

...ENTRETIEN

Brigitte Dormont : « Il faut rompre avec la gestion séparée de l'hôpital et de la médecine de ville »

| 28/08/2020 |

Beaucoup a été dit ces derniers mois sur le système de santé hexagonal. La mobilisation à l'hôpital, la crise du Covid-19 et l'organisation du Ségur de la santé pour remédier aux maux du système actuel, ont mis sur le tapis un certain nombre de sujets, de la rémunération des soignants à leurs conditions de travail, en passant par les carcans bureaucratiques et l'articulation entre hôpital et médecine de ville.

Une remise à plat du système de santé ne peut cependant faire l'économie d'une réflexion sur le pilotage de la médecine de ville. C'est cette piste qu'explore ici l'économiste de la santé Brigitte Dormont. Elle appelle à revoir de fond en comble l'organisation et le financement des soins. Entretien.

A l'occasion du Ségur de la santé, vous avez appelé ([url:https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/06/17/segur-de-la-sante-il-faut-mettre-sur-la-table-la-question-d-un-pilotage-des-depenses-de-ville_6043117_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/06/17/segur-de-la-sante-il-faut-mettre-sur-la-table-la-question-d-un-pilotage-des-depenses-de-ville_6043117_3232.html)) à mettre sur la table la question du pilotage des dépenses de ville. Pourquoi est-ce essentiel ?

En France, la médecine de ville et l'hôpital sont gérés séparément, à la fois pour le pilotage et les circuits de financement. On parle d'organisation « en silos », entre lesquels rien ne communique administrativement.

Dans la crise du Covid-19, il est frappant de constater que la médecine de ville a tout d'abord été laissée de côté. Au début de la crise, c'est la Direction générale de la santé (DGS) qui était aux commandes et a fait passer le message « appelez le 15 ». Or le 15, c'est le centre d'appel pour la gestion des urgences, qui n'est pas du tout calibré pour répondre aux appels de tous ceux qui ont des symptômes ou des doutes. Le 15 a été rapidement saturé, ce qui a peut-être entraîné une perte de chance pour les situations véritablement urgentes.

Par ailleurs, alors que les hôpitaux et les services d'urgence étaient inondés par de nouveaux cas, les consultations des médecins généralistes ont diminué de 30 % et

celles des spécialistes ont chuté de 60 %, et ce même en comptant les téléconsultations.

Cette logique de gestion séparée de la ville et de l'hôpital est encore présente dans la conception du Ségur de la santé. Le nom même de cette concertation [*du nom de l'avenue où le ministère de la Santé et des Affaires sociales a son siège, ndlr*] fait référence aux accords de Grenelle de 1968 [*du nom de la rue du ministère du Travail, ndlr*], qui portaient sur des négociations salariales et ont acté une augmentation du salaire minimum de 35 %.

On veut surtout répondre à la question des rémunérations des personnels hospitaliers, et c'est d'ailleurs ce à quoi les négociations ont abouti. C'est un vrai sujet, mais cela signifie qu'on ne parle que de l'hôpital.

Un des lieux communs sur le système de santé en France est la critique de l'hospitalo-centrisme. Paradoxalement pourtant, vous dites que, dans le système de santé français, c'est l'hôpital qui est la cible de la rigueur budgétaire...

Tout à fait, et c'est un dysfonctionnement qu'il faudra un jour reconnaître et corriger.

Le budget public de la santé, qu'on appelle désormais l'Ondam (objectif national des dépenses d'assurance maladie, ndlr) fait l'objet depuis le plan Juppé d'un vote au Parlement. Il s'élève à un peu plus de 200 milliards d'euros par an actuellement, et comprend à la fois les dépenses hospitalières (salaires, achat de matériel...), les dépenses en médecine de ville (les remboursements des consultations par l'assurance maladie, de médicaments...) et d'autres postes, comme le médico-social et les Fonds d'intervention régionaux.

Pour donner un ordre d'idées, le budget de l'hôpital, c'est environ 85 milliards d'euros, celui de la médecine de ville, 95 milliards d'euros.

Que se passe-t-il ? Les dépenses de l'hôpital sont, elles, parfaitement contrôlées car c'est le ministère qui alloue les financements, avec un mécanisme de point flottant qui fait que les tarifs des actes diminuent si l'activité augmente dans l'année au-delà de ce qui était prévu pour le calcul de l'Ondam. On évite ainsi tout dépassement du budget de l'hôpital.

A cela s'ajoutent les mises en réserve en cours d'année, mises en place en 2004 pour veiller au non-dépassement de l'Ondam. Tout le budget n'est pas distribué, une partie étant mise en réserve pour éviter d'éventuels dépassements. Et surprise ! A la

fin de l'année, on constate souvent ce que l'administration appelle « une sous-exécution de l'Ondam hospitalier » qui peut sembler paradoxale quand on sait que les moyens sont insuffisants à l'hôpital.

