

**Evolution des dépenses d'assurance maladie  
- soins de ville - dans les départements d'Outre Mer  
- Rapport définitif-**

**TOME I/II - RAPPORT**

***Rapport présenté par :***

***Dominique GIORGI***

***Membre de l'Inspection générale des affaires sociales***

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.  
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont commandité.***

***Rapport n° 2005 123  
Octobre 2005***

## **SOMMAIRE**

### **TOME I/II**

<b>Rapport initial .....</b>	<b>1 à 56</b>
<b>Réponse de la direction de la sécurité sociale .....</b>	<b>57 à 58</b>
<b>Réponse de la direction générale de la caisse générale de sécurité sociale de la Guyane .....</b>	<b>59 à 63</b>
<b>Réponse de la caisse générale de sécurité sociale (URCAM) de la Réunion .....</b>	<b>64 à 65</b>
<b>Réponse de la direction de la santé et du développement social de la Guyane.....</b>	<b>66 à 69</b>
<b>Réponse de la caisse générale de la sécurité sociale de la Martinique.....</b>	<b>70 à 71</b>
<b>Réponse de la direction de la santé et du développement social de la Guadeloupe .....</b>	<b>72 à 74</b>
<b>Observations, en retour, de l'Inspection générale des affaires sociales .....</b>	<b>75</b>

### **TOME II/II**

<b>Annexes du rapport .....</b>	<b>1 à 247</b>
---------------------------------	----------------

**Evolution des dépenses d'assurance maladie  
- soins de ville - dans les départements d'Outre Mer**

**- Rapport initial -**

**TOME I/II - RAPPORT**

***Rapport présenté par :***

***Dominique GIORGI***

***Membre de l'Inspection générale des affaires sociales***

***Rapport n° 2005 123  
Juillet 2005***

La présente mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales par lettre de mission signée du directeur de cabinet du ministre de la santé et de la protection sociale, comportait trois questions :

- l'expertise des données chiffrées fournies par la CNAMTS et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) des départements d'outre mer, notamment à travers l'audit des procédures d'extraction statistiques et comptables ;
- les déterminants de l'évolution des différents postes de dépenses en soins de ville, particulièrement le médicament ;
- les éventuels facteurs spécifiques de dépenses injustifiées et les mesures correctrices à prendre.

Les DOM, qui regroupent 1,8 million d'habitants, représentent un peu moins de 3 % des bénéficiaires du Régime général en assurance maladie/maternité/accidents du travail ; ceux ci réalisent un peu plus de 2,3 % des dépenses de soins de ville (champ ONDAM<sup>1</sup>).

Trois limites à cette monographie régionale doivent être relevées d'emblée.

- Dans le cadre géographique éloigné et relativement autonome constitué par chacun des départements d'outre mer, c'est à **une analyse globale de l'évolution des dépenses d'assurance maladie** qu'il faudrait s'attacher, sans distinguer entre soins de ville et soins hospitalier ;
- sauf exception, **le cadre économique, démographique, social, épidémiologique et institutionnel particulier de ces départements** ne permet guère une comparaison pertinente des rythmes de croissance avec la métropole. Certes des « dépenses injustifiées », ou de croissance trop rapide sont identifiées. Mais la singularité de ces départements, particulièrement la Guyane doit être soulignée ;
- Enfin, malgré l'attention prêtée à la sélection des données utilisées, leur fiabilité ne peut être garantie. S'agissant des dépenses, la mission a certes utilisé des données comptables validées. Mais, par ailleurs, la qualité des informations statistiques disponibles peut être variable et on ne peut que regretter que nombre d'études menées au plan national dans le champ des dépenses de santé n'incluent pas les DOM dans leur champ.

**Trois éléments principaux sont à l'origine du manque de fiabilité des données utilisables jusqu'à aujourd'hui pour analyser l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans les DOM**

- Les dépenses de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de la Réunion ne peuvent pas être suivies par postes de soins de ville avant 2004 .La liquidation « matriculaire » (liée au « matricule » ou numéro d'assuré social) introduite progressivement depuis la disparition du dispositif dit des « bons roses » <sup>2</sup> n'est appliquée de manière intégrale que depuis fin 2003. Auparavant, la liquidation des dépenses ne permettait pas leur « rattachement » à un assuré ou à une catégorie particulière de dépenses. Le poste « autres

<sup>1</sup> Objectif national des dépenses d'assurance maladie ONDAM

<sup>2</sup> Les ressortissants de l'aide médicale départementale bénéficiaient jusqu'à la mise en place de la CMU d'un dispositif de tiers payant généralisé ; la délivrance de « bons roses » par les centres communaux d'action sociale permettait au bénéficiaire de se rendre chez le professionnel de santé, en dispense d'avance de frais, sauf ticket modérateur encore à sa charge (en fonction d'un barème fixé dans le règlement départemental d'aide sociale) ; le professionnel adressait régulièrement à la CGSS des bordereaux récapitulant ses honoraires, avec l'ensemble des « bons roses » correspondant . La liquidation des bordereaux s'opérait donc globalement et par professionnel, sans relation avec le compte de l'assuré et sans imputation sur un poste de dépenses particulier.

prestations en nature » non ventilé (qui reflétait l'absence de rattachement possible à une catégorie de dépenses) ne disparaît qu'en 2004.

- De ce fait, mais aussi du fait de l'absence de cohérence entre les modes d'extraction des données comptables et statistiques, des écarts parfois importants pouvaient exister entre le suivi statistique des dépenses et le constat comptable opéré après la clôture de l'exercice. Ces incohérences disparaissent en principe avec la mise en œuvre du SNIR-AM au 1<sup>er</sup> janvier 2005.
- Enfin la mission note que les dispositifs de contrôle interne n'ont été mis en place que de manière récente dans les Caisses générales de sécurité sociale des DOM et doivent faire l'objet d'efforts soutenus de la part des directions et des agences comptables.

**Le rapport analyse les données disponibles relatives à l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans les DOM, au cours des 5 dernières années, en les comparant aux données métropolitaines.**

- On constate une croissance des dépenses d'assurance maladie plus rapide dans les DOM, avec des situations néanmoins distinctes. **La particularité de la Guyane qui double ses dépenses sur la période, surtout du fait de l'accroissement des dépenses en établissement mérite d'être signalée.** Dans les autres DOM, c'est la croissance des soins de ville qui tire le plus nettement l'ONDAM au dessus de la tendance métropolitain.

**La croissance globale des dépenses est également très vive à la Guadeloupe, la plus rapide pour les soins de ville, avec la Guyane. En revanche, la progression de l'ONDAM en Martinique et à la Réunion n'est supérieure à la croissance métropolitaine que de 1 à 2 points en moyenne sur les quatre dernières années (2000-2004).**

taux de croissance annuel moyen 00-04	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	métropole RG
<b>Dépenses ONDAM</b>	10,6%	8,5%	16,1%	7,70%	6,09%
<b>soins de ville</b>	13,5%	9,2%	14,0%	8,94%	6,70%
<b>Dépenses en établissement</b>	8,6%	7,0%	17,4%	7,20%	5,3%

- **Tous les postes des dépenses de soins de ville ne contribuent pas également à cette croissance :**
  - Par rapport à la métropole, les taux de croissance annuels moyens des dépenses d'honoraires de professionnels paramédicaux, des dentistes et des transports sanitaires attirent l'attention ;
  - C'est la croissance des dépenses de médicaments qui, compte tenu de son importance a l'effet d'entraînement le plus important sur l'ensemble des dépenses de soins de ville ;
  - Enfin on note dans l'analyse poste par poste, que les dépenses progressent systématiquement plus vite en Guyane et à la Guadeloupe.

### La mission s'interroge ensuite sur les éléments explicatifs de certaines de ces évolutions

- L'impact des *évolutions tarifaires* de 2002 et 2003 paraît important pour les dépenses d'honoraires médicaux, les *volumes d'activité* connaissant un ralentissement certain ces trois dernières années. La conclusion n'est pas la même pour les paramédicaux, dont l'activité continue à croître.
- S'agissant des dépenses de médicaments, on aboutit de manière approximative à une décomposition de la progression des ventes (+60% en 5 ans) en un effet volume de 26%, un effet prix quasiment nul et un *effet structure* résiduel de 34%<sup>3</sup> (défini comme la vente de produits nouveaux onéreux se substituant à des produits anciens moins chers).
- La comparaison des *dépenses par habitant en niveau* doit tenir compte des « surcoûts » tarifaires applicables aux DOM<sup>4</sup>. Elle n'est donc pas directement significative. L'évolution depuis 1999 traduit cependant nettement le « rattrapage » par rapport à la métropole, de l'ordre de 20% en 5 ans pour la Martinique et la Guadeloupe, de 12 % à la Réunion et 10% en Guyane.  
Quant au niveau de dépenses de soins de ville par individu, un retraitement grossier permettant de supprimer l'effet des « surcoûts » tarifaires spécifiques (évalués, sans doute par excès, à 20% du total) permet de constater qu'il se situe à environ un tiers du niveau métropolitain pour la Guyane et à environ deux tiers pour les trois autres départements (70% pour la Réunion).
- Le retraitement des dépenses de soins de ville des DOM avec les paramètres métropolitains fait apparaître un résultat intéressant : les *dépenses individuelles des assurés âgés de plus de 60 ans* sont proches (même nettes des surcoûts tarifaires applicables aux DOM) de celles de métropole, pour les départements antillais et la Réunion, où le même phénomène est même noté pour les assurés de moins de 20 ans. La moyenne de dépenses de soins de ville par assuré est cependant nettement abaissée par la prise en compte des assurés d'âges intermédiaires, dont les dépenses sont bien moindres qu'en métropole.  
Au total, l'argument d'un « rattrapage » justifiant la progression des dépenses d'assurance maladie dans les DOM doit être utilisé avec circonspection.

### La mission a cherché à mettre en évidence les principaux facteurs structurels qui déterminent l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans les DOM.

Un certain nombre de déterminants de l'évolution des dépenses d'assurance maladie sont analysés : croissance des produits intérieurs bruts régionaux, évolution démographique des DOM, évolution épidémiologique, situation sociale, évolution de l'offre de soins.

- L'évolution des *produits intérieurs bruts régionaux par habitant* : sauf en Guyane, elle est plus rapide qu'en métropole. Cette croissance du PIB assure un rattrapage progressif par rapport à la métropole (sauf l'exception notable de la Guyane) même si les PIB par habitant n'atteignent que 50 à 60% du montant métropolitain. Si l'on s'accorde

<sup>3</sup> cette approche très grossière n'épuise évidemment pas le sujet ; l'effet structure doit s'analyser au niveau de la substitution d'une catégorie précise de spécialités par une autre ; les statistiques de ventes recueillies par la mission permettront aux chercheurs de mener une telle étude.

<sup>4</sup> les tarifs applicables à chaque lettre clef sont pour la plupart majorés dans les DOM.

communément pour établir une corrélation entre progression du revenu et dépenses de santé, il est raisonnable de supposer qu'une progression un peu supérieure dans les DOM y constitue un facteur de croissance supplémentaire des dépenses de santé.

- La *croissance de la population*<sup>5</sup> et *l'amorce de son vieillissement* sont les deux tendances les plus conséquentes pour la progression des dépenses d'assurance maladie.
- *L'évolution épidémiologique* a été remarquable au cours des 20 dernières années et s'est traduite par un véritable rattrapage de la métropole pour l'ensemble des indicateurs en matière de santé. L'analyse comparée des *principales causes de mortalité* montre cependant quelques caractéristiques singulières des DOM : quel que soit le sexe, la prévalence des maladies infectieuses et parasitaires y est beaucoup plus élevée qu'en métropole (surtout en Guyane), de même que les maladies endocriniennes (diabète). On note une surmortalité masculine suite à des troubles mentaux, des maladies du système nerveux et des causes extérieures de traumatisme. La comparaison avec la situation "France entière", en matière d'entrées en *affection de longue durée*- qui restent globalement et étonnamment stables- fait apparaître une nette surreprésentation du diabète et des hypertension sévères et une sous représentation des tumeurs, des arthériopathies et cardiopathies. Les infections par le VIH sont sous représentées à la Réunion, mais largement surreprésentées en Guyane.
- Les bénéficiaires de la *Couverture maladie universelle (CMU)*<sup>6</sup> *complémentaire* sont en nombre très important dans les DOM ; les densités de bénéficiaires par rapport à la population sont sans commune mesure avec celles de la métropole. Au niveau national, il a été démontré que les bénéficiaires de la CMU consommaient davantage de soins que les personnes non couvertes, notamment du fait d'un état de santé dégradé par rapport à la moyenne et d'une situation sociale défavorable. L'augmentation particulière de certains postes de dépenses en 2001 et 2002 peut être interprétée comme un « effet de rattrapage » lors de la mise en place de la CMU, compte tenu d'un phénomène bien connu de « soins différés », rendus possibles par la solvabilisation. Le manque de données ou d'études propres à la situation des DOM en la matière interdit, à ce stade, toute conclusion autre qu'intuitive, la proportion de bénéficiaires de la CMU étant cependant en soi un indicateur significatif.
- La mission constate une *sous densité globale des professionnels libéraux* dans des DOM, sauf pour les paramédicaux et les pharmaciens. Cette situation n'est pas sans poser des problèmes locaux présents et sans doute à venir d'accès aux soins . Pour les *professions paramédicales, surreprésentées* par rapport à la métropole, une corrélation peut être établie avec l'évolution des dépenses d'honoraires de ces professions.
- Enfin la mission note un *sous équipement en structures médico sociales*, qui peut expliquer la progression de certains postes de dépenses, notamment pour les soins à domicile des personnes âgées (honoraires de paramédicaux, transports). Le niveau élevé

<sup>5</sup> Croissance de la population domienne: +6,5% de 1999 à 2003

<sup>6</sup> entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000, la CMU comporte deux volets, la CMU de base qui permet d'affilier au régime général sur critère de résidence, toute personne en situation stable et régulière sur le territoire qui ne bénéficie pas de droits à couverture maladie ouverts ; et la CMU complémentaire qui permet de fournir une couverture maladie complémentaire sous un même critère de résidence mais avec une condition de ressource fixée par décret qui varie en fonction de la composition du foyer

des dépenses de soins de ville pour les personnes âgées pourrait également trouver là son principal déterminant.

**Au total, les quatre DOM sont dans une situation dissemblable, au regard de l'évolution de leurs dépenses d'assurance maladie.**

taux de croissance annuel moyen 2000-2004			
écart à l'évolution métropolitaine	ONDAM Cgss	Soins de ville	part dans le total des dépenses DOM 2004
Réunion	1,6	2,2	41,6%
Martinique	2,4	2,5	24,8%
Guadeloupe	4,5	6,8	25,4%
Guyane	9,9	7,3	8,3%

- *La Guyane* est dans une position très spécifique. La progression importante des dépenses de soins est tributaire d'un contexte de développement géographique, démographique, social et épidémiologique tel que les évolutions constatées ne paraissent pas en elles-mêmes étonnantes.
- La croissance des dépenses d'assurance maladie n'est globalement pas déraisonnable à la *Réunion* et en *Martinique*. L'écart à la croissance moyenne métropolitaine des dépenses, de l'ordre de 2 % par an, s'explique largement par des facteurs structurels bien identifiés. Ceci ne signifie évidemment pas que des actions de maîtrise spécifique des dépenses ne doivent pas être entreprises. Mais il n'y a pas lieu d'identifier ces régions comme plus fortement « dépen-sières » que d'autres.
- La progression des dépenses d'assurance maladie en *Guadeloupe* est celle qui pose le plus de questions. Dans une situation qui n'est pas structurellement différente de la Martinique, elle connaît une croissance des dépenses beaucoup plus forte. Des études complémentaires devront être entreprises pour mieux comprendre les comportements des acteurs du système de soins guadeloupéen. La situation difficile de la CGSS n'est sans doute pas étrangère, par ailleurs, à cette dérive des dépenses.

### **Le dispositif de fixation des prix des médicaments et des marges de distribution dans les DOM fait l'objet d'une analyse spécifique**

Par rapport à la métropole, des majorations de marge résultant d'arrêtés préfectoraux <sup>7</sup>sont appliquées aux grossistes répartiteurs en médicaments, afin de prendre en compte les frais spécifiques liés à l'acheminement des produits dans les DOM. Ces marges sont calculées proportionnellement au prix fabricant hors taxe métropole. Par ailleurs, le prix public toutes taxes comprises (ppttc) <sup>8</sup> applicable dans chacun des DOM, résulte également de l'application d'un coefficient multiplicateur au ppttc métropole. La marge des pharmaciens d'officine s'en déduit par soustraction entre le ppttc et le prix de vente du grossiste.

<sup>7</sup> Aux termes de l'article L 753-4 CSS, ces coefficients doivent résulter d'arrêtés interministériels ; les arrêtés préfectoraux actuels sont illégaux .

<sup>8</sup> le taux de tva applicable aux médicaments est de 2,1%



Le niveau de marge ainsi procuré aux grossistes doit permettre de couvrir les surcoûts liés à l'acheminement des médicaments dans les DOM et les contraintes spécifiques et techniques liées à l'exercice de leur profession dans ces départements. La mission note que le dispositif actuel conduit à *des marges considérablement supérieures à celles des grossistes métropolitains*, l'écart se creusant avec le montant du prix fabricant. Elle relève également que la situation financière des grossistes répartiteurs des DOM paraît bien meilleure qu'en métropole.

La marge de l'officine est quant à elle, nettement supérieure à celle de l'officine métropolitaine: de l'ordre de 60% en moyenne.

Sur ce sujet, la mission a procédé au recueil d'informations de sources diverses mais convergentes, qui permettent de quantifier les frais d'acheminement : ceux ci constituent en moyenne de 13 à 16% du prix « free on board » des produits.

En conclusion, la mission énonce les contraintes et objectifs liés à la fixation des marges de distribution du médicament dans les DOM :

- permettre la distribution des médicaments dans des conditions garantissant la santé des populations ;
- permettre que les professionnels chargés de ce service opèrent dans des conditions financières saines, mais sans rente de situation financée par la collectivité.

En termes plus techniques, on note la nécessité

- d'éviter, comme en métropole, que la déformation de la structure des prix des médicaments vendus tire en permanence vers le haut les marges des distributeurs ;
- que tous les médicaments, y compris les plus coûteux, sortis de la « réserve hospitalière », puissent être distribués en ville à des conditions acceptables par les grossistes comme par les officines ;
- de tenir compte des surcoûts réels liés à l'exercice de la distribution pharmaceutique outre mer.

Des solutions alternatives au mode actuel de fixation des prix des médicaments et des marges des distributeurs sont suggérées in fine.

En conclusion, la mission constate que les CGSS ont toutes connu des périodes de crise grave dans leur gestion récente. Le redressement est opéré à la Réunion, en cours à la Martinique, amorcé en Guyane, à engager en Guadeloupe. Le changement de direction dans cette dernière caisse doit être l'occasion de fixer des objectifs précis en termes de production, de contrôle interne et de gestion du risque . De ce dernier point de vue, la mission recommande une évaluation particulière des activités des caisses et des échelons régionaux du service médical, dont les degrés d'engagement paraissent, en première analyse, très variables. Enfin, le sous équipement en structures médico-sociales constitue un problème patent qui a des conséquences sur les dépenses en ville ; compte tenu du vieillissement de la population, le développement de ces structures doit être considéré comme une priorité.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>PREMIERE PARTIE - FIABILITE ET INTERPRETATION DES DONNEES RELATIVES AUX DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE .....</b>	<b>5</b>
1.1 LES DONNÉES DISPONIBLES: ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE DANS LES DOM .....	5
1.1.1 <i>L'ONDAM et ses deux principaux agrégats: une progression plus rapide que la progression métropolitaine (sources : données comptables CGSS et CNAMTS).....</i>	6
1.1.2 <i>Les postes de dépenses en « soins de ville »: .....</i>	8
1.1.2.1 L'évolution des honoraires: .....	8
1.1.2.2 Les prescriptions de médicaments .....	10
1.1.2.3 Les autres prescriptions .....	12
1.1.3 <i>Essai de départage entre augmentation des volumes et des prix: .....</i>	14
1.1.3.1 Recensement des mesures tarifaires qui pèsent dans l'évolution des soins de ville:un effet prix important en 2002 et 2003 .....	14
1.1.3.2 L'évolution des volumes d'activité et de ventes de médicaments: .....	15
1.1.3.3 Identification d'un effet structure dans les ventes de médicaments .....	17
1.1.4 <i>Niveau de dépenses par habitant: .....</i>	18
1.1.5 <i>Structure des dépenses de soins de ville dans les DOM.....</i>	18
1.2 FIABILITÉ ET PERTINENCE DES DONNÉES DISPONIBLES .....	19
1.2.1 <i>Fiabilité des données : fortement améliorée par la liquidation de droit commun à la CGSS de la Réunion et par le SNIR-AM opérationnel depuis janvier 2005, elle nécessite encore que des dispositifs de contrôle interne performants soient mis en place dans toutes les CGSS.....</i>	19
1.2.1.1 La liquidation non matriculaire à la CGSS de la Réunion .....	19
1.2.1.2 Le recollement entre données statistiques et données comptables .....	20
1.2.1.3 Les contrôles internes .....	21
1.2.2 <i>Pertinence des données : analyse de la structure démographique des bénéficiaires.....</i>	23
1.2.2.1 Les populations couvertes dans les DOM sont plus jeunes qu'en métropole :.....	23
1.2.2.2 Rétraitement des dépenses des DOM avec application de paramètres métropolitains : .....	23
<b>DEUXIEME PARTIE - DETERMINANTS DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE/SOINS DE VILLE .....</b>	<b>26</b>
2.1 PRINCIPAUX FACTEURS STRUCTURELS QUI DÉTERMINENT L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE DANS LES DOM .....	26
2.1.1 <i>L'évolution des produits intérieurs bruts régionaux par habitant : sauf en Guyane, elle est plus rapide qu'en métropole .....</i>	26
2.1.2 <i>L'évolution récente de la population.....</i>	27
2.1.2.1 Croissance de la population domienne: +6,5% de 1999 à 2003.....	27
2.1.2.2 Amorce du vieillissement: .....	28
2.1.3 <i>L'évolution épidémiologique: .....</i>	28
2.1.3.1 L'amélioration continue des indicateurs globaux en matière de santé: .....	28
2.1.3.2 La fin de la "transition épidémiologique"? .....	30
2.1.4 <i>L'évolution de la situation sociale: une explication du dynamisme spécifique de certains postes</i>	32
2.1.4.1 Les données disponibles .....	32
2.1.4.2 les conséquences sur les dépenses de soins de ville.....	33
2.1.5 <i>L'évolution de l'offre ambulatoire:.....</i>	34
2.1.5.1 Une sous densité globale des professionnels libéraux, sauf pour les paramédicaux et les pharmaciens : (source : enquête ADEL/DREES .....	34
2.1.5.2 Une répartition inégale qui peut entraver l'accès aux soins .....	36
2.1.6 <i>Le taux d'équipement en structures médico-sociales .....</i>	36
2.2 LA RÉUNION.....	37
2.2.1 <i>Facteurs de demande .....</i>	37
2.2.1.1 Effet revenu .....	37
2.2.1.2 Situation démographique .....	37
2.2.1.3 Épidémiologie spécifique .....	38
2.2.1.4 Situation sociale et CMU.....	38
2.2.2 <i>Facteurs d'offre: effectifs et densité des professionnels de santé libéraux .....</i>	39
2.2.3 <i>Synthèse.....</i>	39

2.3	LA MARTINIQUE.....	39
2.3.1	<i>Facteurs de demande</i> .....	40
2.3.1.1	Effet revenu .....	40
2.3.1.2	Situation démographique .....	40
2.3.1.3	Epidémiologie spécifique .....	40
2.3.1.4	Situation sociale et CMU .....	40
2.3.2	<i>Facteurs d'offre: effectifs et densité des professionnels de santé libéraux</i> .....	41
2.3.3	<i>Synthèse</i> .....	41
2.4	LA GUADELOUPE.....	42
2.4.1	<i>Facteurs de demande</i> .....	42
2.4.1.1	Effet revenu .....	42
2.4.1.2	Situation démographique .....	42
2.4.1.3	Epidémiologie spécifique .....	42
2.4.1.4	Situation sociale et CMU.....	43
2.4.2	<i>Facteurs d'offre : effectifs et densité des professionnels de santé libéraux</i> .....	43
2.4.3	<i>Synthèse</i> .....	43
2.5	LA GUYANE.....	44
2.5.1	<i>Facteurs de demande</i> .....	44
2.5.1.1	Effet revenu .....	44
2.5.1.2	Situation démographique .....	45
2.5.1.3	Epidémiologie spécifique .....	45
2.5.1.4	Situation sociale et CMU.....	45
2.5.2	<i>Facteurs d'offre: effectifs et densité des professionnels de santé libéraux</i> .....	46
2.5.3	<i>Synthèse</i> .....	46
<b>TROISIEME PARTIE - LES SURCOUTS LIES AUX FRAIS D'APPROCHE DES MEDICAMENTS..</b>		<b>47</b>
3.1	UN DISPOSITIF TRES FAVORABLE AUX DISTRIBUTEURS DE MEDICAMENTS .....	47
3.1.1	<i>Eléments de présentation</i> .....	47
3.1.1.1	Des majorations de marge résultant d'arrêtés préfectoraux sont appliquées aux grossistes répartiteurs en médicaments, afin de prendre en compte les frais spécifiques liés à l'acheminement des produits dans les DOM :	47
3.1.1.2	Décomposition du prix public TTC: comparaison métropole-DOM ; les effets des différentes réglementations en matière de calcul des marges des grossistes et des pharmaciens d'officine .....	47
3.1.2	<i>Eléments d'appréciation</i> .....	48
3.1.2.1	La marge des grossistes répartiteurs : proportionnelle au prix fabricant hors taxe, elle croît de manière linéaire avec ce dernier.....	48
3.1.2.2	La marge de l'officine est nettement supérieure à celle de l'officine métropolitaine .....	50
3.2	ANALYSE DES FRAIS D'APPROCHE ET DES SURCÔUTS LIES A L'IMPORTATION DE MEDICAMENTS DANS LES DOM .....	51
3.2.1	<i>Les médicaments hospitaliers:</i> .....	51
3.2.2	<i>Les médicaments importés par les grossistes répartiteurs</i> .....	51
3.3	TYPLOGIE DE SOLUTIONS ALTERNATIVES.....	52
3.3.1	<i>Les contraintes et objectifs liés à la fixation des marges de distribution du médicament dans les DOM</i> .....	52
3.3.2	<i>Les propositions envisageables</i> .....	52
<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....</b>		<b>54</b>

## INTRODUCTION

La présente mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales par lettre de mission signée du directeur de cabinet du ministre de la santé et de la protection sociale, comportait trois questions :

- l'expertise des données chiffrées fournies par la CNAMTS et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) des départements d'outre mer, notamment à travers l'audit des procédures d'extraction statistiques et comptables ;
- les déterminants de l'évolution des différents postes de dépenses en soins de ville, particulièrement le médicament ;
- les éventuels facteurs spécifiques de dépenses injustifiées et les mesures correctrices à prendre.

