle ; que l'articulation structurée entre les services aille au-delà de celle mise en place pour les services en santé ; que la relation de service ne soit pas trop « personnes dépendante » et donc que le DRSM comme le directeur de la CPAM soient structurellement des facilitateurs d'un étroit travail entre services ; qu'enfin, un dispositif d'entraide au sein de la DRSM permette de compenser les insuffisances d'effectifs médicaux de certains ELSM, afin que la relation services médicaux/services administratifs puisse fonctionner sur tout le territoire.

[181] Un travail est engagé sur ce dernier sujet en lien avec la réforme des ELSM dite SMMOP et avec l'évolution de l'organisation de l'échelon régional des DRSM que cette réforme implique. Le projet « Service Médical : Missions, Organisation et Performance », vise à accroître la performance du service et l'attractivité du métier en structurant l'ELSM autour d'unités territoriales de gestion de la relation avec les professionnels de santé et les assurés. Il est en voie de généralisation sur tout le territoire d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et se doit de permettre une meilleure dynamique de relation entre les services administratifs et médicaux, laquelle est une des conditions fondamentales de réussite du déploiement du PPA.

---

<sup>36</sup> A l'issue des processus de recrutements programmés, il y aura 156 infirmières dans les DRSM

### 2.3.6 Une politique de convergence des indicateurs locaux de gestion du risque qui n'est pas toujours pertinente

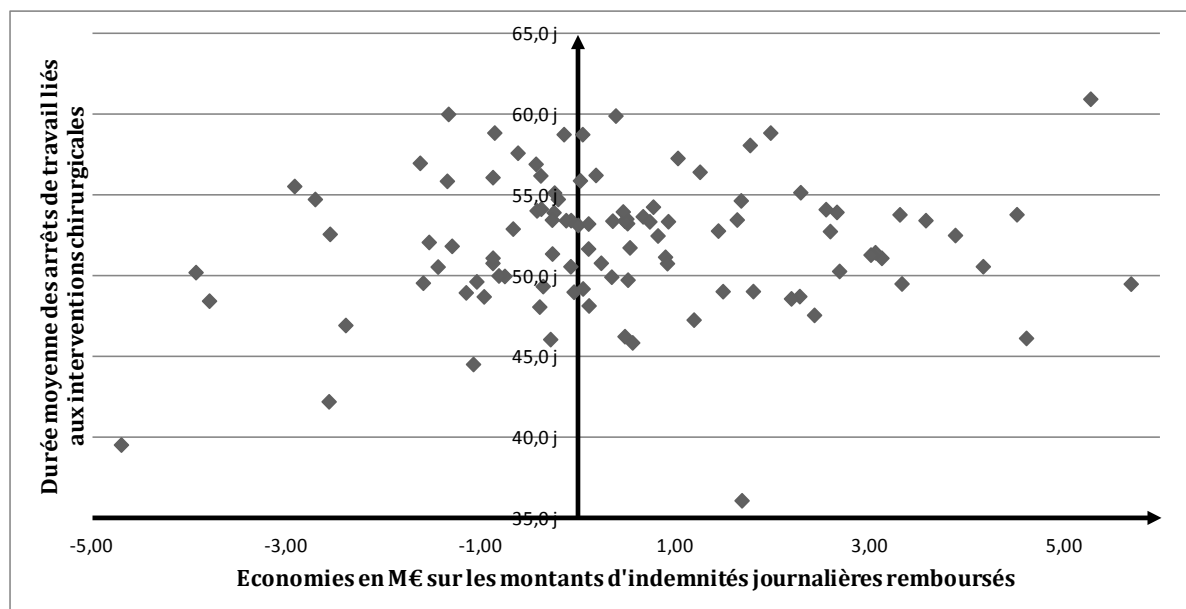
[182] Les objectifs et indicateurs sont déclinés dans les CPG conclus entre la CNAMTS et les CPAM et les DRSM. Cette territorialisation des indicateurs vise principalement à homogénéiser la gestion au sein du réseau en réduisant les écarts entre les résultats obtenus.

[183] L'étude des résultats des CPG<sup>37</sup> en 2016 relève globalement une bonne homogénéité des indicateurs, à l'exception notable des indicateurs d'économies qui présentent une très forte dispersion.

[184] Cette convergence témoigne de la bonne mobilisation du réseau autour du pilotage par indicateurs, très suivi, et une maîtrise des leviers associés à ces indicateurs qui répondent à peu près uniformément sur le territoire, à l'exception de quelques atypies, en nombre limité mais de forte amplitude (cf. graphique ci-dessous).

[185] Les résultats en matière d'économies présentent de fortes variations entre CPAM. Comme précisé infra, une part importante de ces disparités est attribuable aux méthodes de calcul de la CNAMTS dont les tendanciels génèrent une forte instabilité des indicateurs. Toutefois, ce biais n'explique pas à lui seul l'importance des écarts territoriaux. Certains indicateurs « objectifs », moins sujets à la critique méthodologique, présentent en effet des fluctuations conséquentes. Le graphique ci-dessous illustre, par exemple, la disparité de la durée moyenne des arrêts de travail des CPAM, qui varie au sein du réseau de 36 à 61 jours<sup>38</sup>.

Graphique 3 : CPG 2016 - Répartition des résultats des 102 CPAM dans le domaine des arrêts de travail



Source : Assurance maladie - CPG

<sup>37</sup> Seules les CPAM ont été analysées. Les DRSM ont été écartées car leurs résultats, globalisés au niveau régional, ne reflètent pas suffisamment l'impact des contextes locaux.

<sup>38</sup> Les arrêts de travail font l'objet des indicateurs 55 à 59 des CPG.

[186] Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer les difficultés du réseau à maîtriser les objectifs d'économies.

[187] Les objectifs sont déclinés territorialement sur la base du poids de la CPAM/DRSM dans la dépense nationale, sur les volumes de dépenses mais sans encore une prise en compte suffisante des données locales que sont :

- les paramètres socioéconomiques (offre de soins, démographie) qui influent fortement sur la consommation de soins. A minima les objectifs devraient être standardisés sur quelques « grands » critères populationnels (âge, sexe, patients en ALD) ;
- les efforts déjà réalisées par les caisses, et non leur coût moyen au réseau. La CNAMTS a récemment évolué en ce sens puisque, depuis 2017, les objectifs du Bloc 1 des économies sont déclinés en les pondérant à 25% par le coût moyen.

Il est noté que l'utilisation d'autres critères tels que la précarité est à l'étude, afin de les utiliser lorsqu'ils sont véritablement pertinents.

[188] Par ailleurs, la méthode d'évaluation annuelle et départementale, pertinente pour évaluer les actions d'efficience du réseau et de qualité de service, est moins adaptée à la gestion du risque car la stabilisation des résultats des économies doit être appréciée sur des horizons temporels et des échelles géographiques plus larges, sous peine de déstabiliser les indicateurs et d'induire des difficultés importantes de pilotage. On constate par exemple des variations annuelles importantes dans les classements CPG régionaux des CPAM, qui déplorent ces mouvements non-représentatifs de leurs efforts.

[189] La fixation d'indicateurs pluriannuels et régionaux permettrait de stabiliser l'évaluation des actions en matière de gestion du risque et de faciliter le pilotage de l'activité par le réseau. Les indicateurs pourraient être calculés sur douze mois glissants afin d'éviter les phénomènes de réinitialisation.

[190] En cohérence avec la recommandation de définir avec les DCGDR les objectifs de gestion du risque des organismes du réseau dans le cadre de dialogues de gestion organisés au niveau régional, la régionalisation des objectifs favoriserait également un traitement homogène des professionnels de santé dont les représentants ne manquent pas de souligner des différences entre départements.

**Recommandation n°9 : Améliorer le pilotage du réseau en déclinant des indicateurs CPG standardisés, régionalisés et placés dans une perspective pluriannuelle**

## 2.4 Des évaluations insuffisantes

[191] Les évaluations disponibles de la gestion du risque ne couvrent qu'une partie des leviers et sont partiellement biaisées par l'utilisation de tendancielles.

### 2.4.1 Des évaluations ne couvrant qu'une partie des leviers

[192] La démarche de la gestion du risque est affaiblie par l'absence de démarche systématique d'évaluation des effets des actions. L'assurance maladie dispose d'une visibilité limitée sur la contribution effective de ses leviers à l'efficience du système de santé, contribuant à alimenter un discours critique sur la pertinence de ses actions.

[193] Déjà, l'IGAS avait relevé dans son rapport d'évaluation de la gestion du risque maladie, publié en 2014, le manque de solidité et de transparence des évaluations médico-économiques des programmes. Force est de constater que peu de progrès ont été accomplis en la matière.

[194] Cette année encore, malgré ses demandes, la mission n'a pu disposer que de très rares études portant sur les impacts des mesures d'accompagnement (quatre campagnes en 2016), de données provenant d'une étude régionale sur trois campagnes IJ (deux accompagnements et une MSAP), d'informations extraites de présentations Powerpoint portant principalement sur PRADO et d'une étude médico-économique externe relative à SOPHIA.

[195] L'essoufflement de la gestion du risque justifierait désormais la production d'analyses détaillées et robustes mais la CNAMTS oppose des difficultés d'ordre méthodologique, liées à la complexité à modéliser l'effet contributif de chacun de ses leviers : il serait impossible d'isoler l'impact individuel d'une action de l'ensemble des déterminants qui affectent la consommation de soins (épidémie, arrivée d'une nouvelle molécule ...). Les études buteraient également sur la définition de l'horizon temporel des mesures et sur le choix d'indicateurs de résultat des actions (volumes de prescription, bénéfice médical pour le patient ...).

[196] Ces difficultés, réelles, ne sauraient toutefois justifier le manque d'évaluations *ex post* des actions de gestion du risque, en particulier au regard du montant d'économies en jeu. La CNAMTS dispose de méthodes permettant d'isoler, au moins partiellement, les contributions des leviers comme en témoigne les études communiquées à la mission et qui sont utilisées dans la Partie 4 du rapport, et elle dispose des moyens pour réaliser ces études (voir 3.3.2 infra) avec un accès privilégié aux données du SNIIRAM et de SIAM-ERASME.

[197] Le développement des études internes relève donc d'une priorisation que la CNAMTS doit mettre en œuvre dans la prochaine COG afin d'éclairer la décision publique dans un contexte toujours plus ambitieux d'économies sur les dépenses de santé.

[198] La CNAMTS devrait également s'appuyer plus largement sur les expertises externes, qui sont nombreuses dans le dispositif de santé publique (ANSM, ATIH, ANSP ...), sur des directions comme la DREES et sur des organismes du type de l'IRDES. La prochaine COG devrait être l'occasion de prévoir un programme d'évaluation externe qui viendrait, sur les sujets les plus importants au moins, appuyer la conception des programmes et renforcer leur visibilité auprès des partenaires de l'assurance maladie.

[199] Sur le sujet d'intérêt général que constitue la maîtrise des dépenses de santé, ces évaluations devraient être rendues publiques, comme elles le sont sur le programme SOPHIA, sauf à définir certains sujets dont la publication pourrait effectivement porter préjudice à l'action de l'assurance maladie.

**Recommandation n°10 : Inscrire dans la COG un programme d'évaluations externes des leviers de gestion du risque, et assurer la transparence des méthodes d'évaluation interne**

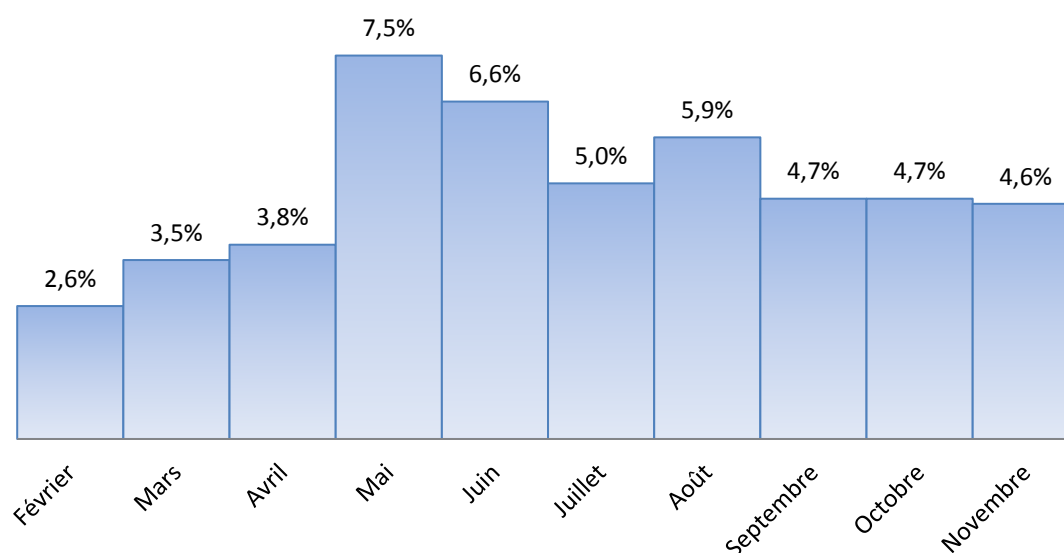
## 2.4.2 Une mesure des économies biaisée par l'utilisation de tendanciels

[200] Emblème de l'évaluation des politiques de gestion de risque, le montant des économies réalisées se cherche encore une « juste » mesure. L'évaluation des résultats est en effet complexe et dépend de choix méthodologiques effectués jusqu'ici par l'assurance maladie sans véritable concertation avec ses partenaires, avivant d'autant les critiques anciennes<sup>39</sup> sur le bien-fondé et la robustesse de ces évaluations.

[201] Pour intégrer l'évolution spontanée des dépenses de santé, la mesure des économies est basée sur l'écart à une tendance structurelle. Chaque année, la CNAMTS ventile l'objectif global d'économies qui lui est fixé par postes de dépenses, et détermine pour chacun de ces postes ses propres tendanciels, qui ne sont pas nécessairement ceux prévus par l'ONDAM.

[202] Les tendanciels sont également déclinés dans le réseau sur une base mensuelle, dans un effort de finesse d'ailleurs probablement excessif au vu de l'incertitude entourant ces exercices prévisionnistes à moyen-terme.

Graphique 4 : Tendanciels mensuels « Transport » fixés à la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2016



Source : DCGDR Auvergne Rhône Alpes

[203] L'établissement du tendanciel est le résultat d'une approche économétrique qui prolonge le tendanciel historique, et d'une expertise métier qui corrige cette prévision à dire d'experts à partir des externalités attendues (tombeée de brevets, molécules à venir..).

[204] Le calcul d'économies est donc fortement lié aux méthodes adoptées pour fixer les tendanciels, ce qui en fait un indicateur subjectif et donc fragile : une économie peut tout aussi bien provenir d'une action efficace que d'une mauvaise fixation du tendanciel. L'exemple ci-dessous illustre cette fragilité.

<sup>39</sup> IGAS, *Evaluation de la gestion du risque maladie*, 2013, op. cit.

Encadré 4 : Ambiguïté des économies revendiquées sur les prescriptions de ville d'antibiotiques

L'assurance maladie revendique 304 M€ d'économies sur la période 2005-2015 dans un contexte où la maîtrise de la consommation d'antibiotiques a été érigée en objectif de santé publique. On constate que, malgré ces économies calculées, la consommation de ville par personne mesurée en volume par l'ANSM a augmenté sur la période, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

	2005	2007	2009	2011	2013	2015
ANSM: Consommation en ville en doses définies journalières pour 1 000 personnes et par jour	28,9	28,6	29,6	28,7	30,1	29,9
CNAMTS : Economies cumulées depuis 2005 sur les prescriptions de ville dans le cadre de la maîtrise médicalisée (M€)	35	108	164	188	254	304

Source : Annexe 2 du PLFSS 2017 – Programme de qualité et d'efficience 2017

[205] Souvent pointée dans les précédents rapports, l'opacité entourant l'établissement des tendanciels n'est pas seule en jeu. La CNAMTS a d'ailleurs fait à cet égard quelques efforts de communication, le rapport de la mission IGAS-IGF sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières ayant pu documenter la modélisation des tendanciels IJ.

[206] Des limites importantes demeurent sur la méthodologie tendancielle :

- le tendanciel est principalement déterminé à partir de l'évolution historique des dépenses, méthode critiquable et peu ambitieuse qui contribue à perpétuer une tendance haussière en se satisfaisant d'économies dès lors qu'on améliore l'évolution passée ;
- la mission n'a eu aucun éclaircissement sur les conditions dans lesquelles étaient rendues les corrections à dire d'experts, la DSS ayant déploré être insuffisamment associée à ces évaluations.

[207] La fixation d'objectifs en volume permettrait de contourner ces limites en s'affranchissant notamment des effets sur les prix. Mais, les volumes sont également soumis à des effets structurels (ex : l'augmentation de la population active entraîne tendanciellement une hausse des volumes d'indemnités journalières) qui justifierait à nouveau l'utilisation d'un tendanciel. Une participation plus large des partenaires de l'assurance maladie – au premier rang desquels l'Etat et les professionnels de santé - à la fixation de ces tendanciels permettrait certainement de mieux les associer à la réalisation des objectifs de gestion du risque. Il serait, de façon générale, opportun de faire davantage de transparence sur les méthodes utilisées en ce domaine.

[208] Dans une perspective plus large, ces problèmes renvoient à la difficulté d'évaluer la maîtrise des dépenses de santé à partir de calculs d'économies sur un tendanciel, problème qui mériterait une étude *ad hoc* pour trouver, au-delà de la COG, des méthodes alternatives permettant de mieux apprécier les effets des actions de gestion du risque.

### 2.4.3 Des ressources en matière d'études qui doivent être mieux utilisées

[209] L'assurance maladie s'est dotée de moyens importants pour conduire les évaluations et les études utiles à la gestion du risque :

- au sein de la CNAMTS, la direction de la stratégie, des études et de la statistique (DSES) compte 86 personnes, auxquelles s'ajoutent les personnels directement affectés dans les directions métiers (DDGOS/DEM, DDO). Sans oublier l'apport, qui est d'ailleurs sous-utilisé, de la mission relations européennes, internationales et coopération qui effectue des études sur les politiques de gestion du risque appliquées à l'étranger ;
- dans le réseau, l'effectif statistique des CPAM s'élevait en octobre 2015 à 430 personnes (CPAM), 183 étaient identifiées comme statisticiens ou équivalent, auxquels il faut ajouter les effectifs dans les DRSM ;
- la présidence de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) est assurée par le directeur de la DSES.

[210] L'éclatement de l'effectif du réseau dans les différentes CPAM / DRSM affaiblit néanmoins la capacité de production : on ne compte en moyenne que 1,8 statisticiens par CPAM. La situation est particulièrement critique dans les petites caisses où les personnels se retrouvent souvent isolés et cantonnés à un rôle polyvalent privilégiant l'exécution de travaux routiniers.

[211] Afin de pallier ces disparités la production d'études dans le réseau commence à s'articuler au niveau régional avec la montée en charge des DCGDR. Des cellules de coordination intègrent des référents Statistiques qui travaillent avec les correspondants locaux des CPAM et des ELSM afin d'échanger sur les problématiques communes et de coordonner les travaux. En 2016, le pôle de la région nouvelle Aquitaine a ainsi coordonné 45 requêtes demandées par les groupes opérationnels.

[212] Cependant, ces pôles ne disposent sont encore limités à un rôle de coordinateur et en l'absence de véritable mutualisation, de nombreuses productions et études doivent encore être effectuées au niveau local, très souvent de façon redondante avec ce que d'autres CPAM/DRSM ont déjà produit.

[213] Enfin, la CNAMTS ne joue pas suffisamment son rôle d'animateur du réseau, alors qu'elle devrait favoriser les échanges d'outils et de bonnes pratiques.

**Recommandation n°11: Mettre les moyens statistiques/analyses/études en réseau et progressivement mutualiser ces moyens au niveau régional**



### 3 LES MOYENS DEDIES A LA GESTION DU RISQUE PEUVENT ETRE MOBILISES DE FAÇON PLUS EFFICACE

[214] L'assurance maladie dédie des moyens significatifs à la gestion du risque, de l'ordre de près de 570 M€ par an (hors investissements). Les investigations de la mission ont fait ressortir l'existence de marges de progression dans la mobilisation des moyens, tant humains qu'informatiques, afin qu'ils soient plus efficaces.

#### 3.1 Une gestion perfectible des ressources humaines

##### 3.1.1 D'importants moyens humains dédiés

[215] Au total, l'assurance maladie mobilise environ 6 750 ETP (en 2016) pour les activités de gestion du risque<sup>40</sup>, dont :

- 230 ETP au siège ;
- 2 437 ETP dans les CPAM ;
- 4 084 ETP dans les DRSM.

[216] Cela représente environ 11,5 % des ETP de la branche, ce qui en extrapolant à partir des données moyennes de coûts de la branche correspond à un montant de 460 M€ en termes de masse salariale, auxquels il faut ajouter de l'ordre de 110 M€ en frais de fonctionnement.

[217] La mission n'a pas pu affiner plus précisément le coût de la gestion du risque faute de disposer de toutes les données comptables sur les salaires et les coûts de fonctionnement affectés aux différents postes de gestion du risque. Cependant, elle estime que ce chiffre de 570 M€ est un minorant au regard du nombre de praticiens conseils (environ 1 900) dont les coûts salariaux sont deux fois supérieurs à ceux de la moyenne de la branche.

[218] Dans un contexte de réduction générale et importante des effectifs de la branche au cours des années 2013-2016, les effectifs dédiés à la gestion du risque ont été relativement préservés par l'assurance maladie : leur baisse n'a été que de 2 % seulement (de 6 657 ETP en 2013 à 6 521 ETP en 2016), ce qui signifie que leur proportion dans les effectifs globaux a même progressé.

Tableau 9 : Effectifs de l'assurance maladie dédiés à la gestion du risque (en ETP)

	2013	2014	2015	2016	En proportion du total
<b>Siège</b>	nd	nd	Nd	230	10 %
<b>CPAM</b>	2 356	2 371	2 325	2 437	5 %
<b>DRSM</b>	4 301	3 978	4 102	4 084	55 %
<b>Total gestion du risque<sup>41</sup></b>	6 887	6 579	6 657	6 751	11,5 %

Source : Mission sur données CNAMTS

<sup>40</sup> Le présent rapport a retenu une définition plus stricte du périmètre de la gestion du risque que la précédente mission d'évaluation de la COG en 2014, en écartant les activités de lutte contre la fraude et les abus, de gestion des recours, litiges et contentieux sur le risque et de recours contre tiers. Cela explique les différences de chiffrage entre les deux rapports.

<sup>41</sup> L'hypothèse est faite d'une stabilité des effectifs du siège dédiés à la gestion du risque à 230 ETP.

[219] Cette volonté de préserver voire d'accroître relativement les effectifs dédiés à la gestion du risque s'est à nouveau manifestée en 2017. Ainsi, dans le cadre de l'activation de la clause de revoyure sur les moyens de la branche prévue par la COG, la CNAMTS a notifié en mai dernier, en accord avec la tutelle, à une restitution au réseau de 103 ETP dans l'activité de la gestion du risque, pour embauches effectives au 1<sup>er</sup> juillet :

- 52 postes de CAM-PRADO dans 13 régions, un poste sur deux étant financé par la CNAMTS par redéploiement interne<sup>42</sup> ;
- 77 postes de DAM dans 35 CPAM. Ces emplois ont été notifiés au réseau en mai. La date d'embauche devait être effective à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017.

#### Environ 230 ETP au siège

[220] On peut estimer à 230 ETP les agents actuellement mobilisés par la gestion du risque au sein du siège, principalement à la DDGOS, à la DSES, à la DDO, à la DDSI et à la DICOM.

[221] L'effectif de la CNAMTS était de 2 136 ETP en 2016, soit 18 ETP de plus qu'en 2013 (+0,8%). Ce sont donc un peu plus de 10 % des effectifs du siège qui sont dédiés à la gestion du risque.

#### Environ 2 500 ETP dans les CPAM

[222] En 2016, les CPAM employaient 2 437 salariés (en ETP) affectés à des tâches liées à la gestion du risque. Ces effectifs ont progressé de près d'une centaine entre 2013 et 2016, c'est-à-dire de près de 3,5 %. Et, alors que les effectifs totaux des CPAM ont diminué de plus de 7 % sur la période, la part des effectifs des CPAM dédiés à la gestion du risque est passée de 4,5 % en 2013 à 5 % en 2016.

[223] La mission souligne l'écart entre ses chiffres et les données comptables de la CNAMTS selon lesquelles plus de 5 200 ETP seraient affectés à la gestion du risque. Cela tient à l'inclusion dans le périmètre CNAMTS de domaines ne relevant pas selon la mission de la gestion du risque comme le recours contre tiers, la lutte contre la fraude et la gestion des contentieux.

[224] Selon le périmètre retenu par la mission, les personnels affectés à la gestion du risque en CPAM apparaissent dans le pôle régulation sous trois processus dont les libellés de code de comptabilité analytique<sup>43</sup>, intégrés dans l'outil OSCARR, sont :

- l'accompagnement des offreurs de soins : délégués de l'assurance maladie (DAM) et conseillers informatiques service (CIS). Ils représentent la moitié du total des agents des CPAM dédiés à la gestion du risque (mais leur nombre a diminué assez significativement au cours des quatre dernières années (-154) ;
- l'accompagnement des assurés : conseillers de l'assurance maladie (CAM) et infirmières conseil en santé (ICS) gérant les services en santé PRADO et SOPHIA. Ils représentent le tiers du total des agents des CPAM dédiés à la gestion du risque, et cette proportion s'est notablement renforcée au cours des dernières années en raison de l'affectation de plus de 200 nouveaux agents ;

---

<sup>42</sup> Ces postes ont été répartis en fonction de la productivité moyenne des 30 meilleurs départements. Les postes de DAM sont, pour leur part, répartis sur la base du nombre de MG et d'établissements de santé par département (corrigé du nombre de lits moyen) et de la capacité actuelle d'accompagnement (nombre de DAM et PC).

<sup>43</sup> La nomenclature de la comptabilité analytique des CPAM et des DRSM figure en annexe 2.

- la maîtrise médicalisée : les 400 agents concernés, qui travaillent dans les DCGDR et les services chargés de la gestion du risque des CPAM, représentent 15 % environ du total des agents.

Tableau 10 : Effectifs des CPAM dédiés à la gestion du risque (en ETP)

en ETP	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
<b>Accompagnement des offreurs de soins</b>	1391	1342	1262	1237	- 154 - 11 %
<b>Accompagnement assurés</b>	585	661	715	797	+212 +36 %
<b>Maîtrise médicalisée</b>	380	368	378	403	+ 23 +6,1 %
<b>Total ETP gestion du risque</b>	<b>2356</b>	<b>2371</b>	<b>2325</b>	<b>2437</b>	<b>+ 81 + 3,4 %</b>
<b>Total ETP CPAM</b>	52936	51013	49726	49000	-3936 -7,4 %
<b>ETP GDR/ETP CPAM</b>	<b>4,5 %</b>	<b>4,6 %</b>	<b>4,7 %</b>	<b>5 %</b>	<b>+0,5pt</b>

Source : Mission sur données Cnamts Oscarr, juin 2017

[225] La baisse en valeur absolue et en valeur relative du nombre des personnels chargés de l'accompagnement des offreurs de soins interroge.

Environ 4 100 ETP dans les DRSM et les ELSM

[226] La majeure partie de l'activité des directions régionales des services médicaux –DRSM –, composées de praticiens conseil et de personnel administratif, entre dans le champ de la gestion du risque, soit dans le cadre du pôle relation avec les professions de santé dans le cadre du pôle contrôle des prestations très fortement dominé par l'action concernant les indemnités journalières. Une petite partie de ce pôle ne faisant pas de gestion du risque, il est donc retenu de l'y inclure à hauteur de 90 %. L'activité du pôle contentieux n'est pas ici retenue, comme elle ne l'a pas été pour les CPAM, pas plus que celle du pôle activité transverse.

[227] Au total, l'activité de gestion du risque des DRSM et de leurs échelons locaux mobilise 4 100 ETP, soit 55 % de leurs effectifs totaux<sup>44</sup>. Par rapport à 2013, cela représente une baisse de l'ordre de 200 ETP.

Tableau 11 : Effectifs des DRSM dédiés à la gestion du risque (en ETP)

En ETP	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
<i>Praticiens conseils</i>	1 963	1 940	1 899	1 909	- 2,8 %
<i>Personnel administratif</i>	5 863	5 734	5 588	5 517	- 5,9 %
<b>Total DRSM</b>	<b>7 826</b>	<b>7 674</b>	<b>7 484</b>	<b>7 426</b>	<b>- 5,1 %</b>
<b>Activité gestion du risque</b>	<b>4 301</b>	<b>3 978</b>	<b>4 102</b>	<b>4 084</b>	<b>-5 %</b>
<i>pôle relation avec les PS</i>	453	471	523	Nd	Nd
<i>pôle contrôle prestations (90 %)</i>	3 848	3 507	3 579	Nd	Nd
<b>% de l'activité des DRSM</b>	<b>55 %</b>	<b>51,8 %</b>	<b>55 %</b>	<b>Nd</b>	<b>Nd</b>

Source : Mission sur données Cnamts-DDO

<sup>44</sup> A noter qu'en 2016, les données relatives à la répartition des activités en pôles ne concernaient que 17 des 20 DRSM, 3 d'entre elles étant déjà passées à OSCARR et n'ayant plus saisi dans l'outil de gestion des DRSM. Les données de la comptabilité analytique des DRSM étaient jusqu'ici moins fiables, une partie des heures n'étant pas affectée (en 2015, le taux de saisie s'est élevé à 92 % chez les PC et 84% chez les PA).

[228] De façon générale, les constats de la mission ne conduisent pas à recommander une progression en valeur absolue du nombre des personnels médicaux et administratifs dédiés à la gestion du risque au cours de la prochaine période conventionnelle. Il existe en effet des marges de progression importantes de leur productivité qui permettra, à effectifs constants, de déployer les actions de l'assurance maladie vers de nouveaux thèmes et de nouveaux publics (cf. partie 4).

[229] Toutefois, la mission ne recommande pas non plus de diminuer le niveau des effectifs car l'accompagnement est un élément essentiel de la gestion du risque qui exige un suivi individuel des professionnels de santé et est, par nature, consommateur de ressources humaines et doit le rester. En outre, une diminution du niveau des effectifs serait démobilisatrice pour le réseau et conduirait à distendre les liens avec les professionnels de santé de terrain. Enfin, les montants investis dans la gestion du risque demeurent très limités par rapport aux enjeux financiers de l'assurance maladie (l'ONDAM est fixé à 190 Mds€ en 2017).

[230] La mission recommande donc de préserver le niveau des effectifs (en ETP) dédiés à la gestion du risque tout en faisant des efforts importants de productivité.

**Recommandation n°12 : Maintenir le nombre d'ETP dédiés à la gestion du risque tout en faisant des efforts de productivité pour accroître les moyens disponibles**

3.1.2 Des métiers variés

[231] Plusieurs métiers sont apparus dans le domaine de la gestion du risque au cours des vingt dernières années. C'est le cas en particulier des suivants : les délégués de l'assurance maladie, les praticiens-conseils, les infirmières conseils en santé et les conseillers informatique service.

➤ Les délégués de l'assurance maladie (DAM)

[232] Les DAM sont les principaux acteurs de l'accompagnement des professionnels de santé et des établissements de santé. On en dénombre près de 1 000 et 914 en ETP, en baisse d'un peu plus de 5 % sur la période conventionnelle.

[233] Les DAM sont répartis sur quatre niveaux conventionnels, mais près des trois-quarts sont au niveau 5A.

Tableau 12 : Effectifs des délégués de l'assurance maladie (DAM)

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
<b>Effectifs ETP</b>	974,5	930,2	931,4	913,8	-6,2 %
<b>Effectifs physiques</b>	1036	950	956	978	-5,6 %

Source : CNAMTS-DDO-UCANSS

➤ Les praticiens-conseils

[234] On dénombre 250 praticiens conseils (en ETP) au sein des pôles relations avec les professionnels de santé. Ce nombre a eu tendance à diminuer au cours des dernières années même si leur part dans l'activité globale des DRSM est restée relativement stable.

[235] La part de l'activité d'entretiens confraternels avec les professionnels de santé, qui peut être saisie sous l'activité de maîtrise médicalisée en ville et en établissements de santé, s'est accrue légèrement, mais est restée un domaine d'activité très minoritaire des praticiens-conseils : 8 % en 2015.

Tableau 13 : Effectifs des praticiens-conseils des pôles « relations avec les professionnels de santé » (en ETP)

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
<b>Effectifs ETP pôle RPS</b>	<b>265</b>	<b>271</b>	<b>250</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>
Dont MM ville et ES	143	143	152	ND	ND
<b>En % activité des PC</b>	<b>13,5 %</b>	<b>14,0 %</b>	<b>13,2 %</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>
MM ville et ES	7,3 %	7,4 %	8,0 %	ND	ND

Source : CNAMTS-DDO

➤ Les conseillers en assurance maladie (CAM)

[236] Les 800 CAM (590 ETP environ) gèrent le programme PRADO (volets maternité, chirurgie, insuffisance cardiaque, BPCO et, depuis 2017, AVC et personnes âgées).

[237] En 2016, 463 d'entre eux sur 800, soit 58 %, exerçaient leur activité à temps plein. Un mouvement de passage général au temps plein doit être achevé fin 2017. Les CAM font partie à hauteur de 72% du personnel des CPAM et de 28 % de celui des DRSM. Près des trois-quarts d'entre eux sont au niveau 4 de la classification.

Tableau 14 : Effectifs des conseillers en assurance maladie – CAM

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2014
<b>Effectifs ETP</b>	276	398	473	591	+114 %
<b>Effectifs physiques</b>	743	951	1044	800	Ns

Source : CNAMTS

➤ Les infirmières conseil en santé (ICS)

[238] Les 300 ICS environ gèrent le coaching téléphonique ou en ligne de SOPHIA (Diabète, asthme, insuffisance cardiaque) au sein de centres ou unités d'appels spécialisés. Elles sont toutes classées au niveau 6E de la convention collective.

Tableau 15 : Effectifs des centres et unités d'appels SOPHIA – ICS et encadrants

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
<b>Effectifs ETP</b>	204	257	265	279	+ 36,8 %
<b>Effectifs physique (cible)</b>	290	290	290	306	+ 5,5 %

Source : CNAMTS/DDGOS

[239] L'effectif réel mesuré en ETP est en écart constant mais décroissant avec l'effectif cible mesuré en personnes physiques. L'effectif réel reflète la montée en charge des six centres et unités d'appels. En 2016, leurs ETP se distribuent entre 34 ETP encadrants et 245 ETP ICS. En 2017 l'écart ne devrait pas beaucoup se réduire selon la CNAMTS.

➤ Les conseillers informatique service – CIS

[240] Les conseillers informatique service agissent en amont et en appui de la gestion du risque en apportant services et conseils aux professionnels de santé sur leurs outils informatiques de travail.

[241] 57 % des 630 CIS sont dédiés aux professionnels de santé, soit 357, et 21 % partagent leur activité entre professionnels de santé et entreprises, soit 133 agents. En retenant une hypothèse de partage 50/50 de l'activité de ces 133 agents, ce sont de l'ordre de 420 agents qui sont au service des professionnels de santé.

### 3.1.3 De réels besoins de formation professionnelle

[242] La gestion du risque ne bénéficie pas d'un traitement particulier par rapport aux autres activités de l'assurance maladie. Il n'est pas facile d'avoir une vue d'ensemble des données sur les profils, l'origine (interne/externe) et les compétences des agents gérant la gestion du risque dans le réseau côté CPAM. Il n'existe pas non plus un cadre national de la formation des personnels médicaux et administratifs chargés de la gestion du risque et rien ne figure à ce sujet dans la lettre-réseau annuelle sur la politique de formation professionnelle dont ce n'est pas l'objet. Toutefois, sans qu'une enveloppe soit dédiée à la formation à cette activité, on peut arriver à en identifier les dépenses.

[243] La branche maladie peut recourir, s'agissant de la formation sur la gestion du risque, à deux centres de formation externe : l'Institut 4.10 et l'EN3S.

[244] Substitué aux CRFP le 1er janvier 2016, l'institut 4.10, centre de formation et d'accompagnement du régime général de la sécurité sociale, a organisé avec la CNAMTS des formations pour les agents spécialisés acteurs de la gestion du risque (DAM, CAM, conseiller délégué responsable de Santé active, praticien conseil des pôles relations avec les professions de santé, CIS).

[245] S'agissant de la formation initiale des praticiens conseils, l'assurance maladie a recours aux services de l'EN3S. L'EN3S fait également une offre de formation continue en matière gestion du risque, mise en avant dans les premières pages de son catalogue. Elle se décompose en 2017 en onze modules qui consistent en des formations d'une ou deux journées.

[246] Le recours à ces modules de formation, très pertinents au regard des enjeux portés par la politique de gestion du risque, demeure trop faible (par exemple, quinze agents seulement pour le module transports en un an). L'assurance maladie n'a pas encore trouvé le mode d'utilisation organisé et systématique dans le cadre de sa politique de formation. On ne saurait trop l'encourager à revisiter ce sujet. Alors que la politique de gestion du risque connaît un certain essoufflement, les agents de l'assurance maladie ont plus que jamais besoin d'une formation permanente dans ce domaine.

[247] Par contre, un programme de formation concernant l'intervention en établissement de soins, bâti avec la CNAMTS, a une forte audience. Ses modules (relation avec médecin-chef, participation à la commission médicale d'établissement –CME- et participation au conseil de surveillance de l'établissement) sont ouverts aux intervenants de tous niveaux dans les établissements de santé.

[248] A signaler enfin, au titre des formations externes, une offre de formation continue de l'EN3S, associée ici avec l'EHSEP, à destination des ARS et composée d'un seul module de deux jours : conduire et gérer un projet de gestion du risque. Elle a très peu de succès au vu de faiblesse des crédits de formation des agences. Il est fort regrettable que l'idéal de mixer au sein de formations les agents des ARS et de l'assurance maladie ne puisse être ainsi concrétisé.

[249] La CNAMTS développe aussi une importante formation interne pour soutenir le déploiement des campagnes nationales d'accompagnement des professionnels de santé et des établissements de santé. Ce sont les amphis nationaux organisés pour chaque campagne, chaque région définissant sa participation au-delà de la présence de binômes régionaux DAM/PC. Un amphi a lieu tous les deux mois en moyenne. Il est relayé par des amphis régionaux ouverts à tous les DAM et praticiens-conseils appelés à participer à la campagne. La formation dispensée dans le cadre de ces différents amphis est conçue par la DDGOS en lien avec la DDO.

[250] Un module spécifique de formation sur le plan personnalisé d'accompagnement (PPA) est en cours de préparation. Il présente un enjeu essentiel pour l'avenir de l'action d'accompagnement des PS, autant pour les AM que pour les PC. Des formations plus ponctuelles sur des segments de la gestion du risque sont également réalisées en région. Une formation à un métier spécifique, celui des ICS dédiées au programme SOPHIA, est enfin assurée directement par l'assurance maladie.

[251] Il n'est pas facile, à ce stade, de se faire une opinion globale sur la politique de formation attachée à la gestion du risque. Le besoin exprimé le plus clair concerne le PPA. Une analyse prospective des besoins et des compétences mériterait d'être réalisée auprès de l'ensemble des agents concernés.

[252] Elle devrait permettre de répondre à plusieurs questions : quels sont les besoins identifiés non encore couverts et comment les couvrir le plus efficacement ? faut-il modifier les profils de recrutement des agents en charge de la gestion du risque au regard notamment de l'évolution de ses outils actuels et de l'introduction de nouveaux outils ? de nouveaux métiers de la gestion du risque vont-ils émerger, et si oui, comme les prendre en compte ?

[253] Enfin, il faut souligner que le redéploiement de l'activité des DAM et des praticiens-conseils en direction des spécialistes et de l'hôpital, préconisé par la mission, exigera des programmes de formation nombreux et adaptés (cf. partie 4).

**Recommandation n°13 : Investir dans la formation à la gestion du risque sur la base d'une analyse prospective des besoins et des compétences, en veillant à associer ARS et assurance maladie**

### 3.1.4 Un intéressement individuel insuffisamment mobilisé comme outil de gestion des ressources humaines au service de la gestion du risque

[254] Le dispositif d'intéressement mobilise à la fois un intéressement collectif et un intéressement individuel. La gestion du risque est bien prise en compte dans l'intéressement collectif mais on ne peut pas l'affirmer s'agissant de l'intéressement individuel.

[255] Le montant moyen de l'intéressement collectif a été de 830 € annuel en 2016. La part locale représente au maximum 60 % du montant de la prime d'intéressement. On notera la stabilité de la part moyenne locale et les variations de la part nationale. L'enjeu financier de la prime, sans être négligeable, demeure modeste.

**Tableau 16 : Montant moyen de la prime d'intéressement pour les 170 organismes de la branche maladie**

<i>en euros/montant annuel</i>	2014	2015	2016
<b>Montant part nationale</b>	289	348	331
<b>Montant moyen de la part locale</b>	497	497	499
<b>Montant moyen de l'intéressement</b>	787	845	830

Source : *Mission sur données CNAMTS*

[256] Les indicateurs de gestion du risque de l'accord d'intéressement collectif pour les années 2014 à 2017 figurent en annexe 3. L'évolution de ces indicateurs sur quatre ans a plutôt concerné les DRSM et la part locale de la CNAMTS que la part nationale et la part locale des CPAM.

[257] La part des indicateurs de la gestion du risque représente 30% du montant de la prime d'intéressement pour la part nationale, pour la part locale des CPAM et pour celle de la CNAMTS et 45 % pour la part locale des DRSM (40 % en 2014). Ces parts sont moins importantes que celle qui prend la gestion du risque dans les indicateurs des CPG, mais restent significatives au regard de la part des agents en charge de la gestion du risque parmi les agents de l'assurance maladie.

[258] Parmi ces indicateurs, ceux de la maîtrise médicalisée des dépenses représentent en 2017 : 30 % pour la part locale des CPAM, 35 % pour celle des DRSM, 0 % pour celle de la CNAMTS (après 5 % en 2016) et 20 % pour la part nationale. Les programmes d'accompagnement en santé SOPHIA et PRADO sont proportionnellement plus valorisés dans la branche tant au niveau national qu'au niveau des organismes locaux.

[259] S'agissant de l'intéressement individuel, on constate que la valorisation de la fonction de DCGDR est modeste par rapport à la rémunération des directeurs : attribution de 50 points (de l'ordre de 360 € bruts par mois). Les autres agents acteurs de la gestion du risque peuvent bénéficier de points de compétence sans qu'il soit possible d'apprécier, faute de données disponibles, s'ils en bénéficient proportionnellement plus du fait de leur activité.

[260] La mission n'a pas pu disposer non plus de données sur la place de la gestion du risque dans la part variable des agents de direction et plus spécifiquement des directeurs des CPAM et des DRSM. Cette place devrait logiquement être assez significative.



### 3.2 Des systèmes d'information de gestion du risque datés qui contribuent peu à la productivité et à la bonne exploitation de l'information

[261] Les deux missions IGAS d'évaluation de la COG CNAMTS ont bénéficié de l'appui d'une équipe mandatée par le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) afin de mener un bilan et un diagnostic, et d'élaborer une proposition d'axes de développement sur les sujets liés aux systèmes d'information et aux impacts du numérique. Le rapport de synthèse figure en annexe 4 et les constats détaillés sont en annexe 5.

[262] Les systèmes d'information de gestion du risque sont restés peu prioritaires durant la COG. De nombreuses actions prévues sont toujours en attente de réalisations, comme la rénovation du poste de travail des agents, et l'enrichissement et l'exploitation du SNIIRAM qui reste dans l'ensemble largement sous-exploité. A l'image du système d'informations de la CNAMTS, le parc applicatif est éclaté, essentiellement développés en interne en lieu et place de progiciels, et de nombreuses applications clés sont vieillissantes ou ne couvrent pas les besoins métiers (Hippocrate).

[263] Ces dernières années, des efforts ont été réalisés pour faciliter la communication entre le monde administratif et le monde médical à travers l'automatisation des liaisons interservices, leur dématérialisation et traçabilité (LM2A). Mais de nombreuses applications sont encore cloisonnées géographiquement afin de satisfaire aux exigences de la CNIL, obligeant à mettre en place des flux d'échanges entre elles pour tenter de reconstituer une chaîne de traitement fluide.

[264] Ce système d'information éclaté et peu interfacé a des répercussions sur la productivité des salariés, le pilotage stratégique de l'activité, et la qualité de la communication avec les assurés et les prescripteurs.

#### 3.2.1 Les systèmes d'information au service des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils

[265] La qualité des systèmes d'information équipant les CPAM et DRSM joue un rôle crucial en matière de gestion du risque en améliorant la productivité des agents pour les orienter sur des tâches à valeur ajoutée et en enrichissant la personnalisation de l'accompagnement.

[266] Pourtant, de nombreuses procédures manuelles persistent, dans le traitement des autorisations préalables par exemple, et l'absence d'interfaçages entre les logiciels imposent aux gestionnaires un travail de ressaisie inutile pouvant, par ailleurs, compromettre la fiabilité des données.

[267] S'appuyant encore sur un parc applicatif éclaté, des outils datés et/ou peu interfacés, l'enrichissement de l'équipement des agents en logiciels et en matériel doit constituer une priorité de la prochaine COG. La mission de l'IGAS sur la qualité de service et l'organisation du réseau recommande d'ailleurs de prioriser d'avantage les investissements SI sur les systèmes de gestion.

[268] Dans les services administratifs, la planification et le suivi des visites et des entretiens sont effectués via l'outil GDR-PS (Gestion du Risque et Professionnel de santé) partagé par les praticiens conseil et les DAM, qui permet la planification des rendez-vous et la saisie des comptes rendus.

[269] Les DAM sont trop peu équipés pour travailler en mobilité. Souvent en déplacement, ils doivent s'accommoder de nombreux temps interstitiels entre les visites, ce qui limite leur productivité. Un outil connecté leur permettrait de mettre à profit ce temps pour saisir les compte-

rendus de visites. Par ailleurs, l'outil GDR-PS n'est pas relié aux autres bases de l'assurance maladie ce qui ne permet pas aux DAM et aux praticiens conseils de bénéficier d'une vision exhaustive du profil du professionnel de santé.

[270] Le système d'information du service médical repose sur un outil « cœur de métier » Hippocrate ainsi que sur un ensemble de liaisons vers des applicatifs, bases de données et référentiels de l'écosystème CNAMTS. L'application a été développée selon des normes et des technologies datées qui imposent de lourdes mises à niveau technique et technologique, et certains processus métier peu outillés ont donné lieu à des développements d'applications locales peu référencées et mal articulées avec le système national.

[271] Les conséquences sur la productivité des services médicaux sont notables. Les opérations de recherche d'informations requièrent l'ouverture d'applicatifs et de référentiels multiples, jusqu'à huit simultanément, et de nombreuses ressaisies d'informations sont nécessaires y compris au sein de la même application Hippocrate.

[272] Par ailleurs, le suivi de l'activité et le pilotage stratégique sont rendus difficiles en l'absence de vue consolidée des activités en cours et des dossiers à traiter, ce qui limite la capacité de réaction et de priorisation de la charge de travail qui est actuellement affectée manuellement par un superviseur.

[273] Enfin, la communication avec les assurés et les prescripteurs s'effectue encore majoritairement par courrier, ce qui génère des coûts d'affranchissement et des délais de traitement importants.

[274] Des projets de rénovation du système d'information du service médical sont envisagés et la gestion du risque fait l'objet d'un axe dédié, qui prévoit d'optimiser les ciblage de contrôle (algorithmes, requêtes) et de mesurer les résultats en lien avec les objectifs de gestion. Toutefois, le projet est peu porté. L'équipe chargée de piloter l'évolution est constituée de deux personnes travaillant séparément à la MOA, et aucune décision n'a été prise jusqu'à présent sur les orientations de l'outil, encore moins s'agissant des budgets et des équipes, rendant peu crédible la réussite à l'horizon de la prochaine COG.

### 3.2.2 Des services numériques proposés aux professionnels de santé qu'il convient d'enrichir

[275] L'assurance maladie n'a pas établi de modalités d'alimentation continue du dialogue avec les professionnels de santé, qui passe essentiellement par les visites des délégués ou les entretiens confraternels avec les médecins conseils (cf. infra). Les informations distribuées par média numérique se limitent au Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP), aux newsletters mensuelles envoyées par mail, et à certaines fiches pratiques disponibles sur Espace Pro.

[276] Sans remettre en cause l'aspect qualitatif de l'échange en vis-à-vis plébiscité par les médecins de ville, le recours à une médiation numérique bien utilisée et enrichie régulièrement de données à jour permettrait de démultiplier les capacités d'action en rendant les communications plus fréquentes et régulières.

[277] L'utilisation d'Espace Pro aurait l'avantage de s'appuyer sur un outil existant en facilitant :

- le recours à des échanges par courriel via l'espace de message sécurisée,
- la création d'un véritable espace d'information complet et à jour des pratiques et des patientèles des professionnels de santé.

[278] La CNAMTS propose aux professionnels de santé des services en ligne qui leur permettent d'effectuer certaines procédures directement à partir de leur poste de travail, soit via Espace Pro, soit via des logiciels métiers qui intègrent certains téléservices CNAMTS. Depuis plusieurs années, ces téléservices se sont diversifiés et enrichis de fonctionnalités concourant à la gestion du risque (vision de la pratique médicale, accompagnement des processus métiers comme les demandes d'accord préalable de médicaments hypocholestérolémiants).

[279] Les téléservices restent en-deça de leur potentiel d'utilisation. Ils ont été conçus dans une logique de dématérialisation et non pas dans une vision métier, ce qui fait que certains besoins ne sont toujours pas couverts. Par ailleurs, les Conseiller informatique Service (CIS) font état des difficultés persistantes sur l'ergonomie et les contraintes de disponibilité – en dépit des progrès dont témoignent les résultats des objectifs COG - qui ne facilitent pas l'utilisation des téléservices.

[280] Une réingénierie complète de l'Espace Pro - Ameli Pro - est en cours par le P2, et devra permettre de répondre à ces critiques d'ici la date de livraison prévue en 2019. En parallèle de ces évolutions, l'appropriation par les professionnels de santé exige également que la CNAMTS conduise une simplification des processus métier associés aux téléservices, notamment dans le domaine des avis d'arrêts de travail (AAT), porteur de forts enjeux de gestion du risque.

### 3.2.3 Une organisation inadaptée et un investissement insuffisant qui bloquent le développement des systèmes d'information de gestion du risque

[281] Le SDSI se montre peu adaptée à la gestion des projets de gestion du risque car elle privilégie une approche par usagers alors que la gestion du risque est un processus transverse. Il en résulte un éclatement et un silotage des projets, comme l'illustre l'exemple du PRADO présenté ci-après.

Graphique 5 : SI PRADO – Trajectoire SI sur les différents programmes du SDSI

#### 1 – SI PRADO : Trajectoire SI transverse CNAMTS

PRADO: Présentation générale

Programme / Domaine	Descriptif	Echéance
<b>P1 – Mon Compte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extension de la pré-inscription maternité à la chirurgie (via EPTICA)</li> <li>Affichage / Rappel des rendez-vous dans le cadre du PRADO</li> <li>Refonte de la pré-inscription (accrochage SI OMV / suppression formulaire EPITCA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>V2,10 – septembre 2017</li> <li>V2,11 – mars 2018</li> </ul>
<b>P2 – Portail PS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Affichage patientèle et données patients associées pour chaque PS intervenant dans des prises en charge PRADO</li> <li>Notifications PS événements (sortie hôpital, rappel, rdv,...)</li> <li>Pré-inscription / Inscription au PRADO</li> <li>Dématérialisation grille d'éligibilité médicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>er</sup> Lot S2 2016 (patientèle)</li> </ul>
<b>P5 – Services en Santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Généralisation (industrialisation) du parcours IC + (prise en charge sophia suite à une prise en charge PRADO dans le cadre de l'IC)</li> <li>Synergie MSSanté et le DMP – ouverture et promotion DMP par les CAMPRADO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sept 2017 (sophia)</li> <li>Cf planning DMP</li> </ul>
<b>P7 - Informationnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Automatisation de la mise à disposition des informations anonymisés de l'OMV à destination des statisticiens dans le cadre de l'évaluation médico-économique du programme</li> <li>PRADO identifié comme cas d'usage dans le cadre du P7 par la DSES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>T1 2018</li> </ul>
<b>Domaine Internet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Automatisation de l'export des établissements PRADO à destination de l'annuaire santé pour enrichissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Janv. 2017</li> </ul>

Source : CNAMTS

[282] Non dotés budgétairement et sans pilotage unifié, les projets ne font l'objet d'aucune vision globale et l'approche présentée par la CNAMTS consiste souvent à isoler les apports fonctionnels qui peuvent être développés rapidement en les accrochant aux programmes du SDSI, sans investir dans des solutions mieux architecturées et pilotées de façon transverse.

[283] Afin d'avoir une vision unifiée sur le système d'information de gestion du risque, de permettre la mise en place d'un plan d'action dédié et de concentrer l'expertise métier et technique en la matière, la création d'une MOA dédiée à la gestion des risques est recommandée.

**Recommandation n°14: Investir dans les projets de systèmes d'information de gestion du risque en développant la relation numérique aux professionnels de santé et la modernisation des outils des CPAM et des DRSM**

## **4 LA PROCHAINE COG DOIT ETRE L'OCCASION D'UNE INFLEXION DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET DES LEVIERS DE LA GESTION DU RISQUE**

[286] Traditionnellement inscrite dans les COG de l'assurance maladie, la recherche de nouvelles thématiques de gestion du risque est désormais portée par le PNGDRESS. Cette nouvelle architecture conventionnelle ne minore toutefois pas le rôle de la COG dans la gestion du risque, et constitue même une opportunité pour la réorienter vers une approche encore peu développée : l'efficacité des leviers.

[287] Les résultats de la gestion du risque analysés en première partie - mais qu'il ne faut pas limiter à ceux de la maîtrise médicalisée des dépenses - rapprochés de ses coûts estimés à plus de 570 M€ dans la troisième partie, conduisent à s'interroger sur l'efficacité des moyens mobilisés et la stratégie suivie. C'est l'objet de cette quatrième partie.

[288] La bonne utilisation des leviers à la main de l'assurance maladie et de l'Etat joue un rôle contributif majeur dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque, mais l'étude de leur efficacité est restée un sujet encore peu documenté. Le tableau présenté après l'introduction de ce rapport présente ces différents leviers.

[289] La mission s'est efforcée d'analyser la plupart de ces outils afin de déterminer les moyens de progression existants et de clarifier les évolutions stratégiques souhaitables. Seules les incitations financières et l'organisation de l'offre de soins n'ont pas été abordées car elles ne relèvent pas directement de la COG.

[290] La mission conclut à la nécessité d'un vrai renouvellement des outils comme des orientations stratégiques qui devrait être au cœur de la prochaine COG.

### **4.1 Une inflexion nécessaire des leviers de gestion du risque dans le domaine ambulatoire**

[291] L'assurance maladie a développé une approche spécifique d'accompagnement graduée des professionnels de ville qui constitue son principal levier de gestion du risque ambulatoire. Cette approche débute par un large accompagnement pédagogique et se renforce progressivement de mesures contraignantes ciblées sur les populations à fort enjeu.

[292] Cette démarche repose sur trois niveaux : un accompagnement pédagogique conduit par les délégués à l'assurance maladie (DAM) permettant d'échanger sur les pratiques et les évolutions règlementaires ; un accompagnement renforcé sur des prescripteurs ciblés pour leur niveau de prescription atypique, au travers d'échanges confraternels avec le service médical ; et enfin en cas de persistance de ces pratiques, la mise en place d'outils de suivi des prescriptions avec les procédures Mise sous objectifs (MSO) / Mise sous autorisation préalable (MSAP).

Graphique 6 : Outils d'accompagnement déployés par l'assurance maladie en ambulatoire



Source : *CNAMTS*

[293] Le bilan des actions d'accompagnement et de sensibilisation des professionnels de santé, qui constituent le cœur de la gestion du risque et mobilisent beaucoup de moyens de l'assurance maladie, présente indubitablement des acquis. Néanmoins, des évolutions significatives sont nécessaires au cours des prochaines années.

#### 4.1.1 Un volet pédagogique essentiel au maintien des liens avec les professionnels de santé mais qui contribue peu à faire évoluer structurellement les pratiques

##### 4.1.1.1 Une forte activité d'accompagnement

[294] L'accompagnement, dont les modalités ont été rappelées dans le texte de la dernière convention médicale (article 64.1), a pour but d'assurer une fonction pédagogique en portant auprès des professionnels de santé les évolutions juridiques et les messages de santé publique concernant leur activité. Il a aussi et surtout un objectif de promotion des bonnes pratiques qui doit se traduire par une modification des comportements des prescripteurs et par une modération de la croissance des volumes d'actes et de prescriptions.

[295] Comme le montre le tableau ci-dessous, les DAM et les praticiens-conseils assurent annuellement près de 450 000 contacts avec les professionnels de santé de ville, dont 85 % sont le fait des DAM. On constate une certaine stabilité de ce chiffre au cours des dernières années. S'y ajoute le travail des 420 Conseillers Informatique Service (CIS) qui ont réalisé 100 589 contacts sur des sujets liés à l'utilisation des téléservices et des systèmes d'information – soit environ 239 professionnels de santé par CIS et une moyenne de 1,2 contact par jour ouvré.

Tableau 18 : Visites des professionnels de santé par les DAM, les praticiens conseils et les CIS, et visites d'établissements

	2014	2015	2016	En moyenne par mois	En % du total DAM + PC
<b>DAM</b>	383 289	371 005	368 773	31 200	85 %
<b>PC</b>	65 985	62 129	61 580	5 300	15 %
<b>CIS</b>	83 613	93 286	100 589	7 700	

Source : CNAMTS

[296] Les campagnes DAM touchent essentiellement les médecins généralistes dans une approche large qui touche en moyenne plus de 22 200 praticiens à chaque campagne nationale, tandis que les entretiens confraternels plus ciblés n'en concernent en moyenne que 1 700.

[297] Ce mode de relation est généralement bien perçu par les professionnels libéraux car adapté aux contraintes de leur pratique en cabinet. On constate toutefois depuis trois ans une hausse du taux de refus, plus marquée pour les entretiens confraternels, et qui n'est pas encore expliquée par l'assurance maladie.

Tableau 19 : Evolution du taux de refus des campagnes d'accompagnement (en %)

	DAM	EC
<b>2014</b>	3,7 %	4,6 %
<b>2015</b>	4,6 %	5,3 %
<b>2016</b>	4,7 %	7,0 %

Source : DCGDR Auvergne Rhône Alpes

#### 4.1.1.2 Une organisation du travail encore perfectible

[298] L'organisation du travail des DAM et des praticiens-conseils comporte des marges significatives de progression à plusieurs points de vue.

[299] Alors que les DAM en particulier ont, du point de vue organisationnel, une activité très proche de celle de visiteurs médicaux, ils ne sont pas gérés, faute notamment de pilotage national fonctionnel expérimenté par la CNAMTS, avec les mêmes exigences professionnelles de productivité, de contrôle de la qualité (grâce notamment aux visites accompagnées et aux formations obligatoires) ni de reporting.

[300] Leur travail, comme celui des praticiens conseils, n'est ni suffisamment normé, ni suffisamment évalué pour donner la pleine mesure de son efficacité. Signe de ces difficultés d'organisation, on constate une allocation hétérogène des DAM et des médecins conseils sur le territoire :

- s'agissant des services médicaux, plusieurs échelons locaux du service médical ne disposent plus que de ressources extrêmement limités, voire aucun dans certaines situations temporaires. Ces carences s'expliquent par les difficultés de recrutement et un manque d'attractivité de la profession, bien identifiés par l'assurance maladie, qui poussent progressivement à élargir le recrutement au sein des services médicaux à des professions paramédicales ;

- l'importance des variations dans l'allocation des DAM est plus curieuse car non justifiée. Les variations autour de la moyenne nationale de 280 professionnels de santé (hors spécialistes) par DAM sont extrêmement importantes : 111 pour la CPAM d'Aurillac à 558 pour la CPAM de l'Hérault.

[301] La productivité des praticiens conseils qui font des entretiens confraternels et des délégués de l'assurance maladie est faible :

- En 2015, 152 ETP de praticiens conseils ont effectués 61 680 contacts avec les professionnels de santé dans le cadre de la RP2S, soit environ 400 par praticien et donc deux par jour ouvré ;
- la productivité des délégués est identique, bien qu'aucun texte ne règlemente leur intervention. En 2016, les 914 ETP ont assurés 368 773 contacts soit également 400 par DAM et environ deux par jour ouvré. Ce chiffre doit intégrer des temps de déplacement et d'attente dans les cabinets des médecins qui peuvent être longs, mais ces contraintes sont également imposées à d'autres professions, comme les visiteurs médicaux dans les réseaux généralistes, qui réalisent environ cinq visites par jour.

[302] La mission préconise donc d'accroître significativement la productivité des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils.

#### 4.1.1.3 Une présence essentielle mais un impact limité sur les pratiques

[303] La présence dans la durée, parfois depuis plus de dix ans sur le même secteur géographique, des DAM, des CIS ainsi que des praticiens conseils, a certainement concouru à améliorer, voire à normaliser dans un certain nombre de cas, les relations au quotidien entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Les CIS et les DAM humanisent utilement la relation avec l'assurance maladie et limite les « irritants ».

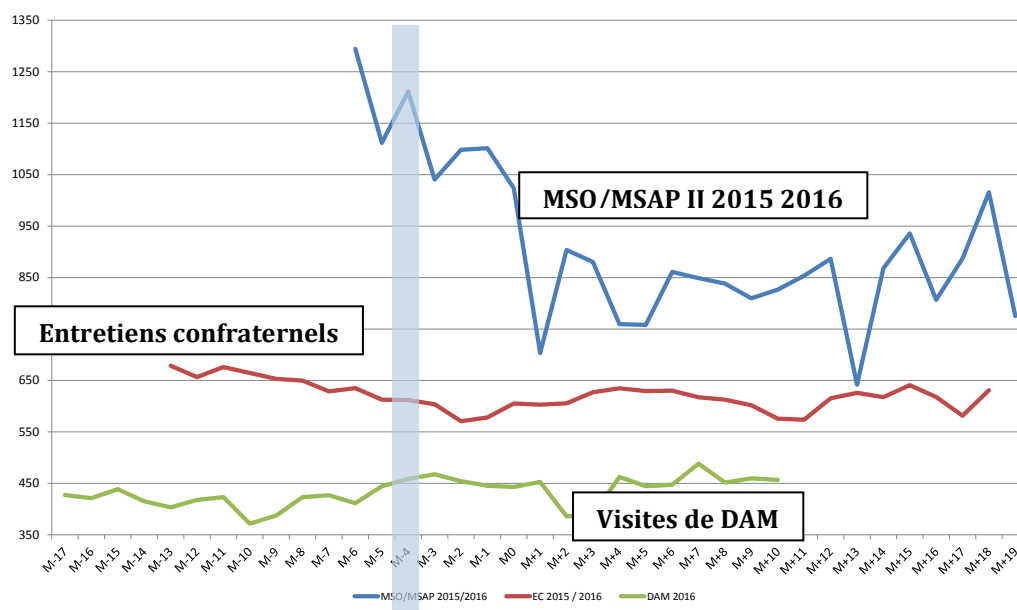
[304] Les entretiens réalisés par la mission avec les caisses et les professionnels de santé en témoignent amplement. Le rôle des CIS est, de ce point de vue, particulièrement positif et apprécié. Une enquête réalisée par la CPAM du Bas-Rhin et les constats de la mission concluent, au demeurant, à un impact positif des visites sur la satisfaction des médecins.

[305] Toutefois, les résultats en termes de modification des pratiques de prescription semblent assez modestes. Les rares études disponibles montre en effet un impact limité et peu durable des actions d'accompagnement. La littérature internationale a déjà évoqué les limites intrinsèques à ce type d'actions qui sont présentées comme un élément adjuvant de la palette des outils utiles à une plus grande efficacité des soins, plutôt qu'un élément clé.

[306] La DCGDR de la région Auvergne-Rhône-Alpes a effectué une analyse comparative des prescriptions d'indemnités journalières sur différentes campagnes :



Graphique 7 : Evolution mensuelle du nombre d'indemnités journalières prescrites par trois « populations » concernées par différentes campagnes



Le rectangle bleu (« M0 ») représente le mois d'application de la mesure

Source : DCGDR Auvergne Rhône Alpes

[307] On constate sur ces données régionales le faible impact des entretiens confraternels et des visites de DAM à court et moyen terme.

[308] Trois études nationales portant sur les entretiens confraternels confortent cette analyse sans pour autant permettre de se prononcer clairement sur l'efficacité de l'accompagnement. La mission a retenu les deux études les plus rigoureuses au plan méthodologique – utilisation d'une population « témoin » pour neutraliser d'éventuels effets exogènes.

Tableau 20 : Impact à 5-7 mois de la campagne d'échanges confraternels de septembre à novembre 2015 sur les arrêts de travail

		Avant	Après	Différence
Part des patients actifs ayant perçu des IJ	MG visités	15,38 %	15,22 %	<b>-0,16 %</b>
	MG témoins	15,28 %	15,44 %	<b>0,16 %</b>
Nombre d'IJ par patients en ayant perçu (jours)	MG visités	31	29,23	<b>-1,77</b>
	MG témoins	31,02	29,5	<b>-1,52</b>

Source : CNAMTS

Tableau 21 : Impact à 1-3 mois de la campagne d'échanges confraternels d'avril à octobre 2016 – Dosage PSA cancer de la prostate

		Avant	Après	Différence
Part des patients avec dosage total ou libre	MG visités	19,70 %	17,30 %	<b>-2,40 %</b>
	MG témoins	19,20 %	18,60 %	<b>-0,60 %</b>
Part des patients avec dosage libre	MG visités	4,30 %	3,50 %	<b>-0,80 %</b>
	MG témoins	4,50 %	4,10 %	<b>-0,40 %</b>

Source : CNAMTS

[309] Les résultats démontrent, au mieux, une légère amélioration de la prescription suite aux entretiens confraternels comparativement à la population témoin. La CNAMTS n'a pas conduit d'analyse de rentabilité de ces actions, mais avec 4 480 médecins contactés, la campagne d'IJ aurait mobilisé environ 2 240 jours de praticiens conseils (deux entretiens par jour en moyenne), soit 11 ETP ce qui représente un coût conséquent au regard des faibles améliorations constatées.

[310] De nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission ont d'ailleurs souligné un fort sentiment d'épuisement et de frustrations face à l'inefficacité ressentie des visites et des contacts sur un certain nombre de champs de dépenses (transports, IJ...) et appelé de leurs vœux la mise en œuvre de mesures de gestion du risque plus structurelles (rémunérations, tarifs...).

#### 4.1.1.4 Un contenu informationnel que les professionnels de santé de ville appellent à renouveler en profondeur

[311] Les visites et les entretiens auprès des professionnels de santé s'articulent autour de la diffusion de messages portées par des campagnes nationales, et d'interactions personnalisées sur la base de « profils » individualisés autour de thématiques définies localement ou nationalement.

[312] L'hétérogénéité et la multiplicité des thématiques portées par les DAM - et dans une moindre mesure les praticiens conseils - pose problème en ce qu'elle relativise précisément la priorité donnée à la gestion du risque dans leur activité. La succession des campagnes et l'obligation d'aborder au cours du même contact plusieurs thèmes (un thème principal et un ou deux thèmes secondaires) vont à l'encontre de pratiques qui invitent à réitérer le même message auprès des professionnels de santé.