En réalité, la sous-exécution de l'Ondam hospitalier, rendue possible par le point flottant, est pilotée par l'administration.

De l'autre côté, qu'avons-nous ? Il est impossible de contrôler aussi facilement les dépenses en ville, car elles sont constituées de remboursements *ex post*, qu'il s'agisse des consultations ou des médicaments, biens et services qui ont des tarifs bien définis et non flottants. On observe que, depuis cinq ou six ans, il y a un dépassement de l'Ondam en médecine de ville, qui est financé par les mises en réserve de l'Ondam hospitalier.

Je ne pense pas que ces vases communicants budgétaires, qui sacrifient l'hôpital, soient prémédités par l'administration. A mon avis, il s'agit plutôt d'une facilité à la fois technique et politique, qui fait qu'on maîtrise facilement la bourse d'un côté et qu'on évite les sujets qui fâchent de l'autre.

Comment dès lors mettre en place un pilotage des dépenses en médecine de ville ?

C'est un enjeu considérable. Précisons d'emblée qu'il s'agit de penser un pilotage de l'offre de soins, de la part des médecins et des professionnels de santé.

« Responsabiliser » la demande de soins émanant des patients, par l'instauration de franchise ou forfait, a des effets très limités, car une faible partie des dépenses dépend des décisions du patient.

Le gros de la dépense de soins résulte des décisions du médecin en matière d'actes et de prescriptions. Du coup les franchises ou forfaits ont pour effet principal de réduire la couverture par la Sécurité sociale sans modérer la consommation de soins, ce qui nuit à l'accès aux soins des individus dont les revenus sont faibles.

Piloter l'offre signifie trouver des mécanismes pour que les médecins intègrent dans leurs décisions les enjeux d'égalité d'accès aux soins et de maîtrise de la dépense, qui font partie du cahier des charges d'une assurance maladie solidaire comme la nôtre.

Le sujet est assez sensible sur un plan politique, car il y a une tradition française de la médecine libérale qui réclame pour le praticien une totale liberté de prescription, de localisation, voire de tarification. Seule une minorité de médecins sont sur une

ligne dure explicite, mais il faut constater que des problèmes lancinants comme les dépassements d'honoraires ou l'inégale répartition géographique des médecins, quoique parfaitement identifiés depuis des décennies, ne trouvent pas de solution.

D'un point de vue sociologique, les médecins sont un groupe hétérogène avec des aspirations qui diffèrent selon leur genre, leur génération, leur spécialité ou la façon qu'ils ont de concevoir la médecine. Mais au niveau national, c'est le blocage et le statu quo qui s'imposent.

Mais ce n'est pas la seule raison du manque de pilotage. Comme je l'ai dit, cela tient aussi à la mécanique concrète de l'allocation des ressources pour les soins de ville.

En médecine de ville, chacun va consulter, faire des examens, acheter des médicaments et se fait rembourser ensuite. Du coup davantage de ressources sont allouées dans les zones où l'accès aux soins est plus facile, car il y a beaucoup plus de médecins que dans les zones sous-dotées. Par le mécanisme des remboursements *ex post*, les moyens sont *de facto* alloués en fonction des consommations, et non en fonction des besoins. C'est contraire à la fois à l'équité et à l'efficacité.

Que faudrait-il faire pour remédier à cette situation inégalitaire ?

Il faudrait à mon sens repenser entièrement le fonctionnement du système de santé, comme nous l'avons proposé dans une note du Conseil d'analyse économique en 2013 ([url:http://www.cae-eco.fr/Pour-un-systeme-de-sante-plus-efficace](http://www.cae-eco.fr/Pour-un-systeme-de-sante-plus-efficace)). Il faut rompre avec l'organisation administrative en silo, fusionner l'Ondam hospitalier, l'Ondam de ville et l'Ondam médico-social, et allouer les moyens à une entité locale sur le modèle des *Primary care trusts* ou des *Clinical commissioning groups* britanniques¹ ([url:#footnote1_69hspmz](#)). Ce rôle pourrait être dévolu aux Agences régionales de santé (ARS), par exemple, mais les régions actuelles sont peut-être trop grandes.

Ces entités auraient en charge l'organisation des soins sur un territoire donné, et coordonneraient à la fois les soins hospitaliers, la médecine de ville et les établissements médico-sociaux. Elles recevraient, pour chaque citoyen dont elles auraient la charge, une dotation budgétaire correspondant à la prévision de ses besoins en matière de soins.