La mission a pu s'appuyer sur les services déconcentrés du ministère et les CGSS. Elle a effectué deux déplacements dans les DOM, à la Réunion du 18 au 22 avril et à la Martinique du 9 au 13 mai 2005.

Sans négliger la première question posée, qui trouve néanmoins une réponse essentielle à travers la mise en place du SNIR-AM à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005, la mission a centré principalement ses investigations sur l'évolution, plus rapide qu'en métropole, des dépenses de soins de ville et l'analyse de ses causes. Au demeurant, trois limites à cette monographie régionale doivent être relevées d'emblée.

- Dans le cadre géographique éloigné et relativement autonome constitué par chacun des départements d'outre mer, c'est à **une analyse globale de l'évolution des dépenses d'assurance maladie** qu'il faudrait s'attacher, sans distinguer entre soins de ville et soins hospitalier, et sans oublier la nécessité de procéder, dans certaines circonstances, à des « évacuations » vers d'autres DOM ou vers la métropole. Les relations entre les secteurs « soins de ville » et « soins hospitaliers » sont complexes, certains postes de soins de ville étant tributaires de carences de la prise en charge en établissement.
- Les DOM, qui regroupent 1,8 million d'habitants, représentent un peu moins de 3% des bénéficiaires du Régime général en assurance maladie/maternité/accidents du travail ; ceux ci réalisent un peu plus de 2,3 % des dépenses de soins de ville (champ ONDAM<sup>1</sup>). Si la situation spécifique des DOM justifie pleinement que l'on analyse les causes d'une croissance particulière des dépenses d'assurance maladie, la mission relève néanmoins les limites nécessaires de ce type d'interrogation. La démonstration sera ainsi aisément faite que, sauf exception, **le cadre économique, démographique, social, épidémiologique et institutionnel particulier de ces départements** ne permet guère une comparaison pertinente des rythmes de croissance avec la métropole. Certes des « dépenses injustifiées », ou de croissance trop rapide seront identifiées. Mais la singularité de certains départements, particulièrement la Guyane, qui n'ont pas effectué leurs transitions démographiques et épidémiologiques ou qui en sortent à peine, doit être soulignée. Les dépenses par assuré, si l'on en soustrait les surcoûts spécifiques qui affectent les actes ou biens médicaux dans les DOM, restent d'un niveau bien inférieur au niveau métropolitain : elles atteindraient ainsi à peine le tiers de celui-ci pour les assurés guyanais par exemple.

---

<sup>1</sup> Objectif national des dépenses d'assurance maladie ONDAM

- Enfin malgré l'attention prêtée à la sélection des données utilisées, leur fiabilité ne peut être garantie. S'agissant des dépenses, la mission a certes utilisé des données comptables validées. Mais, par ailleurs, la qualité des informations statistiques disponibles peut être variable et on ne peut que regretter que la plupart des études menées au plan national dans le champ des dépenses de santé n'incluent pas les DOM.

## **PREMIERE PARTIE - FIABILITE ET INTERPRETATION DES DONNEES RELATIVES AUX DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**

### **1.1 Les données disponibles: évolution des dépenses d'assurance maladie dans les DOM**

Les données utilisées sont issues des comptes de résultat des Caisses générales de sécurité sociale : il s'agit donc de données comptables arrêtées et non de statistiques.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) comprend les dépenses de soins de santé (prestations en nature et en espèces) pour les risques maladie et accidents du travail et pour le risque maternité, les seules prestations en nature. Les prestations en espèces du risque maternité et les prestations en espèces d'incapacité permanente du risque accident du travail (AT) en sont exclues.

Au sein du champ ONDAM, l'agrégat « soins de ville » comprend les dépenses d'honoraires privés, de prescriptions et de prestations en espèces exécutées en ville, y compris les indemnités journalières maladie, à l'exception des indemnités journalières maternité et des rentes AT.

Par rapport à l'évaluation des prestations remboursées dans les DOM présentée dans la loi de financement de la sécurité sociale, le champ du présent rapport est un peu moins large : il ne couvre pas tous les territoires, mais seulement la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et la Réunion (qui constituent néanmoins l'essentiel des dépenses) ; il ne couvre pas non plus tous les régimes. L'ONDAM couvre l'ensemble des régimes obligatoires de base ; dans le présent rapport, sauf indication contraire, les données étudiées sont celles du champ ONDAM couvert par les CGSS (régime général et régime agricole). Ne manquent donc que les non salariés non agricoles et certains régimes intégralement spéciaux<sup>2</sup>.

La comparaison avec la métropole sera établie sur la base de données afférentes au régime général, champ ONDAM. En termes de régime couvert, elle n'est pas totalement cohérente, les CGSS comptant aussi les assurés agricoles. Le biais est néanmoins suffisamment faible pour ne pas fausser l'analyse.

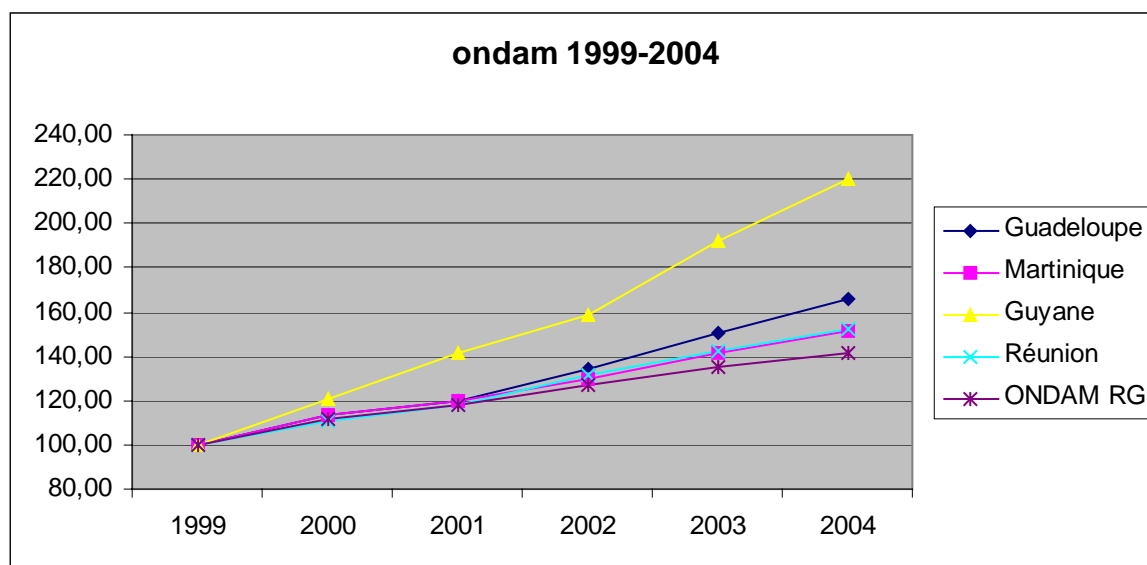
Par convention, les DOM sont parfois identifiés par leur numéro : 971 (Guadeloupe), 972 (Martinique), 973 (Guyane) et 974 (Réunion).

---

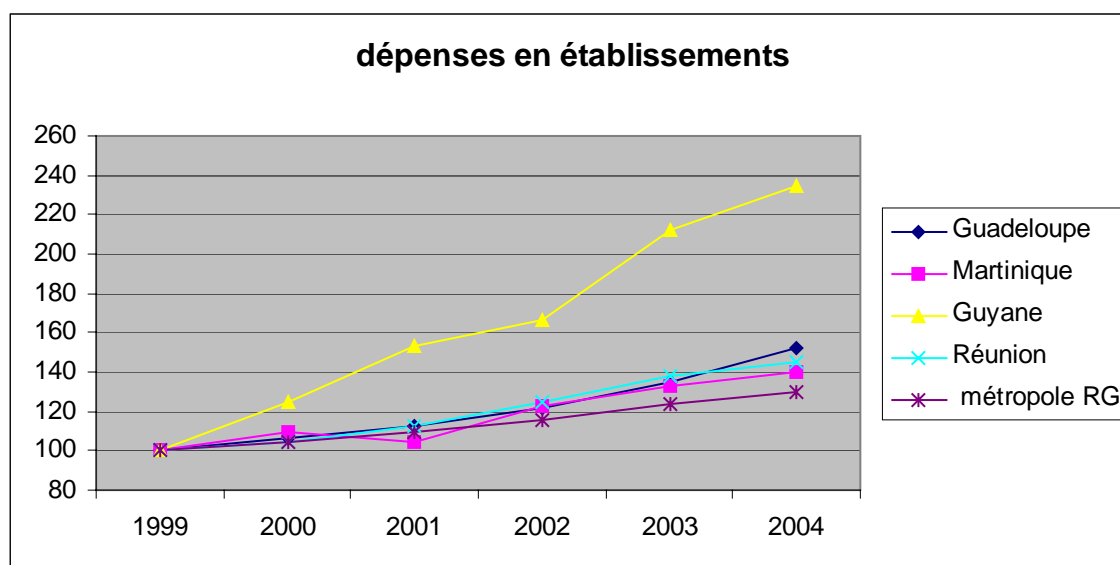
<sup>2</sup> Selon les départements, la population non couverte par la CGSS est variable mais très faible ; les seuls assurés du régime général représentent environ 90% de la population des DOM.

### 1.1.1 L'ONDAM et ses deux principaux agrégats : une progression plus rapide que la progression métropolitaine (sources : données comptables CGSS et CNAMTS)

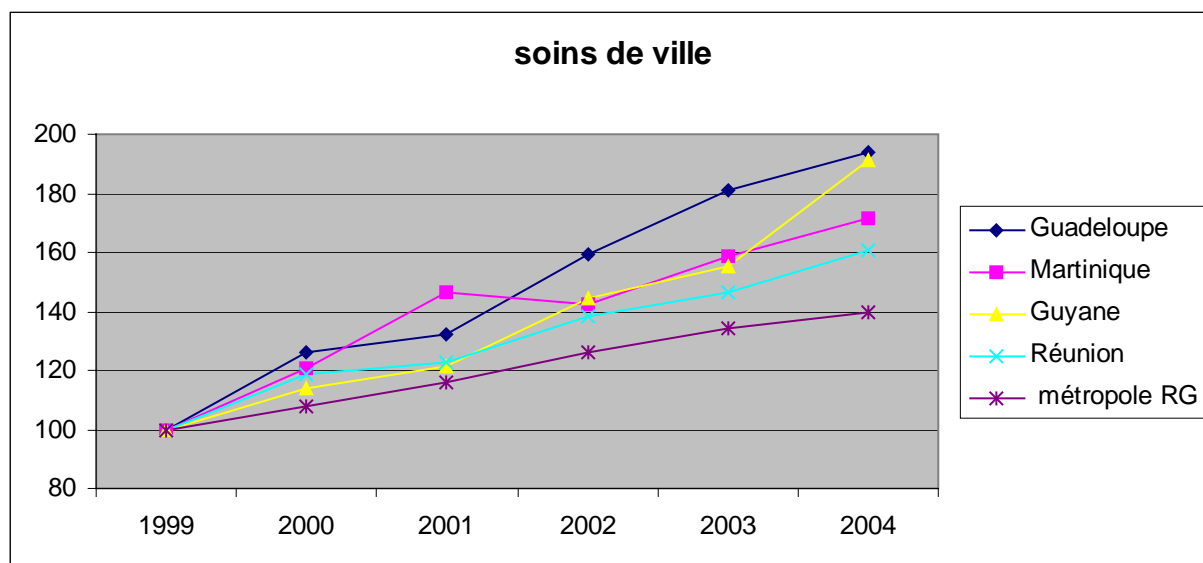
- Sur une base 100 en 1999, l'ONDAM (champ régime général) pour la métropole se situe à 142 ; l'ONDAM champ CGSS se situe un peu au dessus de 150 à la Réunion et à la Martinique, à 166 à la Guadeloupe et à 220 en Guyane.



- S'agissant des dépenses en établissement, la situation particulière de la Guyane est confirmée (indice 235 en 2004, contre 130 pour la métropole), tandis que les trois autres DOM se situent entre 140 et 150.



- La progression des dépenses de soins de ville est plus dispersée : alors que l'on atteint l'indice 140 en métropole, la Réunion et la Martinique se situent entre 160 et 170, la Guadeloupe et la Guyane au delà de 190.

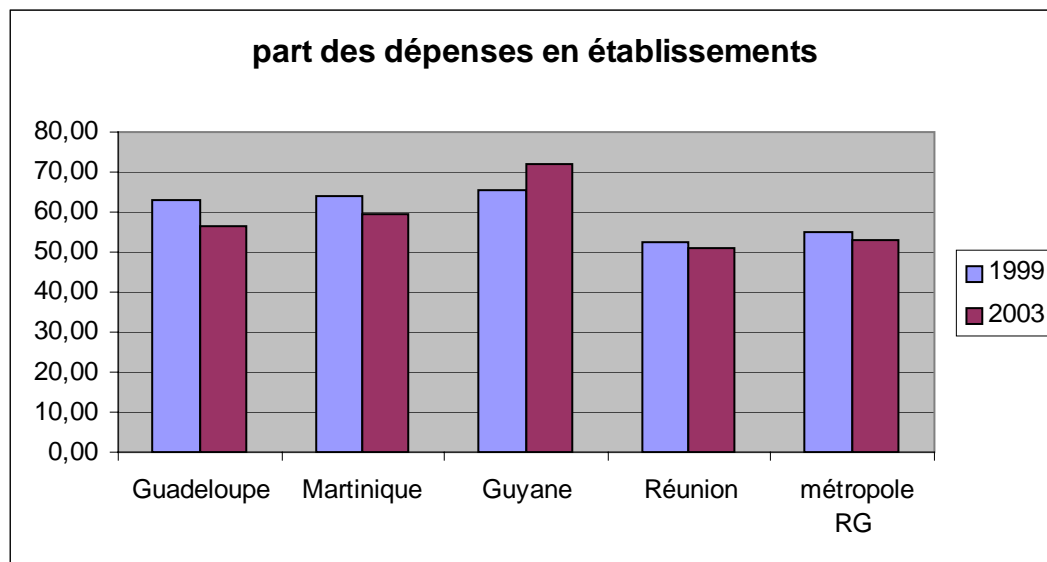


- Au total, on ne peut que constater une croissance des dépenses d'assurance maladie plus rapide dans les DOM, avec des situations néanmoins distinctes. **La particularité de la Guyane qui double ses dépenses sur la période, surtout du fait de l'accroissement des dépenses en établissement mérite d'être signalée.** Dans les autres DOM, c'est la croissance des soins de ville qui tire l'ONDAM au dessus de la tendance métropolitaine. **La croissance globale des dépenses est également très vive à la Guadeloupe, la plus rapide pour les soins de ville, avec la Guyane.** En revanche, la progression de l'ONDAM en Martinique et à la Réunion n'est supérieure à la croissance métropolitaine que de 2 points en moyenne sur les quatre dernières années (2000-2004).

taux de croissance annuel moyen 00-04	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	métropole RG
<b>Dépenses ONDAM</b>	10,6%	8,5%	16,1%	7,70%	6,09%
<b>soins de ville</b>	13,5%	9,2%	14,0%	8,94%	6,70%
<b>Dépenses en établissement</b>	8,6%	7,0%	17,4%	7,20%	5,3%



- Ces évolutions ont un impact sur le ratio soins de ville/dépenses en établissements : les dépenses en établissements décroissent dans le total des dépenses de santé sauf en Guyane, où elles représentent plus de 70% du total.



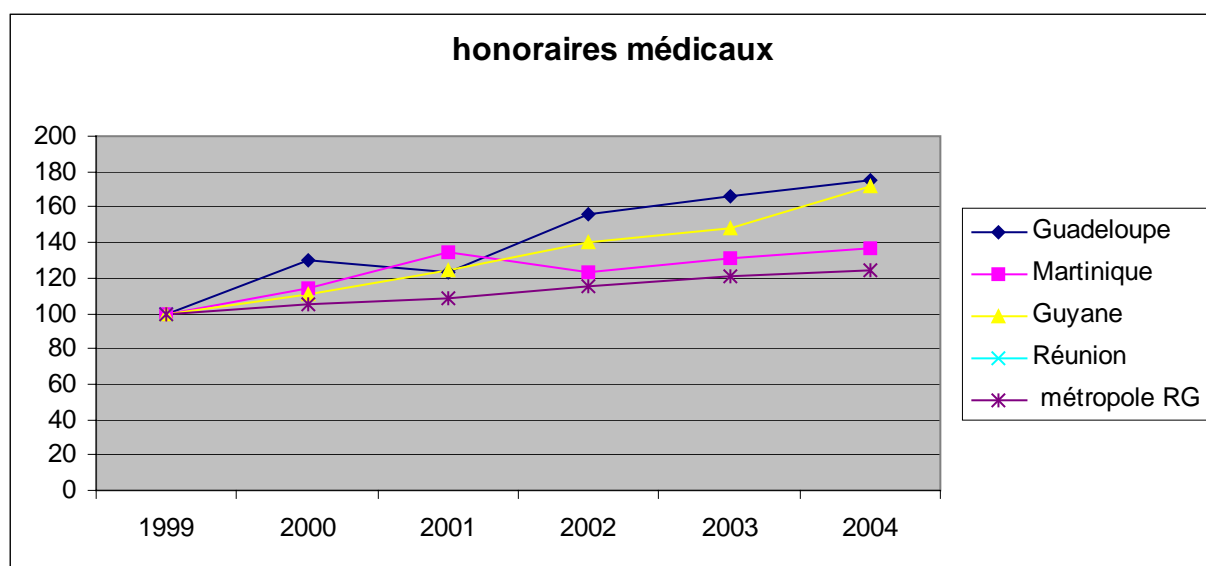
### 1.1.2 Les postes de dépenses en « soins de ville »<sup>3</sup>:

#### 1.1.2.1 L'évolution des honoraires:

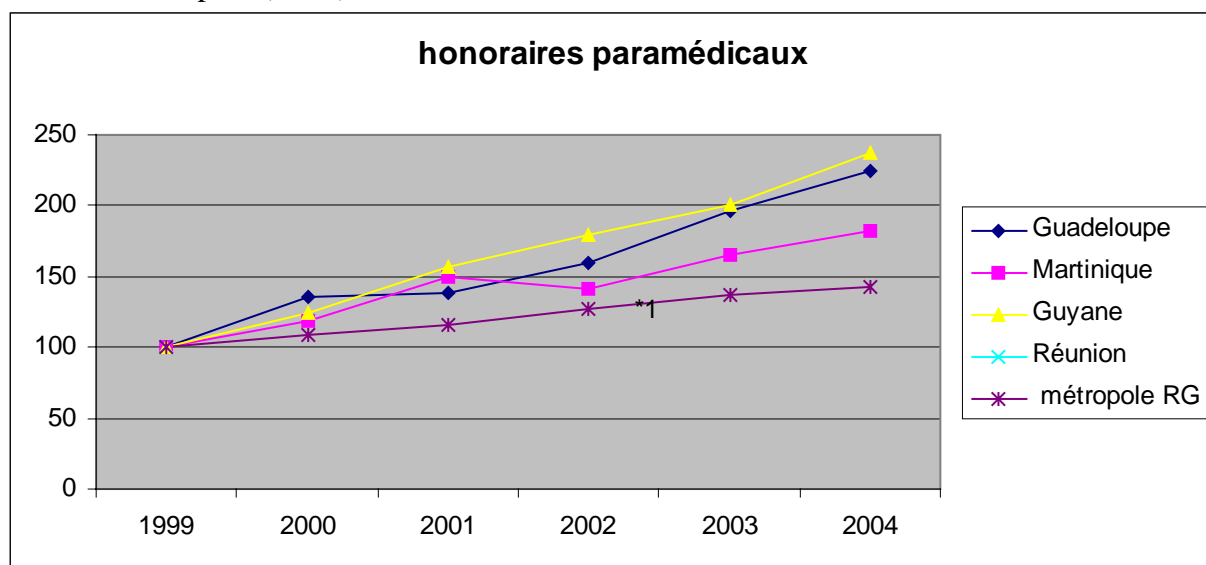
- Les honoraires médicaux : à un indice 140 en métropole en 2004, ils se situent à 171 en Martinique et à plus de 190 à la Guadeloupe et en Guyane. Leur contribution<sup>4</sup> à la croissance totale des soins de ville sur 5 ans varie de 11% (Martinique) à 18% (Guadeloupe), contre 16% en métropole.

<sup>3</sup> les données de la Réunion ne sont pas disponibles (cf.infra); pour les autres DOM, sources: comptes cgss; pour le régime général, source cnamts

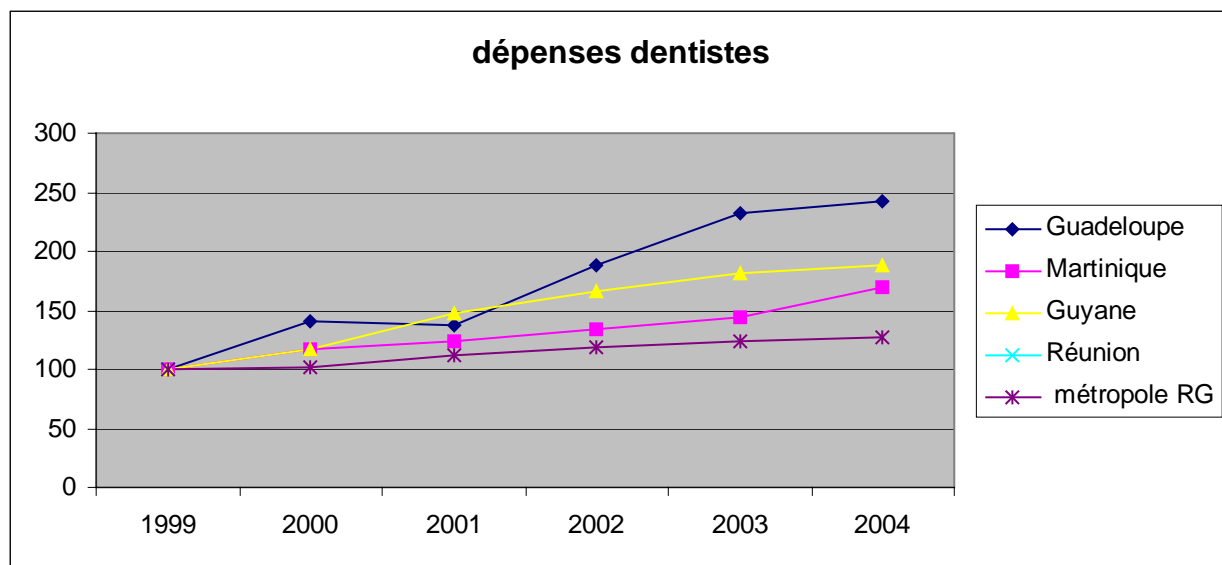
<sup>4</sup> rapport de la croissance des dépenses d'honoraires à la croissance des dépenses de soins de ville, sur la période de 5 ans (1999-2004)



- Les honoraires paramédicaux : la très forte progression de ces dépenses par rapport à la métropole doit être notée ; elles sont multipliées par plus de 2 en 5 ans à la Guadeloupe et en Guyane, par 1,8 à la Martinique, contre 1,43 en métropole. Leur contribution à la croissance des soins de ville varie de 13 % (Guyane) à 17% (Martinique et Guadeloupe), nettement supérieure à la donnée équivalente en métropole (9,5%).

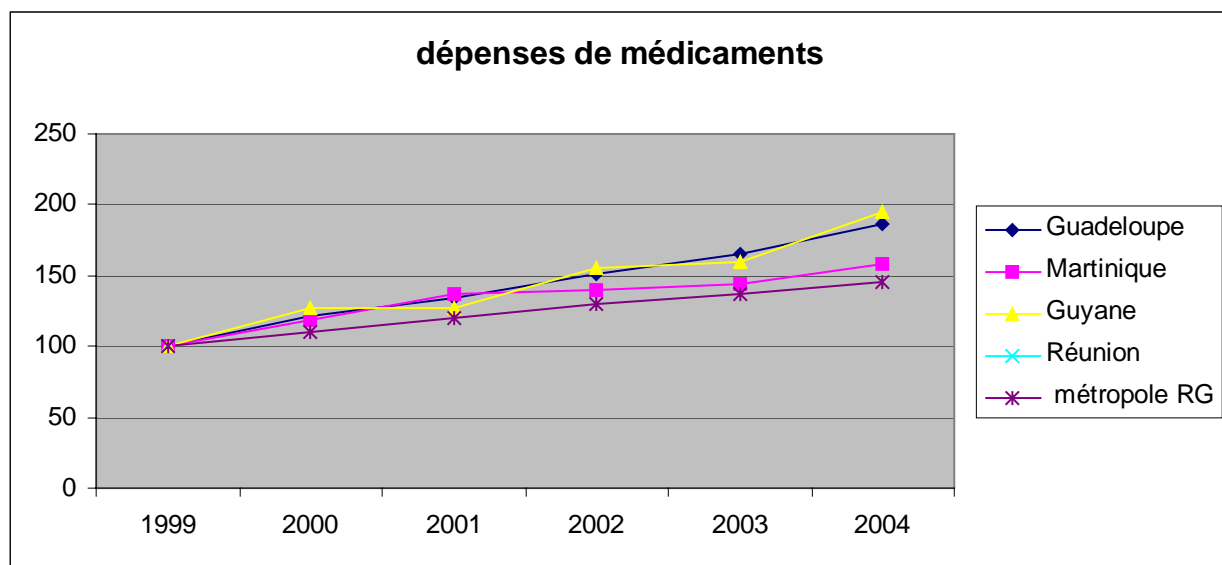


- Les dépenses de dentistes : leur très forte croissance doit être notée avec une multiplication par près de 2,5 à la Guadeloupe.



