



l'Assurance Maladie
des salariés - sécurité sociale
caisse nationale

RAPPORT SUR L'EXECUTION DE L'ONDAM 2002

8 octobre 2003

SOMMAIRE

Pages

PARTIE 1 : UN INVENTAIRE DE L'ANNEE 2002

Un fort dépassement notamment sur les soins de ville7

I – LA PROGRESSION DES SOINS DE VILLE

1.	L'activité des professions de santé est restée soutenue en 2002.....	10
1.1	Une progression en volume des soins de ville forte durant toute l'année	10
1.2	L'activité des différentes professions de santé au fil des trimestres	11
2.	Les autres soins de ville enregistrent globalement une forte progression.....	11
2.1	Une croissance des dépenses de médicaments cependant moins vive en 2002	12
2.2	Les indemnités journalières ont très rapidement progressé.....	14
2.3	Les biens médicaux (LPP) sont également en augmentation sensible.....	15
3.	Les perspectives pour l'année 2003	15
3.1	La croissance des dépenses est restée soutenue jusqu'au 2 ^{ème} trimestre 2003.....	15
3.2	Le rythme de croissance devrait s'infléchir au cours du 3 ^{ème} trimestre 2003	16

II – LES COMPOSANTES DE LA PROGRESSION DES DEPENSES

1.	Un objectif de dépenses voté systématiquement dépassé.....	19
2.	Comment expliquer ce dérapage des dépenses ?	20
2.1	Les augmentations respectives des volumes et des prix	20
2.2	L'analyse des comportements et des pratiques.....	22
3.	Quelques études de comportements réalisées en 2002.....	23
3.1	L'organisation du travail des professionnels de santé est en mutation.....	23
3.2	Les attentes en matière de revenus	25
3.3	Les comportements des prescripteurs	26
3.4	Les problèmes liés au coût de la santé et à la prise en charge des soins	27

PARTIE 2 : ANALYSE DE QUELQUES MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA LFSS

I. UNE GESTION FONDEE SUR UNE LOGIQUE OBJECTIFS RESULTATS.	32
1. Les grandes lignes de la réforme budgétaire	32
2. Les programmes de la CNAMTS et leur déclinaison en actions	34
II. LES ACTIONS DE LA CNAMTS EN 2002	36
1. Un panorama de l'activité de la CNAMTS	36
2. Une importante activité conventionnelle	37
3. Analyse de quelques actions menées	39
3.1 Le nouveau dispositif des visites	39
3.2 Le bon usage des antibiotiques	44
3.3 La prise en charge de l'excès de cholestérol	46
3.4 La prise en charge du cancer du sein	49
3.5 La prévention : le bilan bucco-dentaire	50

PARTIE 3 : BILAN, PERSPECTIVES ET AXES DE TRAVAIL

I. UN EQUILIBRE TOUJOURS PRECAIRE	55
II. DES MARGES D'ECONOMIES IMPORTANTES	56
III. UNE CROISSANCE DURABLE DE LA CONSOMMATION MEDICALE ...	58
1. Le vieillissement de la population	58
2. Le développement des techniques médicales	60
3. L'évolution du système de prise en charge des soins	61
IV. QUELQUES AXES DE TRAVAIL	62
1. Une réflexion prospective sur le progrès des sciences et techniques médicales et sur l'utilité thérapeutique des soins	62
2. Le développement et la généralisation de la prévention forment le second champ d'action possible	62
3. Rationaliser le système de soins et de prise en charge	63
ANNEXE I: LES RESULTATS DE LA BRANCHE MALADIE ET DE LA BRANCHE AT-MP	66
ANNEXE II: CHRONOLOGIE DES ACCORDS CONVENTIONNELS INTERVENUS EN 2002	70
ANNEXE III : QUELQUES RAPPORTS ET TRAVAUX D'ETUDES DE L'ASSURANCE MALADIE	74

INTRODUCTION

De nombreux rapports traitent, en cette période de l'année, des questions financières et sanitaires liées à l'Assurance Maladie : rapports de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale, annexes au projet de loi de financement, rapport annuel de la Cour des Comptes... Ces rapports se consacrent, pour l'essentiel, à l'équilibre financier de l'ensemble des branches de la Sécurité sociale.

Avec la publication de ce premier rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2002 présenté au Conseil de surveillance, la CNAMTS entend contribuer, pour sa part, à l'analyse de l'évolution des dépenses de soins et notamment des dépenses de soins de ville. Un regard que lui confère sa responsabilité particulière au sein du dispositif de gestion de l'ONDAM.

Depuis les ordonnances de 1996, une convention annuelle d'objectif et de gestion (COG) lie l'Etat et la CNAMTS. L'Etat confie à l'Assurance Maladie le soin de déployer un ensemble de moyens - dépenses administratives, gestion du risque - afin de gérer au mieux les soins, en particulier les soins de ville, dans le cadre de l'enveloppe votée par le Parlement. « *Pour la branche maladie, précise le Code de la Sécurité sociale, un avenant annuel à la convention d'objectif et de gestion de la branche maladie du régime général détermine en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville ainsi que les conditions et les modalités de sa mise en œuvre* »¹. La CNAMTS se voit ainsi attribuer une double responsabilité dont elle entend rendre compte :

- Une responsabilité de production d'informations pertinentes et d'analyse du système de soins et de Sécurité sociale, s'exerçant dans deux grands domaines :
 - celui des informations à caractère plutôt statistique portant sur la consommation des soins de santé et son remboursement, sur la démographie des professions de santé et les conditions d'exercice de leur métier
 - celui des informations intéressant la santé publique, les pratiques professionnelles et l'organisation du système de soins.
- Une responsabilité d'opérateur agissant notamment dans le domaine des soins de ville. A ce titre, la CNAMTS négocie annuellement conventions et annexes avec l'ensemble des professions de santé dont l'activité s'exerce dans le champ des soins de ville. Ces conventions et annexes précisent les conditions d'exercice du métier et les conditions de rémunération de leur activité, l'ensemble ainsi défini devant être, ex ante, compatible avec la loi de financement de la Sécurité sociale votée par le Parlement.

Le présent rapport souhaite décrire, pour 2002, les actions menées par la CNAMTS dans ce cadre, et rendre compte du résultat de ces actions.

¹ Code de la Sécurité sociale. Article L.227-1.

Les attributions de la CNAMTS telles qu'elles sont définies par l'article L.221-1 du Code de la Sécurité sociale sont cependant bien plus larges. La CNAMTS en effet, ne saurait ignorer les questions posées par le financement et les conditions de l'équilibre financier des gestions² qui lui sont confiées. Aussi entend-elle faire connaître, dans le cadre des débats préparatoires aux lois de financement, ses analyses sur ce point, ses remarques et ses propositions. Les problèmes posés par les soins et la dépense hospitaliers appellent également son attention, ne serait-ce que parce que cette dépense représente plus de la moitié de l'ONDAM et parce que l'organisation des soins est un tout qui ne peut se cantonner au seul domaine des soins de ville. Il en est de même en matière de politique de Santé publique ou de politique de prévention. Du reste, il s'agit tout simplement de n'ignorer aucun des aspects couverts par les lois de financement de la Sécurité sociale, tout en étant fidèle à la vocation de l'Assurance Maladie à garantir aux assurés un accès aux soins qui leurs sont nécessaires, dans des conditions de qualité et de sécurité.

Ce premier rapport, cependant, mettra particulièrement l'accent sur les analyses et l'action de la CNAMTS en direction des soins de ville. La raison en est simple : depuis plusieurs années, ce qu'il est convenu d'appeler la dérive³ des dépenses par rapport à l'enveloppe votée par le Parlement se nourrit pour une large part de la forte croissance des dépenses de soins de ville. Or, l'année 2002 a enregistré la plus forte croissance des soins de ville depuis la création de l'ONDAM. Il n'était pas inutile de s'y arrêter.

La démarche retenue pour ce rapport – et plus encore pour les futurs – ne doit pas se borner à recenser ou récapituler l'ensemble des mesures qui sont intervenues pendant l'année écoulée. Le but visé est bien, même s'il n'est pas totalement atteint dans ce premier rapport, d'indiquer pour chaque mesure quels étaient son objectif et sa cible et d'évaluer son coût et son impact réels.

Cette démarche s'inscrit dans la perspective tracée par la loi organique du 1^{er} août 2001⁴. Celle-ci prévoit « *de faire passer le budget de l'Etat d'un modèle uniquement structuré par nature de moyens et contrôlé par la régularité au regard de la réglementation, à un modèle également contrôlé par les objectifs des politiques et par les résultats obtenus* »⁵. Ce nouveau modèle sera opérationnel pour l'élaboration du projet de loi de finances pour 2006.

La CNAMTS, en tant qu'établissement public, et bien sûr l'Assurance Maladie de façon plus générale, ne sauraient rester indifférentes à cette réforme. Comme le signale une circulaire du ministère de l'économie et des finances « *l'autonomie juridique de certains acteurs des politiques de l'Etat (établissements publics, organes de régulation, organismes privés) et le fait qu'une partie des moyens mobilisés par ces acteurs ne proviennent pas du budget de l'Etat ne doit pas faire obstacle à l'identification aussi complète que possible des politiques. On rapprochera donc dans le même programme les services de l'Etat et les opérateurs qui contribuent au même service public* »⁶.

² « La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a pour rôle d'assurer sur le plan national en deux gestions distinctes, le financement d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ses gestions. » Art L 221.1 du Code de la Sécurité sociale.

³ Il est clair que les mots *dérive* et *dérapage* ne sauraient en eux-mêmes qualifier la croissance et la dynamique des dépenses. Ils désignent simplement le non respect persistant des objectifs fixés qui sont réputés être compatibles avec les équilibres financiers et les ressources de la Nation.

⁴ Loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. J.O. du 2 Août 2001

⁵ Cf. Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique le document du comité interministériel d'audit des programmes : Document d'analyse des programmes. 16 décembre 2002.

⁶ Cf. Mise en œuvre de la loi organique du 1^{er} août 2001. Cahier des charges pour l'élaboration des nouveaux contenus des budgets ministériels. Circulaire du ministère de l'économie et des finances du 18 février 2002.

Le présent rapport se propose de contribuer à cette démarche à travers une triple réflexion :

- ◆ Un inventaire de l'ensemble de l'année 2002 destiné à identifier les causes du dérapage,
- ◆ Une évaluation des objectifs et de l'efficacité des principales mesures prises par la CNAMTS en 2002 dans le cadre de sa gestion des soins de ville,
- ◆ Une réflexion portant sur les principales questions qui seront posées à l'Assurance Maladie dans les prochaines années et sur les axes de travail qui pourraient en découler.

Cette réflexion de moyen terme n'est pas superflue. On sait en effet qu'en période économique normalement bonne, la croissance du PIB, par l'effet favorable qu'elle a sur les recettes des régimes sociaux, réduit les déficits et donne l'illusion que l'équilibre financier de l'Assurance Maladie peut être atteint sans effort. En période de fort ralentissement conjoncturel de l'activité économique, les déficits de l'Assurance Maladie se creusent au contraire, rapidement et dangereusement. Le balancier revient alors en arrière en donnant cette fois-ci la primauté au budgétaire sur le social ou le médical. Or, les problèmes liés à la gestion de la santé publique et à celle de l'Assurance Maladie sont bien, par essence, médico-économiques, c'est-à-dire qu'ils sont tout à la fois économiques et médicaux. La seule façon de les penser sous ces deux aspects à la fois est de les replacer dans une perspective de moyen terme, en distinguant l'effet des mouvements conjoncturels, les mesures d'économies nécessaires et les tendances structurelles.

C'est aussi l'ambition de ce document que d'apporter une contribution à la clarification nécessaire du débat.

Daniel LENOIR

PARTIE 1 : UN INVENTAIRE DE L'ANNEE 2002

UN DEPASSEMENT IMPORTANT NOTAMMENT SUR LES SOINS DE VILLE

La loi de financement pour l'année 2002, a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 112,8 milliards d'euros, soit une progression de +3,6 % par rapport aux réalisations 2001.

Le montant des réalisations 2002 pour l'ensemble des régimes est de 116,7 milliards d'euros, soit une progression de +7,2 % par rapport à 2001. Sur l'ensemble des secteurs de l'ONDAM, le dépassement s'élève à 3,9 milliards d'euros. L'essentiel de ce dépassement, mais non la totalité, est concentré sur les soins de ville (2,8 milliards d'euros).

OBJECTIF ET REALISATION DE L'ONDAM 2002

(en milliards d'euros)

DROITS CONSTATES	REALISATION 2001	OBJECTIF 2002	EVOLUTION VOTEE	REALISATION 2002	DEPASSEMENT 2002	EVOLUTION 2002/2001
ONDAM métropole	106,3	110,1	3,7%	113,8	3,6	7,1%
Soins de ville	50,5	51,7	2,3%	54,5	2,8	7,8%
Objectif de dépenses déléguées	23,4	23,9	2,2%	25	1,2	6,7%
autres soins de ville	27,1	27,8	2,4%	29,5	1,6	8,8%
Etablissements	55,7	58,5	4,9%	59,3	0,9	6,4%
Ets sanitaires publics	41,5	43,2	4,0%	43,9	0,8	5,9%
Ets sanitaires privés	6,6	7,0	5,6%	7,1	0,1	7,5%
Ets médico-sociaux	7,6	8,3	8,9%	8,3	0	8,7%
Réseaux						-
DOM	2,4	2,5	1,1%	2,7	0,2	10,9%
Ressortissant français de l'étranger	0,2	0,2		0,2	0,1	2,5%
Marge de manœuvre	0	0		0	0	
ONDAM France entière	108,9	112,8	3,6%	116,7	3,9	7,2%

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2003

Avant d'en venir à ce qui forme le cœur de ce rapport, c'est-à-dire l'analyse des soins de ville, il convient d'examiner brièvement l'enveloppe des établissements hospitaliers.

Les hôpitaux publics, les cliniques privées et les établissements médico-sociaux

Sur l'ensemble de ces établissements, le dépassement est de 870 millions d'euros, soit une progression de + 6,4 %. Trois types d'établissements se partagent cette enveloppe : les établissements sanitaires sous dotation globale, les cliniques privées et les établissements médico-sociaux.

- **Les établissements sanitaires publics** sont des hôpitaux fonctionnant sous dotation globale. La dotation globale qui représente environ 99 % des recettes des établissements hospitaliers, s'est élevée pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie, à 43,4 milliards d'euros en 2002, soit une progression de 6,4 % sur l'année précédente. La part financée par le Régime général (36 milliards d'euros)⁷ a augmenté de 5,7 %. Si elle reste bien inférieure à la progression des soins de ville, l'évolution de la dotation globale hospitalière ne cesse cependant elle aussi de s'accélérer : elle était de 3,7 % en 2000, 4,8 % en 2001 et atteint 6,4 % en 2002.

L'entrée des hôpitaux militaires dans le périmètre des établissements fonctionnant sous dotation globale engendre une charge supplémentaire de 291 millions d'euros (216 millions pour le Régime général) ; il y a donc de ce fait un transfert de charges du poste « autres frais d'hospitalisation » vers le poste « établissements sanitaires sous dotation globale ».

⁷ En métropole, le Régime général finance 84 % de la dotation globale.

Par ailleurs, une dotation exceptionnelle de 300 millions d'euros s'est avérée nécessaire en septembre 2002 pour financer des mesures de santé publique et d'organisation de soins, des mesures relatives au personnel ainsi que pour soulager un certain nombre de tensions budgétaires qui, en cas de report de charges, risquaient l'année suivante, de grever les budgets des établissements. En outre, une enveloppe supplémentaire de 370 millions d'euros a permis de provisionner le financement de la RTT dans les hôpitaux (compte épargne-temps).

Le plan de revalorisation du personnel hospitalier de 2001 a fait l'objet, pour chacun des exercices 2001 et 2002, de versements aux établissements à hauteur de 304 millions d'euros. Ces versements, qui sont intervenus en 2002, ont été financés sur crédits d'Etat et ne figurent pas dans les comptes de l'Assurance Maladie pour cette année. En revanche, ils sont repris en base dans la dotation globale versée à partir de 2003.

L'ONDAM

L'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) comprend l'ensemble des dépenses de prestations légales remboursées par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les risques maladie, maternité et accidents du travail. Les indemnités journalières versées au titre de la maternité et les rentes d'accidents du travail en sont exclues. Depuis 2002, l'ONDAM est fixé en droits constatés. Ne sont donc comptabilisés que les remboursements se rapportant à la consommation de soins effectuée pendant l'année.

Par ailleurs, il convient de préciser que :

- L'ONDAM est un objectif voté par le Parlement. Il est unique et voté pour l'ensemble des Régimes et des risques. Toute décomposition de cet objectif (par régime ou par risque) est conventionnelle ;
- L'ONDAM, une fois voté, est décliné en enveloppes « soins de ville » et « établissements d'hospitalisation » par le gouvernement. Ces deux enveloppes concernent la Métropole. L'ensemble des dépenses correspondant aux DOM-TOM est regroupé sur une ligne DOM.

- Les réalisations « tous régimes » **des cliniques privées** atteignent 7,1 milliards d'euros en 2002, dépassant ainsi l'objectif fixé de 126 millions d'euros. Au total, les dépenses de ce secteur ont progressé de +7,3 %, taux de croissance à comparer avec la progression de l'enveloppe (+3,9 %).
- **Les établissements médico-sociaux** recouvrent d'une part la prise en charge de l'enfance inadaptée et des adultes handicapés et d'autre part celle des personnes âgées. Pour l'ensemble des régimes, les dépenses de ce secteur se montent à 8,3 milliards d'euros en 2002 soit un respect de l'objectif qui leur était fixé Ceci ne doit cependant pas faire oublier que la progression de la dépense de ces établissements est importante : 8,7 % en 2002, 6,3 % en 2001 et 7,1 % en 2000.

Les dépenses relevant du seul régime général représentent 5 milliards d'euros pour le secteur « enfance inadaptée - adultes handicapés » en progression de 7,2 % sur l'année 2001. Environ 75 % de cette somme (3,8 milliards d'euros) concerne l'enfance inadaptée.

Régime Général - hors DOM - Risque maladie

(en milliers d'euros)

VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	2002	2001	TAUX D'EVOLUTION (EN %)
a) Enfance inadaptée	3 789 925	3 570 588	+ 6.1
Enfance inadaptée (hors DG)	3 443 378	3 506 806	- 1.8
CAMSP	69 046	61 962	+ 11.4
SESSAD	277 501	1 820	NS
b) Adultes handicapés	1 205 518	1 093 019	+ 10.3
Adultes handicapés (hors DG)	1 161 863	1 063 189	+ 9.3
CCAA	34 108	29 830	+ 14.3
ACT	9 547	0	///
c) Personnes âgées	2 039 591	1 750 567	+ 16.5
Personnes âgées (hors DG)	1 628	2 404	- 32.3
Médicalisation EHPA	1 296 162	1 328 978	- 2.5
EHPAD (hors long séjour) décret avril 99	271 084	0	///
SSAD	470 717	419 185	+ 12.3
d) Total autres prestations médico-sociales	3 804	2 221	+ 71.3
Autres prestations médico-sociales (hors DG)	3 390	2 221	+ 52.6
ESVAD	414	0	///
Total prestations médico-sociales (secteurs privé et public)	7 038 838	6 416 395	+ 9.7

Régime Général - hors DOM – Risque accidents du travail

(en milliers d'euros)

VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	2002	2001	TAUX D'EVOLUTION (EN %)
a) Enfance inadaptée	1 428	66	NS
b) Adultes handicapés	53 313	46 380	+ 14.9
Total prestations médico-sociales (secteurs privé et public)	54 741	46 446	+ 17.9

Pour l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées, les dépenses ont augmenté en 2002 de + 16,5 % par rapport à 2001. Ce taux est beaucoup plus élevé que celui, pourtant fort, observé pour les établissements s'occupant des personnes handicapés.

Telles sont, en résumé, les caractéristiques principales des évolutions intervenues dans les versements de l'Assurance Maladie aux établissements sanitaires et médico-sociaux.

I. LA PROGRESSION DES SOINS DE VILLE

La progression des soins de ville remboursés par le Régime général s'est établie à 7,7 %⁸. Cette progression est la plus élevée depuis la mise en place de l'ONDAM en 1997. Elle s'inscrit dans le droit fil des fortes hausses que connaissent les soins de ville depuis 1998. Le tassement en volume observé par rapport à 2001 et 2000 est plus que compensé par l'effet des revalorisations tarifaires et des modifications de nomenclature intervenues en 2002.

⁸ La progression en valeur pour l'ensemble des régimes est également de l'ordre de 7,7%. Cette estimation « tous régimes » est celle de la commission des comptes de la Sécurité sociale réunie le 23 septembre 2003 ; elle s'entend avant prise en compte des reversements de l'industrie pharmaceutique.

Soins de ville remboursés par le Régime Général
croissance annuelle en valeur et en volume

ANNEES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
en valeur	6,6%	0,8%	3,4%	6,4%	5,6%	7,3%	7,1%	7,7%
en volume	4,2%	0,2%	2,9%	5,9%	5,2%	7,0%	7,2%	6,4%(*)

(*) 6,1 % hors effet de nomenclature

1. L'activité des professions de santé est restée soutenue en 2002

1.1 Une progression du volume des soins de ville qui a été forte durant toute l'année

La progression globale en volume des soins de ville est de 6,4 % sur l'année 2002. Cette progression bien que moins élevée que celle observée en 2000 et 2001, (respectivement 7,0 % et 7,2 %) reste importante. D'autant que ni l'acquis de croissance dont hérite l'année, ni la présence d'épisodes épidémiques n'ont réellement pesé sur l'activité.

➤ L'acquis de croissance⁹.

Compte tenu du faible rythme de croissance en volume des deux derniers trimestres 2001, l'année 2002 débute avec une croissance acquise relative faible, puisqu'elle n'est que de +1,7 %, soit environ un point de moins que la croissance dont avait hérité l'année 2001 (+2,5 %).

➤ Les épisodes épidémiques

Seule une assez forte épidémie de grippe en début d'année a vraisemblablement stimulé l'activité des médecins généralistes : *« L'épidémie de syndromes grippaux a débuté dans la semaine du 31 décembre et s'est terminée durant la semaine du 18 au 24 février 2002. La durée totale de l'épidémie a été de huit semaines. Durant cette période, plus de 2 100 000 patients auraient consulté leur médecin généraliste pour une grippe clinique en France métropolitaine. »*¹⁰

➤ La situation économique

Après le ralentissement de l'année 2001, l'économie française n'a pas connu en 2002 la reprise attendue. Dans un contexte international défavorable, marqué par les attentats du 11 septembre aux Etats-Unis, le PIB n'a progressé que de 1,2 % en volume, une progression très en retrait sur celle de 2001 (+1,8 %). Malgré une demande des ménages qui est restée relativement soutenue, la faiblesse de la croissance débouche en fin d'année sur une hausse du chômage.

Les comportements qui déterminent les liens entre la conjoncture économique et la dynamique des dépenses restent peu connus. On sait par expérience, qu'un ralentissement de la croissance économique ne se traduit pas, en tout cas pas de façon immédiate, par un ralentissement prononcé de la progression des dépenses de santé. La CNAMTS a constaté également sur la période 1994-2000 que l'activité des médecins généralistes libéraux, surtout sensible aux phénomènes épidémiques, est peu affectée par la conjoncture économique. Cela ne semble pas être le cas pour les médecins spécialistes dont l'activité apparaît, en première approche, davantage liée à la conjoncture économique¹¹.

⁹ Il consiste à évaluer la croissance annuelle si le niveau de consommation se stabilisait au niveau moyen des trois derniers mois de l'année précédente.

¹⁰ Surveillance épidémiologique du réseau SENTINELLES. – janvier – décembre 2002. Equipe INSERM du réseau SENTINELLES.

¹¹ Cf. point de conjoncture n° 1- Les honoraires médicaux et paramédicaux : des évolutions contrastées. mai 2002 p. 11

La relative inertie des dépenses par rapport à la conjoncture économique ne se retrouve pas en revanche du côté des recettes. Une dégradation de la conjoncture conduit inéluctablement à une dégradation rapide des comptes de l'assurance maladie. L'année 2002 ne contredit pas cette règle : La forte contraction de la masse salariale (+ 3,2 % en 2002 contre + 6,4 % en 2000 et 6,5 % en 2001), liée notamment à la faible progression de l'emploi, provoque un important ralentissement des recettes de cotisations (+ 2,2 % en 2002 contre + 6,3% en 2001) ainsi qu'une faible croissance des recettes de CSG.

1.2 L'activité des différentes professions de santé au fil des trimestres

Après deux derniers trimestres 2001 affichant un volume d'activité relativement modéré, le premier trimestre de l'année 2002 marque une reprise de la consommation médicale avec une progression de + 1,8 %. Participent à cette reprise les soins liés à la médecine générale ou spécialisée, les analyses médicales et les indemnités journalières. Cette reprise se prolonge aux second (+ 1,6 %) et troisième trimestres (+ 1,4 %) pour tous ces postes de dépenses, sauf pour ceux liés aux soins dispensés par les médecins généralistes. Elle se renforce même pour les médecins spécialistes, les analyses biologiques, les prothèses internes et externes et les indemnités journalières.

Le dernier trimestre 2002 (+ 2,1 %) connaîtra un regain d'activité des médecins généralistes. L'activité des médecins spécialistes et des laboratoires d'analyses biologiques restera particulièrement soutenue.

La progression en volume de l'activité de l'ensemble des professionnels de santé qui s'est globalement établie à 3,7 %, est assez inégale selon les professions :

- les généralistes dont l'activité avait déjà faibli en 2001 enregistrent cette année une nouvelle diminution d'activité (- 1,4 %).
- Même s'il s'agit de progressions encore confortables, l'activité des masseurs kinésithérapeutes et celle des transporteurs sanitaires progressent moins vite qu'en 2001 : respectivement + 5,3 % contre + 11 % et + 8,1 % contre + 9,4%. L'activité des dentistes ne progresse en 2002 que de 2,8 % contre 10,2 % l'année précédente.
- Les infirmières (+ 3,8 %) et les sages-femmes (+ 10,1 %) maintiennent le rythme de progression de leur activité.
- En revanche, les médecins spécialistes libéraux ainsi que les laboratoires d'analyses médicales affichent en 2002 une évolution de leur activité largement supérieure à celle de l'année précédente : + 3,9 % contre + 2,9 % pour les spécialistes et + 9 % contre + 8,0 % pour les laboratoires.

2. Les autres soins de ville enregistrent globalement une forte progression

Les autres soins de ville comprennent essentiellement les dépenses de médicaments, les indemnités journalières et les produits et prestations inscrits à la LPP (ex TIPS). Ils représentent au total 53 % de l'enveloppe de soins de ville. Globalement, ils ont progressé de + 8,3 % en 2002.

2.1 La croissance des dépenses de médicaments a cependant été moins vive en 2002

Sur l'ensemble de l'année 2002, les remboursements de médicaments ont évolué de + 7,4 % en valeur¹². Cette progression encore soutenue est toutefois assez nettement inférieure à celle enregistrée les années précédentes.

- **La prescription de médicaments faite par les médecins libéraux** a évolué de façon relativement modérée en 2002. La croissance de leurs prescriptions est en effet de + 5,5 % (+ 4,6 % pour les omnipraticiens et + 8,7 % pour les médecins spécialistes), chiffres à comparer avec les taux de + 8,3 % et + 10,5 % de croissance connus respectivement en 2001 et 2000. Il y a donc bien eu décélération de ces dépenses en 2002. Cette décélération pourrait être due au fléchissement de l'activité des médecins généralistes en 2002¹³ ainsi qu'aux diverses actions conduites avec eux sur le médicament (prescriptions en DCI et en génériques, antibiotiques ...). On sait en effet que les médecins généralistes prescrivent plus de 85 % du total de la pharmacie remboursable.
- De plus, certaines mesures d'ordre réglementaire ont pu participer à cette moindre croissance :
 - des baisses de prix négociées par le Comité Economique des Produits de Santé sur les spécialités à service médical rendu insuffisant¹⁴
 - d'autres baisses de prix négociées au cours du 2^{ème} trimestre 2001 pour des spécialités qui sont source de dépenses importantes (inhibiteurs de la pompe à protons, anti-hypertenseurs, anti-émétiques, anti-cholestérol, hormones de croissance, certains anti-dépresseurs, antibiotiques,...)
- **Le taux de délivrance des médicaments génériques** a enregistré une nette progression, dès la fin du second trimestre 2002. Le 5 juin 2002, les syndicats - représentatifs des médecins généralistes et les trois Caisses nationales d'assurance maladie ont signé un accord stipulant notamment qu'*«en contrepartie de la revalorisation de l'acte de soins, tous les médecins s'engagent conventionnellement à établir leurs prescriptions médicamenteuses en dénomination commune »*.

La première année, les médecins généralistes se sont engagés à établir au moins 25% de leurs lignes de prescription en dénomination commune ou générique, dont la moitié sous forme de génériques.

Cet accord a, de toute évidence, été appliqué sans délai par les médecins généralistes.

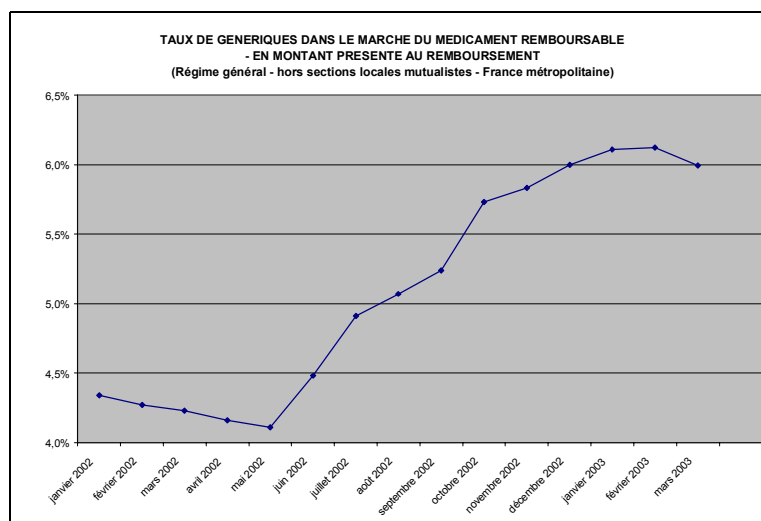
¹² En année de soins, cette croissance est même un peu plus faible : +6,7%.