[313] Des réflexions sont en cours pour adapter les thématiques abordées et les orienter dans une approche attentive aux besoins exprimés par les professionnels de santé. La mise en place de l'expérimentation du Plan Personnalisé d'Accompagnement en avril 2017 en est première une traduction tangible.

## Encadré 5 : Le Plan Personnalisé d'Accompagnement (PPA)

Le PPA est une offre optionnelle de l'assurance maladie, proposée comme aide aux professionnels de santé avec pour objectif d'approfondir la connaissance de leurs pratiques et la situer par rapport à leurs confrères d'environnement comparable, de co-construire un programme d'évaluation de leur pratique et d'améliorer leurs résultats en termes de ROSP.

Le PPA est expérimenté auprès de 20 médecins dans une trentaine de département, soit au total environ 700 médecins. L'accompagnement prévu, d'une durée d'un an, comprend : une visite inaugurale DAM/PC, 3 à 4 visites DAM sur le partage des référentiels, des profils et des outils, au moins 2 entretiens confraternels sur les cas patients, et une visite bilan DAM/PC.

[314] En attendant les résultats de cette expérimentation, la nature des informations apportées aux professionnels de santé doit être revue en profondeur.

[315] La délivrance d'informations personnalisées est un soutien essentiel des échanges et reçoit un accueil favorable de la plupart des professionnels de santé, mais la méthode s'est peu renouvelée malgré les évolutions technologiques et les demandes d'une approche plus fine de leurs pratiques par les professionnels. Les profils fournis par la CNAMTS utilisent une maille trop large pour soutenir un argumentaire précis et personnalisé sur l'évolution des pratiques. Les profils ne mettent pas suffisamment en perspective la pratique du PS avec la composition de sa patientèle en termes d'âge, de genre, d'antécédents médicaux... Ils sont également communiqués à des fréquences trop espacées : à titre d'exemple, les tableaux de bord ROSP ne sont alimentés que trimestriellement.

[316] Les données fournies véhiculent trop souvent des messages d'écart aux bonnes pratiques qui demandent également que l'on souligne de façon positive leurs bonnes pratiques et les retours d'expérience sur les améliorations constatées à l'occasion des précédentes campagnes.

[317] Les médecins expriment également une forte attente pour que l'assurance maladie les aide à identifier les patients auprès desquels les actions proposées seraient les plus efficaces : gros consommateurs de médicaments non-généralistes, patients en inobservance de traitements, absence d'actes de prévention ...

### **Recommandation n°15 : Approfondir la relation avec les professionnels de santé en développant l'accompagnement personnalisé et en enrichissant le contenu informationnel**

#### 4.1.2 Des MSO et MSAP peu utilisées et perçues comme stigmatisantes

##### 4.1.2.1 Une procédure longue et lourde s'agissant des MSAP

[318] La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé une procédure de mise sous accord préalable (MSAP)<sup>45</sup> pour les médecins dont les prescriptions ressortent comme atypiques par leur poids ou leur structure. Elle permet de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée maximale de six mois, la prise en charge totale ou partielle de certaines prescriptions de ces praticiens. La MSAP présente un caractère contraignant qui peut aller jusqu'à des pénalités financières en cas de récurrence après deux périodes de MSAP<sup>46</sup> à l'appréciation de la CPAM et après avis de la commission des pénalités.

<sup>45</sup> Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale.

<sup>46</sup> Article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

[319] Cette procédure a été complétée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010<sup>47</sup> d'une procédure susceptible de précéder la mise sous accord préalable : la mise sous objectif (MSO). Dans le cadre de la MSO, les praticiens se voient proposer par l'assurance maladie un objectif de réduction de leurs prescriptions à atteindre. La mise sous accord préalable n'est engagée qu'en cas de refus du praticien de s'engager dans cette démarche, ou d'échec de la MSO.

[320] Depuis 2016, une période d'observation de quatre mois précède systématiquement le déclenchement des MSO/MSAP, qui dure pour les médecins touchés quatre ou six mois. La longueur de la procédure est dénoncée par les professionnels de santé qui sont de fait placés sous « observation » pendant presque un an.

[321] S'agissant des coûts de gestion, la mission n'a pu obtenir de données précises au niveau national, mais le réseau privilégie unanimement l'application de la MSO qui réduit notablement les coûts d'intervention (environ deux entretiens par procédure de quatre mois).

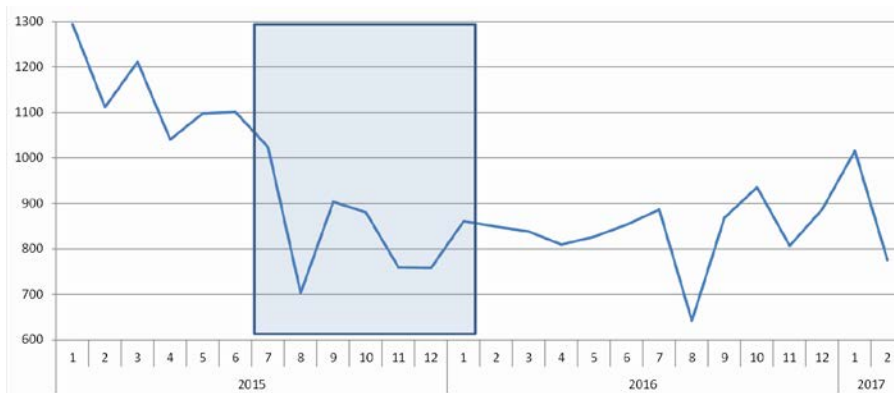
#### 4.1.2.2 Des résultats essentiellement générés pendant la phase d'observation précédant la MSO/MSAP

[322] Les récentes revues de dépenses de l'IGAS et de l'IGF sur les indemnités journalières et les transports sanitaires ont conclu à une efficacité à court-terme des MSO/MSAP appréciée sur la base des dépenses « nettes » évitées : environ 56,5 M€<sup>48</sup> sur les indemnités journalières, soit 5 473€ par praticien généraliste, et 25 723€ par spécialiste sur les Transports.

[323] Mais cette efficacité doit être nuancée. A court-terme, les rapports ont identifié des phénomènes de contournement des MSAP (transfert de la prescription vers un autre praticien) qui viennent limiter l'efficacité de ce levier. On constate, par ailleurs, un effacement des bénéfices à moyen-terme : après une période de quelques mois, on finit par retrouver les niveaux de prescription équivalents à ceux de l'ouverture de la procédure.

[324] La mission a tenté de documenter ce phénomène largement décrit par le réseau mais n'a pu obtenir de la part de l'assurance maladie que les résultats d'une étude communiquée par la DCGDR Auvergne-Rhône-Alpes. Les résultats, illustrés dans le graphique ci-dessous, montrent l'effet retour après l'application de la MSAP (le rectangle bleu correspond à la période de MSAP) :

Graphique 8 : Nombre d'IJ/mois prescrit par les PS en MSAP – Région AURA



Source : DCGDR Auvergne Rhône Alpes

<sup>47</sup> Décret n°2011-551 du 19 mai 2011

<sup>48</sup> Soit quatre mois (MSO) et six mois (MSAP).

[325] En réalité, l'effet de la procédure est essentiellement attribuable à la phase d'entretiens qui précède la MSO/MSAP, c'est-à-dire avant le rectangle bleu sur le graphique : les professionnels modifient leur pratique durant la phase d'observation en prévention d'une éventuelle application de la procédure.

[326] Les données à l'échelle nationale confirment cette tendance : une majorité de médecins (55 %) a déjà réduit ses prescriptions d'arrêts de travail de plus de 20 % pendant la période d'observation, et 15 % supplémentaires l'ont réduit de plus de 10 %.

#### 4.1.2.3 Un caractère dissuasif très relatif en raison d'une faible application des pénalités

[327] Les MSO/MSAP doivent jouer un rôle dissuasif essentiel dans le dispositif d'accompagnement, mais le ciblage restreint les empêche d'assurer effectivement ce rôle. Les MSAP sont peu appliqués et seule une extrême minorité de la population fait l'objet des pénalités financières - ici environ un médecin par département par campagne - comme l'illustre le tableau ci-dessous :

Tableau 22 : Accompagnement et MSO/MSAP des médecins généralistes sur les IJ en région Auvergne-Rhône-Alpes

Effectif total Généralistes	Visités DAM	dont entretien MC	dont période observation	dont MSO/MSAP	Pénalisables	Pénalités
7 900	3 260	1 210	136	86	16	7

Source : Assurance maladie

[328] La faible application des pénalités financières (seuls 0,09% des médecins en région AURA ont fait l'objet de sanctions) pourrait expliquer les difficultés à pérenniser les améliorations constatées les premières semaines d'applications des dispositifs.

[329] D'après les interlocuteurs rencontrés sur le terrain, les MSO auraient une meilleure efficacité que les MSAP car elles privilégieraient la responsabilisation des professionnels de santé autour d'objectifs partagés. Ces résultats n'ont pas pu être étayés, aucune étude n'ayant été communiquée à la mission sur ces sujets dans les délais impartis. Toutefois, les MSO présentent l'avantage d'avoir des coûts de gestion moindres que la MSAP.

**Recommandation n°16 : Renforcer l'application des mesures contraignantes lorsqu'elles sont nécessaires, en privilégiant un recours plus large à la MSO**

## 4.2 Un outil potentiellement efficace : les demandes d'autorisation préalable

### 4.2.1 Un programme qui s'est bien déployé mais dont les thématiques ne sont pas toujours pertinentes en terme d'enjeux financiers

[330] La demande d'autorisation préalable (DAP) soumet le remboursement d'un acte ou d'un produit à l'accord préalable de la CPAM. Ce mécanisme permet de limiter le recours à des produits, actes ou soins quand ceux-ci ne sont pas justifiés sur le plan médical, et pour s'assurer du respect des indications effectivement prises en charge, notamment lorsque les traitements sont onéreux.

[331] La procédure est manuelle sauf pour la DAP Hypocholestérolémiant (Crestor, Ezetrol et Inegy) accessible par téléservices et automatisée avec un algorithme décisionnel permettant une réponse instantanée, procédure suivie dans environ ¾ des 400 demandes mensuelles.

[332] Contrairement à la MSO/MSAP qui ne s'applique qu'à une population ciblée pour ses pratiques atypiques, la DAP est applicable nationalement à tous les professionnels de santé. Un médecin peut prescrire sans DAP mais il doit alors apposer la mention non-remboursable.

[333] Les DAP se sont déployées sur une dizaine de thématiques. L'identification précise du périmètre et des modalités d'application a été rendue difficile en raison de la profusion des bases juridiques (règlements, lettres réseau) et de l'absence de pilotage au niveau national. Dans l'ensemble, les DAP sont appliquées sur des champs aux enjeux financiers modestes, ce qui illustre une nouvelle fois les défauts d'évaluation des leviers de la gestion du risque.

Tableau 23 : Thématiques des demandes d'autorisation préalable

Grand appareillage (R 165-3 CSS) : demande (Q7) et dispositif non inscrit à la LPP ou renouvellement (Q25)
Chirurgie plastique
Actes de masso-kinésithérapie : dépassements de seuil pour des situations de rééducation (16 référentiels)
Transports (R.322-10-4 CSS) : longue distance (plus de 150 km), transports en série, en avion ou en bateau de ligne régulière, liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)
Assistance respiratoire de longue durée à domicile - Forfait 6 (ventilation assistée < 12h)
Soins lourds programmés à l'étranger
Chirurgie de réassignation (transsexualisme)
Orientation vers les établissements médico-sociaux belges
Hypocholestérolémiant (disponible en téléservice)
Certains examens et analyses de laboratoire [non déterminés au jour de la rédaction du rapport]
Traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF)

Source : Mission d'après données CPAM Rhône et ameli.fr

#### 4.2.2 Des résultats intéressants qui pourraient encore être améliorés

[334] Le recours à la DAP a globalement reculé sur le plan international en raison de sa lourdeur de traitement. Toutefois, lorsque la gestion est automatisée et que les délais de réponse sont brefs, les DAP sont largement utilisées comme aux Etats-Unis ou en Autriche (« EKO ») où les DAP concernent près de 1088 molécules.

[335] La CNAMTS n'a pas communiqué le nombre de DAP annuelles au niveau national, mais il pourrait être compris entre 500 000 et un million<sup>49</sup> selon les données recueillies par la mission. On estime que les volumes sont concentrés sur seulement trois thématiques : les transports (env. 575 000), le grand appareillage (env. 320 000), et la chirurgie plastique (env. 30 000). A l'exclusion de ces thématiques, l'activité de la majorité des DAP est donc extrêmement faible, le téléservice Hypocholestérolémiant ne traitant par exemple que 300 demandes par mois.

<sup>49</sup> Extrapolé à partir de 18 731 DAP Transports reçues au niveau national entre le 10 et 21 octobre 2016 d'après la CNAMTS, et 10 139 DAP reçues par l'ELSM du Rhône en 2016

[336] La DAP recherche un effet « pédagogique-dissuasif », permettant l'arrêt ou la substitution des prescriptions, mais cet effet est rarement évalué. Les résultats se limitent souvent aux dépenses évitées sur la base du nombre d'avis défavorables émis.

**Encadré 6 : DAP a priori ou contrôle a posteriori ? Etude locale d'une CPAM sur les Transports**

La CPAM traite annuellement environ 8 000 DAP Transports.

A partir des données de la CPAM (taux de refus de 7,4 % et taux de limitations de 17,0 %), les DAP permettraient de générer des économies d'environ 385 000 € par an, correspondant à environ 1 % des dépenses totales de transports.

Avec 1,5 ETP dédiés au traitement complet des DAP, le ratio d'économies serait d'environ 256 000€/ETP.

Ces données sont à rapprocher de celles des contrôles locaux de facturation, aléatoires, ciblés sur certains transporteurs ayant présenté des anomalies importantes dans les contrôles aléatoires antérieurs, et ciblés par requête sur des types d'anomalies (exemple transports pour des invalides sans ALD pour vérification des conditions réglementaires).

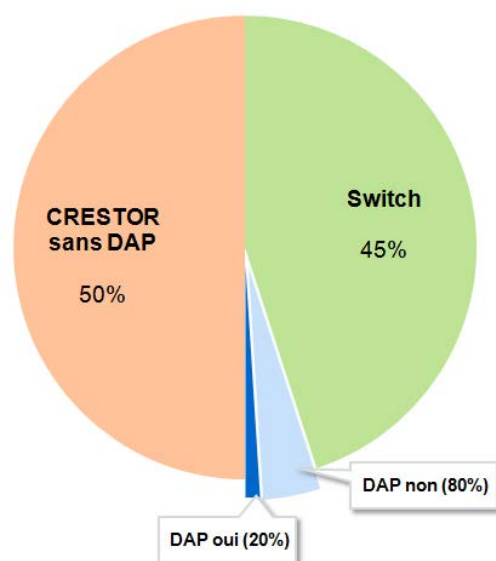
La CPAM y a consacré 0,5 ETP en 2014 pour 100 000€ d'indus, 0,6 ETP en 2015 pour 90 000€ d'indus, et 0,5 ETP en 2016 pour 100 000€ d'indus, soit en moyenne environ 200 000€ d'indu/ETP, qui sera minoré de l'aléa sur le recouvrement des indus.

On peut donc conclure dans ce cas précis que les contrôles locaux a posteriori tels qu'ils sont pratiqués dans la CPAM sont moins rentables que le traitement des DAP, même la CPAM tient à faire les deux.

[337] Seule la DAP hypocholestérolémiant a fait l'objet d'une évaluation complète, rendue possible par l'exhaustivité des données collectées par la procédure automatisée. Le dispositif a eu un impact réel sur le bon usage de ces médicaments en réduisant de 45 % les prescriptions d'instauration (soit environ 15 000 prescriptions par mois pour le Crestor) comme l'illustre le graphique ci-dessous (cf. « switch »).

[338] Toutefois, l'effet de la DAP pourrait être amélioré car de très nombreuses prescriptions continuent à être effectuées sans recours à la DAP (cf. « Crestor sans DAP » dans le graphique ci-dessous), le recours à la DAP n'étant que l'exception (5 %, cf. graphique ci-dessous).

**Graphique 9 : Impact de la DAP Crestor – Octobre 2015, tout prescripteur**



Source : Direction de la sécurité sociale

[339] Le caractère dissuasif de la DAP est un atout majeur pour inciter les pouvoirs publics à recourir à des outils de régulation contractuels, à l'image du CEPS qui a ainsi conclu un accord de bon usage avec les laboratoires sur le Liptruzet afin d'éviter une DAP.

[340] Des réflexions sont également en cours avec la DSS afin d'identifier dans le domaine du médicament de nouveaux champ d'application à la DAP automatisée.

#### 4.2.3 Une gestion manuelle chronophage et largement inutile

[341] La chaîne de traitement des DAP est manuelle et mobilise des ressources importantes au sein des CPAM et des DRSM, avec une faible valeur ajoutée.

[342] La gestion est extrêmement chronophage et dépasse les moyens mobilisables, et force les CPAM à modifier les règles de gestion pour simplifier le traitement administratif, voire le supprimer, comme on le voit dans le tableau ci-dessous où l'on constate que 18 CPAM auraient supprimé purement et simplement le traitement des DAP Transports :

Tableau 24 : Règles de gestion locales des DAP Transports (en nombre de CPAM)

Règles de gestion de la DAP (nb de caisses)	Trajet de plus de 150 km	Transport en série	Transport en avion ou bateau	Transport pour CAMSP/CMPP	Total *
Suppression	15	11	1	1	18
Accord immédiat	38	24	14	30	51
Refus immédiat	21	16	14	11	24
Refus partiel	54	47	38	18	56
Cas par cas	46	39	43	24	86

\* Une même caisse pouvant avoir plusieurs règles de gestion de la DAP, il ne s'agit pas de la somme de chaque ligne

Source : *Enquête CNAMTS auprès du réseau*

[343] De fait, un service médical rencontré par la mission a déclaré être confronté à une forte volumétrie qu'il ne pouvait pas gérer l'obligeant à classer des DAP reçues sans suite.

[344] Malgré cela, les caisses sont quand même astreintes à un traitement administratif lourd en raison de contraintes juridiques et comptables. Les documents papiers font un aller-retour entre la CPAM et le service médical, seul habilité à détruire le volet médical du document dont la caisse doit conserver le volet administratif par obligation comptable. Outre l'engagement d'un processus de dématérialisation des déclarations, cette procédure gagnerait à être simplifiée, par exemple avec des conventions permettant la destruction du volet médical par la CPAM.

[345] Enfin, ces modalités sont pénalisantes pour les assurés et les professionnels de santé qui doivent attendre l'expiration du délai de silence de quinze jours pour être informés de la prise en charge car dans certaines caisses, les avis favorables ne sont plus notifiés.

[346] Le recours à des algorithmes permettrait d'augmenter les volumes traités et d'accélérer les délais de réponse, conditions indispensables au succès des DAP. Les sujets à forte composante règlementaire (IJ, prescriptions en première intention, transports ...) pourraient être privilégiés car il est plus facile d'établir des référentiels opposables et la part d'appréciation personnelle du médecin y est moins importante que les sujets à forte composante thérapeutique.



**Recommandation n°17 : Simplifier et automatiser le traitement des DAP, idéalement en l'associant avec un algorithme décisionnel permettant un avis immédiat**

[347] La mission a également constaté que le processus de liquidation des prestations soumises à DAP était défaillant. En effet, les avis médicaux et administratifs ne sont pas intégrés lors de la prise en charge car saisis manuellement dans un outil (Progress « Mise à jour ») qui n'est pas consulté lors de la liquidation. Concrètement, rien n'empêche donc le remboursement d'un acte ou d'une prescription refusée par l'assurance maladie.

[348] Plus généralement, certaines contraintes de prescription ne sont pas intégrées dans les chaînes de liquidation, comme les médicaments devant faire l'objet d'une prescription en première intention par un praticien hospitalier, puis en seconde intention par un spécialiste.

**Recommandation n°18 : Intégrer automatiquement les contraintes de délivrance et de prescription dans les systèmes d'information de liquidation**

**Encadré 7 : Audit synthétique du protocole DAP en Auvergne Rhône Alpes (hors téléservices)**

Il n'est pas possible de savoir au moment de la liquidation de la prestation si une demande d'autorisation préalable est en cours de traitement. Même lorsque l'avis défavorable est émis, le remboursement de la prestation peut-être effectué car il n'y a pas de contrôle de l'existence d'un avis dans la chaîne de liquidation.

Lorsque le service médical se prononce les avis sont saisis dans Hippocrate et transmis au service administratif par l'application LM2A.

Les avis défavorables (médicaux et administratifs) sont ensuite saisis dans le dossier patient de l'application « PROGRES - Mise à jour ». Dans la majorité des cas la saisie s'effectue dans une simple zone texte où sont stockées d'autres informations sur le patient (mutation si il vient d'une autre CPAM, refus d'IJ), et qui est régulièrement purgée des informations trop anciennes.

Lorsqu'elle procède à la liquidation, la CPAM ne vérifie pas l'existence d'un avis défavorable :

- pour les feuilles de soins télétransmises (95 % des paiements) : la procédure de paiement est automatisée et il n'existe aucun contrôle des avis, les seuls rejets étant techniques (faute de frappe, incohérence de date ...) ;
- pour les feuilles de soins non-télétransmises : le paiement est effectué par un opérateur à partir de l'application PROGRES PN (si la feuille est non-numérisable) ou SYNERGIE (numérisable), sans vérification de l'existence d'un avis médical saisi dans « PROGRES Mise à jour ».

Les vérifications comptables ne concernent que les thèmes identifiés dans le plan d'agent comptable (ex : 4500 € de seuil, 150 km sur les transports, soins à l'étranger).

[349] Enfin, les DAP ont fait l'objet de récentes décisions du Conseil d'Etat qui en ont encadré les conditions d'exercice, en limitant le recours aux seuls médicaments très coûteux. Le dispositif est par ailleurs régi par des dispositions légales considérées comme restrictives (ex : pas de DAP préventive) ou imprécises (modalités de calcul des distances pour les DAP transports). Une modification des dispositions législatives serait souhaitable pour sécuriser l'application des DAP.

**4.3 Une action qui s'est développée au sein des hôpitaux et qui doit se renforcer**

[350] Confiée aux ARS par la loi HPST de 2009, la gestion du risque dans les établissements de santé fait désormais l'objet d'une compétence partagée depuis le plan ONDAM en 2015. Au cours de la dernière COG l'assurance maladie a progressivement réinvesti l'hôpital en s'appuyant sur les leviers qu'elle mobilise traditionnellement sur le secteur ambulatoire : accompagnement des professionnels de santé, MSAP, et elle y a même dédiée une offre de service PRADO.