### 1.1.2.2 Les prescriptions de médicaments

- Les dépenses de médicaments progressent de 46 % en 5 ans en métropole, de 59 % à la Martinique, de 90 % à la Guadeloupe et de 95 % en Guyane. Pour la Réunion, qui ne dispose pas de données relatives au remboursement, les données de ventes (GERS) donnent, en 5 ans, une croissance de 60% du chiffre d'affaires en valeur. Pour les trois départements où l'information est disponible, les dépenses de médicaments contribuent pour un tiers à la croissance des dépenses de soins de ville de 1999 à 2004 (contribution à la croissance totale identique en métropole).



- L'analyse des ventes par classes de médicaments permet d'identifier les principales responsables de la forte évolution des dépenses <sup>5</sup>:

REUNION	Unités	chiffre d'affaires	Indice de valeur unitaire <sup>6</sup>		poids de la classe dans les ventes totales	
classe	évol 04/99	évol 04/99	1999	2004	1999	2004
A	28%	63%	4,25	5,40	14,83	15,08
C	19%	67%	7,60	10,65	21,22	22,10
J01	-25%	-12%	4,77	5,56	9,84	5,38
L	58%	330%	41,29	112,33	1,37	3,67
N	63%	48%	2,39	2,17	11,39	10,53
R	37%	76%	4,30	5,52	12,57	13,84

GUADELOUPE	Unités	chiffre d'affaires	Indice de valeur unitaire		poids de la classe dans les ventes totales	
classe	évol 04/99	évol 04/99	1999	2004	1999	2004
A	30%	69%	4,70	6,09	14,58	14,24
C	41%	62%	7,95	9,10	26,76	25,10
J01	-4%	13%	5,38	6,34	8,51	5,56
L	10%	181%	43,95	112,27	3,54	5,77
N	47%	78%	2,48	3,01	10,96	11,32
R	26%	68%	3,60	4,79	7,76	7,56

Lecture : classes A (voie digestive et métabolisme) C (système cardiovasculaire) J01(antibiotiques) L (antinéoplasiques et immunomodulateurs) N (système nerveux central) R (système respiratoire)

Les ventes des vingt médicaments les plus vendus à la Martinique ressortent pour 41 % de la classe C (système cardiovasculaire), pour 15 % de la classe B (antithrombotiques), pour 10 % de la classe L, pour 9 % de la classe R (système respiratoire).

On note au total une stabilisation ou une régression des ventes d'antibiotiques, dont la part dans les ventes totales décroît fortement. Ce mouvement est constaté également à la Martinique avec une diminution moyenne annuelle de 10 % des unités vendues au cours des trois dernières années. La classe des anticancéreux et immunomodulateurs, composée de médicaments onéreux connaît une croissance très forte. La croissance de l'indice de valeur unitaire est constaté pour toutes les autres classes, à l'exception des médicaments de la classe N (système nerveux central).

<sup>5</sup> La mission a pu obtenir communication des données de ventes de médicaments du Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS) pour les DOM, détaillées par DOM et par classes thérapeutiques EphMRA. Ces données sont communiquées aux administrations compétentes.

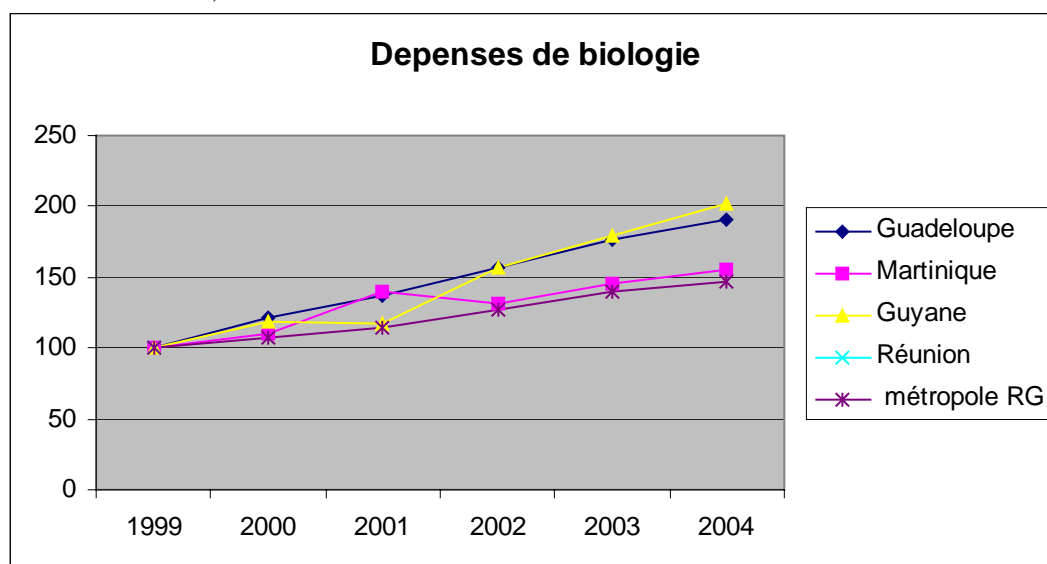
<sup>6</sup> chiffre d'affaires de la classe rapporté au nombre d'unités vendues

- En dernier lieu, on peut noter que la vente de médicaments génériques ne connaît plus de retard manifeste par rapport à la métropole<sup>7</sup>.

Le taux de vente de génériques au sein des généricables atteint 67 % à la Réunion et 54 % à la Martinique en 2004. Le retard initial dans la vente de génériques est en passe d'être comblé.

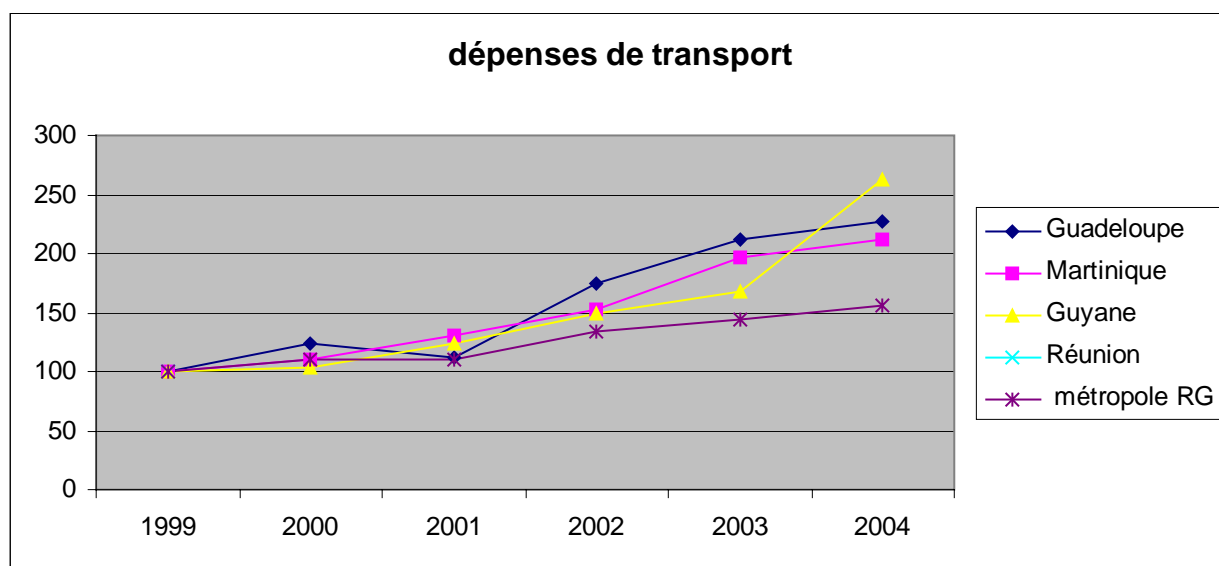
### 1.1.2.3 Les autres prescriptions

- Les dépenses de biologie : la Martinique est quasiment à l'indice de progression métropolitain (plus 50 % en 5 ans), tandis que la Guadeloupe est à plus 90 % et la Guyane à plus 100 %. La contribution des dépenses de biologie à la croissance des dépenses de soins de ville est légèrement supérieure dans les DOM (6 à 7 % au lieu de 5 %).



<sup>7</sup> les données de la Guadeloupe n'ont pas été communiquées

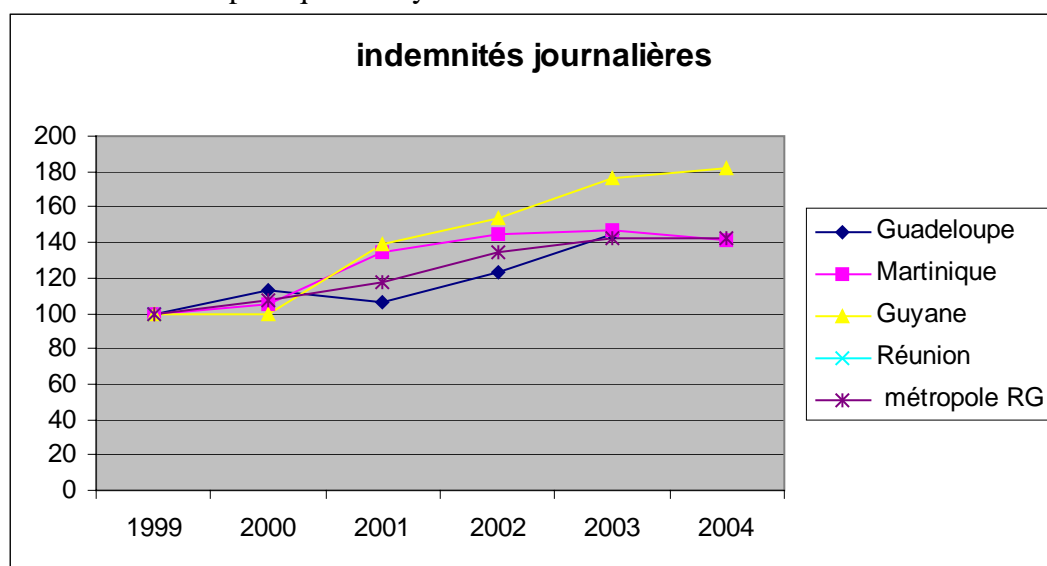
- Les dépenses de transport : elles sont multipliées par plus de 2 dans tous les DOM .



La très vive progression des frais de transport en Guyane pour 2003 et 2004 s'explique par la décision de prendre en charge les évacuations sanitaires sur ce poste, compte tenu des difficultés financières rencontrées par l'hôpital de Cayenne. Ce dernier reprend en charge les dépenses occasionnées par les évacuations au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Le nombre et le coût des évacuations ont fortement augmenté sur la période.

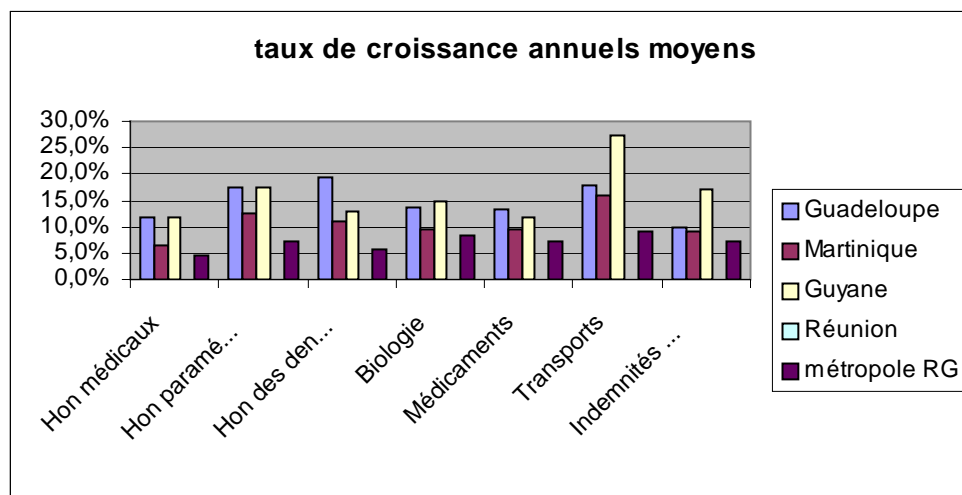
En Guyane, la contribution des dépenses de transport à la croissance des dépenses de soins de ville de 1999 à 2004 atteint 20 % (7 à 8 % à la Martinique et à la Guadeloupe, 5 % en métropole).

- Les indemnités journalières : leur progression n'est nettement supérieure à celle de la métropole qu'en Guyane.



La contribution des dépenses d'indemnités journalières à la croissance totale des dépenses de soins de ville sur 5 ans est nettement inférieure dans les DOM (de 3 à 6 % contre 15 % en métropole).

- Synthèse: les taux de croissance annuels moyens par catégories de dépenses (données Réunion indisponibles)<sup>8</sup>



Les taux de croissance annuels moyens de 2000 à 2004 illustrent la forte progression de tous les postes de dépenses par rapport à la métropole, singulièrement pour les dentistes, les paramédicaux et les transports.

L'analyse en termes de contribution à la croissance totale des dépenses de soins de ville confirme que les dépenses de paramédicaux et de transports occupent une place singulière. Ce sont cependant les dépenses de médicaments qui, comme en métropole, contribuent le plus à l'évolution des soins de ville.

Enfin, on note que, par rapport au taux de croissance annuel moyen 2000-2004, l'évolution de la dernière année de la période<sup>9</sup> marque une nette décélération sur tous les postes, parallèlement au mouvement enregistré en métropole, avec deux exceptions notables : la Guyane dont les dépenses continuent de croître à un rythme très rapide, et les médicaments qui, contrairement à la situation métropolitaine croissent en 2004 aussi vite qu'au cours de années précédentes.

### 1.1.3 Essai de départage entre augmentation des volumes et des prix:

#### 1.1.3.1 Recensement des mesures tarifaires qui pèsent dans l'évolution des soins de ville<sup>10</sup>: un effet prix important en 2002 et 2003

<sup>8</sup> pour des raisons techniques, l'évolution des dépenses de matériels médicaux et appareillages n'a pu être identifié correctement

<sup>9</sup> voir annexe

<sup>10</sup> voir annexe sur les accords conventionnels 2002 et 2003

Aucune mesure spécifique aux DOM n'a été prise sur la période. Les mesures appliquées ont été homothétiques à celles de métropole; les différences de niveau de rémunération préexistantes subsistent.

Sans exhaustivité, on rappelle <sup>11</sup>:

- la revalorisation des lettres clé C et V en 2002, et CS en 2003 ; la création de la consultation approfondie, de diverses majorations de déplacements pour les visites à domicile, de la rémunération forfaitaire pour astreinte ;
- pour les chirurgiens dentistes, la revalorisation du C en 2002 et du SC en 2003 ;
- la revalorisation des AMI, AIS en 2002, ainsi que des indemnités kilométriques, des indemnités forfait de déplacement, et l'instauration de la majoration de nuit, pour les infirmières ;
- la revalorisation des AMK et AMC en 2002 et de l'indemnité kilométrique des masseurs kinésithérapeutes en 2003 ;
- la revalorisation de l'AMO en 2003.

Au niveau national, la CNAMTS note que si les mesures tarifaires et de nomenclature n'ont qu'un impact limité<sup>12</sup> sur l'évolution de l'ensemble de soins de ville, leurs conséquences sont beaucoup plus significatives sur quelques postes : honoraires de médecins généralistes et de certains paramédicaux (infirmiers, masseurs, orthophonistes). Celles-ci ont été quantifiées par la commission des comptes de la sécurité sociale :

effet prix (%)	2002	2003	2004
hon. généralistes	8,7	6,8	0
dentistes	0,1	1,5	0,2
hon. paramédicaux	4,4	2,8	1
laboratoires	1	1,8	0
transports	1,2	0,6	0,7
médicaments	-1,2	-0,5	-1

Source : CCSS

#### 1.1.3.2 L'évolution des volumes d'activité et de ventes de médicaments:

##### ➤ L'activité des professionnels libéraux:

Il n'est pas possible de connaître l'évolution des volumes d'activité par lettre clé à la Réunion (cf.infra 121). Pour la Martinique et la Guadeloupe, des données de volume d'activité sont extraites de TANDEM (source CGSS). Ces données paraissent confirmer la prépondérance de l'effet prix sur certains postes à partir de 2002 :

<sup>11</sup> C et V : rémunération des médecins ; AMI, AIS : rémunération des infirmiers ; AMK et AMC : rémunération des masseurs kinésithérapeutes ; AMO : rémunération des orthoptistes

<sup>12</sup> Rapport d'exécution de l'ONDAM pour 2002, page 20 : pour une évolution totale de 7,7 %, 1,6 % dû à un effet prix, 6,1 % à un effet volume ; on notera que le rapport ne distingue pas effet prix et effet volume pour le poste « médicaments »



Martinique	coefficients d'actes				
	2002	2003	2004	2003/2002	2004/2003
C	1594612	1652842	1651224	3,65%	-0,10%
V	55498	49662	49084	-10,52%	-1,16%
actes infirmiers	7369624	8382277	9366538	13,74%	11,74%
actes MK	4223510	4628444	4932029	9,59%	6,56%
autres aux	924693	946352	992033	2,34%	4,83%
actes biologie	74661846	80801354	86580561	8,22%	7,15%

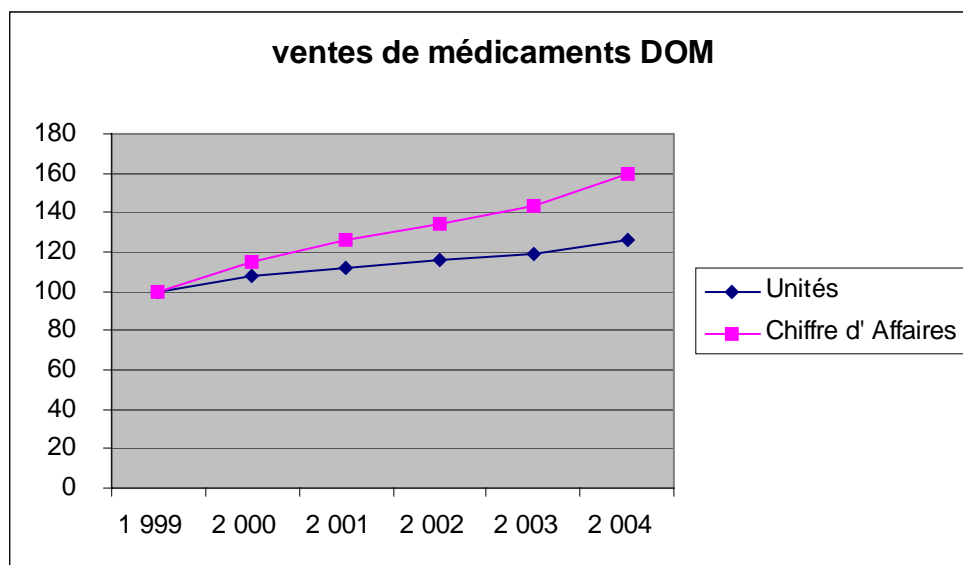
Ainsi, le volume d'activité des médecins martiniquais paraît stable, voire décroissant pour les visites ; l'effet prix est dominant . En revanche, l'activité croît de manière importante pour les infirmiers et les masseurs qui cumulent donc effet prix et effet volume.

S'agissant de l'activité des médecins guadeloupéens, un constat similaire de ralentissement de l'activité peut être fait. Les auxiliaires médicaux connaissent une forte croissance de leur activité, à l'exception des masseurs, dont l'activité décroît d'une manière nette en 2003 et 2004.

Guadeloupe	coefficients d'actes				
	2002	2003	2004	2003/2002	2004/2003
C	1578000	1679500	1718500	6,43%	2,32%
V	36755	35545	34247	-3,29%	-3,65%
actes infirmiers	5287000	6212000	7026000	17,50%	13,10%
actes MK	2601000	2237000	2208000	-13,99%	-1,30%
autres aux	909000	1108000	1154000	21,89%	4,15%
actes biologie	68286000	76758000	81333000	12,41%	5,96%

#### ➤ Prescription de médicaments

La croissance des unités vendues atteint 26 % en 5 ans, tandis que les ventes (valeur) tous DOM progressent de 60 % ( source GERS). L'effet prix est a priori identique à celui constaté en métropole (aucune modification propre de la réglementation relative à la fixation du prix des médicaments dans les DOM n'est notée depuis 1999) et donc quasiment nul (cf.supra 1131). La progression des unités vendues est très importante par rapport à la métropole, où l'évolution des volumes est très lente.



(source : gers)

### 1.1.3.3 Identification d'un effet structure<sup>13</sup> dans les ventes de médicaments

- On peut estimer l'effet de structure, de manière grossière, en soustrayant l'effet prix et l'effet volume de l'indice de progression des ventes des médicaments dans les DOM. Sur 5 ans, on posera l'hypothèse crédible d'une stabilité des prix des médicaments.

On aboutirait donc, de manière approximative à une décomposition de la progression des ventes dans les DOM (+60% en 5 ans) en un effet volume de 26%, un effet prix nul et un effet structure résiduel de 34%<sup>14</sup>.

- L'analyse des dépenses de médicament par taux de remboursement permet en particulier d'identifier une des causes de la forte progression en 2004, liée à la délivrance de médicaments par les pharmacies hospitalières, parmi les plus chers :

Martinique	2002	2003	2004	évol 03/02	évol 04/03
remb 100%	11924236	12326673	14657297	3,4%	18,9%
remb 65%	82693487	83027142	88465501	0,4%	6,6%
remb 35%	11177116	13962647	16471843	24,9%	18,0%
total	105796841	109318465	119596645	3,3%	9,4%

Réunion	2002	2003	2004	évol 03/02	évol 04/03
remb 100%	14586440	16485348	21023418	13,0%	27,5%
remb 65%	135834535	141667626	149668615	4,3%	5,6%
remb 35%	15273479	19890578	24108327	30,2%	21,2%
total	165696456	178045555	194802364	7,5%	9,4%

Source :CGSS

Les médicaments remboursés à 100% qui représentent respectivement entre 10 et 12% des dépenses à la Réunion et à la Martinique, comptent pour un quart dans la progression des dépenses en 2004. Parmi les médicaments remboursés à 100%, on note la place nouvelle occupée par les médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières, qui de 2002 à 2004, expliquent 8M€ de dépenses supplémentaires à la Réunion et 10 M€ à la Martinique. La rétrocession hospitalière constitue donc objectivement un surcroît de dépenses en « soins de ville » et sans doute une opportunité pour les laboratoires de s'exonérer des contraintes liées à la fixation des prix des médicaments « de ville », pour des produits innovants et chers.

Les médicaments remboursables à 65%, qui représentent les trois quart des dépenses ne « contribuent » que pour moitié à leur croissance.

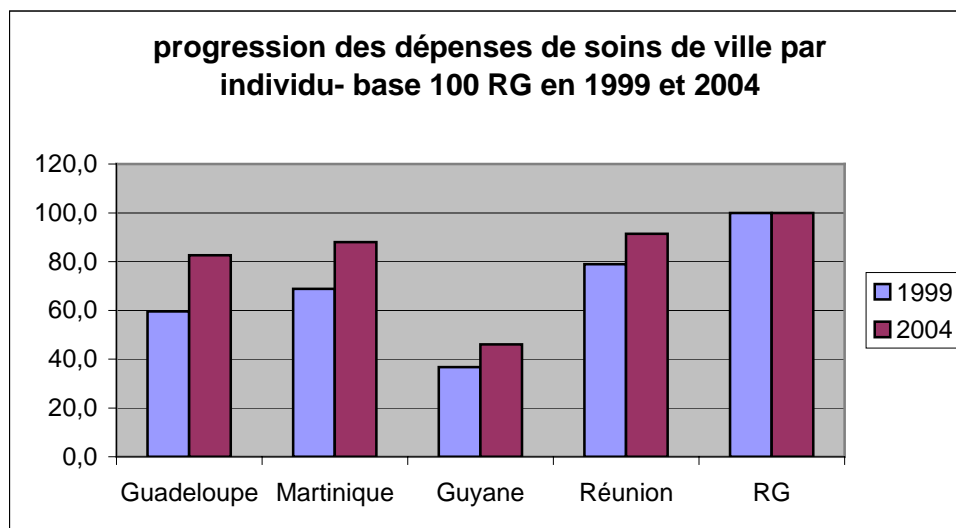
La forte progression des dépenses pour les médicaments remboursés à 35% n'est pas simple d'interprétation . Pourrait elle signifier que les mesures de baisse de taux de remboursement prises en avril 2003 n'ont eu que peu d'impact sur les volumes de ventes des médicaments concernés ?

<sup>13</sup> défini comme la vente de produits nouveaux onéreux se substituant à des produits anciens moins chers

<sup>14</sup> cette approche très grossière n'épuise évidemment pas le sujet ; l'effet structure doit s'analyser au niveau de la substitution d'une catégorie précise de spécialités par une autre ; les statistiques de ventes recueillies par la mission permettront aux chercheurs de mener une telle étude.

### 1.1.4 Niveau de dépenses par habitant<sup>15</sup>:

La comparaison des dépenses par habitant en niveau doit tenir compte des « surcoûts » tarifaires applicables aux DOM<sup>16</sup>. Elle n'est donc pas directement significative en elle même. En l'absence de modifications tarifaires propres aux DOM, l'évolution depuis 1999 traduit cependant nettement le « rattrapage » par rapport à la métropole, de l'ordre de 20% en 5 ans pour la Martinique et la Guadeloupe, de 12 % à la Réunion et 10% en Guyane.