¹³ Cette activité, mesurée par le nombre de C + V remboursées dans l'année a diminué de 0,8 %.

¹⁴ Un médicament est inscrit sur la liste des médicaments remboursables s'il est démontré qu'il apporte soit une amélioration du service médical rendu (SMR) en termes d'efficacité thérapeutique ou, le cas échéant, d'effet secondaire ; soit une économie dans le coût du traitement médicamenteux. Il existe quatre niveaux de SMR : majeur ou important, modéré, faible mais justifiant une prise en charge collective, insuffisant pour justifier une prise en charge collective.

Le graphique suivant le montre clairement.

Alors que la tendance était clairement à la baisse depuis quelques mois, le taux des génériques s'est mis à croître de façon importante dès le mois de juin 2002.



A la fin 2002, parmi les médicaments qui peuvent être délivrés sous forme de génériques, près d'une boîte sur deux est effectivement un produit générique.

Sur l'ensemble de l'année 2002, les médicaments génériques ont permis d'économiser environ 240 millions d'euros sur un potentiel total de 720 millions d'euros supplémentaires dans un marché du médicament remboursable qui pèse près de 15 milliards¹⁵.

- **La croissance soutenue, exceptionnellement rapide même, de la rétrocession hospitalière** constitue une caractéristique essentielle de l'année 2002. On appelle rétrocession hospitalière la dispensation par une pharmacie hospitalière de médicaments destinés aux traitements de maladies suivies en milieu hospitalier, à des patients ambulatoires. La dépense correspondante n'est pas imputable au budget global de l'hôpital mais relève de l'enveloppe de soins de ville.

Ainsi, en 2002, la CNAMTS a remboursé un peu plus de 1 milliard d'euros au titre de la rétrocession hospitalière, soit 7 % de la dépense annuelle de pharmacie remboursable. Les remboursements relatifs aux médicaments rétrocédés ont progressé de + 30,7 % en 2002. En 2001, la rétrocession hospitalière avait déjà crû de + 16,7 %.

Il convient de noter que les délais de remboursement de ces médicaments sont très longs : environ 8 à 10 mois sont nécessaires pour reconstituer 95 % de la dépense d'un mois de soins. Ainsi, les délivrances faites au cours de l'année 2002 ne sont pas encore complètement connues¹⁶. En revanche, entre 2000 et 2001, la rétrocession hospitalière a crû de 25 % en droits constatés.

Il est évident que le cadre réglementaire de la rétrocession hospitalière gagnerait à être précisé. La CNAMTS a d'ailleurs fait en ce sens des propositions de textes aux pouvoirs publics.

¹⁵ Estimations faites pour l'ensemble des régimes à partir des données du régime général

¹⁶ En année de délivrance (et non de remboursements), le taux d'évolution de la rétrocession hospitalière sera probablement de 25 % en 2002.

2.2 Les indemnités journalières ont très rapidement progressé

En 2002, la progression des indemnités journalières atteint 11 %. Cette forte progression est tout à la fois le fait de la croissance des indemnités journalières relevant du risque maladie et de celles liées au risque accidents du travail. Elles ne relèvent pas toutes deux du même registre d'explications.

- **Les indemnités journalières liées aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles**

Le montant des indemnités journalières versées au titre des AT/MP a fortement progressé en 2002 : + 13.5 %. Leur croissance a du reste, été forte durant les dernières années : + 60 % entre 1997 et 2001. Cette hausse du montant des indemnités journalières AT/MP peut s'expliquer pour moitié par l'augmentation du nombre de salariés (30 %) et la hausse du salaire moyen (20 %). L'allongement de la durée des arrêts et le vieillissement de la population active contribuent également de façon notable à la progression de ces dépenses.

- Les maladies professionnelles interviennent à hauteur de 5,5 % dans l'évolution des indemnités journalières liées aux risques professionnels. Elles progressent assez sensiblement : + 40 % de croissance pour les arrêts courts (inférieurs à 28 jours) et même + 50 % pour les arrêts de longue durée entre 1999 et 2001. De plus, la durée moyenne des arrêts longs a tendance à croître : + 9 % entre 1999 et 2001.
- Un même constat peut être dressé concernant les accidents du travail : l'augmentation du nombre des arrêts est alimentée par la progression des arrêts de longue durée (+25 % entre 2000 et 2001). En outre, la durée des arrêts longs augmente ; elle passe à 103 jours en 2001, soit une augmentation de 17 %.
- Les accidents de trajet évoluent en revanche très faiblement et n'expliquent pas véritablement la hausse des prestations en espèces de la branche.

Si la branche AT-MP s'est ressentie, en matière de prestations en espèces, de l'effet mécanique de la reprise économique, elle a enregistré également les conséquences d'un allongement de la durée des arrêts. Cet allongement peut être expliqué par un temps de récupération et de réparation des capacités de travail de plus en plus long et - on peut le penser - par l'avancée en âge des travailleurs : *« Si le nombre des accidents du travail est plus important chez les personnes jeunes, les arrêts du travail s'allongent au fur et à mesure que l'âge des victimes augmente. Cet effet peut s'expliquer par l'usure du corps et par des temps de récupération plus longs avec l'âge »*¹⁷. Si tel était le cas, il faudrait voir là un effet du vieillissement de la population active française, effet appelé bien sûr à se prolonger dans les années à venir.

- **Les indemnités journalières maladie**

En dates de soins, les indemnités journalières maladie ont progressé de 10,1 % en 2002. Cette progression était de + 7,6 % en 2001 et de +8,8 % en 2000. Les taux de croissance de ces dépenses sont bien plus élevés encore si l'on ne considère que les indemnités journalières de longue durée : + 19,3 % en 2002 et + 7,4 % en 2001. Ce sont bien évidemment les arrêts les plus longs qui coûtent le plus cher à l'assurance maladie.

¹⁷ Une analyse détaillée de cette question a été réalisée par la Direction des risques professionnels de la CNAMTS. Elle est consultable dans le point de conjoncture n° 11, mars 2003.

Or, l'essentiel de la croissance des arrêts de travail de longue durée se concentre sur la tranche d'âges 55-59 ans. La population appartenant à cette tranche d'âges croît plutôt rapidement. Entre 2000 et 2002, elle a augmenté de 13 % ; une augmentation qui se poursuivra jusqu'en 2007 en raison du baby boom du lendemain de la seconde guerre mondiale. Ceci explique une partie du dynamisme des indemnités journalières de longue durée mais une partie seulement. Il faut savoir en effet, que pour cette tranche d'âges l'augmentation du nombre d'indemnités versées est de + 25 % entre les premiers trimestres 2000 et 2002, pratiquement le double de la croissance de la population.

Le développement relatif des prescriptions d'arrêts maladie de longue durée a certainement des origines multiples. On peut penser à la lumière de ces chiffres qu'elle est, au moins en partie, à mettre en rapport avec la situation du marché du travail pour les salariés appartenant à cette tranche d'âges. La forte diminution des bénéficiaires de dispositifs de cessation anticipée d'activité ainsi que le fait que les indemnités maladie versées à des chômeurs retardent d'autant la date de fin de versement des allocations chômage favoriseraient la substitution d'indemnités maladie à des allocations chômage. Le vieillissement de population, associé ici à ce qui serait une confusion des risques, explique très probablement une part importante de la croissance de ce poste de dépenses.

2.3 Les biens médicaux (LPP) sont également en augmentation sensible

Le montant de l'ensemble des prestations placées sous la rubrique LPP (ex TIPS) a augmenté de 12,1 % durant l'année 2002.

3. Les perspectives pour l'année 2003

3.1 La croissance des dépenses est restée soutenue jusqu'au deuxième trimestre 2003

Au vu des remboursements du mois d'août, on peut porter aujourd'hui une première appréciation sur la consommation médicale du premier semestre 2003.

Alors que le mois de mai a été un mois de consommation relativement faible, le mois de juin 2003 se situe dans le prolongement de la tendance observée depuis la fin de l'année 2002.

Cette tendance amorcerait cependant un léger fléchissement au cours du troisième trimestre. Ainsi, sur la base des résultats déjà acquis, le rythme trimestriel moyen de croissance des dépenses déléguées, c'est-à-dire les honoraires perçus par les professions médicales et paramédicales, ceux des laboratoires d'analyses médicales et ceux des transporteurs de malades, serait d'environ + 0,9 % en volume sur l'ensemble de l'année 2003 (contre + 1,4 % en 2002).

Au cours du mois de juin, les postes de soins dispensés « sans ticket modérateur » ont connu un fort rebond. Il s'agit notamment des consultations et visites des généralistes et des consultations de spécialistes prises en charge à 100 %, ainsi que des médicaments également remboursés à 100 %. L'évolution de ces soins en fin de semestre pourrait être la résultante d'un report d'une partie de la consommation du mois de mai sur le mois de juin. Pour les autres postes de consommation des dépenses déléguées, le mois de juin se caractérise par un retour à la tendance antérieure, sans plus.

En raison tout à la fois de l'absence d'épidémie de grippe véritable en début d'année, et d'une consommation médicale faible en mai, le volume des dépenses déléguées a évolué sur un rythme de croissance relativement modéré au cours du premier semestre 2003 : + 0,8 % au premier trimestre et + 0,6 % au deuxième trimestre.

Les autres soins de ville ne suivent pas, en revanche, la même évolution. Le rythme de croissance de l'ensemble des soins de ville retrouve en effet au second trimestre 2003 celui du dernier trimestre 2002. Les taux de croissance apparaissent même élevés au deuxième trimestre pour les indemnités journalières (+ 3,2 %) , et les produits médicaux inscrits sur liste (ex TIPS : + 4,0 %).

**L'évolution trimestrielle des soins de ville et plus particulièrement
des honoraires des principales professions de santé
du début de l'année 2002 au second semestre de l'année 2003**

	2002T1	2002T2	2002T3	2002T4	2003T1 (réalisation)	2003T2 (estimation)	2003T3 (projection)
soins de ville							
- valeur	2,1%	2,2%	2,6%	2,2%	0,5%	2,3%	2,1%
- volume	1,7%	1,7%	1,4%	2,1%	0,4%	2,2%	2,0%
dépenses déléguées							
- valeur	1,9%	2,0%	3,7%	2,1%	1,0%	0,9%	1,4%
- volume	0,9%	1,3%	1,4%	1,8%	0,8%	0,6%	1,3%

La consommation de médicaments évolue elle aussi à un rythme soutenu au cours du deuxième trimestre : +3,7 %. Cependant, la mise en œuvre, au mois de juin, d'une baisse des taux de remboursement (de 65 % à 35 %) pour 617 médicaments à service médical rendu jugé faible ou modéré ramène l'évolution des dépenses engagées par le régime général à + 3,2 % pour ce trimestre.

3.2 Le rythme de croissance devrait cependant s'infléchir au cours du troisième trimestre 2003

Suivant les informations, encore provisoires, disponibles aujourd'hui, le mois d'août apparaît comme un mois de dépenses modérées. Au travers des remboursements qui sont intervenus en août, l'activité des généralistes, notamment, semble avoir été à peu près la même que d'habitude à pareille époque.

Les remboursements des trois derniers mois ont globalement progressé de façon très modérée, sans que le nombre de dossiers en instance en fin de mois n'ait augmenté.

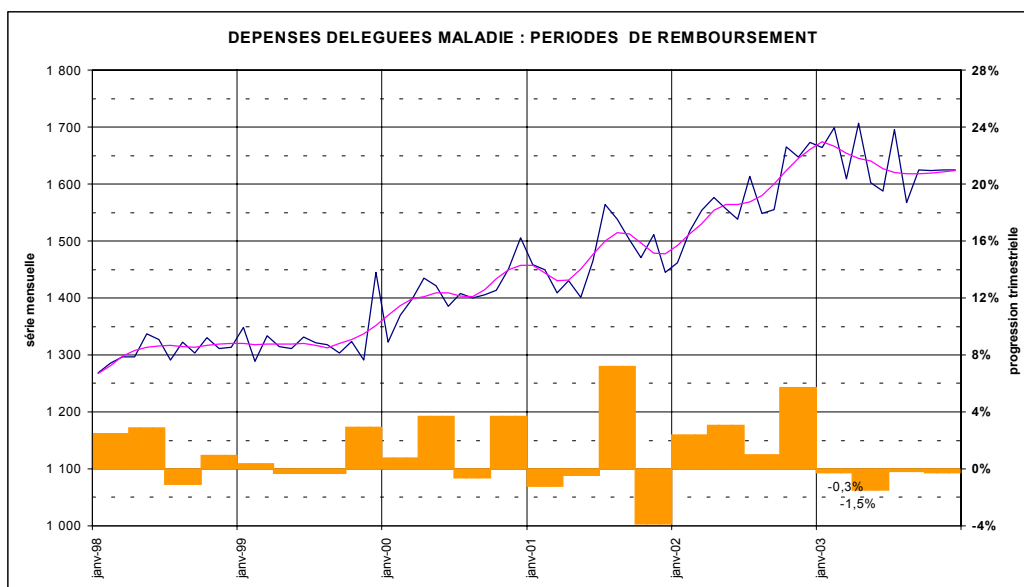
Au total, dans une conjoncture où les délais de remboursement paraissent se stabiliser à un niveau historiquement bas, le rythme de croissance des remboursements effectués au fil des derniers mois, semble constituer aujourd'hui un bon indicateur avancé de l'évolution récente de la consommation médicale. Suivant les informations disponibles à ce jour, la croissance de la consommation de soins de ville pourrait avoir amorcé un fléchissement durant les tout derniers mois. Sur la base de ces toutes dernières tendances, la croissance des soins de ville pourrait être ramenée, en valeur, à + 7 %, voire même un peu moins si cette tendance s'amplifiait. Le volume des soins de ville connaîtrait ainsi, sur l'ensemble de l'année 2003, une progression ralentie, de l'ordre de 5 à 5,5 %.

Cette décélération est sensible en premier lieu sur les indemnités journalières liées à des arrêts de travail de courte durée. De façon plus générale, ce fléchissement semble plus net pour ce qui concerne les prescriptions (les soins dispensés par les auxiliaires médicaux et les actes d'analyses médicales) que pour ce qui concerne l'activité des médecins (généralistes ou spécialistes).

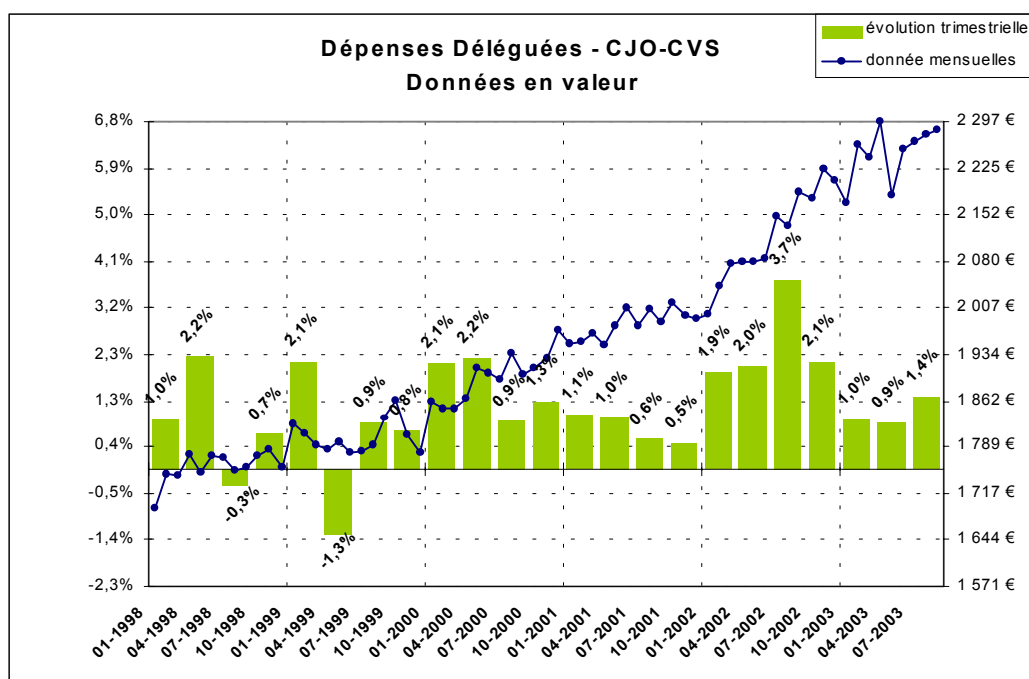
Ce tassement des rythmes de croissance apparaît néanmoins très relatif. Il est du reste bien trop tôt pour se prononcer sur son caractère durable ou non. En tout état de cause la croissance en valeur des soins de ville ne devrait pas sensiblement s'écarter en 2003 de la croissance moyenne des cinq années précédentes (+ 6,8 %). Les tendances récentes ne modifient donc guère l'ampleur du problème financier que pose le déséquilibre de la branche maladie.

Des trimestres de remboursements aux trimestres de soins : Les honoraires des principales professions de santé

1. Interprétation à partir des mois de remboursements



2. Interprétation à partir des mois de soins



II. LES COMPOSANTES DE LA PROGRESSION DES DEPENSES

1. Un objectif de dépenses voté systématiquement dépassé

On peut considérer qu'annuellement, l'ONDAM accorde par rapport aux réalisations de l'année précédente, un supplément de dépenses compatible avec le respect de la loi de financement de la sécurité sociale. Mise à part l'année 1997, les dépenses relevant des soins de ville ont chaque année largement dépassé ce supplément théorique de dépenses.

En 2002, pour l'ensemble des régimes, la loi de financement permettait un supplément de dépenses de 1,2 milliard d'euros. Or, l'accroissement total de dépenses (c'est-à-dire l'écart entre les réalisations 2001 et 2002) engendré par les soins de ville s'est élevé à 4 milliards d'euros ; le dépassement a donc été de 2,8 milliards d'euros.

Pour le seul régime général¹⁸, le supplément de dépenses peut être évalué à environ 3,3 milliards d'euros, soit 1 milliard d'euros de supplément de dépenses escompté et 2,3 milliards de dépassement.

SOINS DE VILLE : REALISATION, OBJECTIF ET DEPASSEMENT **ENSEMBLE DES REGIMES ET REGIME GENERAL**

(en milliards d'euros)

ENSEMBLE DES REGIMES MILLIONS D'EUROS	REALISATIONS 2001	OBJECTIF 2002	REALISATIONS 2002	SUPPLEMENT DE DEPENSES	SUPPLEMENT DE DEPENSES VOTEES	DEPASSEMENT
Soins de ville	50,5	51,7	54,5	4,0	1,2	2,8
- objectif de dépenses déléguées	23,4	23,9	25	1,7	0,5	1,2
- autres soins de ville	27,1	27,8	29,5	2,3	0,7	1,6

(en milliards d'euros)

REGIME GENERAL MILLIONS D'EUROS	REALISATIONS 2001	OBJECTIF 2002	REALISATIONS 2002	SUPPLEMENT DE DEPENSES	SUPPLEMENT DE DEPENSES VOTEES	DEPASSEMENT
Soins de ville	42,3	43,3	45,6	3,3	1,0	2,3
- objectif de dépenses déléguées	19,8	20,3	21,2	1,4	0,4	0,9
- autres soins de ville	22,5	23,1	24,4	1,9	0,6	1,4

Le dépassement est donc plus de deux fois supérieur au supplément de dépenses voté. Cette situation qui s'est répétée chaque année depuis 1998 engendre fatalement un coût financier massif. Elle est d'autant plus insupportable lorsque les recettes s'établissent à un niveau inférieur aux prévisions de la loi de financement.

(en milliards d'euros)

SOINS DE VILLE	1996	1997	1998	1999	2000	2001 (Enc. Déc.)	2001 (Droits constatés)	2002
ENVELOPPE VOTEE		39,9	40,8	41,9	44,5	47,6	47,7	51,7
DEPENSE EFFECTIVE	39,1	39,8	42,1	43,6	47,0	50,4	50,5	54,5
Supplément de dépense votée		0,8	0,9	-0,2	0,8	0,6		1,2
Dépassement		-0	1,3	1,8	2,6	2,8	2,9	2,8

Au total, l'enveloppe soins de ville qui était d'environ 39,1 milliards d'euros en 1997 atteint 54,5 milliards d'euros en 2002. Cet accroissement de dépenses de 15,3 milliards d'euros se compose pour l'essentiel de 11,3 milliards d'euros de dépassement.

¹⁸ La construction de ce tableau pour le régime général nécessite de déterminer un objectif « soins de ville » pour la CNAMTS ce qui a été obtenu en appliquant à l'objectif tous régimes 2002 la part du Régime général dans les réalisations 2001.

Les dépassements ont donc été pratiquement toujours plus importants que la progression attendue (*faut-il dire espérée ?*) des dépenses. L'essentiel de la croissance de l'enveloppe de soins de ville est bien lié aux dérapages des dépenses, au-delà des objectifs fixés. Il devient aujourd'hui primordial d'en connaître les raisons. Quelles sont-elles pour l'année 2002 ?

2. Comment expliquer ce dérapage des dépenses ?

2.1 Les augmentations respectives des volumes et des prix

Une première piste consiste à départager l'effet des variations d'activité et des revalorisations sur l'évolution des dépenses. Ce partage classique permet également de repérer les prestations dont l'évolution semble anormale.

Ainsi, lorsque l'on décompose les évolutions en effet volume et en effet prix, on note que les mesures de nomenclature et les effets tarifaires pèsent certes d'un poids non négligeable dans l'évolution des soins de ville de l'année 2002, mais que la part du volume reste décisive. Pour une évolution totale des soins de ville de 7,7 %, le volume d'activité a progressé de 6,1 %, le cumul des effets nomenclature et tarifaires représentant 1,6 %.

EFFET VOLUME ET EFFET TARIFAIRES EN 2002

	PART DU POSTE DANS LES SDV EN 2001	EFFET DES MESURES DE NOMENCLATURE	EFFET DES MESURES TARIFAIRES	VOLUME 2002	EVOLUTION GLOBALE 2001-2002
soins de ville		0,3%	1,3%	6,1%	7,7%
dépenses déléguées	46,0%	0,6%	2,7%	3,7%	7,0%
généralistes	9,1%	0,5%	8,1%	-1,4%	7,2%
spécialistes	14,6%	0,9%	0,2%	3,9%	5,0%
dentistes	5,0%			2,8%	2,9%
sages femmes	0,1%		1,2%	10,1%	11,3%
infirmières	4,1%		6,2%	3,8%	9,9%
masseurs- kinesithérapeutes	3,9%		2,9%	5,3%	8,2%
orthophonistes	0,6%	1,0%	5,4%	6,7%	13,3%
orthoptistes	0,1%	5,8%	1,4%	5,6%	12,8%
laboratoires	4,7%	0,5%	1,5%	9,0%	10,9%
transports	3,6%	1,3%		8,1%	9,4%
médicaments	32,6%				6,7%
produits et prestations	5,5%				12,1%
indemnités journalières	14,0%				

Les responsabilités respectives des volumes et des prix sont, il est vrai, plus équilibrées si l'on ne considère que les dépenses déléguées (3,8 % de volume et 3,3 % de valeur pour une progression totale de 7,1 %). Deux professions dont le poids est important dans l'évolution des soins de ville ont connu de fortes revalorisations : les médecins généralistes et les infirmières. En revanche, du côté des médecins spécialistes et surtout du côté des transports et des analyses biologiques, l'effet volume reste prépondérant.

COUT DES REVALORISATIONS DE TARIFS INTERVENUES EN 2002

(En millions d'euros)

PROFESSIONS DE SANTE	MESURES	EFFET EN 2002	EFFET EN ANNEE PLEINE
GENERALISTES	Création de la majoration de déplacement	41,8	117,3
	Extension du champs de la MMD	14,6	17,5
	Revalorisation de la lettre clé C	231,3	349,4
	Revalorisation de la lettre clé V	72,2	144,5
	Revalorisation de la majo de nuit+création de la MM	19,0	20,7
Sommes Généralistes		295,2	414,7
INFIRMIERES	Revalorisation de la lettre clé AIS	36,6	73,2
	Revalorisation de la lettre clé AMI	34,4	41,2
	Revalorisation de la majo de nuit+création de la MM	0,1	0,1
	Revalorisation des lettres clé IFD et IK	31,7	38,0
Sommes Généralistes		102,8	152,7
KINESITHERAPEUTES	Revalorisation des lettres clé AMC,AMK et AMS	52,3	54,6
Sommes kinésithérapeutes		52,3	54,6
LABORATOIRES	Revalorisation de la lettre clé B	24,2	48,4
Sommes Laboratoires		24,2	48,4
ORTHOPHONISTES	Revalorisation de la lettre clé AMO	12,5	15,8
Sommes Orthophonistes		12,5	15,8
ORTHOPTISTES	Revalorisation de la lettre clé AMY	0,3	0,7
Sommes orthoptistes		0,3	0,7
SAGES FEMMES	Revalorisation de la lettre clé C	0,3	1,4
	Revalorisation de la lettre clé SF	0,1	0,5
	Revalorisation de la lettre clé V	0	0
	Revalorisation de la majo de nuit+création de la MM	0	0
	Revalorisation de la lettre majo férié	0	0
Sommes Sages-Femmes		0,5	2,0
SPECIALISTES	Revalorisation de la majo de nuit+création de la MM	0	0
Sommes Spécialistes		0	0
TOTAL		488	689

Les dépenses déléguées toutefois, ne représentent que 47 % des soins de ville, le complément, c'est-à-dire les autres soins de ville, est composé pour l'essentiel des dépenses de médicaments, des biens médicaux figurant sur la LPP (Liste des Produits et Prestations) et des indemnités journalières. Ces prestations ont progressé de façon particulièrement rapide en 2002 et ont pris une part importante dans la croissance de l'enveloppe de soins de ville : c'est le cas notamment du poste *indemnités journalières*. Il est cependant plus délicat pour ces prestations de procéder à une décomposition *volume - prix* identique à celle des dépenses déléguées¹⁹.

Au total, l'apport de ce type d'analyse, qui peut être aussi détaillée qu'on le désire²⁰, reste malgré tout limité. Cette analyse permet de repérer les évolutions en volume les plus fortes ou encore de calculer l'impact financier d'une revalorisation, d'une modification de la nomenclature des actes médicaux et de mesurer les effets report qui pèseront sur les évolutions futures. Mais concernant l'analyse des causes du respect ou du non respect de l'ONDAM, elle n'autorise qu'une réflexion a posteriori pointant l'activité ou le poste de prescriptions « responsable » d'une part importante des dérives financières. Une telle réflexion n'est efficace que si le dérapage des dépenses reste limité.

¹⁹ Les prix qui sont utilisés ici sont ceux des postes correspondant de l'indice des prix de l'INSEE, ou, pour les prestations en espèces, les indices de salaire moyen du ministère du travail.

²⁰ Il serait possible en effet de détailler à l'infini cette décomposition volume-prix : selon les spécialités, selon les régions, selon les périodes de l'année...

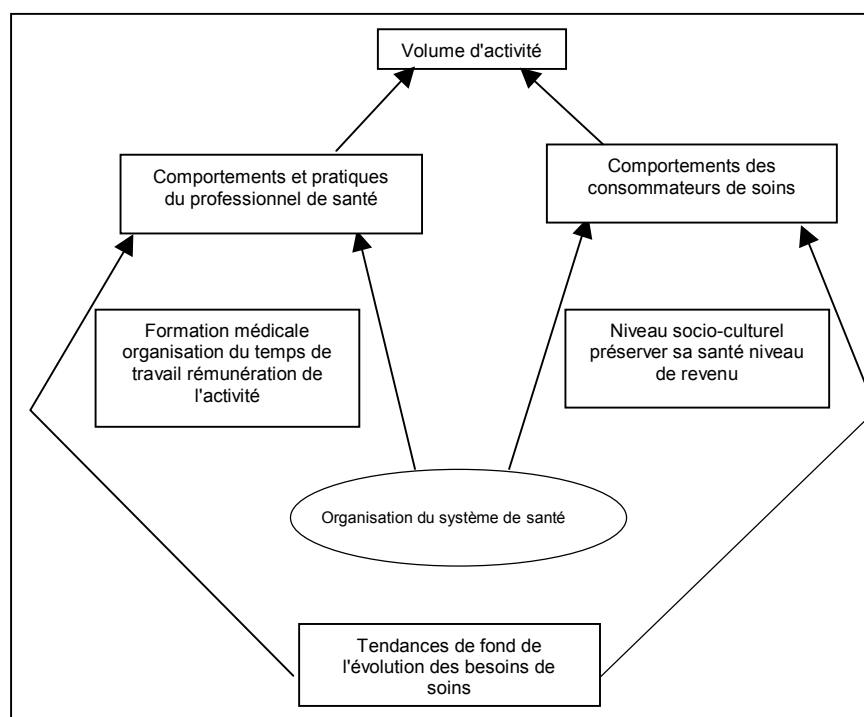
Ce qu'apporte cette analyse, c'est en effet l'évidence que la revalorisation de la rémunération des professionnels de santé a pesé de façon marginale²¹ dans la croissance des dépenses de santé. L'essentiel n'est pas là. Il est dans la progression du volume de ces dépenses, c'est-à-dire dans celle de la demande de soins et dans celle de l'activité des professionnels.

Ainsi, depuis quelques années, l'ampleur des dépassements rend peu productive une analyse du type *volume-prix*. L'analyse des comportements des agents et des pratiques médicales des professionnels s'avère alors plus utile.

2.2 L'analyse des comportements et des pratiques

Cette seconde piste d'analyse apparaît de prime abord comme un détour. Mais ce détour est indispensable et il s'avère même productif si l'on souhaite maîtriser les dérapages financiers. Les comportements des offreurs et des producteurs de soins peuvent en premier lieu être appréhendés comme des réponses aux problèmes *individuels* qu'ils ont à résoudre (préserver sa santé et se soigner en cas de maladie pour le consommateur de soins ; exercer efficacement son métier dans des conditions économiques jugées correctes pour le producteur de soins).