[351] De nombreux outils sont également déployés en commun avec les ARS comme le dialogue de gestion, les CAQES ou les PAPRAPS. Les services hospitaliers rencontrés favorisent cette approche commune qui, outre l'association de moyens complémentaires, renforce la portée des messages.

#### 4.3.1 Un accompagnement qui doit davantage se spécialiser sur les besoins de l'hôpital

[352] Sujet peu traité par les ARS, la gestion du risque dans les établissements de santé a été progressivement investie par l'assurance maladie qui a déployé ses actions d'accompagnement. Les DAM et les praticiens conseils interviennent pour échanger sur les pratiques et véhiculer les messages sanitaires et réglementaires portés par les campagnes.

[353] L'accompagnement dans les services hospitaliers reste néanmoins une activité marginale. Les hôpitaux font l'objet d'environ cinq campagnes nationales annuelles par échanges confraternels, représentant toutes campagnes confondues 17 133 contacts soit 3 % seulement du total de l'assurance maladie en 2016.

[354] De par son mode de fonctionnement institutionnalisé, l'hôpital offre un cadre plus favorable que la ville à l'internalisation des recommandations de bonnes pratiques, à condition de pouvoir convaincre les professionnels concernés de manière individuelle ou collective.

[355] Consciente de ces enjeux, l'assurance maladie a progressivement adapté ses interventions aux spécificités du monde hospitalier :

- face au nombre important d'interlocuteurs hospitaliers, les délégués de l'assurance maladie adoptent un positionnement pluridisciplinaire et privilégient le rôle de point de contact auprès de l'ensemble des acteurs ;
- des approches partenariales émergent afin d'amener un appui technique à des professionnels de santé parfois très spécialisés. C'est le cas sur le médicament ou l'accompagnement par les OMEDIT se systématisent.

[356] Toutefois des difficultés persistent et pourraient faire l'objet d'amélioration à l'horizon de la prochaine COG :

- les supports informationnels manquent de pertinence et de profondeur d'information, et sont systématiquement datés - parfois de 18 mois. L'alimentation en indicateurs utiles et actualisés constituerait une première piste qui faciliterait l'appropriation des messages dans les services. Les comparaisons contextualisées avec d'autres établissements du bassin de patientèle seraient appréciées ;
- la pénétration des téléservices de l'assurance maladie est très faible en milieu hospitalier et pourrait être favorisée par le développement d'une offre de services spécifiques aux établissements ;
- enfin, l'identification plus précise des prescripteurs n'est toujours pas mise en œuvre sur la totalité du territoire, en dépit de recommandations récurrentes. Le numéro Finess et le numéro porté au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) du prescripteur ne sont pas systématiquement renseignés. L'identification des prescripteurs améliorerait pourtant l'efficacité des actions menées par l'assurance maladie.

### Encadré 8 : La mise à jour par la CNAMTS des données hospitalières

La CNAMTS et le réseau s'opposent sur la fraîcheur des données hospitalières communiquées aux établissements, certaines caisses se plaignant de disposer de données particulièrement datées (18 mois).

Contacté par la mission, l'ATIH a déclaré qu'elle mettait à disposition de la CNAMTS deux sources de données hospitalières (PMSI) pour alimenter le SNIIRAM :

- Mensuellement, une mise à jour des données envoyées par les établissements depuis le début de l'année civile en cours, avec un décalage technique d'environ 1,5 mois (ex : les données disponibles en juin 2017 portaient sur la période de janvier à avril 2017). La CNAMTS aurait récemment omis à deux occasions de télécharger ces données livrées par l'ATIH (octobre 2016 et février 2017), ce qui témoigne d'une utilisation irrégulière de cette source ;
- Annuellement des données dites « scellées », c'est-à-dire définitivement corrigées des déclarations tardives des établissements, sont communiquées en avril de l'année N pour l'année N-1 (données PMSI 2016 communiquées à la CNAMTS fin avril 2017). La production de données à partir de cette base conduit donc à des décalages temporels importants, notamment durant les premiers mois de l'année (en mars 2017 on ne disposait que des données scellées 2015), ce qui pourrait expliquer les décalages constatés par le réseau.

#### 4.3.2 Un nouvel outil de contractualisation : le CAQES

[357] Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES)<sup>50</sup> fusionnera l'ensemble des contrats proposés dans un document unique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 dans une volonté de simplifier et d'harmoniser les leviers contractuels proposés aux établissements.

[358] S'adressant à l'ensemble des établissements sur des volets thématiques qui pourront être décidées au cas par cas, le CAQES permettra de sortir d'une logique de gestion du risque ciblée sur seulement deux thématiques (transports et médicaments) et ne couvrant que les établissements les plus atypiques.

[359] Le champ de la contractualisation sera défini par le volet socle du médicament et des volets facultatifs pour certains établissements, laissés à la main de l'ARS et de la CPAM.

[360] Avec ces volets facultatifs, le CAQES offrira l'occasion pour l'assurance maladie d'étendre conjointement avec l'ARS le champ de la gestion du risque dans les établissements de santé, et de les mobiliser sur des indicateurs aujourd'hui inaccessibles aux outils de la gestion du risque, comme l'enrichissement des données de gestion ou les niveaux d'équipement (renseignement du RPPS, utilisation des téléservices).

[361] A ce stade très préliminaire, il n'est pas encore possible de préciser le rôle que jouera le CAQES dans la gestion du risque.

---

<sup>50</sup> Article L 162-30-2 du Code de la sécurité sociale

### 4.3.3 Une MSAP hospitalière qui a contribué à internaliser le respect des recommandations

[362] En complément de ses actions d'accompagnements, l'assurance maladie a déployé un dispositif de mise sous autorisation préalable (MSAP) qui consiste à subordonner à l'avis du service médical de l'assurance maladie certaines admissions ou orientations de patients en établissements hospitaliers. Pendant l'application de la procédure, chaque intervention ciblée doit bénéficier de l'accord préalable pour pouvoir être facturé.

[363] Comme pour les professionnels de ville, la MSAP ne s'adresse qu'à certains établissements ciblés pour l'atypie de leur activité. Le ciblage est effectué par l'assurance maladie qui émet un avis mais la décision finale d'application de la MSAP appartient depuis 2016 à l'ARS<sup>51</sup>, en application des orientations du plan d'amélioration de la pertinence des soins.

[364] 5 389 MSAP<sup>52</sup> ont été traitées en 2016, en baisse par rapport à 2014 (6 440), sur un vaste champ de gestes opératoires réparti en trois volets :

- Chirurgie ambulatoire : 55 gestes validés par les sociétés savantes ;
- Pertinence : 8 gestes (dont la chirurgie bariatrique) ;
- Orientation en SSR : six gestes orthopédiques validés par la HAS.

[365] En matière de chirurgie ambulatoire, les MSAP ont contribué fortement à l'augmentation du taux d'ambulatoire. La progression régulière du taux de chirurgie ambulatoire témoigne d'une pérennisation dans la durée des effets attribués aux MSAP, signe que les établissements internalisent plus facilement le respect des recommandations que les professionnels de ville pour lesquels on constate un phénomène de retour aux pratiques antérieures.

[366] L'effet contributif de la MSAP à l'amélioration des pratiques de chirurgie ambulatoire doit néanmoins être modéré car il s'inscrit dans une politique de développement qui a favorisé l'application de plusieurs leviers, notamment une politique tarifaire favorable<sup>53</sup>. On constate d'ailleurs qu'en l'absence de cette incitation financière, comme sur les MSAP SSR et Pertinence, l'impact du dispositif est moindre : des taux d'avis défavorables importants sont encore constatés sur la MSAP chirurgie bariatrique malgré l'antériorité d'un programme connu depuis 2009-2010, ce qui témoigne de difficultés d'appropriation persistantes des recommandations.

[367] Le sujet du maintien des MSAP est ouvert maintenant que les établissements vont entrer dans une démarche contractuelle qui va mobiliser de nouveaux moyens. Les pénalités financières prévues par les CAQES assureront une fonction dissuasive, mais en s'appliquant à l'établissement dans son ensemble, il est probable qu'elles ne jouent pas le rôle attendu pour modifier les pratiques à l'intérieur des services. Grâce à un impact sur l'activité des services, la MSAP jouera un rôle complémentaire et essentiel pour aider à internaliser les recommandations.

---

<sup>51</sup> Décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé.

<sup>52</sup> Le bilan d'activité des MSAP figure en annexe 6.

<sup>53</sup> Des travaux de recherche sont actuellement conduits par l'INSEE et la DREES sur ce sujet de la contribution des leviers au développement de la chirurgie ambulatoire, qui devraient faire l'objet d'une publication d'ici la fin de l'année

## 4.4 Des programmes en direction des assurés qui doivent évoluer

[368] Afin d'éviter les redondances avec la mission actuellement conduite par la Cour des comptes, les contrôles du service médical auprès des assurés (dite CPR2A) n'ont pas été retenus dans le périmètre du présent rapport qui s'est concentré sur PRADO et SOPHIA.

### 4.4.1 PRADO, un programme qui doit faire l'objet d'une véritable évaluation externe<sup>54</sup>

#### 4.4.1.1 Un volet Maternité bien déployé mais une diversification de PRADO mal maîtrisée

[369] Le Programme d'Aide au retour à Domicile (Prado) est un service d'accompagnement qui permet à des patients éligibles à une sortie d'hôpital d'être mis en relation avec des professionnels de santé de ville qui les prennent en charge au retour à domicile.

[370] Initié en 2010 par la CNAMTS, le volet Maternité revendique 1,2 millions d'adhérentes<sup>55</sup> depuis sa création. Avec près 391 512 adhésions en 2016, PRADO couvre désormais plus de la moitié des naissances en France, signe d'une très large appropriation tant par les établissements que par les assurés. PRADO a incontestablement permis de faire entrer l'assurance maladie à l'hôpital où son offre de services, notamment sur le volet Maternité, est bien perçue tant par les personnels que par les patientes.

[371] Ce succès a largement motivé la diversification thématique de PRADO qui compte deux volets supplémentaires : les sorties d'hospitalisation après chirurgie orthopédique, étendu à l'ensemble des actes de chirurgie depuis juin 2016, et un volet Pathologies Chroniques ouvert à la généralisation en septembre 2016, qui est décliné en deux programmes concernant des épisodes aigus : décompensation cardiaque et exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive - BPCO.

[372] Sur les volets supplémentaires, seul le programme Chirurgie a su trouver un public d'assurés, avec 36 653 adhésions en 2016, mais l'importance des écarts territoriaux quatre ans après son lancement souligne la persistance de nombreuses réticences locales qui n'ont pas su être surmontées. 5 450 personnes ont adhéré au volet Pathologies chroniques, avec un très faible effectif en BPCO (670).

[373] Depuis 2015, de nombreux projets d'extension ont également été lancés, ou sont à l'étude : extension de la Maternité aux « sorties précoces », extension de la Chirurgie à tout type de chirurgie (1 148 adhésions) et action spécifique fragilités osseuses, accident vasculaire cérébral, personnes âgées et plaies chroniques, mais aucun ne s'est durablement installé.

[374] La faute en revient pour partie à une conception qui s'est largement appuyée sur une approche expérimentale au détriment d'évaluations rigoureuses.

[375] La logique d'extension de PRADO est peu remise en cause par la CNAMTS y compris lorsque les résultats sont décevants. Les nouveaux programmes se maintiennent malgré des faibles adhésions : les volets Plaies Chroniques et Personnes Agées ont été repositionnés sur des nouvelles

---

<sup>54</sup> Cf. annexe 7 pour un bilan détaillé du programme.

<sup>55</sup> Février 2017, données de l'Outil Multi-Volets issues de la saisie des CAM

cibles, et l'expérimentation sur la prise en charge des frais de Transport a été prolongée jusqu'en 2017 malgré un faible niveau d'adhésions.

[376] Les chiffrages internes sont rares, peu documentés. Sept ans après son lancement, PRADO n'a toujours pas fait l'objet d'une évaluation externe exhaustive, ce qui alimente un climat de défiance face aux évaluations de la CNAMTS, et nourrit les réticences tant de certains hospitaliers que des professionnels libéraux.

[377] Une meilleure exploitation des données issues de la base PRADO permettrait certainement d'en évaluer l'efficacité médico-économique. La CNAMTS, qui a du concevoir une base compartimentée pour répondre aux exigences de la CNIL, ne complète les données PRADO par les données SNIIRAM qu'à l'occasion d'une extraction annuelle, ce qui pénalise le suivi et le pilotage. Des travaux ont été engagés afin d'automatiser le processus de remontée et la mise en œuvre de calculs en routine sur l'évaluation du dispositif.

**Recommandation n°19 : Procéder à une évaluation externe de PRADO avant d'envisager de nouvelles orientations**

**4.4.1.2 Un programme promu comme un contributeur majeur à l'ONDAM mais qui n'a pas atteint les résultats espérés**

[378] En 2014, PRADO était promu par la CNAMTS comme un contributeur majeur de l'ONDAM portant des économies estimées à 576 M€ dans le plan 2015-2017. La CNAMTS continue à soutenir le développement de ses projets avec d'importantes espérances d'économies : le volet Plaies chroniques devait – repositionné depuis - générer 100 M€ d'économies sur les prises en charge de ville et réduction des durées de cicatrisation (ce chiffre a été déterminé sur la base d'une généralisation sur la totalité du territoire).

[379] Ces chiffrages reposent sur des évaluations internes qui, sans les hypothèses sous-jacentes, sont impossibles à confirmer.

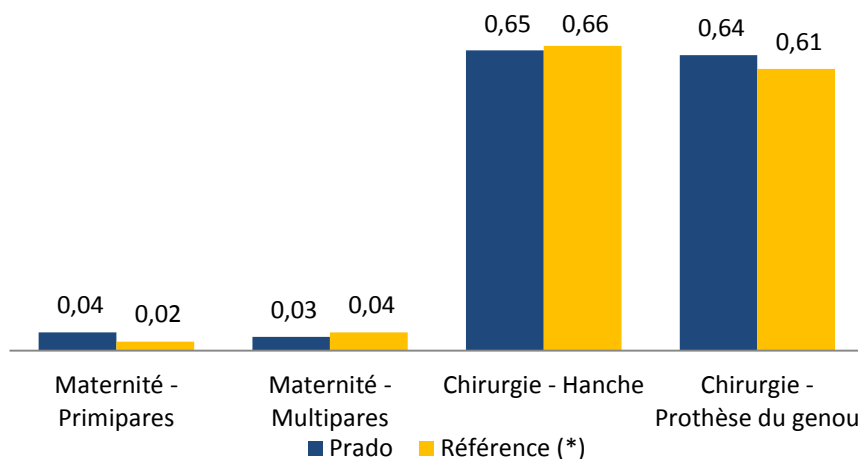
[380] Toutefois, la mission estime que la contribution de PRADO à la réduction des dépenses de soins reste marginale. Faute d'évaluation exhaustive du programme, la mission a collecté des données éparses pour tenter d'apprécier l'impact qualitatif et quantitatif des volets PRADO. Ces données très partielles sont loin de suffire à une évaluation exhaustive du programme qui doit être envisagée dans une approche de parcours, c'est-à-dire incluant les conséquences de la sortie d'hôpital et les reports de dépenses sur la médecine de ville.

[381] Sur un plan qualitatif, PRADO a contribué à réduire les délais entre la sortie de l'hôpital et l'intervention des professionnels de santé libéraux. Cette baisse concerne majoritairement les infirmières IDE et les masseurs-kinésithérapeutes (par exemple de 3,3 jours pour la prothèse de hanche contre 5,3 jours pour la population éligible), les consultations chez les médecins restant globalement aussi éloignés dans le temps.

[382] Très attendue sur la réduction des durées moyennes de séjours (DMS), la contribution de PRADO s'avère en réalité marginale. Les durées moyennes de séjour des adhérents baissent dans des proportions globalement identiques aux populations de référence, ce qui semble indiquer qu'il n'y aurait pas d'effet spécifique du programme.

[383] Sur le volet Maternité, les réductions sont très peu significatives, comme l'illustre le graphique ci-dessous :

Graphique 10 : Réduction des DMS en jours (2014/2015)



(\*) France entière pour la Chirurgie, éligibles Prado pour la maternité

Source : CNAMTS - Données redressées PMSI 2015

[384] La contribution de PRADO Chirurgie à son objectif de réorientation hors SSR est également modérée. Le taux de recours au SRR suit une tendance baissière sur les gestes concernés, toute population confondue, que l'adhésion à PRADO n'améliore pas si ce n'est légèrement pour la chirurgie du genou (-4,4 % contre -3,3 % pour la population éligible).

[385] Dans l'attente d'une véritable évaluation externe, ces résultats indiquent que PRADO n'a pas atteint ses objectifs de « gestion du risque », et qu'il est même très probable que les rendements dégagés ne couvrent pas les coûts, estimés par la mission à plus de 35 M€ par an pour les seuls ETP (cf. infra).

#### 4.4.1.3 Des effectifs spécialisés qui gèrent le dispositif avec une productivité qui s'améliore mais reste limitée par des processus manuels

[386] PRADO est initié par la conclusion d'une convention entre une CPAM et un établissement de santé. L'éligibilité des patients au programme est évaluée par l'hôpital qui désigne les patients aux conseillers de l'assurance maladie (CAM) lesquels organisent l'adhésion. Celle-ci est libre, gratuite et facultative et le patient choisit les professionnels de santé ambulatoire qui organiseront les prises en charge à domicile. Le suivi des patients s'effectue par le biais d'entretiens téléphoniques selon des modalités propres à chaque volet.

[387] PRADO est porté par des équipes dédiées, notamment des unités opérationnelles PRADO (UOP), qui présentent la particularité d'associer personnels médical et administratif. Une équipe se compose typiquement d'un manager, d'un médecin référent, et de CAM.

[388] Au 30 juin 2016, on comptait 800 CAM (591 ETP) et 116 managers CAM, soit un coût annuel estimé par la mission à au moins 35 M€ correspondant aux coûts de ces ETP, soit plus de 40 M€ en intégrant les coûts de fonctionnement.

[389] Essentiellement employés à temps partiel au lancement du programme, la CNAMTS a mené une politique active pour passer les effectifs à temps plein et développer leur polyvalence<sup>56</sup>. Entre 2013 et 2016, les effectifs sont restés globalement stables mais les ETP ont doublé à la suite du passage progressif à temps plein (cf. supra partie 3).

[390] L'évolution des effectifs sur l'horizon de la prochaine COG reste floue et devra être précisée. La CNAMTS a fixé le principe d'un passage des CAM à temps complet, en privilégiant le redéploiement des ressources internes et en donnant la priorité aux agents exerçant déjà une activité de CAM. Cependant, aucun objectif chiffré n'est venu étayer une gestion maîtrisée des effectifs, qui ont même été augmentés à l'occasion de l'activation récente de la clause de revoyure évoquée dans la partie 3 supra.

[391] La politique de professionnalisation adoptée par la CNAMTS en 2016 a permis une nette amélioration de la productivité des CAM comme l'illustre le tableau ci-dessous :

Tableau 25 : Nombre d'adhésions mensuelles par ETP CAM

	2013	2014	2015	juin-16
<b>Maternité</b>	62	79	69	81
<b>Chirurgie</b>	8	13	10	21
<b>Insuffisance cardiaque</b>	6	10	6,5	9

Source : CNAMTS

[392] La productivité reste néanmoins tributaire de processus manuels et complexes, notamment sur les volets les moins matures de l'offre. L'adhésion s'effectue encore sous forme papier – possibilité de préinscription ameli.fr sur le volet maternité - ce qui oblige les CAM à une ressaisie systématique des informations dans l'outil de gestion OMV. Le suivi des patients ne s'effectue que par le biais de visites et/ou entretiens téléphoniques.

[393] Des projets informatiques sont planifiés pour favoriser la dématérialisation et le travail en mobilité. La CNAMTS a ainsi acté la généralisation du suivi par SMS des patientes sur le volet Maternité, et en attendant des économies de l'ordre de 9 M€ sur trois ans.

[394] En revanche, les projets de simplification et de dématérialisation des modalités d'adhésion, qui s'appuieraient sur un déploiement sur des outils nomades de l'application ePrado, n'en sont qu'au stade de projet et rien ne garantit qu'ils pourront être mis en œuvre à brève échéance.

[395] La nouvelle version d'OMV, prévue en production en juillet 2017, devrait permettre la récupération automatique des données administratives concernant le patient, les professionnels de santé de ville et hospitaliers, optimisant le temps de saisie des CAM. L'interfaçage avec ePrado est prévu au S1 2018.

[396] Enfin, le numérique doit également permettre de mieux associer les professionnels de santé à l'hôpital comme en ville. L'intégration de l'éligibilité médicale PRADO dans le logiciel hospitalier ViaTrajectoire devrait accroître la visibilité en milieu hospitalier (l'offre sera proposée

---

<sup>56</sup> Lettre réseau LR-DDO-136/2015 relatives aux RH PRADO : l'exercice de l'activité de CAM se fera au minimum à 50 % du temps de travail. L'objectif est que l'emploi de CAM soit exercé à temps plein dès que possible et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2017.



automatiquement dans l'outil) et éviter l'utilisation de documents papier. La CNAMTS attend également du récent télé-service PRADO expérimenté sur Espace Pro pour mieux impliquer le médecin traitant dans la coordination des soins.

#### 4.4.2 Un programme SOPHIA dont la gestion doit être rationalisée

##### 4.4.2.1 Un programme emblématique, ouvert sur le diabète et en cours de généralisation sur l'asthme

[397] L'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques est un axe essentiel de la politique de l'assurance maladie d'aide aux assurés à agir pour leur santé. A cet effet, le programme Sophia a été créé en 2009 par la CNAMTS comme emblématique de l'investissement de l'assurance maladie dans l'action préventive, en s'inspirant de la démarche de « disease management » déployée dans plusieurs pays anglo-saxons. Comme PRADO, le programme se situe à mi-chemin entre une offre de service en santé aux assurés/patients et un programme de gestion du risque.

[398] Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé en direction des patients atteints de pathologies chroniques dans le cadre d'un parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. Sa mission est d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications. En relais des recommandations du médecin traitant, Sophia propose des informations (documents pédagogiques ; e-mail ; site internet dédié [ameli-sophia.fr](http://ameli-sophia.fr) ; application mobile) et des conseils et un soutien personnalisé (coaching téléphonique ou en ligne par des infirmières conseillers en santé) adaptés à la situation et aux besoins de chacun.

[399] Le programme s'intéresse actuellement à trois maladies chroniques :

- Le diabète qui concerne d'après la CNAMTS estime 3,1 millions de personnes prises en charge et 8,1 Md€s de dépenses d'assurance maladie tous régimes confondus en 2015 (5,1 % des dépenses), principalement au titre des soins de ville. Selon la CNAMTS, le montant réel serait plutôt de l'ordre de 10 Md€s en y comptabilisant les dépenses à certaines pathologies directement associées<sup>57</sup> ;
- L'asthme, expérimentation en cours de généralisation, pour lequel la CNAMTS n'est pas été en mesure de produire les données populationnelles et financières : faute de diagnostic spécialisé, la comptabilisation par les consommations de médicaments anti-asthmiques ne permet pas d'isoler spécifiquement les patients asthmatiques ;
- L'insuffisance cardiaque chronique, expérimentée dans une approche globale Prado/Sophia : 478 000 personnes sont prises en charge à ce titre et donnent lieu à 1,2 Md€s de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015 (0,8 % des dépenses), dont 1,0 Md€s pour les soins de ville.

[400] Au 31 décembre 2016, Sophia Diabète comptait 720 000 adhérents sur 2 205 000 éligibles (827 000 adhésions cumulées depuis l'ouverture du service). 46 % des nouveaux adhérents de 2016 étaient en situation d'écart de soins, pour un objectif national fixé à 40 %<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> Rapport *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie 2017*, p. 25.

<sup>58</sup> Les patients en écart de soins sont ceux qui n'ont pas réalisés à la fois leur bilan dentaire et leur bilan rénal l'année précédente, et leur examen de fond de l'œil les deux années précédentes.

[401] S'agissant de l'asthme, on comptabilisait à la même période 24 000 adhérents sur 155 000 éligibles dans les 18 départements (19 caisses) concernés par l'expérimentation. Appuyée sur deux études portant le bilan positif de l'expérimentation, la généralisation de l'offre est intervenue, dans une 1<sup>ère</sup> vague, en mai et est prévue de s'achever en janvier 2018 dans les CPAM et en septembre suivant avec les DOM et les régimes partenaires. 340 000 patients sont au total éligibles au programme.

[402] Enfin, toujours 300 patients étaient concernés par l'expérimentation globale Prado/Sophia ouverte en octobre 2015 dans sept départements auprès d'un ou deux établissements de santé. Un bilan en sera fait lors du 4<sup>ème</sup> trimestre 2017 afin de statuer sur son éventuelle extension en 2018 en fonction des résultats et des moyens disponibles.

#### 4.4.2.2 Le coût et l'évaluation du programme

[403] Au niveau CPAM/ELSM, des binômes médico-administratifs gèrent les campagnes d'adhésions effectuées par des agents de ces organismes dans chacun des départements.

[404] Les infirmières conseils en santé gèrent le coaching téléphonique ou en ligne de SOPHIA (Diabète, asthme, insuffisance cardiaque) au sein de centres ou unités d'appels spécialisés. En 2016, les 245 ETP ICS ont géré environ 1,3 millions d'appels, soit environ 25 appels par jour par ETP. Les 2/3 de ces appels étaient « infructueux » (adhérent seulement demandeur d'informations ou absent) mais ils ne représentent qu'un faible temps passé. Les appels « fructueux » permettent un véritable échange avec l'adhérent visant à un changement de comportement. Ils durent environ 15 minutes en moyenne et donnent lieu à la rédaction d'un compte-rendu à l'issue de l'échange.

[405] Pour l'exercice 2016 le coût du programme a été chiffré par la CNAMTS tant en dépenses d'investissement (10,5 M€) que de fonctionnement (25,1 M€). Le coût unitaire correspondant est en moyenne de 50 € par an et par adhérent.

[406] En plus de l'évaluation interne de la CNAMTS, Sophia-Diabète a fait l'objet de trois évaluations médico-économiques externes visant à estimer son impact sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète, et sur les dépenses de soins des patients diabétiques. Rien n'a pu être encore solidement établi car le ROI reste encore difficile à chiffrer. Une 4<sup>ème</sup> évaluation médico-économique a été confiée à un consortium d'entreprises mené par la société HEVA. Ses premiers résultats sont attendus pour le premier trimestre 2018. Elle va pouvoir couvrir pour la première fois une cohorte de patients sur une longue période (huit années du lancement de l'expérimentation courant 2008 à 2016) et remettre l'évaluation de l'impact Sophia dans une perspective de long-terme.

[407] Il appartiendra à cette étude médico-économique et à celle qui devra être réalisée à l'issue de la généralisation de son offre sur Sophia-Asthme, d'évaluer si ce coût est acceptable au regard des économies attendues en termes de prestations notamment hospitalières.

[408] La CNAMTS a produit une étude interne communiquée par lettre réseau du 9 mars 2017 relative à la stratégie nationale Sophia 2017. Elle y présente pour la première fois les résultats atteints sur 2016 ou sur 2015/16 par rapport à la période précédente s'agissant des adhérents au programme en écart de soin sur la réalisation des examens du fond de l'œil et du bilan rénal, pour lesquels des objectifs avaient été fixés suite à la récente évaluation médico-économique. Elle y ajoute des données sur la contribution de l'accompagnement Sophia au sevrage tabagique. Le recueil, le contenu et la publication de ces données commence à crédibiliser le programme en montrant l'impact sur le comportement des patients, même si elles ne peuvent aborder les

économies réalisées en termes de prestations notamment hospitalières. La CNAMTS se doit d'en assurer une publication annuelle régulière de cette évaluation réalisée par une prestation externe.

#### 4.4.2.3 Une nécessaire évolution de la gestion du programme

[409] La CNAMTS évalue encore les performances du programme à partir des résultats d'adhésion obtenus par le réseau alors que de bons résultats ont été atteints dans l'accompagnement des adhérents réalisé par les ISC s'agissant de la réalisation des examens ophtalmologiques et rénaux comme en sevrage tabagique. Il conviendrait donc de changer d'indicateur dans la nouvelle COG en ne centrant plus l'action sur l'adhésion des patients en écart aux soins mais sur la mesure de l'évolution de leurs consommations de soins.

[410] Malgré ces résultats satisfaisants, le dispositif du programme a atteint ses limites.

[411] Les règles d'adhésion ne sont pas suffisamment contraignantes au regard de l'enjeu et des moyens mis en œuvre pour les obtenir. Dans une démarche de responsabilisation du patient, en lien avec le protocole ALD qu'il a signé, il conviendrait de mettre en œuvre d'un principe de consentement implicite à l'adhésion pour les patients diabétiques en écarts de soins. Cette mise en œuvre serait faite par vagues. Elle suppose notamment un travail de communication afin d'assurer le succès de la démarche.

#### **Recommandation n°20: Mettre en œuvre pour le programme SOPHIA le consentement implicite à l'adhésion pour les patients diabétiques en écarts de soins**

[412] Les moyens devraient être recentrés sur la relation avec les adhérents -notamment le coaching téléphonique et en ligne et sur l'investissement dans le virage digital même si 30 % des patients adhérents n'ont pas internet, soit la plus grande partie des plus de 65 ans - et sur la relation avec les médecins traitants.

[413] Par ailleurs, une partie des patients en forts écarts de soins relèverait plutôt d'un programme d'éducation thérapeutique plus ou moins renforcée que d'un simple coaching Sophia. Un ciblage plus fin du recrutement des adhérents, sur la base du niveau de risque de ne pas suivre le protocole de soins, serait à mettre en œuvre avec l'aide des médecins traitants, ce qui permettrait de renforcer leur participation au programme. Les réseaux de soins de proximité sont bien placés pour accompagner l'éducation thérapeutique des patients et les actions pourraient être financées par les FIR des ARS.

[414] La relation avec les médecins généraliste est essentielle. Or, en dépit de la communication/promotion faites par le réseau, leur participation au programme demeure insuffisante. Au-delà des évolutions très positives mise en œuvre dans EspacePro, il conviendrait d'aller plus loin dans le partage de l'information :

- en permettant d'inscrire un patient simultanément à la déclaration d'ALD ;
- en informant directement par push mail les médecins des adhésions au programme ;
- en enrichissant le portail avec le niveau de risque des patients de ne pas suivre les prescriptions médicales ;
- en organisant des échanges des médecins avec les CIS ce qui permettrait de leur faire un retour de l'intervention du centre d'appel. L'idéal serait aussi de donner aux médecins une vision de ce que fait ou ne fait pas le patient dans son parcours de soins.

[415] A plus long terme, le programme Sophia doit être vu une première étape vers une démarche de « disease management » plus affirmée en ce qu'elle intégrerait complètement dans la démarche les médecins traitants. Les trois-quarts des dépenses de santé diabète de près de 10 Mds€ proviennent des complications de la maladie qui se traduisent notamment par des dépenses hospitalières.

[416] Une telle évolution du programme emporte tout à la fois de stratifier la patientèle, de vérifier la mise en œuvre effective du protocole de soins, d'organiser une remontée des examens fait par le patient, d'intégrer l'inscription des patients à Sophia dans la ROSP (laquelle comprend les indicateurs de suivi des patients diabétiques) pour embarquer le médecin traitant et de définir un indicateur de résultat portant réduction de la dépense notamment d'hospitalisation.

[417] Le programme a également un potentiel d'extension du périmètre sur les maladies coronariennes chroniques (1,5 millions de personnes prises en charge en 2015 et 3,3 Md€s de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015). Pour les broncho pneumonies chroniques obstructives, l'apport de Sophia ne paraît pas évident à la CNAMTS. Le sujet des maladies psychiatriques (2,2 millions de personnes prises en charge en 2015 et 2,4 en 2020) est peu documenté dans une optique d'intégration au programme et mériterait de l'être.

## 4.5 Un renouvellement des orientations stratégiques de la gestion du risque

[418] L'essoufflement de la gestion du risque impose, vingt ans après sa création, de reconsidérer le ciblage stratégique des actions, au-delà de la réflexion sur les seuls outils, et à mobiliser l'innovation pour réorienter les efforts de l'assurance maladie.

[419] Cela passe par une meilleure segmentation des populations, un redéploiement du ciblage, la recherche de nouvelles thématiques, le recours à des mesures plus structurelles de la responsabilité de l'Etat et l'appel à des outils technologiques contemporains.

### 4.5.1 Une meilleure segmentation des populations de professionnels de santé et d'assurés

[420] La connaissance des assurés et la segmentation des risques sont au cœur de l'activité des assureurs qui recherchent le meilleur risque au meilleur tarif. En matière de maladie, cette stratification des risques se justifie par l'existence de gradients constatés sur les pratiques des professionnels et sur la consommation de soins des assurés.

[421] Exemptée d'approche tarifaire et commerciale, l'assurance maladie a pourtant largement sous-investi le ciblage populationnel de ses actions de gestion du risque, et se contente d'actions de masse touchant soit un large public de manière indifférencié (DAM, DAP, ROSP, communications), soit une population ciblée dans une approche qui ne discrimine aujourd'hui que les prescripteurs / consommateurs les plus déviants.

[422] Cette stratégie de ciblage des pratiques atypiques, a priori efficace car concentrée sur les plus grosses dépenses individuelles, présente en réalité deux inconvénients majeurs :

- elle touche une faible partie de la population, car modifier les pratiques atypiques exigent des moyens lourds (entretiens, autorisation préalables) forcément limités par les capacités de l'assurance maladie. Seuls 5 % des médecins sont ainsi contactés pour des entretiens confraternels (voir tableau ci-dessous) et à peine 1 % est mis sous MSO/MSAP ;

- ▶ elle n'est pas efficace sur une population souvent consciente de ses écarts et peu sensible à l'approche pédagogique déclinée par la CNAMTS. Les résultats montrent d'ailleurs un retour rapide aux pratiques antérieures qui contraint l'assurance maladie à réitérer continuellement ses actions pour « maintenir la pression ».

[423] Une approche populationnelle plus segmentée permettrait de s'adresser à un plus large public de professionnels de santé en définissant pour chaque segment les outils les plus rentables. Elle aurait d'ailleurs déjà été développée dans le réseau dans le cadre des campagnes ROSP, à l'aide de l'application OPIO<sup>59</sup> qui permet d'affiner le ciblage des populations auprès desquelles il était plus rentable d'agir, en l'occurrence le centre de la « gaussienne » plutôt que les extrémités.

**Recommandation n°21 : Affiner la segmentation des populations de professionnels de santé et d'assurés par risques et décliner des actions adaptées à ces différents segments**

4.5.2 Un redéploiement vers les médecins spécialistes et l'hôpital

[424] L'assurance maladie a effectué plus d'un million de contacts en 2016 dans le cadre de ses actions de gestion du risque (résultats CPG). Des statistiques de visites des DAM et des praticiens-conseils ressort un très net biais des actions d'accompagnement en faveur des généralistes vis-à-vis des spécialistes.

[425] Ainsi, en 2016, 72 % des entretiens confraternels et 50 % des visites de DAM se sont déroulés avec des médecins généralistes et, sur la période 2015-2016, plus de la moitié des campagnes ont été ciblées sur les médecins généralistes.

[426] A contrario, les médecins spécialistes arrivent loin après les pharmaciens, les infirmiers et même les masseurs kinésithérapeutes, et ne représentent que 5 % des contacts avec des professionnels de santé. Et il y a plus d'entretiens confraternels avec des dentistes qu'avec des médecins spécialistes.

Tableau 26 : Ciblage des visites de DAM et des entretiens confraternels des praticiens-conseils en 2016

En %	DAM	EC
<b>Généralistes</b>	49,7 %	72,7 %
<b>Spécialistes</b>	5,8 %	4,8 %
<b>Dentistes</b>	1,2 %	16,3 %
<b>Masseurs Kiné</b>	7,5 %	1 %
<b>Infirmiers</b>	16 %	0,8 %
<b>Pharmaciens</b>	19,8 %	4,4 %

Source : CNAMTS

[427] Cette concentration s'effectue au détriment d'une approche populationnelle large qui refléterait mieux les enjeux en matière de dépenses de santé. En effet, les établissements de santé ont été 30 fois moins contactés que les généralistes (34 000 contacts en 2016) alors qu'ils représentaient 43 % des dépenses en 2013 (76,1 M€), soit autant que les dépenses de ville

<sup>59</sup> L'application OPIO permet de recueillir les données fournies par la CNAMTS trimestriellement pour l'accompagnement conventionnel des médecins et le suivi de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour l'ensemble des médecins généralistes au niveau régional et local

(79,2 M€). Plus spécifiquement, les établissements et service médico-sociaux ne font l'objet d'aucune approche globale alors qu'ils étaient à l'origine de 17,1 Md€ de dépenses.

[428] Cette concentration des actions autour des médecins généralistes se reflète également dans le choix thématiques des actions qui sont très largement axées sur trois thématiques : les indemnités journalières, le médicament et les transports, comme l'illustre le plan d'action d'une CPAM ci-dessous :

Tableau 27 : Plan d'action 2017 d'une CPAM

Objectifs	Nombre actions
<b>bloc 3 LPP, kiné, biologie, autres actes</b>	3
<b>Générique</b>	9
<b>IJ</b>	12
<b>Iatrogénie</b>	1
<b>Médicaments et LPP prescrits à l'hôpital</b>	2
<b>MSAP Etablissements</b>	2
<b>Prado</b>	5
<b>Sophia</b>	4
<b>Transports</b>	14
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Source : CPAM / Mission

[429] Cette concentration thématique délaisse des thèmes représentant en volume de dépenses des enjeux aussi importants. Les dépenses paramédicales<sup>60</sup> sont insuffisamment traitées par l'assurance maladie par rapport aux indemnités journalières et aux transports qui mobilisent des montants de dépense équivalents.

[430] Les médecins spécialistes, actuellement peu accompagnés, sont pourtant des leaders d'opinion pour leurs confrères généralistes, et des prescripteurs importants d'examen et de traitements coûteux, initiés à l'hôpital ou en ville.

[431] L'assurance maladie doit faire évoluer son dispositif de contacts afin de répondre aux enjeux de la dépense actuelle et de s'adapter aux stratégies mises en œuvre par les industriels et leurs visiteurs médicaux depuis déjà plusieurs années.

[432] La réorientation du ciblage des visites des DAM et des praticiens-conseils, que la mission appelle de ses vœux et qui est partagée par certains de ses interlocuteurs de terrain, est une priorité ambitieuse qui ne saurait être réalisée que graduellement.

[433] Elle exigerait, en effet, des changements dans plusieurs domaines, et notamment :

- la montée en gamme des campagnes, des messages et des supports de visites pour les adapter aux besoins des différentes spécialités ;
- la mise en œuvre d'un plus grand nombre de partenariats avec les sociétés savantes ;

<sup>60</sup> Infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et laboratoires

- des programmes de formation des DAM et des praticiens conseils qui soient plus longs et plus complexes que ceux réalisés jusqu'à présent, qui sont de bonne qualité mais inadaptés aux nouvelles exigences.

[434] Il demeure que des obstacles redoutables existent face à une telle réorientation. C'est le cas d'abord des contraintes statutaires et de rémunération propres à la sécurité sociale qui rendront difficile de recruter des compétences plus pointues qui seraient nécessaires comme s'efforce de le faire l'industrie pharmaceutique<sup>61</sup>. C'est aussi le cas du déficit de médecins prêts à travailler pour l'assurance maladie comme praticien-conseil, a fortiori de médecins spécialistes.

[435] Dans ces conditions, le recours à des formules innovantes comme, par exemple, le recrutement sur des contrats de quelques années et des contrats à temps partiel de jeunes médecins ou pharmaciens, ou au contraire de praticiens expérimentés, y compris hospitaliers, comme consultants médicaux extérieurs, devrait être expertisé rapidement par l'assurance maladie. Plus globalement, les passerelles entre l'exercice en cabinet ou en établissement et l'activité de médecins conseils devraient être développées afin de favoriser les échanges et l'évolution dans les parcours.

### **Recommandation n°22 : Réorienter graduellement l'activité des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils vers les médecins spécialistes et l'hôpital**

#### 4.5.3 Une recherche de nouvelles thématiques, qui doit associer plus largement le réseau

[436] Le rapport annuel « charges et produits » ou plus exactement « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses » de la CNAMTS, rapport qui n'a cessé de s'améliorer dans son contenu et sa lisibilité, est unanime salué – tant dans le réseau qu'en externe. Du point de vue de la gestion du risque, ce rapport public est fondamental car il permet, selon les termes de la COG « *d'objectiver, de façon précise, à partir de l'analyse des données et de comparaisons internationales, les actions d'optimisation à mettre en œuvre pour renforcer l'efficacité des soins.* »<sup>62</sup> Les travaux qu'il retrace ne conduisent pas nécessairement à des actions relevant de la gestion du risque mais fondent largement le choix des domaines d'intervention de celle-ci.

[437] A la lecture des derniers rapports, on peut néanmoins se demander si la recherche de nouveaux domaines d'intervention de la gestion du risque ou de nouvelles approches de domaines déjà investis est suffisante au regard de l'essoufflement des résultats de la gestion du risque.

[438] La mission attire l'attention de la CNAMTS sur l'intérêt à accorder une part plus importante de ses priorités thématiques aux propositions remontées du réseau. A titre illustratif la mission a étudié - dans une première analyse qui devra être approfondie - une proposition recueillie auprès d'une CPAM dans l'encadré ci-dessous.

---

<sup>61</sup> Alors que les visiteurs médicaux traditionnels sont niveau bac+3, la nouvelle génération de visiteurs médicaux est constituée de jeunes pharmaciens et de jeunes diplômés d'école scientifique à bac + 5, rémunérés entre 40 000 et 60 000€ bruts annuels, dont des primes représentant environ 20 % du total.

<sup>62</sup> Introduction de la fiche n°14

**Encadré 9 : Exemple de proposition remontée du réseau : les délais de la consultation post-opératoire**

La consultation post-opératoire est incluse dans le tarif de l'acte chirurgical « global » si elle a lieu dans les quinze jours après la réalisation de l'acte (voir dispositions générales de la CCAM, livre I-6<sup>63</sup>). Elle est facturable si la consultation a lieu après cette période. D'après la CPAM de la Drôme, ce délai de 15 jours serait fréquemment dépassé ce qui occasionnerait d'importantes dépenses.

Afin de confirmer cette hypothèse, l'IGAS a demandé à l'ATIH un premier chiffrage des délais de consultation. Pour le seul secteur de l'hôpital public (ex-DGF), plus de 1,14 millions de consultations auraient été réalisées après le délai de 15 jours en 2016, correspondant à un volume de dépenses d'environ 34 M€ (base de remboursement de 30,00 € chez un médecin spécialiste).

Répartition des délais de consultation post-opératoire en 2016 – Secteur ex-DGF

Delta entre la date de réalisation de l'acte et la consultation (en jours)	Nombre de consultations (**)
0 – 15 (*)	400 578
16 – 30	390 813
31 et plus	751 388

ATIH

(\*) : Dans la mesure où cette consultation n'est pas facturable, il est probable qu'elle soit peu codée par les établissements et ne reflète pas l'exhaustivité des consultations des 15 premiers jours

(\*\*) : Par chaînage des séjours des patients en recherchant les consultations qui suivent la réalisation d'un acte opératoire. Voir détail de la méthodologie utilisée en annexe 9.

[439] Au-delà de l'appel au réseau, la CNAMTS devrait financer des programmes de recherche, en lien avec les universités, les grandes écoles et les instituts spécialisés, sur les gisements d'inefficiences dans le système de soins français et sur les moyens de parvenir à les réduire. Ces programmes devraient permettre de déterminer dans les années à venir de nouvelles thématiques sur lesquelles le réseau de l'assurance maladie devrait investir ses activités de gestion du risque.

**Recommandation n°23 : Favoriser l'émergence de nouvelles thématiques en investissant dans des programmes de recherche associant une large palette d'acteurs externes**

**4.5.4 Savoir tirer les conséquences des limites des outils de l'assurance maladie sur certaines thématiques d'économies**

[440] L'Etat joue un rôle essentiel dans la maîtrise des dépenses de santé qui doit mieux s'articuler avec les leviers mobilisés par la CNAMTS. Leur action combinée a déjà montré son efficacité par le passé, en matière de génériques par exemple avec la mise en place simultanée des ROSP Pharmaciens et du dispositif « tiers payant contre générique ».

[441] Trois thématiques – mais d'autres pourraient être trouvées – permettent d'illustrer l'intérêt d'un changement d'outils pour atteindre les objectifs de gestion du risque : les indemnités journalières, les médicaments génériques et les transports sanitaires.

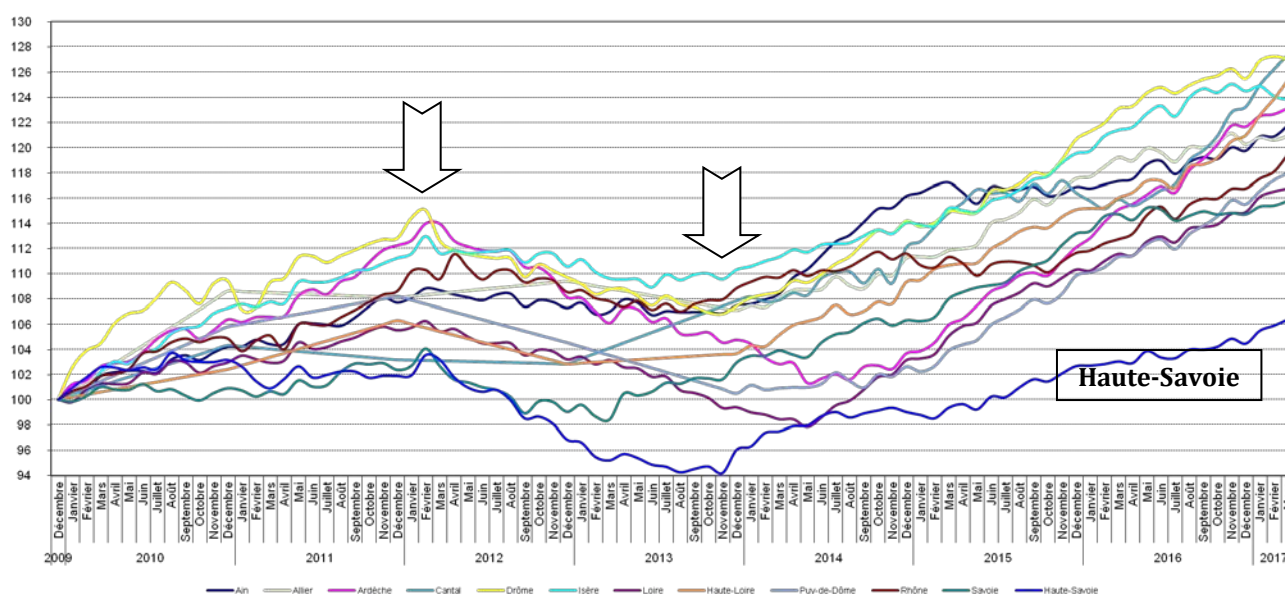
<sup>63</sup> « pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non. »



[442] S'agissant des indemnités journalières, la dynamique des montants figurant sur le graphique présente deux points d'inflexion majeurs, qu'un récent rapport de la DREES<sup>64</sup> attribue à des mesures extra-CNAMTS :

- le ralentissement au 1<sup>er</sup> janvier 2012 s'explique par la modification des modes de calcul, moins favorables, qui a induit des baisses de montants servis à salaire donné<sup>65</sup> ;
- la reprise des volumes des IJ en 2014 s'explique notamment par l'entrée en vigueur en 2014 de trois mesures : l'obligation faite aux caisses de Sécurité sociale de payer les IJ de mi-temps thérapeutique, l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée et la création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles.

Graphique 11 : Evolution des montants bruts remboursés sur douze mois glissants – Région Auvergne Rhône Alpes - Base 100 en année 2009



Source : DCGDR Auvergne Rhône Alpes

[443] L'exemple des médicaments génériques est également probant, le taux de substitution plafonnant à 84,6 % en 2016 contre 82,2 % trois ans plus tôt, ce malgré une longue et coûteuse mobilisation du réseau de l'assurance maladie, conformément à l'engagement pris dans la COG : communication récurrente sur le thème « Tiers payant contre génériques », campagne des DAM auprès des MG a eu lieu en juillet/sept 2016 (36 200 contacts réalisés), ROSP, tables rondes organisées avec le Collège de médecine générale des tables rondes, nouvelle campagne d'accompagnement démarrée en avril 2017.

[444] Alors qu'une première évolution des textes (art. 80 de la LFSS pour 2017) va conduire en 2018 à intégrer les dépenses de transports inter hôpitaux<sup>66</sup> dans les tarifs hospitaliers, il serait temps de transférer aux budgets hospitaliers la charge des prescriptions de transports de sortie des patients des établissements de santé. Ce transfert serait accompagné d'une modélisation de l'organisation hospitalière permettant d'identifier le prescripteur, de tracer la prescription et de

<sup>64</sup> DREES, *Les dépenses de santé en 2015, 2016*

<sup>65</sup> Décret no 2011-1957 du 26 décembre 2011.

<sup>66</sup> Dépense estimée par la CNAMTS à 125 M€ : cf. rapport « charges/produits » 2018, pp 63/64.

l'inscrire dans un référentiel de pratiques, modélisation à mettre au point par l'ANAP<sup>67</sup>. La revue des dépenses transports conduite par l'IGAS et de l'IGF a fait cette proposition d'inclusion dans les budgets comme pouvant conduire à une économie de 320 M€ les deux premières années.

#### 4.5.5 Une priorité à l'accès aux données de santé et à l'innovation

##### 4.5.5.1 Garantir l'accès effectif des acteurs externes aux données de santé pour développer les efforts de recherche

[445] L'amélioration des connaissances du risque en maladie est freinée par l'utilisation restreinte que font les acteurs externes et l'assurance maladie du SNIIRAM. La Cour des comptes y a dédié un rapport en 2016<sup>68</sup> où elle recommandait d'encourager, de faciliter et de sécuriser l'utilisation des données de santé à des fins d'intérêt général.

[446] La mise en œuvre du système national des données de santé (SNDS) devrait garantir une plus large disponibilité des données de santé. L'ouverture de la base, le 10 avril 2017, aux accès permanents et son alimentation d'ici la fin de l'année avec les données du SNIIRAM, du PMSI et des données du CepiDC, constituent des réussites importantes de la politique d'ouverture des données de santé portée par la COG 2014-2017.

[447] Toutefois, l'effectivité de l'accès aux données ne sera garantie qu'à l'issue de la réalisation de nombreux projets qui se dérouleront d'ici 2020, et devra être un objectif majeur de la prochaine COG 2018-2021.

[448] Trois grandes priorités ont été identifiées :

- La poursuite de l'enrichissement du SNDS et l'ouverture des données de santé : des difficultés sont attendues pour la finalisation des opérations de consolidation en données médico-sociales (harmonisation des SI des MDPH en cours) et en échantillon des données d'organismes complémentaires ;
- La participation à la gouvernance des données de santé : la participation active de la CNAMTS et de la DREES à l'ensemble des instances seront des conditions indispensables à leur bon fonctionnement ;
- Le développement de nouveaux services : l'INDS aura la responsabilité d'une nouvelle offre de services qui devra couvrir le périmètre des besoins formulés par les utilisateurs – dont les attentes sont très fortes, mais également respecter les capacités de mise en œuvre des producteurs de services, au premier rang desquels la CNAMTS.

[449] L'effectivité de l'accès aux données ne pourra être garantie qu'avec des acteurs aptes à utiliser une base reconnue comme complexe et essentiellement maîtrisée par l'assurance maladie, qui n'aura plus vocation à traiter les requêtes externes. Les utilisateurs de données de santé, au premier rang desquels figurent l'Etat et ses agences, vont devoir internaliser une compétence qu'ils ont jusque là peu développée.

---

<sup>67</sup> C'est en effet aussi un problème d'organisation de l'hôpital : les médecins ne sont pas les prescripteurs, ce sont les agents administratifs et en premier lieu ceux de l'accueil qui agissent alors que l'hôpital, sauf exception, ne supporte pas la dépense.

<sup>68</sup> Cour des comptes, *Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie*. 2016.

[450] La constitution d'équipes internes est un objectif atteignable à l'exemple de l'autonomie acquise par l'ANSM et de l'ANSP dans l'exploitation des données du SNIIRAM. Mais elle va s'effectuer dans un contexte concurrentiel où les rares ressources disponibles risquent d'être captées par les acteurs privés, sans garantie qu'elles ne puissent satisfaire l'ensemble des besoins.

[451] L'Etat et ses partenaires devront probablement favoriser l'émergence de projets de mutualisation autour de centres d'expertise s'ils veulent s'assurer d'un accès large et indépendant aux données de santé.

[452] Il faudrait garantir l'effectivité de l'accès aux données du SNDS dans les délais prévus, en s'attachant à accompagner le transfert de compétence hors l'assurance maladie.

#### 4.5.5.2 Un retard majeur en matière d'innovation qu'il faut rattraper à l'horizon de la prochaine COG

[453] Dans un champ technologique qui évolue très rapidement, avec l'émergence de nombreux acteurs économiques, la CNAMTS doit s'organiser pour fournir un cadre favorable à l'innovation et aux partenariats tant au niveau national que local, s'outiller pour disposer d'une vision globale des innovations mises en œuvre au sein de son organisation, et évaluer l'efficacité des expérimentations conduites.

[454] Actuellement aucune direction ne porte les projets d'innovation, et le thème, faiblement porté par la COG, n'a fait l'objet que de timides initiatives contrairement au virage pris par d'autres opérateurs publics comme Le Lab Pôle emploi. Si elle souhaite conduire ces projets et s'assurer du succès de ses initiatives, la CNAMTS doit se poser la question des niveaux d'investissement et de gouvernance de son processus d'innovation, et notamment de gestion du risque.

[455] Plusieurs axes mériteraient d'être plus particulièrement développés.

[456] La présence de l'assurance maladie sur les réseaux sociaux témoigne du retard pris en matière de communication numérique. La CNAMTS pourrait favoriser la création d'espaces de partage et d'information entre assurés en matière de bonnes pratiques et d'information médicale afin d'améliorer l'efficacité des parcours.

[457] Parce qu'elle dispose de cohortes de patients sur des volumes significatifs, de bases historicisées, structurées et relativement complètes, la CNAMTS dispose des leviers pour exploiter et valoriser les données de santé. Limitées à trois journées de hackathon et au partenariat avec l'Ecole Polytechnique (voir annexe 10), les initiatives en la matière sont rares. La CNAMTS mobilise des budgets très modestes (550 k€ sur trois ans avec l'Ecole Polytechnique), loin des sommes investies par les acteurs privés en la matière, et elle ne tire pas assez le bénéfice de ses partenariats de recherche. L'exploitation du potentiel du SNIIRAM et l'utilisation des outils de Big Data/Data Analytics doivent être renforcées afin d'améliorer et faciliter les actions de gestion des risques, et l'assurance maladie doit y consacrer une part d'investissement clairement identifiée.

[458] Le développement des services en santé nécessite que la CNAMTS s'engage sur des parcours numériques permettant de lever les contraintes de charge pesant sur les agents, et investisse davantage sur la santé à distance, notamment via des partenariats avec des acteurs (laboratoires, start-ups...) qu'elle commence à développer. L'échec du service de suivi du poids à domicile a tempéré les ambitions de la CNAMTS qui se contente d'initiatives modestes restant encore au stade de projet (par exemple SOPHIA : smartphone permettant un suivi de l'asthme et application diabète).

[459] L'aide logicielle à la prescription est un outil essentiel pour renforcer la qualité et la sécurité des pratiques tout en améliorant la productivité et la pertinence de la dépense. Elle est actuellement peu développée faute d'un format permettant d'embarquer dans les applications les référentiels de bonnes pratiques, disponibles le plus souvent sous format papier ou pdf. La CNAMTS, qui vient d'initier des travaux avec la HAS et avec le collège de médecine générale, devrait activement poursuivre le processus de généralisation des arbres décisionnels, en lien avec les éditeurs de logiciels médicaux de ville et hospitaliers et afficher un calendrier de déploiement des outils.

**Recommandation n°24 : Construire un budget dédié à l'innovation en gestion du risque et se doter d'une structure pour concevoir et expérimenter un plan ambitieux en associant d'autres acteurs dont le réseau**

Encadré 10 : Récapitulatif des recommandations sur la gestion du risque pour la convention d'objectifs et de gestion 2018-2021

**Moderniser les approches, les outils et les leviers de la GDR :**

- **en faisant évoluer l'approche des professionnels de santé en ville et à l'hôpital**, en affinant leur segmentation, comme celle des assurés, par risques et en déclinant des actions adaptées à ces segments ; en développant l'accompagnement personnalisé au contenu informationnel enrichi ; en réorientant graduellement l'activité des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils vers les médecins spécialistes et l'hôpital
- **en renouvelant les usages des outils**, en renforçant l'application des mesures contraignantes lorsqu'elles sont nécessaires en privilégiant le recours plus large à la MSO ; en simplifiant et automatisant le traitement des DAP; en intégrant automatiquement les contraintes de délivrance et de prescription dans les systèmes d'information de liquidation
- **en mettant plus l'accent sur la performance**, en renforçant les indicateurs mesurant l'impact de la GDR et l'efficacité de ses outils
- **en évaluant mieux les outils et leviers** dans le cadre d'un programme d'évaluations externes et en s'appuyant sur la mise en réseau des moyens statistiques, analyses et études de la branche et sur leur mutualisation progressive au niveau régional
- **en favorisant l'émergence de nouvelles thématiques** dans le cadre de programmes de recherche, en construisant un budget dédié à **l'innovation** en GDR et en se dotant d'une structure pour concevoir et expérimenter un plan ambitieux en associant d'autres acteurs dont le réseau

**Renforcer le potentiel d'action des agents :**

- **en accroissant significativement la productivité** des effectifs tout en maintenant le nombre d'ETP dédiés à la GDR
- **en formant mieux** à la GDR sur la base d'une analyse prospective des besoins et des compétences et en associant ARS et assurance maladie
- **en investissant dans les projets de systèmes d'information de GDR**, en modernisant des outils des agents, et en développant la relation numérique aux professionnels de santé
- **en favorisant la diffusion de l'innovation** en termes d'outils locaux, de bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables du réseau

**Faire évoluer le pilotage et l'organisation**

- **en adoptant une définition recentrée, précise et partagée de la GDR** et de ses objectifs prioritaires au sein de l'assurance maladie et de l'Etat
- en assurant la cohérence de contenu et de temporalité de l'architecture programmatique et conventionnelle (PNGDRESS, Plan ONDAM, Stratégie nationale de santé, COG)
- **en renforçant les liens régionaux** (dialogue de gestion annuel quadripartite Etat CNAMTS, ARS et DCGDR sur les résultats de la GDR) **et le rôle des DCGDR** (association à la déclinaison des objectifs et à la conception des actions dans le cadre de dialogues de gestion régionaux CNAMTS/réseau ; indicateurs CPG standardisés, régionalisés et pluriannuels ; cartographie DRSM/DCGDR identique)

**Mieux asseoir les programmes à destination des assurés**

- en ne pas procédant pas à de nouvelles extensions **du programme PRADO** avant d'avoir réalisé son évaluation médico-économique externe
- en mettant en œuvre pour **le programme SOPHIA** le consentement implicite à l'adhésion pour les patients diabétiques en écarts de soins

Julien MEJANE

Jean-Louis REY

Louis-Charles VIOSSAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales



# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable
<b>Partie 1. La mise en œuvre plutôt satisfaisante de la COG 2014-2017 ne doit pas masquer l'essoufflement de la gestion du risque par l'assurance maladie</b>		
1	Renforcer la proportion des indicateurs de performance mesurant l'impact de la gestion du risque et l'efficacité de ses outils	DSS/CNAMTS
<b>Partie 2. L'approche actuelle de la gestion du risque se heurte à des obstacles persistants</b>		
2	Adopter une définition recentrée, précise et partagée au sein de l'assurance maladie et de l'Etat de la gestion du risque et de ses objectifs prioritaires	DSS/CNAMTS/SG
3	Adopter un plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins et un plan ONDAM cohérents avec une stratégie nationale de santé opposable et d'une durée équivalente à celle de la COG Etat-CNAMTS	DSS/CNAMTS
4	Consacrer la partie de la COG relative à la gestion du risque à la prévention, à l'allocation des moyens et la fixation des objectifs en cohérence avec le plan ONDAM et le PNGDRESS et à la bonne utilisation des leviers et des outils de gestion du risque	DSS/CNAMTS
5	Mettre en place, sous l'égide de l'Etat et de l'assurance maladie, un dialogue de gestion annuel conjoint avec DCGDR et ARS sur leurs résultats de la gestion du risque	CNAMTS/SG
6	Améliorer le pilotage par la CNAMTS des DCGDR afin d'assurer la diffusion de l'innovation en termes d'outils locaux, de bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables	CNAMTS
7	Associer les DCGDR à la déclinaison des objectifs et à la conception des actions de gestion du risque dans le cadre de dialogues de gestion régionaux avec la CNAMTS et le réseau	CNAMTS
8	Adapter la cartographie des DRSM à celle des DCGDR	CNAMTS
9	Améliorer le pilotage du réseau en déclinant des indicateurs CPG standardisés, régionalisés et placés dans une perspective pluriannuelle	CNAMTS
10	Inscrire dans la COG un programme d'évaluations externes des leviers de gestion du risque, et assurer la transparence des méthodes d'évaluation interne	DSS/CNAMTS
11	Mettre les moyens statistiques/analyses/études en réseau et progressivement mutualiser ces moyens au niveau régional	CNAMTS
<b>Partie 3. Les moyens dédiés à la gestion du risque peuvent être mobilisés de façon plus efficace</b>		
12	Maintenir le nombre d'ETP dédiés à la gestion du risque tout en faisant des efforts de productivité pour accroître les moyens disponibles	CNAMTS
13	Investir dans la formation à la gestion du risque sur la base d'une analyse prospective des besoins et des compétences, en associant assurance maladie et ARS	CNAMTS/EN3S
14	Investir dans les projets de systèmes d'information de gestion du risque en développant la relation numérique aux professionnels de santé et la modernisation des outils des CPAM et des DRSM	CNAMTS
<b>Partie 4. La prochaine COG doit être l'occasion d'un renouvellement des orientations stratégiques et des leviers de la gestion du risque</b>		
15	Approfondir la relation avec les professionnels de santé en développant l'accompagnement personnalisé et en enrichissant le contenu informationnel	CNAMTS
16	Renforcer l'application des mesures contraignantes lorsqu'elles sont nécessaires en privilégiant un recours plus large à la MSO	CNAMTS

RAPPORT DEFINITIF IGAS N°2017-007R

<b>17</b>	Simplifier et automatiser le traitement des DAP, idéalement en l'associant avec un algorithme décisionnel permettant un avis immédiat	DSS/CNAMTS
<b>18</b>	Intégrer automatiquement les contraintes de délivrance et de prescription dans les systèmes d'information de liquidation	CNAMTS
<b>19</b>	Procéder à une évaluation externe de PRADO avant d'envisager de nouvelles orientations	CNAMTS
<b>20</b>	Mettre en œuvre pour le programme SOPHIA le consentement implicite à l'adhésion pour les patients diabétiques en écarts de soins	CNAMTS
<b>21</b>	Affiner la segmentation des populations de professionnels de santé et d'assurés par risques et décliner des actions adaptées à ces différents segments	CNAMTS
<b>22</b>	Réorienter graduellement l'activité des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils vers les médecins spécialistes et l'hôpital	CNAMTS
<b>23</b>	Favoriser l'émergence de nouvelles thématiques en investissant dans des programmes de recherche associant une large palette d'acteurs	CNAMTS/DSS
<b>24</b>	Construire un budget dédié à l'innovation en gestion du risque et se doter d'une structure pour concevoir et expérimenter un plan ambitieux en associant d'autres acteurs dont le réseau	DSS/CNAMTS



## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

### Ministère des solidarités et de la santé

#### *Direction de la sécurité sociale*

Thomas FATOME, directeur jusqu'au mois de mai 2017

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice à compter du mois de juin 2017

Jonathan BOSREDON, chef de service, directeur-adjoint

François GODINEAU, alors chef de service, directeur-adjoint

Thomas WANECQ, sous-directeur du financement du système de soins

Hugo GILARDI, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins

Guylaine CHAUVIN, cheffe de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Nina WASSILIEF, adjointe de la cheffe de mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Marie-Laure SARAFINOF, mission de la coordination et de la gestion du risque

Claire BONNELLO, cheffe du bureau des relations avec les professions de santé

Hélène MONASSE, ancienne cheffe du bureau des relations avec les professions de santé

Edouard HATON, chef du bureau des produits de santé

Anaïs CALLOT, bureau des produits de santé

Elodie LEMATTE, sous-directrice du pilotage du service public de la sécurité sociale

#### *Secrétariat Général*

Pierre RICORDEAU, secrétaire général

Eric GINESY, chef de service

Elisabeth FERRY-LEMONIER

#### *Direction générale de l'offre de soins - DGOS*

Katia JULIENNE, chef de service, directrice-adjointe

Michel xx ?

