



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

Commissariat général à la stratégie et à la prospective

Paris, le 5 juin 2013

Ouverture du colloque

« Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ? »

Mercredi 5 juin 2013

par Hervé Monange,
Adjoint au Commissaire général à la stratégie et à la prospective

Seul le prononcé fait foi

Je suis très heureux d'ouvrir cette journée, qui concrétise un partenariat entre la Chaire santé de Sciences Po et le CGSP. À l'origine de ce colloque, il y avait notamment la volonté partagée de nos institutions d'organiser un temps de réflexion et d'échanges, en amont de la préparation du Projet de loi de financement de la sécurité sociale, afin d'alimenter les débats de cet important rendez-vous législatif.

Nous avons choisi d'aborder aujourd'hui la question des pratiques médicales et de leur régulation.

Dans cette introduction, je voudrais vous expliquer pourquoi nous avons choisi ce thème et comment nous nous proposons de le traiter aujourd'hui.

Comme vous le savez, les défis posés à notre système de santé sont nombreux.

- Ils sont d'abord **démographiques et épidémiologiques**, notamment avec le **vieillessement** de la population et la prévalence croissante des **maladies chroniques**.

- Ils sont aussi **organisationnels**. En effet, nous observons actuellement un **creusement des inégalités** sociales et géographiques, en termes d'accès aux soins. En outre, les **innovations technologiques** modifient constamment non seulement les coûts mais aussi et surtout les relations entre acteurs du système de soins.
- Enfin, les défis posés à notre système de santé sont **financiers**, car les contraintes budgétaires s'accroissent alors que la part du PIB dédiée à la santé augmente plus vite que le taux de croissance. **En 2010**, d'après les derniers chiffres de l'OCDE, **la France**, tout comme l'Allemagne, **a consacré 11,6% de son PIB aux dépenses de santé**. Cela la place au **troisième rang au niveau mondial**, derrière les États-Unis (17,6 %) et les Pays-Bas (12 %), la moyenne des pays de l'OCDE se situant à 9,5 %. Si on considère les dépenses par tête, la France se situe, là encore, au-dessus de la moyenne, mais cette fois-ci, en 10^{ème} position.

Certes, notre système de santé **présente aussi de nombreux atouts**, mais pour autant, nous devons sans cesse nous interroger sur l'organisation de notre offre de soins, afin de la rendre à la fois plus efficace, plus économique et de meilleure qualité.

Comme l'a justement souligné le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, seules trois solutions existent pour financer notre couverture collective : **augmenter les prélèvements, diminuer les prestations**, ou **améliorer l'efficacité du système**, cette dernière solution étant naturellement la plus souhaitable à nos yeux.

Fort de cette conviction, le Centre d'analyse stratégique, institution qui a précédé la création du Commissariat à la stratégie et à la prospective, a mené différents travaux ces dernières années visant à identifier des gisements d'efficacité du système de santé. Nous avons ainsi étudié le développement des coopérations entre professionnels de santé, le déploiement de la télésanté, ou encore l'utilisation des recommandations de bonne pratique.

C'est précisément ce dernier travail qui a suscité notre envie de creuser plus en détails la question de la régulation des pratiques médicales, sujet d'intérêt partagé avec la Chaire santé de Science Po.

En effet, l'encadrement des pratiques médicales est un enjeu à la croisée des questions de qualité des soins et de maîtrise des coûts.

Il est perçu depuis longtemps comme un levier fondamental d'amélioration de l'efficacité du système de santé.

La volonté de réguler les pratiques est fondée sur le constat d'une production de soins sous-optimale en termes qualitatifs et quantitatifs, tant du point de vue individuel que collectif sous optimale, en l'absence totale de régulation.

En effet, **les asymétries d'informations** entre les acteurs, notamment dans un contexte de **paiement à l'acte et de large couverture assurancielle**, peuvent conduire à élever le niveau de la production de soins, sans forcément de justification sanitaire.

En outre, certaines pratiques médicales ne sont **pas conformes à l'état de l'art**, devant la multiplicité des techniques, l'émergence rapide d'innovations et de connaissances nouvelles. Ces déficits d'optimalité sont d'autant plus importants combinés à une **organisation imparfaite de l'offre de soins**, qui peut par exemple engendrer de nombreuses redondances d'actes et prescriptions.

Cette nécessité de régulation est attestée par **de nombreuses études qui pointent d'importantes disparités de pratiques entre professionnels et entre territoires**, qu'il s'agisse de nombre d'actes

dispensés, de recours plus ou moins élevé à la chirurgie ambulatoire, **ou encore de sur- ou de sous-prescription.**

Ces disparités ne sont pas une spécificité française, et nous en aurons un exemple avec la présentation de Madame Vrijens du Centre fédéral d'expertise des soins de santé belge.