Ces comportements dépendent également de l'organisation d'ensemble du système de soins et de l'évolution générale de la demande de soins. Schématiquement, il est possible d'en donner la représentation suivante :



Les comportements qui gouvernent le volume d'activité prennent naissance dans l'assimilation des évolutions de fond qui déterminent les besoins de soins (progrès technique et médical, vieillissement de la population) et dans des processus plus économiques, d'adaptation aux réalités des situations du moment en tenant compte bien sûr à la fois de l'organisation du système de soins et du niveau de la prise en charge par l'assurance maladie.

²¹ En fait, comme on le verra à l'examen de ce qui s'est passé lors de la majoration de la rémunération des visites, certaines revalorisations se sont même accompagnées d'une contraction de l'activité des professionnels de santé

Pour expliquer, afin de pouvoir ensuite réguler ce volume d'activité, il est nécessaire d'en étudier les déterminants. La CNAMTS et son réseau produisent chaque année de telles études²² dont le but est bien de comprendre l'évolution des dépenses d'assurance maladie, d'auditer les pratiques des professionnels de santé en regard des normes édictées par l'ANAES, de définir des politiques régionales et d'assurer le contrôle des pratiques des professionnels de santé, ainsi que des comportements des assurés. Il faut prendre le temps d'examiner ici quelques unes de ces études.

3. Quelques études de comportements réalisées en 2002

3.1 L'organisation du travail des professionnels de santé est en mutation

⇒ Les médecins généralistes

Une des principales surprises de l'année 2002 est le fléchissement de l'activité des médecins généralistes libéraux. Si les honoraires des médecins généralistes ont progressé de 7 % environ, le volume de leur activité a diminué de plus de 1%.

Cette baisse de l'activité associée à une amélioration des conditions de rémunération de cette activité, quelle que soit la forme qu'elle revêt, montre qu'une meilleure rémunération de l'acte n'incite pas forcément le professionnel de santé à en faire davantage dans le but de maximiser son revenu. D'autres arbitrages peuvent avoir lieu notamment en matière d'organisation du travail. C'est ce qui s'est passé en 2002.

NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES ACTIFS CHAQUE JOUR DE LA SEMAINE ET NOMBRE MOYEN D'ACTES EFFECTUES SUIVANT LE JOUR DE LA SEMAINE

	NOMBRE DE MEDECINS ACTIFS CHAQUE JOUR DE LA SEMAINE			NOMBRE MOYEN D'ACTES CHAQUE JOUR DE LA SEMAINE		
	2000	2002	EVOLUTION	2000	2002	EVOLUTION
lundi	48 995	49 126	0,3%	19,0	19,7	3,8%
mardi	48 824	48 358	-1,0%	16,5	16,9	2,4%
mercredi	46 287	44 972	-2,8%	14,9	15,1	1,2%
jeudi	46 409	46 112	-0,6%	14,7	15,3	3,8%
vendredi	47 842	47 074	-1,6%	15,9	16,3	2,2%
samedi	40 616	38 642	-4,9%	9,9	9,6	-2,3%
dimanche	15 055	11 594	-23,0%	3,8	3,7	-2,7%
lundi au vendredi	47 671	47 128	-1,1%	16,2	16,7	2,8%
lundi au dimanche	42 004	40 840	-2,8%	14,7	15,2	3,4%

Depuis 2000, l'offre de soins réelle diminue. L'écart entre l'offre de soins potentielle et l'offre de soins réelle²³ s'est accru entre 2000 et 2002. Les médecins généralistes sont un peu moins nombreux à travailler chaque jour, la baisse est d'environ 2,8 % en moyenne entre 2000 et 2002. Cette baisse est particulièrement importante le week-end.

En revanche, les jours où ils sont actifs, les médecins généralistes travaillent plus. Globalement, leur productivité (nombre moyen d'actes effectués chaque jour) augmente de 3,4 % entre 2000 et 2002.

²² voir l'annexe III du présent rapport.

²³ On appelle ici offre potentielle le nombre de généralistes qui, durant une période donnée, ont été actifs à un moment ou à un autre. L'offre réelle est représentée par le nombre de généralistes actifs chaque jour.

Un tel réaménagement de l'organisation du travail, s'il est mis en évidence aujourd'hui, est bien sûr à l'œuvre depuis plusieurs années et il concerne l'ensemble des médecins généralistes. L'activité des femmes médecins tend à se rapprocher de l'activité de leurs collègues masculins qu'il s'agisse de la répartition de leur activité sur les jours de la semaine ou qu'il s'agisse de l'intensité de leur travail ; la productivité du travail féminin augmente nettement plus rapidement que celle des hommes.

Activité des médecins généralistes
suivant le type d'acte (consultation ou visite) et la catégorie de patients (en ALD ou non)
Comparaison de deux périodes : janvier à août 2000 et janvier à août 2002
données redressées

	01-08/2000	01-08/2002	Ev. 2000-2002
activité quotidienne de l'ensemble de la profession :			
Consultations & visites pour les patients en ALD	113 767	125 893	+ 10,7 %
Consultations des patients en ALD	66 020	77 362	+ 17,2 %
Visites à des patients en ALD	47 747	48 531	+ 1,6 %
Consultations & Visites pour les autres patients	504 329	495 238	- 1,8 %
Consultations des autres patients	409 655	423 337	+ 3,3 %
Visites aux autres patients	94 674	71 901	- 24,1 %
activité quotidienne moyenne des généralistes :			
Consultations & Visites pour les patients en ALD par généraliste	2,7	3,1	+ 13,8 %
Consultations des patients en ALD par généraliste	1,6	1,9	+ 20,5 %
Visites à des patients en ALD par généraliste	1,1	1,2	+ 4,5 %
Consultations & Visites pour les autres patients par généraliste	12,0	12,1	+ 1,0 %
Consultations des autres patients par généraliste	9,8	10,4	+ 6,3 %
Visites aux autres patients par généraliste	2,3	1,8	- 21,9 %

Lecture du tableau : entre les huit premiers mois de l'année 2000 et les huit premiers mois de l'année 2002, le nombre de consultations et de visites faites à des patients atteints d'une ALD a augmenté de + 10,7 %. Le nombre de visites rendues à ces patients n'a progressé que de 1,6 %. Le nombre de visites rendues aux autres patients a diminué de 24,1 %.

Cette réorganisation du temps de travail va de pair avec une modification de la nature de l'offre des médecins généralistes et une évolution de leur clientèle :

- Les médecins généralistes ont recentré leur activité sur la consultation. Pourtant l'évolution du prix relatif des actes (en faveur de la visite) aurait pu les inciter à un mouvement inverse ; il n'en a rien été, la baisse tendancielle du nombre de visites s'est même accélérée, notamment après l'accord du 5 juin 2002. En deux ans, le nombre de visites faites chaque jour par un médecin généraliste a diminué de 13 %.
- Au sein de la clientèle des médecins généralistes, les personnes atteintes d'une affection de longue durée acquièrent un poids croissant. L'augmentation des soins dispensés à cette population ne s'est traduite que par une hausse modeste des visites qui leur étaient rendues (+ 1,6 %). En revanche, les consultations qui leur étaient destinées ont augmenté de façon massive (+ 17,2 %).

⇒ Les infirmières libérales

Comme les médecins généralistes, les infirmières ne travaillent pas toutes, tous les jours. L'offre réelle de soins infirmiers est inférieure en permanence de plus de 20 % à l'offre potentielle²⁴. Pour assurer la continuité des soins de ville, les infirmières libérales ont adopté un système de gestion de leur temps de travail caractérisé par :

- une durée annuelle du travail (en jours de travail) élevée : en moyenne, les infirmières libérales travaillent 240 jours par an mais 10 % d'entre elles effectuent plus de 342 jours de travail
- une alternance de jours de travail et de jours de repos sur une période qui dépasse la semaine
- une productivité journalière en hausse : Entre le premier trimestre 2000 et le premier trimestre 2002, l'activité individuelle hebdomadaire des infirmières libérales est restée stable pour les actes en AIS mais a augmenté de 16 % pour les actes en AMI²⁵.

Alors que la démographie de la profession reste stable et que le nombre d'infirmières actives chaque jour tend à baisser, c'est cette organisation du travail qui permet de répondre à une demande de consommation de soins infirmiers qui est en hausse.

3.2 Les attentes en matière de revenus

La très forte progression des dépassements²⁶ d'honoraires est un des faits les plus significatifs de l'année 2002. Ainsi, on constate qu'en 2002 les dépassements majoraient de 8% en moyenne les honoraires des omnipraticiens et de 16 % ceux des médecins spécialistes. La situation est toutefois très variable d'une spécialité à l'autre.

La masse des dépassements est la résultante de trois facteurs : le nombre de professionnels qui pratiquent un dépassement, la fréquence avec laquelle ils le pratiquent et le montant moyen de leurs dépassements.

FREQUENCE ET MONTANT MOYEN DES DEPASSEMENTS PRATIQUES A L'OCCASION DE CONSULTATIONS.

	MEDECINS OMNIPRATICIENS		MEDECINS SPECIALISTES	
	2000	2002	2000	2002
proportion de médecins ayant pratiqué des dépassements	84,1%	95,0%	88,4%	89,2%
fréquence des consultations donnant lieu à dépassement	11,3%	20,6%	33,1%	44,8%
montant moyen de ces dépassements (en euros)	10,9	6,9	15,2	14,1
Secteur I				
proportion de médecins ayant pratiqué des dépassements			82,3%	83,3%
fréquence des consultations donnant lieu à dépassement	2,0%	13,1%	2,7%	19,0%
montant moyen de ces dépassements (en euros)	6,9	2,4	12,7	4,1
Secteur II				
fréquence des consultations donnant lieu à dépassement	81,0%	81,0%	79,9%	84,0%
montant moyen de ces dépassements (en euros)	10,5	11,5	15,1	17,3

source Erasme V0

omnipraticiens : statistique portant sur 140 millions de consultations en 2000 et 145 millions en 2002.

spécialistes : statistique portant sur 70 millions de consultations en 2000 et en 2002.

²⁴ Sur un mois donné, les infirmiers sont plus de 47 000 à travailler au moins un jour de l'année et ils sont plus de 51 000 à avoir travaillé à un moment ou à un autre.

²⁵ Les actes cotés en AIS correspondent à des soins d'hygiène et représentent environ deux tiers de l'activité totale des infirmières ; les actes en AMI sont des actes techniques (injections, chimiothérapie...) Ces derniers connaissent de plus amples fluctuations saisonnières que les actes en AIS dont la demande est forte et régulière même pendant les mois d'été.

²⁶ On appelle « dépassement » toute facturation d'honoraires médicaux à un tarif supérieur à celui qui est remboursable par la Sécurité sociale et qui est fixé conventionnellement avec les professionnels de santé.

L'importance accrue des dépassements suscite au moins deux remarques :

- Ces comportements sont, du côté des professionnels de santé, assimilables à une volonté forte de réajuster le niveau de leurs revenus. Si l'on rapporte en effet, ces dépassements à la base que constituent les dépenses qui peuvent être prises en charge par la sécurité sociale, on observe que ce rapport progresse de 1,4 point pour les omnipraticiens et 2,7 points pour les médecins spécialistes. Ceci mesure d'ailleurs le supplément de pouvoir d'achat induit par ces comportements de dépassement.

On notera par ailleurs que les informations dont commencent à disposer d'autres institutions ou organismes pour l'année 2002 font état d'une progression encore plus forte du revenu disponible de ces professions : leur chiffre d'affaires aurait donc progressé beaucoup plus vite que leurs charges professionnelles.

- Une seconde remarque concerne les assurés. Une part importante des dépassements paraît finalement acquittée par peu de patients. En 2002, 5 % des patients ont acquitté 59 % des dépassements et 15 % d'entre eux en ont acquitté 81%. C'est dire que la concentration de ces dépassements est extrêmement forte. Les patients qui acquittent le plus de dépassements payent un montant élevé (300 euros contre 26 euros pour l'ensemble des patients).

Les personnes qui supportent environ 70 % des soins non remboursés, composent une population de gros consommateurs de soins, plus âgée et plus féminisée que la moyenne et constituée à hauteur de 21 % de personnes atteintes d'une affection de longue durée.

Lorsqu'une part si importante de la dépense reste à la charge de l'assuré, cela, à tout le moins, pose un problème d'équité concernant l'accès aux soins.

3.3 **Les comportements des prescripteurs**

L'excès de prescriptions, les ordonnances trop longues, notamment en matière de médicaments, la poly-médication, sont des problèmes connus de longue date et qui sont caractéristiques du système de soins français. Ils peuvent relever de pratiques professionnelles déviantes et sont dans ce cas soumis aux actions de contrôle menées par le Service médical de l'assurance maladie. Cet aspect du problème qui n'est pas mineur, n'est certainement pas l'angle de vue unique qui permet d'analyser les prescriptions les plus importantes. L'analyse des comportements des « gros » prescripteurs permet de préciser leurs caractéristiques et les situations dans lesquelles ils sont amenés à prescrire beaucoup plus que leurs confrères.

⇒ **Les médicaments**

La moitié des médicaments remboursés par l'assurance maladie est prescrite par seulement 13,8 % des prescripteurs. La concentration peut être bien plus forte encore puisqu'il est établi qu'un groupe bien plus restreint de prescripteurs est à l'origine de 28,3 % de la consommation totale de médicaments²⁷.

Le portrait de ces prescripteurs est le suivant :

- Ce sont des médecins généralistes, représentant environ 16 % des généralistes exerçant en France et ordonnant 30 % de la consommation de médicaments remboursés par les régimes d'assurance maladie. Ils ont prescrit en moyenne chacun près de 525 000 euros de médicaments soit 93 % de plus que la moyenne des médecins généralistes ; leurs prescriptions d'actes d'analyses biologiques sont également supérieures de 83 % à la moyenne de leurs confrères.

²⁷ MEDIC AM. Les médicaments remboursés par le Régime général d'Assurance maladie au cours des années 2000 et 2001. CNAMTS, juin 2002.

- Leur activité est nettement supérieure à celle de leurs confrères puisqu'ils effectuent 8 200 consultations ou visites par an ce qui correspond, à raison de 5,5 jours de travail par semaine sans congés annuels à une moyenne de 29 consultations ou visites par jour, ce qui est particulièrement élevé et probablement incompatible avec l'exercice d'une médecine attentive des demandes du malade. A chaque séance, ils prescrivent davantage que les autres médecins généralistes. Leurs honoraires annuels (160 000 euros) sont supérieurs de 60 % à ceux de la moyenne de la profession ;
- La clientèle de ces médecins est plus nombreuse (2400 patients par an) que celle de l'ensemble des médecins généralistes (1700 patients par an). Elle est plus âgée et composée d'assurés plus souvent exonérés du ticket modérateur. Chaque patient est vu en moyenne 3,4 fois par an contre 2,9 fois pour l'ensemble des médecins généralistes.

Enfin, la structure de leurs prescriptions médicamenteuses est proche de celle de leurs confrères : même taux de génériques, même part des médicaments à service médical rendu insuffisant. Tout au plus peut-on noter une tendance plus forte à prescrire plus fréquemment des produits récemment mis sur le marché.

Au total donc, le profil de ces médecins – praticiens plus âgés particulièrement actifs, s'occupant régulièrement d'une clientèle importante – évoque un lien fort entre un comportement de gros prescripteur et un fort taux d'activité sans qu'il soit possible pour le moment d'aller beaucoup plus loin.

⇒ **Les prescriptions d'analyses biologiques**

Les laboratoires d'analyses de biologie médicale ont connu une progression en volume de l'ordre de 9,5 % en 2002. Ce faisant, ils poursuivent une tendance qui depuis 1996, les a arrachés à une longue période de baisse puis de stabilité. Quels sont donc les comportements qui peuvent expliquer ce dynamisme retrouvé des dépenses de biologie médicale ?

On a pu isoler ainsi quarante actes de biologie prescrits par l'ensemble des prescripteurs²⁸. Ces actes, s'ils ne représentent que 39 % des dépenses de biologie ont contribué, sur les cinq premiers mois de 2002, à 75 % de la progression des dépenses totales de biologie.

Globalement, la croissance des actes de biologie médicale ces dernières années paraît être caractérisée par :

- le poids de plus en plus important des actes de dépistage : dépistage d'affections hépatiques, explorations thyroïdiennes, affections de la prostate, infections virales liées au sida, recherche d'anomalies lipidiques ;
- l'importance des actes de dépistage, mais aussi de suivi, associés à l'augmentation des cancers et des pathologies cardiovasculaires responsables de la progression très rapide des affections de longue durée.

Ces professionnels font bien sûr l'objet de contrôles des caisses d'assurance maladie tout comme les assurés dont la consommation de soins est anormalement importante.

3.4 Les problèmes liés au coût de la santé et à la prise en charge des soins

Les quelques exemples rappelés précédemment montrent, s'il en est besoin, que les causes du dérapage sont diverses : il peut y avoir confusion des risques dans le cas des indemnités journalières maladie, ou confusion des enveloppes dans celui de la rétrocession hospitalière, mais la cause essentielle semble être la forte consommation de soins d'une petite fraction des assurés qui, la plupart du temps, sont âgés et atteints d'une maladie de longue durée.

²⁸ Ces actes sont prescrits à 67,6 % par des médecins généralistes, à 22,8 % par des spécialistes et à 9,3 % par des médecins hospitaliers.

**CARACTERISTIQUES DES CINQ POUR CENT DE PERSONNES AYANT LES DEPENSES DE SANTE LES PLUS IMPORTANTES
EN 2000**

AGE	REPARTITION DES PATIENTS	PART DES HOMMES	PROPORTION DE PATIENTS EN ALD	AGE MOYEN	MOYENNE		
					DEPENSE TOTALE (€)	DEPENSE DE SOINS AMBULATOIRES (€)	DEPENSE HOSPITALIERE (€)
0-14	7%	54%	42%	8 ans	24 088	3 147	20 941
15-29	8%	50%	41%	23 ans	21 059	2 603	18 456
30-44	14%	48%	52%	37 ans	17 808	4 382	13 426
45-59	18%	52%	63%	52 ans	18 168	5 180	12 989
60-74	24%	53%	72%	68 ans	16 352	5 558	10 794
75+	29%	37%	75%	83 ans	16 397	5 767	10 630
Ensemble (3 607 personnes)	100%	47%	64%	58 ans	17 784	4 995	12 788
Moyenne de l'échantillon (72 142 personnes)		46%	12%	37 ans	1 740	952	788

Source : CNAMTS-DSE/DEPAS - EPAS sélection de 3607 personnes, soit 5 % des 72 142 personnes de l'échantillon protégées par le régime général (hors SLM) en Métropole

Ce tableau, qui ne concerne que les plus gros consommateurs, bien qu'on y trouve un rappel de la consommation moyenne de l'ensemble des patients, fournit plusieurs informations significatives.

Tout d'abord, il montre que cinq pour cent des consommateurs ont consommé 51 % des dépenses totales de santé. La dépense moyenne (17 784 euros) de ces assurés est dix fois supérieure à celle d'un consommateur moyen (1740 euros). Dans le même temps, les trois quarts des consommateurs n'ont engendré que 20 % des dépenses.

Les caractéristiques de ces 5 % de gros consommateurs sont sans ambiguïté : ce sont, dans une large proportion des personnes âgées. Ce sont également des personnes fréquemment atteintes (pour 64 % d'entre elles) d'une affection de longue durée et ce sont des personnes qui ont dû être hospitalisées.

Mais ce tableau montre également que, alors même que la consommation médicale s'élève en général avec l'âge, les gros consommateurs ne sont pas toujours des personnes âgées. Parmi les plus gros consommateurs de soins, il y a des personnes jeunes, et celles-ci peuvent avoir une consommation médicale particulièrement élevée.

**CARACTERISTIQUES DU CENTIEME DE LA POPULATION AYANT LES DEPENSES DE SANTE LES PLUS IMPORTANTES
EN 2000**

AGE	REPARTITION DES PATIENTS	PART DES HOMMES	PROPORTION DE PATIENTS EN ALD	AGE MOYEN	MOYENNE		
					DEPENSE TOTALE (€)	DEPENSE DE SOINS AMBULATOIRES (€)	DEPENSE HOSPITALIERE (€)
0-14	12%	57%	54%	8	44 593	5 338	39 255
15-29	11%	59%	59%	21	46 524	3 022	43 502
30-44	13%	60%	77%	37	48 918	4 618	44 299
45-59	17%	58%	83%	52	49 829	6 895	42 934
60-74	20%	69%	85%	68	43 596	7 937	35 659
75+	26%	32%	86%	83	37 508	7 404	30 103
Ensemble (721 personnes)	100%	53%	77%	52	44 222	6 303	37 919
Moyenne de l'échantillon (72 142 personnes)		46%	12%	37 ans	1 740	952	788

Source : CNAMTS-DSE/DEPAS - EPAS

⇒ La prise en charge des ALD

L'analyse du dispositif permettant la prise en charge des patients atteints d'une affection de longue durée 2002 permet de préciser ces caractéristiques.

Un dispositif médico-administratif défini par le Code de la Sécurité sociale²⁹ permet aux assurés « reconnus atteints d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis du Haut comité médical de la Sécurité sociale » de bénéficier de la suppression du ticket modérateur, c'est-à-dire d'une prise en charge à 100 % de leur soins.

Le coût financier de ce dispositif est important, de même que le dynamisme des dépenses qui y sont associées :

- Environ 5,7 millions de personnes en ALD, soit 12 % de la population affiliée au Régime général, consomment 40 % des soins de ville remboursés en 2002. Les bénéficiaires du dispositif ALD consomment en moyenne beaucoup plus de soins de ville et de soins hospitaliers que les autres assurés du Régime général. On estime ainsi que la consommation médicale totale (soins de ville et soins hospitaliers) des personnes décédées deux ans après la reconnaissance de leur admission en ALD est de plus de 13 000 euros l'année précédant leur décès.
- Les dépenses ainsi engendrées sont particulièrement dynamiques. La croissance des dépenses consacrées aux malades souffrant d'une ALD est beaucoup plus forte que celle des dépenses concernant les autres malades : 12,8 % par an en moyenne contre 4,5 % sur les deux dernières années. Mais surtout, le poids de cette dynamique sur la croissance de l'ensemble des dépenses est important. Près des deux tiers (62 %) de la croissance des soins de ville proviennent de la couverture des dépenses des personnes en ALD.

Ces quelques faits permettent de mieux comprendre le problème du dérapage des soins de ville. Les soins consacrés aux personnes en ALD sont en fait répartis sur l'activité de l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville. Compte tenu de l'effet d'entraînement que les dépenses liées aux assurés en ALD exercent sur l'ensemble des soins de ville, une certaine rigidité est introduite dans l'évolution de l'enveloppe de soins de ville.

Les tendances de fond qui déterminent le rythme d'évolution de ces dépenses sont trop lourdes pour ne pas exercer une influence décisive au plan financier. Il est clair qu'elles ne peuvent relever d'un strict dispositif de gestion annuelle.

⇒ Quelles sont ces tendances de fond ?

En premier lieu, le vieillissement de la population. Certes, certaines maladies peuvent frapper des personnes jeunes. Mais les admissions en ALD croissent nettement avec l'âge : 45 % de ces admissions concernent des individus âgés de plus de 65 ans alors que ceux-ci ne représentent que 16 % de la population. Le vieillissement de la population engendrera ainsi inéluctablement de plus en plus de candidats au dispositif, parce qu'avec l'avancée en âge, la probabilité d'être atteint d'une maladie de longue durée augmente. Cet effet a d'ailleurs commencé à se faire sentir avec l'arrivée des générations du baby boom d'après-guerre à l'âge où les problèmes de santé deviennent plus fréquents.

²⁹ Articles L 322-3, L 324-1 et R 324-1 du Code de la Sécurité Sociale

L'évolution des entrées en ALD est en effet croissante au fil des ans. De 601 558 avis favorables prononcés en 1995, les admissions³⁰ dans le dispositif sont passées à 868 665 en 2001 avec une accélération notable en 2000 (+ 6,1 %) et en 2001 (+ 6,2 %). Ce problème ne pourra que s'accroître dans les prochaines décennies.

Selon les dernières projections démographiques de l'INSEE « *au cours des cinquante prochaines années, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera de 9 millions selon le scénario de mortalité haute et de 12 millions selon celui de mortalité basse* »³¹. A titre de comparaison, entre 1950 et 2000, l'effectif des personnes de plus de 60 ans a progressé de 5,4 millions. Les démographes pointent là un avenir financier plutôt sombre.

Seconde tendance de fond, l'épidémiologie des affections de longue durée. Quatre affections de longue durée se partagent 84,1 % des entrées dans le dispositif ALD : les affections cardio-vasculaires, les tumeurs malignes, les troubles mentaux et le diabète.

Or, la croissance annuelle de l'incidence des cancers, toutes localisations confondues est estimée « *en moyenne, à partir des registres, à 0,8 % chez la femme et à 1 % chez l'homme* »³² ; une étude récente³³ montre même que « *l'incidence du cancer a augmenté de 63 % au cours de la période d'étude passant de 170 000 nouveaux cas en 1980 à 278 000 nouveaux cas en 2000 (...). Cette croissance, ajoute l'étude, est due au changement démographique mais aussi à l'augmentation du risque de cancer qui est estimée à 35 % durant la même période* ». Citons également le diabète dont « *la prévalence à l'intérieur de la population du Régime général a augmenté de 3,2 % en moyenne par an entre 1998 et 2000* »³⁴.

Le progrès des sciences et des techniques médicales constitue la troisième de ces tendances de fond. En substituant de nouvelles thérapeutiques aux anciennes, plus efficaces mais aussi plus onéreuses, il renchérit le coût des traitements. Les innovations thérapeutiques, le plus souvent coûteuses, ralentissant l'évolution des maladies et améliorant le confort de vie des patients, concernent presque exclusivement les pathologies graves (exemples des traitements proposés aujourd'hui dans la maladie d'Alzheimer, les infections au VIH, la sclérose en plaques, ...). Ces innovations efficaces susciteront une forte demande sociale et inciteront au dépôt de demandes d'entrées en ALD.

Sans changement du système de santé et de prise en charge des soins, ces facteurs nourriront irrésistiblement la hausse des coûts et ce alors même que les ressources publiques pourraient se faire de plus en plus rares.

Face à ce problème, le rôle de l'Assurance Maladie n'est pas de **rationner**. Il est, tout simplement, de **rationaliser** en contribuant à une meilleure efficacité des soins. Une meilleure efficacité n'est pas forcément synonyme de coûts supplémentaires. Le coût engendré par une maladie dépasse très largement celui des moyens qui sont mis en œuvre pour la soigner. Le but d'un système de santé efficace est bien sûr de combattre la maladie de façon à diminuer l'ensemble de ses coûts sociaux et humains.

A condition toutefois de savoir le faire à un prix acceptable pour la collectivité ...

³⁰ Le nombre d'avis favorables correspond à un nombre inférieur d'individus admis dans le dispositif. Une personne peut en effet demander l'exonération du ticket modérateur pour plusieurs pathologies. On compte environ 1,06 pathologie par individu en 1998.

³¹ La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. Economie et statistique n° 355-356. INSEE. 2002.

³² Incidence et traitement chirurgical des cancers. Etudes et résultats. DREES. octobre 2002.

³³ L. Remontet et coll. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000 - Rev. Epidemiologie Santé Publique 2003, 51 : 3-30.

³⁴ Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : Quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? Revue médicale de l'assurance maladie. Octobre - décembre 2002

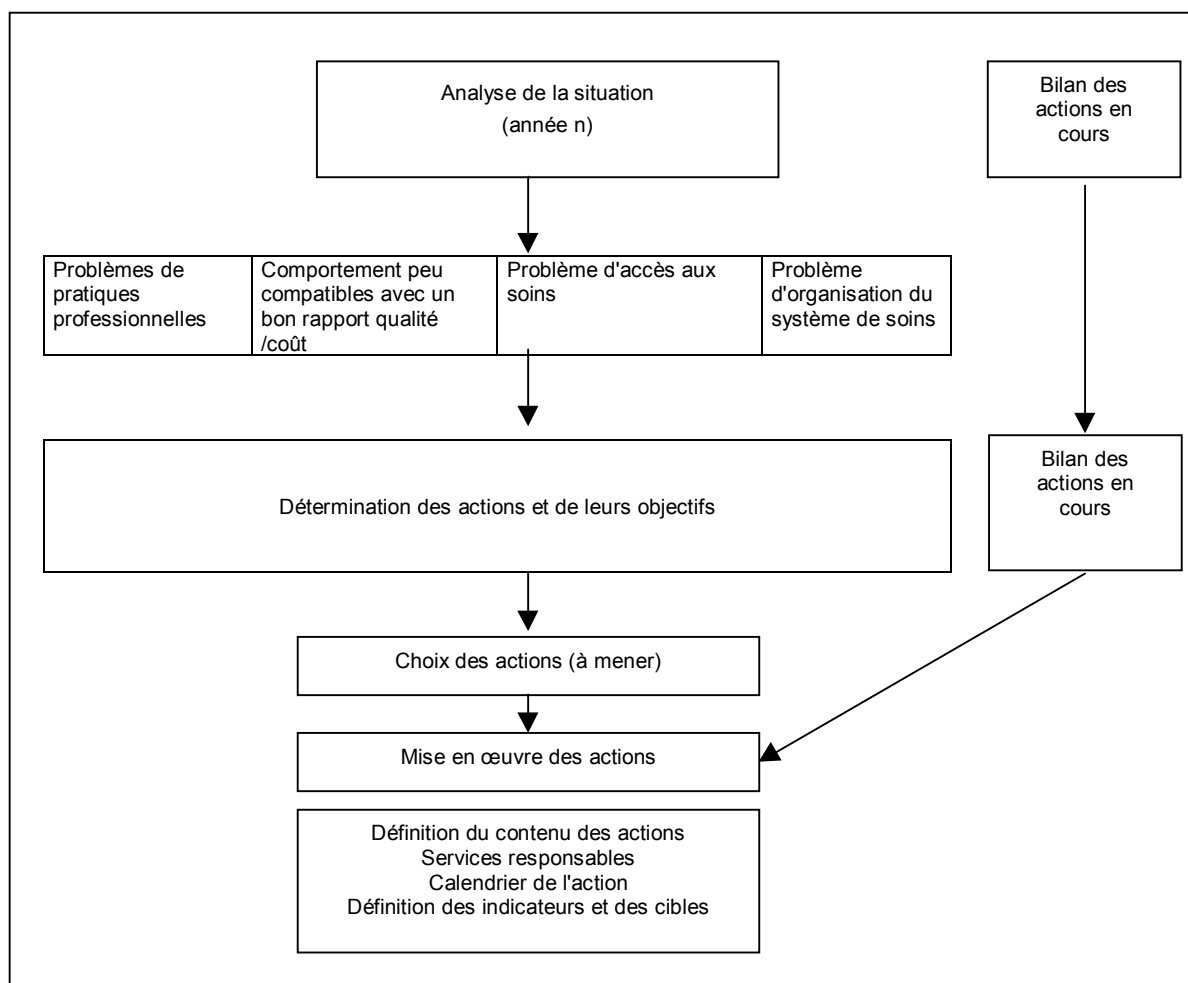
PARTIE 2 : ANALYSE DE QUELQUES MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

L'analyse des comportements et la mise en évidence des tendances lourdes qui gouvernent les dépenses de santé et d'assurance maladie permettent une gestion plus éclairée des enveloppes de l'ONDAM. Cette gestion doit également être plus efficace.

Une fois repérées les tendances qui engendrent une importante dynamique des dépenses, les comportements des assurés et professionnels de santé ainsi que les dysfonctionnements du système de soins qui conduisent à des surcoûts, des actions de politique publique doivent être élaborées en vue d'atténuer l'effet de ces tendances irréversibles, de favoriser l'adoption de comportements plus efficaces, et de contribuer à mettre sur pied une organisation plus adaptée du système de soins.

La hausse prévisible des dépenses de soins dans les prochaines années, mais aussi et surtout la raréfaction des ressources publiques, doivent inciter l'assurance maladie à rechercher pour ces actions la plus grande efficacité possible. Il y va bien sûr, de la qualité des soins délivrés aux assurés mais il y va également de l'efficacité de la dépense publique engagée.

Cette rationalisation nécessite de se doter d'objectifs précis et de définir avec soin le périmètre des actions à engager. L'exécution de ces actions doit être suivie et leurs résultats mesurés par des indicateurs permettant de se prononcer sur leur impact réel, leur coût et leur efficacité. Cette démarche (voir schéma ci-après), relativement neuve pour la CNAMTS et pour l'Assurance Maladie comme pour les administrations en charge des dépenses de santé et de Sécurité sociale peut - et doit - largement s'inspirer des travaux en cours concernant les lois de finances.



I. UNE GESTION FONDEE SUR UNE LOGIQUE « OBJECTIFS - RESULTATS »

Certes, les conventions d'objectif et de gestion (COG) instituées par les ordonnances d'avril 1996, comportaient déjà des objectifs assignés aux signataires, des engagements et des mesures à l'aide d'indicateurs. Mais cet ensemble de dispositions restait limité à la gestion stricto sensu sans aborder vraiment ce qui est le cœur de métier de l'Assurance Maladie : la gestion du risque³⁵. Car c'est bien de cela qu'il s'agit : mettre en place progressivement des outils qui permettent d'évaluer les actions menées par l'Assurance Maladie.

Ce projet rencontre bien sur la réforme mise en œuvre par la loi organique du 1er août 2001 qui stipule que « *les lois de finances tiendront compte d'un équilibre économique défini, ainsi que des objectifs et des résultats des programmes qu'elles déterminent* ». Le but de cette réforme est d'introduire dans les opérations budgétaires – et donc dans les politiques publiques – les notions d'objectifs et de mesure des résultats. Ce nouveau cadre sera effectif pour la préparation du budget 2006, par conséquent dès le 1er janvier 2005.

La proximité des préoccupations de cette réforme avec l'intention centrale exprimée par le rapport d'exécution incite bien sûr à s'en inspirer. Mais là n'est probablement pas la seule raison de s'en imprégner : en tant qu'opérateur public agissant par délégation de l'Etat, l'Assurance maladie sera concernée, notamment si cette délégation est plus large et plus claire qu'elle ne l'est actuellement.

Il n'est donc pas inutile d'en présenter les grandes lignes.

1. Les grandes lignes de la réforme budgétaire

L'Etat est responsable de missions correspondant chacune à une politique publique définie. Celles-ci peuvent concerner l'éducation, la défense nationale, la santé publique ... Ces missions qui peuvent concerner plusieurs ministères, constituent l'unité de vote du budget au Parlement. Elles ont vocation à expliciter les choix stratégiques et les priorités de l'Etat. Chacune d'entre elles comprend un ensemble de programmes nécessaires à l'exécution de la politique publique concernée.

La notion de **programme** est au cœur de la réforme. « *Un programme, précise l'article 7 de la loi organique, regroupe les crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions relevant d'un même ministère et auquel sont associés des objectifs précis, définis en fonction de finalités d'intérêt général ainsi que des résultats attendus et faisant l'objet d'une évaluation* ». **Elément central du nouveau dispositif budgétaire, le programme possède un périmètre clairement délimité par une politique publique précise et par l'identification des responsables de sa mise en œuvre.** Chargés d'obtenir des résultats préalablement définis, les responsables doivent pour ce faire optimiser les moyens financiers dont ils disposent. Ces programmes possèdent plusieurs caractéristiques :

- Ils recouvrent une action ou un ensemble d'actions³⁶ qui s'inscrivent dans une politique publique
- ils se voient affecter une enveloppe de crédits fongibles sous certaines limites
- des objectifs précis rendant compte de finalités d'intérêt général leur sont associés
- ils doivent se traduire par des résultats fixés a priori et évalués a posteriori
- des indicateurs précis dont le choix est justifié doivent y être associés.

³⁵ L'avenant n° 4 à la convention d'objectif et de gestion 2000/2003 entre l'Etat et la CNAMTS, signé le 17 février 2003 indique toutefois que « par le présent avenant, les signataires souhaitent compléter la COG conclue en septembre 2000, en y insérant un chapitre relatif à la régulation du système de soins. Ils affirment la nécessité dès 2003 d'une mobilisation forte de l'ensemble du réseau du régime général autour de la gestion du risque, compte tenu notamment de la situation financière de l'Assurance Maladie. »

³⁶ Les missions de l'Etat seront décomposées en 100 à 150 programmes environ. A leur tour, 400 à 600 actions détailleront ces programmes.

« Faire évoluer les administrations d'une culture de moyens et de procédures à une culture d'objectifs et de résultats » est bien évidemment un chantier de longue durée.

Schématiquement, les travaux³⁷ nécessaires à sa bonne mise en œuvre sont de deux ordres :

- D'une part, la structuration du budget en programmes et actions, ainsi que l'identification de leurs coûts.

Il s'agit ici de définir une architecture de programmes adaptée, de décomposer les programmes en actions. L'ensemble de ces points nécessite conjointement une refonte de la nomenclature du budget de l'Etat. Enfin, il faut **identifier le coût de chaque action au sein d'un programme sachant que les dépenses seront dorénavant justifiées au premier euro, la distinction services votés - mesures nouvelles étant abandonnée.**

- D'autre part, la formulation des objectifs des programmes et la mesure des résultats : objectifs, indicateurs et cibles.

Chaque programme sera accompagné d'un projet annuel de performance présentant les coûts associés aux actions, les objectifs poursuivis, les résultats attendus pour les années à venir. De manière symétrique, dans le projet de loi de règlement, sera joint un rapport annuel de performance qui rendra compte des résultats obtenus et identifiera l'écart avec ceux attendus. Il est donc nécessaire que pour chaque programme et chaque action soient définis des objectifs de performance. Ces objectifs doivent respecter trois conditions:

- traduire les priorités assignées aux politiques publiques : comment se justifie l'existence de ce programme pour le contribuable ou l'utilisateur ?
- être stratégiques et sélectifs
- être compréhensibles et avoir du sens pour les usagers et les partenaires de l'administration.

Une fois fixé, l'objectif est décliné sur trois axes de performance – *l'efficacité socio-économique (l'impact), la qualité du service, l'efficacité de gestion (l'efficience)* – puis des indicateurs ad hoc sont définis. Sur chaque axe, une cible traduisant le niveau de performance souhaité est déterminée.

³⁷ La loi de finances pour 2006 sera élaborée avec les nouvelles règles budgétaires. Lancés à l'automne 2002, les travaux entrent aujourd'hui dans une phase sensible puisque :

- en juin 2003, une expérimentation, proposée par chaque ministère, est intégrée dans le projet de budget 2004 ;
- à l'automne 2003, les missions, programmes et actions seront définies ;
- au 31 décembre 2003, les nouvelles normes comptables seront adoptées ;
- au premier trimestre 2004, les objectifs et les indicateurs seront arrêtés.

programme : xxx

finalité : service rendu xxx ou but d'intervention xxx

objectif : horizon pluriannuel

objectifs intermédiaires horizon annuel

AXES DE PERFORMANCE	INDICATEURS			CIBLES DE RESULTATS
	CONTENU	PROBLEMES	OUTILS DE MESURE	
efficacité socio-économique	Se rapproche t-on de la situation que l'on souhaite atteindre?	Ne pas confondre avec la mesure des produits de l'activité. La mesure du résultat ne doit pas être trop proche, trop lointaine, trop générale	Les données de la gestion sont la plupart du temps inadaptées ; Il convient le plus souvent de recourir aux enquêtes.	Fixent le niveau de performance souhaitée
qualité du service	Fixer un niveau de qualité compatible avec les demandes des bénéficiaires et avec les contraintes du programme (ressources disponibles...)		Mesure de paramètres internes : (continuité du service, délais de traitements, complexité des travaux, taux de dysfonctionnement...) recours à des enquêtes	Nécessitent la construction des référentiels (évolutions passées, comparaisons entre divers services, dialogue sur les cibles)
efficacité de la gestion des ressources	Progresse-t-on vers l'optimisation des moyens employés ?		L'efficience est le rapport entre les moyens mobilisés et par une activité et ses réalisations. Les moyens pourront être rapportés soit aux résultats finals de l'administration soit aux produits ou aux résultats intermédiaires.	

2. Les programmes de la CNAMTS et leur déclinaison en actions

Les missions de la CNAMTS sont définies par l'article L.221-1 du Code de la Sécurité sociale. Cet article détaille les fonctions que la CNAMTS doit remplir afin d'assurer la gestion des risques maladie et accidents du travail :

- assurer en deux gestions distinctes le financement de la branche maladie et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles
- définir et mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
- promouvoir et coordonner les actions de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé des assurés et ayants droit
- promouvoir et coordonner les actions sanitaires et sociales de l'assurance maladie
- organiser et diriger le service médical de l'assurance maladie
- contrôler les opérations immobilières et la gestion du patrimoine immobilier des organismes de l'assurance maladie
- mettre en œuvre les actions conventionnelles
- centraliser et consolider les comptes des organismes de réseau
- exercer un contrôle sur les organismes du réseau.

La description de ces fonctions est essentielle. Mais pour mener une analyse en termes d'objectifs et de résultats, il faut dépasser cet exposé pour se situer sur le plan des services rendus aux assurés : ce sont eux qui définissent véritablement la finalité de la CNAMTS.

On peut considérer que **ces services sont au nombre de trois** :

- assurer le service des prestations aux assurés du régime et en améliorer la qualité ;
- développer une politique de prévention et d'éducation sanitaire pour la branche maladie et la branche accidents du travail - maladies professionnelles ;
- améliorer la qualité des soins de ville dans le cadre d'une enveloppe financière votée par le Parlement.

Ainsi, le service (ou programme si l'on utilise la terminologie des lois de finances) « *développer la qualité des soins de ville dans le cadre de l'enveloppe financière votée par le Parlement* » doit conduire chaque année la CNAMTS à mener de nombreuses activités, qu'il s'agisse de négociations de conventions ou d'avenants à ces conventions avec les professionnels de santé, d'audits ou de contrôles réalisés par le service médical de l'Assurance Maladie et les caisses primaires, de production d'informations statistiques, comptables ou financières permettant le suivi et l'analyse du système.

L'ensemble de ces activités peut être structuré en grandes actions (pour employer à nouveau la terminologie des futures lois de finances) qui se distinguent nécessairement des moyens utilisés pour les réaliser mais qui décrivent mieux les préoccupations essentielles, stratégiques de l'Assurance Maladie. Ces actions sont les suivantes :

- **optimiser le recours au système de soins.** Cette action vise à ce que, pour un problème de santé donné, le recours au système de soins de ville soit le plus judicieux possible : appel au bon professionnel de santé, utilisation normale des actes et prestations, refus du nomadisme médical... Deux actions de ce type ont été menées, qu'il conviendra donc d'examiner plus en détail : une action visant à réduire le nombre de visites inutiles et à favoriser la consultation au cabinet du médecin; une action se fixant pour objectif de réduire les arrêts de travail de longue durée non justifiés ;
- **améliorer les pratiques des professionnels de santé.** Cette action qui est du ressort du service médical de l'assurance maladie consiste à inciter les professionnels de santé à se conformer aux recommandations émises par l'ANAES, par l'AFSSAPS ou par les sociétés savantes³⁸. On peut citer ici les grands programmes de santé publique consacrés au diabète ou à l'hypertension artérielle sévère, l'action menée contre les associations médicamenteuses iatrogènes ou l'action concernant l'amélioration de la prise en charge de l'hypercholestérolémie ;
- **assurer l'accès aux soins.** Chaque assuré doit, autant que faire se peut, avoir une égale possibilité d'accès au service public rendu par l'assurance maladie. L'accès aux soins revêt une dimension géographique (*puis-je disposer, là où je suis, d'un professionnel de santé dans des délais raisonnables ?*), une dimension sanitaire (*puis-je disposer de la continuité et de l'intensité des soins justifiées par mon état de santé ?*) et une dimension sociale (*la prise en charge de mes soins est-elle adaptée à mon état de santé et à ma situation sociale ?*)

Ces trois **actions** couvrent de manière cohérente l'ensemble du champ défini par ce programme.

³⁸ ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ; AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

II – LES ACTIONS DE LA CNAMTS EN 2002

1. Un panorama de l'activité de la CNAMTS

L'activité de la CNAMTS s'est structurée autour de deux axes de travail en 2002 : d'une part, une importante activité conventionnelle et d'autre part, la poursuite de l'engagement de l'Assurance Maladie dans le travail d'amélioration de la qualité de soins.

- L'activité conventionnelle, décrite ci-après, s'est enrichie de dispositifs incitant à améliorer la qualité des soins en modifiant les pratiques professionnelles et en corrigeant les dysfonctionnements du système de soins ACBUS, contrats de bonne pratique, contrats de santé publique). Dans ce cadre des actions incitant à **réduire le nombre de visites inutiles** et à **prescrire des médicaments génériques** ont été lancées en 2002.
- La CNAMTS en association avec les autres Caisses d'assurance maladie ont programmé dans le cadre du *plan national inter régimes de gestion du risque* (PNIR)³⁹, de nombreuses actions dans le but d'améliorer les pratiques professionnelles et donc la qualité des soins; rendus aux assurés. Ces actions ont été sélectionnées en fonction de trois critères : un critère médical (l'enjeu médical en terme de Santé publique est suffisamment important?), un critère économique (le problème traité correspond à un fort engagement financier de l'assurance maladie), un critère de faisabilité (les éléments pour traiter le problème existent et un certain niveau d'efficacité en est attendu).

Trois actions nouvelles ont ainsi été programmées en 2002 :

- **La prise en charge des excès de cholestérol.** L'objectif est ici l'amélioration de la qualité des soins par l'application des référentiels de l'ANAES et de l'AFSSAPS en particulier dans les domaines du diagnostic biologique, de l'intervention diététique préalable à tout traitements médicamenteux, du seuil d'intervention médicamenteux ;
- **le bon usage des antibiotiques.** L'objectif est ici de diminuer la résistance aux antibiotiques en diminuant les prescriptions inutiles dans les infections ORL et broncho-pulmonaires ;
- **la prise en charge du cancer du sein.** Le dépistage du cancer du sein commence à se généraliser en France. Pour en retirer un gain maximum ,il convient de consolider ce dépistage par un prise en charge conforme aux standards reconnus par la profession que ce soit en matière de qualité du traitement , que ce soit en matière d'organisation des soins ou de qualité de l'accompagnement humain des patientes.

En dehors du PNIR, le Régime général a engagé des actions nationales de gestion du risque qu'il a poursuivi en 2002. Il s'agit tout d'abord du **Plan médicament** dont l'objectif est d'alimenter les réflexions du comité économique des produits de santé. En 2002, une étude sera entreprise sur les médicaments intervenant dans le traitement de l'ostéoporose. **Le plan « contrôler autrement »** se poursuit également en 2002. Il a pour ambition d'améliorer la performance du contrôle des pratiques des professionnels et de réduire significativement la non qualité des soins. Par ailleurs, **le programme «medipath»** a pour finalité de recueillir des informations multiples sur diverses pathologies telles que le suivi des toxicomanies sous traitement de substitution, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson ou l'épilepsie.

³⁹ Chaque année, la CNAMTS, la CCMSA et la CANAM arrêtent en commun un plan baptisé « plan national inter régimes de gestion du risque » ou PNIR, qui reprend les programmes nationaux encore en cours du plan précédent et définit les programmes spécifiques à l'année en question. Ces programmes nécessitent la collaboration des services administratifs et médicaux des trois régimes. Ce peuvent être des programmes de Santé publique consacrés au suivi d'une pathologie ou à l'analyse collective de pratiques professionnelles, des programmes d'évaluation de l'organisation de soins, ou bien encore des programmes de contrôle répondant à une problématique conjoncturelle.

En outre, l'année 2002 voit la poursuite de programmes engagés ultérieurement : les programmes de Santé publique concernant le diabète ou l'hypertension artérielle, les programmes du PNIR 2001 comme ceux concernant la maladie d'Alzheimer, l'audit des nouvelles mesures de kinésithérapie, la chirurgie ambulatoire ou les hormones de croissance.

En ce qui concerne la prévention, plusieurs lignes de programme ont été prévues :

- les vaccinations (grippe pour personnes âgées et ROR pour la petite enfance)
- la prévention bucco-dentaire chez les jeunes enfants et les adolescents
- le dépistage organisé et expérimental de certains cancers
- les programmes nationaux thématiques d'éducation et de promotion de la santé
- la prévention des suicides
- les examens périodiques de santé.

Après avoir présenté le contenu de l'activité conventionnelle, on présentera un bilan de certaines des actions rappelées ci dessus :

2. Une importante activité conventionnelle

Une forte –et nouvelle au regard des années précédentes– activité conventionnelle a concerné la plupart des professions de santé suscitée par la loi du 6 mars 2002⁴⁰. Elle a certes eu des répercussions importantes en terme de nomenclature et de tarifs mais elle installe aussi progressivement un nouveau type de relations entre les professions de santé et l'Assurance maladie.

⇒ Les médecins généralistes

Deux accords ont été signés avec les syndicats représentatifs des médecins généralistes :

- Signé le 24 janvier 2002, le premier accord, devenu l'avenant numéro 8 à la Convention, se fixait pour objectif « *de tracer la voie d'une revalorisation de l'ensemble du métier de généraliste, de ses contraintes et exigences, en sorte de mettre en lumière les conditions d'une meilleure réponse aux besoins de la population sur tout le territoire dans des conditions satisfaisantes pour les professionnels* ».

Trois lignes de force le définissent : revaloriser le revenu des médecins généralistes et améliorer leurs conditions de travail et de vie, revaloriser la place du médecin généraliste dans le système de soins en développant à son intention des recommandations de bonne pratique, et des protocoles de soins édictés par la communauté scientifique et enfin, réformer les relations entre les médecins et l'assurance maladie.

- Un second accord conclu le 5 juin 2002, constitue l'avenant numéro 10 à la Convention⁴¹. Cet accord revalorise le tarif des actes des médecins généralistes en deux temps : au 1^{er} juillet d'abord pour les consultations et les visites, puis au 1^{er} octobre, à nouveau pour les visites. Cet accord fait l'objet, dans la deuxième partie de ce rapport, d'une analyse spécifique.

En contrepartie de la revalorisation de leurs consultations, les médecins généralistes s'engagent à établir leurs prescriptions médicamenteuses en dénomination commune.

⁴⁰ Loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé et les organismes d'assurance maladie.

⁴¹ Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes. Journal officiel n° 150 du 29 juin 2002.

La conclusion d'un Accord de Bon Usage des Soins (ACBUS) vient compléter cet avenant : il permet de réserver le déplacement du médecin au domicile du patient aux situations qui le justifient médicalement. Un référentiel de bonnes pratiques précise ces situations. Il est complété par une réforme du système de tarification de la visite. Un précédent ACBUS, portant sur l'utilisation de test de diagnostic rapide de l'angine avait été signé dès mai 2002.

⇒ Les pédiatres

Outre diverses mesures de nomenclature, un accord national a été signé en juin 2002 avec les pédiatres, prolongé par la signature d'un ACBUS⁴².

Une majoration, dénommée forfait pédiatrique, s'applique aux consultations spécifiques réalisées en cabinet et aux visites effectuées par les pédiatres lorsque les enfants soignés ont moins de deux ans. Dans cet accord national, les médecins pédiatres s'engagent à libeller leurs prescriptions médicamenteuses en dénomination commune ou en génériques ainsi qu'à intégrer dans leurs pratiques les références professionnelles et les recommandations de bonne pratique en médecine de l'enfant édictées par l'ANAES et l'AFSSAPS.

⇒ Les sages-femmes

Plusieurs avenants à la convention nationale des sages-femmes ont été signés en 2002 entre l'assurance maladie et les représentants des sages-femmes. Ils organisent la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement et à la prise en charge⁴³, la revalorisation des tarifs des lettres clés⁴⁴ et approuvent un ACBUS, signé le 18 décembre 2002, visant à « *harmoniser et à améliorer la qualité de la prise en charge de la femme enceinte dans le cadre des séances de préparation à la naissance* »⁴⁵.

⇒ Les infirmières

En date du 21 février 2002, une nouvelle convention nationale des infirmiers a été signée⁴⁶. Son avenant numéro 1 détermine la revalorisation des lettres-clés concernant la profession, améliore la prise en compte de la charge en soins et de la pénibilité des actes, et prévoit un recentrage progressif du métier d'infirmiers sur la dispensation des actes techniques et sur les actions de soins liées aux fonctions d'entretien, de restauration et de continuité de vie.

La convention contient également des dispositions concernant la répartition des infirmières sur le territoire national, la télétransmission et la formation continue et conventionnelle.

En octobre 2002, conformément à l'engagement inscrit dans le précédent document, un nouvel avenant⁴⁷ à la convention détaille, pour les infirmières, les conditions de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement et à la prise en charge des soins.

⁴² Arrêté du 31 juillet 2002 relatif à l'accord de bonnes pratiques et de bon usage des soins applicable aux pédiatres. J.O. du 2 août 2002.

⁴³ Avenant n° 1 à la convention nationale des sages femmes. J.O. du 13 septembre 2002.

⁴⁴ Avenant n° 2 à la convention nationale des sages femmes. J.O. du 13 septembre 2002.

⁴⁵ Avenant n° 4 à la convention nationale des sages femmes. J.O. du 27 février 2003.

⁴⁶ Arrêté du 1er mars 2002 portant approbation de la convention nationale des infirmiers et de son avenant n° 1 pour un plan pluriannuel de valorisation de l'exercice libéral de la profession d'infirmier. J.O. du 3 mars 2002.

⁴⁷ Avis relatif à l'avenant à la convention avec les infirmiers. J.O. du 18 décembre 2002.

⇒ Les masseurs kinésithérapeutes

La revalorisation des lettres clés AMK, AMC et AMS, la poursuite du travail sur la réforme de la nomenclature de masso-kinésithérapie, la nécessité d'adapter la démographie professionnelle aux besoins en matière de soins de masso-kinésithérapie sont inscrites dans l'avenant à la convention nationale⁴⁸ signé le 8 novembre 2001 entre les Caisses d'assurance maladie et les représentants des masseurs kinésithérapeutes.

⇒ Les laboratoires d'analyses biologiques

Un avenant à la convention nationale des laboratoires d'analyses médicales⁴⁹ revalorise le tarif des lettres - clés de la profession, crée « une synthèse biologique annuelle » pour certains patients atteints d'une affection de longue durée et fixe le montant d'une indemnisation à la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Une **annexe** de ce rapport récapitule les principales dispositions tarifaires issues de ces accords, ainsi que celles concernant les autres accords passés avec les orthoptistes, les orthophonistes et les transporteurs sanitaires.

3. Analyse de quelques actions menées

Parmi les actions rappelées ici, on tentera pour quelques unes d'entre elles, de bâtir un canevas d'analyse, d'imaginer la mobilisation d'informations nécessaires à cette analyse. On examinera ainsi successivement :

- le nouveau dispositif des visites
- le bon usage des antibiotiques
- la prise en charge du cancer du sein
- la prise en charge des excès de cholestérol
- le bilan bucco-dentaire

3.1 Le nouveau dispositif des visites

Rappel du dispositif

C'est l'accord du 5 juin 2002, conclu entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les syndicats des médecins qui a permis la mise en place de ce nouveau dispositif sur les visites. Il a été organisé par un ACBUS signé le 1^{er} juillet 2002. Cet ACBUS contenait les dispositions suivantes :

- **un constat** : la France reste le pays d'Europe où il subsiste un grand nombre de déplacements de médecins généralistes hors cabinet. Ainsi en 2001, 65 millions de visites ont été remboursées par l'assurance maladie ce qui représente environ 23,5 % de l'ensemble des consultations et visites. De surcroît, il existe de fortes disparités régionales qui ne peuvent toutes être justifiées par des raisons médicales ;
- **des revalorisations financières** : Le tarif de la visite est revalorisé comme celui de la consultation. Les médecins percevront pour des soins hors cabinet une majoration de déplacement égale à 10 euros. Cette majoration de déplacement sera réservée aux patients dont la situation clinique ou la situation environnementale ne leur permet pas de se déplacer. Elle ne sera prise en charge par l'assurance maladie que si elle respecte le référentiel annexé à l'accord ;

⁴⁸ Arrêté du 11 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes. J.O. du 13 janvier 2002.

⁴⁹ Avenant à la convention nationale des directeurs de laboratoires privés d'analyses biologiques. J.O. du 3 juillet 2002.

- **une cible** : la première année, l'assurance maladie et les partenaires médicaux se fixent comme objectif de faire baisser de 5 % le nombre de visites et d'engager une réduction des disparités régionales.;
- **un dispositif** : un ACBUS est signé au niveau national. Les acteurs régionaux l'adapteront afin de réduire les écarts entre régions, de définir les zones où sont patentes les difficultés d'accès aux soins de premier recours. Il s'agit de zones où des critères d'ordre environnemental peuvent justifier l'application d'une majoration pour déplacement ;
- **un bilan annuel** de la mise en œuvre de cette action l'année (n-1) sera effectué avant la fin du mois de février de l'année (n). Ce bilan comprendra un volet national et un volet régional ; un avenant annuel pourra déterminer le taux annuel de baisse attendu pour l'année suivante.

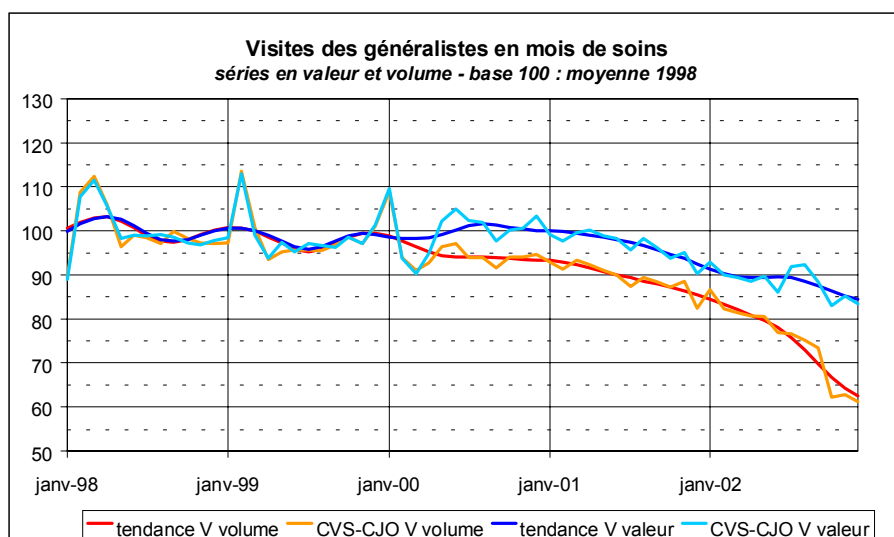
Un schéma d'analyse et la définition des indicateurs

Cette action, dont l'objectif est de réduire les visites inutiles, est conçue dans le but de développer la qualité des soins en limitant l'usage des visites aux patients qui en ont réellement besoin et en favorisant la consultation au cabinet du médecin.

Bilan d'un an d'action

Les bilans qui en ont été réalisés⁵⁰ permettent tirer les conclusions suivantes :

- Le nombre de visites remboursées par le régime général et mesuré en date de soins a chuté de 22,5, % sur la période allant de juillet 2002 à février 2003 par rapport à la période allant de juillet 2001 à février 2002. Il y a eu un transfert partiel des visites sur les consultations mais globalement le nombre de consultations et de visites a baissé de 1,1 % en un an. Le poids des visites dans l'activité des médecins généralistes (ratio V/C+V) passe de 19,6 % en 2001 à 15,7 % en 2002⁵¹.



- La part des visites associées à une majoration de déplacement se situe à 84,3 % au cours du dernier trimestre 2002 et à 86,1 % au cours du premier trimestre 2003.

⁵⁰ Un bilan national a été communiqué à la presse le 5 juin 2003 ; par ailleurs les URCAM ont, dans la même période, publié des bilans régionaux concernant l'application de l'ACBUS.

⁵¹ Dans ce cas, la mesure est faite sur la période allant de juin à décembre des années 2001 et 2002.

Part des visites accompagnées d'une majoration de déplacement dénombrement (en %)
octobre 2002 à mars 2003

	Trois régimes (CNAMTS.MSA.CANAM)			CNAMTS			MSA			CANAM		
	V	V- ATM	V- STM	V	V- ATM	V- STM	V	V- ATM	V- STM	V	V- ATM	V- STM
oct-02	84.0%	76.0%	91.4%	83.5%	75.5%	91.3%	88.3%	81.6%	92.1%	82.5%	72.5%	90.9%
nov-02	85.8%	77.9%	93.6%	84.9%	77.3%	93.1%	91.2%	84.0%	95.6%	86.2%	76.8%	94.7%
déc-02	85.5%	77.7%	94.3%	84.6%	77.1%	93.9%	91.2%	84.0%	95.9%	86.5%	77.1%	95.9%
dernier trimestre 2002 :	85.1%	77.2%	93.0%	84.3%	76.6%	92.7%	90.2%	83.2%	94.4%	85.0%	75.5%	93.7%
janv-03	86.3%	78.9%	94.8%	85.4%	78.3%	94.4%	91.7%	85.0%	96.2%	87.1%	78.3%	95.8%
févr-03	87.0%	80.0%	95.1%	86.2%	79.4%	94.8%	92.1%	85.7%	96.4%	88.3%	80.3%	96.5%
mars-03	88.5%	81.8%	95.5%	87.7%	81.1%	95.1%	92.9%	87.1%	96.5%	89.9%	82.5%	96.6%
premier trimestre 2003 :	87.0%	79.8%	95.0%	86.1%	79.2%	94.7%	92.0%	85.7%	96.3%	88.1%	79.7%	96.2%

Si l'on se réfère uniquement à l'objectif de baisse du nombre de visites, il est possible de déclarer cet objectif atteint. La contrainte de neutralité financière globale est également respectée au vu des données financières résumées dans le tableau ci-après.

La majoration des visites mise en place à partir du 1^{er} juillet 2002 n'a fait progresser les dépenses liées aux consultations et aux visites des médecins généralistes que très faiblement, ce qui était bien l'objectif visé : ces dépenses n'ont en effet progressé, abstraction faite des revalorisations antérieures, que de + 0,8 %.

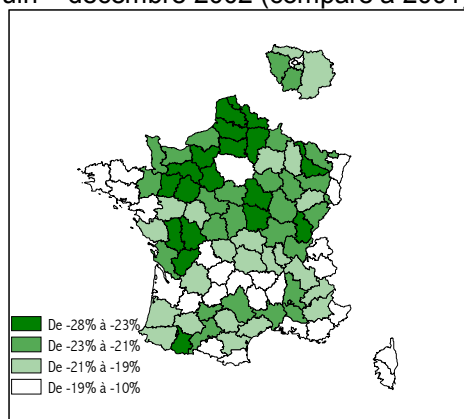
BILAN FINANCIER DE LA MISE EN PLACE DE LA MAJORATION DES VISITES POUR LE REGIME GENERAL :
EVOLUTION EN VALEUR ET EN VOLUME DES MONTANTS REMBOURSES

<u>REGIME GENERAL</u> <i>SUIVI EN MOIS DE SOINS</i>	JUILLET 2002-FEVRIER 2003 PAR RAPPORT A JUILLET 2001-FEVRIER 2002
Volume des visites	-22,5%
Volume des consultations	+5,9%
Total Visites+Consultations :	
Valeur (à prix constant de la consultation et de la visite)	+0,8%
Volume des consultations et des visites	-1,1%

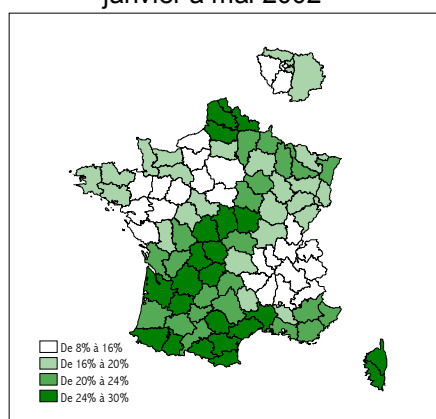
En dépit de toutes ces informations, la mesure des résultats de l'action reste incomplètement réalisée. Des trois axes de performance précédemment définis, seul un des éléments mesurant l'efficacité de gestion (ou l'efficience) est présent (baisse du nombre des visites). **Il reste à connaître l'impact réel de la mesure (son efficacité socio-économique) et à évaluer la qualité du service rendu aux assurés.**

Il est en particulier très difficile d'expliquer la baisse du nombre de visites en la mettant en regard des pratiques médicales antérieures.

Baisse du nombre de visites
Juin – décembre 2002 (comparé à 2001)



Poids des visites dans l'ensemble C+V
janvier à mai 2002



Les deux cartes précédentes montrent ainsi que l'ampleur de la baisse du nombre de visites n'est pas directement liée à l'importance du poids des visites dans l'activité d'ensemble des médecins généralistes, consultations et visites confondues.

En outre, l'indicateur lui-même peut poser problème. La cible fixée, on le sait, était une baisse du nombre de visites de 5 % en un an. L'indicateur qui est le taux de croissance du nombre de V sur la période correspondant à l'application de l'accord, s'avère peu précis pour mesurer l'effet spécifique des mesures mises en œuvre dans le cadre de l'ACBUS. La baisse du volume de visites est en effet une tendance de long terme qui a commencé bien avant la mise en place de l'ACBUS visites même si celui-ci en a, de façon très nette, accéléré le processus. L'indicateur intègre dans la mesure du résultat des effets qui ne sont pas liés à l'action.

On note par ailleurs les difficultés particulières liées à la disponibilité des données statistiques : les contraintes de leur production n'ont pas permis de disposer à temps d'une mesure portant sur douze mois.

Quels indicateurs devrait-on retenir ?

Trois séries d'indicateurs doivent être définis. On les examinera tour à tour.

- Les indicateurs mesurant **l'efficacité socio-économique de l'action**. Dans le cas présent, cette efficacité socio économique est l'amélioration de la disponibilité du médecin généraliste. Pour les médecins, elle se traduit par une meilleure gestion de leur temps de travail; pour les assurés, elle correspond à un recours plus facile aux visites à domicile pour ceux qui en ont réellement besoin.

Il existe probablement peu de données issues du système d'information de l'assurance maladie qui puissent permettre une mesure de ce type d'impact. Pour le mesurer de façon plus directe, des enquêtes permettraient d'apprécier l'amélioration de la disponibilité du médecin.

Côté assurés, on peut s'intéresser au délai s'écoulant entre l'appel au médecin et son déplacement effectif ou encore au nombre d'appels nécessaires pour obtenir une visite. Une telle enquête (nationale ou régionale) pourrait s'intéresser à l'ensemble de la population ou à une population plus ciblée constituée par exemple des assurés ayant le plus besoin des visites à domicile⁵². Côté médecins, un indicateur mesurant la part du temps passé en visites pourrait être utilisé.

⁵² Il s'agit essentiellement des personnes en ALD et des personnes âgées. On sait d'ailleurs que les médecins qui entre 2000 et 2002, ont très peu diminué leur activité de visites sont ceux qui s'occupent surtout des personnes âgées ou en ALD.

- Les données internes sont également muettes pour ce qui concerne la **qualité du service rendu** aux assurés. La qualité dont il s'agit ici est celle de la prestation du médecin. Son amélioration résulte à la fois d'un plus grand recours à la consultation au cabinet du médecin et d'un desserrement de sa contrainte temps du fait d'une diminution du nombre de visites à effectuer. Le recours à une enquête serait ici aussi nécessaire afin d'évaluer, pour les consultations et les visites, la qualité de l'entretien (le motif de la visite, sa durée est-ce le médecin habituel ? etc.), les suites éventuelles de la visite (le succès du traitement, y a-t-il eu nouvelle visite ou consultation ? etc.)

AXES DE PERFORMANCE	CONTENU	INDICATEUR	MOYENS UTILISES
Efficacité socio économique (mesure de l'impact)	réserver la visite aux usagers qui en ont réellement besoin	Délai d'attente entre l'appel du médecin et la visite Nombre d'appels avant d'obtenir une visite temps mobilisé en visites / temps actif total	enquête auprès des assurés enquête auprès des médecins
Qualité de service	amélioration de la qualité de l'acte médical (consultation ou visites)	évaluation de la qualité de l'entretien (motif de la visite, est-ce le médecin habituel?, durée de la visite, succès du traitement, y a-t-il eu nouvelle visite ou consultation?)	enquête auprès des assurés et des médecins
Efficacité de gestion	mesures du produit et du coût de l'opération coût en prestations coût en personnel	baisse du nombre de visites baisse de la part des visites dans l'activité du médecin part des visites non majorées	exploitation des données de l'assurance maladie exploitation des données de l'assurance maladie données de la gestion

- L'efficacité de la gestion** est ce que l'on appelle aussi l'efficience. Elle rapporte les produits obtenus aux ressources consommées. Ce produit est ici la baisse du nombre de visites à condition d'affiner l'indicateur afin qu'il mesure autant que possible le seul effet de l'action menée.

Le coût de l'action se compose de deux éléments. Le coût des prestations en premier lieu : le dispositif inclut en effet la revalorisation de la visite et la majoration de déplacement. Cette dépense supplémentaire engagée par l'assurance maladie est bien un coût de mise en place. Il faut ensuite évaluer les coûts engendrés par le bouclage du dispositif.

Plusieurs types d'opérations ont été nécessaires pour mettre en place l'action consacrée à la baisse des visites :

- **négoier et finaliser l'accord national** et les accords régionaux
- mener une **campagne d'information** à destination des médecins et des assurés afin de faire connaître les nouvelles dispositions
- procéder aux modifications nécessaires pour **assurer le service** des nouvelles prestations mais aussi pour **mettre à jour le système d'information** de l'Assurance Maladie
- **effectuer le suivi** de l'accord et **réaliser les bilans annuels** (définition des indicateurs, des cibles de performance, évaluation des résultats).

La mesure des coûts peut ici, mis à part la campagne d'information, se limiter aux coûts de personnel. Ces derniers doivent se rapporter exclusivement à l'action concernée. On peut imaginer une récapitulation comme présentée ci-dessous :

ACTION : REDUIRE LE NOMBRE DE VISITES NON JUSTIFIEES

TACHES	CNAMTS					RESEAU				
	DDRE	DDR		DSM	DICOM	CTI	URCAM	ERSM	CPAM	ELSM
		DRM	DSE							
négociations de l'accord										
informations des assurés et des PS										
Modification dans le système de liquidation et d'information										
organisation du suivi										
Elaboration du bilan										

A chaque fois, devraient être indiqués le nombre d'agents concernés et le nombre de jours de travail consacrés à cette action, le coût prévu ex ante, et le coût final.

Comme on le voit sur ce tableau, cette action, à l'instar de beaucoup d'autres, nécessite une forte implication de nombreux services de la CNAMTS et, plus généralement, des organismes du réseau de l'Assurance Maladie. A chaque étape de la mise en œuvre d'une telle action, une coordination étroite des travaux menés doit être assurée.

Une fois évalués, ces coûts seront rapportés aux produits en sachant que ce l'on cherche à mesurer est l'efficacité des moyens employés. Un indicateur possible consisterait à rapporter le coût de l'opération au nombre de visites « économisées ».

- La dernière opération consiste à **déterminer les cibles** par rapport auxquelles on pourrait apprécier les mesures délivrées par les indicateurs. Les cibles fixent à un horizon de temps déterminé le niveau de résultats que l'on souhaite atteindre. Cette opération est plus délicate qu'il n'y paraît. Elle nécessite un état des lieux précis de la situation de départ, une évaluation plausible du but que l'on se fixe et du rythme que l'on souhaite respecter pour l'atteindre.

3.2 Le bon usage des antibiotiques

Cette action s'appuie d'abord sur **un constat** mis en évidence par les études de l'Assurance Maladie :

- Un constat médical* : l'efficacité des antibiotiques est aujourd'hui menacée. De nombreuses bactéries, aujourd'hui leur résistent. Les données du centre national de référence du Pneumocoque montrent que la résistance du pneumocoque à la pénicilline G est passée de 0,5% en 1984 à 32 % en 1994. Si cette résistance n'est pas un phénomène nouveau, elle était auparavant limitée par la découverte de nouvelles molécules. L'innovation en ce domaine semble marquer le pas puisqu'il y a 10 ans qu'aucune classe nouvelle d'antibiotiques n'a été découverte. Une utilisation plus restreinte et plus pertinente des antibiotiques est donc indispensable pour diminuer la résistance bactérienne. Cette utilisation des antibiotiques est en effet trop élevée en France, notamment dans le traitement des affections d'origine virale : 40 % des rhino pharyngites aiguës et 80 % des bronchites sont soignées par antibiotiques ce qui n'est pas médicalement justifié.
- Un constat économique* : les antibiotiques représentent 7,5% des ventes de médicaments.

L'objectif de cette action est double :

- d'une part, stopper le développement de la résistance aux antibiotiques en diminuant les prescriptions inutiles d'antibiotiques, notamment dans le traitement des infections ORL et respiratoires. ;
- d'autre part, promouvoir un test de diagnostic rapide (TDR)⁵³ permettant de distinguer rapidement une angine d'origine virale d'une angine d'origine bactérienne. La généralisation de ce test permet d'introduire une réflexion plus large sur l'utilisation des antibiotiques et d'amorcer une modification des pratiques médicales en la matière.

Des indicateurs, mesurant le degré de réussite du projet, ont été construits par l'Assurance Maladie.

OBJECTIFS	INDICATEURS
Objectif en terme d'évolution des pratiques suite à l'utilisation du test de diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - % de prescripteurs utilisant le TDR - % des conduites thérapeutiques adaptées à l'issue d'un test de diagnostic rapide
Objectif en terme de diminution de la résistance aux antibiotiques	<ul style="list-style-type: none"> - % de prescriptions respectant le dosage et la durée de traitement - % de pneumocoques résistants à la pénicilline sur les porteurs sains (indicateur de l'étude INSERM)
Objectif en terme d'évolution en volume et valeur de la délivrance d'antibiotiques systémiques (pénicillines à spectre large, céphalosporines, fluoquinolones, macrolides)	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de boîtes d'antibiotiques délivrées - dépenses d'antibiotiques - dépenses d'antibiotiques évitées grâce à l'utilisation du test de diagnostic rapide

Les moyens engagés par l'Assurance Maladie ont été les suivants :

- L'Assurance Maladie s'est appuyée sur les actions menées depuis 2001 par l'URCAM de Bourgogne en liaison avec le CHU de Dijon, pour tester la réception du TDR dans le milieu médical et chez les assurés ainsi que son efficacité. Cette action comprenait outre la mise à disposition du test aux médecins libéraux, une formation de trois heures sur la résistance aux antibiotiques, l'étiologie des angines et l'utilisation du test. Une enquête effectuée auprès des médecins et des patients a permis de conclure à l'efficacité du test :

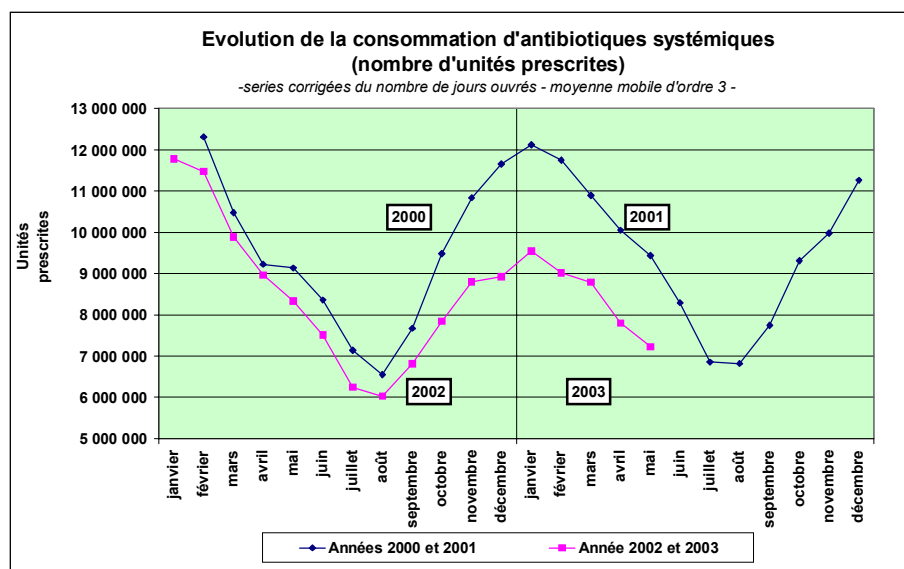
**Les décisions médicales de prescription d'antibiotiques
selon le résultat du test de diagnostic rapide**

résultats du test de diagnostic rapide	ANTIBIOTIQUE NON PRESCRIT		ANTIBIOTIQUE PRESCRIT	
	NOMBRE	POURCENTAGE	NOMBRE	POURCENTAGE
Négatif	2241	81,7%	501	18,3%
Positif	6	0,6%	1058	99,4%
Non interprétable ou inconnu	2		26	
Tous résultats confondus	2249	58,5%	1585	41,3%

⁵³ Seule, l'angine d'origine bactérienne justifie un traitement par antibiotiques

- Une généralisation de l'utilisation de ce test au niveau national a donc été décidée. Cette décision a nécessité trois types de travaux. **Tout d'abord**, un travail de mise en œuvre du suivi et de l'évaluation de la mesure : cette évaluation qui se fera à la fin de l'année 2003, implique que soient élaborées des requêtes sur le système d'information de l'assurance maladie et définis des indicateurs médicaux et économiques adaptés. **Ensuite**, un travail de communication en direction des professionnels et des assurés est également indispensable de même que la mise en place de formations, à destination des médecins. **Enfin**, il convient de rechercher un fournisseur de TDR ainsi que de mettre en place un cadre juridique adapté pour associer les médecins libéraux à cette action. Ce cadre est l'ACBUS signé 15 mai 2002. D'une durée de trois ans, il prévoit la mise à disposition des tests aux médecins généralistes libéraux, la mise en œuvre d'actions de formation organisées par les associations de formation continue de généralistes.

Dès décembre 2002, soit trois mois après la mise à disposition des TDR (octobre 2002), 29 % des médecins généralistes en étaient équipés. L'inflexion de la consommation d'antibiotiques est patente depuis la fin de l'année 2002.



3.3 La prise en charge de l'excès de cholestérol

Depuis plusieurs années, des études menées par l'Assurance Maladie⁵⁴ ont mis en évidence l'existence de pratiques médicales non optimales dans le traitement de l'hypercholestérolémie. Elles s'écartaient assez significativement des recommandations émises par l'ANAES et l'AFSSAPS.

⁵⁴ Prescriptions de statines. Mars 2001. Echelon local de service médical de Vesoul.
Evaluation de la prise en charge des patients hyperlipidémiques. Septembre 1999. Echelon local du service médical d'Elbeuf.
Le traitement des dyslipidémies par les statines en Corse. Novembre 2001. URCAM de Corse.

PROPORTION DE PATIENTS TRAITES PAR HYPOLIPEMIANTS AVEC :

LIEU D'ETUDE	LDL CHOLESTEROL INFÉRIEUR AU SEUIL	VALEURS CIBLES DE LDL CHOLESTEROLE NON ATTEINTES
ILE DE FRANCE		
prévention primaire	23 %	13 %
prévention secondaire	3 %	39 %
CORSE		
prévention secondaire	39 %	26 %
prévention secondaire	18 %	45 %
VESOUL		
prévention primaire	38 %	

Or, **le constat** posé par l'Assurance Maladie montre à l'évidence que les enjeux médicaux et économiques liés aux facteurs de risque de la maladie coronaire sont considérables.

- Sur le plan *médical*, l'hypercholestérolémie est un des quatre facteurs de risque⁵⁵ de l'athérosclérose sur lesquels il est possible d'agir. Or, on sait qu'il y a en France environ 10 millions d'individus avec un cholestérolémie supérieure ou égale à 2,5g/l et 2 millions de personnes avec un cholestérolémie supérieure à 3g/l. La maladie coronaire est à l'origine d'un problème majeur de santé publique, entraînant morbidité et mortalité. Elle est responsable chaque année de 100 000 infarctus du myocarde et de 50 000 décès.
- Sur le plan *économique*, le bilan est tout aussi sévère. Selon une étude du Service médical de l'Assurance Maladie, le coût de la prise en charge en ALD 30 des pathologies cardiovasculaires est évaluée en 1994, à 6,5 milliards d'euros. Par ailleurs, la dépense remboursée correspondant aux médicaments hypolipémiants représentait en 2000 un montant de 645 millions d'euros. Les statines, mises sur le marché français au début des années 1990, constituaient à elles seules 78 % du coût de cette classe de médicaments.

L'Assurance Maladie s'appuie également dans sa démarche sur **l'existence de référentiels** publiés par L'ANAES et l'AFSSAPS concernant les modalités du dépistage et diagnostic biologique dans les dyslipidémies en prévention primaire et la prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Ces référentiels précisent les seuils d'intervention diététique et médicamenteuse en prévention primaire et secondaire.

Or, des études de l'Assurance maladie montraient clairement que ces référentiels n'étaient pas respectés :

- L'analyse rétrospective des bases de données de l'Assurance Maladie indiquait qu'environ 5 millions de personnes étaient traitées par hypolipémiants, 10 % d'entre elles avaient 50 ans et plus et 60 % bénéficiaient d'un traitement par statines. Mais le suivi biologique annuel reposait davantage sur des dosages de cholestérol (75 %) que sur des déterminations de LDL-cholestérol ;
- Une seconde étude portait sur un échantillon national représentatif de 4083 personnes appartenant à l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie. Il s'agissait de patients ayant débuté le traitement hypolipémiant au cours du mois de mars 2002. Les indicateurs retenus pour l'évaluation des pratiques médicales étaient les suivants :

⁵⁵ Les autres facteurs sont le tabagisme, l'hypertension artérielle et le diabète.

- taux de patients ayant suivi un régime d'au moins trois mois avant l'instauration d'un traitement médicamenteux
- taux de patients pour lesquels avait été déterminé le LDL-cholestérol avant l'instauration d'un traitement médicamenteux
- taux d'intervention médicamenteuse respectant les seuils en LDL-cholestérol définis par les recommandations
- taux de fumeurs sous hypolipémiant ayant bénéficié d'une incitation à l'arrêt du tabac lors du diagnostic d'excès de cholestérol.

L'étude apportait plusieurs enseignements.

Le traitement avait été prescrit en prévention primaire pour 90 % des individus. Dans ce cas, les autres facteurs de risque représentaient 36 % pour l'hypertension artérielle, 22 % pour le tabagisme et 11 % pour le diabète. Plus de la moitié des patients traités en prévention secondaire (57 %) avaient présenté un infarctus du myocarde ou un autre événements coronarien aigu dans les six mois précédant le traitement.

Dans l'ensemble de la population étudiée, 53 % des patients n'avaient pas suivi de régime hypocholestérolémiant dans les trois mois précédant le traitement médicamenteux. Pour 32 % des patients, le LDL cholestérol n'avait pas été déterminé avant l'instauration du traitement médicamenteux. Et parmi les patients dont le taux de LDL cholestérol a été déterminé, plus de la moitié d'entre eux se sont vus prescrire un traitement malgré un taux de cholestérol inférieur aux seuils définis par l'AFSSAPS.

LA PRISE EN CHARGE DES EXCES DE CHOLESTEROL DE QUOI PARLONS NOUS ?

La prévention des maladies cardio vasculaires nécessite la prise en charge simultanée de tous les facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir (tabagisme, hypertension artérielle, diabète et hypercholestérolémie).

L'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) et l'Agence française de sécurité sanitaires des produits de santé (Afssaps) ont établi au cours de l'année 2000 des recommandations pour le dépistage, le diagnostic biologique et la prise en charge thérapeutique du patient « dyslipidémique ». Selon ces recommandations, la décision d'intervention thérapeutique repose, d'une part, sur la détermination du LDL-cholestérol (le mauvais cholestérol) et d'autre part, sur le nombre de facteurs de risque présents.

La première étape de la prise en charge thérapeutique de l'hypercholestérolémie consiste en un régime spécifique pauvre en cholestérol, capable à lui seul de diminuer le risque de maladie cardio-vasculaire. Le traitement médicamenteux n'est indiqué qu'après l'échec, au bout de trois mois, d'un régime hypocholestérolémiant régulièrement suivi.

Les médicaments indiqués pour le traitement de l'hypercholestérolémie appartiennent à trois classes thérapeutiques : les fibrates, les statines et la colestyramine. Seule certaines statines (simvastatine et pravastatine) ont prouvé leur efficacité pour abaisser le taux de mortalité totale. La prescription des hypolipémiants doit respecter des règles spécifiques. Suite au retrait mondial de la cérisvastatine, en août 2001, les recommandations pour la prescription des statines ont été rappelés par l'Afssaps. En effet, ce médicament avait été impliqué dans des complications musculaires sévères et parfois mortelles.

Pour améliorer la prise en charge des excès de cholestérol, l'**action** de l'Assurance Maladie devait comprendre trois phases :

- Un *état des lieux* dont font partie les études citées ci-dessus : l'objectif de cette phase était d'évaluer avant le début des interventions les pratiques d'instauration du traitement médicamenteux hypolipémiant. Des indicateurs permettant d'évaluer cet état des lieux sont définis : taux de suivi régulier, d'un régime avant traitement, pourcentage de patients ayant bénéficié d'une détermination du LDL-cholestérol, pourcentage d'intervention médicamenteuse avec un LDL-cholestérol en dessous du seuil.

- Une *campagne d'échanges confraternels* permettant de rencontrer les médecins à l'origine d'une demande d'exonération du ticket modérateur.
- *Des mesures d'impact* des interventions auprès des professionnels s'appuyant sur une enquête reprenant les indicateurs de l'état des lieux et un suivi trimestriel d'indicateurs pertinents à l'aide de requêtes informatiques sur les bases de données de l'Assurance Maladie.

Ce programme d'intervention a cependant été suspendu en juillet 2002. Une étude, Heart Protection Study, amenait l'assurance maladie à s'interroger sur les recommandations de l'AFSSAPS faisant dépendre la prescription d'un traitement médicamenteux d'un seuil de LDL-cholestérol après l'échec d'un régime hypolipémiant. L'AFSSAPS a été saisie afin de connaître sa position quant à l'actualisation des recommandations concernant la prise en charge des dyslipidémies. En fonction de quoi, le programme pourra être repris.

3.4 La prise en charge du cancer du sein

La généralisation du dépistage du cancer du sein a incité l'Assurance Maladie à travailler en aval de ce dépistage afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et des soins curatifs.

Le cancer du sein est un **enjeu médical important** car il est le cancer le plus fréquent et le plus grave chez la femme. 34 000 nouveaux cas sont détectés chaque année et ce cancer représente 12 % de la mortalité prématurée féminine. Il constitue également **un enjeu économique** puisque la prise en charge unitaire de ce cancer est évaluée à 4 500 euros par an.

Or, des études de l'Assurance Maladie ont indiqué que **la prise en charge n'était pas optimale** et de nature à capitaliser les gains que le progrès réalisé en matière de dépistage pouvait laisser entrevoir. Ainsi en Aquitaine, où l'incidence brut annuelle du cancer du sein est de 126 cas pour 100 000 femmes, une étude réalisée par les services médicaux des trois régimes d'Assurance Maladie de cette région⁵⁶ - enquête menée avec un collège d'experts cancérologues dans le cadre d'un programme de travail de l'ARH - a mis en évidence de forts écarts par rapport aux référentiels existants :

- Les comptes rendus d'anatomopathologie étaient partiellement renseignés. Ils répondaient dans 90 % aux critères de qualité préconisés dans les standards, options et recommandations publiés par la Fédération Nationale de Lutte contre le Cancer.
- Les résections chirurgicales étaient incomplètes. Ainsi, les critères de qualité correspondant à l'exérèse tumorale ou au compte rendu anatomopathologique n'étaient pas respectés dans un cas sur cinq.
- L'atteinte ganglionnaire est un facteur pronostic déterminant et à ce jour, le curage ganglionnaire axillaire reste l'examen de référence. La qualité optimale de cet examen correspond au prélèvement d'au moins dix ganglions. Or, ce nombre était inférieur à dix pour 27 % des curages axillaires effectués.

De tels écarts aux référentiels, qui sont de nature à engendrer des pertes de chance de guérison, ne sont pas limités à la région Aquitaine. Ils ont été constatés également en région PACA ou en Bretagne. Dans cette dernière région, une étude de l'URCAM indiquait notamment qu'en matière de traitements chirurgicaux, les référentiels étaient significativement moins suivis dans les établissements ayant une faible activité de chirurgie mammaire (moins de 50 actes par an). En France, la moitié des établissements réalisait en 1997, moins de 15 interventions de cancérologie chirurgicale mammaires par an.

⁵⁶ Cancer du sein : situation épidémiologique en Aquitaine en 1999. Revue médicale de l'Assurance Maladie. 2002.

Par ailleurs, cette même étude indiquait que dans le cadre du bilan initial d'extension, la réalisation d'examens inutiles et coûteux était trop fréquente : dans 40 % des cas, la réalisation d'un bilan d'extension par imagerie (scintigraphie osseuse, échographie abdominale) n'était pas associée à la présence de risque métastatique...

De même, l'analyse des protocoles d'admission (PIRES) dans le dispositif ALD révèle que moins de la moitié des PIRES peuvent être considérés comme complets et qu'à peine 3 % d'entre eux contenaient explicitement la notion d'une consultation pluridisciplinaire.

Face à ce constat, l'Assurance maladie a fixé plusieurs **objectifs** à son action :

- généraliser une réflexion de tous les intervenants (médecins hospitaliers et médecins libéraux) au moment du diagnostic et de la prise de décision thérapeutique sous la forme d'une consultation pluridisciplinaire matérialisée par un PIRES
- généraliser l'implication du médecin généraliste dès le début de la prise en charge
- généraliser l'implication de la malade
- promouvoir les référentiels de bonnes pratiques.

Les moyens envisagés par l'Assurance Maladie sont les suivants :

Dans un premier temps, l'Assurance Maladie cherchera à obtenir le soutien et la participation d'autres acteurs (ministère, associations, sociétés savantes, ARH). Elle s'attachera ensuite à préciser l'état des lieux. Il s'agira :

- d'élaborer des indicateurs pertinents pour suivre la qualité de la prise en charge et mesurer l'effet du programme existant
- de repérer et compiler les résultats déjà disponibles
- de construire des requêtes afin d'exploiter les systèmes d'informations.

Ensuite, sur l'ensemble des régions, il conviendra de réaliser des échanges confraternels auprès des chirurgiens, des oncologues médicaux et radiothérapeutes et des généralistes. Ces échanges seront renforcés par la négociation d'Acbus qui comprendront des incitations financières à s'investir dans la prise en charge des malades. Parallèlement, en lien avec les ARH, des contrats d'objectifs et de moyens seront passés avec les établissements de santé visant à l'amélioration de la prise en charge des cancers.

Ce programme ambitieux s'achèvera en 2004 par des enquêtes d'impact. Il demande une clarification des responsabilités avec les autres intervenants et est conditionné par des décisions du Ministère et des caisses nationales.

3.5 La prévention : le bilan bucco-dentaire

Le bilan bucco-dentaire est une action de prévention. Elle s'inscrit naturellement dans le programme *«développer la prévention et l'éducation sanitaire »*.

C'est la convention nationale des chirurgiens-dentistes de 1997 signée entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et deux syndicats de chirurgiens-dentistes qui institue, dans son article 31, la possibilité pour les adolescents de 15 ans et plus de bénéficier d'une consultation gratuite de dépistage⁵⁷. L'objectif affirmé de ce dispositif est de *«mettre en place et développer des actions incitatives de prévention et de dépistage bucco-dentaire précoce pour lutter contre le caractère tardif du recours aux soins »*.

⁵⁷ Cf. arrêté du 30 mai 1997 portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes. J.O du 31 mai 1997.

Les modalités de la mise en œuvre de ce dépistage sont les suivantes :

- Un examen de prévention peut être réalisé dans les trois mois suivant la date anniversaire de l'adolescent. Cet examen assorti de radiographies, comporte des conseils de prévention et éventuellement un programme de soins. Cet examen annuel est rémunéré directement par les Caisses d'assurance maladie au professionnel de santé librement choisi par le patient. La valeur de l'examen était fixé par la convention ainsi que les forfaits rémunérant les radiographies ;
- Le programme de soins conservateurs doit être commencé dans le mois qui suit l'examen; à cette condition, il est pris en charge à 100% par l'assurance maladie sur la base de tarifs de remboursement opposables aux professionnels.

La convention comportait un engagement d'évaluation : *«Les bénéficiaires feront l'objet d'un examen annuel de dépistage pendant quatre années consécutives ; à l'issue de cette période, une évaluation médico-économique dont les conditions seront définies par les signataires permettra de connaître l'intérêt du dispositif. »*

Des évaluations médicales et une évaluation sociale récemment réalisée par le CREDES sont disponibles.

D'après l'évaluation sociale réalisée par le CREDES⁵⁸, 95 % des parents interrogés connaissent l'existence du bilan bucco-dentaire (BBD) et les trois quart des participants au dispositif connaissent le caractère gratuit de la consultation de dépistage contre 70 % des non participants. En revanche, seuls 30 % des parents interrogés ont connaissance du remboursement à 100 % des soins consécutifs.

Avec de fortes disparités régionales, le taux de participation au BBD est de 15,4 % sur la France entière. Toujours selon l'enquête du CREDES, plusieurs facteurs ont influencé la décision de recourir au dispositif :

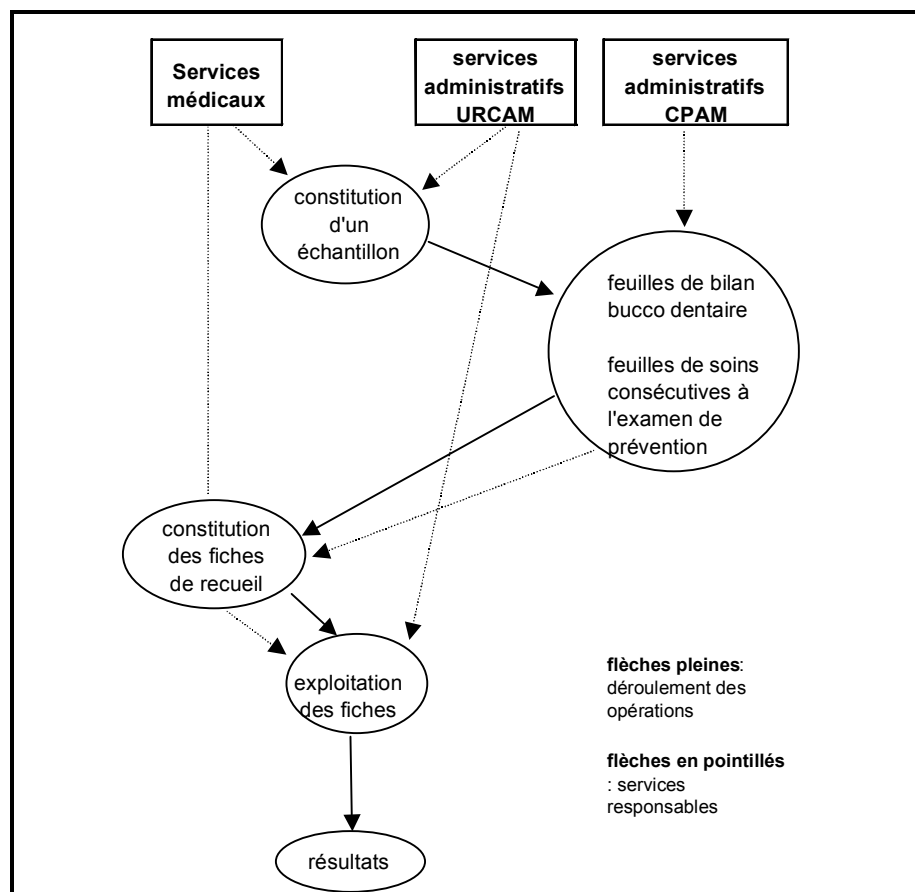
- Le fait d'être déjà suivi régulièrement par un dentiste favorise l'inclusion dans le dispositif. A l'échelle des régions Rhône-Alpes et Auvergne, le taux de participation est de 21 % pour les adolescents dont les parents déclarent qu'ils font une seule visite annuelle. Le taux de participation est de moins de 9 % lorsque les visites chez le dentiste sont moins régulières ;
- Le temps d'accès au cabinet du chirurgien dentiste influence également le recours au dispositif : plus ce temps est long, plus il constitue un frein à la participation au dispositif. Lorsque le cabinet est à moins de dix minutes du domicile de l'adolescent, le taux de participation est de 19 % ; il n'est plus que de 13 % dans le cas contraire.
- La catégorie socioprofessionnelle est un facteur significatif de participation au bilan bucco-dentaire : le BBD semble avoir constitué une opportunité pour les familles les plus modestes sans pour autant toucher les plus défavorisées d'entre elles.

L'évaluation médicale conduite dans la région des Pays-de-Loire s'est fixée pour but de savoir si :

- le ciblage de la campagne sur les adolescents de 15 ans a constitué un choix adéquat en matière de besoins de soins
- le bilan bucco-dentaire répond à un besoin de santé publique
- le bilan bucco-dentaire est un instrument pertinent de prévention.

⁵⁸ L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire: le BBD a-t-il atteint sa cible? Novembre 2002. CREDES. Une enquête transversale a été réalisée auprès d'un échantillon d'adolescents et de leur famille. Cet échantillon est extrait de la population cible du dispositif (régime général) des régions Ile de France, Rhône-Alpes et Auvergne, soit environ 200 000 foyers enregistrés dans les fichiers de la CNAMTS.

La démarche adoptée (elle est résumée dans le schéma ci-après) a consisté à définir un échantillon local. Sur la base de cet échantillon, les services administratifs ont communiqué au Service médical les feuilles de bilan bucco-dentaire remplies par les chirurgiens-dentistes traitants et les feuilles de soins consécutives à l'examen de prévention. Une fiche de recueil a été établie pour chaque bénéficiaire et les données collectées ont enfin été analysées.



Ces analyses confirment le bien-fondé et la pertinence du bilan bucco-dentaire. Ce bilan a bien concerné en majorité des adolescents de 15 ans qui avaient un suivi dentaire incertain. Ces adolescents avaient un indice CAO⁵⁹ nettement supérieur (4,2) à celui constaté dans la population des jeunes de 12 ans (1,9). La population touchée est bien la population ciblée.

Ces adolescents avaient un réel besoin de soins : 56,1% des adolescents ayant bénéficié du bilan bucco-dentaire n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste au cours de l'année écoulée et présentaient un indice C (dent cariée) moyen plus élevé que ceux qui avaient dans l'année écoulée consulté un chirurgien-dentiste.

Enfin, les soins consécutifs au bilan bucco-dentaire sont avant tout des soins de première intention. 56,9 % des bilans bucco-dentaires ont induit au moins un acte et 82,8 % des adolescents informés qui avaient au moins une dent à traiter se sont fait soigner. Par ailleurs 90,9 % des chirurgiens-dentistes ont déclaré qu'ils avaient délivré des conseils d'hygiène bucco-dentaire lors du bilan.

⁵⁹ L'indice CAO correspond au nombre de dents cariées (C), absentes (A) et obturées (O) chez un individu.

Ces bilans ne fournissent que des informations partielles sur le coût financier de l'opération et a fortiori sur son efficacité. En effet, l'objectif unique de ces évaluations médicales était, conformément à la demande des partenaires conventionnels, de vérifier la pertinence du bilan bucco-dentaire pour la population ciblée par la Convention. De surcroît, il n'a pas toujours été facile, en raison d'un remplissage parfois approximatif des feuilles de soins, de repérer précisément les soins effectués à la suite d'un bilan. Ce qui pose le problème de la traçabilité des soins consécutifs au BBD dans cette population. Ce point important conditionne en effet la qualité des bilans et des évaluations qui peuvent être menés.

On peut néanmoins, en gardant à l'esprit l'objectif spécifique des évaluations déjà faites, établir une comparaison de ce qui a été réalisé avec une évaluation fondée sur la mesure des trois axes de performance déjà indiqués : l'efficacité socio-économique, la qualité de service, l'efficacité de gestion. Elle est présentée dans le tableau ci-dessous :

AXES DE PERFORMANCE	EVALUATION REALISEE		PROJET D'EVALUATION		
	CONTENU	INDICATEUR	CONTENU	INDICATEUR	MOYENS UTILISES
efficacité socio-économique (mesure de l'impact)	La population visée par le BBD est-elle la bonne?	indice CAO des individus ayant effectué un BBD	La population visée par le BBD améliore-t-elle ses habitudes en matière d'hygiène dentaire?	part des individus ayant participé au bilan et ayant une consultation annuelle x années après la fin du bilan	exploitation des données de l'assurance maladie
	Le BBD entraîne-t-il de bons réflexes sanitaires?	taux de suivi du BBD			enquête auprès des chirurgiens-dentistes
qualité de service			état bucco-dentaire des individus	indice CAO des individus ayant participé au bilan bucco-dentaire	exploitation des données de l'assurance maladie ou enquête
efficacité de gestion	Il existe quelques données sur le coût financier de l'opération mais pas d'indicateurs. Ce n'était pas l'objet des évaluations commandées par la Convention de 1997		mesure du produit mesure du coût de l'opération : - coût en prestations - coût en personnel	nombre de dossiers traités	données de la gestion exploitation des données de l'assurance maladie données de la gestion

Cette comparaison appelle les commentaires suivants :

- **Pour chaque axe de performance**, il existe plusieurs indicateurs possibles. **Les critères de choix sont la simplicité, la fiabilité et le coût.** L'indicateur doit être simple à interpréter. Il doit mesurer uniquement, autant que faire se peut, l'effet de l'action menée et son coût doit rester proportionné à l'importance de cette action.
- **La définition des cibles est une opération aussi importante que la construction des indicateurs. Elle conditionne l'appréciation du résultat.** Le travail consiste alors à quantifier l'objectif que l'on souhaite atteindre et à fixer le rythme auquel on cheminera pour l'atteindre. Ainsi, si la qualité du service rendu était mesurée par un indicateur évaluant l'état bucco-dentaire des individus (l'indice CAO), il serait possible, en se référant à une échelle de gravité, de déterminer une cible du type : faire passer en x années y % de la population du niveau de gravité actuel à un niveau inférieur. La définition de ce type de cible implique le choix d'une échelle, l'évaluation de la situation de départ, la formulation d'un objectif qui est ici un objectif de santé publique. La référence notamment à des normes et des recommandations médicales, à des projections démographiques, des études épidémiologiques, des études de comportements sera dans ce cas indispensable.

Les quelques actions décrites dans cette seconde partie ne représentent bien sûr qu'une partie de l'activité de la CNAMTS. Elles permettent néanmoins d'avancer trois remarques :

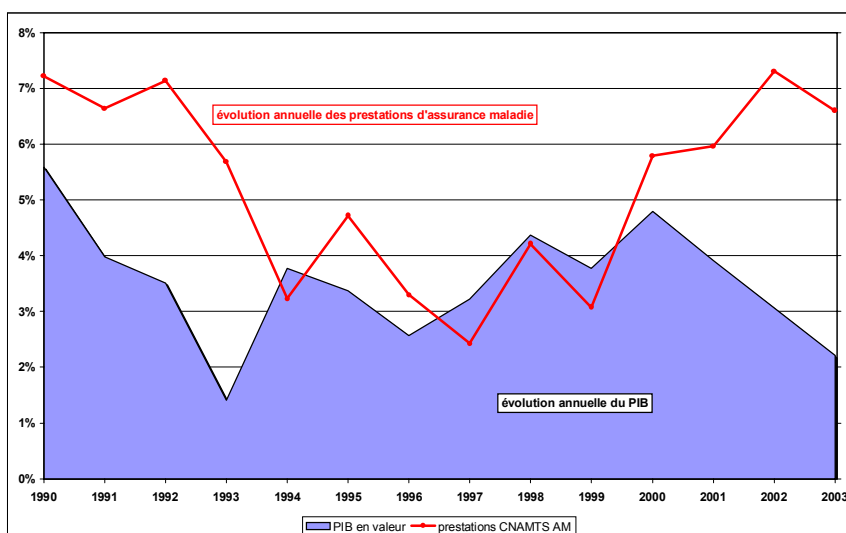
- Pour les plus lourdes d'entre elles, celles qui visent à optimiser les pratiques professionnelles ou à rationaliser le fonctionnement du système de soins, les problèmes posés, de santé publique mais aussi de choix économiques, s'avèrent très délicats. Délicats du point de vue médical, comme en témoigne la suspension de l'action sur les dyslipidémies : une relation continue doit toujours être établie entre l'état des connaissances, celui des recommandations et les évaluations médicales les plus récentes. Délicats également du point de vue des choix de santé publique : il convient d'arbitrer entre différents problèmes de santé publique et pour un problème de santé publique donné entre différentes actions. Ainsi dans le cas de la maladie coronaire, sur quel facteur de risque porter l'effort compte tenu des priorités sanitaires et des ressources disponibles : le tabagisme, l'excès de cholestérol, l'hypertension artérielle ?
- Ce qui nous mène à la seconde remarque. La complexité des choix et des programmes d'intervention eux-mêmes plaide pour une orientation plus marquée encore vers une gestion de type « objectifs-résultats ».
- Enfin, la nature de ces interventions, qu'elles soient tournées vers la prévention ou vers l'optimisation de la qualité des soins, implique que l'impact en terme de qualité, mais aussi en terme de rendement financier, ne sera visible qu'à moyen terme. Ces actions ne ressortissent pas à une régulation purement annuelle de la dépense

Il faut cependant noter qu'avant de lancer ces actions, la CNAMTS a eu recours à des enquêtes d'opinion publiques, afin de prendre la mesure des attitudes et des attentes des Français dans ces domaines. Ce fut notamment le cas pour les médicaments génériques et de façon plus générale, pour les prescriptions de médicaments ou d'analyses biologiques faites par les médecins. A chaque fois, le suivi de l'opinion des Français à plusieurs mois d'intervalle a montré leur adhésion croissante (et aujourd'hui majoritaire) aux actions entreprises. Par ailleurs, la campagne sur le bon usage des antibiotiques a rencontré un succès incontestable. Ces succès paraissent indissociables des inflexions de tendance qu'ont connues ces dépenses. Ils montrent que les consommateurs de soins souhaitent s'informer et ne rechignent pas à modifier leurs comportements quand l'information qui leur est apportée suscite leur adhésion.

PARTIE 3 : BILAN, PERSPECTIVES ET AXES DE TRAVAIL

I. UN EQUILIBRE TOUJOURS PRECAIRE ET SENSIBLE A LA CONJONCTURE

Sur la dernière décennie, les prestations d'assurance maladie ont évolué nettement plus vite que le PIB (en valeur) : un point et demi de plus en moyenne chaque année de 1990 à 2003. Il s'agit d'un différentiel de croissance qui aurait été plus important encore en l'absence des plans de financement de 1993-1994 et de 1995-1996.



Les relations entre la croissance économique générale et les dépenses d'assurance maladie se trouvent ainsi régulièrement au centre des débats.

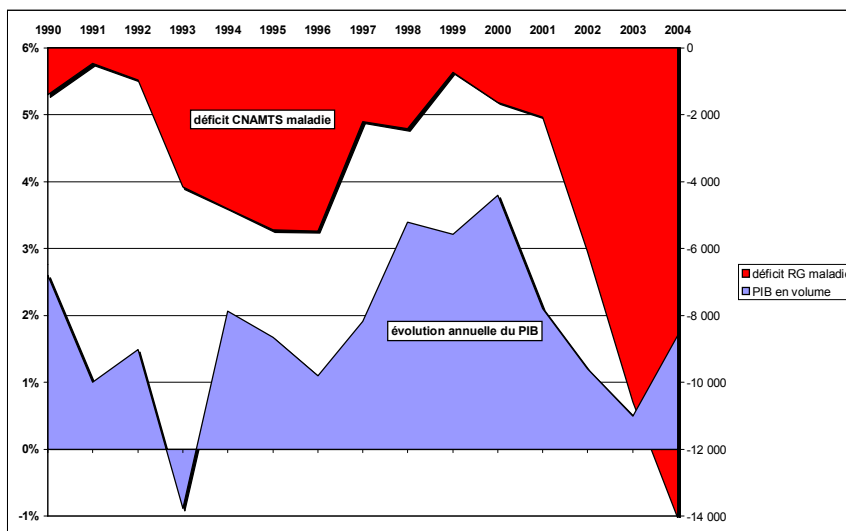
Il faut tout d'abord accepter une évidence : la dépense des administrations de Sécurité sociale participe à la croissance économique générale, et même peut-être la soutient quand elle faiblit comme aujourd'hui. La raison en est simple : c'est cette dépense qui permet de rémunérer une activité importante, celle des professionnels qui ont en charge de gérer la santé des Français. Ce secteur économique est un secteur important, qui emploie près de deux millions de personnes. Au troisième trimestre de l'année 2003, la croissance de la dépense de santé est peut-être ce qui va épargner à la France un nouveau recul du PIB et donc l'entrée dans une phase de récession économique.

Mais il faut immédiatement ajouter que la production de soins de santé et le soutien apporté à cette activité ne peuvent constituer des fins en eux-mêmes. La croissance des dépenses de santé et celle des dépenses d'assurance maladie n'ont de sens que si elles sont économiquement, socialement et surtout médicalement utiles. C'est donc finalement l'autre lien de cause à effet, celui qui va de la croissance économique de la France à la consommation médicale de ses habitants (et non l'inverse) qu'il faut considérer ici. Or, si de nombreuses études confirment que ce lien existe bien, il n'en reste pas moins que l'histoire récente indique aussi que ce lien n'est pas très fort, dans un pays où la dépense qui reste à la charge des ménages est en général faible : le fléchissement de l'activité générale va de pair avec une décélération de la consommation de soins de santé, mais cette décélération est en général temporaire, et d'ampleur somme toute réduite.

Les inflexions conjoncturelles du PIB ont certainement un effet beaucoup plus rapide et beaucoup plus important sur les recettes du régime général que sur ses dépenses.

Il est clair qu'en l'absence de toute action régulatrice sur les dépenses d'assurance maladie, il faut à cette branche de la sécurité sociale une forte croissance de ses recettes, et donc du PIB, pour qu'elle reste équilibrée : c'est la leçon des années 1990.

Le graphique qui suit montre du reste que cet équilibre financier est toujours précaire et même qu'il n'a jamais été totalement atteint durant cette période, bien que, à certaines années de la décennie 1990, il se soit fortement réduit, voire même qu'il ait été quasiment nul.



Ce n'est en réalité que lorsque la croissance du PIB atteint ou dépasse + 3 % en volume, que ce déficit se réduit de façon significative sans pour autant atteindre l'équilibre. Un tel environnement macroéconomique, très favorable, est aussi très peu fréquent. En outre, dès qu'il y a retournement conjoncturel, le déficit réapparaît.

On peut même aller plus loin : il suffit d'une année de très faible croissance du PIB pour que la branche maladie du régime général soit *durablement* dans le rouge, même si l'économie française retrouve un rythme de croissance plus élevé quelques mois après l'apparition de ce déficit : la sortie des déficits prend toujours plusieurs années.

La conclusion est donc claire. Cette très grande sensibilité de l'équilibre de l'assurance maladie à la conjoncture économique ne doit pas conduire à réguler les dépenses d'assurance maladie par une série de *stop and go*. Comme le volume des recettes, celui des dépenses du régime général doit être piloté dans une perspective de moyen terme. C'est le fil directeur des développements qui suivent.

II. DES MARGES D'ECONOMIES QUI RESTENT IMPORTANTES

Les résultats des actions conduites au cours de l'année 2002 montrent que le système de soins dispose, à résultat sanitaire équivalent et souvent meilleur, de marges d'économies qui restent considérables. C'est l'enseignement que l'on peut tirer des actions concernant les antibiotiques, les médicaments génériques ou la réduction du nombre de visites injustifiées.

De même, une récente enquête de l'Assurance Maladie sur la chirurgie ambulatoire montre que le développement de ce mode d'organisation pour les cinq activités chirurgicales étudiées⁶⁰ permet une amélioration de la qualité des soins en engendrant en même temps une économie de l'ordre 100 millions d'euros.

⁶⁰ L'opération de la cataracte, la décompression du nerf médian du canal carpien, l'extraction de deux dents de sagesse, l'intervention sur les varices du membre inférieur et l'arthroscopie du genou.

Si l'on regarde les dépenses globales moyennes, les interventions en chirurgie ambulatoire coûtent moins cher à l'Assurance Maladie que celles réalisées en hospitalisation complète. Cette différence est selon les actes, comprise entre 7 % par exemple pour l'opération de la cataracte et 26 % pour une intervention sur les varices dans les établissements privés conventionnés et entre 25 % pour une arthroscopie du genou et 51 % pour une intervention sur les varices dans les établissements publics. Des marges d'économies sont donc présentes d'autant que l'étude indique également qu'existe un important potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire : 30 % des établissements publics et privés pourraient être concernés par le développement de la chirurgie ambulatoire.

Dégager les marges d'économies qui existent au sein du soins était d'ailleurs l'hypothèse sous-jacente au Plan stratégique de l'Assurance Maladie de 1999. Ce travail relève en fait soit d'accords de bon usage des soins et d'une plus stricte application des règles et recommandations existantes, soit d'une meilleure organisation du système de soins.

Dans le cadre conventionnel, de nombreux dispositifs ont été décidés au cours de l'année 2002 et pour partie en 2003, en matière de bon usage des soins. Ce sont :

- Les accords de bon usage des soins qui engagent collectivement la profession de santé. Chaque convention doit en principe en contenir un : en 2002, un Acbus a été conclu avec les médecins libéraux sur les visites, un autre sur l'usage du test de diagnostic rapide afin d'améliorer l'utilisation des antibiotiques dans le traitement de l'angine ;
- Les contrats de bonne pratique qui eux font l'objet d'une adhésion individuelle par laquelle le praticien s'engage sur un cahier des charges et bénéficie d'une contrepartie financière. Les orthophonistes se sont vus ainsi proposer un contrat de bonne pratique sur le bilan standardisé ;
- Les contrats de santé publique portant sur la coordination entre professionnels de santé ou sur la prévention, permettent de rémunérer les professionnels qui acceptent de s'engager dans une action de santé publique. Un contrat de santé publique engage les infirmiers dans le suivi des patients insulino-dépendants de plus de 75 ans.

Par ailleurs, sur la base du programme expérimental «contrôler autrement», les dispositifs de contrôle ont été relancés en ciblant les professionnels et les assurés dont le profil d'activité et de consommation de soins sont particulièrement atypiques.

Enfin, des plans d'action combinant les dispositifs de bon usage des soins, les contrôles et d'autres mesures ont été mis en place pour les postes de dépenses dont les augmentations sont particulièrement fortes :

- les arrêts de travail
- les dépenses de biologie
- les dépenses de transports
- les dispositifs médicaux
- le suivi des affections d'affections de longue durée.

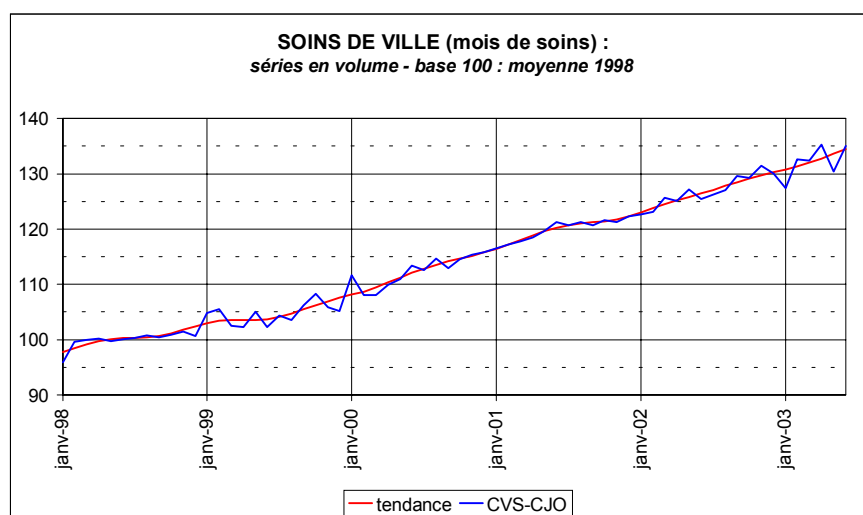
Une difficulté est cependant liée au fait que ces programmes ne concernent que les soins délivrés en ville. Aussi devront-ils être complétés et confortés par des mesures d'amélioration de l'organisation des soins œuvrant notamment dans le sens d'une plus grande continuité entre les soins de ville et l'hôpital. De nombreuses initiatives ont déjà été prises en sens comme celle concernant la permanence des soins, le dossier médical partagé ou encore le développement des réseaux de soins. L'ensemble de ces programmes et mesures feront l'objet d'une évaluation qui sera présentée dans le rapport d'exécution 2003.

Si ce travail d'optimisation de la dépense développé par l'Assurance Maladie et qui relève de sa responsabilité reste indispensable, les problèmes d'efficacité du système ne sauraient à eux seuls expliquer le désajustement entre recettes et dépenses ni surtout la dynamique de ces dépenses.

III. UNE CROISSANCE DURABLE DE LA CONSOMMATION MEDICALE

Tout indique que les dépenses de santé et d'assurance maladie connaîtront de façon durable une croissance forte.

Les taux de croissance qui se sont succédé sur la dernière période et qui se sont traduits par des dépassements de grande ampleur de l'enveloppe de soins de ville ne peuvent témoigner uniquement d'un phénomène passager. L'année 2003 d'ailleurs, s'inscrira très probablement à peu de choses près dans la lignée des années précédentes. Six mois de consommation de soins sont déjà engrangés et le premier semestre 2003 indique un rythme de croissance soutenu. Même si les tendances semblent se modérer un peu au cours du second semestre, peut-être sous l'effet d'une conjoncture économique très morose, le point de sortie 2003 restera un point haut. Le taux de croissance des soins de ville en 2003 risque fort, en tout état de cause, d'être encore une fois supérieur à l'objectif prévisionnel (+ 5,6 %). Suivant toute vraisemblance, ce taux de croissance devrait, pour l'ensemble de l'année 2003, être d'environ + 7,0 %.

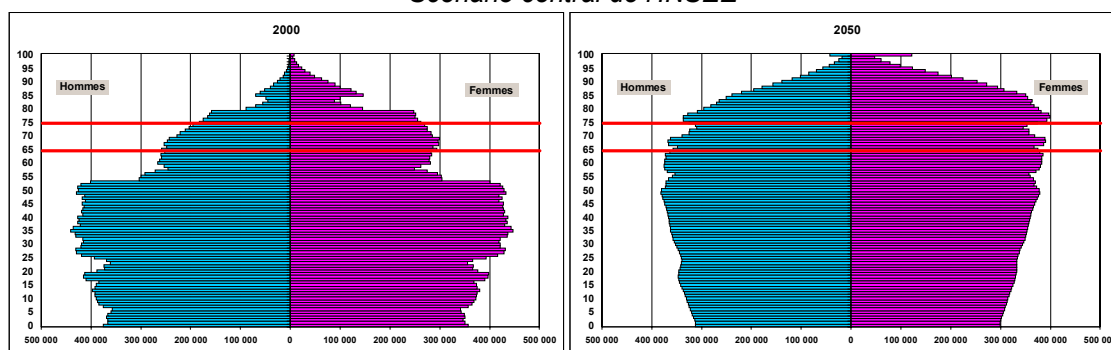


Au-delà de l'observation des hauts et des bas conjoncturels dans les rythmes de croissance, il suffit de se reporter aux tendances de fond qui gouvernent les dépenses – telles qu'elles ont été décrites dans la première partie du présent rapport - pour se convaincre que le retour à des taux de croissance modérés de la dépense ne sera pas chose aisée. Car l'essentiel est bien là. Ces tendances mises au jour, sur lesquelles il est nécessaire de revenir maintenant, ne se laisseront pas oublier : elles sont installées de façon durable et leurs effets conduiront à une hausse régulière de la dépense.

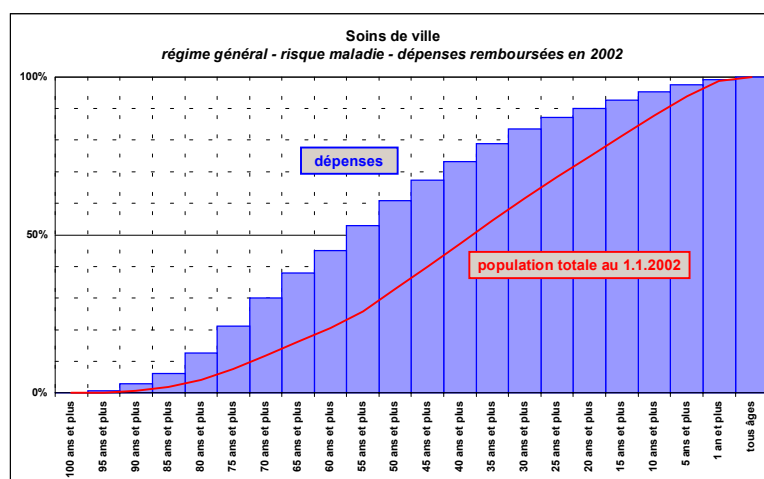
1. Le vieillissement de la population

Au premier rang de ces tendances lourdes, figure le vieillissement de la population. Le vieillissement est un phénomène relatif qui se lit parfaitement sur une pyramide des âges. La base se rétrécit cependant que prennent de l'ampleur les flancs hauts et le sommet de la pyramide. Cette déformation est très exactement celle que subira la pyramide des âges de la population française d'ici à 2050. C'est que pour les démographes, le vieillissement de la population peut s'effectuer à la fois par le bas (déficit de naissances) ou par le haut (augmentation du nombre de personnes âgées) et la France cumulera l'effet des deux processus accéléré bien sûr, par l'accroissement de l'espérance de vie, phénomène commun à tous les pays développés.

Projections INSEE 2000-2050 – Population par sexe et âge Scénario central de l'INSEE



Les conséquences de ce vieillissement sur les dépenses de santé et donc d'assurance maladie, ne sont pas simples à établir. Un premier constat (voir graphique ci dessous) indique qu'à un moment donné, les dépenses se concentrent sur les personnes les plus âgées : ainsi, les plus de 70 ans qui représentent 10 % de la population ont généré 30 % environ de la dépense de soins en 2002⁶¹.



Lecture du graphique : 30% des dépenses de soins de ville du régime général concerne des patients âgés de 70 ans au moins. Les personnes de ces âges représentaient 12% de la population totale au 1.1.2002.

Mais ce constat ne dit rien des conséquences du vieillissement sur la consommation de soins hormis le fait que la modification de la structure par âge de la population conduit mécaniquement à une hausse de la dépense : moins de consommateurs modestes, plus de forts consommateurs.

Le vieillissement influe en fait sur les dépenses de santé par l'intermédiaire de deux effets bien repérés mais encore mal connus : l'effet d'âge et l'effet de génération. Le premier désigne le fait qu'avec l'avancée en âge, la consommation de soins d'un individu augmente. Le second effet mesure en fait la déformation de l'effet d'âge au cours du temps ; il reflète les modifications du comportement en matière de consommation de soins qui existent entre générations différentes.

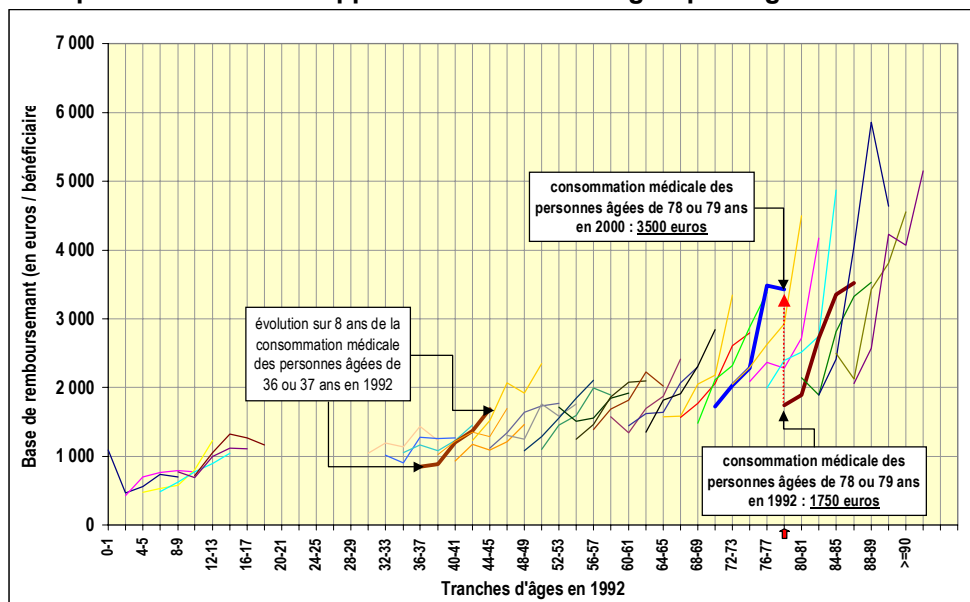
Sur une période donnée, ces deux effets se cumulent. Or, il semble a priori important de connaître l'influence respective de ces deux effets car ils ne relèvent probablement pas tous deux des mêmes actions de politique publique.

⁶¹ Cf. Le vieillissement de la population et son incidence sur l'évolution des dépenses de santé. CNAMTS. Point de conjoncture no 15. Juillet 2003.

Il semble que si l'effet d'âge puisse être à l'avenir une source d'accélération des dépenses, ce soit surtout du fait de l'augmentation inéluctable du nombre de décès à moyen terme. Cette augmentation constituera évidemment le facteur décisif de la croissance de la masse des dépenses dévolues aux soins dispensés aux personnes en fin de vie⁶².

Les effets de génération semblent beaucoup plus importants. Leur rôle a dû être majeur dans la croissance de soins de ville, au cours des dernières années.

Consommation individuelle moyenne de 1992 à 2000 pour des individus appartenant à un même groupe de générations



Ce graphique présente l'évolution de la consommation entre 1992 et 2000 d'individus appartenant à un même groupe de générations (ex : on peut suivre ici sur 8 ans la consommation des personnes qui avaient 36 ou 37 ans en 1992). On observe que la consommation médicale augmente très rapidement entre deux générations différentes lorsqu'elles atteignent une même tranche d'âges (ex : un patient âgé de 78 ou 79 ans en 2000 consomme pratiquement deux fois plus qu'un patient du même âge en 1992).

D'une génération à l'autre, la consommation médicale augmente. Un tel résultat ne constitue pas en lui-même une surprise. Ce qui frappe est que ce mouvement est beaucoup plus important chez les personnes âgées. Les effets de génération sont importants à partir de la cinquantaine, et majeurs à des âges plus élevés. Ainsi, en 2000, le niveau des soins dispensés à une personne âgée de 75 à 80 ans est pratiquement le double de ce qu'il était huit ans avant.

Cette augmentation très rapide est certainement la conséquence d'une demande de soins de plus importante. Et cette demande est elle-même alimentée par l'espoir que suscite le progrès continu des techniques médicales : pour de nombreuses pathologies, elles permettent des traitements de plus en plus efficaces mais qui sont souvent plus coûteux.

2. Le développement des techniques médicales

Le progrès des sciences et des techniques médicales a certainement eu un impact positif sur les progrès réalisés en matière d'espérance de vie. Les gains d'espérance de vie de ces dernières décennies ne sont pas en effet un phénomène naturel. Ils sont bien sûr la conséquence de mouvements économiques et sociaux de fond (la diminution de la pénibilité du travail, ou la modification des comportements alimentaires, pour ne citer que ces deux exemples très classiques). Mais ces gains ont été surtout importants aux âges relativement élevés, c'est-à-dire aux âges où une médecine curative de plus en plus efficace intervient de façon parfois massive.

⁶² En cinquante ans, le taux de décès passera de 0,9 % à 1,2 %.

Ces gains d'espérance de vie résultent donc largement des progrès thérapeutiques et, en premier lieu, des progrès enregistrés dans le traitement des pathologies chroniques graves : les innovations thérapeutiques les plus coûteuses concernent aujourd'hui presque exclusivement le traitement des pathologies graves comme le traitement de la sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer ou encore des infections au VIH. A l'inverse, on trouve fort peu d'innovations thérapeutiques concernant les affections présentant un moindre degré de gravité comme celles par exemple qui ne donnent pas accès au dispositif de prise en charge des trente affections de longue durée.

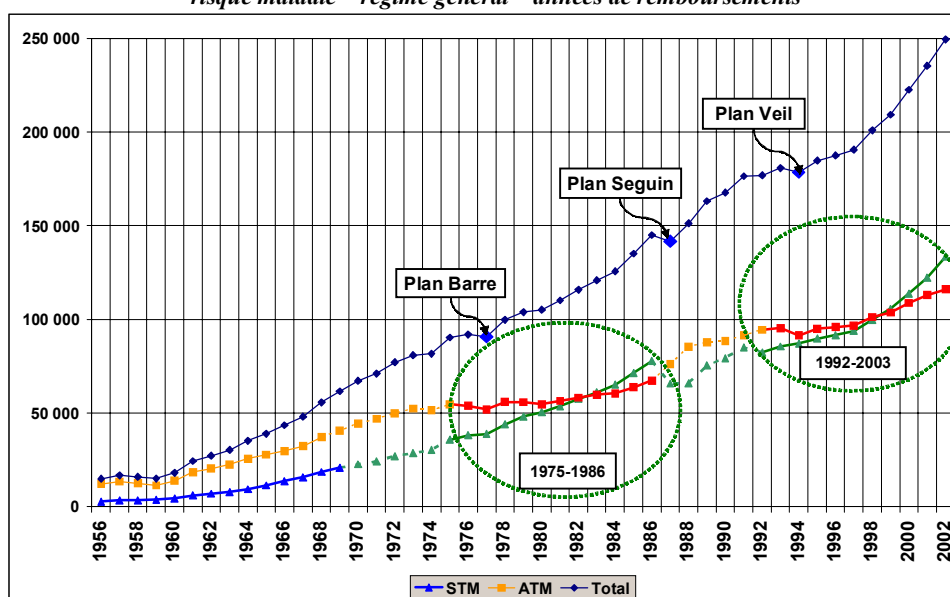
Cette concentration du progrès des techniques médicales sur des pathologies lourdes ou des pathologies qui concernent majoritairement des personnes âgées, couplée au vieillissement prévisible de la population, est évidemment annonciatrice de coûts futurs importants. Du moins, si les innovations des prochaines décennies restent encore concentrées sur les générations les plus âgées. Cette question est pour l'assurance maladie une question stratégique pour l'avenir.

3. L'évolution du système de prise en charge

L'autre point important est bien entendu le système de prise en charge lui-même. C'est ce système qui transforme, si l'on peut dire, les dépenses de santé en dépenses d'assurance maladie. Ainsi par exemple, le vieillissement de la population pèse - et pèsera - sur les finances sociales par l'intermédiaire du **dispositif lié aux affections de longue durée**. Ce système, on le sait, accueille des personnes atteintes d'affections justifiant des thérapeutiques longues et coûteuses et les exonère du ticket modérateur. Ce choix de solidarité nationale a un coût qui apparaît clairement aujourd'hui : environ 12 % de la population des assurés du Régime général engendrent 40 % des dépenses d'une année et presque les deux tiers de la progression générale de soins de ville.

La progression de ces dépenses peut se lire dans la progression de longue période des dépenses de ville remboursées sans ticket modérateur. Malgré les plans de financement qui, depuis vingt-cinq ans, ont tenté de limiter le niveau de prise en charge des dépenses de santé par les régimes d'assurance maladie, les dépenses remboursées sans ticket modérateur restent plus dynamiques que les autres et représentent depuis 1998 plus de la moitié des dépenses de soins de ville du régime général.

**Dépenses de soins de ville remboursées avec et sans ticket modérateur
déflatées de l'indice des prix à la consommation
1956 – 2002 - francs constants 2002**
– risque maladie – régime général – années de remboursements



Un autre exemple pourrait être celui de **la dépendance**. Depuis la crise sanitaire du mois d'août, tous les projecteurs se sont braqués sur les personnes âgées dépendantes. La quantité et la qualité des soins qui leur sont dispensés est en cause aujourd'hui. Il est fort possible que nombre de ces personnes aient relativement peu recours, lorsqu'elles vivent à domicile, à des aides que l'assurance maladie peut prendre en charge, par exemple des soins infirmiers (AIS). Les solidarités familiales traditionnelles jouent encore, même si le recours (souvent coûteux) à des aides ménagères devient plus répandu. Comment l'assurance maladie sera-t-elle amenée à intervenir demain dans ce secteur en forte croissance ?

La gestion des conséquences sanitaires et financières de ces différents facteurs est certainement difficile, mais elle reste possible. L'assurance maladie dispose en effet de leviers d'actions non négligeables dans la mise en œuvre de la politique qu'elle a mission d'appliquer.

IV. QUELQUES AXES DE TRAVAIL

1. Une réflexion prospective sur le progrès des sciences et techniques médicales et sur l'utilité thérapeutique des soins

Une telle réflexion serait à même d'aider l'Assurance Maladie à éclairer les prochaines décennies. L'objectif étant d'avancer des éléments de réponse à ce qui seront les deux questions-clés des prochaines années : à quel rythme les innovations thérapeutiques se feront-elles ? Quels en seront les premiers bénéficiaires ?

Certaines de ces réflexions s'organisent déjà au sein du Conseil scientifique de la CNAMTS. Celui-ci a en effet pour rôle de donner un avis sur :

- l'intérêt médical des nouvelles technologies et l'organisation de leur évaluation ;
- les aspects techniques et médicaux de nouveaux modes de dispensation des soins.

Au travers de ces questions, celle de l'utilité thérapeutique des soins dispensés est au centre des débats. Il est en effet essentiel d'assortir la prise en charge de ces soins à des indications médicales qui en démontrent de façon incontestable l'utilité. La diffusion aux professionnels de santé de recommandations de bonne pratique clinique et de références validées, la définition des critères d'habilitation des structures et des professionnels à la pratique de certains actes, sont des actions qu'il faut impérativement développer.

2. Le développement et la généralisation de la prévention forment le second champ d'action possible

La prévention dont l'objectif est d'éviter et de réduire le nombre et la gravité des maladies se compose classiquement de la prévention primaire (vaccinations ...), de la prévention secondaire (dépistage) et de la prévention tertiaire (prévention des complications et des rechutes). Selon une étude récente menée par la DREES et le CREDES, la France aurait dépensé en 1998 « *environ 9 milliards d'euros pour la prévention, soit 7 % de la dépense courante de santé. 44% de ces dépenses sont imputables directement aux traitements préventifs et au dépistage de certaines maladies, 40 % sont attribuables au traitement de six facteurs de risque considérés (hypertension artérielle, diabète hyperlipidémie, obésité, alcool et tabac), et 8 % sont relatifs à la grossesse normale, à la contraception et à la prévention de l'ostéoporose liée à la ménopause.* »⁶³

A ses côtés, mais ne se confondant pas avec elle, l'éducation sanitaire s'efforce, en diffusant informations et connaissances, de modifier les comportements des individus ou de groupes d'individus dans un sens favorable à la santé.

⁶³ Les dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé : une approche exploratoire. CREDES. Bulletin d'information en économie de la santé no 68- juillet 2003.

La prévention est certainement la façon la plus efficace au plan sanitaire, comme la plus économique au plan financier, de gérer la santé des français et celle de leur assurance maladie. Au plan sanitaire, elle permet d'éviter bien des drames humains. Au plan financier, si elle paraît coûter aux financeurs de la dépense de santé, au moins dans une approche immédiate, elle est à l'évidence génératrice d'une diminution de nombre des coûts sociaux qu'entraîne fatalement une santé déficiente.

On peut citer à ce propos les programmes de prévention (bilan bucco-dentaire) et de dépistage (dépistage du cancer du sein) organisés par l'Assurance Maladie. On ne peut ignorer par ailleurs⁶⁴ que, même s'ils n'ont pas pour finalité la prévention, les programmes de santé publique développés par l'Assurance Maladie au travers de son service médical -qu'ils concernent le traitement de l'hypertension artérielle sévère, le diabète ou la prise en charge des excès de cholestérol - contribueront à prévenir la survenue de maladies qui à partir d'un certain âge constituent un risque majeur pour l'individu et une source de coûts importants pour l'assurance maladie. Le diabète et l'ensemble des maladies cardio-vasculaires sont parmi les motifs d'entrée les plus fréquents en ALD ; et l'on sait par ailleurs que la moitié de l'augmentation du coût des soins délivrés aux diabétiques entre 1998 et 2000 provient de l'augmentation du nombre de malades traités. Seule une politique de prévention peut contribuer à freiner cette tendance.

La prévention rend en effet à terme inutile le déploiement de tout un arsenal de techniques curatives qui aurait été nécessaire sans elle et, de façon plus immédiate, elle permet de soutenir l'activité des secteurs économiques qui en ont la charge : ce sont deux raisons parmi d'autres d'en faire une priorité.

Pour mener cette politique, il sera nécessaire de rééquilibrer le poids de la médecine de prévention par rapport à la médecine curative. On peut penser en effet qu'aujourd'hui l'allongement de l'espérance de vie des français est trop largement lié, non à des efforts de prévention, mais à l'efficacité de leur médecine curative. Une politique d'information et d'éducation sanitaire des assurés en sera le complément indispensable.

3. Rationaliser le système de soins et de prise en charge

C'est le troisième axe de travail. Les Français doivent être soignés le plus efficacement possible mais au plus faible coût possible. Cette efficience est loin d'être acquise aujourd'hui. Les études des médecins conseils de l'Assurance Maladie constituent autant de *faits marquants* qui le montrent assez.

Soigner mieux n'est pas antinomique de coûter moins. Il est au contraire probable qu'à un moment donné, indépendamment du progrès médical que tout le monde attend, fût-ce au prix d'un coût supplémentaire, on doit pouvoir, tout en soignant mieux, utiliser plus efficacement les ressources publiques qui, compte tenu de la croissance économique, mais aussi des autres politiques publiques que doit mener l'Etat, ne sont pas inépuisables.

Cette rationalisation revêt deux aspects :

- D'une part, **le développement de bonnes pratiques professionnelles et de bons comportements de recours aux soins**. Le système de soins est un tout, mais il est géré par des individualités. Il s'agit dans un tel système d'éviter la répétition inutile de certains actes médicaux, ou de certaines prescriptions médicales, ou bien encore les parcours de soins parfois inutilement complexes parce que mal conseillés. Il est aujourd'hui de moins en moins fréquent que les patients n'aient à faire qu'avec un seul professionnel de santé lorsqu'ils sont malades : Il faudra de plus en plus aider ces patients à gérer au mieux leur relation avec un système de santé qui se complexifie.

⁶⁴ La prévention comprend bien sur les actions développées par les institutions dont c'est l'objet (exemple FNPEIS) mais aussi le travail de prévention effectué quotidiennement par la médecine curative. S'y ajoutent les actions de prévention organisées hors du système de santé ou de Sécurité sociale (prévention routière, lutte contre les nuisances...)

Le rôle de l'Assurance Maladie est de participer à cet effort de clarification et de simplification, mais c'est aussi celui de tous les professionnels de santé. Les accords de bon usage des soins, les contrats de santé publique et ceux de bonne pratique professionnelle trouvent là leur raison d'être. Bien sûr, fort heureusement, un tout petit nombre de professionnels de santé apparaît déviant au regard des critères énoncés dans ces accords ou ces contrats. Mais même si cette déviance ne concernait qu'une proportion infime d'entre eux, ne serait-ce qu'un pour mille, il faudrait se souvenir que leur clientèle peut être importante : à raison de plus de 300 000 professionnels de santé et de 2000 patients par professionnel, de telles dérives pourraient malgré tout concerner 600 000 malades ... Un tel risque justifie que les pratiques médicales soient suivies de près.

- D'autre part, **une rationalisation**, la meilleure possible dans le cadre de l'enveloppe financière votée par le Parlement, **de l'utilisation du système de soins**. Il s'agit de veiller, cette fois-ci au plan de l'activité des professionnels de santé, à ce que cette activité s'exerce dans des conditions pleinement satisfaisantes pour les patients. Le temps d'écoute et la réponse médicale doivent être proportionnés à la demande de soins formulée par le malade comme à son état de santé véritable.

L'accès aux soins doit aussi être assuré et raisonnablement géré. On rencontre ici les problèmes posés par la démographie des professions de santé, par la répartition de l'installation de ces professions sur le territoire national. Problèmes qui ne peuvent être abordés sans que soit examinée la question de la complémentarité des professions de santé. Mieux gérer le temps des uns –et donc l'offre de soins -c'est aussi utiliser plus efficacement le savoir-faire et le temps des autres. Ces questions que les Unions régionales des caisses d'assurance maladie ont commencé d'aborder sont aussi au cœur de la rationalisation du système de soins.

Cette rationalisation ne peut toutefois être pleinement efficace si elle demeure partielle : la coupure entre la médecine de ville et la médecine hospitalière doit être gérée, alors qu'aujourd'hui ces deux mondes, que séparent leurs contraintes sanitaires, organisationnelles et financières, communiquent avec difficulté. Rien ne permet d'assurer qu'une partie des soins dispensés à l'hôpital ne pourrait pas l'être en ville, et rien non plus ne permet d'affirmer que les soins dispensés en ville préparent efficacement à une hospitalisation.

ANNEXES

ANNEXE I

Les résultats de la branche maladie et de la branche accidents du travail maladies professionnelles

1. Les résultats de l'année 2002

Le résultat net combiné des branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles s'est établi pour l'année 2002 à moins 6,2 millions d'euros contre moins 2 millions d'euros en 2001. Les charges de l'exercice se sont montées à 125,9 milliards d'euros (+ 5,4% par rapport à 2001), les produits à 119,7 milliards ne progressant que de 2 % pour atteindre 119,7 milliards d'euros. Le tableau ci-après détaille par branche les produits et les charges de l'exercice 2002.

Produits et charges des branches maladie et ATMP exercice 2002

(en millions d'euros)

	branche maladie			branche accidents du travail		
	2001	2002	%	2001	2002	%
A - Charges de gestion technique	106 198	112 364	5,8%	7 850	7 961	1,4%
I - Prestations sociales	94 889	101 725	7,2%	5 886	6 297	7,0%
Prestations légales	94 191	100 840	7,1%	5 749	6 150	7,0%
Prestations extra légales	279	319	14,3%	2	2	19,5%
Autres prestations	419	566	35,2%	135	144	6,4%
II - Charges techniques	5 088	5 398	6,1%	1 439	1 421	-1,3%
III - Diverses charges techniques	901	783	-13,1%	86	76	-12,0%
IV - Dotations aux provisions	5 059	4 146	-18,0%	439	168	-61,7%
V - Charges financières	261	311	19,2%	0	0	
B - Charges de gestion courante	4 733	4 924	4,0%	602	651	8,2%
C - Charges exceptionnelles	82	22	NS	16	5	NS
Total charges	111 013	117 310	5,7%	8 468	8 618	1,8%

A - Produits de gestion technique	108 725	111 031	2,1%	8 452	8 558	1,2%
I - Cotisations, impôts et produits affectés	97 325	98 801	1,5%	6 863	6 851	-0,2%
cotisations sociales	55 202	56 340	2,1%	6 633	6 632	0,0%
cotisations prises en charge par l'Etat	1 134	1 102	-2,8%	224	215	-4,1%
cotisations prises en charge par la Sécurité sociale	1 047	1 085	3,6%			
produits entité publique autre que l'Etat	269	444	NS			NS
CSG, impôts et taxes affectés	39 673	39 830	0,4%	5	4	-15,3%
II - Produits techniques	6 556	7 334	11,9%	1 037	1 124	8,4%
III - Divers produits techniques	941	897	-4,7%	264	280	6,0%
IV - Reprises sur provisions	3 902	3 997	2,4%	231	241	4,1%
V - Produits financiers	1	3	202,2%	57	62	9,1%
B - Produits de gestion courante	101	105	3,9%	8	7	-10,3%
C - Produits exceptionnels	140	50	-64,4%	28	8	-72,4%
Total produits	108 966	111 186	2,0%	8 488	8 573	1,0%
Résultat net	-2 047	-6 124		20	-45	

(source : rapport de l'agent Comptable)

2. Les charges

➤ *Les charges de la branche maladie*

Le total des charges de la branche maladie est de 117,3 milliards d'euros en 2002, en augmentation de 5,7 % sur le montant 2001.

Les charges de prestations sociales sont de 101,7 milliards d'euros (+ 7,2 % par rapport à 2001) ; elles représentent 86,7 % de l'ensemble des charges. Les prestations légales (100,8 milliards d'euros) se décomposent en 92,1 % de prestations maladie, 4,5 % de prestations maternité, 3,3 % de prestations invalidité et 0,2 % de prestations décès.

On notera que les dépenses de prévention « maladie » atteignent 229 millions d'euros en 2002 comprenant 125 millions d'euros pour financer les examens de santé, 23 pour le dépistage, 16 pour les vaccinations et 12 pour le bilan bucco-dentaire.

➤ *Les charges de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

Le total des charges de la branche AT-MP est de 8,6 milliards d'euros en 2002, en augmentation de 1,8 % sur le montant 2001.

Les prestations sociales se montent à 6,3 milliards d'euros en 2002 (+7 % par rapport à 2001) soit 73 % des charges de la branche AT-MP. Elles se décomposent en 6,15 milliards d'euros de prestations légales et 0,14 milliard d'euros d'autres prestations. Les prestations légales sont constituées à hauteur de 45 % de prestations d'incapacité temporaire et 55 % de rentes d'incapacité permanente.

Regroupées dans les « autres prestations », les dépenses de prévention contre les accidents du travail et les maladies professionnelles représentent en 2002 118,4 millions d'euros comprenant 2,8 millions d'euros pour financer les actions d'information et d'éducation, 10,6 millions d'euros de subventions aux centrales syndicales, 69,4 millions à destination de l'INRS et 32,9 millions d'euros de subventions aux entreprises pour la réalisation de campagne de prévention.

3. Les produits

➤ *Les produits de la branche maladie*

L'ensemble des produits de la branche maladie progressent de 2 % en 2002. Environ 89 % de ces produits sont constitués de cotisations, CSG et autres impôts affectés.

En y ajoutant les cotisations prise en charge par le FOREC⁶⁵, l'ensemble « cotisations, CSG et impôts affectés » représente 105 milliards d'euros en 2002, soit une progression de 1,9 % sur 2001. On remarque que :

- La progression des cotisations sociales est de 2,1 % moindre que celle de l'assiette salariale des cotisations du secteur privé (3,2 %) : Ceci pourrait être dû à la majoration des produits à recevoir en 2000 qui conduit à majorer la base 2001.
- Le faible taux d'évolution de la CSG (1,3 %) inférieur également à la progression de l'assiette salariale (3,2 %). Cette faible progression est à relier à l'évolution défavorable de la CSG sur les produits de patrimoine et les produits de placements ainsi qu'à la modification du mécanisme de répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie⁶⁶.

⁶⁵ Le FOREC est le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale. Ces cotisations prises en charges sont comptabilisées en transferts dans les produits techniques.

⁶⁶ Pour de plus amples détails, voir sur toutes ces questions, le rapport de l'agent comptable sur les comptes de l'exercice 2002.

➤ *Les produits de la branche accidents du travail maladies professionnelles*

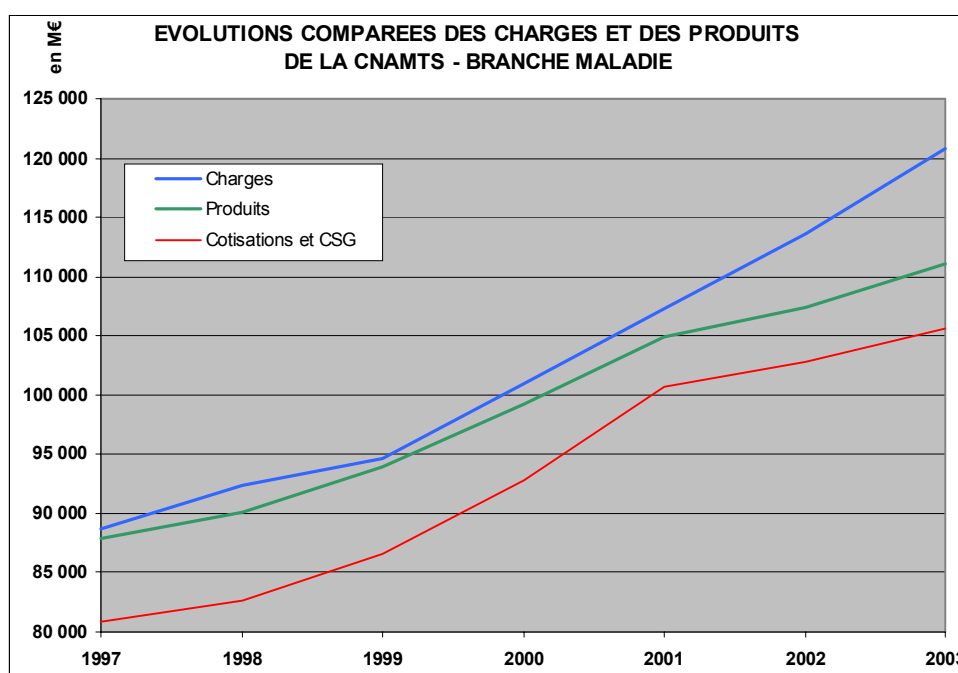
Sur un total de 8,6 milliards d'euros de produits (+1 % par rapport à 2001), l'ensemble « cotisations, CSG et autres impôts affectés » représentent 6,8 milliards d'euros, 7,9 en y incluant les cotisations prises en charge par le FOREC.