Elles auraient donc une enveloppe budgétaire globale correspondant à l'ensemble de ces dotations, à charge pour elles d'organiser de la meilleure manière la prise en charge des patients, que ce soit en ville, à l'hôpital, ou dans le médico-social.

Comment déterminer cette enveloppe initiale et mesurer les besoins en santé d'un territoire ?

Les besoins d'un territoire en matière de santé peuvent être déterminés à partir des données administratives de la Cnam (la Caisse nationale d'assurance maladie) qui sont recueillies actuellement pour le suivi des remboursements. Ces données permettent de suivre les parcours de soins et les dépenses des assurés sociaux.

A partir de ces données sur les dépenses passées, on peut facilement calculer, l'espérance (au sens statistique du terme) de la dépense de soins pour un individu de tel sexe, tel âge, et avec telle ou telle maladie chronique, et donc prévoir avec un degré raisonnable de certitude les dépenses de soins pour une population en fonction des caractéristiques des individus qui la composent.

Evidemment, ce n'est pas une véritable mesure des besoins de soins, qui restent un concept difficile à circonscrire. C'est plutôt une mesure assez exacte de ce que serait une allocation équitable des ressources de la sécurité sociale aux individus, compte tenu de leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de maladies.

Cette allocation serait beaucoup plus égalitaire que celle que l'on a actuellement, où l'hôpital est excessivement contraint sur le plan budgétaire, et où en ville on dépense plus là où on consomme plus, quels que soient les besoins. Le nouveau système consisterait à allouer à l'entité infrarégionale des ressources *ex ante*, à charge pour elle d'organiser l'offre de soins en tenant compte des besoins de la population et de ses choix stratégiques.

Comment fonctionnerait cette nouvelle organisation ?

Elle impliquerait de rompre avec les conventions nationales entre Sécurité sociale et syndicats de médecins qui définissent des règles homogènes sur tout le territoire français et ne permettent pas de faire évoluer les choses en s'appuyant sur l'hétérogénéité des préférences des médecins, certains souhaitant exercer en groupe, d'autres en solitaire, certains voulant être salariés, d'autres préférant l'exercice libéral.

Ces conventions seraient remplacées par des appels d'offre passés par les entités infrarégionales. Les professionnels de santé se regrouperaient pour répondre à ces appels d'offres, sur le modèle des *Accountable care organizations* ([ACO \(url:https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_rapport_synthese_aco_20161209.pdf\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_rapport_synthese_aco_20161209.pdf)) aux Etats-Unis. Des modes de paiement différenciés pourraient cohabiter au sein d'une même région, ou entre régions, avec par exemple plus de pratique du paiement à l'acte sur la Côte d'Azur et plus de

centres de santé avec des médecins salariés ou payés à la capitation dans le Nord.

L'idée est de gagner en souplesse pour aboutir à la meilleure configuration de l'offre de soins (qui répond le mieux aux besoins de la population concernée), en tenant compte des contraintes imposées à la fois par les caractéristiques du territoire et les préférences (éventuellement hétérogènes) de ses professionnels de santé²

[\(url:#footnote2_qrhs28n\)](#).

Cela signifie que d'un territoire à l'autre, pour une même pathologie, un patient pourrait être pris en charge ici à l'hôpital, là en cabinet de ville ou en centre de santé, et que le mode de règlement du praticien différerait ?

Ce serait possible, oui. Mais comme je l'ai dit le système serait plus équitable qu'aujourd'hui, car il y aurait une meilleure répartition des moyens, à pathologie et patient comparable.

Il est clair cependant qu'il faudra mettre en place une observation très suivie des performances de chaque entité infrarégionale, afin de garantir une égalité de traitement.

En quoi ce système diffère-t-il des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) mises en place par la loi de modernisation du système de santé de 2016, qui encourage, comme les ACO dont elles s'inspirent, le regroupement des professionnels sur un territoire sur la base du volontariat ?

Le projet de communautés professionnelles territoriales de santé part d'un bon constat, qui est l'insuffisante efficacité de la médecine ville. Les CPTS visent à attribuer à un groupe de praticiens dans la prise en charge des besoins de soin d'une population sur un territoire. Des aides sont prévues pour financer la logistique du regroupement et la collaboration de différents professionnels de santé.

Mais comme toujours en France, on ne change presque rien aux circuits de financement : c'est toujours la Cnam qui finance les soins en ville par les remboursements et le ministère, l'hôpital. Pour les CPTS on a dégagé quelques lignes budgétaires qui restent marginales et sont loin de permettre de rompre avec l'existant.

Si on voulait vraiment suivre le modèle des ACO, il faudrait donner à la structure un budget correspondant à ce que j'ai décrit tout à l'heure, c'est-à-dire à l'ensemble des dépenses prévues en ville, à l'hôpital et en médico-social pour la population en charge.