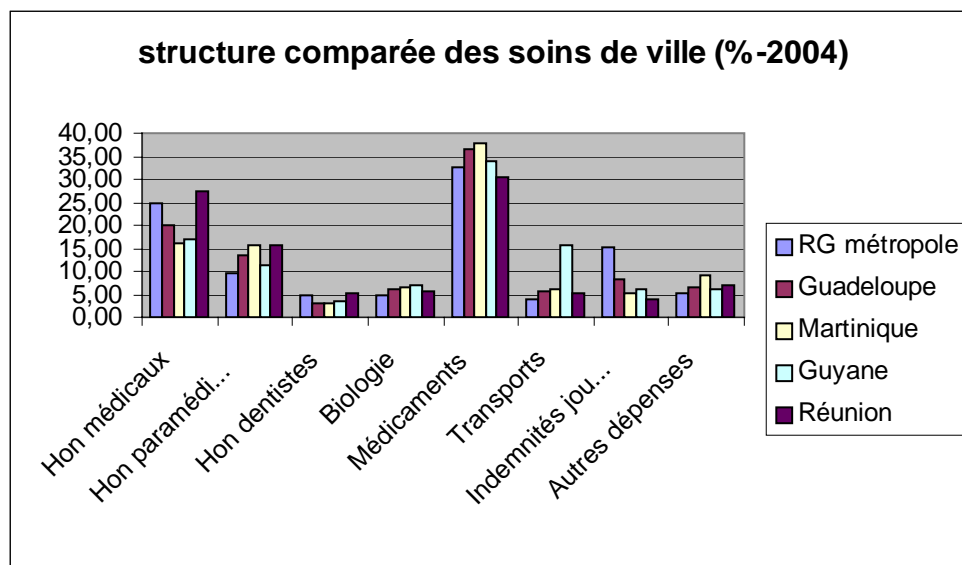
Quand au niveau de dépenses de soins de ville par individu, un retraitement grossier permettant de supprimer l'effet des « surcoûts » tarifaires spécifiques (évalués, sans doute par excès, à 20% du total) permet de constater qu'il se situe à environ un tiers du niveau métropolitain pour la Guyane et à environ deux tiers pour les trois autres départements (70% pour la Réunion).

### 1.1.5 Structure des dépenses de soins de ville dans les DOM

Les honoraires constituent en général une part inférieure à celle constatée dans les soins de ville de métropole (RG), avec l'exception notable des paramédicaux. Les prescriptions sont en général supérieures, surtout pour les transports. Les indemnités journalières sont inférieures en proportion à celles de métropole. Les médicaments constituent une part supérieure des dépenses sauf à la Réunion.

<sup>15</sup> Méthodologiquement, la mission n'a pu s'appuyer que sur des données de population et non sur le nombre d'assurés. Les résultats en valeur sont légèrement sous évalués, les CGSS ne couvrent pas intégralement la population des DOM ; ce biais méthodologique n'a pas semblé dirimant dès lors que l'objectif était d'apprécier l'évolution sur cinq ans et non de comparer ces données en valeur absolue.

<sup>16</sup> les tarifs applicables à chaque lettre clef sont pour la plupart majorés dans les DOM : voir annexe



Sources : CGSS et CNAMTS

## 1.2 Fiabilité et pertinence des données disponibles

**1.2.1 Fiabilité des données : fortement améliorée par la liquidation de droit commun à la CGSS de la Réunion et par le SNIR-AM opérationnel depuis janvier 2005, elle nécessite encore que des dispositifs de contrôle interne performants soient mis en place dans toutes les CGSS**

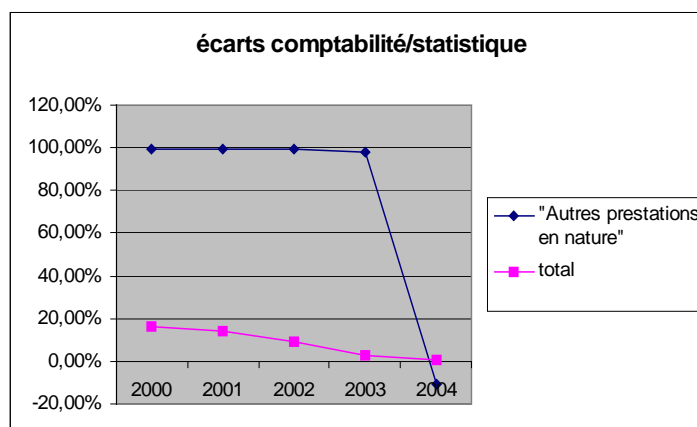
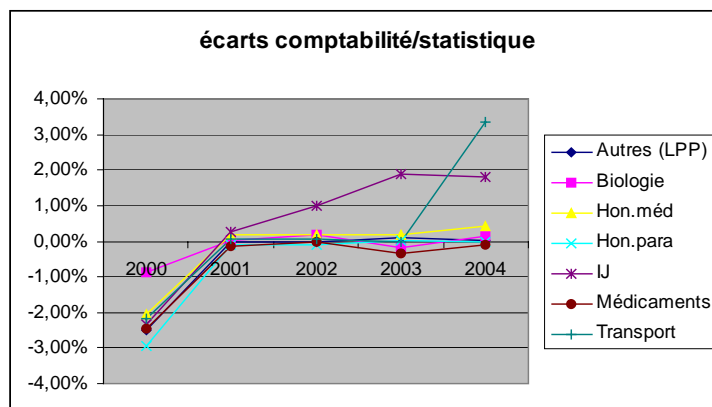
### 1.2.1.1 La liquidation non matriculaire à la CGSS de la Réunion

Les dépenses de la CGSS de la Réunion ne peuvent pas être suivies par postes de soins de ville avant 2004. La liquidation « matriculaire » (liée au « matricule » ou numéro d'assuré social) introduite progressivement depuis la disparition du dispositif dit des « bons roses »<sup>17</sup> n'est appliquée de manière intégrale que depuis fin 2003. Auparavant, la liquidation des dépenses ne permettait pas leur « rattachement » à un assuré ou à une catégorie particulière de dépenses. Le poste « autres prestations en nature » non ventilé (qui reflétait l'absence de rattachement possible à une catégorie de dépenses) ne disparaît qu'en 2004.

<sup>17</sup> Les ressortissants de l'aide médicale départementale bénéficiaient jusqu'à la mise en place de la CMU d'un dispositif de tiers payant généralisé ; la délivrance de « bons roses » par les centres communaux d'action sociale permettait au bénéficiaire de se rendre chez le professionnel de santé, en dispense d'avance de frais, sauf ticket modérateur encore à sa charge (en fonction d'un barème fixé dans le règlement départemental d'aide sociale) ; le professionnel adressait régulièrement à la CGSS des bordereaux récapitulant ses honoraires, avec l'ensemble des « bons roses » correspondant. La liquidation des bordereaux s'opérait donc globalement et par professionnel, sans relation avec le compte de l'assuré et sans imputation sur un poste de dépenses particulier.

### 1.2.1.2 Le recollement entre données statistiques et données comptables

- Les écarts constatés entre données statistiques et données comptables (source cnamts: données comptables ALCOR, données statistiques DES)



- Les écarts constatés entre données comptables et données statistiques pour les dépenses de soins de ville des DOM ont tendance à se réduire sur la période 2000-2004. Ils sont compris entre 1 et 3 % en plus ou en moins .

L'écart le plus important est dû à la situation de la CGSS de la Réunion, le poste « autres prestations en nature » ne faisant pas l'objet d'un traitement statistique (cf.supra).

Les autres écarts s'expliquent par le fonctionnement du système d'information, le programme et la norme d'extraction de données de la base DEC-ENR, ainsi que le contrôle des données étant différents pour les données comptables (produits ARC et COPENIC) et les données statistiques (produits TANDEM).

La mise en œuvre du SNIR-AM au 1<sup>er</sup> janvier 2005 corrige normalement tous les écarts constatés jusqu'alors, grâce à une norme d'échange commune (NEC) quelle que soit l'utilisation ultérieure des données, ainsi qu'un programme de contrôle commun dit « QUALIFLUX ».

A priori, les données nécessaires à un suivi infra annuel de l'exécution des dépenses, poste par poste sont donc désormais disponibles, avec le niveau de fiabilité permis par les processus de liquidation et de contrôle mis en œuvre (cf.infra 1213). **Les écarts très importants entre données statistiques et comptables, qui n'ont pu parfois être découverts qu'au moment de la « clôture » de l'ONDAM, ne devraient plus exister.**

### *1.2.1.3 Les contrôles internes*

La fiabilité<sup>18</sup> des données dépend de la qualité des procédures de liquidation et de contrôle mises en place au sein de chaque caisse. S'appuyant sur les conclusions des contrôles COREC les plus récents, sur les audits internes de la CNAMTS, sur les commentaires des DSDS et sur ses propres constats dans les deux CGSS où elle a pu se rendre, la mission peut formuler les observations suivantes.

Le fonctionnement utile d'un service de contrôle interne répondant aux prescriptions réglementaires (décret n° 93-1004 du 10 août 1993) et à la circulaire interne CNAMTS du 22 novembre 1994, suppose

- la définition d'objectifs de contrôle clairement explicités, dans le cadre d'un protocole conjoint entre le directeur et l'agent comptable,
- un plan de contrôle interne annuel déclinant les objectifs de manière opérationnelle, notamment sous la forme de référentiels de procédures de contrôle du processus de liquidation,
- l'existence d'un service de contrôle identifié, piloté et doté de personnels qualifiés, délégués de l'agent comptable,
- des bilans périodiques des actions de contrôle sous forme de tableaux de bord comportant un relevé des anomalies, une analyse des résultats par objectifs et des actions correctrices subséquentes.

Les contrats pluriannuels de gestion des CPAM comportent l'engagement de mettre en place un dispositif de contrôle interne.

Force est de constater que les CGSS ne sont pas aujourd'hui à même de présenter un bilan satisfaisant de leurs actions de contrôle interne, a fortiori de les placer dans le cadre d'une démarche de maîtrise des risques ou de qualité globale.

La CGSS de la Réunion s'est dotée d'un plan de contrôle interne en 2004, cosigné par le directeur et l'agent comptable. Celui-ci témoigne d'une bonne compréhension des objectifs d'une telle démarche. Il reflète également le caractère très récent de la normalisation de la production et le passage à une liquidation matriculaire intégrale qui ne date que de la fin 2003. Les actions fondamentales -suivi du processus de traitement des feuilles de soins, fiabilisation du fichier assurés, qualité de la saisie- occupent naturellement une place centrale dans le plan de contrôle.

Après une grave crise interne<sup>19</sup>, faisant suite notamment à un avis défavorable du COREC portant sur les comptes 2002, la nouvelle équipe de direction de la CGSS de la Guyane s'est notamment conformée aux recommandations faites quant à la formalisation d'un plan de contrôle propre au « secteur maladie » de la caisse. Le plan de contrôle de l'agent comptable a

<sup>18</sup> La notion de fiabilité recouvre plus précisément l'existence des données traitées, leur exhaustivité, leur conformité à la réglementation et leur exactitude

<sup>19</sup> voir rapport IGAS n°2003 099 relatif au fonctionnement de la CGSS de la Guyane, S.PAUL

ainsi été modernisé en 2004 et le plan de contrôle interne comprend des actions nouvelles, décrites néanmoins d'une manière trop succincte. La supervision institutionnelle du contrôle, les procédures mises en oeuvre et le suivi des résultats ne font pas l'objet d'une description dans les documents transmis à la mission.

Aux termes d'un audit diligenté à la CGSS de la Guadeloupe<sup>20</sup>, la situation du contrôle interne paraît très dégradée : « nomination seulement en octobre 2003 d'un agent responsable de la démarche de contrôle interne, absence de formalisation d'objectifs, large période d'absence de correspondants de contrôle interne au sein des centres de paiement, non respect de la méthodologie et des calendriers des plans de contrôle interne, démarche initiée mais non poursuivie de formalisation de procédures de contrôle, insuffisance de suivi des actions entreprises... ». Quant aux contrôles de l'agent comptable, les tableaux de bord des contrôles effectués ne comportent aucune donnée par nature d'erreur et ne permettent ni de « piloter et adapter le ciblage de contrôle », ni d'établir une cartographie des risques. La DSDS ne porte pas un autre diagnostic lorsqu'elle relève que la « faiblesse du contrôle interne n'assure pas la fiabilité de la production » et que le plan de contrôle n'a pas été mis en œuvre, « aucun renseignement chiffré et aucun compte rendu de réunion de suivi » n'ayant été obtenu.

Au sein de la CGSS de la Martinique, l'audit de la CNAMTS<sup>21</sup> relevait en 2003 les carences du pilotage de la fonction de contrôle interne. Si les données assez détaillées sur les contrôles effectués existaient, elles ne faisaient pas l'objet d'une exploitation et de suites. Isolé, sans plan de contrôle en 2002, cantonné à des contrôles a priori, le service de contrôle était jugé en grande difficulté. La nouvelle direction de la caisse a pris la mesure de ces carences et amorcé le redressement de ce secteur : validé en mai 2004, le plan de contrôle interne insiste notamment sur la mise en place de contrôles a posteriori, décline sous forme de procédures précises des thèmes de contrôle retenus par la direction et met en place un suivi sous forme de tableaux de bord permettant des actions correctrices. Le premier bilan de la démarche engagée présente de manière détaillée les résultats des contrôles effectués.

Malgré les efforts, partout très récents –et cela de manière parfois compréhensible, comme à la CGSS de la Réunion, engagés pour mettre en place un contrôle interne conforme aux exigences nationales de la branche, **le bilan actuel reste négatif et conduit à préconiser qu'une attention particulière soit portée à cette fonction au sein de chaque CGSS.**

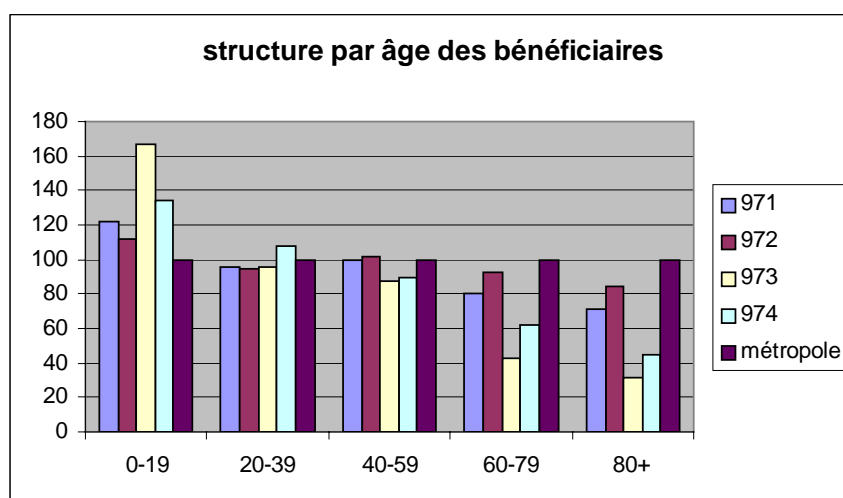
<sup>20</sup> Audit général CNAMTS, septembre 2004, pages 77 et suivantes

<sup>21</sup> Audit général CNAMTS, janvier 2003

## 1.2.2 Pertinence des données : analyse de la structure démographique des bénéficiaires

### 1.2.2.1 Les populations couvertes dans les DOM sont plus jeunes qu'en métropole :

La tranche d'âge des 0-19 ans est ainsi beaucoup plus nombreuse qu'en métropole, tandis que les plus de 60 ans sont moins nombreux. Cette double caractéristique est particulièrement marquée pour la Guyane et la Réunion, moins pour les départements antillais.  
(source : CNAMTS)



Si les dépenses individuelles de soins de ville par tranche âge étaient, comme en métropole, fortement croissantes avec l'âge, une telle structure démographique devrait, toutes choses égales par ailleurs, conduire à des dépenses inférieures.

### 1.2.2.2 Rétraitement des dépenses des DOM avec application de paramètres métropolitains<sup>22</sup> :

Les dépenses individuelles considérées ici sont *brutes des surcoûts tarifaires applicables aux DOM*.

- Quelles seraient les dépenses si l'on appliquait la structure d'âge de la population métropolitaine aux dépenses par individu de chaque DOM ?

dépenses soins de ville	dépenses réelles(a)	dépenses corrigées(b)	b/a
Guadeloupe	334842732,2	416741450,3	1,24
Martinique	316768586	371154275,4	1,17
Guyane	79044549	139595333,5	1,77
Réunion	667886519,4	923375066,6	1,38

<sup>22</sup> Cette partie a été validée méthodologiquement par la DREES



Les dépenses réelles sont nettement inférieures aux dépenses obtenues avec la structure d'âge des bénéficiaires métropolitains ; ceci reflète la jeunesse relative de la population couverte dans les DOM, singulièrement en Guyane. A niveau individuel de dépenses maintenu, l'application d'une structure par âge décalée vers les tranches plus âgées (structure métropolitaine) augmente les dépenses globales, ceci d'autant plus que la structure par âge initiale est plus jeune.

- Quelles seraient les dépenses si l'on appliquait les dépenses individuelles métropolitaines par tranche d'âge à la population des bénéficiaires des DOM?

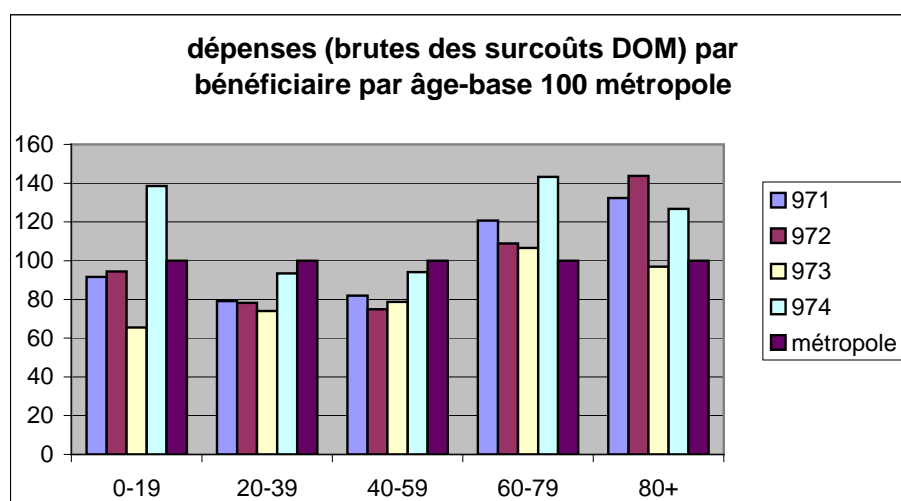
dépenses soins de ville	dépenses réelles(a)	dépenses corrigées(b)	b/a
Guadeloupe	334842732,2	380702800	1,14
Martinique	316768586	357112915,2	1,13
Guyane	79044549	122523539,2	1,55
Réunion	667886519,4	598569702,8	0,90

Les dépenses corrigées avec application des dépenses individuelles métropolitaines sont supérieures aux dépenses réelles pour 3 départements ; mais sauf pour la Guyane, le résultat obtenu n'est que légèrement supérieur au résultat réel. A la Réunion, les dépenses corrigées sont inférieures aux dépenses réelles.

Pour la Réunion, le résultat s'explique par un niveau de dépenses individuelles très élevé dans la tranche d'âge 0-19 ans, très nombreuse, des dépenses inférieures aux dépenses individuelles métropolitaines aux âges intermédiaires et des dépenses supérieures, à partir de 60 ans<sup>23</sup>.

Le résultat est moins net, mais de même nature pour les départements antillais.

Ainsi, les dépenses par individu se rapprochent voire dépassent celles constatées en métropole, pour certaines tranches d'âge.



<sup>23</sup> à la Réunion, 23% des personnes qui ont recours au système de soins ont plus de 60 ans, alors que cette catégorie ne constitue que 10% de la population ; le taux de recours aux soins de 2,3 est supérieur au taux métropolitain ( 2,09)

*Net des surcoûts tarifaires applicables aux DOM*<sup>24</sup>, on peut donc considérer que le niveau de dépenses de soins de ville individuel métropolitain est atteint à la Réunion pour les bénéficiaires de moins de 19 ans et pour ceux âgés de plus de 60 ans. Tel est également le cas pour les départements antillais pour les bénéficiaires de plus de 80 ans ; les dépenses de la tranche 60-80 ans se rapproche du niveau métropolitain, sans l'atteindre.

Ce résultat n'invalide pas, mais permet de nuancer, la conclusion précédente (cf.112) relative à la dépense individuelle de soins de ville globale (nette des surcoûts tarifaires) qui, pour les DOM hors Guyane approche 70% du niveau métropolitain . En effet, les dépenses aux âges intermédiaires restent très inférieures au niveau métropolitain et entraînent la dépense moyenne vers le bas.

Par ailleurs, l'hypothèse d'un « rattrapage » de la dépense par habitant justifiant l'évolution globale de la dépense de soins de ville doit être utilisée avec circonspection, au moins pour la Réunion.

---

<sup>24</sup> évalués grossièrement à 20% des coûts métropolitains, cf.114

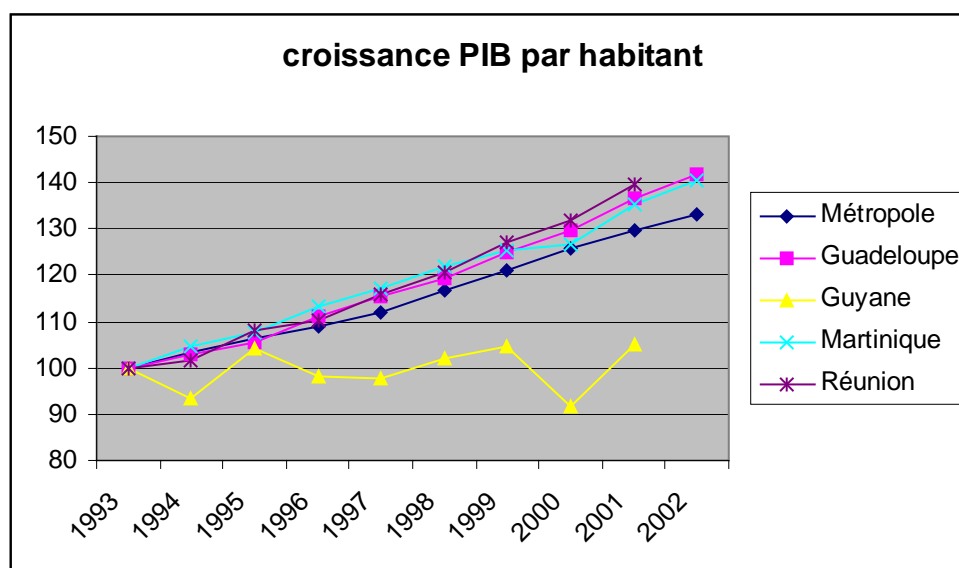
## DEUXIEME PARTIE - DETERMINANTS DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE/SOINS DE VILLE

La mission a d'abord cherché à mettre en évidence les principaux facteurs structurels qui déterminent l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans les DOM. Ceux-ci sont présentés de manière transversale puis repris département par département afin de dégager un diagnostic propre à chacun.

### 2.1 Principaux facteurs structurels qui déterminent l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans les DOM

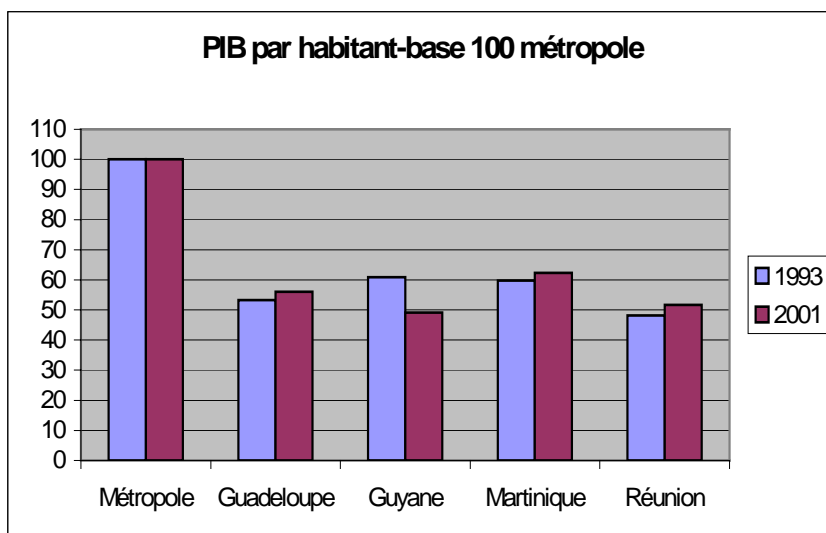
Un certain nombre de déterminants de l'évolution des dépenses d'assurance maladie sont analysés : croissance des produits intérieurs bruts régionaux, évolution démographique des DOM, évolution épidémiologique, situation sociale, évolution de l'offre de soins.

#### 2.1.1 *L'évolution des produits intérieurs bruts régionaux par habitant : sauf en Guyane, elle est plus rapide qu'en métropole<sup>25</sup>*



Source : INSEE

<sup>25</sup> données disponibles jusqu'en 2001 pour Réunion et Guyane, 2002 pour Martinique et Guadeloupe

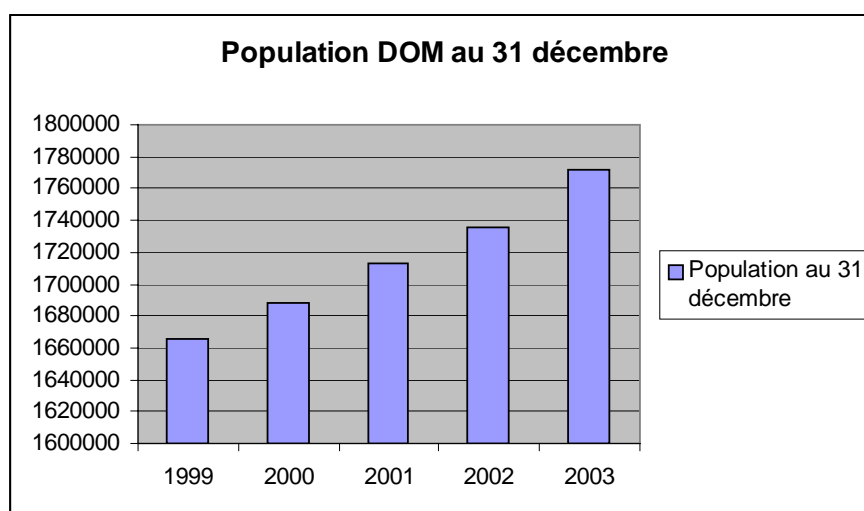


Cette croissance du PIB assure un rattrapage progressif par rapport à la métropole (sauf l'exception notable de la Guyane), même si les PIB par habitant n'atteignent que 50 à 60 % du montant métropolitain. Si l'on s'accorde communément pour établir une corrélation entre progression du revenu et dépenses de santé, il est raisonnable de supposer qu'une progression un peu supérieure dans les DOM y constitue un facteur de croissance supplémentaire des dépenses de santé.

### 2.1.2 L'évolution récente de la population

La croissance de la population et l'amorce de son vieillissement sont les deux tendances les plus conséquentes pour la progression des dépenses d'assurance maladie.

#### 2.1.2.1 Croissance de la population domienne: +6,5% de 1999 à 2003

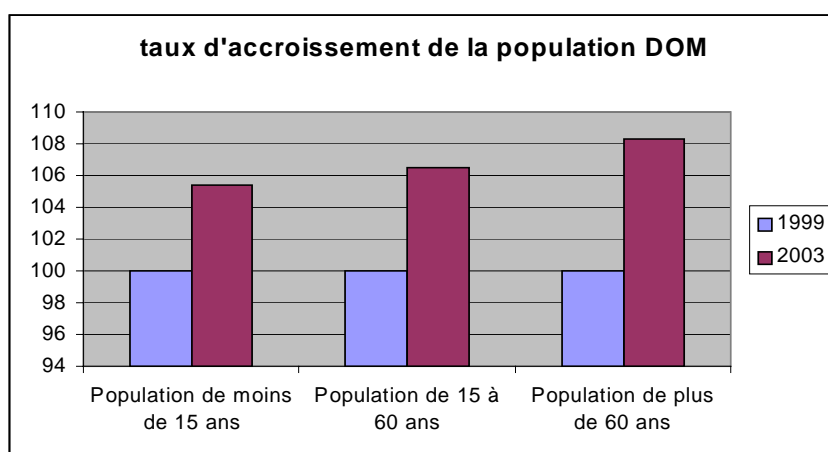


La vive croissance de la population des DOM a évidemment un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie. Le dynamisme démographique est néanmoins différent selon les DOM :

l'accroissement annuel de la population, de l'ordre de 0,5% en métropole, approche 0,7% à la Martinique, 1% à la Guadeloupe, 2% à la Réunion et 4% en Guyane.

### 2.1.2.2 Amorce du vieillissement:

Le taux d'accroissement moyen de plus de 6 % en 4 ans est néanmoins distinct selon les tranches d'âge. Certes la population des DOM reste sensiblement plus jeune que celle de métropole (cf.1221) surtout en Guyane et à la Réunion. Mais la population de plus de 60 ans est celle qui croît le plus vite, reflétant l'amorce certaine d'un vieillissement, dont les conséquences sont déjà sensibles sur certains postes de dépenses.

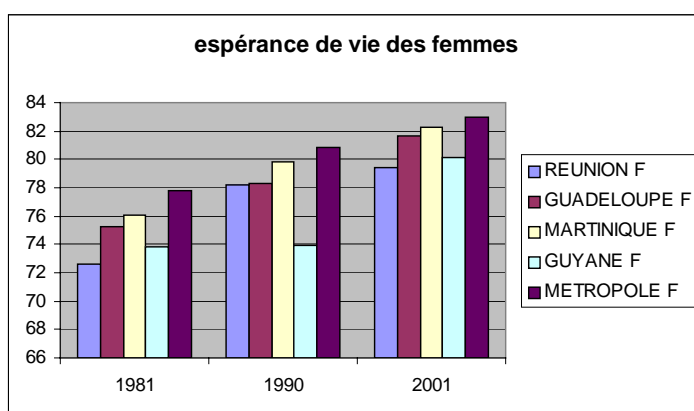
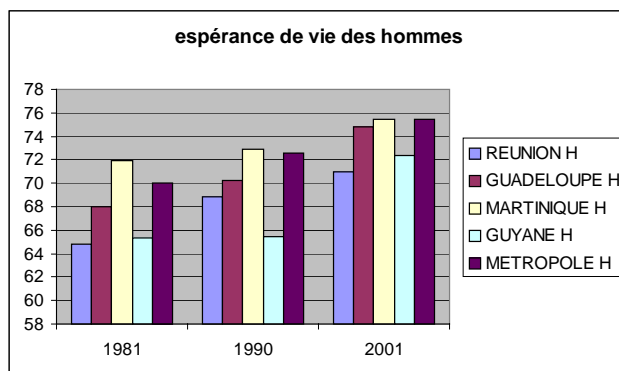


### 2.1.3 L'évolution épidémiologique:

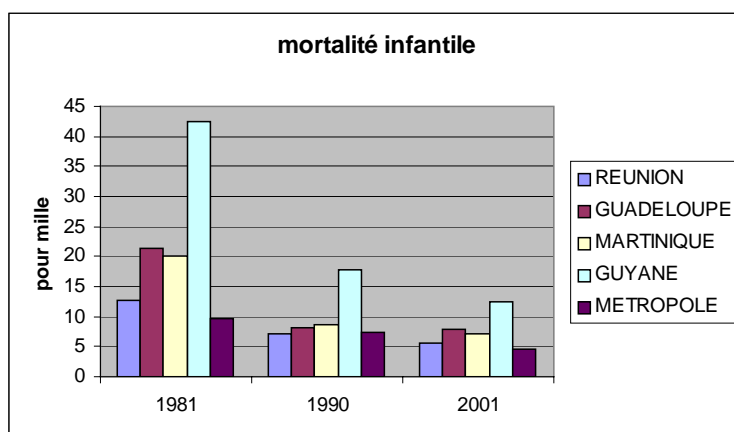
Cette évolution a été remarquable au cours des 20 dernières années et s'est traduite par un véritable rattrapage de la métropole pour l'ensemble des indicateurs en matière de santé.

#### 2.1.3.1 L'amélioration continue des indicateurs globaux en matière de santé:

- Même si l'espérance de vie des femmes et des hommes accuse encore un certain retard en Guyane et surtout à la Réunion, la progression a été spectaculaire au cours des dernières décennies.



- La mortalité infantile a fortement décru et ne se situe encore significativement au dessus du niveau métropolitain qu'en Guyane.

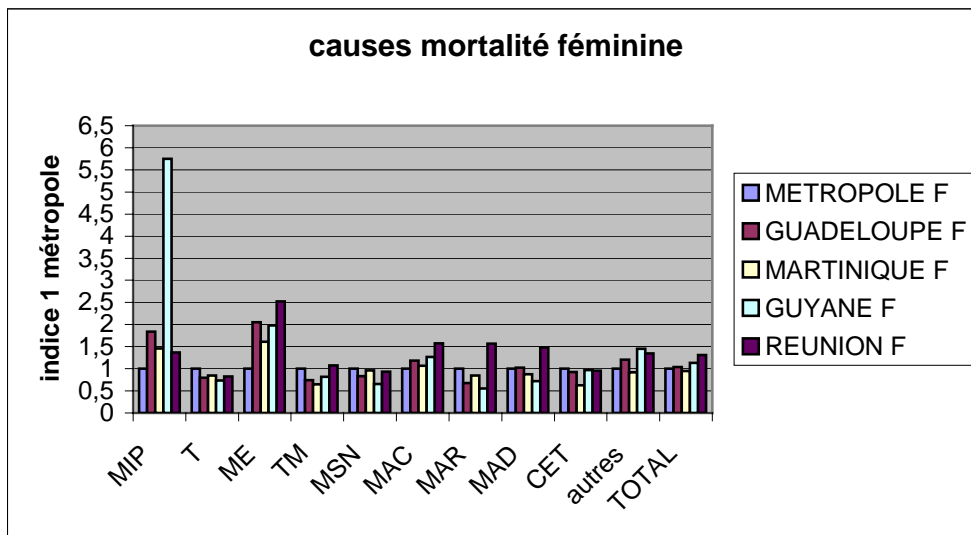


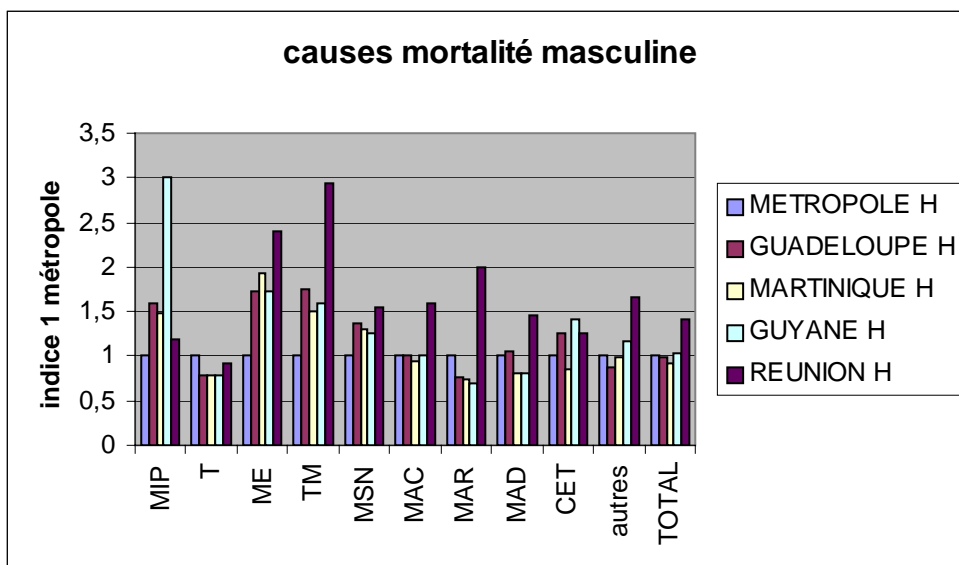
### 2.1.3.2 La fin de la “transition épidémiologique”?

Les progrès sanitaires enregistrés dans les DOM au cours des dernières décennies conduisent à une évolution notable de la mortalité et de la morbidité.

- L'analyse comparée des principales causes de mortalité montre quelques caractéristiques singulières des DOM : quel que soit le sexe, la prévalence des maladies infectieuses et parasitaires y est beaucoup plus élevée qu'en métropole (surtout en Guyane), de même que les maladies endocriniennes (diabète). Les tumeurs y causent par contre moins de décès. On note une surmortalité masculine suite à des troubles mentaux, des maladies du système nerveux et des causes extérieures de traumatisme.

La situation réunionnaise se situe au dessus de la moyenne métropolitaine pour pratiquement toutes les causes de décès ; c'est notamment le cas pour les maladies de l'appareil respiratoire et celles de l'appareil digestif, alors que les autres départements sont en deçà du niveau métropolitain.

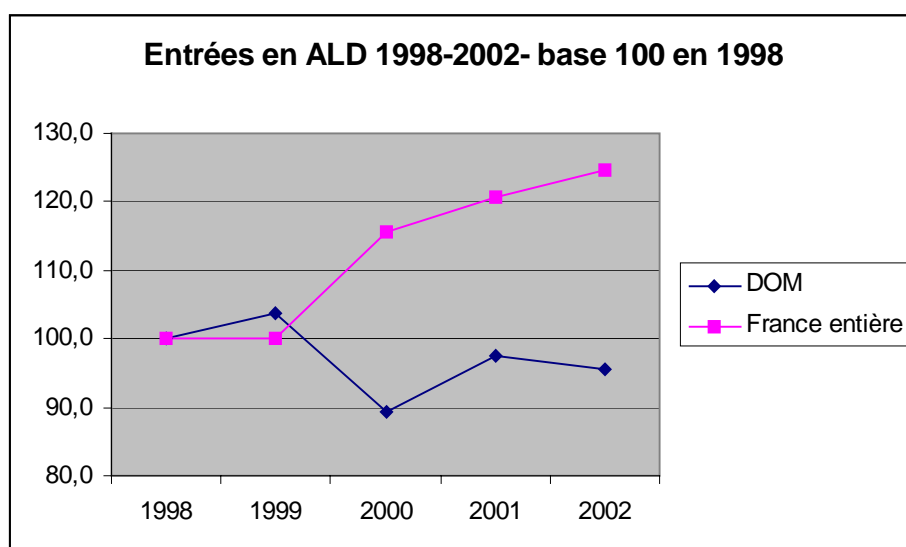




**Légende :** MIP : maladies infectieuses et parasitaires, T : tumeurs, ME : maladies endocriniennes, TM : troubles mentaux, MSN : maladies du système nerveux, Mac : maladie de l'appareil circulatoire, MAR : maladies de l'appareil respiratoire, MAD : maladies de l'appareil digestif, CET : causes extérieures de traumatisme

Source : INSERM

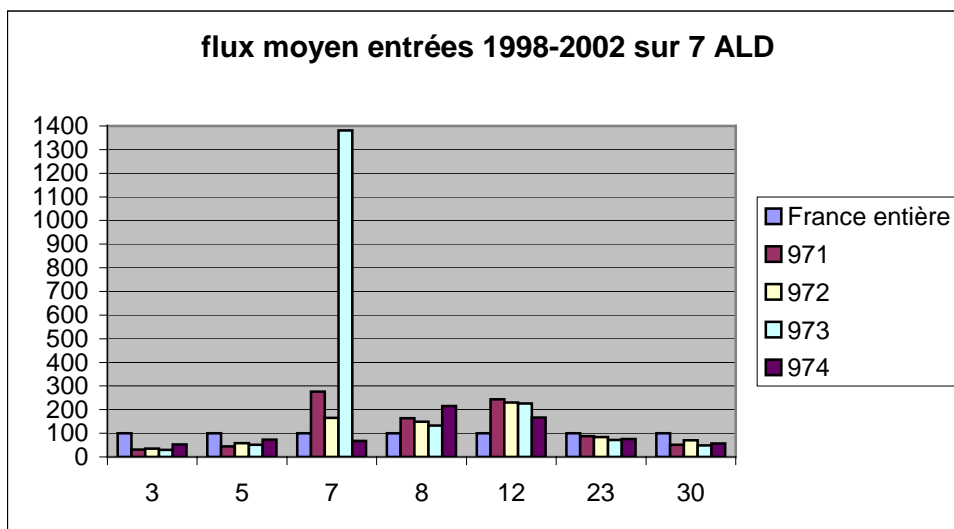
- Les entrées en affections de longue durée (ALD) dans les DOM ont été analysées. On note tout d'abord que le flux global d'entrées en ALD ne progresse pas dans les DOM. Contrairement à la situation métropolitaine, ce n'est pas l'évolution quantitative des entrées qui peut expliquer l'évolution des dépenses .



Par ailleurs, la mission a étudié les flux moyens d'entrées (rapportés au total des entrées) pour les sept pathologies les plus importantes, pour les 4 dernières années connues.



La comparaison avec la situation France entière fait apparaître une nette surreprésentation du diabète et des hypertension sévères et une sous représentation des tumeurs, des arthériopathies et cardiopathies. Les infections par le VIH sont sous représentées à la Réunion, mais la situation guyanaise est totalement atypique en sens inverse.



**Légende :** 3 : artériopathie chronique et évolutive, 5 : cardiopathie et insuffisance cardiaque grave, 7 : immunodéficience et infection par le VIH, 8 : diabète Type 1 et 2, 12 : hypertension artérielle sévère, 23 : psychose et troubles de la personnalité, 30 : tumeurs : Source : CNAMTS Base 100 France entière

Une corrélation entre la prévalence de certaines pathologies et l'évolution de certaines catégories de dépenses- ou classes de médicaments peut évidemment être établie. Le suivi à domicile de malades du diabète occasionne par exemple des dépenses de professionnels paramédicaux ou de transport bien identifiées à la Réunion. L'évolution des ventes de médicaments immunomodulateurs, ou liés au traitement de l'hypertension, est également évidente.

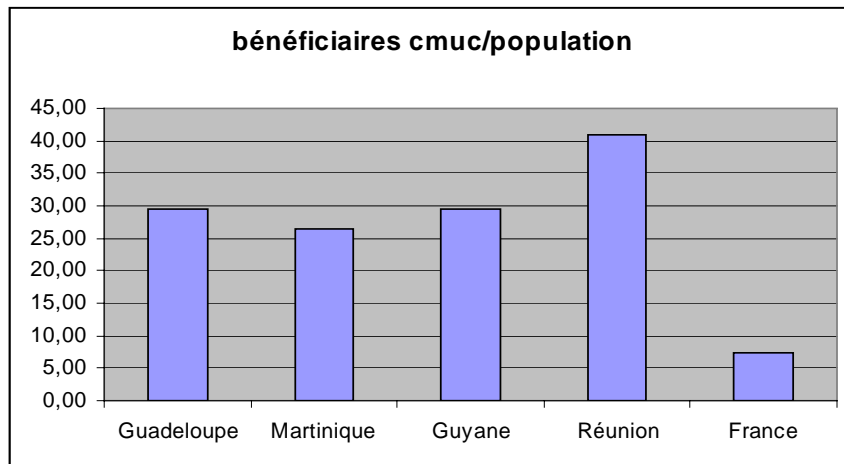
## 2.1.4 L'évolution de la situation sociale: une explication du dynamisme spécifique de certains postes

### 2.1.4.1 Les données disponibles

➤ les données quantitatives disponibles:

Les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU)<sup>26</sup> complémentaire sont en nombre très important dans les DOM ; les densités de bénéficiaires par rapport à la population sont sans commune mesure avec celles de la métropole (source : CNAMTS).

<sup>26</sup> entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000, la CMU comporte deux volets, la CMU de base qui permet d'affilier au régime général sur critère de résidence, toute personne en situation stable et régulière sur le territoire qui ne bénéficie pas de droits à couverture maladie ouverts ; et la CMU complémentaire qui permet de fournir une couverture maladie complémentaire sous un même critère de résidence, mais avec une condition de ressource fixée par décret qui varie en fonction de la composition du foyer.



Les conditions réglementaires d'accès à la CMUc ont au demeurant été assouplies dans les DOM pour tenir compte de leur situation sociale particulière, le plafond de ressources étant relevé de 10,8% en 2003.<sup>27</sup>

➤ une situation sociale et sanitaire difficile:

Plusieurs études nationales ou locales démontrent clairement que les bénéficiaires de la CMU sont dans un état de santé, notamment bucco-dentaire dégradé par rapport à la moyenne<sup>28</sup>. Leur situation sociale est également défavorable : catégorie sociale défavorisée, chômage et inactivité, prévalence élevée de la monoparentalité.

A titre illustratif, une note de la DRASS de la Réunion consacrée à la santé des bénéficiaires de la CMU<sup>29</sup> relève leur statut professionnel précaire, et compare les motifs de recours aux soins avec la métropole : la douleur constitue bien, comme en métropole le premier d'entre eux, par contre les maladies cardiovasculaires et les troubles métaboliques ou nutritionnels sont beaucoup plus fréquents et les pathologies ORL et stomatologiques, ainsi que les troubles psychiques sont plus rares. Les problèmes liés à l'alcool et les dépendances en général sont également moins prégnants à la Réunion.

#### 2.1.4.2 les conséquences sur les dépenses de soins de ville

➤ les dépenses individuelles

Au niveau national, il a été démontré que les bénéficiaires de la CMU consommaient davantage de soins que les personnes non couvertes<sup>30</sup>, de l'ordre de 13 % en moyenne et 30 %

<sup>27</sup> décret 2003-805 du 26 août 2003

<sup>28</sup> Etudes et résultats n°294 mars 2004 Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU, DREES, B. Boisguérin ; Globalement, les indices synthétiques d'état de santé des bénéficiaires de la CMU sont tous inférieurs à ceux des non bénéficiaires : voir Etudes et résultats n°229

<sup>29</sup> voir annexe

<sup>30</sup> Etudes et résultats n°229, mars 2003, l'impact de la cmu sur la consommation individuelle de soins, D. Raynaud

à âge et sexe égal (27 % pour les seuls soins de ville), ceci s'expliquant par un état de santé moins bon. Deux autres conclusions méritent d'être relevées :

- les écarts de dépenses les plus importants portent sur les honoraires de médecins généralistes et les dépenses de pharmacie, et non, comme on aurait pu le penser, sur les dépenses de soins dentaires ou d'optique ;
- les dépenses ambulatoires annuelles des bénéficiaires qui ressortaient auparavant de l'aide médicale départementale sont largement supérieures à celles des personnes non couvertes (40 %).

Une étude parallèle de la CNAMTS<sup>31</sup> corrobore ces résultats et conclut pour sa part que, à âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ont une dépense moyenne en soins de ville supérieure de 25 % à celle des autres personnes assurées ; les médicaments et les soins infirmiers sont les deux postes où l'écart de consommation est le plus important.

Par ailleurs, 85 % des dépenses imputables aux bénéficiaires de la CMUc sont imputables à 20 % de « forts consommateurs ». A âge et sexe équivalents, la dépense moyenne de ces personnes est deux fois supérieure à celle des « forts consommateurs » non bénéficiaires de la CMUc, en lien notamment avec une forte proportion de personnes atteintes d'une affection grave.

- L'impact global sur les dépenses d'assurance maladie de la forte proportion de bénéficiaires de la CMUc dans les DOM n'a jamais été analysé en tant que tel.

L'augmentation particulière de certains postes de dépenses en 2001 et 2002 peut être interprétée comme un « effet de rattrapage » lors de la mise en place de la CMU, compte tenu d'un phénomène bien connu de « soins différés », rendus possibles par la solvabilisation. En rythme de croisière, le niveau de dépenses, eu égard au résultat des études évoquées supra pourrait être plus élevé pour les bénéficiaires de la CMUc. La situation de la Réunion où l'aide médicale départementale était particulièrement généreuse avant la mise en place de la CMU mérite d'être notée, « l'habitude » d'une consommation en tiers payant pouvant conduire à des dépenses plus élevées. Ceci paraît corroboré par la dépense annuelle moyenne en soins de ville (base et complémentaire) de l'assuré bénéficiaire de la CMUc à la Réunion, sensiblement plus élevée que la même dépense d'un non bénéficiaire (1507€ contre 1056 €). A l'inverse, les données fournies par la CGSS de la Martinique sont étonnantes et montrent une dépense de soins de ville quatre fois moins élevée pour les bénéficiaires de la CMUc.

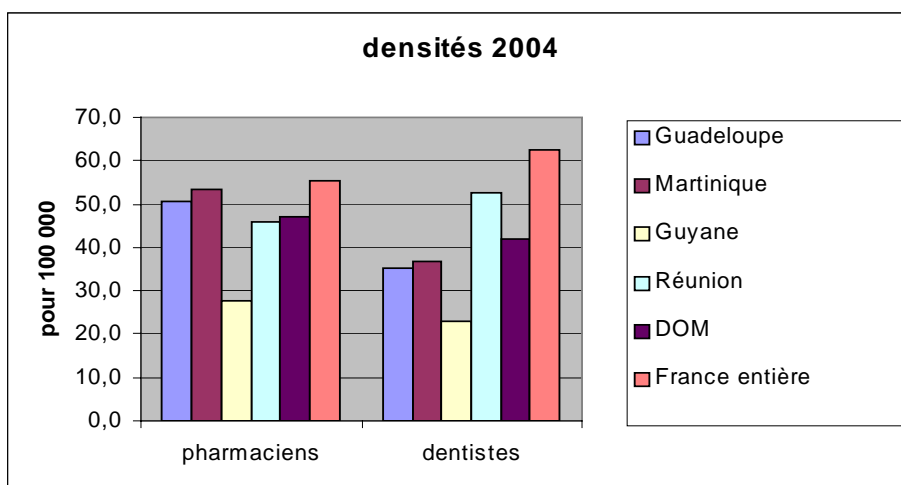
Le manque de données ou d'études propres à la situation des DOM en la matière interdit, à ce stade, toute conclusion autre qu'intuitive, la proportion de bénéficiaires de la CMU étant cependant en soi un indicateur significatif.

### **2.1.5 L'évolution de l'offre ambulatoire:**

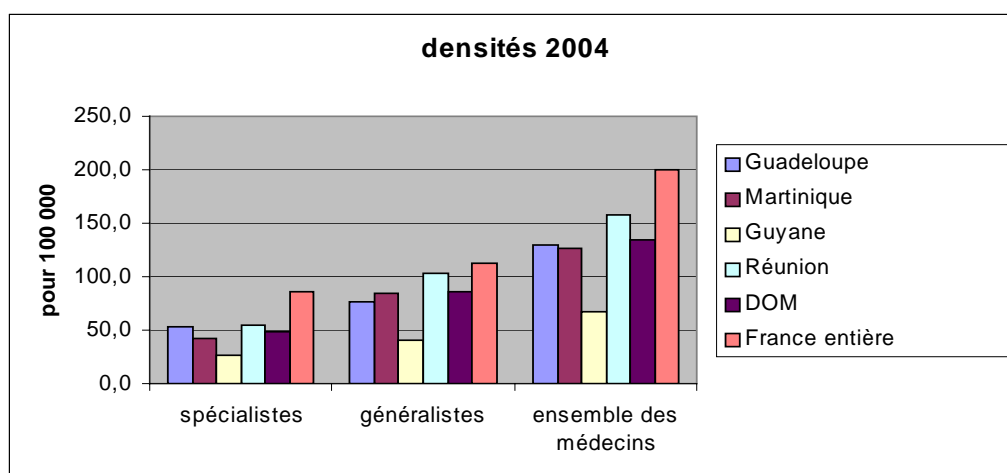
#### *2.1.5.1 Une sous densité globale des professionnels libéraux, sauf pour les paramédicaux et les pharmaciens : (source : enquête ADELI/DREES)*

<sup>31</sup> point de conjoncture n°29/30, octobre 2004

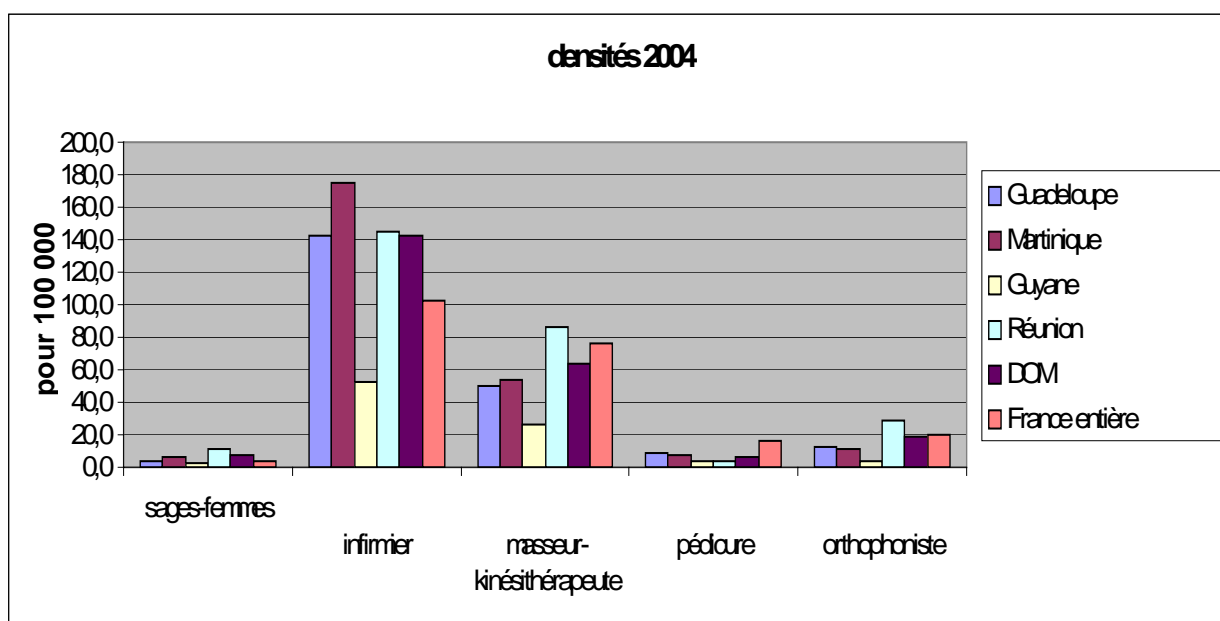
- Les pharmaciens sont bien implantés dans les DOM, à l'exception de la Guyane; les dentistes sont en densité nettement moindre qu'en métropole



- S'agissant des médecins, les sous densités sont plus sensibles pour les spécialistes.