Le ralentissement de la croissance de la masse salariale du secteur privé ainsi que la baisse du taux de cotisations employeurs (2,185 % en 2002 contre 2.193 % en 2001) tout comme l'augmentation du poids des exonérations expliquent la quasi stagnation des cotisations patronales « accidents du travail » en 2002.

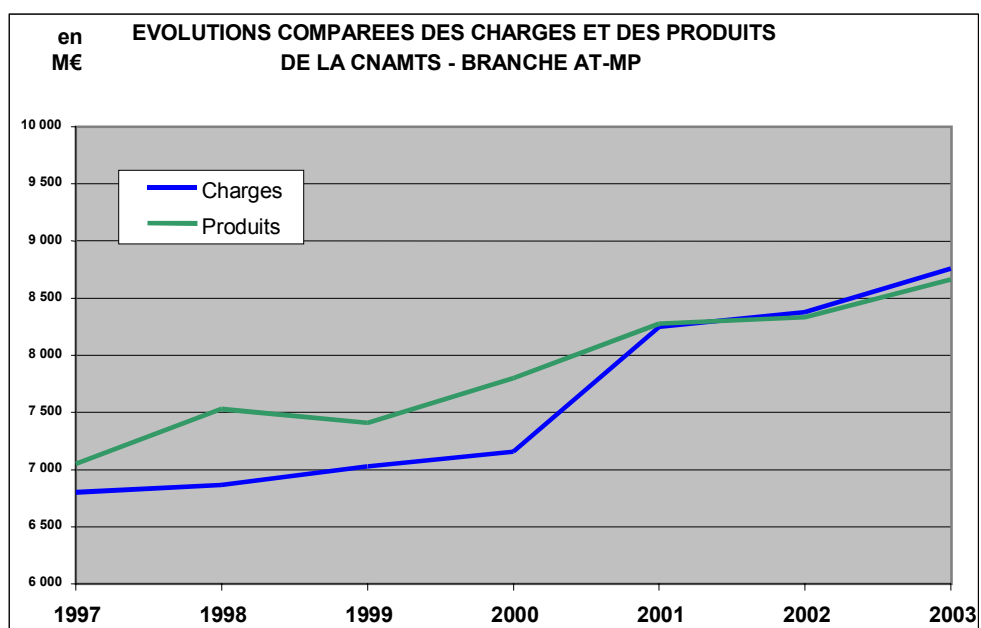
4. Les évolutions comparées des charges et des produits

Les deux graphiques présentés ci-après montrent pour les deux branches les évolutions comparées des produits et des charges depuis 1997. On remarque :

- Le net ralentissement des produits dû pour l'essentiel à la contraction de la masse salariale du secteur privé en 2002
- Une forte augmentation des charges de la branche accidents du travail et maladies professionnelles liée à la montée en charges du FCAATA⁶⁷ : au titre de l'exercice 2002, la participation de la CNAMTS au financement du FCAATA a augmenté de 46 % par rapport à l'exercice 2001.



⁶⁷ FCAATA : fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante.



ANNEXE II

CHRONOLOGIE DES ACCORDS CONVENTIONNELS INTERVENUS EN
2002

Catégories de professionnel	Textes de référence	Mesures de revalorisation des tarifs et de nomenclature
MEDECINS GENERALISTES	Décision ministérielle du 02 avril 2002	Au 1 ^{er} janvier 2002 : financement des astreintes à hauteur de 50 € par tranche de 12h par le Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL)
	Avenant n°8 à la Convention nationale des médecins généralistes Arrêté du 31/09/02 J.O. du 01/02/02	<p><u>A effet du 3 février 2002</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Revalorisation de la consultation : 18,50 € Majoration de la consultation du samedi à partir de midi par le médecin de garde : 19,06 € Revalorisation du tarif de nuit de la visite : <ul style="list-style-type: none"> > pour les actes de 20h à 24h et de 6h à 8h 35,00 € > pour les actes entre 0h et 6h 40,00 € <p><u>A effet du 1er mars 2002</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Création d'une consultation "approfondie" annuelle au profit de patients atteints d'ALD : 23,00 € <p><u>A effet du 3 mars 2002</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Extension de la majoration de maintien à domicile (MMD) fixée à 9,15 € à de nouvelles catégories de patients (bénéficiaires de l'allocation tierce personne, titulaires de l'APA exonérés du TM, patients en HAD et personnes ayant fait l'objet d'une intervention KCC >150
	Avenant n°10 à la Convention nationale Arrêté du 28/06/02 J.O. du 29/06/02	<p><u>A effet du 1^{er} juillet 2002</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Revalorisation de la consultation et de la visite : 20,00 € Harmonisation à un tarif unique de l'indemnité de déplacement quelle que soit l'agglomération 3,50 € Différenciation selon le type d'agglomération du montant de la majoration appliquée (MMD) aux visites spécifiques pour des personnes maintenues à domicile <ul style="list-style-type: none"> > Paris, Lyon, Marseille 8,00 € > Autres agglomérations 6,50 € <p><u>A effet du 1^{er} septembre 2002</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Extension de l'application de la MMD aux patients exonérés du TM pour les ALD suivantes : accident vasculaire cérébral invalidant, forme grave d'affection neuro-musculaire (dont myopathie), maladie de Parkinson, Mucoviscidose, Paraplégie, Sclérose en plaques. <p><u>A effet du 1^{er} octobre 2002</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Création d'une majoration de déplacement (suppression, en revanche, de la MMD et de l'ID) 10,00 € Nouveau tarif de la majoration de déplacement, les dimanches et jours fériés 22,60 € Nouveau tarif de la majoration de déplacement de nuit : <ul style="list-style-type: none"> - de 20h à 24h et de 6h à 8h 38,50 € - entre 24h et 6h 43,50 €

SPECIALISTES DE LA NAISSANCE (gynéco- obstétriciens, anesthésistes- réanimateurs et pédiatres)	Arrêté de nomenclature du 27/12/01 J.O. du 30/12/01	<u>A compter du 1^{er} janvier 2002</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rémunération des gardes et astreintes ▪ Création d'une majoration de sujétion particulière allouée à l'occasion d'actes d'accouchements et d'anesthésie obstétricale réalisés de nuit, dimanches et jours fériés par les médecins assurant les gardes et les astreintes : <ul style="list-style-type: none"> ➢ 60,98 € pour une astreinte opérationnelle (en établissement réalisant moins de 1500 accouchements/an) par un médecin gynéco-obstétricien ou anesthésiste-réanimateur. ➢ 228,68 € pour une garde d'un médecin gynéco-obstétricien ou anesthésiste (en établissement réalisant plus de 1500 accouchements/an).
	Arrêté de nomenclature du 31/05/02 J.O. du 02/06/02	<u>A compter du 1^{er} juillet 2002</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'un forfait [KFC] majorant l'acte d'accouchement et d'anesthésie : <ul style="list-style-type: none"> ➢ KC35 (73,15 €) pour un accouchement simple et gémellaire ➢ KC20 (41,80 €) pour une anesthésie obstétricale ▪ Globalisation des actes techniques réalisés lors de l'accouchement et intégration de la césarienne dans les forfaits.
	Arrêté du 10/08/02 relatif à la prise en charge des prestations d'hospitalisation privée J.O. du 28/08/02	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Forfait accouchement simple avec ou sans césarienne : <ul style="list-style-type: none"> - pour le gynéco-obstétricien - KC 100 209,00 € - pour l'anesthésiste - KC 50 104,50 € ➢ Forfait accouchement gémellaire avec ou sans césarienne : <ul style="list-style-type: none"> - pour le gynéco-obstétricien - KC 110 229,90 € - pour l'anesthésiste - KC50 104,50 € ➢ Forfait anesthésie pour l'accouchement simple ou gémellaire - KC50 104,50 €

PEDIATRES		<u>A effet au 1^{er} janvier 2002</u> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 60,98 € pour une astreinte opérationnelle par un pédiatre pour les deux catégories d'établissements
	Arrêté de nomenclature du 31/05/02 J.O. du 02/06/02	<u>A effet du 4 juin 2002</u> Revalorisation de la cotation de l'acte d'assistance pédiatrique avant la naissance pour une situation de risque [K40] : 76,80 €
	Accord tarifaire du 21/06/02 avec la profession Arrêté du 31/07/02 relatif à l'AcBUS J.O. du 02/08/02	<u>A effet du 4 août 2002</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'un forfait pédiatrique s'ajoutant aux consultations et visites effectuées auprès des enfants âgés de 0 à 24 mois inclus, dont le montant est pris en charge à 100 %. <i>Les consultations et visites concernées comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusion avec la conduite à tenir, une prescription préventive ou thérapeutique ou d'examens complémentaires et la mise à jour du carnet de santé.</i>
	Arrêté du 29/08/02 J.O. du 30/08/02	<u>A effet du 1^{er} septembre 2002</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'une majoration forfaitaire différenciée pour les actes de nuit : <ul style="list-style-type: none"> ➢ pour les actes entre 20h et 24h et 6h et 8h 35,00 € ➢ pour les actes entre 24h et 6h 40,00 € ▪ Extension de la majoration pour soins d'urgence à la spécialité pédiatrique [K14]: 26,88 €

MASSEURS- KINESI- THERAPEUTES	Avenant à la convention nationale du 08/11/01 Arrêté du 11/01/02 J.O. du 13/01/02	A compter du 15 juin 2002 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rétablissement de la valeur de la lettre clé AMC, AMK et AMS 	2,04 €
ORTHOPTISTES	Arrêté de nomenclature du 25/06/02 J.O. du 26/06/02	A compter du 28 juin 2002 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de la cotation du bilan orthoptique de base AMY 10 ▪ Inscription d'un supplément à bilan pour détermination objective de l'acuité visuelle ⁽¹⁾ AMY 4 ▪ Inscription de nouveaux examens ⁽¹⁾ : champ visuel AMY 9,5, vision des couleurs, courbe d'adaptation à l'obscurité <p><i>(1) Les nouveaux actes correspondent à un transfert de compétence des médecins vers les orthoptistes</i></p>	
	Avenant à la convention nationale des orthoptistes J.O. du 27/06/02	A compter du 29 juin 2002 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de la lettre clé AMY 	2,38 €
SAGES-FEMMES	Arrêté de nomenclature du 30/05/02 J.O. du 02/06/02	A compter du 1er juillet 2002 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation des coefficients des actes exécutés au cours de l'accouchement : (Périnéorraphie simple ou suture d'épisiotomie à caractère urgent : K10) 	
	Avenants n°1 et 2 à la convention nationale des sages-femmes J.O. du 13/09/02	A compter du 15 septembre 2002 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de la consultation et de la visite ▪ Revalorisation des actes de soins médicaux ▪ Revalorisation et différenciation de la majoration de nuit selon les tranches horaires : <ul style="list-style-type: none"> - de 20h à 24h et de 6h à 8h - de 0h à 6h ▪ Revalorisation de la majoration de dimanche et jours férié 	15,30 € 2,65 € 35,00 € 40,00 € 21,00 €
INFIRMIERES	Convention nationale et avenant n°1 à la convention nationale des infirmières Arrêté du 01/03/02 J.O. du 03/03/02	A effet du 5 mars 2002 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de l'acte médical infirmier AMI ▪ Revalorisation de l'indemnité forfaitaire de déplacement IFD ▪ Revalorisation de l'indemnité kilométrique IK <ul style="list-style-type: none"> - plaine - montagne ▪ Différenciation du montant de la majoration de nuit selon l'horaire et revalorisation de la majoration pour les actes effectués <ul style="list-style-type: none"> - entre 23h et 5h 	2,90 € 1,50 € 0,30 € 0,45 € 18,30 €
	Arrêté de nomenclature du 28/06/02 J.O. du 02/07/02	A effet du 4 juillet 2002 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorisation de l'acte infirmier de soins AIS A effet du 1^{er} décembre 2002 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscription de la démarche de soins Infirmier à la nomenclature : DI (soins infirmiers, séances de surveillance et de prévention et programme d'aide) <ul style="list-style-type: none"> - premier bilan - bilans suivants 	2,40 € 1,50 € 10,00 €

DENTISTES		<u>A effet du 20 décembre 2002</u> Revalorisation du tarif de la consultation 20,00 €
ORTHOPHONISTES	Avenant n°1 à la convention nationale des orthophonistes Arrêté du 13/03/02 J.O. du 15/03/02	<u>A compter du 18 mars 2002</u> ▪ Revalorisation du tarif de la lettre clé AMO 2,35 €
	Arrêté de nomenclature du 25/06/02 J.O. du 26/06/02	<u>A compter du 28 juin 2002</u> ▪ Inscription de trois niveaux de prescription de bilan en fonction de la pathologie du patient (AMO 16, 24 et 30)
BIOLOGISTES	Avenant à la convention nationale des biologistes J.O. du 03/07/02	<u>A compter du 5 juillet 2002</u> ▪ Revalorisation de la lettre-clé B 0,27 €
	Arrêté de nomenclature du 28/06/02 J.O. du 03/07/02	<u>A compter du 3 août 2002</u> REAMENAGEMENT DE LA NOMENCLATURE ▪ Création d'un forfait de sécurité pour les analyses de bactériologie cotées : B5 ▪ Création d'un supplément au forfait de sécurité pour les actes effectués en cliniques sur les patients hospitalisés : B5 ▪ Majoration du forfait de sécurité de B3 à B4 pour le traitement d'un échantillon sanguin.
TRANSPORTEURS	Avenant n°2 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés Lettre ministérielle et J.O. du 15/06/02	<u>A compter du 17 juin 2002</u> ▪ Revalorisation des forfaits de transports en ambulance ➤ Unification de la valeur des quatre forfaits départementaux à 46,50 € ➤ Unification de la valeur des 72 forfaits agglomérations de 3 des 4 zone tarifaires - les 72 forfaits d'agglomération des zones d'agglomération à l'exception de la zone A (région parisienne) sont porté à 52,00 €. Ce forfait inclus, désormais et seulement, les 5 premiers kilomètres. ➤ La valeur du forfait agglomération de la zone A est fixée à 54,00 € en raison de ses spécificités de circulation. ▪ Revalorisation du tarif kilométrique pour l'ambulance : 2,00 € ▪ Suppression de la minoration de 20% sur le tarif kilométrique au delà de 150 kilomètres parcourus, tant pour l'ambulance que pour le VSL.

ANNEXE III

Quelques rapports et travaux d'études de l'Assurance Maladie

1. LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

Rapport d'activité 2002 . Edition 2003.

Rapport de l'Agent comptable sur les comptes de l'exercice 2002. Avril 2003.

Ce rapport présente les résultats de l'exercice 2002 pour la branche maladie et la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Il est accompagné de plusieurs documents (documents de synthèse, comptes combinés par branche, et exécution budgétaire des fonds nationaux).

Faits marquants : des soins de qualité pour tous. Editions 2002 et 2003.

Depuis le début des années 1990, l'Assurance Maladie s'est tournée vers l'analyse du système de soins en apportant à l'ensemble des acteurs concernés un éclairage régulier sur la pratique médicale et sur l'organisation de ce système. Depuis 2000, elle publie annuellement dans *Faits marquants*, les résultats essentiels. Ces synthèses sont réparties en quatre chapitres correspondant à des types d'activité dans lesquelles les services médicaux s'investissent en collaboration avec les caisses d'assurance maladie et les URCAM : l'audit des pratiques, le contrôle des professionnels et des établissements, l'avis individuel sur prestations et la planification hospitalière.

Points de conjoncture. Publications de 2003 (numéros 9 à 15).

Dans cette publication mensuelle, la Direction des statistiques et des études présente la conjoncture des dépenses et développe plus longuement des analyses portant soit sur les comportements des professions de santé et des consommateurs de soins, soit sur des évolutions de moyen terme des dépenses d'assurance maladie.

Activité des URCAM en 2002. Programme régionaux de gestion du risque menés en 2002.

Cette publication annuelle a pour vocation de dresser un bilan national de l'activité des URCAM en le complétant par une synthèse des résultats obtenus suite à la mise en œuvre des programmes régionaux de gestion du risque inscrits dans les PRAM (plan régional de l'Assurance Maladie).

2. LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE

CPAM Annonay :

Prescription des médicaments génériques par les médecins référents.

Evaluer le respect des engagements conventionnels des médecins référents quant à la prescription de génériques.

Etat de la réalisation : Achevée (de mars 2002 à septembre 2002)

CPAM Bobigny :

La substitution en Seine-Saint-Denis : analyse et évaluation collectives des pratiques.

L'objectif de cette cartographie est de montrer les lieux géographiques où il est constaté une forte activité dans le domaine de la consommation de produits substitutifs. Cette cartographie doit également permettre de visualiser les flux : taux de prescriptions délivrées hors de la commune de résidence du consommateur, etc.

Etat de la réalisation : En cours (depuis juillet 2002)

CPAM Bordeaux :

Les médecins généralistes en Gironde en 2000.

Suivi d'activité des professionnels de santé.

Etat de la réalisation : Achevée (de février 2002 à mai 2002)

Analyse des remboursements aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Comparaison des remboursements aux bénéficiaires de la CMU avec les remboursements des autres bénéficiaires du Régime Général.

Etat de la réalisation : Achevée (d'octobre 2002 à décembre 2002)

CPAM Cambrai :

Suivi de la population "gros consommateur".

Analyse de la consommation médicale d'un nombre d'assurés donné (40 pour Cambrai) qui consommaient plus de 4 fois la moyenne de la population.

Etat de la réalisation : Achevée (de septembre 2002 à décembre 2002)

CPAM Créteil :

Le profil et la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU dans le Val-de-Marne.

Etude quantitative sur les bénéficiaires de la CMU du département, en amont d'une étude qualitative portant sur leurs attentes.

Etat de la réalisation : Achevée (de juin 2002 à octobre 2002)

CPAM Guéret :

Suivi des réclamations reçues au cours d'une semaine (décembre 2002).

Prendre connaissance des principaux motifs de réclamations, et élaborer des mesures correctives.

Etat de la réalisation : En cours (depuis décembre 2002)

CPAM La Roche-sur-Yon :

Action de communication auprès des forts prescripteurs de médicaments à Service Médical Rendu Insuffisant (SMRI).

Etude descriptive permettant de mesurer le poids des prescriptions de médicaments à SMRI, aussi bien globalement (ensemble des généralistes) qu'individuellement, avant restitution des résultats aux prescripteurs.

Etat de la réalisation : Achevée (de novembre 2002 à décembre 2002)

Information des pharmaciens sur leur taux de délivrance de génériques (Facturoscope) et étude sur l'évolution des délivrances.

Cette étude fournit les données relatives à la délivrance (top 10 des molécules les plus délivrées, taux de délivrance des génériques parmi les substituables) de chaque pharmacie comparativement à celles de l'ensemble des officines, ainsi qu'un point sur l'évolution de la délivrance des médicaments génériques

Etat de la réalisation : Achevée (de mai 2002 à juin 2002)

CPAM Lille :

Prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Définition du nombre de personnes traitées et des modalités de prise en charge selon des critères géographiques, d'offres de soins, etc. dans l'optique de déterminer les besoins de prise en charge et de recenser les freins actuels au dépistage et à la prise en charge.

Etat de la réalisation : Achevée (de juillet 2002 à décembre 2002)

CPAM Lyon :

Consommation de soins des patients psychiatriques et offre de soins.

Analyser le recours aux soins psychiatriques par bassin d'emploi au niveau de la région Rhône-Alpes, et tenter de cerner les carences en terme d'offre de soins en matière de prise en charge des malades psychiatriques.

Etat de la réalisation : En cours (depuis janvier 2001)

CPAM Mende :

Consommation de produits toxiques et hypnotiques.

Analyser les quantités prescrites et délivrées de "SUBUTEX", assurer un suivi des dysfonctionnements constatés au cours de l'exercice 2001 et mettre en place les outils nécessaires à cette régulation.

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2002 à avril 2002)

Polymédication des personnes âgées.

Analyse de l'environnement quotidien des personnes âgées et de leur comportement quant au bon usage des médicaments.

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2002 à décembre 2002)

CPAM Poitiers :

La prescription en DC.

Evaluer les rôles respectifs des médecins et pharmaciens relativement à la délivrance de génériques.

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2002 à décembre 2002)

CPAM Quimper :

Satisfaction des professionnels de santé - Synthèse 2001 à 2002

Résultats détaillés par catégorie de professionnels.

Résultats détaillés pour les principales catégories de professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux, transporteurs et ensemble des professionnels) sur les différentes dimensions de service, présentation des atouts reconnus et des actions prioritaires à envisager.

Etat de la réalisation : Achevée (de 2001 à 2002)

CPAM Reims :

Etude de la délivrance de génériques selon l'âge, le sexe du patient ou la classe thérapeutique.

Mieux comprendre le contexte de la délivrance des génériques, selon le sexe du patient, en fonction de la classe thérapeutique du médicament, etc.

Etat de la réalisation : Achevée (de mai 2002 à juin 2002)

CPAM Rennes :

La consommation médicale des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle en Ille-et-Vilaine année 2001

L'étude fait ressortir les grandes caractéristiques sur la consommation des bénéficiaires de la CMU complémentaire (âge, sexe, profil de consommation), et l'évolution de ces caractéristiques par rapport aux années précédentes. De plus, elle permet de décrire avec précision le panier de biens et de services et d'en évaluer le coût annuel par bénéficiaire.

Etat de la réalisation : Achevée (de juillet 2002 à octobre 2002)

CPAM Sarreguemines :

Indemnités Journalières maladie - Facteurs explicatifs

Recensement des facteurs ayant une influence sur le sujet, du 01/01/2002 au 30/09/2002 et par trimestre, avec détail sexe, âge, etc.

Etat de la réalisation : Achevée (de septembre 2002 à décembre 2002)

3. CGSS:**CGSS Réunion :**

Taux de pénétration des médicaments génériques.

Etudier le poids des médicaments génériques dans la consommation de soins pharmaceutiques.

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2002 à septembre 2002)

4. CRAM :**CRAM Centre-Ouest :**

Analyse des taux de fuite et d'attractivité des établissements sanitaires (4 établissements étudiés en 2002).

Pour chaque établissement et par discipline, analyse du nombre de séjours, du taux d'attractivité et de fuite par canton d'origine du patient et cartographie de la zone d'attraction.

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2002 à décembre 2002)

Evaluation médico-économique du Forfait d'Activités Non Programmées (FANP).

Evaluer financièrement le coût de la mise en place du FANP, dresser un bilan et recherche des pistes permettant une meilleure adaptation des actions de la Gestion Du Risque, dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé en établissements privés.

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2002 à décembre 2002)

Evaluation médico-économique des dépenses en médicaments anti-cancéreux dans les hôpitaux du Limousin.

Estimation des surcoûts et des économies réalisables sur la région, par spécialité pharmaceutique, à partir des différents prix d'achat observés.

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2002 à décembre 2002)

CRAM Normandie :

Etude des flux de patients hospitalisés.

Evaluer les flux infra-régionaux et extra-régionaux des séjours hospitaliers MCO.

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2001 à mai 2002)

Etude d'attractivité d'établissements hospitaliers.

Détermination du bassin d'attraction des établissements étudiés, puis analyse des fuites de patients sur ce bassin et de la « part de marché » de l'établissement considéré, suivant les différentes disciplines de soins.

Etat de la réalisation : Achevée (depuis janvier 2001)

CRAM Pays-de-la-Loire :

Incidence médico-économique de la prise en charge des pathologies lourdes.

A partir de 12 GHM totalisant chacun au moins 1000 séjours, analyse des disparités sur les items : durée de séjour, taux de transfert en soins de suite, ICR des actes classants, âge du patient, nombre de diagnostics associés. Chaque GHM a été analysé séparément, puis une analyse globale a été réalisée.

Etat de la réalisation : Achevée (de novembre 2001 à juin 2002)

▪ *Les dépenses de santé des régimes d'Assurance Maladie 2001.*

Une approche des dépenses des soins de ville et des dépenses d'hospitalisation au titre des dépenses de santé régionales des régimes d'Assurance Maladie en 2001 est réalisée en fonction du découpage de l'ONDAM. Un zoom a été effectué sur le recours aux soins par tranche d'âges.

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2002 à septembre 2002)

5. URCAM :

URCAM Aquitaine :

Atlas Santé.

Réalisation d'un atlas santé (ensemble de cartes avec commentaires) sur l'Aquitaine en étudiant le contexte régional (territoire, population, natalité, etc.), l'état de santé (taux de scolarisation, chômage, morbidité, etc.), le dispositif de prise en charge (offre ambulatoire et offre hospitalière), la consommation et les dépenses moyennes par habitant.

Etat de la réalisation : En cours

Etude Santé Milieu Rural (SMR).

Définir le milieu rural en termes de consommation, d'indicateurs de santé et d'environnement afin de mettre en évidence les disparités milieu urbain / rural, les cantons favorisés / défavorisés, et d'estimer les impacts de la démographie médicale sur l'offre de soins dans les prochaines années.

Etat de la réalisation : En cours

URCAM Bretagne :*Offre et consommation de soins en Bretagne : la médecine générale.*

Etude quantitative et qualitative de la médecine générale en Bretagne, en vue de connaître l'offre de soins et sa répartition dans la région, d'anticiper les évolutions, et d'adapter la formation en médecine générale.

Offre et consommation de soins en Bretagne : la gastro-entérologie libérale.

Etude quantitative de l'offre et de la consommation de soins de gastro-entérologie libérale.
Etat de la réalisation : En cours (depuis février 2002)

Offre et consommation de soins en Bretagne : l'ophtalmologie.

Après une première étude quantitative sur l'offre et la consommation de soins des ophtalmologistes libéraux, cette étude plus qualitative vise à connaître l'ensemble de l'offre d'ophtalmologie (libérale + hospitalière) dans la région.
Etat de la réalisation : En cours (depuis janvier 2002)

URCAM Champagne-Ardenne :*Démographie des Professionnels de Santé en Champagne Ardenne.*

Recenser et analyser la répartition sur le territoire des professionnels de santé (médecins spécialistes et para-médicaux).
Etat de la réalisation : Programmée (de janvier 2003 à décembre 2003)

URCAM Limousin :*Tableau de bord du médicament inter-régimes de la région Limousin.*

Dans le cadre de son Observatoire du Médicament, l'URCAM souhaite mettre à disposition du grand public un outil inter-régimes et régional sur le suivi des dépenses de médicaments. L'outil propose par régime et par département : les 20 médicaments les plus présentés au remboursement, les 20 plus fortes progressions et les 20 plus fortes baisses, les classes EPHMRA, et la part des médicaments génériques.
Etat de la réalisation : En cours

URCAM Lorraine :*Typologie cantonale des soins de proximité en Lorraine.*

Démarche innovante dans la région, la typologie cantonale des soins de proximité en Lorraine a pour objectif de dépasser les approches parcellaires réalisées jusque là et d'établir une vision multidimensionnelle du système de soins de proximité et de l'environnement socio-sanitaire dans lequel il s'inscrit.
Etat de la réalisation : Achevée (de décembre 2002 à septembre 2003)

URCAM Midi-Pyrénées :

Pôleessa@nté : www.sante-midi-pyrennes.net/default.php

Outil de cartographie interactive en ligne destiné à diffuser de l'information sur la démographie des professionnels de santé.
Etat de la réalisation : En cours (de janvier 2003 à décembre 2003)

URCAM Pays-de-la-Loire :*Impact de la CMU sur l'évolution des dépenses.*

Cette étude a pour objectifs de définir des indicateurs permettant de mesurer « l'effet CMU » dans l'évolution des remboursements des caisses de la région en distinguant « l'effet nombre » (évolution du nombre de bénéficiaires) et « l'effet consommation » (évolution de la consommation unitaire), et de développer un outil de suivi permanent à partir de ces indicateurs afin que chaque organisme de la région dispose d'un tableau de bord actualisé.

Etat de la réalisation : Achevée (janvier 2000 à décembre 2002)

Morbidité - besoin de soins.

Recueil et analyse de l'incidence et de la prévalence des ALD 30 et des Maladies Professionnelles.

Etat de la réalisation : En cours (depuis mars 2000)

Etat bucco-dentaire des personnes âgées en établissement.

Présente un état des lieux de la santé bucco-dentaire et des besoins de soins des personnes âgées en EHPAD, ainsi qu'une étude des possibilités d'accès aux soins et de la qualité de ceux-ci.

Etat de la réalisation : En cours (depuis janvier 2002)

Consommation de soins par zone géographique.

Cartographie des consommations unitaires (consommation moyenne individuelle de la population) par canton.

Etat de la réalisation : En cours (depuis janvier 2000)

Abandon de traitement en ODF.

Enquête auprès des praticiens et des patients pour connaître le taux d'abandon et les motifs invoqués (repérage des abandonnants potentiels via les ententes préalables).

Etat de la réalisation : Achevée (de janvier 2001 à décembre 2002)

Analyse de l'offre de soins au niveau infra-régional.

L'outil cartographique régional met en évidence de grandes disparités d'offre de soins au sein de la région. Il permet un zoom progressif sur les zones accusant les plus forts déficits d'offre, en chiffrant le nombre de médecins manquants par rapport à une norme donnée, compte tenu de l'âge des habitants. Il visualise aussi, a contrario, les zones d'excédents relatifs de médecins (en fonction de la même norme).

Etat de la réalisation : Achevée (de décembre 2001 à décembre 2002)

URCAM Poitou-Charentes :*Suivi individuel de la délivrance de génériques en officine.*

Suivi inter régimes à partir des données du codage de la pharmacie. L'objectif étant de permettre à chaque officine de recevoir trimestriellement un état de leurs délivrances de médicaments génériques.

Etat de la réalisation : Achevée (de juin 2001 à décembre 2002)