#### *Direction générale de la santé – DGS*

Anne-Claire AMPROU, directrice générale adjointe

#### *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*

Muriel BARLET, adjointe à la sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie

Mylène GIRARD, cheffe de la mission accès aux données de santé

Engin YILMAZ, bureau des établissements de santé

Alexandre CAZENAVE-LACROUTZ, collaborateur Insee

#### *Inspection générale des affaires sociales – IGAS*

Pierre-Louis BRAS, inspecteur général

Anne-Marie BROCCAS, inspectrice générale

### Ministère chargé des comptes publics

#### *Cabinet*

Marguerite CAZENEUVE, conseiller technique,

#### *Direction du Budget*

Jean-François JUERY, sous-directeur (6<sup>e</sup> SD)

Claire VINCENTI, cheffe de bureau des comptes sociaux et de la santé

Colin THOMAS, bureau des comptes sociaux et de la santé

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS

William GARDEY, président du Conseil  
Yves LAQUEILLE, vice-président du Conseil  
Nicolas REVEL, directeur général  
Delphine CHAMPETIER, directrice de cabinet du directeur général  
Pr Luc BARRET, Médecin-conseil national

*Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins - DDGOS*

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice jusqu'en juin 2017  
Thomas JAN, directeur de cabinet  
Dr Julien CARRICABURU, cabinet,  
Dr François-Xavier BROUCK, directeur des assurés  
Philippe ULMANN, directeur de l'offre de soins  
Michèle SUROCA, département produits de santé  
Dr Annie FOUARD, chef du département de l'hospitalisation  
Emmanuel GOMEZ, chef du département accompagnement en santé des assurés, direction des assurés  
Fanny RICHARD, chef du département réglementation  
Said OUMEDDOUR, Sous-directeur, responsable du département prévention et promotion de la santé  
Mme MARTRAY

*Direction déléguée à l'organisation du réseau - DDO*

Eric LE BOULAIRE, directeur délégué  
Dr Eléonore RONFLE, directrice du réseau médical et des opérations de gestion du risque  
Jean-Paul PRIEUR, ancien directeur du réseau médical et des opérations de gestion du risque  
Christiane RAME, cheffe du département opérationnel de la gestion du risque  
Béatrice RIO, cheffe du département de l'animation du réseau médical  
Cécile FONTANY, Département opérationnel de la DGR,  
Dr Cristofer VITTE, SI service médical  
Philippe TROTABAS, directeur du réseau administratif et de la contractualisation  
Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux  
Emmanuelle BLANCHOT, directrice adjointe  
Antoine LIENARD, Gestionnaire administratif des Ressources Humaines  
Cécile ALOMAR, directrice des maîtrises d'ouvrage métier  
Elisabeth ANDRE, cheffe du programme 6  
Martin COURAULT, maîtrise d'ouvrage PRADO et SOPHIA, DDGOS  
Anika DINIS, cheffe du Programme 2  
Bernadette MARCHAL  
Rémy PECAUD  
Franck ROBIN, maîtrise d'ouvrage DDGOS  
Cristofer VITTE

*Direction de la stratégie, des études et de la statistique - DSES*

Claude GISSOT, directeur  
Hélène CAILLOL, maîtrise d'ouvrage

*Direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes*

François GRANDET, directeur adjoint  
Mme AUVRAY

*Direction de la communication*

M. FOUQUET

*Mission relations européennes, internationales et coopération*

Gabriel BACQ, chef de mission

Dr Ursula DESCAMPS, responsable des relations européennes

Sophie CEUILLERON, chargée de mission

Julie GALODE, chargée de mission

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux - ANAP

Sophie MARTINON, directrice

Dr Christian ESPAGNO, directeur-adjoint

Ecole Polytechnique

Emmanuel BACRY, Responsable de la Data Science Initiative

Fédération française de l'assurance - FFA

Véronique CAZALS, directrice santé

Cécile MALGUID, directrice adjointe santé

Les entreprises du médicament – LEEM

Philippe LAMOUREUX, directeur général

Eric BASEILHAC, Directeur des affaires économiques

Jean-Noel BAIL, Président de la commission des affaires économiques, directeur des affaires économiques et gouvernementales du laboratoire GSK

Damien DORIZON, Responsable des affaires économiques

Pascal LE GUYADER, directeur des affaires générales, industrielles et sociales

Agence technique de l'information hospitalière - ATIH

Housseyni HOLLA, Directeur général,

Max BENSADON, Directeur général adjoint,

Françoise BOURGOIN, chef de service « réponses aux demandes externes »

Haute autorité de santé - HAS

Dominique MAIGNE, directeur général

Mme RODDE-DUNET, chef du service de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours,

Catherine RUMEAU-PICHON, directrice adjointe de l'évaluation médicale, économique, et de la sécurité des soins,

Michel LAURENCE, chef du service bonnes pratiques professionnelles

Autres personnalités et experts

Jean-Marc AUBERT, ancien directeur de la DDGOS (CNAMTS)

Jean-Claude BARBOT, président de l'ADCPAM

Dr Philippe BOUTIN, président de la conférence nationale des URPS

Roland CASH, économiste de la santé

Bernardette DE VICTOR, présidente de la Conférence nationale de santé (CNS) avec les membres de la CNS

Romain HEMERY, étudiant mastère ESSEC

Dominique LIBAULT, directeur de l'EN3S, ancien directeur de la sécurité sociale

Thomas LONDON, McKinsey, avec Mathias DUFOUR et Marine BOUHY

Liste des personnes rencontrées à Lille le 8 février 2017

*CPAM Lille Douai*

Jean-Luc BOCQUET, directeur CPAM Lille-Douai  
Nicole DELOS, directrice santé CPAM Lille-Douai  
Elodie TAILLEU, manager DAM  
Sabine DUHEM, conseiller assurance maladie  
Sébastien DUBOIS, conseiller prévention  
Leila MORID, responsable département GDR  
Esther LEICK, attaché de direction santé  
Muriel WEST, responsable UOP PRADO

*RSI et MSA*

Patrick DAVIGO, directeur régional RSI  
Dr Pierre CHRETIEN, médecin conseil régional RSI  
Sylvie LE CHEVILLIER, directrice MSA Nord Pas de Calais  
Dr Denis TILLIAC, médecin chef MSA

*DRSM et DCGDR*

Dr Claude GADY-CHERRIER, DCGDR et DRSM  
Dr Maryanne LONCKE, médecin conseil régional adjoint (DRSM)  
Dr Catherine OBIN, médecin conseil ELSM Lille-Douai  
Dr Laurence AMOUYEL, médecin conseil  
Medhi NATTAT, conseiller assurance maladie ELSM

*ARS*

Raphael BECKER, directeur-adjoint ARS Hauts-de-France

Liste des personnes rencontrées à Nantes les 14 et 15 mars 2017

*DCGDR Pays-de-la-Loire et CPAM de la Loire-Atlantique*

Pierre ROUSSEAU, DCGDR et directeur de la CPAM  
Fabrice MARTIN, directeur-adjoint responsable de la DGR  
Thomas BOUVIER, sous-directeur responsable DCGDR  
Olivier BUSSON, manager DCGDR  
Claire CHARBONNIER, manager chargé des relations avec les professionnels de santé  
France NANIN, responsable SI GDR  
Peggy GUAYRAUD, déléguée assurance maladie  
Véronique CHALOT, déléguée assurance maladie

*DRSM Pays-de-la-Loire*

Dr Jean-Paul PRIEUR, directeur  
Dr Françoise LEGRAND, adjointe au directeur  
Dr Bernard BONNEAU, chef de l'ESLM de Loire-Atlantique  
Dr Valérie BOURGEAT, médecin-conseil  
Dr Sophie BRANGEON, médecin-conseil

*ARS Pays-de-la-Loire*

Cécile COURREGES, directrice  
François GRIMONPREZ, directeur de l'efficiencia et de l'offre  
Chantal RAKOTOARIVELO, responsable de l'unité GDR

Liste des personnes rencontrées à Bordeaux les 28 et 29 mars 2017

*DCGDR Nouvelle Aquitaine*

P. CLAUSSIN, DCGDR et directeur de la CPAM de la Gironde  
Hélène GORSE, sous-directrice, DCGDR  
Isabelle El MESTRARI, sous-directrice, DCGDR  
Mélodie QUEYLA-NAUDIN, cellule d'appui coordination régionale GDR

*CPAM de Gironde*

A. FILLARD, sous-directrice Offre de service, direction Santé  
C. CHABAT, service statistiques, direction Santé  
S. LATEYRON, chargée des relations conventionnelles, direction Santé  
S. TORRES, délégué assurance maladie  
C. MARCHAL, déléguée assurance maladie  
Carine. AUDEBERT, déléguée assurance maladie  
JL. MAHAUDO, adjoint au directeur des prestations

*DRSM Aquitaine*

Dr B. TILLY, directeur  
Dr JJ. ROUMILHAC, chef de l'ESLM de Gironde  
Dr P. DEMANGE, médecin-conseil  
Dr A. ANTONIAZZI, médecin-conseil  
Dr S. SCHWERDORFFER, médecin-conseil

*Professions de santé*

Dr JJ DELABANT, représentant de l'URPS-ML et président de la CSMF Gironde  
M. MULLON, représentant de l'URPS-Masseurs kinésithérapeutes

*ARS Nouvelle Aquitaine*

M. LAFORCADE, directeur,  
A. JOAN-GRANGE, directeur, direction des financements

*CHU Pellegrin*

S. ZAMARON, directrice du département de la qualité et de la performance  
Dr T. SCHAEVERBEKE, chef du service de rhumatologie

Liste des personnes rencontrées à Poitiers les 29 et 30 mars 2017

M. LAMBERT, directrice de la CPAM de la Vienne  
G. NOTTE, directeur-adjoint CPAM de la Vienne  
V. MARTIN, responsable Service en santé  
A. AMENDOLA, chargée de mission GDR  
C. PATROUILLAULT, responsable Service statistiques  
G. TESSIUER, responsable Service DAM-CIS  
F. MOREAU, délégué à l'assurance maladie  
S. MILLET, conseiller informatique service

*ELSM de la Vienne*

Dr B. DEMONDION, chef de l'ESLM  
Dr S. BEZATR-BLANCOT, médecin-conseil  
Dr F. FARIZY, médecin-conseil

Liste des personnes rencontrées à Strasbourg les 18 et 19 avril 2017

*DCGDR Grand-Est et CPAM du Bas-Rhin*

Mme Sylvie MANSION, DCGDR et directrice de la CPAM  
Tayana KIRSTETTER, responsable de la cellule DCGDR  
Adeline WELTER, chargée de mission produits de santé et IJ  
Stéphane FAVRET, chargé de mission prévention – précarité – soins de proximité

*DRSM Alsace-Moselle*

Jean-Baptiste SCHOUX, médecin conseil régional adjoint, pilote du groupe produits de santé

*ELSM Bas-Rhin*

Sophie MENESTRIER, médecin-chef de l'ELSM et ses managers

*CPAM du Haut-Rhin*

Nicole GALLIOT, Directrice adjointe Cpm 68, pilote du groupe transport (sous réserve)

*CPAM du Bas-Rhin*

Yannick KELKLER, Directeur Adjoint Cpm 67, pilote du groupe indemnités journalières  
Marie-Paule GLADY, sous directrice en charge de la GDR  
Eric SCHMIDT, responsable du département marketing relationnel  
Laetitia LENGLET, responsable du département appui à la performance  
Murielle SCHNEIDE, responsable du service prévention  
Mme SCHMITT, DAM  
Mme Christelle ADREANI, DAM  
Mme Olivia LOUIS, CIS

*ARS Grand-Est*

Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'ARS Grand-Est  
M. Laurent DAL MAS, directeur de la qualité et de la performance  
René NETHING, responsable de la délégation territoriale d'Alsace (Strasbourg et Colmar)

Liste des personnes rencontrées à Nancy le 20 avril 2017

*DRSM Champagne-Ardenne-Lorraine*

Dr Emmanuel GAGNEUX, médecin conseil régional, directeur régional  
Dr Denis ALLENBACH, médecin conseil régional adjoint, directeur régional adjoint  
Mme Siam GIURANNA, sous-directrice  
Dr Bruno SCHMITT, responsable du pôle contrôle des prestations et des relations avec les assurés  
Dr Jérôme CULAUD ?  
Dr Dominique FRANCOIS, responsable du pôle contrôle, contentieux établissements  
Dr D. SEYER, responsable du pôle contrôle, contentieux, ambulatoire  
Dr Corine DIDIER, responsable pôle des relations avec les professionnels de santé et des services en santé  
Dr Thierry PERREAU, responsable de la mission régionale dentaire  
Dr Claudine DIF, responsable de la mission régionale pharmacie  
Mme V. PIDOLOT, responsable appui au pilotage et CPG

*CPAM de Meurthe-et-Moselle*

Fabienne HUET, agent de direction en charge de la Direction de la Régulation et des Relations avec les Acteurs en santé  
Olivier PADIER, manager stratégique de cette même direction  
Sylvie DIDIER, manager en charge de pôle Régulation /RPS /Economie Santé

Catherine de SOUSA, manager du pôle accompagnement  
Patrice MANGINOT, manager pôle établissement en charge d'action de maîtrise dans les établissements  
Guillaume MAI, délégué Assurance Maladie  
Marie Laurence ROTATINTI, déléguée Assurance Maladie  
Dominique YSNARD, déléguée Assurance Maladie  
Benoît MARRAUD DES GROTTES, correspondant info service

Liste des personnes rencontrées à Lyon puis Valence les 15, 16 et 17 mai

*DCGDR Auvergne-Rhône-Alpes*

Dr Glenn LIMODO, DCGDR et DRSM Rhône-Alpes  
Mme Chantal LEMBAKOALI-BARTHE, sous-directrice, responsable de la mission coordination  
M. Vincent SAIUZEREAU, responsable adjoint  
Mme Solange MICHALAK, gestionnaire de projet  
Mme Sylvie SANCHEZ, gestionnaire de projet  
Mme Karine BONNET, gestionnaire de projet  
M. Renaud FELIX, gestionnaire de projet  
Mme Louise MARTIN, assistante

*DRSM Rhône-Alpes*

Dr PEYRE COSTA, médecin conseil régional adjoint  
Dr BRUNA FORTERRE, responsable relation avec les professionnels de santé et de la gestion relation clients  
Dr Françoise CHAIUVINC, médecin conseil  
Dr CLAVE, médecin conseil  
Dr CAUCHARD, médecin chef adjoint  
Dr Guy OGIE, chef du département de recherches d'informations médicalisées

*ELSM Rhône*

Dr Philippe CATON, chef de l'ELSM

*CPAM du Rhône*

Mme CARRET, responsable de service DAM  
M FARENC, CIS  
Mme DEDOLA,  
Mme CHAUVEAU,  
Mme Laurence BRAILLON,

*ARS Auvergne-Rhône-Alpes*

M. de LACAUSSADE, directeur général adjoint,  
Mme VIGNE, directrice de l'offre de soin  
Dr Corinne REIFFEL, directrice déléguée, direction de l'offre de soin  
M. VANDENBERGH, Directeur de la stratégie et des parcours

*Hôpitaux civils de Lyon*

Guillaume COUILLARD, directeur général adjoint

*Professionnels de santé Lyon*

M. THEURIAU, masseur-kinésithérapeute  
Dr GARRIGOU-GRANDCHAMP, médecin généraliste

*CPAM – Drôme – Valence*

M. P. DUPL.ATRE, directeur

Mme A. BERNIE, directrice-adjointe, directrice direction santé  
Mme T. MERIALDO, chef du département régulation  
Mme C. COINTE, chef du service accompagnement des PS  
Mme C. DIVET, adjointe à la chef du service accompagnement des PS  
Mme M. DUBLAT, chef de l'unité gestion du risque  
Mme A. CADDoux, chef du service relations avec les PS-action sanitaire et sociale-services en santé  
Mme B. RUCHON, DAM  
Mme I. REYNIER, DAM



## SIGLES UTILISES

ALD	Affection longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
ANSP	Agence nationale de santé publique
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAM	Conseiller de l'assurance maladie
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CAQOS	Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
CEPS	Comité économique des produits de santé
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CIS	Conseiller informatique service
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNGDRESS	Comité national de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins
CNIL	Commission nationale informatique et libertés
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
DAM	Délégué de l'assurance maladie
DAP	Demande d'autorisation préalable
DCGDR	Directeur coordinateur régional de la gestion du risque
DDGOS	Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
DDO	Direction déléguée aux opérations
DDSI	Direction déléguée aux systèmes d'information
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DREES	Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques
DRSM	Direction régionale du service médical
DSES	Direction de la stratégie, des études et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EC	Entretien confraternel
ELSM	Echelon local du service médical
ETP	Equivalent temps plein
GDR	Gestion du risque
GDR-PS	Gestion du risque et professionnel de santé
HAS	Haute Autorité de Santé
ICS	Infirmières conseil en santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnité journalière
IRDRES	Institut de recherche et de documentation en économie de santé

LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LR	Lettre réseau
MC	Médecin conseil
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Mise sous accord préalable
MSO	Mise sous objectif
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAPRAPPS	Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
PC	Praticien conseil
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNGDRESS	Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins
PPRGDRESS	Plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins
PPA	Plan personnalisé d'accompagnement
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PRS	Projet régional de santé
PS	Professionnel de santé
RIAP	Relevé individuel d'activité et de prescriptions
ROI	Return on investment
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSI	Régime social des indépendants
SDSI	Schéma directeur des systèmes d'information
SGMAP	Secrétariat général à la modernisation de l'action publique
SMMOP	Service médical : missions, organisation, performance
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNDS	Système national des données de santé
SNS	Stratégie nationale de santé
TRAM	Travail en réseau de l'assurance maladie
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URPS	Union régionale des professions de santé
UOP	Unité opérationnelle Prado

**COURRIER DE REPONSE DE LA CNAMTS  
AU RAPPORT PROVISOIRE**





Caisse Nationale

Le Directeur Général

Date : 08 SEP. 2017

Madame Nathalie DESTAIS  
Cheffe de l'Inspection générale des  
affaires sociales  
39-43, quai André Citroën

N/Réf. : DIR-CABDIR-D-2017-4747

**Objet** : Rapport provisoire concernant l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (2014-2017) de la CNAMTS – Gestion Du Risque

Madame la Cheffe de l'Inspection,

J'ai pris connaissance avec intérêt du rapport provisoire sur l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 – volet gestion du risque, réalisé par Louis-Charles VIOSSAT, Jean-Louis REY et Julien MEJANE.

Au moment où s'engage la préparation de la prochaine convention, les constats et recommandations proposées par l'inspection générale pourront enrichir utilement les travaux entre l'Etat et l'Assurance Maladie.

La mission évalue à 80% le niveau de mise en œuvre des actions prévues dans la COG, ce qui témoigne de la forte mobilisation de la CNAMTS comme des réseaux administratif et médical dans le déploiement des actions de gestion du risque, dont chacun reconnaît aujourd'hui qu'elle est au cœur des missions de l'Assurance Maladie.

La mission procède à une estimation financière des moyens humains et informatiques consacrés à la gestion du risque, à hauteur de 450 millions d'euros. Je souhaite insister sur le fait qu'il serait totalement erroné de rapporter ce chiffre aux économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée. En effet, les Directions Régionales du Service Médical, dont le coût de fonctionnement pèse pour une large part dans le calcul de la mission, exercent principalement des activités de contrôle des prestations générant au quotidien des économies qui n'entrent pas dans le champ de la maîtrise médicalisée.

Pour renforcer sa capacité à peser sur l'évolution des dépenses de santé sans remettre en cause la qualité de la prise en charge, j'estime, tout comme la mission, que l'Assurance Maladie devra poursuivre la diversification de ses modalités d'intervention, en proposant des accompagnements plus personnalisés aux professionnels de santé, en déployant davantage de programmes auprès des médecins spécialistes, en travaillant de façon plus étroite avec les sociétés savantes ou les associations de patients pour élaborer ses actions, ou encore en s'appuyant sur les données de santé pour mieux cibler les messages et les démarches.

1

Il me semble pour autant excessif d'en conclure, comme semble le faire le rapport, que la gestion du risque connaît actuellement un essoufflement. Les résultats obtenus notamment en 2013 et 2015 sur le champ de la maîtrise médicalisée démontrent l'efficacité des actions engagées, et l'érosion du taux de réussite de la branche depuis deux ans traduit d'abord un net durcissement des objectifs fixés. Les résultats provisoires enregistrés sur 2017 se traduisent d'ailleurs par un taux d'atteinte très satisfaisant des objectifs fixés.

Par ailleurs, il me semble que le rapport pourrait davantage souligner les progrès réalisés en matière de coordination entre les services de l'Etat et l'Assurance Maladie depuis le premier plan ONDAM. En effet, nous nous appuyons aujourd'hui sur une répartition des responsabilités à la fois plus claire et plus cohérente avec les compétences de chacun, même si l'articulation entre les différents documents stratégiques touchant à la gestion du risque (COG, plan ONDAM, SNS, PNGDRESS) mériterait sans doute d'être améliorée.

Je partage enfin l'analyse de la mission sur le fait que l'évolution du système d'information constituera, dans les prochaines années, une condition essentielle au renforcement de l'efficacité des actions de gestion du risque, à la fois pour mieux analyser et anticiper les évolutions structurelles de la dépense, et pour élaborer les programmes les plus adaptés. Je souhaite à cet égard que les discussions à venir avec les pouvoirs publics dans le cadre de la préparation de la COG permettront d'attribuer à l'Assurance Maladie les ressources correspondant aux investissements qu'il convient d'engager.

Je vous invite à trouver en annexe les observations plus complètes formulées par la CNAMTS sur les principaux constats et recommandations établies par la mission.

Je vous prie d'agréer, Madame la Cheffe de l'Inspection, l'expression de ma considération distinguée.



Nicolas REVEL

**OBSERVATIONS DE LA DSS  
AU RAPPORT PROVISOIRE**





**Remarques sur le rapport provisoire IGAS : évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS : gestion du risque**

**(1) Renforcer la proportion des indicateurs de performance mesurant l'impact de la gestion du risque et l'efficacité de ses outils**

Sur cette proposition d'indicateurs d'impact, la DSS partage la nécessité de réduire les indicateurs de la COG tout en les réorientant sur la mesure de l'impact des actions et des outils.

**(2) Adopter une définition recentrée, précise et partagée au sein de l'assurance maladie et de l'Etat de la gestion du risque et de ses objectifs prioritaires**

Sur cette proposition de redéfinition de la GDR, la DSS partage l'avis de l'Igas quant à la nécessité de clarifier la notion de GDR au regard, notamment, des notions de maîtrise médicalisée et d'efficacité, ce que le rapport aurait pu proposer. Selon la DSS, la maîtrise médicalisée est un levier de la GDR. L'efficacité est un des objectifs de la GDR au même titre que la prévention des risques. Le PNGDRESS a en effet vocation à renforcer la gestion du risque entre Etat et assurance maladie, et à clarifier la notion de gestion du risque.

**(3) Adopter un PNGDRESS et un plan Ondam cohérents avec une SNS opposable et d'une durée équivalente à celle de la COG Etat-Cnamts**

Sur la proposition de mise en cohérence des documents sources, La DSS partage l'avis de l'Igas quant à une nécessaire cohérence des objectifs inscrits dans le PNGDRESS, le Plan Ondam et la SNS. C'est d'ailleurs l'objectif retenu dans les travaux d'élaboration des différents documents. La mise en cohérence juridique de ces documents nécessite toutefois une évolution des textes qui les fondent.

**(4) Consacrer la partie de la COG relative à la GDR à la prévention, à l'allocation des moyens et la fixation des objectifs en cohérence avec le plan Ondam et le PNGDRESS et à la bonne utilisation des leviers et des outils de GDR**

La proposition de structuration de la COG relative à la GDR autour de 3 axes est cohérente avec les réflexions de la DSS.

**(10) Inscrire dans la COG un programme d'évaluations externes des leviers de GDR, et assurer la transparence des méthodes d'évaluation interne**

La DSS partage l'avis de l'IGAS sur la nécessaire évolution de l'évaluation des leviers de gestion du risque mis en place par la CNAMTS.

**(16) Renforcer l'application des mesures contraignantes lorsqu'elles sont nécessaires en privilégiant un recours plus large à la MSO**

Le recours plus large à la MSO ne doit pas empêcher l'application des MSAP, qui restent suivis d'effets en termes de maîtrise médicalisée. L'IGAS souligne la faible application des pénalités financières faisant suite aux MSAP, c'est donc ce qu'il semble davantage devoir être poursuivi et amélioré, afin de renforcer l'efficacité des MSAP.

**(17) Simplifier et automatiser le traitement des DAP « papiers », idéalement en l'associant avec un algorithme décisionnel permettant un avis immédiat**

Sur cette recommandation, la DSS privilégie davantage le développement de la dématérialisation des DAP que les DAP papiers.

La création d'un algorithme décisionnel est déjà un préalable à la mise en place d'une DAP. Associé à une DAP dématérialisée, l'avis peut en effet être immédiat.

Cette recommandation ne peut donc être portée que sous réserve de développements des SI et de la mise à disposition de recommandations de bonne pratique traduisibles en algorithme.