Ces constats conduisent à des questions qui ne manqueront pas d'être soulevées lors de ce colloque. Comment définir le juste soin, le soin pertinent ? De quels outils d'observation statistique faut-il se doter ? Mais aussi, pourquoi observe-t-on une telle disparité des soins ?

En effet, la question de **l'origine de ces variations est fortement débattue.** Elles peuvent être dues aux praticiens, à la structure de l'offre de soins, mais aussi aux caractéristiques de la population soignée. L'hétérogénéité des pratiques n'est donc pas nécessairement synonyme de pratiques inefficaces.

Pour autant, il est certain que de larges marges de progrès subsistent. Par exemple, selon un sondage réalisé en 2012 pour la Fédération hospitalière de France auprès de médecins hospitaliers et libéraux, plus d'un quart des actes diagnostics serait inutiles.

Ce déficit d'optimalité entraîne non seulement **des coûts non justifiés pour l'Assurance maladie mais accroît également les risques pour les patients,** par exemple iatrogéniques ou d'infections nosocomiales. À titre d'illustration, la surprescription d'antibiotiques pour les affections virales bénignes, si elle n'a pas directement de conséquence significative sur l'état de santé des patients, conduit à des surcoûts importants et participe à l'augmentation des taux de résistance.

Le constat d'un déficit d'optimalité des pratiques a donné lieu dans de nombreux pays à l'adoption de réglementations afin de modifier le comportement des acteurs.

Les modes de régulation qui peuvent être mobilisés sont multiples.

Tout d'abord, des outils permettent d'encadrer les pratiques, de manière plus ou moins stricte. Cela peut aller de **simples informations diffusées aux professionnels sur l'état de l'art et les bonnes pratiques, jusqu'à la nécessaire validation préalable de leurs prescriptions** par des organismes extérieurs. Je pense ici aux mécanismes de « pre-authorization » mis en place par les assureurs privés aux États-Unis, un dispositif qui semble très éloigné des valeurs du système français.

La régulation passe aussi par des **incitations financières,** avec le développement des mécanismes de rémunération à la performance ou des contrats d'objectifs.

Enfin, **les évaluations des praticiens,** alliant retour d'informations sur les pratiques individuelles et formation continue, sont un autre levier essentiel de la régulation. Là encore, les exemples étrangers montrent que la palette des dispositifs est très large. Cela peut aller de la participation volontaire à des groupes de pairs jusqu'à l'obligation de démontrer ses compétences pour pouvoir continuer à exercer. La mise en place d'un système de « revalidation » tous les cinq ans au Royaume-Uni constitue une illustration marquante de cette dernière démarche, comme vous le verrez cet après-midi avec l'intervention d'une représentante du General Medical Council.

En France, l'encadrement des pratiques a fait l'objet de **nombreuses recommandations et dispositions réglementaires,** notamment au travers des lois de santé publique et des lois de financement de la sécurité sociale successives. Le législateur est intervenu pour **renforcer les initiatives des sociétés savantes, des organisations professionnelles ou de l'assureur public.**

Nous avons ainsi vu éclore ces dernières années les acronymes de « CAPI », pour « contrats d'amélioration des pratiques individuelles », de « ROSP » pour rémunération sur objectifs ou encore de « DPC » pour développement professionnel continu.

Ces évolutions, aussi nécessaires soient-elles, restent probablement **encore insuffisantes ou tout du moins perfectibles**. Quel équilibre doit-on trouver entre dispositifs incitatifs et contraignants ? Comment mieux associer le patient à ces dispositifs ? Ou encore comment ne pas tomber dans l'excès d'une médecine trop standardisée ? Autant de pistes de réflexion.

N'oublions pas que la régulation des pratiques doit permettre *in fine* de délivrer des soins de meilleure qualité à moindre coût. Cette problématique s'inscrit donc dans **une optique de durabilité de notre système de couverture du risque santé**.

Ce sujet étant aussi fondamental, **je me réjouis du partenariat conclu entre la Chaire santé de Sciences Po et le Commissariat général à la stratégie et à la prospective** et me félicite de vous voir présents aujourd'hui pour débattre des larges marges de progrès qui demeurent aujourd'hui et des solutions à apporter.

• **Contact Presse**

**Commissariat général à la stratégie
et à la prospective**

Jean-Michel Roullé

Responsable de la communication

Tél. : +33 (0) 1 42 75 61 37

jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr