



Inspection générale
des affaires sociales

EVALUATION DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE

TOME 1 RAPPORT DE SYNTHÈSE DEFINITIF

Établi par

Constance BENSUSSAN

Delphine CHAUMEL

Dr. François CHIEZE

Nathalie DESTAIS

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mai 2014 -

2013-163R

SYNTHESE

Cette mission d'évaluation de la gestion du risque maladie s'inscrit dans une triple perspective : la préparation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) Etat-CNAMTS pour 2014-2017 et le bilan de la précédente convention ; le renouvellement du contrat Etat-UNCAM ; la préparation des prochaines priorités de gestion du risque des agences régionales de santé.

Les travaux de la mission qui se sont déroulés de novembre 2013 à mars 2014, reposent sur l'analyse de très nombreux documents au niveau national ainsi que sur des entretiens en ARS et dans les organismes locaux d'Assurance maladie du régime général de cinq régions (Ile de France, Poitou-Charentes, Picardie, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon). Au cours de ses déplacements, la mission a également rencontré des professionnels de santé et des établissements dans la mesure où une grande partie de la gestion du risque se déploie en leur sein, avec des enjeux majeurs d'articulation entre ARS et assurance maladie. La mission a également rencontré au niveau national les directions compétentes du ministère des affaires sociales et de la santé, le secrétariat général ainsi que les services concernés de la CNAMTS ; des entretiens complémentaires ont été menés auprès des autres régimes membres de l'UNCAM (régime social des indépendants -RSI et mutualité sociale agricole - MSA) ainsi que de la Haute autorité de santé.

Le présent rapport se décompose en deux parties. Une première partie étudie de façon détaillée six programmes de gestion du risque : transport des patients, imagerie, prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, sorties d'hospitalisation et programme PRADO (programme d'accompagnement des patients au retour à domicile), chirurgie ambulatoire, programmes d'accompagnement des établissements à travers la maîtrise médicalisée hospitalière (MMH) et la pertinence des soins. Une seconde partie traite des enjeux transversaux de la gestion du risque : pilotage et architecture contractuelle, choix des priorités, conception des programmes, évaluation de leur efficacité.

Si la gestion du risque (GdR) est aujourd'hui au cœur de la régulation du système de soins, ce concept n'a pas pour autant des contours clairement définis. Agrégeant de multiples actions de nature diverse destinées à accroître l'efficacité du système de santé, elle se rapproche des notions de régulation et de maîtrise médicalisée, qui doivent permettre de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières.

La CNAMTS a progressivement développé une définition extensive de cette notion, comme l'illustre le chapitre 1 de la COG 2010-2013 consacré à la GdR, qui englobe un très large spectre d'actions, allant de la prévention à la répartition de l'offre sur le territoire, en passant par le bon usage des soins et la lutte contre les fraudes et abus.

Deux décennies de déploiement de la gestion du risque au sein de la branche maladie du régime général fournissent un acquis incontestable : un ensemble d'instruments de contrôle, d'accompagnement ou d'incitation des professionnels de santé et, dans une moindre mesure, des assurés ; une amélioration progressive des systèmes d'information de l'Assurance maladie et des capacités d'analyse des dépenses de soins, qui peuvent désormais être affinées à l'échelle des processus de soins et des pathologies ; une capacité de proposition renforcée du régime en matière d'efficacité du système de soins (formalisée notamment dans les rapports *Charges et Produits* annuels) ; un degré de maturité de la dynamique de gestion du risque qui a permis le lancement récent de programmes centrés sur des thèmes essentiels comme l'articulation ville-hôpital ou la pertinence des soins. Enfin, la gestion du risque contribue à ce que la responsabilité du bon emploi des ressources du système de santé soit portée aussi, depuis 2010, par les directeurs généraux des ARS, lesquels se sentent sans conteste partie prenante de cette démarche.

Pour autant, cet acquis ne doit pas conduire à éluder aujourd'hui certaines questions : quel est le rapport coût-bénéfice des actions de gestion du risque à court terme et à moyen terme ? Comment sont établis et mesurés les gains économiques ou qualitatifs engendrés ? Comment se traduit en pratique le partage des rôles entre Etat et Assurance maladie institué en 2009 par la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires (HPST) ? Quelle est la place des ARS dans la GdR et la place de la GdR dans les ARS ? Comment l'action sur les actes et les comportements des professionnels de santé rejoint-elle la régulation de l'offre ? Dans quelle mesure l'instrument tarifaire est-il intégré à la gestion du risque ? Les modalités de travail autour de cette gestion du risque peuvent-elles progresser ?

La GdR aujourd'hui est moins menacée d'essoufflement (elle demeure un thème très fédérateur au sein des organismes locaux d'Assurance maladie et l'attention qui lui est portée en ARS progresse incontestablement) que d'une confusion grandissante née de ses actions multiples, génératrices de nombreux chevauchements de compétences au niveau central et territorial. L'efficacité de la GdR en pâtit, la portée des messages dispensés aux établissements en ressort affaiblie et le coût de gestion de ces chevauchements est peu conforme à une bonne gestion des ressources publiques.

Il est vrai que le nouveau cadre institutionnel de la gestion du risque introduit en 2009 par la loi HPST se caractérise par son caractère complexe et confus, notamment en raison de l'architecture contractuelle sur laquelle il repose. Si la loi fait de la gestion du risque une compétence partagée entre l'Assurance maladie et l'Etat, cela n'a pourtant pas eu pour corollaire une conception en commun des programmes de gestion du risque. Ce défaut reflète autant le manque d'implication des directions d'administration centrale concernées que l'antériorité historique de la CNAMTS sur le champ de la GdR et la force opérationnelle de son réseau. Le programme de maîtrise médicalisée à l'hôpital déployé par le régime général en est une illustration : recoupant plusieurs autres programmes de GdR, le soutien qu'il pourrait apporter aux autres acteurs est très incertain faute de coordination avec ceux-ci au niveau national ou local. En toute hypothèse, l'articulation entre le contrat Etat-UNCAM, les priorités arrêtées en comité de pilotage des ARS, la COG et ses déclinaisons, reste difficile.

Au niveau local, le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR-GdR), porté par une instance commune, la commission régionale de gestion du risque (CR-GdR), est censé permettre une mise en œuvre partagée de ces actions par les ARS et par l'Assurance maladie. Néanmoins, dans les faits, les deux réseaux agissent plus en parallèle qu'en concertation. La CR-GdR est cependant davantage une instance institutionnelle d'échanges d'information qu'une structure opérationnelle permettant de préciser conjointement la déclinaison territoriale des priorités nationales.

Le pilotage de la gestion du risque pâtit en outre de la multiplicité et de l'instabilité des indicateurs mis en place par chaque réseau, entre lesquels plusieurs incohérences ont été relevées par la mission, comme c'est le cas pour les programmes transports, insuffisance rénale chronique ou chirurgie ambulatoire. Dans bien des cas, l'instabilité des indicateurs et leur faible capacité à refléter la qualité des actions de maîtrise des dépenses tiennent aux tâtonnements dans la conception des programmes et à la dispersion du pilotage national.

La gestion du risque ne joue pas encore le même rôle fédérateur au sein des principaux réseaux mobilisés. Au cœur de l'action des CPAM et du service médical, comme en témoigne la place centrale qu'elle occupe dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG), elle mobilise des moyens conséquents puisqu'environ 9 200 ETP sont affectés aux fonctions de gestion du risque-régulation au sein du réseau du régime général (dont environ 4900 ETP en CPAM et 4300 dans les directions régionales du service médical), soit plus que les effectifs totaux des ARS. Du côté de celles-ci, la diffusion de la culture de la gestion du risque progresse, même s'il est frappant de constater que ces actions restent largement portées par des personnels issus de l'Assurance maladie.

Si les ARS privilégient souvent une approche territorialisée et planificatrice des actions de gestion du risque, s'appuyant sur leurs marges d'adaptation régionale, elles ne disposent pas en revanche d'une capacité de déploiement opérationnel comparable à celle des organismes locaux du régime général dont le mode de management centralisé laisse à l'inverse peu de marges de manœuvre régionales. Quant aux autres régimes membres de l'UNCAM, leur implication dans la GdR est plus modeste au-delà de certaines actions spécifiques à la population couverte (actions de la MSA notamment en ce qui concerne le lien ville-hôpital et le rôle du médecin traitant) et des politiques de prévention auxquelles ces régimes accordent une véritable attention. Ces éléments de contexte institutionnels expliquent largement les difficultés des coopérations et coordinations, pourtant nécessaires, à l'échelon local.

Au-delà de ces difficultés de pilotage, la mission estime que la gestion du risque souffre de défauts de conception qui limitent dans une large mesure son efficacité. La juxtaposition d'actions conduites séparément ne permet pas d'établir les liens pourtant nécessaires, comme entre les programmes chirurgie ambulatoire et pertinence des actes, ou entre transports des patients et prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC).

En outre, la vision retenue est parfois réductrice au regard des enjeux, comme en témoignent les programmes relatifs à l'IRC ou à l'imagerie, lesquels illustrent aussi les faiblesses de l'analyse médico-économique mobilisée pour la conception des programmes. L'expertise en santé publique, pourtant portée par un nombre important d'acteurs, est peu utilisée, tandis que les relations avec la Haute autorité de santé n'ont pas encore trouvé leur équilibre. Enfin des progrès importants restent à accomplir dans l'analyse des dépenses (notamment sur les transports et l'imagerie), afin d'enrichir les retours d'information aux professionnels de santé et de mieux cibler les instruments disponibles, qu'il s'agisse d'accord préalable de l'Assurance maladie, de contractualisation avec les prestataires de soins ou d'autorisation d'équipement et d'activité.

Si la gestion du risque est de plus en plus médicalisée, sa rationalité médicale reste donc insuffisante, notamment du point de vue du bénéfice médical pour le patient. C'est particulièrement important pour les programmes touchant aux pathologies chroniques, comme l'IRC ou le diabète, et au lien ville-hôpital, comme PRADO. Ce dernier aborde certes des sujets essentiels mais il n'est pas sûr qu'il réponde de manière appropriée aux enjeux économiques et de santé publique.

La question des modalités opérationnelles de la GdR est aussi posée ; en particulier la question du compromis entre un pilotage centralisé et la préservation de marges de manœuvre et de coopérations régionales, qui sont indispensables pour certains programmes tels que la promotion de l'efficacité à l'hôpital ou la pertinence des soins. Or les latitudes théoriquement prévues dans les PPR-GdR ont été en pratique peu utilisées et la coopération locale entre les ARS et les organismes locaux d'Assurance maladie reste trop limitée, qu'il s'agisse d'analyse des dépenses, de priorisation ou d'adaptation de certaines actions. Par ailleurs, l'efficacité de certains instruments apparaît à l'avenir incertaine (mise sous accord préalable en matière de chirurgie ambulatoire ou de soins de suite et de réadaptation, visites en établissements) ou à conforter (cas des « profils » remis par les délégués de l'Assurance maladie aux établissements).

De manière générale, l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des actions de GdR est insuffisante et les méthodes de chiffrage peu transparentes, ces défauts relevant des responsabilités tant de l'Etat que de l'Assurance maladie. Les effets attendus des programmes de gestion du risque ne sont pas systématiquement évalués *ex ante* ou *ex post*. C'est particulièrement le cas des programmes imagerie et transports mais aussi d'un programme plus ancien comme celui portant sur la chirurgie ambulatoire. Quant aux efforts réels d'évaluation *ex ante* des programmes PRADO, ils reposent sur des hypothèses éloignées des conditions de mise en place de ces programmes jusqu'à présent. Un manque de transparence affecte aussi les chiffrages repris dans la construction de l'ONDAM, qui intègre chaque année en mesures nouvelles les effets attendus de la GdR, selon des rubriques variables d'une année sur l'autre. Parmi elles, la maîtrise médicalisée se voit attribuer un « rendement » économique d'environ 550 M€ par an (sur un ensemble de mesures d'économies d'un peu plus de 2 Md€ par an, dont la moitié résulte d'ajustements de prix et de tarifs). Mais il est difficile de savoir ce qui, dans ces calculs, est constaté et ce qui est déduit ; ce qui relève d'un calcul prospectif ou d'un calcul rétrospectif. L'estimation des économies obtenues étant nécessairement fondée sur un écart à une tendance, l'instabilité des taux tendanciels et le caractère relativement mystérieux de leur calcul posent problème ; il est quasiment impossible de suivre dans le temps les économies effectivement réalisées.

Il est clair que les faiblesses de la GdR renvoient aussi à la complexité de tout le dispositif de pilotage du système de santé, ainsi qu'aux limites de l'analyse médico-économique disponible.

Sur la base de ces constats, la mission formule un ensemble de recommandations qui s'inscrivent dans un ajustement du cadre institutionnel général et ne prétendent donc pas répondre à toutes les difficultés. Ces recommandations participent de deux convictions : d'abord que, sur la base des acquis et de la dynamique de la GdR, l'efficacité de celle-ci pourrait être considérablement améliorée par une évolution des modalités de travail ; ensuite que la GdR doit s'inscrire dans un horizon temporel suffisamment long pour permettre l'infléchissement des comportements des professionnels de santé et des patients et la réalisation de gains d'efficience structurels.

1^{ère} orientation : rendre la programmation de la GdR plus cohérente et son pilotage plus unifié.

Le contrat Etat-UNCAM, qui vit difficilement aujourd'hui, serait transformé en un plan d'action intégré de l'Etat et des principaux régimes d'Assurance maladie centré sur la prévention. Il s'agit d'un domaine pour lequel l'inter-régimes a une valeur ajoutée potentielle et la consolidation des moyens des différents acteurs est indispensable.

A côté de ce nouveau contrat Etat-UNCAM, des programmes partagés de gestion du risque devraient être conçus conjointement par l'Etat et le régime général -ainsi que les autres régimes en fonction de leur intérêt et capacité de mobilisation sur certains thèmes. Validés en CNP, ces programmes seraient, en lieu et place de la COG, la référence unique de l'Etat et de la CNAMTS, de ses organismes locaux et des ARS, pour leurs actions de gestion du risque sur ces priorités. Leur préparation et leur suivi s'appuieraient sur un rôle renforcé du comité national de pilotage de la GdR et de la mission de coordination de la GdR de la DSS, dimensionnée en conséquence. Les sujets qui ne sont pas dépourvus de tout lien avec la GdR mais qui relèvent spécifiquement de la compétence de la CNAMTS - comme la politique conventionnelle, l'analyse de la dépense d'Assurance maladie ou encore la lutte contre les fraudes et abus - continueraient à figurer dans la COG Etat-CNAMTS.

Enfin, la coordination opérationnelle entre ARS et organismes locaux d'Assurance maladie doit être impérativement renforcée : en élargissant la composition de la commission restreinte de coordination de gestion du risque afin d'en faire une instance plus opérationnelle de type « conduite de projet » ; en intégrant les responsables GdR des ARS à leurs commissions exécutives ; et en faisant une place dans le management du réseau du régime général à des travaux conçus conjointement avec les ARS, suivis et évalués. En tout premier lieu, un rapprochement des capacités régionales d'analyse des dépenses des deux réseaux est indispensable comme le préconisait déjà le rapport de l'IGAS sur la gestion du risque de 2010.

2^{ème} orientation : redéfinir le périmètre des priorités partagées de gestion du risque. La mission a cherché à redéfinir des priorités en renforçant les synergies entre certains thèmes et en s'inscrivant dans la stratégie nationale de santé :

- *un programme nouveau sur l'efficacité hospitalière*, centré sur le développement de la chirurgie ambulatoire abordé sous l'angle de l'organisation des flux de patients, des équipes hospitalières, des blocs opératoires et des circulations d'informations. Ce programme inclurait aussi la question de la pertinence des actes réalisés en chirurgie ambulatoire. Il mobiliserait divers leviers: levier tarifaire, éventuelle mise sous accord préalable, appui aux réorganisations, outils de benchmark, accompagnement des établissements dans le cadre de la MMH, retours d'information aux établissements sur leur activité, analyses d'atypies ;
- *un programme nouveau sur l'aval de l'hospitalisation* regroupant plusieurs actions aujourd'hui dispersées : le sujet des soins de suite et réadaptation, notamment du point de vue de l'adéquation des séjours ; les programmes PRADO, dont le succès suppose un effort de professionnalisation et une articulation avec d'autres leviers de structuration du parcours de soins, y compris dans les zones aux faibles densités médicales ; la chirurgie ambulatoire, qui, pour des actes aujourd'hui plus complexes, doit être aussi abordée sous l'angle de l'organisation des soins en ville post-intervention (notamment la prise en charge de la douleur) et du rôle du médecin traitant ;
- *un programme imagerie à réorienter*, en direction de l'amélioration de la traçabilité des prescriptions et des actes, de l'analyse de la pertinence des actes et du réajustement de la structure tarifaire ;
- *un programme transports à mieux outiller* en termes de connaissance de la dépense et de rationalisation de l'organisation des prescriptions de transport ;
- *un programme pertinence des soins à déployer en s'appuyant sur une véritable stratégie et sur une étroite collaboration* entre les ARS et les organismes locaux d'Assurance maladie ; il s'agit, ce faisant, de se pencher non seulement sur les atypies, mais aussi sur l'organisation collective des parcours de soins.

Il va de soi que ces programmes ne sont pas indépendants les uns des autres.

La mission propose en revanche de ne pas inscrire l'IRC parmi les programmes partagés de gestion du risque, dans la mesure où les actions à mener relèvent en grande partie d'une politique d'offre, de la compétence de l'Etat, en sus des efforts nécessaires d'information et d'éducation thérapeutique des patients.

3^{ème} orientation : mieux étayer la conception opérationnelle des programmes. La conception précise des programmes de gestion du risque (actions, cibles, instruments, etc.) gagnerait à s'appuyer sur une analyse médico-économique plus développée et plus ouverte aux expertises disponibles. Simultanément, cette analyse pourrait prendre une plus grande profondeur temporelle en évaluant dans la durée les soins mobilisés, en particulier pour les pathologies chroniques. Il convient par ailleurs de préciser et d'organiser l'articulation entre politique tarifaire et GdR.

4^{ème} orientation : évaluer les programmes de façon plus solide et plus transparente. Tant les évaluations *ex ante* des actions envisagées que la mesure *ex post* de leurs résultats doivent être réalisées de façon plus systématique et sur la base d'hypothèses de calcul plus transparentes. Le recours à une évaluation externe pour des axes majeurs comme la sortie d'hospitalisation ou le « disease management » est à considérer.

Ces orientations générales sont complétées par des propositions plus spécifiques à chacun des programmes étudiés par la mission, qui figurent dans le tome II du présent rapport.

Sommaire

EVALUATION DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE.....	1
SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION	13
1 DE QUOI PARLE-T-ON ? RETOUR SUR LA NOTION DE « GESTION DU RISQUE ».....	15
1.1 Historique et définition de la notion de « gestion du risque ».....	15
1.2 Une architecture contractuelle complexe.....	18
1.2.1 La loi HPST prévoit un partage des responsabilités et des compétences entre l'Etat et l'Assurance maladie en matière de gestion du risque.....	19
1.2.2 Le pilotage régional de la gestion du risque se caractérise par la coexistence de multiples documents programmatiques et contractuels et de plusieurs instances de concertation.....	22
1.3 Une notion qui se concrétise par de nombreux programmes et mobilise d'importants moyens du côté du régime général	25
1.3.1 De nombreux programmes	25
1.3.2 D'importants moyens mobilisés dans la branche maladie du régime général	27
1.3.3 La GdR dans les organisations, modes de management et cultures professionnelles de l'Assurance maladie et des ARS.....	32
2 UNE CONCEPTION DES PROGRAMMES QUI MANQUE DE COHERENCE ET DE METHODE	35
2.1 Une juxtaposition d'actions peu articulées.....	35
2.2 Une analyse médico-économique insuffisamment aboutie.....	36
2.2.1 Une liaison insuffisante avec l'expertise en santé publique et l'évaluation médico-économique	36
2.2.2 La recherche du meilleur soin au meilleur coût : une rationalité médicale en pratique limitée	39
3 UNE MISE EN ŒUVRE QUI MANQUE DE COORDINATION OPERATIONNELLE	44
3.1 La question du bon usage de certains outils ou modalités d'intervention	44
3.2 Un faible degré de régionalisation de la gestion du risque	50
3.2.1 Les ambiguïtés autour des marges de manœuvre régionales.....	50
3.2.2 Dans les faits, un ajustement régional limité des actions de gestion du risque	50
4 UN PILOTAGE NATIONAL DONT LA CONSTRUCTION EST INACHEVEE.....	52
4.1 Un pilotage national dispersé.....	52
4.1.1 Un pilotage rendu compliqué par une dualité d'acteurs aux légitimités concurrentes.....	52
4.1.2 Les hésitations dans le pilotage renvoient aussi à des ambiguïtés sur les finalités de la GdR et sur son horizon temporel.....	53
4.2 Des indicateurs peu lisibles et dont la nature reste ambiguë	54
4.2.1 Les indicateurs: outils de management d'un réseau ou outils de pilotage de la GdR ?.....	54
4.2.2 Des indicateurs multiples et instables.....	55
5 UN MANQUE D'EVALUATION DES ACTIONS.....	59
5.1 Une mesure fragile de leur efficacité et de leur efficience.....	59
5.1.1 Des actions qui ont un coût	59
5.1.2 L'absence d'évaluation <i>ex ante</i> des bénéfices de certains programmes	60
5.1.3 Dans d'autres cas, des hypothèses de calcul fragiles et peu transparentes.....	61
5.1.4 Des résultats mitigés, notamment en matière de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques	62
5.2 Un manque de transparence des chiffrages repris dans la construction de l'ONDAM.....	62
5.3 Quels résultats peut-on mettre en avant ?	70

5.3.1	Une contribution au ralentissement de la dynamique de l'ONDAM ?	70
5.3.2	Des résultats positifs sur certains segments de soins	70
6	RECOMMANDATIONS	71
6.1	Revoir la programmation de la GdR afin d'assurer l'alignement stratégique des acteurs	71
6.1.1	Transformer le contrat Etat-UNCAM en un plan d'action intégré centré sur la politique de prévention	71
6.1.2	Arrêter des programmes partagés autour de grandes priorités de GdR et en resserrer le pilotage national	72
6.1.3	Recentrer en conséquence le chapitre GdR de la COG sur les interventions relevant spécifiquement de la compétence de la CNAMTS	73
6.1.4	Renforcer la coordination opérationnelle entre ARS et organismes locaux d'Assurance maladie	74
6.2	Quelles priorités partagées de GdR pour les prochaines années ?	75
6.2.1	Une politique de prise en charge de l'IRC à poursuivre en dehors des programmes partagés de GdR	75
6.2.2	Un programme sur la pertinence des soins à déployer sur la base d'une étroite coordination Etat-Assurance maladie en région	76
6.2.3	Un programme nouveau sur l'efficacité de l'organisation hospitalière	76
6.2.4	Un programme nouveau sur l'aval de l'hospitalisation	77
6.2.5	Un programme relatif à l'imagerie médicale à réorienter	77
6.2.6	Un programme sur les transports à mieux outiller	78
6.2.7	Un programme complémentaire possible concernant les EHPAD	78
6.3	Modalités de conception et d'évaluation des programmes	79
6.3.1	Une conception plus solide des programmes	79
6.3.2	Une évaluation plus transparente	80
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU AUDITIONNEES	81
	ANNEXE 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX ENGAGEMENTS ET OBJECTIFS INSCRITS DANS LA COG ETAT - CNAMTS 2010-2013 AU TITRE DE LA GESTION DU RISQUE	87
	ANNEXE 2 : INDICATEURS DE LA GESTION DU RISQUE FIGURANT DANS LA COG ETAT-CNAMTS 2010-2013 ET LES CPG	93
	ANNEXE 3 : INDICATEURS DE LA GESTION DU RISQUE FIGURANT DANS LES CPOM DES ARS ET INDICATEURS NATIONAUX DE SUIVI DE LA GDR	97
	ANNEXE 4 : OBSERVATIONS SUR LE BILAN DU CONTRAT ETAT-UNCAM 2010-2013	101
	REPONSE DE LA DSS AU RAPPORT PROVISOIRE	113
	REPONSE DU SECRETAIRE GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES AU RAPPORT PROVISOIRE	123
	REPONSE DE LA CNAMTS AU RAPPORT PROVISOIRE	129
	OBSERVATIONS DE LA MISSION AUX REPONSES AU RAPPORT PROVISOIRE	151
	LISTE DES SIGLES	155

" At all times our guiding principle will be : think like a patient, act like a taxpayer "

" Notre ligne directrice restera : penser en patient, agir en contribuable "

Simon Stevens, directeur général du National Health Service, Angleterre

INTRODUCTION

Le présent rapport évalue la gestion du risque maladie dans une triple perspective : le renouvellement du contrat Etat-UNCAM¹, le bilan de la convention d'objectifs et de gestion (COG) Etat-CNAMTS 2010-2013 et son renouvellement (la précédente mission d'évaluation relative à la COG 2006-2009 ayant indiqué la nécessité de mener des travaux plus approfondis sur ce thème), enfin, la préparation du prochain programme de gestion du risque des ARS.

La gestion du risque est une notion assurantielle qui vise à maîtriser ou modifier le profil du risque assuré. Dans le contexte de l'Assurance maladie, elle se définit autour de trois finalités :

- une recherche d'efficacité : optimiser les réponses du système de soins aux besoins de santé ;
- un souci de prévention : inciter la population à recourir à la prévention et aux soins de façon pertinente ;
- une finalité qualitative : amener les professionnels de santé et établissements à respecter les critères de qualité des soins dans le cadre financier en vigueur (tarifs négociés entre Assurance maladie et professionnels de santé libéraux, prix et tarifs fixés par l'Etat pour les médicaments et établissements de santé, objectif national de dépenses d'Assurance maladie voté chaque année par le Parlement).

La prise en compte des enjeux de qualité et d'efficacité peut conduire à une conception très extensive de la gestion du risque, qui couvrirait quasiment toute la régulation du système de santé, depuis l'organisation de l'offre de soins jusqu'aux conditions d'accès à ces soins. C'est d'ailleurs cette conception qui est retenue dans la COG de la CNAMTS.

En pratique, la gestion du risque se décline en plusieurs programmes, communs à l'Etat et à l'Assurance maladie ou propres à celle-ci. La mission a approfondi l'étude de six d'entre eux :

- transport des patients ;
- imagerie ;
- prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ;
- chirurgie ambulatoire ;
- sorties d'hospitalisation et programmes PRADO ;
- programmes d'accompagnement des établissements, à travers la maîtrise médicalisée hospitalière (MMH) et la pertinence des soins.

Les deux premiers programmes ont été retenus en raison d'interrogations quant à leur rapport coût-bénéfice ; le troisième présente des enjeux de santé publique majeurs sur une pathologie chronique ; pour le quatrième la question était celle du devenir d'un programme plus ancien et des conditions susceptibles de conforter la dynamique engagée ; les deux derniers programmes soulevaient de manière plus aigüe des enjeux d'articulation entre ARS et Assurance maladie.

¹ UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

La mission ne s'est pas penchée sur les programmes de GdR relatifs au médicament compte tenu des récents travaux publiés sur le sujet², ni sur le programme propre aux EHPAD. Elle a exclu également les modalités de rémunération des médecins, sujet à part entière et qui renvoie notamment à la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), trop récente pour être évaluée. La mission n'a pas traité non plus la politique de contrôle en matière d'indemnités journalières qui a fait l'objet d'un rapport de la MECSS³ de l'Assemblée nationale en avril 2013.

Les travaux de la mission, qui se sont déroulés de novembre 2013 à mars 2014, reposent sur l'analyse de très nombreux documents au niveau national ainsi que sur des entretiens en ARS et dans les organismes d'Assurance maladie du régime général (CPAM, DRSM⁴ et ELSM⁵) dans cinq régions (Ile de France, Poitou-Charentes, Picardie, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon). Au cours de ses déplacements, la mission s'est également rendue dans quelques établissements dans la mesure où une grande partie de la gestion du risque se déploie en leur sein, avec des enjeux majeurs d'articulation entre ARS et Assurance maladie. La mission a également rencontré au niveau national les directions compétentes du ministère des affaires sociales et de la santé, le secrétariat général ainsi que les services concernés de la CNAMTS. Des entretiens complémentaires ont été menés auprès des autres régimes membres de l'UNCAM (Régime social des indépendants -RSI- et Mutualité sociale agricole -MSA), de professionnels de santé et de la Haute autorité de santé (HAS).

Deux décennies de déploiement de la gestion du risque au sein de la branche maladie du régime général fournissent un acquis incontestable : un ensemble d'instruments de contrôle, d'accompagnement ou d'incitation des professionnels de santé et, dans une moindre mesure, des assurés ; une amélioration progressive des systèmes d'information de l'Assurance maladie et des capacités d'analyse des dépenses de soins, qui peuvent désormais être affinées à l'échelle des processus de soins et des pathologies ; une capacité de proposition renforcée du régime en matière d'efficacité du système de soins (formalisée notamment dans les rapports *Charges et Produits* annuels) ; un degré de maturité de la dynamique de gestion du risque qui a permis le lancement récent de programmes centrés sur des thèmes essentiels comme l'articulation ville-hôpital ou la pertinence des soins. Enfin, la gestion du risque contribue à ce que la responsabilité du bon emploi des ressources du système de santé soit portée aussi, depuis 2010, par les directeurs généraux des ARS, lesquels se sentent sans conteste partie prenante de cette démarche.

Parmi les autres régimes d'Assurance maladie, la gestion du risque occupe une place moins centrale qu'au sein du régime général, même si la mutualité sociale agricole accorde une grande attention au contrôle des facturations, aux questions d'organisation des soins en milieu rural - en particulier la place du médecin traitant - ainsi qu'à la prévention et à l'éducation en santé.

Pour autant, cet acquis ne doit pas conduire à éluder aujourd'hui certaines questions : quel est le rapport coût-bénéfice des actions de gestion du risque ? Comment sont établis et mesurés les gains économiques ou qualitatifs engendrés ? Comment se traduit en pratique le partage des rôles entre Etat et Assurance maladie institué en 2009 par la loi HPST ? Quelle est la place des ARS dans la GdR et la place de la GdR dans les ARS ? Comment l'action sur les actes et les comportements des professionnels de santé rejoint-elle la régulation de l'offre ? Dans quelle mesure l'instrument tarifaire est-il intégré à la gestion du risque ? Les modalités de travail autour de cette gestion du risque peuvent-elles progresser ? Telles sont les questions auxquelles la mission a cherché à répondre.

² Cf. notamment missions de l'IGAS relatives à la prescription des médicaments en ville et à l'hôpital (2013) et à l'évaluation de la politique des médicaments génériques (2012) ainsi que plusieurs travaux de la Cour des Comptes, notamment : chapitre IV « La maîtrise des dépenses de médicaments » dans le rapport de 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

³ MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale

⁴ DRSM : Direction régionale du service médical.

⁵ ELSM : Echelon local du service médical.

Le présent rapport est organisé comme suit :

- un premier tome présentant :
 - **un rapport de synthèse qui traite des problématiques transversales** : construction des programmes de gestion du risque, mise en œuvre et coordination opérationnelle, pilotage, efficacité de ces actions, intégration dans l'ONDAM. Ce rapport de synthèse formule dans sa dernière partie des propositions d'évolution liées à ces enjeux transversaux. Il faut souligner que ces éléments sont fondés sur les seuls programmes étudiés par la mission ; en outre, les propositions formulées s'inscrivent dans le cadre législatif actuellement en vigueur quant à la répartition des compétences entre l'Etat et la CNAMTS ;
 - **quelques annexes** : un récapitulatif des engagements de gestion du risque inscrits dans la COG Etat-CNAMTS 2010-2013 ; deux tableaux récapitulatifs des indicateurs utilisés dans ce domaine, que ce soit dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'Etat et les ARS ou dans la COG et les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des organismes locaux d'Assurance maladie ; enfin quelques observations de la mission sur le bilan du contrat Etat/UNCAM 2010-2013 ;
- un deuxième tome comprenant les **fiches consacrées à chacun des six programmes étudiés par la mission** : ces fiches analysent en détail le contenu des programmes et les processus de décision sous-jacents, leurs modalités et difficultés de mise en œuvre ainsi que leurs effets. Chaque fiche comprend des propositions d'évolutions spécifiques au programme traité.

1 DE QUOI PARLE-T-ON ? RETOUR SUR LA NOTION DE « GESTION DU RISQUE »

1.1 Historique et définition de la notion de « gestion du risque »

La notion de risque visée par la « gestion du risque » est le risque assuré par un organisme d'assurance. La gestion du risque (GdR) désigne ainsi toutes les techniques permettant à l'assureur de réduire le coût de cette couverture : techniques actuarielles, détermination des niveaux de primes, promotion de la prévention, sélection des clients, etc.

Dans un contexte d'assurance sociale publique et obligatoire, la notion se transforme nécessairement : en l'absence de possibilité de sélection des personnes assurées ou de tarification selon le risque individuel des assurés, et en présence d'un panier de soins couverts largement défini par des dispositions législatives et réglementaires, l'éventail des techniques de gestion du risque assuré se réduit. De plus, l'objectif politique d'amélioration de l'état de santé de la population impose des actions qui peuvent contrebalancer la seule préoccupation de maîtrise des coûts et de maîtrise du risque assuré.

Par conséquent, la gestion du risque maladie, lorsqu'elle s'insère dans la politique de régulation du système de santé et de maîtrise des dépenses publiques, devient un ensemble - aux frontières imprécises - d'actions destinées à améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût (coût pour l'Assurance maladie d'abord, la question du reste à charge du patient pouvant intervenir à travers les conséquences du renoncement aux soins).

➤ *Bref historique*

La CNAMTS traite de la gestion du risque depuis deux décennies. Celle-ci n'est devenue un domaine partagé qu'avec la création des ARS en 2010.

L'expression a été introduite dans le code de la sécurité sociale par l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 qui en fait un des objets des conventions d'objectifs et de gestion nouvellement instituées (article L.227-1 du code de la sécurité sociale⁶) mais aussi un objet des plans d'action arrêtés annuellement par les caisses primaires d'Assurance maladie (article L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale⁷ - modifié depuis, le conseil de la CPAM ne déterminant désormais que les « axes de la politique de gestion du risque »).

La GdR a commencé à être évoquée dans la première COG CNAMTS 1997-1999, sous deux angles: « *Le service médical doit prendre une part déterminante dans la politique de gestion du risque* » et « *Un lien étroit est établi entre les plans d'action de gestion du risque et les objectifs négociés conventionnellement avec chaque profession* », sachant que la CNAMTS avait alors reçu délégation de l'Etat pour appliquer le dispositif d'enveloppe fermée sur les soins de ville.

Après avoir fait l'objet d'un avenant dans la COG 2000-2003, le thème de la GdR a été véritablement décliné dans ses différentes dimensions avec la COG 2006-2009. Une conception très large de la GdR a d'emblée prévalu.

Cette conception était contenue dans la circulaire inter-régimes n°5/99 du 24 mars 1999 sur la coordination de la gestion du risque par les unions régionales de caisses d'Assurance maladie (URCAM), qui définissait ainsi les trois dimensions de la gestion du risque : « *optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé ; inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins ; amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts, dans le cadre financier voté par le Parlement* ».

Ainsi l'avenant n°4 à la COG 2000-2003 définit-il une politique de gestion du risque s'appuyant sur « *l'optimisation des dépenses grâce à des outils médicalisés, afin de garantir la qualité des soins, envisagés dans toutes leurs composantes : leur opportunité, leur régularité (c'est-à-dire leur conformité aux normes médicales et juridiques), leur efficacité et leur efficience* ».

A la faveur de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, la CNAMTS a affirmé une conception de plus en plus extensive de son rôle en matière de gestion du risque ; elle en a fait progressivement un point clé de sa stratégie tant vis-à-vis de l'Etat que vis-à-vis de son propre réseau, en s'appuyant sur le développement des systèmes d'information issus des consommations de soins.

La loi du 13 août 2004 a en effet identifié la gestion du risque comme une compétence spécifique du conseil de la CNAMTS (et des autres caisses nationales d'Assurance maladie) chargé d'arrêter « *les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre* » (art. L. 221-3 du code de la sécurité sociale), tout en confiant à l'UNCAM une fonction de coordination des actions de gestion du risque de ses membres. Elle a simultanément étendu les compétences de l'Assurance maladie pour permettre sa contribution à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, établissements de santé inclus.

Sur ce fondement, le conseil de la CNAMTS a arrêté en juin 2005 les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre, et il a, à cette occasion, distingué trois domaines d'intervention :

⁶ Article L. 227-1 : les conventions d'objectifs et de gestion précisent : « 1°) Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ; (...) ».

⁷ Article L. 211-2-1 (version initiale) : « Les conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie arrêtent chaque année, sur proposition du directeur, un plan d'action en matière de gestion du risque maladie. Ce plan détermine notamment, au vu des objectifs nationaux et régionaux et des évaluations des actions poursuivies les années précédentes, les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs de la caisse et l'échelon local du contrôle médical et, en tant que de besoin, les modalités de cette coordination ».

- les domaines pour lesquels l'Assurance maladie est seule compétente (relations conventionnelles, contrôles des assurés et des professionnels, périmètre de la prise en charge) ;
- ceux pour lesquels ses compétences sont partagées avec l'Etat (prévention, médicament, politique hospitalière, bonnes pratiques, démographie médicale, planification de l'offre de soins, médico-social) ;
- ceux « *qui peuvent donner lieu à propositions* » (i.e. sur lesquels elle s'estime légitime à s'exprimer : formation des professionnels de santé, sécurité sanitaire, cadre juridique du système de soins et de prévention).

Le rapport *Charges et Produits* publié chaque année par la CNAMTS sur la base de la loi de 2004 - la MSA publiant le sien également - est le support de communication de la caisse sur ses actions ou ses propositions en matière de gestion du risque et plus largement de régulation du système de santé. Ce document est progressivement devenu une source de propositions majeure pour l'Etat dans son pilotage du système de soins et de l'ONDAM.

La gestion du risque est aussi devenue depuis 2006 le premier chapitre des COG de la CNAMTS : chapitre intitulé « *Placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie, assureur solidaire en santé* » dans la COG 2006-2009, puis « *Approfondir la gestion du risque* » dans la COG 2010-2013 qui développe davantage encore la thématique. Cette dernière COG souligne la nécessité d'ordonner la gestion du risque et plus généralement la régulation du système de santé autour de l'assuré plutôt que des différentes catégories de prestataires de soins. En dehors de sa déclinaison en 20 axes d'actions détaillés, la convention ne comporte pas de définition particulière de cette notion. Il est vrai que la dernière COG a été signée dans le contexte de la mise en place des ARS et de la loi HPST du 21 juillet 2009 dont la répartition des compétences de gestion du risque a été un enjeu âprement discuté.

➤ *Définition*

Le contrat Etat-UNCAM 2010-2013 se réfère, pour sa part, à la définition de la gestion du risque donnée par le HCAAM dans son rapport annuel de 2008, à partir des principaux types d'actions qui la composent⁸ :

- connaître le risque, c'est-à-dire les comportements des assurés, leurs déterminants, et les facteurs de coût du risque et de son évolution (d'où l'intérêt de disposer de systèmes d'information exhaustifs, y compris en ce qui concerne l'hôpital et le secteur médico-social, et des capacités techniques nécessaires à leur exploitation) ;
- prévenir les sinistres, en sensibilisant les assurés ;
- limiter l'aggravation des sinistres (sont visées à ce titre notamment les actions de prévention destinées aux assurés en affection de longue durée) ;
- réduire les coûts de la réparation des sinistres, en promouvant un recours aux soins plus pertinent et en maîtrisant les coûts de production des soins par des actions visant à infléchir les pratiques soignantes ;
- fournir des services à l'assuré ou au prestataire de soins (lui permettant, par exemple, de suivre et comparer son profil de prescription ou d'auto-évaluer ses pratiques).

Le contrat Etat-UNCAM ajoute que « *la gestion du risque s'inscrit dans la démarche de maîtrise médicalisée des dépenses de santé* » qui doit « *permettre de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières* ».

⁸ Reprenant ainsi la définition contenue dans le rapport d'information sur les ARS, présenté par Yves Bur, Assemblée nationale, n°2008-697, février 2008.

Ces actions recourent en effet assez largement la notion de « maîtrise médicalisée » couramment utilisée depuis le début des années 90 (avec des dispositifs tels que les références médicales opposables introduites par la convention de 1993, les carnets de santé ou encore le codage des actes et des pathologies et les outils d'analyse de l'activité des professionnels) dans un contexte juridique qui en limitait alors l'application au secteur ambulatoire.

Sur la base de la loi de 2004, les démarches et outils de maîtrise médicalisée de l'Assurance maladie se sont étendus aux établissements ; évolution plus que rupture puisque dès la COG 1997-1999 le suivi des dépenses imputées sur l'enveloppe de soins de ville conduisait à « *mettre en œuvre tous les moyens pour assurer le suivi et la maîtrise des prescriptions réalisées par les médecins hospitaliers en définissant notamment les modalités de responsabilisation des prescripteurs hospitaliers* ».

Aujourd'hui la gestion du risque tend à devenir un ensemble d'actions extrêmement vaste et hétérogène autour des enjeux de qualité et d'efficacité. Au sein de la MSA, est proposée aux médecins conseils une définition par défaut selon laquelle « Quand vous ne faites pas de l'expertise médicale individuelle, vous faites de la GdR ».

De fait, le chapitre relatif à la gestion du risque dans la COG de la CNAMTS 2010-2013 inclut, outre la maîtrise médicalisée, des dispositifs qui, comme Ameli-direct ou le tiers-payant, relèvent autant de la qualité de service administratif aux assurés (et figurent d'ailleurs aussi dans le chapitre 2 qui traite de ce thème). Ce chapitre englobe aussi des objectifs de réduction des inégalités de santé ou de répartition de l'offre sur le territoire qui relèvent davantage de la politique de santé publique et de l'organisation du système de santé. Il comprend enfin la lutte contre la fraude, qui est une fonction propre à l'assureur et constitue l'expression ultime de la GdR.

Les enjeux de qualité et d'efficacité sont eux-mêmes en tension réciproque. Si l'Assurance maladie met en avant une médicalisation croissante de la gestion du risque (d'abord sous la forme d'une analyse des dépenses par pathologie ou processus de soins), la question du bénéfice pour le patient reste peu abordée. Cela est manifeste dans la conduite de programmes comme ceux relatifs à l'insuffisance rénale chronique ou à l'imagerie médicale. La légitimité de la recherche de modération de la dépense, exprimée par exemple dans les propositions des rapports *Charges et Produits* de la CNAMTS, est incontestable, mais la manière dont elle est mise en résonance avec le bénéfice pour le patient reste ambiguë. Selon certains interlocuteurs de la mission, un discours trop focalisé sur la maîtrise des dépenses d'Assurance maladie a même pu desservir certains objectifs.

Finalement, une définition « simple » qui pourrait être retenue pour la GdR serait qu'elle serve à promouvoir « le meilleur soin au meilleur coût ».

1.2 Une architecture contractuelle complexe

Une ligne de partage historique a longtemps attribué à l'Assurance maladie (caisses nationales, UNCAM au niveau national, URCAM au niveau régional) la régulation des soins de ville et à l'Etat celle du secteur hospitalier. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ainsi que la mise en place des ARS en 2010 ont modifié la donne juridique, sans effacer totalement cet héritage.

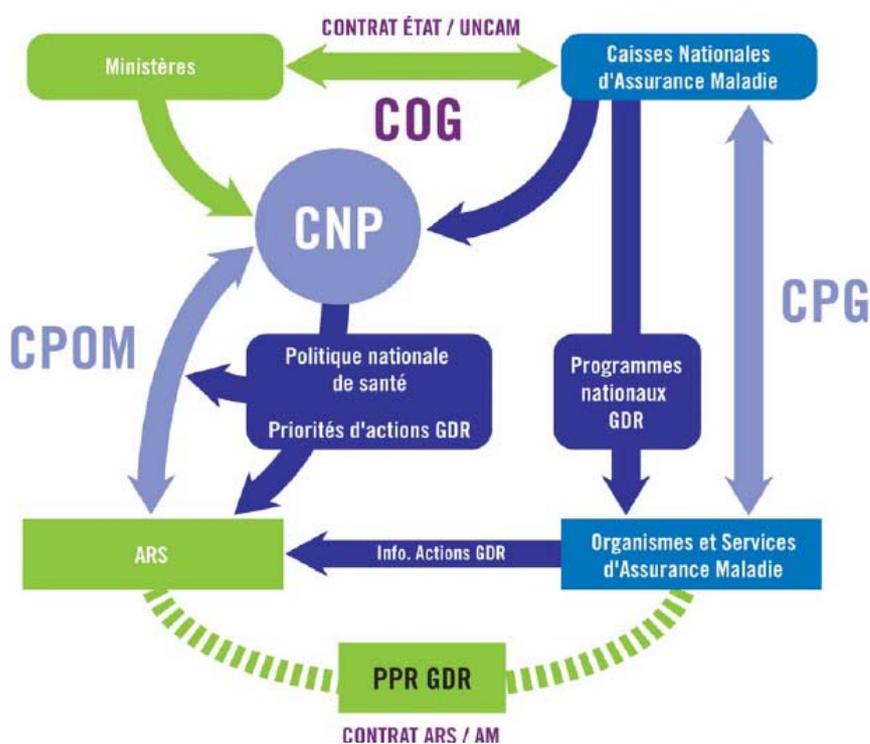
A l'issue de la loi HPST, les bases juridiques du pilotage national de la gestion du risque sont les suivantes :

- l'article L.182-2-1-1 du code de la sécurité sociale qui définit le champ du contrat Etat-UNCAM (cf. *infra*) ;
- l'article L. 1433-1 du code de la santé publique qui définit les compétences du conseil national de pilotage (CNP) des ARS ;

- les articles L. 221-3 et L. 182-2 et suivants du code de la sécurité sociale qui continuent de définir les pouvoirs de la CNAMTS et de l'UNCAM issus de la loi du 13 août 2004, ainsi que l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale sur le champ de la COG des régimes d'Assurance maladie.

Le schéma ci-dessous résume l'architecture contractuelle de la gestion du risque telle qu'elle existe aujourd'hui. Les développements qui suivent en précisent le sens.

Schéma 1 : Architecture contractuelle de la gestion du risque



Source : Programme régional de gestion du risque de l'ARS de Franche Comté (2010-2013)

1.2.1 La loi HPST prévoit un partage des responsabilités et des compétences entre l'Etat et l'Assurance maladie en matière de gestion du risque

1.2.1.1 Le contrat Etat-UNCAM fixe les objectifs de gestion du risque et répartit les compétences entre l'Etat et l'Assurance maladie

La loi HPST (article 117) fait reposer le pilotage national de la gestion du risque sur un nouveau document contractuel, précisant à la fois les objectifs de gestion du risque poursuivis par l'Etat et par l'Assurance maladie ainsi que la répartition de leurs compétences : il s'agit du contrat Etat-UNCAM.

En substance, le contrat Etat-UNCAM est un contrat pluriannuel (4 ans) qui détermine :

- les objectifs de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'UNCAM (régime général, régime des travailleurs indépendants, régime agricole). Ces objectifs doivent permettre de promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, et à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, afin de favoriser la qualité et l'efficacité des soins ;
- les actions mises en œuvre afin d'atteindre ces objectifs.

Pour 2010-2013, l'Etat et l'UNCAM se sont engagés sur cinq axes :

- mieux connaître le risque santé ;
- renforcer l'accès aux soins ;
- renforcer l'information et la prévention ;
- promouvoir des prises en charge plus efficaces ;
- moderniser les outils au service du système de santé.

En termes de procédure, le contrat Etat-UNCAM est validé en CNP.

1.2.1.2 Les objectifs de gestion du risque inclus dans le contrat Etat-UNCAM doivent être déclinés en engagements par l'Etat et par chaque régime d'Assurance maladie

Comme l'indique l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi HPST, les programmes nationaux de gestion du risque doivent être élaborés conformément aux objectifs déterminés dans le contrat Etat/UNCAM. Les engagements du contrat Etat/UNCAM sont censés être déclinés à la fois dans la COG de chaque régime d'Assurance maladie et dans les priorités nationales de gestion du risque, reprises ensuite dans les programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque (PPR-GdR) des ARS, lesquels sont intégrés aux projets régionaux de santé (PRS).

a) La déclinaison du contrat Etat-UNCAM dans les COG conclues avec les différents régimes d'Assurance maladie

La déclinaison du contrat Etat-UNCAM diffère selon les trois régimes d'Assurance maladie. Concernant le RSI et la MSA, cette déclinaison se fait essentiellement sous l'angle des actions de prévention vers les assurés, et bien moins sous l'angle de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé. La COG de la CNAMTS aborde la gestion du risque de manière beaucoup plus extensive suivant des axes qui, sans être identiques à ceux du contrat Etat-UNCAM, en reprennent l'esprit et intègrent les outils et agendas propres au régime général.

En pratique, comme le souligne le précédent rapport de l'IGAS⁹ sur ce thème, l'ordre des rédactions prévu a été adapté : « l'UNCAM a tout d'abord adopté en février 2010 un document très général sur les objectifs de GdR des trois régimes ; la CNAMTS a ensuite à la fois précisé et élargi les éléments la concernant du plan d'action UNCAM en faisant arrêter par son conseil en mars 2010 ses orientations pour la gestion du risque, dans la perspective de la négociation de sa COG ; puis ces orientations ont servi de trame à la partie GdR de son projet de COG, dont le contenu a été négocié parallèlement à la négociation du contrat Etat/UNCAM et à l'arbitrage de dix priorités nationales de gestion du risque à l'intention des ARS ; ces deux derniers documents ont fait l'objet d'un examen et d'une validation du CNP ».

Dans les faits, l'articulation entre contrat Etat-UNCAM et COG de la CNAMTS s'apparente donc davantage à une superposition contractuelle qu'à une déclinaison ordonnée d'objectifs fixés préalablement.

b) La déclinaison du contrat Etat-UNCAM dans les priorités nationales de gestion du risque du côté de l'Etat

Du côté de l'Etat, la déclinaison du contrat Etat-UNCAM s'est faite à travers l'élaboration des 10 priorités nationales de gestion du risque, établies par la directive du 19 juillet 2010 et validées en CNP (récapitulées dans le tableau suivant) :

⁹ P-Y. Bocquet, M. Peltier, *Mission sur la gestion du risque*, rapport de l'IGAS, RM2010-163P, décembre 2010.

Tableau 1 : Les 10 priorités nationales de gestion du risque dans la directive du 19 juillet 2010

Programme	Détail des actions	Eco 2010	Eco 2011
Transports sanitaires (DSS)	- Contractualisation ARS avec les établissements de santé - Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires	90 ¹ M€	90M€
Prise en charge IRC (DSS)	- Dépistage de l'IRC - Développement de la Dialyse péritonéale - Développement des greffes	30M€	100M€
Liste en sus (DSS)	- Maîtrise des volumes au travers une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	90M€	90M€
Médicaments hospitaliers exécutés en ville (UNCAM)	- Identification des prescripteurs hospitaliers - Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	20M€	60M€
Imagerie médicale (UNCAM)	- Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle - Favoriser un développement soutenable des équipements lourds	100 M€ ²	100M€
Chirurgie ambulatoire (DGOS)	- Développement de la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs - Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive	30M€	50M€
Efficience des EHPAD (DSS)	- Améliorer la coordination des PS intervenant en EHPAD - Diffuser les bonnes pratiques - Développer les SI - Construire un dispositif d'évaluation	Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficaces dans les EHPAD	
Prescription dans les EHPAD (DSS)	- Réintégrer les médicaments dans le forfait de soins - Préparer/Calibrer le passage du tarif partiel au tarif global des EHPAD - Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux ; - Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD	Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD	
SSR (DGOS)	- Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint - Mise en œuvre d'une politique efficiente et maîtrisée du SSR	Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM	
PDS ambulatoire et urgences (DGOS)	- Assurer une permanence des soins accessible et efficiente - Assurer l'articulation entre la PDS ambulatoire et les urgences hospitalières	Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3%/an)	
TOTAL		360M€	490M€

Source : Directive aux agences régionales de santé relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010, 19 juillet 2010

A noter que ces priorités ont évolué depuis 2010 : le programme Permanence des soins ambulatoire a été supprimé et remplacé par le programme Pertinence des soins.

Selon la directive du 19 juillet 2010, le pilotage de ces 10 priorités doit être assuré dans les conditions suivantes : « *chacun des dix programmes nationaux est confié à un chef de projet identifié qui anime les acteurs nationaux et assure le pilotage du programme vis-à-vis des ARS* », tandis que la direction de la Sécurité sociale (DSS) anime un comité de suivi. Un suivi régulier doit être réalisé en CNP. Pour ce faire, un comité de pilotage de la GdR, sous l'égide de la DSS se réunit à un rythme trimestriel, associant l'Etat, la CNAMTS et la CNSA¹⁰.

Au sein de l'administration centrale, les 10 priorités de gestion du risque font l'objet d'un pilotage partagé entre la DSS et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) :

- les deux directions sont co-pilotes des actions en matière de transports, de liste en sus, et d'imagerie ;
- la DSS est pilote des programmes EHPAD et insuffisance rénale chronique (IRC) ;
- la direction générale de l'offre de soins (DGOS) est pilote des programmes chirurgie ambulatoire, soins de suite et de réadaptation (SSR), pertinence des soins et hospitalisation à domicile (HAD).

1.2.2 Le pilotage régional de la gestion du risque se caractérise par la coexistence de multiples documents programmatiques et contractuels et de plusieurs instances de concertation

Les bases juridiques du pilotage de la GdR au niveau régional sont les suivantes :

- l'article L. 1431-2 du code de la santé publique qui définit les compétences des ARS,
- l'article L. 1434-14 qui introduit la notion de programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR-GdR).

1.2.2.1 La compétence des ARS en matière de gestion du risque

La loi HPST confère une compétence de gestion du risque aux ARS, qui « *définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'Assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux* » (article L. 1431-2 du code de la santé publique).

Cette compétence, adossée à des programmes nationaux, est le prolongement logique de la compétence générale des ARS, chargées de « *réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux et à garantir l'efficacité du système de santé* » (L. 1431-2 du code de la santé publique).

1.2.2.2 Une abondance de documents programmatiques et contractuels

- a) Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est censé assurer la cohérence des actions conduites par les différents réseaux

Selon la directive du 19 juillet 2010, le PPR-GdR est composé de deux parties :

¹⁰ CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- une première partie reprenant les programmes nationaux de GdR, pour l'Assurance maladie et pour l'Etat. Les conditions de déclinaison et de mise en œuvre peuvent être précisées si besoin ;
- une seconde partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques (arrêtées par le directeur général d'ARS après avis de la Commission régionale de gestion du risque - CR-GdR).

Le PPR-GdR est donc la déclinaison au niveau régional des actions décidées au niveau national à la fois par l'Etat et par l'Assurance maladie. Arrêté pour une durée de 4 ans et révisable annuellement par avenant, soumis à concertation au sein de la Commission régionale de gestion du risque, ce programme est censé assurer la cohérence des actions menées localement. Le PPR-GdR est en outre intégré au projet régional de santé qui fait lui-même l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'ARS et les directeurs des organismes locaux d'Assurance maladie (Art. L. 1434-14 du code de la santé publique).

Concernant les actions régionales complémentaires, la directive du 19 juillet 2010 en précise le cadre :

- ces actions doivent être complémentaires avec les programmes nationaux ;
- leur définition doit être fondée sur un référentiel scientifique validé ;
- une évaluation des moyens mis en œuvre et des objectifs atteints doit être assurée.

La même directive indique que « *le plein déploiement des actions complémentaires des ARS ne devrait logiquement se faire qu'une fois le projet régional de santé adopté car elles découleront plus directement du diagnostic régional et des actions qui en résultent* ».

- b) Le PPR-GdR coexiste avec d'autres documents contractuels propres au pilotage de leur réseau par l'Etat et par l'Assurance maladie, qui interfèrent nécessairement avec la conduite des actions de GdR

Le PPR-GdR ne constitue pas le document unique de pilotage de la gestion du risque au niveau régional. Il coexiste avec deux autres documents contractuels servant au pilotage de chaque réseau :

- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'Etat et les ARS. Ils comprennent trois indicateurs : un indicateur synthétique portant sur le taux de réalisation des 10 priorités de gestion du risque ; deux indicateurs dédiés respectivement à la chirurgie ambulatoire et à l'insuffisance rénale chronique ;
- les contrats pluriannuels de gestion (CPG) conclus par la CNAMTS avec les CPAM et les directions régionales du service médical. Ils déclinent, d'une part, certains axes de la COG, notamment certaines actions de gestion du risque relevant d'initiatives propres à la CNAMTS ou de programmes partagés avec les ARS ; ils doivent décliner d'autre part le PPR-GdR.

Les priorités de gestion du risque sont donc reprises de façon plus ou moins exhaustives à plusieurs niveaux : dans le PPR-GdR, dans les CPOM Etat/ARS (complétés des instructions régulièrement adressées dans ce domaine aux ARS) et dans les CPG (complétés des nombreuses lettres-réseau transmises par la CNAMTS en la matière). Il en résulte des chevauchements et une certaine confusion quant aux véritables responsabilités de pilotage et aux textes servant de référence pour ce faire.

1.2.2.3 Une instance régionale de concertation ARS-Assurance maladie, qui coexiste avec les instances de pilotage propres à l'Assurance maladie

a) Une instance de concertation : la Commission régionale de gestion du risque

La préparation, le suivi et l'évaluation du PPR-GdR sont effectués dans le cadre d'une Commission régionale de la GdR (CR-GdR). Celle-ci est présidée par le directeur général de l'ARS et est composée du représentant, au niveau régional, de chaque organisme d'Assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM ainsi que les directeurs des organismes d'Assurance maladie complémentaire.

La Commission régionale de gestion du risque se réunit :

- soit en formation plénière et selon la composition évoquée ci-dessus ;
- soit en formation restreinte. Sa composition est alors variable, notamment du côté du régime général. Soit celui-ci est représenté par le seul directeur coordonnateur de la GdR (DC-GdR), soit l'ensemble des directeurs de CPAM y participent. Par ailleurs, sont également présents au sein de cette formation le directeur régional de la MSA ainsi que du RSI. La formation restreinte de la CR-GdR a été présentée à la mission comme le niveau décisionnel le plus stratégique : c'est en son sein que les actions à mener sont réellement arrêtées.

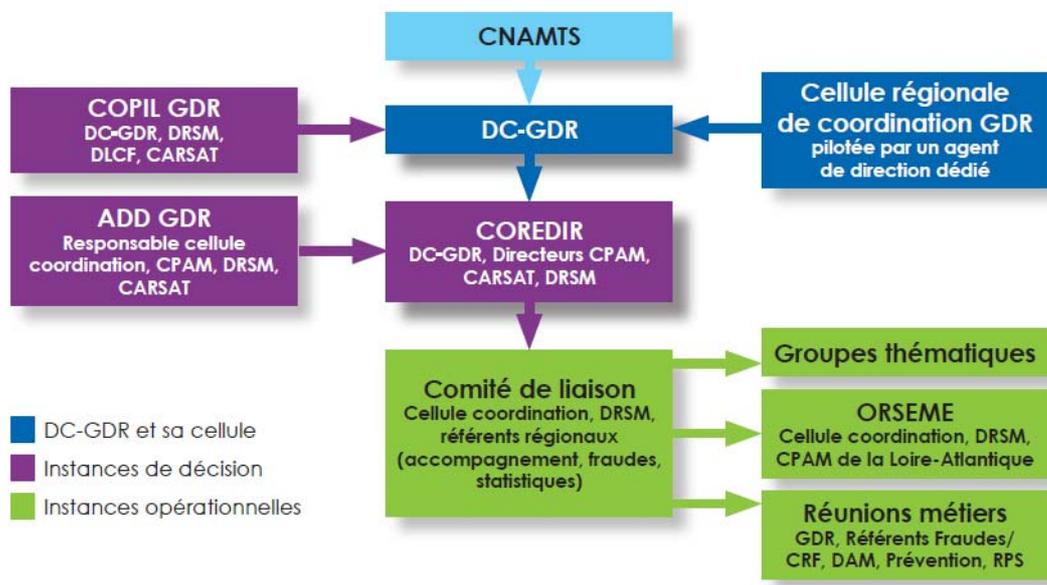
b) Une comitologie dédiée à la gestion du risque propre à l'Assurance maladie

Au niveau local, la gestion du risque est pilotée par le directeur coordonnateur de la gestion du risque. Le plus souvent directeur d'une CPAM, il assure la coordination régionale de la politique de gestion du risque, sans pour autant avoir une autorité hiérarchique sur les CPAM. C'est l'interlocuteur privilégié des ARS.

Le DC-GdR s'appuie pour remplir sa fonction de coordination sur une cellule régionale de coordination de la gestion du risque, de 5-6 personnes généralement, et qui doit assurer la déclinaison opérationnelle de programmes nationaux de gestion du risque et assure leur suivi. Elle coordonne pour ce faire les organismes locaux qui détiennent les responsabilités opérationnelles dans le champ de la gestion du risque : les CPAM, les directions régionales du service médical et ses échelons locaux, mais aussi les CARSAT.

Afin de coordonner ces différents acteurs, une architecture interne au régime général, pilotée par le directeur coordonnateur de la gestion du risque, a été mise en place (cf. schéma ci-dessous) :

Schéma 2 : La coordination régionale de la gestion du risque au sein du réseau du régime général



Source : *Rapport d'activité de la coordination régionale de la gestion du risque des Pays de la Loire*

Le comité régional des directeurs (COREDIR) est l'instance régionale de décision en matière de gestion du risque. Il regroupe l'ensemble des directeurs des CPAM, de la DRSM ainsi que de la CARSAT.

Les agents de direction en charge de la gestion du risque (ADD GdR) sont chargés de préparer le COREDIR, tandis que le comité de liaison, qui rassemble la cellule régionale de gestion du risque, la DRSM et les référents régionaux, mettent en œuvre ses décisions.

Enfin, une autre instance, le collège régional de l'Assurance maladie (CORDAM) doit assurer la coordination avec les autres régimes dans la déclinaison de la stratégie nationale de gestion du risque.

Cette comitologie peut se révéler à double tranchant : si elle permet à l'Assurance maladie d'avoir une position unifiée sur la GdR (exprimée par le directeur coordonnateur régional), sa lourdeur est néanmoins réelle et ne facilite pas toujours la liaison avec les ARS.

1.3 Une notion qui se concrétise par de nombreux programmes et mobilise d'importants moyens du côté du régime général

1.3.1 De nombreux programmes

La gestion du risque se traduit concrètement par un ensemble de programmes, divers et hétérogènes, avec plusieurs recouvrements entre les priorités nationales assignées aux ARS et les actions des caisses d'Assurance maladie.

Les actions de GdR aujourd'hui en vigueur figurent, pour l'essentiel, dans :

- le contrat Etat-UNCAM 2010-2013 qui traite exclusivement de GdR, « 5 priorités, 20 objectifs pour la gestion du risque » ;
- la COG de la CNAMTS 2010-2013 en son chapitre 1 « Approfondir la gestion du risque » ainsi que les indicateurs annexés qui ne couvrent toutefois que très partiellement les engagements définis au chapitre 1 ;
- le programme annuel inter-régimes adopté par le conseil de l'UNCAM ;
- les lettres-réseau de la CNAMTS¹¹ sur chacun des programmes mis en œuvre, qu'il soit partagé avec les ARS ou qu'il relève d'une initiative de la CNAMTS ;
- les instructions DSS/MCGR/CNAMTS relatives aux priorités de gestion du risque des ARS, validées par le CNP (notamment l'instruction 2010/150 du 19 juillet 2010 et l'instruction 2013/119 du 1er février 2013).

On relèvera que le degré de maturité atteint par la gestion du risque permet aujourd'hui d'aborder des thèmes essentiels comme l'articulation ville-hôpital ou la pertinence des soins.

Il faudrait y ajouter certaines dispositions conventionnelles négociées entre les caisses nationales et les professionnels de santé (relatives aux modalités de rémunération des professionnels) comme celles de l'accord triennal signé le 10 octobre 2013 avec les professionnels de la biologie médicale (qui lie pour trois ans certaines revalorisations à la maîtrise des volumes d'examens biologiques) ; citons également la convention médicale du 26 juillet 2011 et ses avenants qui diversifient les modalités de rémunération des médecins et introduisent la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour l'ensemble des médecins traitants et certains spécialistes¹² (rémunération expérimentée depuis 2009 dans le cadre du CAPI¹³).

L'annexe n°1 récapitule les principaux engagements et objectifs figurant dans la COG de la CNAMTS 2010-2013 au titre de la gestion du risque. On relèvera que :

- ces actions sont de nature très diverse : diffusion d'information, exploitation statistique des données issues des consommations de soins, contrôle, incitations des professionnels, contractualisation, organisation / coordination de l'offre de soins, offres de services ciblées sur certains groupes d'assurés ;
- le cœur de la gestion du risque (historiquement et encore aujourd'hui) est constitué de l'axe 4.1. « Approfondir les programmes de maîtrise médicalisée » qui est peu détaillé dans la COG ; il s'agit pourtant d'un ensemble d'interventions concrètes important pour l'Etat, dont les effets font l'objet d'un chiffrage global repris dans la construction annuelle de l'ONDAM et qui, du fait de son extension au champ des établissements sanitaires ou médico-sociaux, est susceptible de recouper ou d'interférer avec les initiatives des ARS vis-à-vis de ces établissements ;
- des indicateurs de résultat figurent pour une petite partie des actions prévues ;

¹¹Par exemple: LR-DDGOS 35/2013 relative au programme d'accompagnement auprès des professionnels de santé et des établissements et LR-DDGOS 60/2013 relative à l'accompagnement des établissements sanitaires et médico-sociaux ; LR-DDO 219/2009 concernant le suivi des contacts avec les professionnels de santé et LR-DDO 219/2010 concernant le déploiement de la plate-forme Espace Pro ; LR-DDO 144/2010 sur l'accompagnement des assurés en vue de la prévention de la désinsertion professionnelle ; LR-DDGOS 45/2013 sur l'accompagnement par les pharmaciens des patients sous AVK ; LR-DDGOS 11/2013 concernant les mises sous accord préalable des établissements de SSR ; LR-DDGOS 9/2013 concernant les mesures incitatives au développement des véhicules sanitaires légers et aux contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dits «CAQCS»; LR-DDGOS-32-2011 en matière d'imagerie et CIR-13-2012 gestion du risque /Actualisation de la classification et des seuils d'activité de référence des appareils d'IRM ; ainsi que de nombreuses lettres réseau émanant de la DDGOS ou de la DDO concernant les "programmes d'accompagnement du retour à domicile" - PRADO).

¹²Les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et en 2013 les médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie (avenant n°10 à la convention médicale).

¹³CAPI : contrat d'amélioration des pratiques individuelles

- les cibles de résultats visées au terme de la COG sont parfois établies avec une grande précision (au dixième près) s'agissant notamment d'actions de dépistage, de prévention et de vaccination, dont on sait qu'elles rencontrent maintes difficultés et que la part de la population la plus vulnérable est difficile à toucher.

Il faut noter enfin que la prévention fait partie intégrante de la GdR pour l'Assurance maladie (à juste raison) alors qu'elle est traitée en dehors de ce champ au sein des ARS.

1.3.2 D'importants moyens mobilisés dans la branche maladie du régime général

Une part importante des outils de GdR a été mise en place au sein du régime général dans la première moitié de la décennie 2000 (plans nationaux thématiques, objectifs chiffrés, délégués de l'Assurance maladie...) ; des réallocations d'effectifs et reconversions d'agents ont été organisées en direction de ce domaine d'actions.

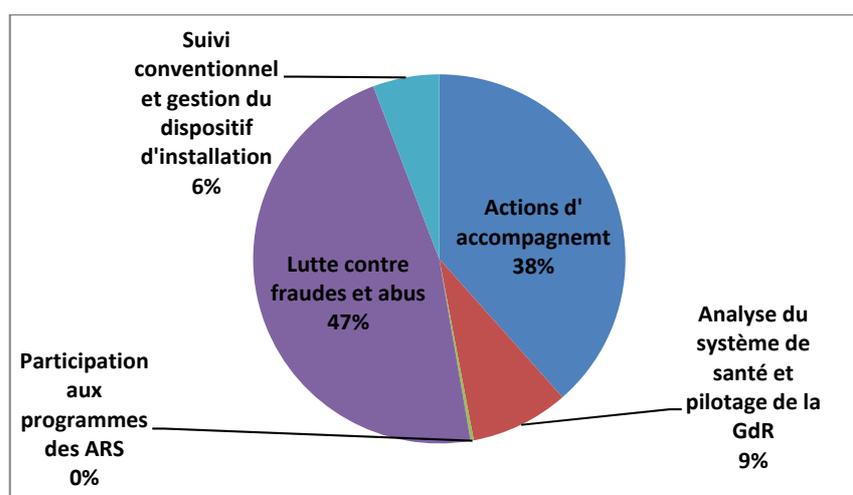
La comptabilité analytique de la CNAMTS répartit les effectifs des CPAM et des DRSM entre plusieurs processus ou fonctions relevant de l'un des quatre blocs que sont la production, la relation client, la gestion du risque (appelée fonction de régulation dans les DRSM) et les fonctions support.

Cette imputation fait apparaître 4 934 ETP affectés à la gestion du risque en CPAM, ou 4 128 si l'on en retire la fonction spécifique de gestion des recours contre tiers. La lutte contre les fraudes et abus représente presque la moitié de ce total, comme l'indique le graphique ci-dessous.

S'y ajoutent 4 299 ETP en DRSM (praticiens conseils et personnel administratif) affectés à la « fonction de régulation ».

Soit un total de 9 233 ETP sur la fonction GdR/régulation au sein du réseau territorial de la CNAMTS. Notons que ces effectifs, qui représentent 14% des effectifs globaux des CPAM et DRSM, dépassent les effectifs totaux des ARS (8 929 ETP en 2013 toutes fonctions confondues).

Graphique 1 : Répartition des effectifs affectés aux processus de gestion du risque dans les CPAM en 2012 (hors recours contre tiers)



Source : mission sur données CNAMTS / DDO

La fonction de GdR (ou régulation) est naturellement plus centrale au sein des DRSM - dont elle constitue 55 % des effectifs totaux - que dans les CPAM où elle en représente un peu moins de 10 % (ou quelque 8 % si l'on exclut la gestion des recours contre tiers) - cf. tableau ci-dessous.

L'effectif affiché en CPAM pourrait cependant être minoré par rapport à la réalité :

- la fonction de pilotage régional de la GdR (22,9 ETP selon la comptabilité analytique) ne reflète sans doute pas la réalité des équipes des directeurs coordonnateurs de la gestion du risque ; la CNAMTS indique en effet que les effectifs relatifs au pilotage de la GdR sont répartis entre cette fonction, le processus « pilotage de la lutte contre la fraude » et le processus de gestion stratégique qui figure dans les fonctions support. Le rapport de l'IGAS de 2010 relatif à la gestion du risque indiquait d'ailleurs le chiffre de 101 collaborateurs des directeurs coordonnateurs de la GdR ;
- l'effectif relatif à la fonction d'accompagnement des établissements ne coïncide pas avec l'activité affichée dans ce domaine, à savoir quelque 13000 contacts en établissements en 2012 ; rapporté à 43 ETP, ce volume d'activité représenterait environ 300 contacts par agent ETP par an, soit plus de 1,5 contact par agent par jour travaillé, ce qui semble une moyenne élevée compte tenu des temps de formation des DAM, des temps de préparation et de restitution des visites, des déplacements, etc.

Tableau 2 : Evolution des effectifs des CPAM imputés sur la gestion du risque

CPAM	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Variation 2012/2006	Variation 2012/2010
ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS	1 482,5	1 656,2	1 718,9	1 698,2	1 650,6	1 556,1	1 588,8	+7,2%	-3,7%
<i>dont Accompagnement des assurés - y compris Prévention et Aide au retour à domicile</i>						360,4	402,5		
<i>dont Actions sur la demande de soins</i>	592,0	582,1	568,0	506,3	429,6				
<i>dont Accompagnement des Professionnels (not. DAM)</i>	814,7	995,6	1 071,6	1 102,1	1 140,3	1 145,2	1 134,0	+39,2%	
<i>dont Accompagnement des établissements</i>						43,4	43,3		
<i>dont Accompagnement des employeurs (arrêts de travail)</i>						7,1	8,9		
<i>dont Actions sur l'offre de soins (jusqu'en 2010)</i>	75,8	78,5	79,2	89,8	80,7				
ANALYSE DU SYSTÈME DE SANTE ET PILOTAGE DE LA GdR	377,8	398,6	380,7	392,3	365,1	385,9	352,6	-6,7%	-3,4%
<i>Analyse du système de santé (études et analyses des dépenses)</i>	377,8	398,6	380,7	392,3	365,1	366,6	329,7	-12,7%	-9,7%
<i>Pilotage régional de la GdR (à compter 2011) (*)</i>						19,3	22,9		
PARTICIPATION AUX PROGRAMMES ARS						8,6	11,5		

<i>dont Programmes nationaux</i>						4,4	5,0		
<i>dont Programmes régionaux</i>						4,2	6,5		
LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET CONTROLES CIBLES	1 796,4	1 893,1	2 034,8	2 164,5	2 088,7	1 949,4	1 936,6	+7,8%	-7,3%
<i>dont gestion des droits</i>						94,1	99,4		
<i>dont indemnités journalières</i>						122,1	119,0		
<i>dont établissements hors T2A</i>						105,0	92,6		
<i>dont T2A</i>						26,2	29,2		
<i>dont soins de ville / Assurés</i>						121,0	111,1		
<i>dont soins de ville / Professionnels</i>						395,4	412,1		
<i>dont autres actions</i>						85,7	70,8		
<i>dont pilotage régional lutte contre la fraude</i>						28,9	27,2		
<i>dont actions de contrôle ciblé (jusqu'en 2010)</i>	863,0	962,8	1078,2	1165,6	1 086,8				
<i>dont gestion des recours, litiges et contentieux (yc LCF jusqu'en 2010)</i>	933,4	930,3	956,6	998,9	1 001,9	971,1	975,3		
SUIVI CONVENTIONNEL ET GESTION DU DISPOSITIF D'INSTALLATION	246,5	243,6	248,0	233,9	228,5	241,7	238,5	-3,2%	+4,4%
RECOURS CONTRE TIERS	935,4	903,5	888,9	865,9	860,8	824,0	805,9	-13,8%	-6,4%
TOTAL ETP GESTION DU RISQUE	4 838,6	5 095,0	5 271,3	5 354,7	5 193,8	4 965,7	4 933,9	+2,0%	-5,0%
TOTAL ETP GESTION DU RISQUE HORS RECOURS CONTRE TIERS	3 903,2	4 191,5	4 382,4	4 488,9	4 333,0	4 141,7	4 128,0	+5,8%	-4,7%
TOTAL ETP des CPAM	57 914,1	56 292,4	55 195,8	54 720,3	53 465,4	51 936,7	51 197,9	-11,6%	-4,2%
Proportion des ETP affectés à la GdR dans les effectifs des CPAM	8,4%	9,1%	9,6%	9,8%	9,7%	9,6%	9,6%	+ 1,2 pts	-0,1 pt
Hors recours contre tiers	6,7%	7,4%	7,9%	8,2%	8,1%	8,0%	8,1%	+ 1,4 pts	0

Source : mission sur données CNAMTS /DDO

En termes d'évolution¹⁴, il apparaît que l'effectif des CPAM consacré à la GdR (hors gestion des recours contre tiers) a augmenté de 5,8 % entre 2006 et 2012, même si un reflux est observé depuis 2010 (sous réserve d'effets de minoration évoqués précédemment). Cette fonction occupe une proportion des effectifs des CPAM qui a cru jusqu'en 2010 (passant de 6,7 % à 8,1 %) et est stabilisée depuis.

¹⁴ Les données 2013 n'étaient malheureusement pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.

Les actions d'accompagnement visant les prestataires de soins et dans une moindre mesure les assurés ont bénéficié des plus fortes hausses d'effectifs (+7,2 % en six ans) de même que les actions de contrôle et de lutte contre les fraudes et abus (+7,8 %), dans les deux cas malgré un reflux des effectifs depuis 2010.

Les actions d'accompagnement mobilisent désormais le deuxième plus gros effectif après la lutte contre les fraudes et abus. Il est vrai qu'elles s'appuient notamment sur les délégués de l'Assurance maladie (DAM), institués en 2003 : issus des services d'accueil des CPAM ou de leurs services de relations avec les professionnels de santé ou encore de la profession des visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques, reconvertis sur la fonction d'accompagnement de l'Assurance maladie avec l'appui de formations par les médecins conseils et d'un management devenu en partie national, ces DAM étaient moins de 200 fin 2003, 1018 en 2008, 1033 en 2010 et 1036 en 2013 (cf. tableau ci-dessous). La stabilisation de leur effectif physique depuis 2010 peut étonner au regard du développement des actions d'accompagnement, notamment dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ; leur nombre en ETP a cependant continué à progresser au cours des quatre dernières années (+10 %).

Si quelques DAM sont aujourd'hui spécialisés sur l'hôpital, et si une personne a généralement dans chaque CPAM la responsabilité des actions de maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières, la majorité des délégués n'a pas de spécialisation thématique ou sectorielle. Cette absence de spécialisation est en partie compensée par un effort régional de formation avec une forte implication des DRSM, et par le mode de management des DAM. Celui-ci est partiellement régionalisé à travers les « managers DAM » qui assurent le relais de l'animation réalisée par la Caisse nationale à travers la production de supports de communication (« memos ») et l'organisation d'« ateliers DAM » nationaux. La mission n'a cependant pas évalué la contribution propre des DAM en matière de GdR ni leur perception par les établissements et professionnels de santé.

Les effectifs de 30 à 60 DAM présents dans les régions étudiées par la mission (hors Ile de France) agissent en relais et complément des praticiens conseils qui restent au premier plan pour les échanges confraternels ainsi que pour les visites en établissements sur des sujets plus complexes ou plus contestés et sur des niveaux de spécialisation médicale plus poussée.

Tableau 3 : Effectif des délégués de l'Assurance maladie en CPAM

	2010	2011	2012	2013	Variation 2013/2010
Effectif ETP	884,2	971	972,9	974,5	+ 10,2 %
Effectif physique	1 033	1 009	1 027	1 036	+ 0,3 %

Source : mission sur données CNAMTS / DDO

Les ressources humaines mobilisées sur l'accompagnement des assurés au titre des programmes d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation (PRADO) se composent également de conseillers de l'Assurance maladie (CAM), institués en 2010, au nombre de 487 en 2012 et probablement autour de 500 en 2013. Il s'agit cependant d'une fonction exercée à temps partiel, les CAM étant simultanément affectés dans les services d'accueil ou de liquidation. Ce métier est en cours de définition de même que sa place dans l'évolution professionnelle des agents concernés.

Si la plupart sont situés en CPAM, une partie d'entre eux est affectée en DRSM. Le déploiement des programmes PRADO par la CNAMTS, auxquels les CAM sont principalement dédiés, tend à déplacer leur rattachement vers les DRSM afin de sécuriser juridiquement l'accès à certaines données médicales des patients adhérant auxdits programmes.

La montée en charge de trois programmes PRADO (sortie de maternité, intervention en orthopédie, insuffisance cardiaque) est en cours cependant que deux nouveaux sont envisagés à partir de 2014. Dans la perspective de la négociation de la prochaine COG, la question est posée de la cohérence entre ces ambitions et la projection des effectifs de CAM autant que de leur professionnalisation (cf. fiche 5 « Les programmes PRADO »).

Tableau 4 : Effectif des conseillers de l'Assurance maladie

	2010	2011	2012
Effectif physique	10	99	487

Source : mission sur données CNAMTS / DDO

A l'inverse, **la fonction d'étude et d'analyse des dépenses de soins a vu ses effectifs en CPAM décroître sensiblement** (-9,7 % entre 2010 et 2012 et -12,7 % depuis 2006). Il est possible que cette fonction ait été en partie recentralisée au niveau de la CNAMTS ; le nombre de praticiens conseils affectés à la Caisse nationale a lui-même augmenté ces dernières années (+5 % entre 2010 et 2012, pour un effectif de 79 personnes la dernière année).

Ce choix mériterait d'être discuté. Il est justifié que soient réalisés au niveau national la conception d'outils ou des travaux d'analyse requérant de grandes masses de données, tournés vers la modélisation de certaines dépenses (modélisation qui fait encore défaut d'ailleurs dans certains domaines comme les transports). De réels progrès ont été accomplis dans les capacités d'analyse des dépenses de soins, qui peut désormais être affinée à l'échelle des pathologies et des processus de soins.

Il ne va en revanche pas de soi que les « profils » utilisés par les CPAM dans leurs contacts avec les établissements soient édités par la CNAMTS ou que le ciblage des prestataires de soins au titre des atypies soit effectué par la caisse nationale. Certaines CPAM en charge de la coordination de la GdR (en Picardie par exemple) ont montré l'intérêt de pouvoir disposer d'outils d'analyse fine pour la politique de contrôle en matière de médicaments ou pour le suivi d'activité des professionnels de santé libéraux. Le développement récent d'actions de GdR axées sur la pertinence des soins requiert plus encore une information fine sur les soins pratiqués, information à sélectionner en interaction avec les professionnels engagés dans la démarche localement.

Enfin, les praticiens conseils constituent à peu près le quart des ressources humaines des DRSM (toutes fonctions confondues), essentiellement mobilisés sur la fonction Régulation/gestion du risque. Les ressources médicales du réseau du régime général, avec environ 2 010 ETP de praticiens conseils en régions, restent très supérieures à celles des ARS. Ces dernières disposent en effet d'environ 600 médecins (dont environ 340 médecins inspecteurs de santé publique, 200 praticiens conseils et 60 médecins contractuels)¹⁵. L'ARS de Poitou-Charentes dispose par exemple de 12 médecins¹⁶ parmi ses 260 ETP. Le déséquilibre de ces moyens ne doit pas conduire à éluder la question des priorités d'affectation des ressources médicales en ARS.

¹⁵ 394 ETP de médecins inspecteurs de santé publique avaient été transférés des services déconcentrés de l'Etat aux ARS à leur création.

¹⁶ Dont 7 médecins inspecteurs de santé publique, 3 médecins issus de l'Assurance maladie, 1 praticien hospitalier et 1 praticien adjoint contractuel

Tableau 5 : Effectif des DRSM

	2010	2011	2012	Variation 2012/2010
Effectifs ETP affectés à la fonction « Régulation » (praticiens conseils et personnel administratif)	4 489,5	4 377,4	4 298,9	-4,2 %
TOTAL ETP des DRSM (praticiens conseils et personnel administratif)	8 021,1	7 897,4	7 823,7	-2,5 %
<i>Dont Praticiens conseils</i>	<i>2 011,7</i>	<i>2 116,3</i>	<i>2 010,0</i>	<i>-0,1 %</i>
Proportion des ETP totaux affectés à la Régulation	56,0 %	55,4 %	54,9 %	-1,1points

Source : mission sur données CNAMTS/DDO

Tableau 6 : Effectif des praticiens conseils au niveau national et régional

(Effectifs physiques)	2010	2011	2012	Variation 2012/2010
Praticiens conseils à la CNAMTS	75	80	79	+5,3 %
Praticiens conseils en DRSM	2 111	2 053	2 041	-3,3 %
TOTAL	2 186	2 133	2 120	-3,0 %

Source : mission sur données CNAMTS/DDO

Globalement, la fonction Régulation/gestion du risque au sein des DRSM comme des CPAM enregistre depuis 2010 une diminution (modérée) des ETP qui lui sont imputés (de l'ordre de 4 % à 5 %), parallèlement au recul des effectifs totaux. Pourtant les coûts analytiques imputés au processus de GdR en CPAM ont augmenté de 18 % entre 2010 et 2012 (passant de 270,9 M€ en 2010 à 319,4 M€ en 2012 ; et de 8,2 % à 9,6 % des coûts totaux des caisses primaires). **Ceci souligne la nécessité de ne pas perdre de vue que la GdR a un coût** ; et que ce coût doit être, beaucoup plus qu'il ne l'est aujourd'hui, mis en regard des gains économiques ou qualitatifs effectivement imputables à ces actions. Il est paradoxal que cette mesure de coût et d'efficacité propre à la GdR ne soit pas intégrée à son pilotage ni du côté de l'Etat ni du côté de l'Assurance maladie.

Mais le poids de la GdR ne se mesure pas seulement en termes d'effectifs mobilisables. Les organisations et cultures professionnelles jouent également.

1.3.3 La GdR dans les organisations, modes de management et cultures professionnelles de l'Assurance maladie et des ARS

➤ Au sein du régime général d'Assurance maladie

Comme l'a bien résumé le directeur d'une CPAM, la GdR mobilise environ 10 % des effectifs de l'organisme mais rassemble près de la moitié des objectifs de son contrat pluriannuel de gestion et, de la même façon, la moitié des objectifs de son directeur simultanément coordonnateur régional de la GdR ; et ce thème absorbe 80 % des discussions des séminaires de direction organisés par la Caisse nationale.

Il s'agit d'un thème introduit depuis longtemps et désormais central dans la culture et le management des organismes du régime général.

Il s'appuie sur un management par objectifs très directif. Depuis peu, les CPAM et les échelons locaux du service médical (ELSM) déclinent conjointement un certain nombre d'objectifs et indicateurs (évolution jugée très positivement au sein du réseau). Le mode de management « jacobin » -selon le terme des responsables nationaux en charge du réseau- qui est en vigueur présente l'avantage d'une ligne décisionnelle claire et d'une capacité opérationnelle forte. Il se concilie en revanche difficilement avec une logique partenariale - comme doit l'être désormais la gestion du risque- et avec l'exercice d'adaptation régionale et locale de certaines orientations nationale - adaptation souhaitable compte tenu des hétérogénéités dans l'offre de soins comme dans le profil de morbidité de la population.

La GdR s'appuie également sur un dispositif d'intéressement tant pour les CPAM que pour les DRSM. Elle pèse pour 30 % dans l'intéressement distribué au titre de la part nationale ; son poids dans la part locale d'intéressement est de 40 % pour les CPAM et de 60 % pour les DRSM.

On relèvera que les critères de calcul de cet intéressement sont centrés sur quelques sujets bien acclimatés, essentiellement le volume d'indemnités journalières et la durée des arrêts de travail, l'accompagnement des professionnels de santé, la mise en œuvre de la ROSP (et depuis l'année dernière la progression du résultat moyen des médecins), les préjudices subis au titre des fraudes et abus et les contrôles T2A ainsi que le nombre d'adhésions au programme SOPHIA (programme d'accompagnement des patients diabétiques). S'y ajoutent, au niveau national, trois critères : la réalisation des objectifs d'économie au titre de la maîtrise médicalisée inscrits en LFSS (550 M€ pour 2012 par exemple), la réalisation d'un certain nombre de contacts avec les professionnels de santé (450.000 en 2012) et un volume de sanctions ou pénalités financières prononcées (2000 pour 2012) ; objectifs considérés comme atteints à 100 % en 2012¹⁷.

Globalement l'intéressement représente environ 1 mois de salaire pour les agents de direction, et entre 0,9 et 1,2 mois pour les directeurs généraux ; pour les personnels administratifs le montant individuel est de l'ordre de 800-900 €. Une part variable a été adoptée aussi pour les praticiens conseils depuis 2013.

L'organisation de la fonction de GdR dans le réseau du régime général s'appuie sur :

- un renforcement progressif de l'échelon régional, avec cependant un rôle non hiérarchique « de coordination et de persuasion » : le directeur coordonnateur régional de la GdR (généralement un directeur de CPAM sauf dans 7 régions où il s'agit du directeur régional du service médical) dispose d'une cellule de 5 - 6 personnes, cependant que les CPAM, DRSM et ELSM réalisent l'essentiel des travaux requis ; la cellule régionale de GdR inclut parfois le référent régional des DAM pour assurer une bonne intégration des actions, en lien avec l'ARS ;
 - le renforcement du pilotage national à la fois pour la production d'outils d'analyse et de communication, la détermination d'objectifs et de ciblages locaux, le traitement de données de remboursements, et le management non seulement des coordonnateurs régionaux de GdR mais aussi de certaines ressources humaines territorialisées comme les DAM. « L'apport majeur des dix dernières années dans le régime général est la professionnalisation de la GdR par des outils nationaux » (un directeur de CPAM coordonnateur régional GdR).
- *Au sein des ARS*

La gestion du risque est, par construction, loin d'être aussi enracinée dans les services et équipes des ARS.

¹⁷ Note de la CNAMTS présentant les résultats d'intéressement 2012, Commission de suivi du 16 mai 2013.

Elle n'a pas encore, dans l'ensemble des missions des ARS (pas plus que dans celles des administrations centrales d'ailleurs) le rôle fédérateur qu'elle a aujourd'hui pour le régime général d'Assurance maladie.

Les ARS sont néanmoins désormais amenées à porter, avec l'Assurance maladie, la logique de maîtrise médicalisée et de bon usage des ressources du système de santé. Cette co-responsabilité est indispensable. Elle est bien établie dans l'esprit des directeurs généraux des ARS.

Pour ces derniers, l'importance de la démarche de GdR a été soulignée lors des entretiens de la mission : « La GdR a très tôt été pour nous un levier de travail important, car c'est un élément clé de la complémentarité ARS-Assurance maladie » ; « la GdR est un levier de transversalité capital pour le fonctionnement des ARS » ; « la GdR correspond à l'idée que la responsabilité de la maîtrise des dépenses d'Assurance maladie est aussi celle de l'ARS et cela ne doit plus faire de doute » ; « la GdR est la dernière étape avant la maîtrise comptable » ; « un travail sur la dépense de soins est indispensable ; l'enjeu aujourd'hui est de bien comprendre ».

Les ARS répondent à ces enjeux de diverses manières, en fonction du profil du directeur général, de choix organisationnels et de la configuration régionale de l'offre de soins.

Le positionnement de la GdR dans les organigrammes varie. Ainsi le département « gestion du risque » fait partie de la direction de l'efficacité de l'offre en Pays de la Loire et de la direction de la stratégie en Poitou-Charentes ; dénommé « département de la régulation » en Languedoc Roussillon, il s'insère dans la direction « Qualité et Gestion du risque » de cette ARS ; en Ile de France la responsabilité de la gestion du risque est directement portée par le directeur général adjoint de l'ARS ; elle relève d'une sous-direction « GdR et information médicale » rattachée au directeur général adjoint en Picardie. Il est difficile de dire quel est le modèle le plus pertinent. En revanche, il est certain que la participation à la commission exécutive (COMEX) du responsable de la GdR, quand tel est le choix, accroît la légitimité de celui-ci et la centralité de la GdR au sein de l'agence.

Un trait commun se dégage en revanche : l'encadrement dédié à la gestion du risque dans les ARS reste pour l'essentiel composé de personnes issues de l'Assurance maladie. Signe que l'histoire de cette fonction pèse durablement. Si les effectifs dédiés à la GdR sont très limités, la culture de la GdR se diffuse néanmoins peu à peu, via les liens établis entre les cellules de GdR et les directions métiers, la répartition des fonctions de chefs de projets entre les différentes directions et la constitution de groupes de travail. Les chefs de projets ne sont plus exclusivement issus des cadres de l'Assurance maladie ; leurs profils se diversifient ; dans l'une des régions visitées, le programme de l'ARS sur la pertinence des soins est piloté par un praticien hospitalier en santé publique, détaché à l'agence.

Les confusions autour du terme lui-même de « gestion du risque » deviennent plus rares, sans avoir disparu pour autant, en partie dans les directions de la santé publique qui se réfèrent plus volontiers à « la gestion des risques » - ce glissement sémantique reste aussi fréquent dans les hôpitaux où l'on comprend que domine une approche plurielle de la notion de risque. Aussi l'un des DG d'ARS rencontrés préfère-t-il parler de « gestion du risque assurantiel » pour mieux distinguer les notions.

Les cultures professionnelles et les modes de management dans le réseau des ARS restent très différents de ce qu'ils sont au sein du régime général et pèsent sur les coopérations en matière de GdR. Les ARS se caractérisent en effet par une approche plus planificatrice, une plus grande propension à mettre en perspective les différents thèmes ou programmes, et une plus grande sensibilité aux questions d'organisation collective du système de santé - au-delà donc de l'atypie de tel ou tel prestataire de soins. Il leur manque une « capacité de déploiement », pour reprendre le terme d'un directeur général d'ARS, ce qui donne tout son sens au nécessaire rapprochement avec le réseau de la CNAMTS aux capacités opérationnelles fortes.

Le management par objectif, beaucoup plus souple et indicatif, du réseau des ARS introduit inévitablement un décalage par rapport aux obligations des CPAM et DRSM dans la mise en œuvre d'instructions nationales très précises. Il en résulte que la construction conjointe de diagnostics ou de quelques actions entre ARS et CPAM ou DRSM est difficile dans toutes les régions visitées.

2 UNE CONCEPTION DES PROGRAMMES QUI MANQUE DE COHERENCE ET DE METHODE

2.1 Une juxtaposition d'actions peu articulées

La conception des priorités de gestion du risque ne s'inscrit pas dans une stratégie d'ensemble mais reflète une série de choix « en silos » centrés sur telle pathologie ou tel type de prestation selon les travaux statistiques disponibles, les expériences menées à l'étranger ou l'agenda conventionnel.

Si les thématiques retenues présentent d'importants enjeux financiers, sanitaires ou organisationnels, leur sens global et la stratégie sous-jacente de régulation du système de santé sont plus difficiles à percevoir. Les instructions du 19 juillet 2010, du 13 janvier 2012 ou du 1^{er} février 2013 relatives aux priorités de GdR des ARS ne nous renseignent pas sur ce point, pas plus que les contrats pluriannuels de gestion des organismes locaux d'Assurance maladie ou les lettres-réseau de la CNAMTS.

A rebours de la juxtaposition thématique que l'on observe, des liens entre programmes auraient pu être faits : par exemple entre les programmes chirurgie ambulatoire, transports et PRADO, entre la chirurgie ambulatoire et les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), ou entre la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et les transports (compte tenu du poids de la dialyse dans les volumes de transports de patients). De même, une liaison aurait pu être faite entre l'introduction en 2012 de la rémunération sur objectifs de santé publique et les objectifs de prévention, de dépistage et de suivi des pathologies chroniques (en l'absence d'une telle articulation, les objectifs de la ROSP ne recourent que très partiellement les priorités de santé publique figurant au contrat Etat-UNCAM ou dans la COG de la CNAMTS).

Par ailleurs, certains programmes dénotent une approche excessivement réductrice des enjeux médico-économiques : le programme d'imagerie a été rapidement réduit à l'installation d'appareils IRM dédiés, le programme sur l'insuffisance rénale chronique, quoique diversifié, s'est trouvé condensé en un indicateur mettant l'accent sur le seul taux de dialyse péritonéale. Cette focalisation est censée répondre à des déséquilibres identifiés dans le système de soins (utilisation excessive des appareils d'IRM pour des images ostéo-articulaires, disparités territoriales des taux de recours à la dialyse péritonéale) ; elle ne s'appuie toutefois pas sur un diagnostic complet ni sur la mobilisation ordonnée de l'ensemble des leviers (y compris la réglementation instituant des seuils et règles d'activité, et le levier tarifaire, potentiellement puissant s'agissant des actes d'imagerie, des séances de dialyse, des dépenses de transport mais aussi de certains médicaments à forts volumes de prescription comme les nouveaux anticoagulants).

Au total, l'insuffisante cohérence stratégique de la GdR pèse sur la bonne compréhension des actions retenues ainsi que sur leur efficacité. Il est vrai qu'une telle mise en cohérence supposerait une coordination Etat - Assurance maladie sensiblement plus étroite que ce qui prévaut aujourd'hui, d'abord au niveau national.

2.2 Une analyse médico-économique insuffisamment aboutie

La gestion du risque en santé, développée depuis le début des années 90 et recouvrant souvent le terme de maîtrise médicalisée, s'inscrit dans la perspective d'une « *rationalisation de la production et de la consommation des soins* »¹⁸. La terminologie en témoigne puisque l'on parle du recours *pertinent* par la population à la prévention et aux soins, ou bien du respect par les professionnels de *critères d'utilité et de qualité des soins*.¹⁹

Ces déclinaisons tant opérationnelles que sémantiques ont cherché à concilier autant que possible optimisation des dépenses et garantie de qualité des soins. Non sans ambiguïtés toutefois : si un programme comme PRADO Maternité relève essentiellement de l'amélioration de la qualité du service aux parturientes, le bénéfice pour les patients des programmes relatifs à l'imagerie médicale et plus encore à l'IRC apparaît incertain.

Certains programmes de GdR portés par le régime général (PRADO ou SOPHIA notamment) le conduisent à intervenir plus directement sur des questions d'organisation de l'offre de soins et des parcours des patients. On peut considérer comme légitime cette intervention de l'assureur dans la politique de santé. Cela rejoint l'idée que l'assureur ne soit pas un payeur aveugle et qu'il puisse utiliser des leviers dont l'Etat ne dispose pas. C'est d'ailleurs aussi le choix fait dans d'autres pays comme l'Allemagne où certaines caisses d'assurance maladie financent et organisent le suivi en ambulatoire des patients souffrant d'insuffisance cardiaque (programme « CORDIVA »). En revanche, cela suppose que soient apportées des garanties suffisantes quant au fondement médical des actions menées et quant à l'évaluation de leurs résultats pour le patient comme pour le financeur.

Or il apparaît à la mission de l'IGAS que la sélection et la conception des actions de GdR font insuffisamment appel à l'expertise disponible en santé publique et à l'évaluation médico-économique ; et qu'en conséquence, l'analyse médicale sous-jacente aux actions retenues est parfois incomplète et discutable.

2.2.1 Une liaison insuffisante avec l'expertise en santé publique et l'évaluation médico-économique

La conception des programmes de GdR comportant une dimension médicale plus marquée (comme l'IRC) ne s'est pas suffisamment appuyée sur les expertises disponibles en santé publique. De manière plus générale témoignent de cette faiblesse la rapidité avec laquelle les priorités de GdR des ARS ont été définies en 2010 ou encore l'absence d'analyse méthodique et transparente des conditions de transposition de certaines pratiques observées à l'étranger comme le « *disease management* », l'éducation thérapeutique du patient ou les techniques d'arthroplastie du genou.

¹⁸ E. Jeandet-Mengual, I. Yeni, M-A du Mesnil du Buisson, F. Remay, *Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 signée entre l'Etat et la CNAMTS et propositions pour la future convention*, rapport de l'IGAS n°2003-096, juillet 2003.

¹⁹ Circulaire inter-régimes n°5/99 du 24 mars 1999 sur la coordination de la gestion du risque par les URCAAM.

2.2.1.1 Une situation qui prend ses racines dans la fragmentation des acteurs en santé publique en France

L'organisation tardive et fragmentée de la santé publique en France a laissé le champ libre à la CNAMTS pour proposer et définir des orientations de GdR sur la base d'une analyse progressivement plus médicalisée des dépenses de soins et d'une approche qui se veut de plus en plus scientifique, qu'illustrent les derniers rapports *Charges et Produits* de la CNAMTS²⁰. Or cette analyse est réalisée sans prendre appui sur les acteurs en santé publique qui auraient pourtant une compétence et une légitimité à l'éclairer.

Expertises collégiales et alliances inter-organismes à coordination souple se développent pourtant depuis quelques années afin de fédérer ces compétences, souvent en urgence. Ainsi, l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), créée en 2009, regroupe des chercheurs sur diverses thématiques, dont la santé publique et l'économie de la santé, dans le cadre notamment des instituts thématiques multi-organismes (ITMO) en santé publique. Reprenant les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, l'ITMO Santé Publique décline plusieurs champs empiriques dont la prévention, l'efficacité et l'équité des services de santé, ainsi que l'évaluation des politiques publiques en termes d'impact sur la santé des populations et les inégalités de santé.

Cette structure souple fournit une capacité d'analyse et d'expertise qui, liée à celles de l'Agence nationale de sécurité du médicament, de l'Institut national du cancer, de l'Institut national de veille sanitaire et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, notamment, pourrait alimenter une programmation des actions de gestion du risque. Des offres de service existent à l'attention de l'Assurance maladie et de la DGOS, sans suite à ce jour.

On ne peut que regretter que l'AVIESAN ne puisse faire davantage bénéficier la CNAMTS voire l'ATIH de son potentiel de recherche en santé publique pour susciter un « changement d'échelle » dans leurs analyses et programmes opérationnels²¹ et en renforcer les fondements scientifiques.

2.2.1.2 Des modalités de collaboration entre HAS et CNAMTS qui n'ont pas trouvé leur équilibre

L'article 53 de la loi HPST autorise l'UNCAM ou chaque caisse nationale gestionnaire d'un régime obligatoire d'Assurance maladie à saisir la HAS pour avis sur des référentiels de pratique médicale ou visant à encadrer la prise en charge par l'Assurance maladie d'un type particulier de soins. L'avis de la HAS doit être rendu dans un délai de deux mois ; à l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable²².

La HAS reçoit une dizaine de sollicitations par an de la part de la CNAMTS au titre de l'article 53. Une difficulté tient au fait que les avis rendus dans le cadre de cette procédure expresse sont utilisés par l'Assurance maladie avec la même valeur que celle qui s'attache aux recommandations de la Haute autorité réunissant des compétences et échanges sur une base beaucoup plus large et un temps plus long (parfois trop) ; les avis au titre de l'article 53 ne sauraient passer pour des évaluations en bonne et due forme.

²⁰ Cf. notamment CNAMTS, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014*, juillet 2013.

²¹ *Contribution de l'ITMO Santé Publique d'AVIESAN à la Stratégie Nationale de Recherche*, Institut de santé publique, mai 2013.

²² *Méthode d'élaboration des avis de la HAS après saisine par l'Assurance maladie*, guide méthodologique, HAS, mai 2010.

La confusion qui peut en résulter pour les personnels soignants et les associations de patients est accrue par le recours de la CNAMTS à des groupes d'experts et aux syndicats de professionnels - par ailleurs partenaires des négociations conventionnelles - pour appuyer ses orientations. Ceci aboutit à confronter des légitimités et autorités aux fondements différents, posées en rivales. La confusion est particulièrement grande s'agissant du programme de GdR relatif à l'imagerie médicale ; au prix d'une évidente perte d'efficacité de ce programme (cf. fiche 2 « Le programme Imagerie médicale »).

La GdR telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui par la CNAMTS pose donc à nouveau la question de la source et des conditions de production des références professionnelles. Cette question doit être abordée sous l'angle de l'efficacité, de la légitimité et des garanties fournies aux patients. On peut considérer que la CNAMTS s'expose et devient vulnérable à trop s'avancer -et de manière trop peu concertée- sur le terrain de la définition des normes de soins.

De même, la définition des critères de la ROSP n'a pas fait l'objet d'une consultation de la HAS. Or celle-ci considère comme peu pertinent le premier de ces critères, qui prévoit que « 65% des patients diabétiques aient 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année », ce type d'examen n'étant véritablement justifié, à cette fréquence, que pour certains patients selon leur profil de risque. La surveillance d'un critère général au détriment d'une segmentation plus fine des patients en termes de risque limitera l'effet de ce dispositif sur la qualité de prise en charge des pathologies chroniques - en l'espèce des patients diabétiques.

Les processus de décision qui se situent aux frontières de la GdR, des recommandations de bonnes pratiques et de l'évaluation des actes ou des stratégies de prise en charge apparaissent désordonnés. Progresser sur ce point supposerait un agenda commun entre HAS et Assurance maladie et une coopération plus étroite des deux institutions sur leurs programmes de travail respectifs. Cela supposerait aussi une meilleure maîtrise par la HAS des délais de production (et des formats) de ses recommandations.

Des évolutions récentes vont en ce sens. Ainsi la HAS prépare actuellement des outils d'auto-contrôle pour les professionnels de santé, en particulier sur les cholécystectomies, pour lesquelles le support est concis et opérationnel (un recto-verso rappelant les points clés et quelques indicateurs à suivre pour l'amélioration des pratiques) : c'est un outil rapide à élaborer, à tester et à réévaluer, et qui pourra converger avec les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de développement professionnel continu (DPC).

Parallèlement, une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité en équipe est accompagnée par la HAS, dans une logique d'auto-régulation, avec une forte marque d'intérêt parmi les gastro-entérologues par exemple. Le programme d'amélioration continue mis en place en janvier 2013 sur les césariennes programmées par la DGOS et la HAS, avec les réseaux de périnatalité et les ARS volontaires, en constitue une autre illustration. Un travail utile pourrait être aussi engagé dans cet esprit sur la chirurgie bariatrique. L'insertion de cette démarche d'amélioration des pratiques professionnelles dans la gestion du risque reste cependant à conforter.

2.2.1.3 Une insuffisante ouverture de la réflexion sur les conditions d'implantation du « disease management »

La GdR fait aussi appel dans certains de ses programmes (Sophia, PRADO, IRC,...) à l'éducation thérapeutique du patient, démarche issue du « disease management » en vigueur dans plusieurs pays anglo-saxons, visant à garantir une prise en charge optimale des pathologies par l'implication active du patient. Le modèle économique du « disease management » repose sur le pari que les dépenses de mise en œuvre du programme et les dépenses de ville induites seraient inférieures aux dépenses d'hospitalisation évitées²³.

On retrouve donc la logique de la GdR appliquée à des maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance respiratoire, pour lesquelles ont été développés des programmes dans de nombreux pays depuis plus de 20 ans, à l'instar de ceux initiés en France aujourd'hui.

Même si on se limite à l'éducation thérapeutique du patient, on constate que les programmes à l'étranger ont été montés par des équipes pluridisciplinaires de chercheurs, médecins, économistes, sociologues, et de patients, réunis dans des unités de recherche qui s'apparentent aux ITMO de santé publique en France. Le portage de l'éducation thérapeutique de manière relativement isolée par l'Assurance maladie en France, sans cet appui pluridisciplinaire et pluri-institutionnel, la fragilise²⁴.

2.2.2 La recherche du meilleur soin au meilleur coût : une rationalité médicale en pratique limitée

« La notion de maîtrise médicalisée s'attache moins à un type d'intervention particulier (même si les campagnes de visites auprès des professionnels de santé en sont un élément fort) qu'au fait que les gains d'efficience recherchés se fondent sur une rationalité médicale »²⁵.

La volonté affichée de la CNAMTS de médicaliser de plus en plus la GdR bute cependant aujourd'hui sur une identification insuffisante du bénéfice médical pour le patient des actions engagées. Trois programmes illustrent ce point (cf. fiches programmes correspondantes pour une description et analyse plus détaillées).

➤ *L'insuffisance rénale chronique terminale*

L'IRCT présente plusieurs caractéristiques en termes de gestion du risque :

- un nombre limité de patients concernés (67 000 en 2011) pour une dépense remboursée annuelle élevée (3,4 Md€) ;
- des dépenses qui augmentent beaucoup plus rapidement que l'ONDAM ;
- une concentration de ces dépenses sur la dialyse (2,8 Md€) ;
- une prise en charge nettement plus coûteuse par dialyse que par la transplantation²⁶.

²³ Cf. P.-L. Bras, G. Duhamel, E. Grass, *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*, rapport de l'IGAS, RM 2006-136P, septembre 2006.

²⁴ Le rapport de l'IGAS précité montre largement cette implication multidisciplinaire et sa traduction dans des revues référencées medline de haut niveau comme le *Journal of the American Medical Association*, le *New England Journal of Medicine*, *British Medical Journal* ou *Health Care Financing Review*, ainsi que l'implication d'universités comme Stanford, Johns Hopkins, Cambridge, et même de consultants comme le Boston Consulting Group.

²⁵ "Méthodologie d'évaluation des économies réalisées grâce à l'action de maîtrise médicalisée", CNAMTS - Direction de la stratégie, des études et statistiques, 21 mars 2014.

²⁶ Si le coût initial d'une transplantation rénale se situe dans une fourchette de 55 000 à 85 000 € le coût annuel de prise en charge des patients transplantés se réduit 11 600 € contre 65 000 à 90 000 € par an en moyenne pour la dialyse, sur des durées potentiellement longues.

La recherche d'efficience dans ce domaine doit orienter à la fois vers la prévention et l'accompagnement, la promotion de la greffe et l'optimisation des techniques de dialyse.

Or la conception concrète du programme IRC, arrêtée en comité de pilotage, apparaît très restrictive par rapport aux trois axes précités. Cela reflète le manque d'implication des directions d'administration centrales concernées, le manque de concertation avec des experts extérieurs à l'Assurance maladie comme à l'administration, et peut-être aussi la tentation de choisir des actions facilement mesurables :

- la cause première de l'IRCT étant liée à l'hypertension artérielle et à la prise de traitements antihypertenseurs, il aurait été souhaitable à tout le moins d'inscrire dans les critères de la ROSP la réalisation régulière d'un dosage de la créatininémie et d'une albuminurie²⁷ pour les patients hypertendus ;
- l'éducation thérapeutique, fortement recommandée chez un patient souffrant d'une maladie rénale chronique, rappelée dans le guide du parcours de soins de la HAS sur le sujet²⁸, reste pratiquement inexistante ;
- la prise en charge de l'hémodialyse représentant un coût²⁹ de l'ordre de 89 000€ par an contre 64 500 € pour la dialyse péritonéale (DP), l'Assurance maladie s'est efforcée de promouvoir cette dernière ; c'est sans considérer que la filtration transpéritonéale des impuretés non éliminées par un rein déficient ne pouvait dépasser un délai de 2 ans sans risques majeurs de dégradation des tissus humains et de surinfection³⁰ et que, par conséquent, la DP n'a de sens que dans la perspective d'une greffe rénale (dont environ 10 000 patients sont en attente, soit plus de trois années d'activité dans ce domaine sur la base des flux actuels³¹) ;
- l'intérêt de la dialyse « hors centre » tient, d'une part, à la liberté relative que procure au patient ce type de prise en charge ; d'autre part, à son efficience économique collective. La GdR doit favoriser ce mode de prise en charge, plutôt désavantagé par la structure tarifaire en vigueur ;
- les fortes disparités de recours à la greffe en fonction des régions sont naturellement mal vécues par les patients ; pour y remédier, un plan greffe a été relayé par la DGOS en 2013, favorisant le don de greffons de donneurs vivants, le prélèvement sur personne décédée, le développement des équipements de maintien des greffons, l'inscription précoce sur la liste d'attente, avec un objectif de 5700 greffes d'organes (tous organes confondus) pour 2015 (+ 5 % par an) - objectif considéré comme insuffisamment ambitieux par les associations de patients. On notera que dans le cas de la greffe, l'Agence de biomédecine a été un support important d'expertise pour la CNAMTS et la DGOS.

Néanmoins, et comme le soulignaient les directeurs généraux des ARS lors d'un atelier sur la GdR en juillet 2013, les avancées en matière de prise en charge de l'IRC demeurent peu perceptibles.

Il faut admettre que la dynamique du programme pâtit aussi des très longs délais de production des données du réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) : début 2014, les dernières données disponibles datent de 2011 et n'ont pas été réactualisées à ce jour.

²⁷ Dosages de base de dépistage d'une déficience de la fonction de filtration rénale

²⁸ *Guide du parcours de soins-maladie rénale chronique de l'adulte*, HAS, février 2012

²⁹ Ces données de coûts, essentielles dans le genèse du programme, ne font toutefois pas l'objet d'une méthodologie de construction transparente.

³⁰ Guide du parcours de soins, op. cit.

³¹ Près de 3000 greffes de rein ont été effectuées en 2011 - chiffre stable ces dernières années.

➤ *L'imagerie médicale*

Souvent centrale dans le parcours de soins du patient, l'imagerie présente des enjeux à la fois médicaux, organisationnels et financiers importants, dans un contexte technologique très évolutif.

Les remboursements de l'ensemble des régimes au titre de l'imagerie médicale ont représenté 4,6 Md€ en 2012 correspondant à un grand nombre d'actes et de patients et à des techniques d'imagerie diverses. L'analyse de l'évolution des dépenses pouvait orienter la GdR dans différentes directions.

Les actes d'échographie, qui constituent le premier poste de ces dépenses (1,6 Md€), et dont le volume est d'autant plus important que ces actes peuvent être réalisés par un praticien non radiologue (possédant un diplôme d'université en échographie), pouvaient être une cible opportune, dans la perspective d'assurer la maîtrise de cet examen et le recentrage de ses indications.

Le choix proposé par la CNAMTS, en 2010-2011, s'est d'abord porté sur la radiographie conventionnelle, avant d'être abandonné en raison d'indicateurs incertains et d'une baisse tendancielle des dépenses correspondantes (-12 % en 4 ans pour une dépense néanmoins de 1,3 Md€ en 2012).

La CNAMTS a ensuite proposé, à partir de 2011-2012, de centrer le programme sur les examens par IRM, qui avaient connu une progression en valeur de 29% en 4 ans (même si la dépense totale restait, à 681 M€ en 2012, plus modeste que celle des autres actes d'imagerie). Cette action, visant à installer des équipements IRM dédiés en substitution aux appareils polyvalents, répondait à la volonté d'éviter un éventuel surinvestissement et d'adapter le parc d'équipements IRM à la structure des actes observée ; les actes d'IRM font en effet en France une place exceptionnellement élevée aux indications ostéoarticulaires.

Pourtant, la rationalité médicale de cette orientation est contestable :

- l'idée d'un appareil IRM de petite taille pour l'activité ostéoarticulaire remonte à une recommandation de 1996 du Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques de l'AP-HP (CEDIT)³² qui utilisait un appareil de très bas champ (0,2 Tesla) et de petite taille afin de diminuer les utilisations ostéoarticulaires d'un appareil IRM corps entier (lui aussi de bas champ, à 0,5 Tesla) ;
- la réalité est plus complexe. L'OCDE a montré en 2011, dans une étude relayée par la HAS³³, que 40 % des actes d'IRM étaient dédiés aux membres en France, alors que cette proportion était de 25% en Belgique, au Canada ou aux Etats-Unis, et de 8-10 % en Autriche ou en Allemagne, montrant une sur-utilisation de l'IRM dans l'ostéoarticulaire en France ;
- 16 ans après l'avis du CEDIT, l'Etat et l'Assurance maladie, par une instruction CNAMTS/DGOS du 15 juin 2012, ont demandé aux ARS de « *mettre en œuvre les objectifs de diversification des équipements IRM pour les exercices 2013 à 2015* ». L'objectif affiché consiste à proposer deux types d'appareils dans le cadre de la délivrance de nouvelles autorisations ou du renouvellement des autorisations attribuées : ceux « *dédiés aux examens ostéoarticulaires des membres* » d'une part et ceux « *spécialisés en ostéoarticulaire* » d'autre part ;
- pourtant la HAS a émis un avis très prudent sur l'utilisation des IRM dédiés et spécialisés, réservant cette pratique à une expérimentation dans le cadre d'un adossement à des IRM polyvalentes ; plus fondamentalement, la HAS a souligné la

³² Les conclusions du CEDIT portaient sur une activité ostéoarticulaire qui avait triplé à l'hôpital Cochin en un an, avec 59% d'activité genou, 20% mains et poignets, 19% pieds et chevilles, et un délai d'attente pour les rendez-vous IRM corps entier passé de trois à une semaine. Cf. CEDIT AP-HP, *L'IRM dédié à l'imagerie ostéoarticulaire*, ref 94.08.2, octobre 1996.

³³ *Note sur la puissance de champ magnétique nécessaire à l'exploration des membres par IRM*, HAS, septembre 2011

difficulté à identifier, en résonance magnétique, des affections tumorales ou synoviales ;

- le manque d'appareils IRM polyvalents demeure en France, rappelé par de nombreux rapports³⁴, l'objectif de 10 appareils par million d'habitants initialement fixé pour 2011 n'étant pas atteint (alors que la plupart des pays comparables en possèdent de 13,5 à 27 par million d'habitants). Ces IRM polyvalents sont indispensables au diagnostic et suivi des cancers ou des atteintes du système nerveux central (AVC, Alzheimer...) mais aussi au suivi de certaines pathologies pédiatriques. Tout se passe comme si les besoins d'IRM en France pouvaient être comblés « en trompe l'œil » par l'arrivée d'IRM dédiés ou spécialisés sur l'ostéoarticulaire, d'utilité limitée en termes de santé publique.

Il importe de réaffirmer que la promotion de techniques d'examen de moindre coût doit se faire sans dégradation de la pertinence des actes pour le patient.

Quant aux bénéfices économiques de ce programme, on peut considérer que l'installation d'IRM dédiés n'est pas sans risque dans la mesure où elle peut stimuler la création de filières attractives pour des fractures ou entorses qui auraient pu être examinées par des techniques plus classiques et nettement moins onéreuses.

➤ *Les programmes PRADO*

La conception d'un programme d'accompagnement de retour à domicile après hospitalisation (PRADO) est une initiative de la CNAMTS inspirée d'expériences menées dans plusieurs pays anglo-saxons et scandinaves. Trois programmes sont actuellement diversement développés : PRADO Maternité, PRADO Orthopédie et PRADO Insuffisance cardiaque.

Les deux derniers programmes lancés (PRADO Orthopédie et Insuffisance cardiaque) illustrent une prise en compte insuffisante des conditions de réussite et de bénéfice pour le patient.

➤ PRADO Orthopédie

Initié en 2011, ce programme découle de deux rapports de la HAS portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de recours à une hospitalisation de soins de suite³⁵; six interventions avaient été retenues (genou, hanche, fracture trochantérienne du fémur, etc.) représentant 25% des interventions en orthopédie. Ce programme trouve également sa source dans le rapport *Charges et produits* 2013 de la CNAMTS, qui montre que 20% des patients ayant subi une arthroplastie du genou seraient pris en charge en SSR alors qu'un retour à domicile et une rééducation en ville auraient été suffisants, avec des coûts moyens dans un rapport de 1 à 5 : le coût moyen de rééducation dans un établissement de SSR ressort, d'après les calculs de la CNAMTS, à 4 220€ au lieu de 860 € pour une rééducation en ville (cf. fiche 5 « Les programmes PRADO »).

³⁴ Cf. Pr J-P. Vernant, *Recommandations pour le 3^{ème} plan cancer*, avec l'appui de l'IGAS et de l'IGAENR, juillet 2013. Et *Rapport final sur le plan cancer 2009-2013* remis au Président de la république, juin 2013.

³⁵ Recommandations HAS de 2006 sur l'ensemble des actes et de 2008 pour l'arthroplastie du genou.

Néanmoins, l'analyse du bénéfice médical du programme pour les patients est insuffisamment développée. Certes, la satisfaction des premiers bénéficiaires est élevée, mais elle est mesurée 15 jours après la sortie d'hospitalisation et non à l'issue du programme ; à ce stade, il est impossible d'apprécier, pour la plupart des actes pris en charge, le succès des soins procurés ou si un autre bilan s'impose à la fin des soins. Par ailleurs, l'existence d'un livret de suivi du patient, si elle fournit des repères utiles, ne garantit pas une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé concernés. Or l'analyse multidisciplinaire de l'état du patient est au cœur de la réussite de ces programmes, si l'on se réfère aux expériences étrangères³⁶. Enfin, une évaluation médicale solide de ce programme nécessiterait (nécessitera) une comparaison des prises en charge en ville et en établissement de SSR.

➤ PRADO Insuffisance cardiaque

Il s'agit d'un programme qui s'appuie sur le guide du parcours de soins en insuffisance cardiaque publié par la HAS en 2012 et sur les recommandations de la société française de cardiologie. Ce programme vise à améliorer l'état de santé des insuffisants cardiaques et à diminuer leur taux de réhospitalisation et de mortalité (aujourd'hui élevé).

L'importance du sujet, en termes économiques et en termes de santé publique, ne fait aucun doute, de même que les marges de progrès dans ce domaine en France. Comme dans le cas de PRADO Orthopédie, la conception du programme ainsi que sa mise en œuvre reposent cependant sur une analyse médicale comportant plusieurs faiblesses.

Par ailleurs, la littérature scientifique³⁷, à laquelle se réfère le programme, insiste sur la nécessité d'un suivi spécialisé du patient par une équipe multidisciplinaire, que ce soit en hospitalisation ou hors hospitalisation, ainsi que sur la nécessité d'une éducation thérapeutique renforcée du patient. La coordination de ce suivi multidisciplinaire aurait pu être réalisée par le conseiller de l'Assurance maladie ; mais le rôle de coordination de ce dernier se limite aujourd'hui à une prise des premiers rendez-vous chez le médecin traitant et l'infirmier(e) libéral(e) ainsi qu'à la réalisation d'un bilan de satisfaction au bout de deux mois. Un suivi plus approfondi avec les personnels médicaux impliqués serait de nature à renforcer les garanties de qualité du programme pour le patient.

L'ensemble de ces constats plaide en faveur d'une analyse médicale plus poussée, mobilisant davantage les expertises existantes (HAS, ITMO santé publique, société française de cardiologie...), à la fois pour les PRADO actuellement déployés et pour les futurs PRADO sur la broncho-pneumopathie obstructive (BPCO) ou les plaies chroniques.

A noter qu'un programme similaire³⁸ expérimenté actuellement à Pontoise et Toulouse, avec le soutien des ARS, sur la base d'un protocole déployé en Allemagne, fera l'objet d'une étude randomisée sur un échantillon de 330 patients afin d'en vérifier la validité. Il s'appuie sur un centre de télé-accompagnement personnalisé animé par des infirmières spécifiquement formées, qui font le point avec le patient au moyen d'entretiens semi-dirigés validés par le comité scientifique du programme. Disposant de données transmises automatiquement, ces infirmières assurent non seulement un suivi mais aussi une éducation à la santé.

³⁶ Cf. rapport McKinsey commandé par la CNAMTS relatif au benchmark des programmes d'accompagnement du retour à domicile suite à une hospitalisation.

³⁷ *Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission : a systematic review of randomized trials*, Finlay A. McAlister et al, *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810-819

³⁸ Plateforme interactive médecins-patients-santé (PIMPS) : programme de surveillance à domicile des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque par télé-médecine et bio-marqueurs, expérimenté avec le soutien de l'ARS Ile de France sur la base du programme CORDIVA mené en Allemagne.

3 UNE MISE EN ŒUVRE QUI MANQUE DE COORDINATION OPERATIONNELLE

3.1 La question du bon usage de certains outils ou modalités d'intervention

L'observation des conditions de mise en œuvre opérationnelle des actions de GdR soulève plusieurs interrogations quant à l'efficacité de certains instruments ou modalités d'intervention. Il s'agit ici de les rappeler brièvement tout en renvoyant au tome II pour des analyses plus détaillées.

- *Le retour d'information aux établissements sur leur profil de prescriptions, et aux professionnels sur leurs pratiques*

L'extension de la maîtrise médicalisée aux établissements de santé repose notamment sur la mise à disposition de ceux-ci par le régime général d'Assurance maladie d'une information sur leur profil de prescriptions comparé à celui d'autres établissements « de même catégorie » ; sorte de miroir tendu aux professionnels hospitaliers sur leurs pratiques. Les visites des délégués de l'Assurance maladie en établissement sont l'occasion de la présentation et de la discussion de ces documents.

Cette information miroir est incontestablement utile et est désormais attendue des professionnels. Toutefois, sa richesse et sa pertinence restent souvent à améliorer.

Les « profils établissements » vus par la mission en matière de transport des patients apparaissent frustes : montant global de la dépense de transport prescrite par l'établissement et exécutée en ville, structure de la dépense par mode de transport (ambulances, VSL, taxis, autres), taux d'évolution comparé à celui des établissements « de même catégorie ». Le rapprochement avec des données d'activité serait éclairant, particulièrement pour des établissements au portefeuille d'activité resserré comme les centres de lutte contre le cancer. Ces profils sont édités par la direction chargée des statistiques à la CNAMTS pour le compte de chaque CPAM et on peut se demander si leur production plus décentralisée ne permettrait pas de produire de manière plus souple une information plus riche et plus utile dans le dialogue des organismes locaux avec les prestataires de soins.

Par ailleurs, le complet déploiement et l'exploitation du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) font encore défaut. Le RPPS est indispensable pour identifier les médecins prescripteurs salariés des établissements, donc affiner l'analyse des prescriptions localement et permettre d'éventuelles actions correctrices ciblées. A ce stade, les difficultés de déploiement se situent au niveau du report non encore systématique du numéro RPPS sur les prescriptions hospitalières et de problèmes techniques de transmission de ce numéro via les feuilles de soins électroniques adressées par les pharmacies. L'exploitation de ces informations par le régime général est prévue pour 2015. La situation des autres régimes à cet égard reste à préciser. La période actuelle est délicate car l'allongement du délai entre le moment où les établissements commencent à renseigner ce numéro et le début des exploitations risque de discréditer l'outil et de décourager les prescripteurs. L'exploitation rapide par les caisses du numéro RPPS pour les établissements qui le reportent d'ores et déjà correctement, afin d'affiner les retours d'information sur leurs prescriptions, serait au contraire un signal incitatif.

Enfin, le développement futur d'actions de GdR axées sur la pertinence des soins et des parcours exigera la production d'une information médicale fine, réactive et pertinente répondant moins au programme de travail de la CNAMTS ou de l'ATIH qu'aux besoins du dialogue local avec des médecins spécialistes sur leurs pratiques. Un directeur d'ARS résume cela en disant : « *il ne faut pas sur-alimenter nos interlocuteurs avec nos données mais aller chercher les données dont nos interlocuteurs ont besoin pour compléter leur vision* ».

Cela suppose des capacités et latitudes des organismes locaux d'Assurance maladie pour ce faire, ainsi qu'une coopération plus étroite avec l'ARS dans l'analyse des dépenses et du recours (ou du non recours) aux soins.

Les ARS les plus engagées dans les démarches de pertinence se sont heurtées à la difficulté d'obtenir une information décloisonnée couvrant la ville et l'hôpital (sur les coloscopies par exemple) ou couvrant plusieurs segments de l'offre de soins entre lesquels se déplacent les stratégies thérapeutiques (entre chirurgie et radiothérapie par exemple pour certains cancers).

► *La mise sous accord préalable*

La mise sous accord préalable (MSAP) suscite des interrogations quant à la procédure et à ses effets. Quantifiée a priori (l'objectif fixé par la CNAMTS à son réseau était par exemple de 150 MSAP sur les établissements de soins de suite et de réadaptation en 2013), la MSAP est gérée localement sur la base d'un partage des rôles³⁹ entre CPAM et échelon local du service médical, qui prévoit généralement une décision en première instance par un technicien du service médical, sur la base d'un entretien téléphonique et du questionnaire renseigné de manière déclarative par le médecin ; le médecin-conseil ne statue que sur les refus du premier. De fait, les demandes d'accord préalable dans le champ des SSR ont été accordées à 98 % en 2011-2012 ; le taux d'accord atteint 99% et de 98,5% respectivement sur les deux ensembles d'actes représentatifs des plus gros volumes : genou et hanche⁴⁰. Un taux d'accord du même ordre est observé pour les MSAP de certains établissements de santé destinées à stimuler leur recours à la chirurgie ambulatoire sur les gestes prioritaires dits « marqueurs ».

Il est difficile de savoir si ce taux d'accord très élevé tient à la procédure de gestion des demandes d'entente préalable - qui intervient tardivement dans la prise en charge soignante du patient et est largement déclarative - ou au formalisme prévu pour la notification d'un refus de prise en charge ou encore à l'effet dissuasif (autrement dit pédagogique) de la MSAP sur les professionnels de santé.

Plusieurs des interlocuteurs rencontrés par la mission considèrent que la MSAP en matière de chirurgie ambulatoire peut débloquent certaines situations et contribuer au rattrapage des établissements les plus en retard sur certains gestes. Mais un moindre rendement de la procédure est vraisemblable dans les années à venir à mesure que le développement de la chirurgie ambulatoire touche des gestes plus complexes pour lesquels la qualité d'organisation au sein de l'hôpital est un facteur décisif.

Il n'en reste pas moins que le suivi des effets des MSAP, dans la durée, en termes d'infléchissement des comportements des acteurs de santé, mériterait d'être sensiblement amélioré, et partagé avec les partenaires du régime général pour la GdR (autres régimes, Etat, ARS). Il n'existe en effet pas de retour d'information auprès des ARS, pas plus que des administrations centrales, sur la mise en œuvre des MSAP (objectifs qualitatifs, critères de ciblage, nombre effectif de demandes et taux d'accord) ni sur leurs résultats.

On peut s'étonner qu'une procédure utilisée de longue date, devenue un instrument classique de la GdR, au demeurant relativement lourde, ne fasse pas davantage l'objet d'un suivi plus systématique quant à ses résultats et à son coût de gestion propre.

³⁹ Le circuit de traitement des ententes préalables est organisé dans le "plan d'action concerté" négocié entre le directeur de la CPAM et l'échelon local du service médical. Ce plan établit notamment les "liaisons médico-administratives" qui permettent de traiter l'essentiel des flux au niveau de la CPAM et de réserver au service médical certains types de dossiers, variables selon les départements, de nature plus exceptionnelle et complexe.

⁴⁰ Cf. CNAMTS, *Mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation de SSR : Premier bilan 2012 et propositions d'action 2013*.

A l'inverse, l'usage des MSAP vis-à-vis des médecins libéraux prescripteurs de transports en gros volume ou de transports en série sur de longues distances, prévue par la réglementation, n'a quasiment pas cours ; alors que l'hétérogénéité des pratiques de prescription dans ce domaine est grande et la dynamique des dépenses élevée.

➤ *Bonnes pratiques de soins, atypies, pertinence de l'offre territoriale*

Ces trois approches sont complémentaires pour le développement d'actions visant à conforter la pertinence des actes, des séjours et des parcours de soins. Or elles apparaissent aujourd'hui juxtaposées et largement indépendantes : l'Assurance maladie axe son travail sur le repérage d'atypies individuelles parmi les prestataires de soins et sur la définition d'indicateurs d'alerte quant à la non pertinence des actes ; certaines ARS conçoivent la pertinence sous un angle plus systémique et territorialisé, intégrant sur-recours et sous-recours ; des programmes nationaux d'amélioration continue des pratiques sont portés par la HAS et la DGOS (comme sur les césariennes programmées) en parallèle aux démarches de GdR. Un déploiement plus articulé de ces actions est nécessaire.

➤ *La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)*

Prévue par la convention médicale nationale du 26 juillet 2011 et entrée en vigueur au 1er janvier 2012, généralisant et adaptant ainsi le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), la ROSP « s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. (...) Cette réforme structurelle permet ainsi d'inciter les médecins traitants et certains spécialistes à gérer « en population » le risque santé tout en favorisant les prescriptions les plus efficaces compatibles avec l'état de santé de leurs patients »⁴¹.

Appliquée à l'ensemble des médecins traitants et à certains spécialistes⁴², la rémunération est liée à des objectifs de deux ordres :

- objectifs relatifs à l'organisation des soins et du cabinet médical : tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques, recours à un logiciel d'aide à la prescription, élaboration par les médecins traitants d'une synthèse annuelle du dossier médical de ses patients ;
- objectifs relatifs à la qualité de la pratique médicale, détaillés dans le tableau suivant. Ce volet relatif à la qualité des pratiques concerne plus spécifiquement les médecins traitants et concentre 24 des 29 indicateurs⁴³ retenus au total (900 des 1300 points).

Indicateurs de la ROSP portant sur la qualité de la pratique médicale (900 points)	
Suivi des pathologies chroniques (250 points)	<p><u>Diabète:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 65 % des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année • 80 % des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années • 75 % des hommes de plus de 50 ans et des femmes de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine • 65 % des hommes de plus de 50 ans et des femmes de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou

⁴¹ CNAMTS, Dossier de presse relatif à la rémunération sur objectifs de santé publique, 11 avril 2013.

⁴² Les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et en 2013 les médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie (avenant n°10 à la convention médicale).

⁴³ Pour chaque indicateur, le nombre de points correspond à un taux de réalisation annuel de 100% de l'objectif. La rémunération tient cependant compte non seulement de l'atteinte des objectifs mais aussi des progrès accomplis, un taux de départ propre à chaque médecin étant défini. Au titre de l'année 2012, première année d'application de la ROSP, les médecins ont perçu 3746 € en moyenne, pour une réalisation des objectifs à hauteur d'environ 50%.

	<p>anticoagulant</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée est inférieur à 8,5 %⁴⁴ • 80 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée est inférieur à 7,5 % • 90 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de LDL cholestérol est inférieur à 1,5g/L • 80 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de LDL cholestérol est inférieur à 1,3g/L. <p><u>Hypertension artérielle</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 % des patients hypertendus ayant une pression artérielle inférieure ou égale à 140/190 mmHg.
Prévention (250 points)	<p><u>Vaccination contre la grippe saisonnière</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 % des patients âgés de 65 ans et plus vaccinés • 75 % des patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés. <p><u>Dépistage du cancer du sein</u> : 80 % des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans.</p> <p><u>Dépistage du cancer du col de l'utérus</u> : 80 % des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années.</p> <p><u>Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire à 5 % la proportion de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs • Réduire à 5 % la proportion de patients de plus de 65 ans traités par des benzodiazépines à demi-vie longue⁴⁵ • Limiter à 12 % la proportion de patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines. <p><u>Antibiothérapie</u> : moins de 37 prescriptions d'antibiotique pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD.</p>
Efficiéce des prescriptions (400 points)	<p><u>Développer le recours à des médicaments disposant d'un générique</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidépresseurs (taux de prescription dans le répertoire : 80%) • Antibiotiques (90 %) • IPP (85 %) • Antihypertenseurs (65 %) • Statines (70 %). <p><u>Hiérarchiser les prescriptions selon les recommandations de la HAS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier la prescription des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) par rapport à celle des Sartans dans l'hypertension artérielle¹⁵ (65 %) • Privilégier l'aspirine à faible dosage pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires (85 %).

Source : CNAMTS

Il s'agit d'un dispositif important dont la promotion et le suivi figurent simultanément dans les contrats pluriannuels de gestion des organismes locaux et dans leur intéressement.

Or la place de la ROSP dans la mise en œuvre opérationnelle de la maîtrise médicalisée soulève plusieurs questions :

- Le suivi des pathologies chroniques concerne essentiellement le diabète (8 des 24 indicateurs de qualité des pratiques), à l'appui du programme SOPHIA, et plus marginalement l'hypertension artérielle (1 indicateur) ; en revanche, le dépistage de

⁴⁴ Cette information, comme la suivante, est déclarative.

⁴⁵ Anxiolytiques ou hypnotiques dont l'élimination est plus lente

l'insuffisance rénale chronique n'y figure pas alors qu'il devrait s'agir d'un élément important du programme de GdR conduit par ailleurs sur cette pathologie.

- Notons que le suivi du diabète figure aussi parmi les trois thèmes les plus traités par les DAM (avec la prescription de génériques et les extensions de SOPHIA) dans leurs visites de 2012 auprès des médecins généralistes, loin devant les facteurs de risques cardiovasculaires, la iatrogénie, l'antibiothérapie, ou encore les prescriptions non médicamenteuses. De même, les entretiens confraternels des praticiens conseils ont porté majoritairement en 2012 sur le diabète.
- De fait, c'est sur le suivi des patients diabétiques, plus précisément la couverture des facteurs de risque cardio-vasculaire par les statines et le dosage de l'hémoglobine glyquée, que les progrès affichés par la CNAMTS semblent les plus importants - même si ce dosage ne s'applique encore qu'à la moitié des patients, pour un objectif cible fixé à 65%. S'agissant du critère relatif aux 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année pour 65% des patients, la HAS conteste cependant la pertinence d'un taux moyen d'examen pour des pathologies évolutives, dont l'évolution est très variable d'un individu à un autre. L'adaptation de la surveillance selon une segmentation plus fine des patients en termes de risques est susceptible d'accroître l'effet de ce dispositif sur la qualité de prise en charge des patients diabétiques.
- L'axe prévention de la ROSP est constitué en très grande partie d'objectifs relevant de l'efficacité des prescriptions médicamenteuses. Par ailleurs, ce qui a trait au dépistage des cancers n'est pas superposable aux engagements de la COG en la matière : pathologies en partie différentes et indicateurs différents. Sur les objectifs de dépistage des cancers et de vaccination antigrippale les premiers résultats apparaissent d'ailleurs médiocres, avec une stagnation voire une régression des indicateurs entre 2011 et 2012. La prévention continue donc à faire figure de parent pauvre dans cet ensemble : peu d'objectifs, pas d'approche populationnelle, difficulté à progresser. L'objectif réaffirmé par la CNAMTS « *d'orienter davantage les soins vers le préventif plutôt que le curatif, grâce à un partenariat renouvelé entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux* »⁴⁶ reste éloigné.
- De manière générale, la question est posée de l'articulation de cette incitation financière avec d'autres objectifs et messages portés en dehors du cadre de la ROSP (cf. les nouveaux thèmes impartis aux démarches d'accompagnement des DAM et praticiens conseils pour 2013 comme la sensibilisation au dépistage précoce du risque d'obésité chez l'enfant et l'adolescent, la nutrition orale, ou le dosage de la TSH et des hormones thyroïdiennes).

➤ *Le « disease management »*

L'expérimentation de programmes similaires à SOPHIA pour d'autres pathologies (pathologies respiratoires et cardiovasculaires) « sur la base d'une analyse *ex ante* du coût et de l'efficacité » était prévue à la COG 2010-2013 de la CNAMTS. La conception de ces extensions du programme SOPHIA a toutefois pris un peu de retard. L'expérimentation pour l'asthme est en cours de lancement dans 18 départements.

⁴⁶ Cf. CNAMTS, Dossier de presse, op. cit.

L'expérience retirée de la mise en œuvre du programme SOPHIA pour les patients diabétiques et les évaluations produites sur le sujet⁴⁷ soulignent que, relativement au groupe témoin et à la population de patients non adhérents, les patients adhérents présentaient un meilleur état clinique à l'entrée : personnes plus jeunes, plus souvent des hommes, avec une durée de diabète inférieure, et moins fréquemment traitées par insuline ; elles avaient de même un diabète mieux équilibré, mieux suivi, et une consommation de soins différentes (plus d'actes médicaux et d'examen, moins de remboursements de médicaments). Ce biais de sélection à l'entrée s'explique par le caractère volontaire de l'adhésion au programme.

En termes de résultats au bout de trois ans, l'évaluation réalisée par la CNAMTS montre une amélioration significative de la prise en charge des patients en matière de suivi des recommandations, aussi bien dans la population cible du programme que dans la sous-population des 460 000 adhérents, mais de manière plus marquée pour ces derniers. L'équilibre glycémique des patients diabétiques les plus déséquilibrés parmi les adhérents semble amélioré, et il en va de même des autres indicateurs cliniques (surveillance de la fonction rénale, examens ophtalmologiques réguliers, etc.). En termes économiques, les adhérents à SOPHIA ont, à caractéristiques égales, au bout de trois ans, des dépenses de soins moins élevées que celles de la population témoin, en raison surtout d'hospitalisations moins fréquentes.

Dans la perspective d'une extension de ce type de programme à d'autres pathologies, quelques conditions de succès peuvent être rappelées, en particulier une rigoureuse stratification des patients selon leur niveau de risque et un pilotage ferme des exigences de résultats (cf. encadré). Il importe également d'être clair sur l'horizon temporel de « rendement » de ce type de programme en termes de santé publique et de maîtrise des dépenses ; il ne s'agit pas d'un horizon de court terme.

Quelques questions concernant l'extension prévue du programme SOPHIA aux pathologies cardio-vasculaires et à l'asthme

- Quelle stratification des patients selon leur niveau de risque ?
- Quelle prise en compte des co-morbidités des patients ?
- Quel est l'horizon de temps à partir duquel est escomptée une « rentabilité » du programme ?
- Comment seront calculés les résultats du programme : amélioration de l'état de santé ? Economies (ou dépenses évitées) en ville et à l'hôpital sur la pathologie considérée ? Sur d'autres pathologies associées ?
- Quelles modalités de pilotage des exigences de résultat ?
- Quelle place faite aux médecins traitants : dans la définition des programmes ? dans leur mise en œuvre ? dans les flux d'information ?
- Quelles modalités d'évaluation a priori et d'évaluation a posteriori de l'expérimentation ?
- Quel rôle pour la HAS (en termes de définition des bonnes pratiques) ? Pour le HCAAM (en termes de débat collectif) ? Pour les structures d'expertise en santé publique ?
- Quelle articulation avec les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) et les structures de soins de proximité, par exemple pour s'appuyer sur des infirmiers employés dans des maisons de santé pluridisciplinaires ? (A cet égard le contexte aujourd'hui est un peu différent de celui qui prévalait lors du lancement de SOPHIA).

⁴⁷ Cf. notamment : A. Morel, Dr G. Lecoq, D. Jourdain-Menninger, *Evaluation de la prise en charge du diabète*, rapport de l'IGAS, RM 2012-033P, avril 2012 ; *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de "disease management"*, rapport de l'IGAS, op. cit. ; CNAMTS, *Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques : évaluation à 1 an et à 3 ans, 2013*.

3.2 Un faible degré de régionalisation de la gestion du risque

3.2.1 Les ambiguïtés autour des marges de manœuvre régionales

La latitude laissée au niveau régional pour adapter voire proposer des mesures complémentaires à celles décidées au niveau national trouve sa source dans l'ordonnance du 24 avril 1996 mettant en place les URCAM, chargées de définir une politique commune de gestion du risque et d'établir un programme régional commun actualisé chaque année. Néanmoins, les difficultés rencontrées par les URCAM en termes de capacité opérationnelle, dans un contexte il est vrai de fragilité organisationnelle, puis la mise en place des ARS en 2010 - auxquelles ont été transférés les moyens et missions des URCAM, ont conduit à un réexamen du degré de régionalisation de la gestion du risque.

Une certaine latitude est accordée à l'échelon régional par l'instruction du 19 juillet 2010 (cf. *supra* partie 1.2 consacré à l'architecture contractuelle de la gestion du risque). En effet, le PPR-GdR est composé de deux parties : si la première reprend les priorités nationales de gestion du risque, la seconde décrit les modalités d'adoption de mesures complémentaires régionales prenant en compte les spécificités locales.

Néanmoins, les termes « actions complémentaires régionales [...] élaborées en tenant compte des spécificités régionales » peuvent être interprétés de deux manières :

- soit comme la possibilité, sous la responsabilité des ARS, de proposer des actions régionales venant s'ajouter aux actions nationales déjà prévues ;
- soit comme la possibilité d'adapter la mise en œuvre des priorités fixées au niveau national aux spécificités régionales.

Selon l'interprétation retenue, le degré de régionalisation de la politique de GdR varie. Or, cette ambiguïté pèse sur les initiatives des acteurs régionaux et locaux et leur éventuel partenariat.

3.2.2 Dans les faits, un ajustement régional limité des actions de gestion du risque

Si la possibilité laissée aux structures régionales de mettre en place de nouvelles actions de gestion du risque n'apparaît pas nécessairement pertinente, au vu des nombreuses actions nationales déjà prévues, il n'en est pas de même de la faculté d'adapter ou de hiérarchiser les actions nationales. Une telle adaptation peut être bénéfique à plusieurs égards : en termes d'efficacité opérationnelle dans des contextes régionaux et locaux d'offre de soins et de morbidité très hétérogènes, en termes de richesse des diagnostics et analyses qui pourraient être faits localement conjointement par l'Assurance maladie et les ARS, enfin en termes d'appropriation locale de ces actions, y compris auprès des professionnels de santé et des établissements.

La problématique de GdR est en effet assez différente dans une région comme les Pays de la Loire où la dépense de santé par habitant est relativement modérée, comparée à une région comme le Languedoc Roussillon où la très forte densité de l'offre de soins nourrit une consommation plus forte, à l'opposé de la Picardie par exemple où une offre de soins de faible densité est confrontée à une forte morbi-mortalité sur les pathologies chroniques.

Les déplacements réalisés par la mission et les PPR-GdR étudiés témoignent de la rareté des actions régionales complémentaires mais de quelques efforts d'adaptation des orientations nationales aux spécificités locales. On citera par exemple la construction d'un plan sur l'insuffisance rénale chronique pour la période 2013-2017 par l'ARS des Pays de la Loire, la stratégie de promotion de la chirurgie ambulatoire de l'ARS Languedoc Roussillon (par un outil de calcul du potentiel ambulatoire et un benchmark des blocs), son travail sur les inadéquations en SSR, ou encore le plan d'actions liant transport et dialyse élaboré en Poitou-Charentes par ARS et Assurance maladie.

De même, pour le programme Pertinence⁴⁸, certaines ARS, comme en Poitou-Charentes, ont mené une analyse territorialisée permettant d'identifier six actes en sur-recours et quatre familles de pathologies en sous-recours. Néanmoins cette démarche s'est heurtée dans d'autres régions à la difficulté de mener une action conjointe avec les organismes locaux d'Assurance maladie (cf. fiche 6 « Les programmes d'accompagnement des établissements ». Alors qu'une approche territorialisée apparaît particulièrement nécessaire, le programme Pertinence illustre l'insuffisant investissement de l'espace d'initiatives régionales.

De manière générale, la faiblesse du travail commun d'analyse des données de consommation de soins doit être soulignée, que ce soit en matière de pertinence des séjours en SSR, de transports ou de chirurgie ambulatoire. Rappelons que le rapport de l'IGAS de 2010 sur la gestion du risque recommandait la mise en commun, à l'échelon régional, d'objectifs et de moyens de l'ARS et de l'Assurance maladie, en matière d'études et de statistiques.