- Les infirmiers sont en densité supérieure à la métropole dans tous les DOM, sauf en Guyane. La Réunion connaît cette situation pour toutes les professions paramédicales, sauf pour les pédicures.



On peut établir une corrélation entre la densité de professionnels (et sa progression- voir infra pour chaque DOM) et la croissance des dépenses d'assurance maladie correspondantes : c'est par exemple le cas des professions paramédicales, les dépenses afférentes à leurs honoraires connaissant une croissance très rapide.

#### 2.1.5.2 Une répartition inégale qui peut entraver l'accès aux soins

Les analyses de répartition spatiale de l'offre de soins de ville montrent de fortes inégalités. On renvoie ici à des études locales<sup>32</sup> pertinentes, des cartes présentant la répartition de l'offre étant annexées au rapport. Les caractéristiques géographiques des territoires et l'installation des professionnels de santé peuvent avoir des conséquences importantes sur l'accès aux soins, mais aussi sur la nature des dépenses engagées. De manière caricaturale, on relèvera par exemple la situation de la Guyane « intérieure », où les centres de santé qui relèvent d'un financement hospitalier constituent quasiment la seule offre de soins, en l'absence de professionnels libéraux.

#### 2.1.6 Le taux d'équipement en structures médico-sociales

Le taux d'équipement en structures d'accueil médico-sociales est beaucoup plus faible qu'en métropole. S'agissant par exemple de l'accueil des personnes âgées de 75 ans et plus, les taux d'équipement sont les suivants au 1er janvier 2003 :

Pour 1000 hab de 75 ans et plus	Antilles Guyane	Réunion	métropole
Structures d'hébergement	34,4	50,6	130,4
Places de services de soins à domicile	14,5	12,6	15,8
Lits médicalisés	25,1	41,3	74,8

Source : statiss

<sup>32</sup> par exemple « L'atlas de la santé à la Réunion » ; voir cartographie en annexe

L'activité paramédicale et de transport sanitaire dans les DOM trouve sans doute dans le sous équipement en structures d'accueil des personnes âgées un élément d'explication significatif. A la Martinique, on note par exemple que 80 % des actes infirmiers sont réalisés pour des personnes âgées de plus de 65 ans.

## 2.2 La Réunion

On réexamine ici, dans le contexte propre à la Réunion, l'impact des principaux facteurs déterminant l'évolution des dépenses d'assurance maladie. On rappelle que sur la période 2000-2004, l'ONDAM Cgss a progressé en moyenne de 7,7 % par an en valeur (6,1 % en métropole pour le régime général) et les soins de ville de 9 % (6,7 % pour le régime général métropole). L'écart avec la métropole est le plus faible de tous les DOM.

### 2.2.1 Facteurs de demande

#### 2.2.1.1 Effet revenu

L'économie réunionnaise a connu une très forte croissance au cours des trente dernières années. Ainsi le revenu disponible brut annuel par habitant a-t-il été multiplié par 11,5 en francs courants de 1970 à 1992, atteignant alors 55 % du revenu annuel métropolitain par habitant. Le rattrapage se poursuit sur la dernière période, malgré la croissance démographique continue de l'île : le revenu disponible brut par habitant atteint 65 % du niveau métropolitain en 2001 et le pouvoir d'achat des ménages a progressé de 50 % en 8 ans. Le niveau du RDB par habitant reste toutefois inférieur à celui de la Martinique et de la Guadeloupe.

#### 2.2.1.2 Situation démographique

La Réunion est tributaire d'une démographie dynamique. Entre les deux recensements de 1990 et 1999, la population est passée de 596 000 à 705 000 habitants. Elle est estimée à 774 000 au 1<sup>er</sup> janvier 2005, soit un taux de progression annuel moyen de 1,5 % sur les 5 dernières années (et près de 2 % par an sur les 15 dernières années) s'expliquant essentiellement par un fort excédent naturel, à comparer à un accroissement de l'ordre de 0,5 % annuel en métropole. Les projections de l'INSEE, se fondant sur une légère baisse du nombre d'enfants par femme (actuellement de l'ordre de 2,5) et la prolongation des tendances concernant l'espérance de vie (inférieure au niveau métropolitain de 3,5 ans pour les femmes et 4,5 ans pour les hommes) et le solde migratoire, font apparaître une population de l'ordre de 830 000 personnes en 2010 et plus d'un million en 2030.

Quand à la pyramide des âges, si sa base reste large, reflet de la forte natalité, son sommet commence à s'élargir, prémisse d'un vieillissement de la population dont l'espérance de vie a fortement augmenté.

Ces deux caractéristiques de la population réunionnaise, accroissement global rapide et vieillissement, sont évidemment fondamentales pour l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

### 2.2.1.3 Epidémiologie spécifique<sup>33</sup>

- Les indicateurs généraux montrent une nette amélioration de la situation sanitaire de la Réunion, même si l'espérance de vie à la naissance est la plus faible de tous les DOM. La surmortalité masculine est une caractéristique marquée avec un écart d'espérance de vie de plus de 8 ans avec les femmes. La mortalité infantile a été divisée par deux en vingt ans (de 14 à 7 pour mille).
- La Réunion connaît une morbidity spécifique. La transition épidémiologique, caractéristique des zones en développement, est presque achevée avec la quasi disparition des maladies infectieuses et parasitaires et la prévalence désormais élevée de maladies "de civilisation" (maladies de l'appareil circulatoire qui comptent pour un tiers des décès et tumeurs pour 20 %). Le diabète, l'hypertension, les maladies respiratoires, les pathologies liées à une addiction à l'alcool conduisent à une surmortalité caractéristique. La prévalence du diabète constitue désormais un problème de santé publique majeur à la Réunion, où 18 % de la population des 30-69 ans seraient atteints.

### 2.2.1.4 Situation sociale et CMU

- La Réunion est la région française qui enregistre le plus fort taux de chômage (au sens du BIT) : bien qu'en régression depuis 1999, il atteint encore 33,5 % de la population active en 2004.
- S'agissant des allocataires de minima sociaux<sup>34</sup>, leur nombre est en constante augmentation :

bénéficiaires	1990	2002	2003	2004
RMI	50265	67915	70851	76276
API	7555	7206	7940	9178
ASS	1824	13109	13062	
RSO	--	5398	5447	5812

La Réunion regroupe la moitié des allocataires du RMI de l'ensemble des DOM, soit 10 % de sa population en 2004 (2 % en métropole) et 25 % de la population est ainsi couverte par cette prestation. Un adulte sur cinq âgé de 25 à 59 ans bénéficie du RMI et depuis 2001, le nombre d'allocataires augmente plus vite que la population adulte correspondante. La création du Revenu de solidarité (RSO) en 2001, réservé aux plus de 50 ans ayant perçu le RMI de manière continue depuis 2 ans au moins et qui s'engagent à quitter le marché du travail, n'a pas ralenti la progression du nombre de Rmistes.

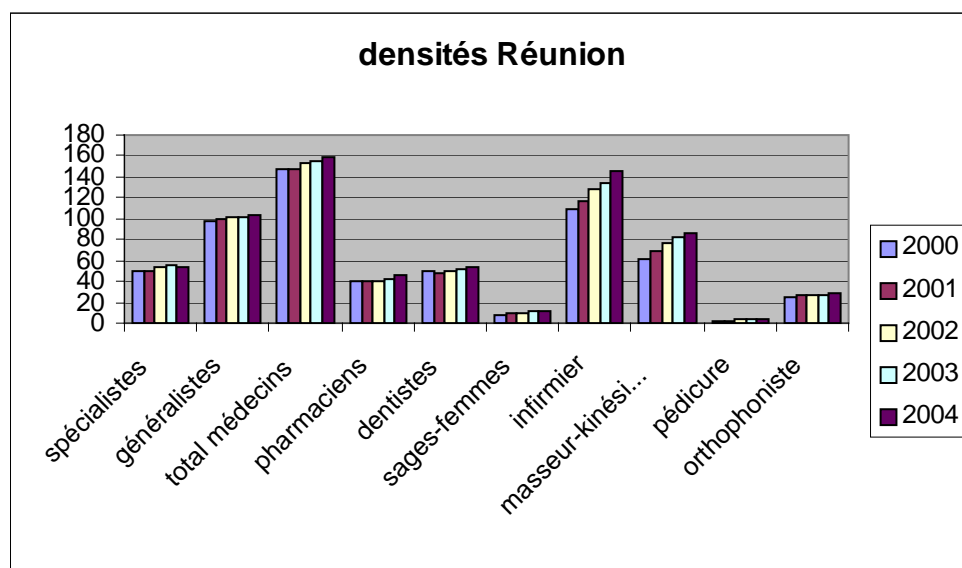
- Les allocataires de la CMU

La Réunion connaît la plus forte densité de bénéficiaires de la CMUc en France .

<sup>33</sup> voir en annexe le document de la DRASS « état de santé de la population de la Réunion », février 2005

<sup>34</sup> RMI revenu minimum d'insertion, API allocation parent isolé, ASS allocation de solidarité spécifique

### 2.2.2 Facteurs d'offre: effectifs et densité des professionnels de santé libéraux



Les densités de professionnels libéraux sont toutes en croissance, parfois significative (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) au cours des 5 dernières années. Les professions paramédicales sont d'ailleurs toutes sur représentées par rapport à la métropole. On compte environ 158 médecins pour 100000 habitants (199 en métropole) avec une sous représentation des spécialistes.

### 2.2.3 Synthèse

En conclusion, on peut relever une série d'explications convergentes de l'évolution des dépenses de soins de ville à la Réunion:

- une croissance forte du revenu par habitant ;
- une démographie dynamique et un vieillissement déjà amorcé de la population, avec un taux de recours aux soins élevé pour les personnes de plus de 60 ans ;
- une mortalité et une morbidité spécifiques, avec un retard dans l'espérance de vie à la naissance, marqué surtout pour les hommes et des pathologies typées ;
- une situation sociale très dégradée, avec un nombre très élevé de bénéficiaires de minima sociaux, singulièrement de la CMUc ;
- une densité croissante de professionnels libéraux et une sur représentation de paramédicaux.

## 2.3 La Martinique

On rappelle que sur la période 2000-2004, l'ONDAM Cgss a progressé en moyenne de 8,5 % par an en valeur (6, 1 en métropole pour le régime général) et les soins de ville de 9,2 % (6,7 % pour le régime général métropole). L'écart avec la métropole est à peine plus élevé que celui relevé à la Réunion.



### 2.3.1 Facteurs de demande

#### 2.3.1.1 Effet revenu

Le PIB par habitant a fortement augmenté au cours des années 90, ce qui place la Martinique au premier rang des DOM, mais au 23<sup>e</sup> rang des régions françaises ; il se situe à 60 % environ de la moyenne France entière.

#### 2.3.1.2 Situation démographique

La Martinique connaît une croissance ralentie de sa population, de l'ordre de 0,7 % par an, un peu supérieure à la croissance métropolitaine, mais inférieure à celle des autres DOM. Par ailleurs, la Martinique a largement amorcé sa transition démographique et le vieillissement de la population y est déjà sensible : la part des plus de 60 ans atteint 17 % de la population contre 14 % en 1990 et la part des moins de 20 ans n'en constitue plus que 36 % (43 % en 1990).

#### 2.3.1.3 Epidémiologie spécifique<sup>35</sup>

L'écart avec la métropole s'est progressivement comblé pour tous les indicateurs sanitaires au cours des 40 dernières années ; l'espérance de vie des hommes dépasse même désormais le niveau métropolitain.

Les maladies « de civilisation » sont largement dominantes : les trois principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires, les tumeurs et les traumatismes et empoisonnements. L'addiction à l'alcool joue un rôle important dans les décès masculins prématurés.

La prévalence du diabète est importante, de même que l'hypertension artérielle. La prévalence du VIH place la Martinique au troisième rang des DOM, mais en deçà de l'Ile de France ou de Provence Alpes Côte d'Azur.

#### 2.3.1.4 Situation sociale et CMU

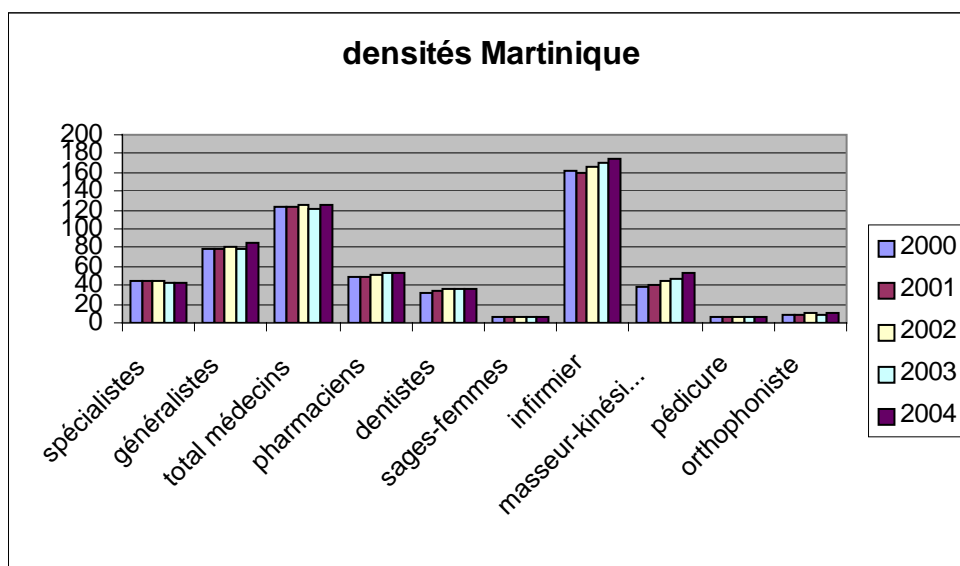
Au sens du BIT, ce sont plus de 22 % de la population active qui se trouvent au chômage en 2003.

bénéficiaires	1999	2002	2003	2004
RMI	28178	31438	31436	32437
API	3277	3641	3869	3887
RSO		958	963	996

Plus de 10 % de la population est bénéficiaire du RMI (15 % des 20-59 ans) ; 26 % bénéficient de la CMU complémentaire .

<sup>35</sup> voir en annexe le document de l'ORS Martinique, mai 2004

### 2.3.2 Facteurs d'offre: effectifs et densité des professionnels de santé libéraux



Les densités de professionnels libéraux ne progressent guère, sauf pour les paramédicaux. Les infirmiers connaissent par exemple une densité supérieure à celle de la métropole.

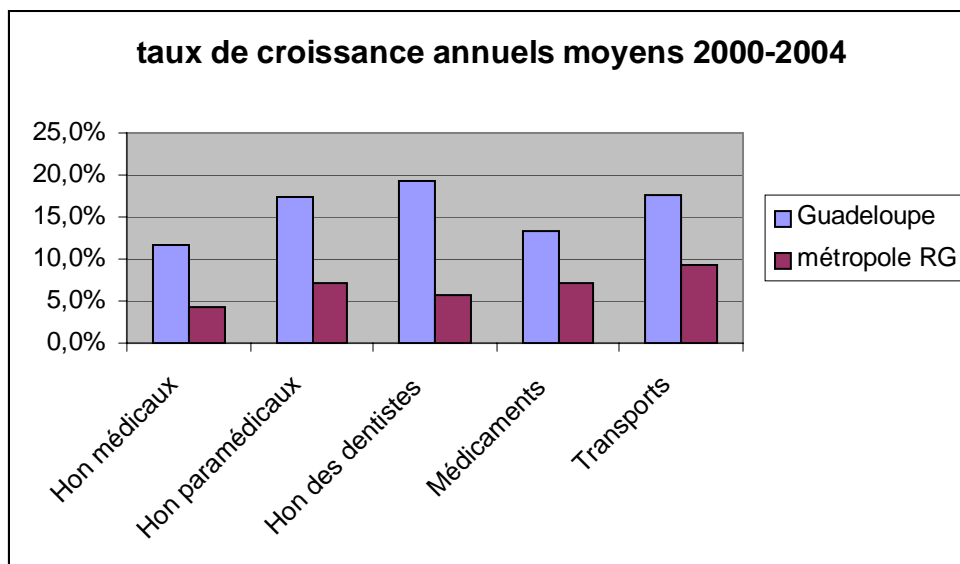
### 2.3.3 Synthèse

Au total, les facteurs d'évolution des dépenses qui apparaissent le plus nettement tiennent :

- à la croissance du revenu par habitant, qui est le plus élevé des DOM ;
- au vieillissement d'une population, qui continue néanmoins de croître plus rapidement qu'en métropole ;
- à une épidémiologie particulière ;
- à une situation sociale dégradée, marquée par le nombre de bénéficiaires de minima sociaux ;
- à une sur représentation de certaines catégories de professionnels libéraux.

## 2.4 La Guadeloupe

Sur la période 2000-2004, l'ONDAM CGSS a progressé en moyenne de 10,6 % par an en valeur (6,1 en métropole pour le régime général) et les soins de ville de 13,5 % (6,7 % pour le régime général métropole). L'écart avec la métropole est le plus élevé parmi les DOM (avec celui de la Guyane), la progression étant deux fois plus rapide.



### 2.4.1 Facteurs de demande

#### 2.4.1.1 Effet revenu

Le revenu par habitant guadeloupéen croît exactement comme celui du martiniquais. En valeur absolue, il reste néanmoins un peu inférieur, de l'ordre de 55% du niveau métropolitain.

#### 2.4.1.2 Situation démographique

La Guadeloupe connaît une croissance encore rapide de sa population, d'environ 1% par an. Encore très jeune (un tiers de la population a moins de 20 ans), la population amorce néanmoins son vieillissement ; la part des plus de 60 ans est passée de 13 à 14% de la population en 5 ans.

#### 2.4.1.3 Epidémiologie spécifique

La situation apparaît très proche de celle de la Martinique du point de vue des espérances de vie à la naissance, des taux de mortalité et de morbidité : seules les causes extérieures de traumatismes constituent une cause de surmortalité à la Guadeloupe par rapport à la Martinique. S'agissant des entrées en ALD, la prévalence assez nettement supérieure du VIH mérite d'être signalée.

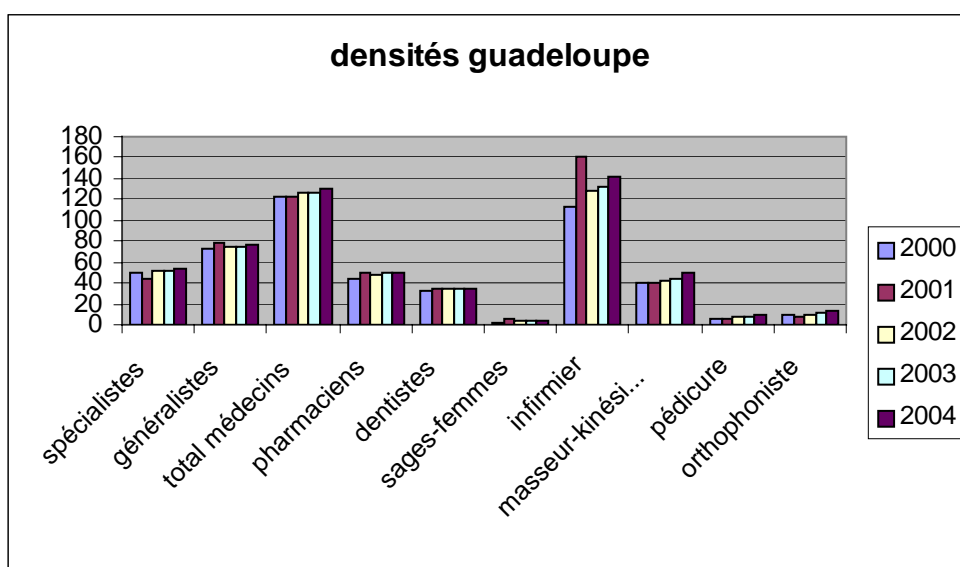
#### 2.4.1.4 Situation sociale et CMU

bénéficiaires	1999	2002	2003	2004
RMI	28586	29764	32227	33604
API	3416	3897	4484	4803
ALS	7599	10297	11396	
RSO		1585	1745	1891

La situation de précarité sociale guadeloupéenne est bien identifiée. Les bénéficiaires de la CMUc représentent 30% de la population .Les Rmistes représentent 20% de la population active ; le chômage, au sens du BIT, touche un quart des actifs.

#### 2.4.2 Facteurs d'offre : effectifs et densité des professionnels de santé libéraux

La densité de professionnels libéraux ne progresse guère sur la période, sauf pour les paramédicaux, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes .Les densités sont un peu supérieures à celles de la Martinique pour les médecins et un peu inférieures pour toutes les autres professions.



#### 2.4.3 Synthèse

La situation de la Guadeloupe ne diffère guère, s'agissant des indicateurs retenus, de celle de la Martinique :

- dynamisme démographique maintenu et vieillissement amorcé ;
- croissance du revenu par habitant, avec un niveau qui dépasse largement la moitié du niveau métropolitain ;
- une situation sanitaire qui s'est largement améliorée ;
- une grande précarité sociale ;
- une offre de soins de ville en sous densité notable par rapport à la métropole, mais semblable à celle de la Martinique.

Malgré ces similitudes démographiques, épidémiologiques et sociales, la progression des soins de ville est sensiblement plus rapide à la Guadeloupe. Des investigations plus approfondies seraient nécessaires pour expliquer cette forte singularité.

Du côté de la demande, l'accès aux soins largement facilité par l'instauration de la CMU a peut être suscité, plus qu'ailleurs, des comportements de rattrapage. Une étude particulière serait nécessaire sur ce sujet. Les données fournies par la CGSS montrent à la fois le doublement du nombre de bénéficiaires en 3 ans et une forte progression des dépenses (base et complémentaire) attribuables aux bénéficiaires de la CMU qui sont passées de 11 à 16% de l'ensemble ; la part de l'hospitalisation y est cependant prépondérante (61% contre 56% sur l'ensemble des dépenses). La très forte activité des dentistes est peut être liée à un rattrapage de la part de la population bénéficiaire de la CMU.

Du côté de l'offre de soins, l'activité des médecins (effet volume) expliquerait seule la différence entre la progression des honoraires à la Martinique et celle de la Guadeloupe, quasiment double sur les 4 dernières années ; les comportements de prescriptions pourraient être également un objet particulier d'analyse locale. Enfin la vive progression des honoraires de paramédicaux est sans doute liée, comme à la Martinique et à la Réunion, à un sous équipement médico-social qui conduit à de nombreuses interventions paramédicales à domicile ; le lien entre les deux phénomènes doit être approfondi.

Un dernier facteur de spécificité de la Guadeloupe pourrait tenir à une gestion peu efficace des régulations conventionnelles et de la politique de gestion du risque. Les audits réalisés au cours des dernières années ainsi que les contrôles COREC font apparaître une CGSS en crise. Le changement de direction annoncé à l'été 2005 doit être l'occasion d'une vigoureuse « reprise en main », la gestion du risque devant figurer au rang des priorités du nouvel encadrement .

## 2.5 La Guyane

Sur la période 2000-2004, l'ONDAM CGSS a progressé en moyenne de 16 % par an en valeur (6, 1 en métropole pour le régime général) et les soins de ville de 14 % (6,7 % pour le régime général métropole). La situation de la Guyane est totalement atypique au sein des DOM avec un doublement des dépenses de soins de ville en 5 ans. Néanmoins celles-ci représentent moins du tiers des dépenses totales et régressent sur la période. Nettes des surcoûts tarifaires propres aux DOM, elles constituent un tiers des dépenses métropolitaines par individu.

### 2.5.1 Facteurs de demande

#### 2.5.1.1 Effet revenu

La Guyane est le seul DOM pour lequel le PIB par habitant régresse de 1993 à 2001 et se situe à environ la moitié de la valeur métropolitaine.

### 2.5.1.2 Situation démographique

La Guyane connaît une forte progression de sa population, de l'ordre de 20 % en 5 ans, la population couverte par la Cgss ayant pour sa part progressé de 36 %. La particulière jeunesse de la population doit être soulignée : les moins de 20 ans en représentent plus de 40 % et les plus de 60 ans à peine 6 %.

### 2.5.1.3 Epidemiologie spécifique<sup>36</sup>

L'espérance de vie à la naissance reste inférieure de 4 ans environ à celle de la métropole. La Guyane cumule une mortalité de pays développé (maladies cardiovasculaires et tumeurs, diabète et hypertension) et des causes de mortalité de pays en développement (pathologies infectieuses et parasitaires, traumatismes, violences et accidents de la circulation, maladies hydriques, mortalité périnatale qui reste plus élevée qu'en métropole et que dans les autres DOM). La prévalence du VIH est spectaculaire par rapport à la métropole et les maladies tropicales (paludisme, dengue) sont largement présentes.