Les choses ne pourraient vraiment changer que si une entité infrarégionale avait tous les budgets en main. Pour prendre un exemple, on pourrait réduire l'engorgement des services d'urgence en mettant en place une permanence des soins en ville dans des maisons de soins ouvertes 24 heures sur 24. Mais aucun acteur du système de soins n'y est réellement incité car, dans le fonctionnement actuel en silos, les économies faites à l'hôpital n'iraient pas financer la dépense supplémentaire en soins en ville. Il faut une entité unique au niveau local qui ait tous les budgets en main.

Quelles sont les autres implications de cette transformation ?

Cela impliquerait que le conventionnement soit sélectif et conditionné au respect d'un cahier des charges défini lors de la réponse à l'appel d'offres. Aujourd'hui les médecins bénéficient de la liberté d'installation et sont conventionnés par la Sécurité sociale qui rembourse alors la consultation au « tarif Sécu ». Les spécialistes peuvent sous certaines conditions s'installer en secteur 2, ce qui les autorise à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Or, actuellement il y a des déserts médicaux, avec trop peu de généralistes, où les assurés sociaux ont du mal à avoir un médecin traitant. Il y a aussi des zones où il est quasiment impossible de trouver un spécialiste qui ne pratique pas de dépassement d'honoraires. Grâce au conventionnement sélectif, l'entité organisatrice pourrait maîtriser l'organisation de l'offre afin de garantir à tous un égal accès aux soins au tarif conventionnel.

Je précise qu'il ne s'agit pas de revenir sur la liberté du médecin dans le cadre de la médecine libérale, ni d'interdire le secteur 2. C'est pour cela qu'il faut un pilotage fin au niveau infrarégional et admettre une diversification des modes de pratiques. L'idée est de développer la contractualisation en jouant sur l'hétérogénéité des préférences de médecins.

Cette nouvelle organisation nécessiterait la mise en place d'indicateurs de performance définis au niveau national, afin de pouvoir comparer les réalisations des entités chargées de l'organisation des soins. De tels indicateurs seraient destinés à mesurer à la fois l'accès aux soins, comme par exemple les délais d'attente pour avoir une prothèse de hanche ou pour voir un dermatologue, et la possibilité d'avoir accès aux soins au tarif conventionnel. La qualité des soins doit être aussi suivie, ainsi que le degré d'inégalité dans leur accès.

Comment pourrait se faire la transition du système actuel vers ce nouveau système ? Beaucoup des pistes que vous évoquez peuvent rencontrer une

opposition dans le corps médical...

Je n'ai pas de plan pour une transition facile vers ce nouveau système. Des verrous politiques multiples existent et ne sont pas négligeables. Un levier essentiel est que la population dans son ensemble, ainsi que les acteurs du système de soins, prennent conscience des limites de l'organisation actuelle et fassent pression sur les responsables politiques, qui se contentent sinon de demi-mesures qui peinent à porter leurs fruits.

Encore une fois, malgré la maltraitance budgétaire imposée à l'hôpital, la France peine à atteindre l'efficacité de la dépense de santé à cause de ces défauts organisationnels. Aucune réforme substantielle de notre système de santé ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur la réorganisation de l'offre de soins.

1. ~~(url: [https://www.alternatives-economiques.fr/brigitte-dormont-fau.../les-principaux-concepts](#))~~ (PCT) ont été mis en place à partir de 2001 et remplacés en avril 2013 par les *Clinical commissioning groups*. Au départ, il y avait 303 PCT en Angleterre, couvrant chacun une moyenne de 160 000 individus.

2. ~~(url: [https://www.alternatives-economiques.fr/brigitte-dormont-fau.../par-exemple-le-eta](#))~~ it frappant d'observer, dans le cadre d'une convention centralisée comme celle entamée fin 2012, que l'argument du prix du mètre carré à Paris ou Lyon a été utilisé pour établir des règles nationales sur les dépassements d'honoraires.

Cet article vous est offert par Alternatives Economiques dans le but de vous faire découvrir ses formules d'abonnement. Convaincu(e) ? **Abonnez-vous à partir de 1 euro**

PROPOS RECUEILLIS PAR CÉLINE MOUZON

© Alternatives Economiques. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle des pages publiées sur ce site à des fins professionnelles ou commerciales est soumise à l'autorisation d'Alternatives Economiques (Tel : (33) 03 80 48 10 25 - abonnements@alternatives-economiques.fr). En cas de reprise à des fins strictement privées et non commerciales merci de bien vouloir mentionner la source, faire figurer notre logo et établir un lien actif vers notre site internet www.alternatives-economiques.fr.