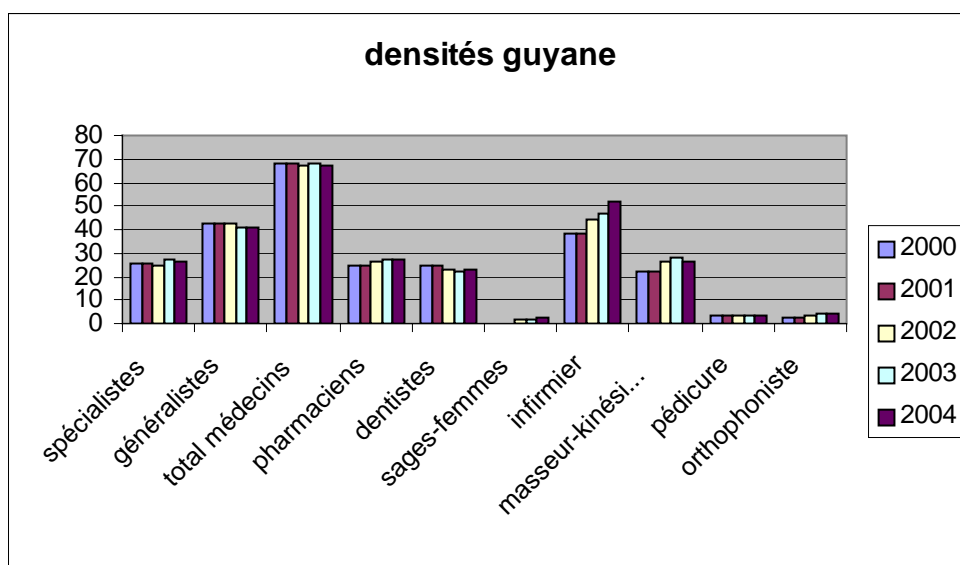
### 2.5.1.4 Situation sociale et CMU

bénéficiaires	1999	2002	2003	2004
RMI	8605	10538	11058	12263
API	1451	2097	2520	3101
ALS	232394	2347	2363	2702
RSO		234	324	425

Près d'un tiers des assurés est bénéficiaire de la CMUc. La précarité générale de la population est renforcée par la présence étrangère, qui n'est pas réellement connue.

<sup>36</sup> voir en annexe la note de la DSDS, « la santé en Guyane »

### 2.5.2 Facteurs d'offre: effectifs et densité des professionnels de santé libéraux



Sauf pour les paramédicaux et les pharmaciens, l'offre libérale est au mieux étale sur la période ; elle régresse même pour les médecins. Certaines spécialités médicales ne sont pas représentées en Guyane. Les densités de professionnels sont très faibles, de l'ordre du tiers à la moitié des densités métropolitaines, selon les professions. L'offre de soins apparaît globalement déficitaire et concentrée sur le littoral. Les centres de santé (anciens dispensaires) répondent aux besoins des populations isolées ; leur activité curative relève d'un financement hospitalier.

### 2.5.3 Synthèse

Atypique, la situation de la Guyane est caractérisée par :

- un fort dynamisme démographique et une population très jeune ;
- une faible croissance du revenu par habitant ;
- une situation géographique particulière, la bande côtière concentrant 80% de la population ;
- une situation sociale très dégradée ;
- une situation épidémiologique largement marquée par des maladies tropicales ou de développement ;
- une couverture sanitaire insuffisante et qui n'est pas en extension.

On ne saurait bien sûr oublier les progrès considérables accomplis du point de vue sanitaire au cours des quarante dernières années. Mais, la forte progression des dépenses de santé sur la période récente, compte tenu de leur faible niveau absolu, témoigne surtout de l'expansion des besoins (croissance de la population couverte, besoins sanitaires et sociaux, accès aux soins facilité par la CMU), plus que d'un « rattrapage » du niveau métropolitain de consommation de soins, qui ne constitue pas pour l'instant une référence pertinente.

## TROISIEME PARTIE - LES SURCOUTS LIES AUX FRAIS D'APPROCHE DES MEDICAMENTS

### 3.1 Un dispositif tres favorable aux distributeurs de médicaments

#### 3.1.1 *Eléments de présentation*

*3.1.1.1 Des majorations de marge résultant d'arrêtés préfectoraux <sup>37</sup>sont appliquées aux grossistes répartiteurs en médicaments, afin de prendre en compte les frais spécifiques liés à l'acheminement des produits dans les DOM :*

Ces marges sont calculées proportionnellement au prix fabricant hors taxe métropole. Par ailleurs, le prix public toutes taxes comprises (PPTTC)<sup>38</sup> applicable dans chacun des DOM, résulte également de l'application d'un coefficient multiplicateur au PPTTC métropole. La marge des pharmaciens d'officine s'en déduit par soustraction entre le PPTTC et le prix de vente du grossiste.

	Coefficient majoration ppttc	Coefficient marge grossistes
Guadeloupe	1,364	1,3863
Martinique	1,364	1,3863
Guyane	1,34	1,4375
Réunion	1,303	1,3668

*3.1.1.2 Décomposition du prix public TTC: comparaison métropole-DOM ; les effets des différentes réglementations en matière de calcul des marges des grossistes et des pharmaciens d'officine*

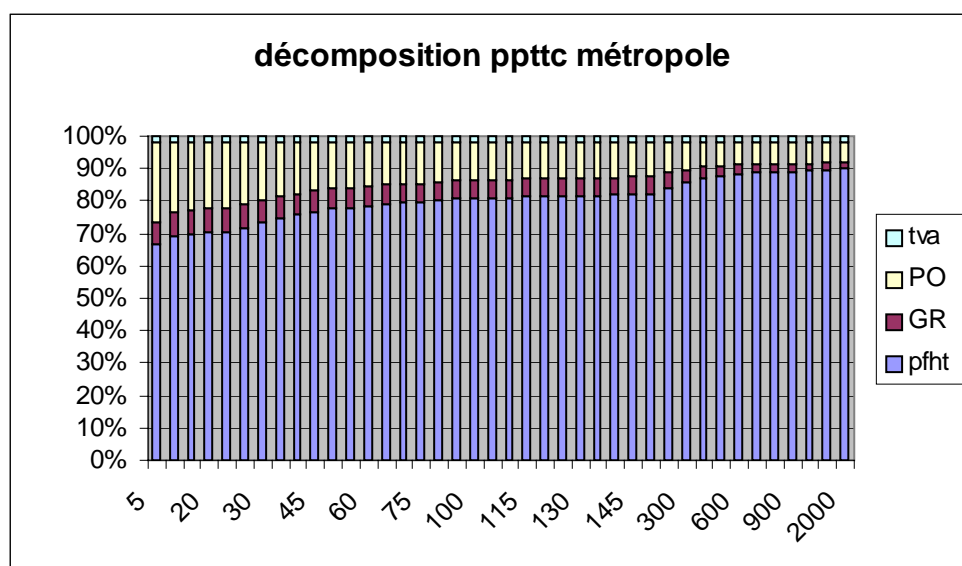
L'application d'un dispositif dit de « marge dégressive lissée »<sup>39</sup>, tant au grossiste qu'au pharmacien d'officine, conduit à une diminution des marges avec le montant du prix fabricant hors taxe.

<sup>37</sup> Aux termes de l'article L 753-4 CSS, ces coefficients doivent résulter d'arrêtés interministériels ; les arrêtés préfectoraux actuels sont illégaux .

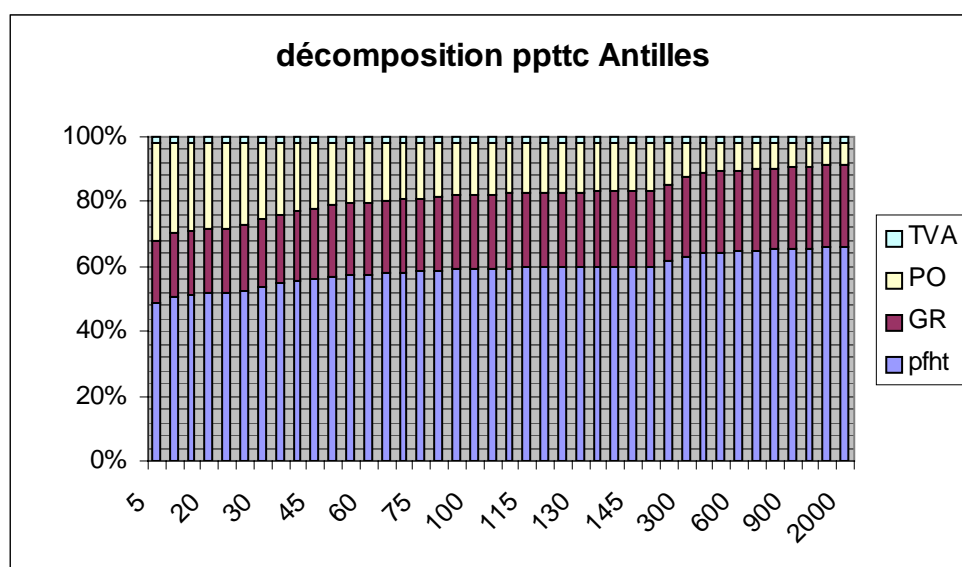
<sup>38</sup> le taux de TVA applicable aux médicaments est de 2,1%

<sup>39</sup> marge du grossiste : 10,3% du PFHT jusqu'à 22,9€, 6% de 22,9€ à 150€, 2% au delà ; marge de l'officine : forfait de 53 centimes par boîte, auquel s'ajoutent 26% du PFHT jusqu'à 22,9€, 10% de 22,9€ à 150€ et 6% au delà





Pour les départements antillais ici, pris en exemple, la marge du grossiste représente 38,63% du prix fabricant hors taxe (PFHT), quel que soit le montant de ce dernier. Le prix public antillais est plus élevé que celui de métropole (+36,4%). La marge de l'officine se déduit par différence entre le prix public et le prix de vente grossiste : elle décroît en proportion avec le PFHT.



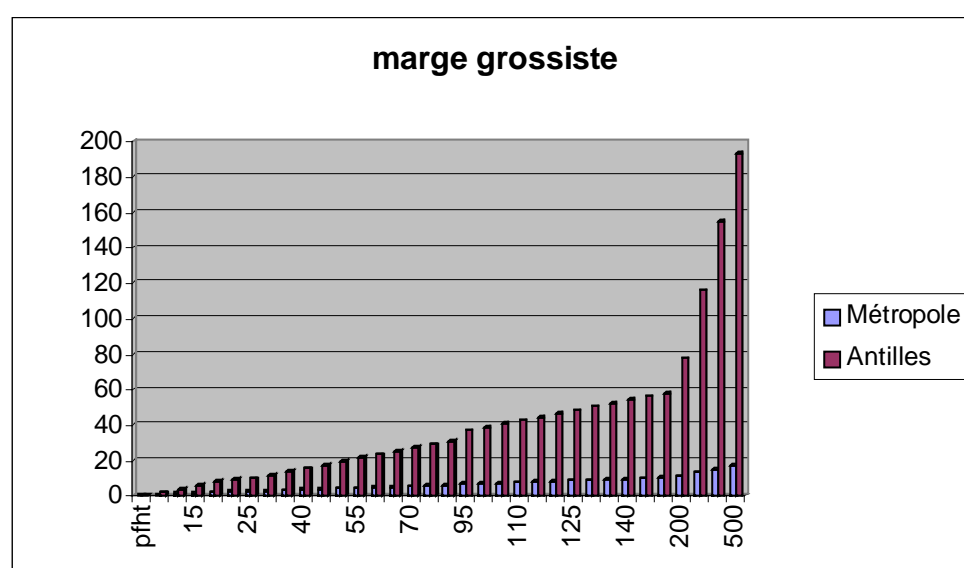
### 3.1.2 *Eléments d'appréciation*

*3.1.2.1 La marge des grossistes répartiteurs : proportionnelle au prix fabricant hors taxe, elle croît de manière linéaire avec ce dernier*

- Le niveau de marge ainsi procuré aux grossistes doit permettre de couvrir les surcoûts liés à l'acheminement des médicaments dans les Dom et les contraintes spécifiques et techniques liées à l'exercice de leur profession dans ces départements.

On note que le dispositif actuel conduit à des marges considérablement supérieures à celles des grossistes métropolitains, l'écart se creusant avec le montant du prix fabricant. Entre 4 et 6 fois supérieure à la marge métropolitaine jusqu'à 150€, elle est par exemple 10 fois supérieure pour un PFHT de l'ordre de 300€

Par ailleurs ce dispositif rend la marge directement sensible à l'effet de structure propre aux ventes de médicaments (substitution de ventes de produits nouveaux plus chers à des produits anciens moins chers) .



- La situation financière des grossistes répartiteurs des DOM peut être appréhendée à travers l'évolution de leur chiffre d'affaires qui croît significativement plus vite qu'en métropole :

Source : ACOSS	2 001	2 002	2 003	évol. 2002/2001	Evol. 2003/2002
ca total	15 763 697 248	16 355 912 290	17 223 912 653	3,8%	5,3%
ca dom	348 496 876	366 067 310	390 976 634	5%	6,8%

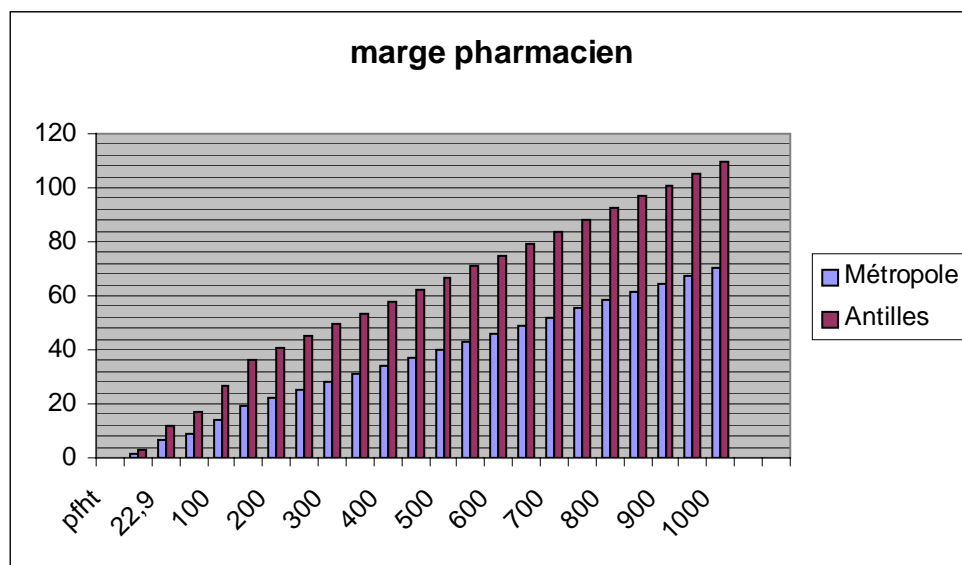
La marge, nette des remises aux pharmaciens est de l'ordre de 14 % en 2004 pour le grossiste martiniquais le plus important (représentant 32 % du chiffre d'affaires des grossistes opérant dans les DOM), le ratio résultat d'exploitation/chiffre d'affaires atteint 6,6 % et le bénéfice net/chiffre d'affaires 4,7 %.

Le ratio résultat net/chiffre d'affaires est nettement supérieur à celui des grossistes métropolitains, qui ne dépasse pas 1% pour les quatre principales entreprises du secteur.

exercice (source: infogreffe)	2003	Chiffre d'affaires(K€)	Résultat net(K€)	ratio
OCP répartition		6279148	59863	0,95%
Alliance santé		4964111	44144	0,89%
CERP Rouen		2386390	16988	0,71%
CERP RRM		1267670	12102	0,95%

### 3.1.2.2 La marge de l'officine est nettement supérieure à celle de l'officine métropolitaine

Cette surmarge ne peut s'analyser qu'au regard des tarifs particuliers applicables aux DOM, supérieurs en particulier pour les lettres clés les plus importantes. Elle est néanmoins supérieure à tous les « surtarifs » applicables à d'autres professions.



La situation financière des pharmacies de DOM a été appréhendée le plus récemment par une étude de la DREES<sup>40</sup> : ses auteurs relèvent que les officines des DOM, notamment du fait d'une densité de professionnels relativement faible, bénéficient d'un taux de marge commerciale et d'un revenu brut moyen par titulaire nettement supérieur à la moyenne nationale .

<sup>40</sup> Etudes et résultats n° 303 avril 2004 l'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires  
S. Bernadet et M. Collet

## 3.2 Analyse des frais d'approche et des surcoûts liés à l'importation de médicaments dans les DOM

### 3.2.1 *Les médicaments hospitaliers:*

La mission a pu analyser les surcoûts supportés par certains hôpitaux qui importent directement leurs médicaments et jouent ainsi le rôle de grossistes, avec a priori des coûts d'acheminement identiques. Ces surcoûts sont constitués :

- des frais de transport et d'assurance, variables selon le mode de transport utilisé, aérien ou maritime, le volume, le poids, le conditionnement et les contraintes techniques (respect de la chaîne du froid par exemple) ;
- des taxes locales, octroi de mer et droit additionnel à l'octroi de mer<sup>41</sup> ;
- des frais administratifs et droits de douane ;
- de la rémunération du transitaire et de la chambre de commerce (utilisation d'entrepôts..).

Pour la pharmacie de l'hôpital Félix Guyon de Saint Denis de la Réunion, ces coûts représentent de l'ordre de 19 % des dépenses de médicaments (achats en pfht), TVA incluse, en 2003 et 2004., estimé par simple rapport entre le montant des achats de médicaments et les frais d'acheminement.

Une étude de l'Agence régionale de l'hospitalisation de la Réunion portant sur l'ensemble plus large des charges d'exploitation à caractère médical faisait ressortir pour sa part un surcoût moyen de 13 %. Sur ce même champ, la Fédération hospitalière de France (union hospitalière de l'océan indien Réunion – Mayotte) fait apparaître un taux de 15 %<sup>42</sup>.

Au terme de cette analyse, il paraît raisonnable de préconiser le maintien du taux de majoration à appliquer aux médicaments et dispositifs médicaux implantables, financés en sus de la dotation globale, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité. Ces produits onéreux inscrits sur une liste font l'objet d'une facturation spécifique de la part des établissements, sur la base d'un tarif de responsabilité. Le tarif métropolitain est augmenté actuellement de 16 %. La mission recommande cependant un mécanisme de révision périodique, compte tenu de la variation du coût des transports et de l'évolution possible des frais fiscaux pesant sur l'importation des produits.

La mission ne peut par ailleurs que noter le coût de l'oxygène liquide en vrac au m<sup>3</sup>, supérieur de 600 % (à la Réunion) et de 1200 % (dans les départements français d'Amérique) au coût métropolitain. Une étude spécifique et un rapprochement avec Air Liquide seraient nécessaires.

### 3.2.2 *Les médicaments importés par les grossistes répartiteurs*

A priori, les médicaments importés par les grossistes supportent exactement les mêmes surcoûts que ceux importés par les hôpitaux. Les grossistes assument cependant des charges

<sup>41</sup> Les taux de l'octroi de mer et du droit additionnel à l'octroi de mer sont fixés par les assemblées territoriales compétentes ; ils varient selon les DOM : 5,5 % et 1 % à la Réunion, 7 % et 2,5 % à la Martinique par exemple.

<sup>42</sup> Etude sur les surcoûts supportés par les hôpitaux réunionnais, juillet 2004

techniques propres à l'exercice de la répartition pharmaceutique dans les DOM ; celles-ci tiennent pour l'essentiel à un surstockage de précaution de l'ordre de 3 à 4 mois (qui implique des charges financières d'immobilisation et des magasins plus vastes) ainsi qu' à des contraintes liées au contexte local (réfrigération ou climatisation) et au coût des services.

A la demande de la mission, la direction régionale des douanes de la Martinique a procédé à une analyse d'un échantillon significatif de déclarations en douane de deux grossistes martiniquais : les frais d'approche complets (y compris taxes diverses et TVA) s'élèvent à 13 et 16 % respectivement des valeurs « free on board » considérées dans les échantillons<sup>43</sup>.

### 3.3 Typologie de solutions alternatives

#### 3.3.1 *Les contraintes et objectifs liés à la fixation des marges de distribution du médicament dans les DOM*

Deux objectifs principaux peuvent être rappelés :

- permettre la distribution des médicaments dans des conditions garantissant la santé des populations ;
- permettre que les professionnels chargés de ce service opèrent dans des conditions financières saines, mais sans rente de situation financée par la collectivité.

En termes plus techniques, on peut noter la nécessité

- d'éviter, comme en métropole, que la déformation de la structure des prix des médicaments vendus tire en permanence vers le haut les marges des distributeurs ;
- que tous les médicaments, y compris les plus coûteux, sortis de la « réserve hospitalière », puissent être distribués en ville à des conditions acceptables par les grossistes comme par les officines ;
- de tenir compte des surcoûts réels liés à l'exercice de la distribution pharmaceutique outre mer.

#### 3.3.2 *Les propositions envisageables*

Les objectifs et contraintes ci-dessus rappelés peuvent se traduire en pratique :

- par une répartition différente de la marge entre grossistes et pharmaciens d'officine pour les médicaments de prix élevé, supérieur à 150€
- par l'introduction d'une dégressivité de la marge des grossistes, se substituant à la proportionnalité actuelle,
- par une adaptation des marges tenant compte des surcoûts réels supportés .

Plusieurs hypothèses ont été testées par la mission

- Une première proposition émanant des professionnels du secteur vise simplement à une meilleure répartition de la marge globale entre grossistes et officinaux, pour des prix élevés. Elle vise à permettre un partage plus équitable de la marge pour les médicaments chers sortant de la réserve hospitalière. Mais elle ne répond en rien aux autres objectifs, énoncés supra.

<sup>43</sup> cf. annexe ; des notes anciennes de la DDCRF de la Réunion établies à partir des comptes des grossistes concluaient à des frais d'approche de l'ordre de 14 %

- Une deuxième catégorie de propositions pourrait consister à introduire, de manière forfaitaire, la contrepartie des frais d'acheminement supportés par les grossistes.
- Une troisième catégorie de dispositifs reposerait sur l'introduction d'une marge dégressive lissée propre aux grossistes opérant dans les DOM.
- L'introduction d'un nouveau mode de calcul de la marge des grossistes pourrait s'accompagner d'une légère augmentation de la marge des officinaux pour les produits de prix élevés, mais au total d'une baisse assez sensible du PPTTC. La marge des officinaux pourrait, comme actuellement, rester le résultat de la différence entre le prix public hors tva et le prix de vente des grossistes. Elle pourrait alternativement être déterminée de manière autonome (marge dégressive lissée propre aux pharmaciens d'officine des DOM), le prix public devenant alors comme en métropole une résultante (somme du prix de vente grossistes, de la marge officinale et de la TVA).

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les conclusions et recommandations suivantes peuvent être faites, au terme de la mission .

- *Les quatre DOM sont dans une situation dissemblable, au regard de l'évolution de leurs dépenses d'assurance maladie.*

taux de croissance annuel moyen 2000-2004			
écart à l'évolution métropolitaine	ONDAM Cgss	Soins de ville	part dans le total des dépenses DOM 2004
Réunion	1,6	2,2	41,6%
Martinique	2,4	2,5	24,8%
Guadeloupe	4,5	6,8	25,4%
Guyane	9,9	7,3	8,3%

*La Guyane* est dans une position très spécifique. La progression importante des dépenses de soins est tributaire d'un contexte de développement géographique, démographique, social et épidémiologique tel que les évolutions constatées ne paraissent pas en elles-mêmes étonnantes.

La croissance des dépenses d'assurance maladie n'est globalement pas déraisonnable à la *Réunion et en Martinique*. L'écart à la croissance moyenne métropolitaine des dépenses, de l'ordre de 2% par an, s'explique largement par des facteurs structurels bien identifiés. Ceci ne signifie évidemment pas que des actions de maîtrise spécifique des dépenses ne doivent pas être entreprises. Mais il n'y a pas lieu d'identifier ces régions comme plus fortement « dépensières » que d'autres.

La progression des dépenses d'assurance maladie en *Guadeloupe* est celle qui pose le plus de questions. Dans une situation qui n'est pas structurellement différente de la Martinique, elle connaît une croissance des dépenses beaucoup plus forte. Des études complémentaires devront être entreprises pour mieux comprendre les comportements des acteurs du système de soins guadeloupéen.

Dans les trois derniers départements, on note une décélération assez nette de la croissance des dépenses en fin de période .

- *Certaines catégories de dépenses de soins de ville progressent de manière beaucoup plus rapide dans les DOM ou contribuent de manière sensible à l'évolution globale des dépenses.*

Les évolutions les plus rapides sont celles des honoraires de *professionnels paramédicaux*, des dépenses de *transport* et de dentistes. La plus forte contribution à l'évolution globale des dépenses est celle des médicaments.

Ces postes doivent faire l'objet d'une vigilance particulière. S'agissant des dépenses de paramédicaux, deux explications à leur particulière croissance sont repérables : une pression particulière de l'offre, très abondante dans les DOM, et des besoins liés à certaines carences de la prise en charge en établissements médico-sociaux, ou à certaines pathologies (diabète).

S'agissant des transports, la situation spécifique de la Guyane, où les dépenses d'évacuation sanitaire hospitalière ont du être prises en charge en ville, a été repérée.

Pour tous les postes de dépenses d'honoraires, l'effet des revalorisations de 2002 et 2003 est sensible ; il explique notamment une grande partie de la croissance des dépenses de *médecins* sur la période récente, leurs volumes d'activité connaissant un fort ralentissement.

Enfin, s'agissant des *médicaments*, la croissance des dépenses s'expliquerait pour 40 % par l'évolution des volumes de ventes et pour 60% par la modification de la structure des ventes . On note la croissance particulière des dépenses pour des médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières. Les classes de médicaments qui croissent le plus rapidement sont, sans surprise, celles qui sont liées aux pathologies de prévalence élevée (diabète, hypertension, tumeurs, insuffisances respiratoires...).

➤ *Une approche globale de l'évolution des dépenses et une anticipation des besoins liés au vieillissement des populations apparaît nécessaire:*

Les dépenses moyennes en soins de ville des personnes âgées sont équivalentes à celles des métropolitains, en Guadeloupe ainsi qu'à la Réunion et à la Martinique. On peut y voir un effet du sous équipement en structures médico-sociales de prise en charge. L'impact est important sur certains postes de dépenses (paramédicaux, transports).

Le vieillissement de la population domienne, largement amorcé, suppose désormais que la priorité soit donnée au développement de la capacité d'accueil médicalisée en établissement pour les personnes âgées dépendantes ; le retard en places de service de soins infirmiers à domicile doit également être rattrapé ; la mise en place de filières de soins gériatriques doit être envisagée systématiquement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

➤ *Des actions vigoureuses de santé publique et de gestion du risque doivent être poursuivies ou entreprises :*

Il n'entrait pas dans le mandat de la mission d'évaluer les actions de santé publique et de prévention mises en œuvre dans les DOM. Le lien évident avec l'intervention curative oblige néanmoins à mentionner le caractère essentiel de telles interventions dans le cadre des plans régionaux de santé publique qui reflèteront les principales préoccupations en matière de morbidité et de mortalité.

S'agissant de la gestion du risque, on recommandera une mission d'évaluation de cette fonction importante des caisses et des échelons locaux du service médical<sup>44</sup>, qui pourrait en particulier apprécier les conséquences de la création d'une direction régionale du service médical dans chacun des départements français d'Amérique. Les études en santé publique, les contacts avec les professionnels et les contrôles d'activité paraissent en première analyse très variables selon les CGSS.

➤ *Une gestion rigoureuse des CGSS doit être mise en œuvre:*

La mission constate que les CGSS ont toutes connu des périodes de crise grave dans leur gestion récente. Crise en passe d'être surmontée par une direction stable et en place depuis 6 ans à la Réunion : la normalisation des procédures de production paraît acquise, celle des procédures de contrôle est bien engagée. La CGSS de la Martinique s'engage dans la même voie. La crise plus récente de la CGSS de la Guyane ne permet pas de formuler d'appréciation à ce stade d'un redressement amorcé mais non consolidé . Enfin, le changement de direction

<sup>44</sup> voir annexe présentant les bilans d'activité des contrôles médicaux des quatre CGSS



en cours de la CGSS de la Guadeloupe doit être l'occasion de fixer des objectifs clairs et rigoureux notamment en matière de qualité de la production, de mise en œuvre de procédures de contrôle interne et de politique de gestion du risque.

➤ *Une modification de la réglementation du prix des médicaments est recommandée :*

La fixation de marges spécifiques pour les grossistes répartiteurs des DOM tient à la nécessaire compensation de frais d'approche et de charges techniques reconnus, que la mission s'est efforcée d'apprécier. La réglementation actuelle- au demeurant illégale- rétribue néanmoins trop largement la distribution du médicament, comme l'indique la comparaison avec les marges et la situation financière des distributeurs métropolitains. La mission recommande donc une modification des marges de distribution du médicament dans les DOM, permettant aux distributeurs de remplir au mieux leur importante mission, sans rente de situation.

➤ *Les études dans le champ de l'assurance maladie*

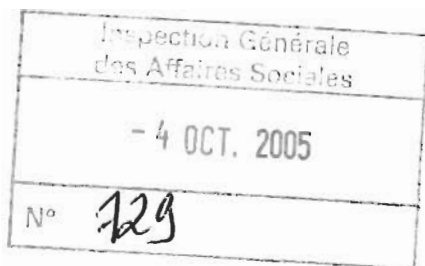
De manière plus globale la mission engage les services d'étude du ministère, des organismes de sécurité sociale, ou indépendants, à inclure les DOM, le plus souvent possible, dans le champ de leurs protocoles d'enquête. Ceci contribuerait à combler un retard d'information patent dans certains domaines.

Dominique GIORGI

**Réponse de la direction de la sécurité sociale**

DSS/SD/1C  
Philippe SAUVAGE  
☎ : 01.40.56.42.05  
☎ : 01.40.56.73.95  
N° 05/7309D

Paris, le 30 SEP. 2005



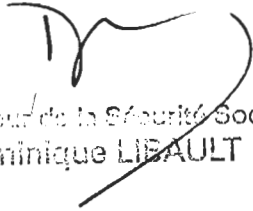
Le Directeur de la Sécurité Sociale  
à  
Madame le chef de l'inspection générale des  
affaires sociales

**Objet : rapport relatif à l'évolution des dépenses d'assurance maladie - soins de ville – dans les départements d'outre mer**

J'ai pris connaissance du rapport provisoire cité en objet, présenté par M. Dominique GIORGI, membre de l'inspection générale des affaires sociales.

Ce rapport n'appelle pas d'observations particulières de ma part, les services de ma direction ayant eu l'occasion de s'exprimer lors de la mission.

Les conclusions et les recommandations du rapport seront soigneusement examinées et devraient donner lieu à des propositions de ma part aux Ministres dans les prochains mois.

  
Le Directeur de la Sécurité Sociale  
Dominique LIBAULT

**Réponse de la caisse générale de sécurité sociale de la Guyane**



60  
**Caisse Générale de Sécurité Sociale**  
de la Guyane

**DIRECTION**

CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUYANE

Cayenne, le  
2 septembre 2005

Vos références :

Nos références :  
HY/AP/ DG/ 05

**Objet :**  
Réponses rapport IGAS

**Monsieur l'Inspecteur Général  
de l'IGAS**

25/27 rue d'Astorg

75008 PARIS

Monsieur l'Inspecteur Général,

Je vous prie de trouver ci-joint les réponses au Rapport initial de l'IGAS n°2005 123, présenté par Dominique GIORGI sur l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie - soins de ville - dans les départements d'Outre Mer.

Je vous en souhaite bonne réception et vous prie de croire, Monsieur l'Inspecteur Général, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur Général,

  
**H. YACOU**

P.J. 1

**Réponses au Rapport initial de l'IGAS n°2005 123,  
présenté par Dominique GIORGI :**

**L'évolution des dépenses d'Assurance Maladie –  
soins de ville- dans les départements d'Outre Mer**

La Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane partage complètement l'avis du rapporteur sur le fait que la forte progression des dépenses de santé en Guyane, compte tenu de leur faible niveau en valeur absolue, témoigne surtout de l'expansion des besoins, plus que d'un rattrapage du niveau métropolitain de consommation de soins.

La Caisse s'interroge toutefois sur la fiabilité des données actuellement disponibles notamment en termes d'indicateurs en santé publique et qui permettraient de mieux appréhender l'évaluation du besoin objectif en matière de soins. En effet, s'il est certain que la Guyane subit une sous-offre de soins, mise en exergue dans le Rapport, il semble difficile d'en évaluer tous les effets.

A titre d'exemples, on peut retenir l'insuffisance voire l'absence de statistiques de morbidité, tant sur le nombre annuel de décès recensés que des causes déclarées. Ou encore, la certaine sous déclaration de maladies relevant d'affections de longue durée (ALD), liée au pourcentage important de la population assurée via la CMU et l'AME et donc déjà bénéficiaire d'une prise en charge à 100 % pour l'ensemble des actes et prescriptions.

Enfin, l'importance grandissante des transferts sanitaires, liée à un défaut de spécialistes et à des plateaux techniques insuffisants, peut masquer une augmentation des dépenses de soins en réalité plus importantes, finalement " noyées " dans des budgets hospitaliers métropolitains ou antillais.

Ces constats, ajoutés au manque de données épidémiologiques pouvant nous éclairer sur la situation réelle dans le département, conduisent la Direction de la CGSS et celle du Contrôle Médical à souhaiter jouer un rôle plus actif au sein d'instances telles que l'Observatoire Régional de la Santé, et accroître leur partenariat avec la DSDS et l'ARH dans le cadre de la définition des politiques de santé publique. Ceci dans la mesure où l'Assurance Maladie est non seulement un partenaire réglementaire, mais a en outre un intérêt direct dans l'amélioration de l'état de santé des populations qu'elle couvre.

C'est dans ce cadre que la Caisse Générale œuvre pour la prise en charge de médicaments comme la Malarone (antipaludéen) compte tenu du caractère irremplaçable de ces thérapeutiques en préventif comme en curatif pour des formes résistantes de paludisme telles qu'elles sont observées en Guyane.

Par ailleurs, la CGSS et le Contrôle Médical souhaitent engager un programme commun d'actions relevant, en particulier, de leur responsabilité de prévention de la maladie.

Ce programme s'articulera prioritairement autour de deux axes:

- En premier lieu, il s'agira de travailler sur le diabète, pathologie sur représentée dans le département et dont les données sont disponibles au Contrôle Médical.

Les analyses menées permettront principalement:

- de renforcer les actions de prévention à destination du public
- de s'assurer des conditions de suivi des malades
- de vérifier, avec les praticiens, la qualité de leurs pratiques
- de valider la pertinence de l'objectif fixé par la CNAMTS concernant la diminution de la consommation de statines dans le département.

Les propositions d'action issues de ce travail seront à partager avec les partenaires naturels de la Caisse sur ces domaines, réseaux de santé en particulier.

Le deuxième axe est celui de la vaccination, sur ses différents aspects : non réalisation actuelle des vaccinations obligatoires en particulier pour les enfants ; caractère facultatif de certaines vaccinations comme la fièvre jaune, source potentielle d'épidémie grave.

Outre les actions possibles de la CGSS pour faire reconnaître à la nomenclature les vaccinations nécessaires en Guyane, il s'agira d'évaluer la possibilité de participation plus directe de la CGSS dans les opérations de vaccinations obligatoires.

Enfin, ce premier programme intégrera des propositions sur l'amélioration de l'offre de soins, qu'il s'agisse de la médecine libérale, comme de l'organisation actuelle des centres de santé et du possible accroissement de leur champ d'action.

En parallèle, le Contrôle Médical mène l'analyse des objectifs de maîtrise des dépenses de santé tels qu'ils ont été proposés par la CNAMTS, afin de s'assurer de leur compatibilité avec la réalité des pathologies spécifiques rencontrées en Guyane et les difficultés des publics à accéder à un suivi médical normal.

Conscients de la faiblesse de la politique passée en matière de gestion du risque, la Caisse Générale et le Contrôle médical ont récemment installé une instance commune pour la mise en œuvre de cette gestion sur le département qui, outre la prise en charge du suivi des actions citées plus haut, assure celle des actions menées pour la recherche des fraudes et des abus.

Par ailleurs, la CGSS de la Guyane a complété son dispositif de contrôle interne, qui couvre désormais toutes les branches techniques et les fonctions supports. La gestion de ce dispositif conjoint Directeur/Agent Comptable est confiée à une coordinatrice placée sous l'autorité directe de l'Agent Comptable.

Dans ce cadre, le contrôle interne spécifique Maladie prend appui sur les résultats des actions de contrôle 2004 et intègre les recommandations du contexte national : Plans de Maîtrise Socle.

La Caisse utilise l'outil de suivi TASAC (Tableau de Suivi de l'Activité du Contrôle) et a réalisé un bilan des actions 2004.



**Réponse de la caisse générale de sécurité sociale de la Réunion – Direction  
agricole - URCAM**

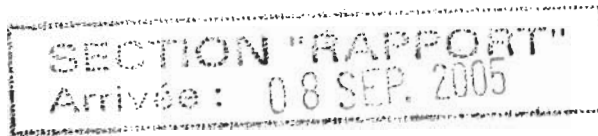


**CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE  
DE LA REUNION**

**DIRECTION AGRICOLE - URCAM**

4 boulevard Doret - 97704 SAINT DENIS CEDEX 9

Tél. 02 62 40 35 57 - Fax : 02 62 40 59 94



**Madame la Chef  
De l'Inspection Générale  
des Affaires Sociales  
Section des rapports**

**25/27 rue d'Astorg  
75008 PARIS**

**D. URCAM**

JLA/MPS/05-94

Saint-Denis, le 31 août 2005

Madame la Chef,

Vous avez transmis à la Direction de la C.G.S.S. le rapport provisoire relatif à l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans les Départements d'Outre Mer, rapport établi par Monsieur Dominique GIORGI, membre de votre corps d'Inspection.

Avant sa prise de fonction à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Monsieur De CADEVILLE, Directeur de la C.G.S.S., a pris connaissance du document et m'a demandé de saluer la qualité du travail entrepris et de vous faire part de son assentiment de principe sur les constats et conclusions de ce rapport, notamment des points concernant l'évolution de la réglementation du prix des médicaments dans les DOM.

Un seul élément -de détail- mérite d'être signalé. A la page 19, du rapport, il est indiqué que 'le poste "Autres prestations en nature" non ventilé ... ne disparaît qu'en 2004'. En réalité, Ce poste ne disparaît pas totalement puisque désormais il recouvre les seuls remboursements devant y figurer conformément aux règles statistiques admises en la matière ("forfaits établissements et suppléments cures thermales", "prestations diverses des réseaux et filières de soins", ...). La modicité relative des montants y figurant en regard de ce qu'ils représentaient antérieurement permet de comprendre l'utilisation du terme "disparaît" même s'il ne correspond pas totalement à la réalité arithmétique.

Vous espérant utilement informée,

Je vous prie d'agréer, Madame la Chef, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur Adjoint  
Chargé de l'URCAM

JL ARNOULD

**Réponse de la direction de la santé et du développement social  
de la Guyane**

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement  
Ministère de la Santé et des Solidarités

DIRECTION DE LA SANTE ET  
DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

PREFECTURE DE GUYANE

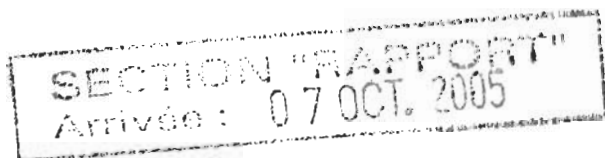
Cayenne, le 28 SEP, 2005

DSDS/PS/SC/n° 655  
Affaire suivie par S. CAZAUX  
05.94.28.74.22

Le Directeur de la santé et du  
développement social

à

Inspection Générale des affaires sociales  
Section des rapports  
25/27 rue d'Astorg  
75 008 PARIS



**Objet :** Réponses au Rapport initial de l'IGAS n°2005 - 123, présenté par Dominique GIORGI.

**PJ :** 1 note, transmise parallèlement par voie électronique.

Par courrier du 27 juillet 2005, vous m'avez transmis le rapport provisoire relatif à l'évolution des dépenses d'assurance maladie - soins de ville - dans les départements d'Outre Mer.

J'ai l'honneur de vous informer que je partage les principales conclusions et recommandations concernant la position spécifique de la Guyane, où la forte progression des dépenses de santé est essentiellement le corollaire de l'expansion des besoins dans un contexte démographique, social et épidémiologique préoccupant.

Par ailleurs, je rejoin également les propositions figurant dans le rapport visant, d'une part, à entreprendre une évaluation de la fonction « gestion du risque » des CGSS et, d'autre part, à assurer la prise en compte des départements d'Outre Mer dans les protocoles d'enquêtes nationaux.

Le Directeur de la santé et du  
développement social  
  
Jacques CARTIAUX



Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale  
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille  
Ministère de la Parité et de l'Égalité Professionnelle

DIRECTION DE LA SANTÉ ET  
DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

PREFECTURE DE GUYANE

DSDS/PS/n° 229/2005

S. CAZAUX  
05.94.28.74.22

Cayenne, le - 4 MAI 2005

## NOTE RELATIVE A LA POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE ET AU FONCTIONNEMENT DU CONTRÔLE MEDICAL

La caisse générale de sécurité sociale assure des missions qui sont dévolues à plusieurs branches. Elle remplit ainsi le rôle d'une CPAM, d'une CRAM, d'une URSSAF, d'une MSA et d'une URCAM.

A ce titre, elle doit notamment définir et mettre en place une politique de gestion du risque. Ainsi, le contrat pluriannuel de gestion de la branche maladie, signé le 14 août 2002, comprend parmi ses principaux axes la mise en œuvre d'une politique de gestion du risque déclinée en programmes de gestion du risque.

Cependant, force est de constater qu'aucun réel plan local de gestion du risque n'a été mis en place jusqu'ici. Un plan élaboré pour 2001 prévoyait essentiellement des actions de contrôle qui n'ont pour la plupart pas été suivies d'effet, comme le mentionnait le rapport de contrôle 2002 du COREC. Par ailleurs, une absence de coordination entre les services de la CGSS tels que le département des établissements et professionnels de santé (DEPS), le contrôle médical et l'agence comptable, n'a pas favorisé, jusqu'à présent, l'activation d'une réelle politique de gestion du risque.

Un partenariat récemment instauré avec l'URCAM de Picardie a cependant permis de bénéficier de l'appui de cette dernière pour réaliser un état des lieux et élaborer un projet de PRAM (programme régional d'assurance maladie). Ce document, en cours de construction, devrait contenir des orientations en terme de contrôles mais aussi de prévention.

Enfin, si le positionnement local des médecins n'a pas favorisé pendant longtemps la mise en place d'instances de coordination et de coopération, de nouvelles relations entre la caisse et les professionnels de santé se mettent progressivement en place. Ainsi, une commission paritaire locale (cumulant des missions locales et régionales) a été récemment installée.

S'agissant du fonctionnement du contrôle médical, son organisation a été récemment modifiée pour doter chaque région-département d'une direction régionale du service médical (DRSM), se substituant ainsi au service médical de la région Antilles-Guyane (localisé en Guadeloupe). Dans l'attente de la nomination d'un responsable dans chaque direction, l'intérim est assuré pour les 3 régions par le responsable de l'ancien échelon interrégional.

La création de ces 3 DRSM s'est faite à moyens constants malgré la redistribution des missions, ce qui peut laisser supposer des difficultés pour les assurer pleinement, et ce d'autant plus que les missions du contrôle médical ne peuvent actuellement être mises en œuvre sur l'ensemble du territoire guyanais. Ainsi, par exemple, mis à part une permanence assurée sur Kourou à raison d'une matinée par semaine, les assurés doivent se rendre sur Cayenne pour pouvoir être vus par un praticien conseil.

L'effectif du contrôle médical en Guyane comprend actuellement 4 praticiens conseils (dont un dentiste conseil) et une dizaine d'agents administratifs. Une certaine mutualisation a été mise en place avec les échelons de Guadeloupe et de Martinique pour tenir compte de l'absence de certains corps de métiers en Guyane, tel qu'un pharmacien conseil.

L'essentiel de l'activité du service médical concerne l'émission d'avis individuels. Dans ce cadre, en 2004, sur plus de 7000 avis rendus, les avis obligatoires étaient de l'ordre de 3000, les 4000 restant étant des avis non obligatoires, sollicités notamment dans le cadre des transferts entre établissements hospitaliers. S'agissant du contrôle des activités des professionnels et établissements de santé, celui-ci est resté jusqu'à présent quasiment inexistant. Une volonté de développer ce secteur semble cependant apparaître, certains contrôles ayant été conduits, qui reste à confirmer.

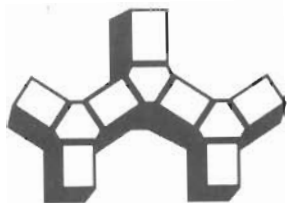
D'une manière générale, il apparaît donc que le fonctionnement du contrôle médical comme le développement d'une politique de gestion du risque ne bénéficient pas actuellement d'une dynamisation propre à leur permettre d'assurer pleinement leurs missions respectives, les champs à investir restant nombreux. Par ailleurs, l'absence de réel statisticien au sein de la CGSS pénalise la production de données nécessaires à la définition de programmes d'action ou à la réalisation d'études.

Enfin, compte tenu des besoins de la population et de la faible densité médicale en Guyane, se posera nécessairement la question de la limite de la portée de certaines actions (notamment en terme de sanctions).

Le Directeur de la santé et du  
développement social

Jacques CARTIAUX

**Réponse de la caisse générale de sécurité sociale de la Martinique**



# 71 Caisse Générale de Sécurité Sociale

**De la Martinique** Place d'Armes - 97210 Lamentin Cédex 2  
Télécopie: 0596 51.54.00 Télex CGSSM 912 724 MR

Dossier

Suivi par : M. LUCIEN

Service : URCAM

☎ : 0596 66.53.05

N/Réf : jL/jB - n° 27/05

Objet : **Rapport IGAS relatif à l'évolution  
des dépenses d'Assurance Maladie -  
Soins de Ville dans les DOM**

**Inspection Générale  
des Affaires Sociales**  
Section des Rapports  
25/27, rue d'Astorg  
75008 PARIS

Lamentin, le 14 Septembre 2005

*A l'attention de Madame Marie Caroline BONNET-GALZY*

Madame,

Suite à la transmission de votre rapport provisoire cité en objet, j'ai l'honneur de vous faire savoir que les éléments contenus dans ce rapport n'appellent pas d'observation particulière de ma part.

Il me semble nécessaire de souligner la grande qualité des analyses qui y sont faites ainsi que l'objectivité de leur présentation.

Par ailleurs, ce document nous sera d'une grande utilité dans la poursuite de nos actions dans le cadre de la régulation de l'évolution des dépenses de Santé en Martinique, notamment dans le cadre de la loi du 13 Août 2004 et de la mise en œuvre de la nouvelle Convention nationale des médecins.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur Général,  
Pour le Directeur Général  
Le Directeur Délégué  
**GUY MOUSTIN**



**Réponse de la direction de la santé et du développement social  
de la Guadeloupe**

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI,  
DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES  
SOLIDARITÉS**

PREFECTURE DE LA REGION GUADELOUPE

**DIRECTION DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL DE  
LA GUADELOUPE**

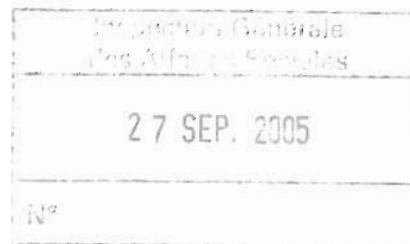
Service : Direction et Protection sociale

Affaire suivie par : **MM. RICHARD & NORDIN**

Téléphone : 0590 99 49 01 ou 02

Réf. : 05-157-PR/  
615

Gourbeyre, le mercredi 21 septembre 2005.



**Madame la chef de l'inspection générale des affaires sociales,**

Par lettre n°991 du 27 juillet 2005, vous m'avez transmis le rapport provisoire relatif à l'évolution des dépenses d'assurance maladie – soins de ville – dans les départements d'outre mer, établi par M. GIORGI, membre de l'IGAS.

Comme suite à votre demande, et après avoir recueilli les avis du trésorier payeur général, du DDCCRF, du directeur de l'ARH, vous trouverez ci-après les observations qu'il appelle de ma part.

De façon générale, je partage l'analyse faite dans le rapport et son inquiétude sur l'évolution des dépenses constatée pour la Guadeloupe.

Les travaux que nous avons engagés à l'occasion des demandes du rapporteur avec la CGSS de Guadeloupe, recueil quantitatif et analyse qualitative, ont malheureusement confirmé que cet organisme n'a pas mis en place une réelle politique de gestion du risque, et que, de surcroît, l'évolution des dépenses n'est pas suivie régulièrement.

De plus, comme nous l'avons indiqué avec M. le trésorier payeur général à l'occasion de l'avis défavorable rendu par le COREC en 2004 sur les comptes, il n'est pas garanti que les données soient fiables.

En outre, l'absence de contrôle interne formalisé et ciblé (cf p22) est également de nature à expliquer quelques dérives, et je partage totalement la recommandation faite au point 1.2.1. (p19).

Enfin, la crise qu'a connue la direction du contrôle médical et qui a abouti à une profonde refonte de son organisation ont également dû concourir au défaut d'analyse des évolutions des dépenses.

Le redressement de la caisse, qui va être engagé par le nouveau directeur, M. YACOU, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2005, sera de nature à conduire un travail plus approfondi sur les causes de cette progression marquée des dépenses au regard de la situation de la CGSS de Martinique par exemple.

C'est dans ce nouveau cadre qu'il conviendrait effectivement d'inscrire de nouvelles études afin de mieux comprendre les comportements des acteurs du système de soins guadeloupéen comme le suggère le rapporteur en page 5/6 du résumé du rapport, une étude particulière sur l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU, une autre sur les comportements de prescriptions qui semblent plus « dépensiers » en Guadeloupe, ou encore des liens entre honoraires paramédicaux et insuffisance de l'offre médico-sociale.

Il pourrait donc être recommandé à la CGSS d'arrêter un programme de gestion du risque comprenant ces études et de davantage faire vivre les instances conventionnelles paritaires, lieux également d'échanges avec les acteurs de l'offre de soins.

S'agissant de la 3<sup>ème</sup> partie du rapport relative aux « surcoûts liés aux frais d'approche des médicaments », le trésorier payeur général et le directeur de la DDCCRF m'ont indiqué qu'après vérification auprès des spécialistes et responsable juridique de la direction interrégionale Antilles Guyane, il ne semble pas que le dispositif, non contesté à ce jour, souffre d'absence de base légale :

- ordonnance n° 45-1493 du 30 juin 1945 relative aux prix, reprise par l'ordonnance du 1er décembre 1986, ordonnance de base qui prévoit sauf exceptions la liberté des prix et qui est intégrée au code de commerce
- décrets étendant la législation des prix aux DOM
- arrêté ministériel n° 76-64/P fixant les coefficients multiplicateurs de certains produits pharmaceutiques, dont l'article 3 délègue au Préfet la possibilité d'adapter ces coefficients **maxima** en fonction de l'évolution de la fiscalité applicable
- arrêté préfectoral n° 90-236 bis du 24 avril 1990 qui les fixe à 1,3683 pour les grossistes répartiteurs et à 1,364 pour les pharmaciens.

Ils tiennent à votre disposition l'arrêté ministériel et une étude réalisée en 1996.

Aujourd'hui, la vérification du bien fondé des coefficients multiplicateurs en vigueur nécessiterait une étude régionale approfondie sur les Antilles. Elle n'est pas programmée mais ce point pourrait être inscrit à l'ordre du jour d'une prochaine réunion interrégionale des services de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

Je vous prie de recevoir, Madame la chef de l'inspection générale, l'assurance de ma haute considération.

Le directeur de la santé et du développement social,

Patrice RICHARD

Me la chef de l'IGAS

25/27, rue d'Astorg

75008 PARIS

La mission prend acte des observations en retour, formulées par les administrations et organismes sollicités dans le cadre de la procédure contradictoire simplifiée .

La mission ne partage pas l'analyse présentée par la DSDS de la Guadeloupe, relative aux textes fixant les majorations applicables aux prix des médicaments remboursables. L'article L 753-4 du code de la sécurité sociale précise bien que ces majorations, « qui prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre mer grèvent le coût des médicaments par rapport à leur coût en métropole », sont déterminées par un « arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre mer ». La lecture du texte faite par la mission est partagée par les administrations centrales compétentes et la Cour des comptes (relevé de constatations provisoires sur la gestion de la CGSS de la Réunion, septembre 2002).

Le tome II (annexes) du présent rapport n'a pas été mis en ligne pour des raisons techniques. Il peut être mis à disposition (version papier) en prenant contact auprès de la section des rapports de l'Inspection générale des affaires sociales

[igas-section-rapports@sante.gouv.fr](mailto:igas-section-rapports@sante.gouv.fr)