Le manque de concertation régionale peut affaiblir certaines actions. Dans le cadre des programmes PRADO, faute d'analyse préalable de la situation des établissements sur le terrain, le choix de déployer ce programme dans des établissements ayant déjà mis en place un circuit d'organisation de la sortie d'hospitalisation suite à un accouchement physiologique ou à une intervention orthopédique a eu pour conséquence de susciter de fortes réticences de la part des établissements concernés. Pour la prise en charge ambulatoire de l'insuffisance cardiaque plusieurs autres expérimentations sont en cours dans des établissements de santé publics et privés, par exemple en Ile de France et en Midi-Pyrénées, avec le soutien des ARS concernées. Une coordination de ces expérimentations serait souhaitable, de même qu'une comparaison de leurs résultats respectifs et de leurs modes opératoires (cf. fiche 5 « Les programmes PRADO »).

Plusieurs difficultés peuvent être soulignées :

- la coexistence de deux réseaux (ARS et organismes locaux d'Assurance maladie) fonctionnant avec leur logique propre entrave la constitution d'une telle stratégie. En effet, face à la latitude laissée aux ARS par la directive du 19 juillet 2010 concernant les actions complémentaires de gestion du risque, le pilotage très centralisé du réseau local de l'Assurance maladie laisse peu de marges d'adaptation d'actions définies au niveau national, et très peu de possibilités d'élaboration d'actions supplémentaires. Les initiatives régionales ne sont donc pas valorisées comme elles pourraient l'être. La mutualisation des ressources des ARS et de l'Assurance maladie reste rarissime qu'il s'agisse pour les DAM de porter certains messages pour le compte de l'ARS ou pour les deux réseaux d'analyser conjointement dépenses et consommation de soins ;
- pour assurer la cohérence des actions des deux réseaux, la CR-GdR (cf. partie 1 *supra*), en rassemblant l'ensemble des parties prenantes à la gestion du risque au niveau local, devait constituer une instance de concertation sur le déploiement opérationnel de la gestion du risque au niveau régional. Dans les faits, la CR-GdR est davantage un lieu d'échange d'informations que de réflexion stratégique sur les actions de gestion du risque ; son format très institutionnel, d'où sont absents les directeurs de l'ARS en charge de l'offre et de la

⁴⁸ Cf. Fiche 6 « Les programmes d'accompagnement des établissements (maîtrise médicalisée hospitalière et pertinence des soins) ».

contractualisation ainsi que les équipes de direction des CPAM, limite sa portée opérationnelle ;

- enfin et à titre subsidiaire, certaines ARS mettent en avant également le manque de temps et de ressources au regard des 10 priorités de gestion du risque.

4 UN PILOTAGE NATIONAL DONT LA CONSTRUCTION EST INACHEVEE

4.1 Un pilotage national dispersé

4.1.1 Un pilotage rendu compliqué par une dualité d'acteurs aux légitimités concurrentes

La GdR depuis 2010 est inévitablement traversée de tensions induites par l'intervention de deux réseaux à la fois concurrents et complémentaires, et par la juxtaposition d'une légitimité historique et assurantielle et d'une légitimité liée à la régulation régionale du système de soins. L'idée, présente dans certaines CPAM, que les ARS ne se sont pas vraiment imprégnées du concept de GdR en témoigne.

Il est symptomatique que, dans le vocabulaire des cadres de l'administration centrale rencontrés par la mission, le terme de « gestion du risque » désigne implicitement le programme pluriannuel régional de GdR (arrêté par les DG d'ARS), tandis qu'ils désignent les actions du régime général par le terme de « maîtrise médicalisée des dépenses ». Au sein de la CNAMTS la position est logiquement inversée et le terme de « gestion du risque » envoie implicitement aux actions de l'Assurance maladie historiques ou présentes.

Le COPIL GdR, s'il permet une certaine concertation, ne tient cependant pas lieu d'instance de validation des choix qui s'imposeraient aux deux réseaux. La mission de coordination de la GdR au sein de la DSS assure la préparation et le secrétariat des COPIL ; néanmoins, le dimensionnement de cette mission ne lui permet pas de jouer un rôle central de proposition, de coordination ou d'expertise, qui serait nécessaire.

Le secrétariat général des ministères sociaux, pour sa part, anime le réseau des ARS au niveau des directeurs généraux et des responsables de la GdR. Cela se traduit notamment par des ateliers permettant une diffusion de la culture et l'ajustement des programmes. Toutefois, les très faibles moyens consacrés à cette animation (une personne pour l'essentiel) et le positionnement du secrétariat général vis-à-vis des directions d'administration centrale limitent le rôle de coordination de cette instance.

Quant au pari d'une unification des actions au niveau régional via le PPR-GdR, il se heurte inévitablement aux logiques verticales de management de chacun des deux réseaux.

Au niveau national, l'information de l'Etat sur les lettres réseau du régime général en matière de GdR est récente : on notera ainsi le principe, adopté il y a deux ans, d'un passage systématique de ces lettres en CNP en même temps que les instructions destinées aux ARS ; c'est un réel progrès mais cela ne suffit pas à assurer sur le fond un pilotage unifié.

De fait, les fiches programmes montrent amplement les difficultés et confusions qui existent en termes de pilotage national.

Alors qu'une conception partagée et intégrée des programmes de GdR entre Etat et Assurance maladie est désormais nécessaire, on en est loin sur certains thèmes comme l'IRC et l'imagerie, pour lesquels le positionnement d'acteurs aux légitimités concurrentes (DSS, DGOS, CNAMTS) - mais aux ressources et capacités opérationnelles déséquilibrées - aboutit à un pilotage peu cohérent, qu'il s'agisse du choix des actions, du suivi et de la détermination des informations et indicateurs pour ce faire (cf. fiches 2 et 3 relatives à l'imagerie et à l'IRC).

Le déploiement par la CNAMTS de la « maîtrise médicalisée à l'hôpital », conçue comme un soutien aux autres programmes (transport, PHEV, pertinence, SSR), apparaît davantage comme une source de confusion. Sur le terrain le manque de coordination entre ARS et CPAM est réel et la démultiplication peu ordonnée des contacts avec les établissements risque de se traduire par des messages peu cohérents ou redondants, avec *in fine* une valeur ajoutée et une crédibilité très incertaines (cf. fiche 6 « Les programmes d'accompagnement des établissements »).

Sur d'autres sujets, la coordination institutionnelle apparaît plus engagée mais les marges de progrès restent importantes.

Le programme de développement de la chirurgie ambulatoire bénéficie d'actions convergentes (sinon toujours concertées), dans le cadre d'un pilotage par la DGOS, combinant les recommandations de la HAS, une politique tarifaire de l'Etat, un conseil organisationnel de l'ANAP, une contractualisation des ARS avec les établissements et la gestion de procédures d'entente préalable par les caisses d'assurance maladie. La maturité atteinte par ce programme doit conduire à intégrer davantage les questions d'organisation interne à l'hôpital, de restructuration des services de chirurgie et de prise en charge du patient à la sortie.

Le programme relatif à la pertinence des soins, introduit en 2013 dans les priorités de GdR des ARS, s'appuie sur le pilotage de la DGOS, qui inclut un échange technique régulier avec chaque ARS, et sur une bonne implication de l'Assurance maladie et de la HAS (sollicitée pour produire rapidement, au cours de l'année 2012, des recommandations de bonne pratique ou des évaluations sur les trois gestes sélectionnés - chirurgie du canal carpien, appendicectomie, césarienne programmée).

Cela n'empêche pourtant pas les confusions sur le terrain entre ce programme décliné par les ARS et le programme de maîtrise médicalisée à l'hôpital défini de son côté par la CNAMTS et qui comporte un volet sur la pertinence des actes. Cela n'empêche pas non plus les divergences de méthode entre l'application par les CPAM et DRSM d'indicateurs d'alerte (mis au point par la CNAMTS) fondés sur le profil atypique de tel ou tel établissement, et la réalisation par les ARS de diagnostics territorialisés associant étroitement les professionnels pour aboutir à une « revue de pertinence » de leurs pratiques. Cela n'empêche pas, enfin, que la coopération entre ARS et organismes d'Assurance maladie (en particulier leur service médical), pourtant capitale pour avancer sur ces thématiques de pertinence, reste difficile localement.

Enfin il faut rappeler que la prévention est partie intégrante de la GdR pour l'Assurance maladie mais qu'elle est traitée en dehors du programme de GdR des ARS.

4.1.2 Les hésitations dans le pilotage renvoient aussi à des ambiguïtés sur les finalités de la GdR et sur son horizon temporel

Au sein de la mission de coordination de la GdR de la DSS prévaut l'idée selon laquelle la GdR est aussi un instrument de management du réseau des ARS et impose une gestion réactive avec des remontées d'informations rapides, assurément infra-annuelles.

Or cette conception est discutable. Le déploiement opérationnel de programmes de plus en plus complexes exige du temps et une stabilité des priorités poursuivies ; l'infléchissement des pratiques des professionnels et des comportements des patients s'inscrit dans un temps long, de même que le travail partenarial que cela suppose ; le tropisme de l'indicateur facile à renseigner et à « remonter » a prouvé combien il pouvait être réducteur dans la régulation de certains processus comme la prise en charge des pathologies chroniques (cf. fiche 3 « Le programme IRC »).

Si les délais extrêmes observés dans la production de certaines données (près de trois ans pour les données du REIN) compliquent le pilotage de la GdR et mériteraient d'être ramenés à des niveaux plus raisonnables, la mission considère que la GdR dans les prochaines années devra résolument s'inscrire dans la longue durée de la régulation du système de santé, tout en renforçant les justifications médicales et médico-économiques des actions engagées et en accordant plus d'attention à l'articulation opérationnelle sur le terrain entre ARS et Assurance maladie. Cela ne signifie pas que l'on se désintéresse des résultats annuels mais c'est une condition pour obtenir des gains d'efficience structurels.

L'articulation entre pilotage de la GdR et politique tarifaire en matière de services et de produits de santé est également en jeu. La politique tarifaire fournit en effet des signaux et incitations aux prestataires de soins et constitue un levier potentiellement puissant de régulation. Or cette articulation n'a pas été construite en tant que telle. Elle apparaît donc aujourd'hui variable et aléatoire : elle existe pour la chirurgie ambulatoire sans être totalement aboutie, elle est en revanche très insuffisante sur la dialyse ou l'imagerie médicale, sans parler des transports pour lesquels les autorités tarifaires sont particulièrement éclatées avec des revalorisations qui effacent chaque année les efforts de modération des volumes. De manière générale, les décisions tarifaires restent dispersées selon qu'elles émanent de l'Etat ou de l'Assurance maladie et n'offrent pas assez de visibilité pluriannuelle.

4.2 Des indicateurs peu lisibles et dont la nature reste ambiguë

4.2.1 Les indicateurs: outils de management d'un réseau ou outils de pilotage de la GdR ?

Les indicateurs de la gestion du risque se trouvent dans différents documents contractuels :

- pour le régime général, ils sont dans la COG et surtout dans les CPG ;
- pour l'Etat, des indicateurs de résultat sont dans les CPOM Etat - ARS pour l'ensemble des programmes ; en outre des indicateurs de suivi nationaux ont été instaurés pour chacun des programmes.

En fonction du réseau auquel ils se rapportent, la nature de ces indicateurs est ambivalente : ils sont à la fois des outils de pilotage de la gestion du risque et des outils de management du réseau du régime général, alors que cette seconde fonction est présente dans une bien moindre mesure du côté des ARS.

En effet, les CPG sont le principal vecteur de pilotage du réseau du régime général par la caisse nationale. En termes de pilotage de la gestion du risque, cette conception des indicateurs a deux conséquences. D'une part, les indicateurs et leurs cibles peuvent faire l'objet d'une révision annuelle, en fonction de l'appréciation par le siège de la capacité du réseau à atteindre ces cibles. Ainsi, la COG a fixé pour 2013 une cible de 500 000 contacts avec les professionnels de santé. Cette cible a été jugée trop ambitieuse pour le réseau. Cet objectif a donc été revu à la baisse pour 2013, et fixé à 490 000 visites. D'autre part, l'importance de la fonction de management du réseau peut aussi amener à fixer des objectifs dont la signification en matière de gestion du risque est moins évidente. Ainsi, concernant la chirurgie ambulatoire, l'indicateur figurant dans les CPG consiste en un nombre de MSAP à réaliser (150 en 2013), sans que celui-ci ne reflète véritablement la performance de la gestion du risque. Cet indicateur de moyen sert essentiellement à manager le réseau de la CNAMTS à travers une cible raisonnablement atteignable.

Les règles d'intéressement diffèrent aussi selon qu'elles concernent les ARS ou le réseau du régime général.

Pour la CNAMTS, la gestion du risque pèse pour 30 % dans l'intéressement distribué au titre de la part nationale. Son poids dans la part locale d'intéressement est de 40 % pour les CPAM et de 60 % pour les DRSM. Les critères de calcul de cet intéressement sont centrés sur quelques sujets, essentiellement le volume d'indemnités journalières et la durée des arrêts de travail, l'accompagnement des professionnels de santé, la mise en œuvre de la ROSP (et depuis l'année dernière la progression du résultat moyen des médecins), les préjudices subis au titre des fraudes et abus et les contrôles T2A ainsi que le nombre d'adhésions au programme SOPHIA (programme d'accompagnement des diabétiques). S'y ajoutent, au niveau national, trois critères : la réalisation des objectifs d'économie au titre de la maîtrise médicalisée inscrits en LFSS (550 M€ pour 2012 par exemple), la réalisation d'un certain nombre de contacts avec les professionnels de santé (450.000 en 2012) et un volume de sanctions ou pénalités financières prononcées (2000 pour 2012). Ces objectifs ont été considérés comme atteints à 100 % en 2012⁴⁹.

Pour les DG d'ARS, les indicateurs CPOM servent au calcul de leur rémunération variable. Ainsi, en 2013, la mise en œuvre du PPR-GdR et plus précisément le développement de la chirurgie ambulatoire figurent explicitement parmi les critères de calcul de la part variable de la rémunération⁵⁰ à côté de nombreux autres indicateurs indépendants de la GdR. Néanmoins, il n'existe pas de décomposition fine de cette part variable à l'instar de celle développée ci-dessus pour le régime général. A cet égard, il convient de rappeler que le rapport IGAS de 2010 sur la gestion du risque indiquait qu' « il [était] préférable d'attendre d'avoir un nombre d'indicateurs à la fois robustes et ayant une portée globale réellement significative pour les intégrer dans un dispositif d'intéressement ».

4.2.2 Des indicateurs multiples et instables

4.2.2.1 Des indicateurs qui manquent de maturité du côté des ARS

a) Présentation des indicateurs de la gestion du risque mis en place pour les ARS

Les CPOM conclus entre l'Etat et les ARS contiennent trois indicateurs relatifs à la gestion du risque – dont un indicateur synthétique - et cinq indicateurs relatifs à la prévention (cf. annexe n°3). Peuvent en théorie s'y ajouter d'autres indicateurs correspondant à des mesures spécifiques régionales de GdR. Le tableau suivant récapitule l'ensemble des indicateurs figurant dans les CPOM conclus entre l'Etat et les ARS.

⁴⁹ Note de la CNAMTS présentant les résultats d'intéressement 2012, Commission de suivi du 16 mai 2013.

⁵⁰ Source : Secrétariat général des ministères sociaux

Tableau 7 : Indicateurs figurant dans les CPOM conclus entre l'Etat et les ARS

Thèmes	Indicateurs CPOM (2013)
Prévention	Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle
	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle
	Taux de participation au dépistage du cancer organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans
	Taux de participation au dépistage du cancer organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans
	Couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, oreillons, rubéole
Programmes de GdR	Taux global de pratique de la chirurgie ambulatoire
	Part des patients traités par DP/part des patients dialysés
	Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque

Source : Source : Mission d'après un exemple de CPOM Etat-ARS

Le taux de réalisation du PPR-GdR est donc mesuré à travers un indicateur synthétique, qui correspond à la moyenne des résultats obtenus sur les dix indicateurs retenus pour les dix priorités nationales de GdR.

b) Des indicateurs qui manquent de cohérence

Le tableau met en évidence un problème de cohérence entre l'indicateur synthétique d'une part et les indicateurs relatifs aux programmes de chirurgie ambulatoire et de l'insuffisance rénale chronique d'autre part. En effet, l'indicateur synthétique, mesurant le taux de réalisation du PPR-GdR, tient déjà compte des deux programmes susvisés, et ce de la manière suivante :

- pour le programme relatif à la chirurgie ambulatoire, l'indicateur synthétique intègre un taux global de chirurgie ambulatoire alors que, jusqu'en 2012, l'indicateur du programme correspondait au taux de chirurgie ambulatoire sur 17 gestes marqueurs seulement ;
- pour le programme relatif à l'insuffisance rénale chronique, l'indicateur retenu pour le calcul du score synthétique porte sur la part des patients incidents traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés 90 jours après démarrage du traitement alors que l'indicateur propre à l'IRC correspond au taux de patients traités par dialyse péritonéale (en prévalence).

In fine et sans qu'il soit possible de déterminer les raisons ayant présidé à ce choix, les programmes relatifs à la chirurgie ambulatoire et à l'IRC occupent une place prépondérante par rapport aux autres programmes de GdR.

c) Un manque de lisibilité de l'indicateur synthétique

L'indicateur synthétique est un score, compris entre 0 % et 100 %, évaluant la réalisation des dix priorités nationales. Mais son caractère composite le rend difficilement interprétable :

- il mêle des indicateurs de natures différentes. En effet, la moitié correspond à des indicateurs de résultats (pour les programmes relatifs aux transports de patients, PHMEV, imagerie, IRC et chirurgie ambulatoire), alors que l'autre moitié correspond à des indicateurs de moyens (liste en sus, SSR, EHPAD, pertinence des soins) ;
- les indicateurs sous-jacents à l'indicateur synthétique ont été conçus programme par programme, alors qu'ils peuvent interagir (interaction, par exemple, entre l'indicateur relatif au programme Transports et ceux des programmes Chirurgie ambulatoire et Insuffisance rénale chronique).

Cet indicateur synthétique est donc loin de constituer un indice de la performance de gestion du risque des ARS ou de l'efficacité des systèmes de santé régionaux.

d) *Des indicateurs qui reflètent aussi les tâtonnements sur les programmes*

La moitié des indicateurs sous-jacents à l'indicateur synthétique de GdR sont des indicateurs de moyens. Cela peut se comprendre eu égard à la faible ancienneté et faible maturité de certains programmes (EHPAD « efficacité », EHPAD « efficacité et qualité des soins », Pertinence des soins notamment). Dans certains cas, cela peut aussi révéler des difficultés de mise en œuvre des actions, comme pour le programme Liste en sus, dont l'indicateur de résultat « taux de progression des dépenses des établissements ciblés » a été abandonné au profit d'un indicateur de moyens : « taux de conclusion d'un plan d'actions avec les établissements ciblés dont le dépassement s'avère injustifié après contrôles ».

D'autres indicateurs sous-jacents à l'indicateur synthétique accentuent le biais réducteur de certains programmes :

- en matière de transports de patients et de prescriptions hospitalières de médicaments exécutés en ville (PHMEV), les indicateurs tiennent uniquement compte des prescriptions à l'hôpital et ne mesurent pas un éventuel déport sur les médecins libéraux ;
- l'indicateur retenu dans le cadre du programme relatif à l'IRC « part des patients incidents traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés à J90 du démarrage du traitement » permet uniquement de suivre le développement de la dialyse péritonéale alors que les enjeux résident davantage dans le développement de la greffe rénale et de la prise en charge hors centre (cf. fiche 3 « Le programme Insuffisance rénale chronique ») ;
- l'indicateur relatif au programme Imagerie (taux de diversification du parc des appareils IRM) apparaît lui aussi réducteur mais reflète le défaut de construction du programme (cf. fiche 2 « Le programme imagerie médicale »). Si la mesure de l'optimisation des différents équipements de radiologie est difficile, l'indicateur final pourrait être plus simplement la progression des volumes et des dépenses d'imagerie.

Dans les CPG aussi, certains indicateurs fournissent une image réductrice. On peut notamment citer le suivi du nombre de MSAP en SSR ou en chirurgie. L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire n'est pas un indicateur figurant dans les documents du régime général. On peut saluer en revanche l'introduction en 2013 d'un nouvel indicateur portant sur l'adhésion à SOPHIA de patients « en écarts de soins » (i.e. moins bien suivis que les autres patients) ; cela laisse entière la question des leviers d'action pour y parvenir.

Enfin, on notera **l'instabilité de nombre d'indicateurs**, ce qui réduit considérablement la possibilité de suivre d'une année sur l'autre les résultats de la gestion du risque. Parmi les indicateurs sous-jacents à l'indicateur synthétique, quatre seulement des indicateurs relatifs aux dix programmes sont restés identiques de 2011 à 2013. Les autres ont été modifiés comme suit :

- une révision du champ de l'indicateur : c'est le cas de l'indicateur IRC, qui porte depuis 2012 sur les patients incidents et non plus sur l'ensemble des patients dialysés. C'est aussi le cas pour l'indicateur de chirurgie ambulatoire qui portait en 2011-2012 sur les 17 gestes marqueurs avant de s'appliquer à l'ensemble de la chirurgie ambulatoire ;
- une évolution de la nature de l'indicateur : celui mis en place pour le programme Liste en sus était un indicateur de résultat en 2011 et est devenu un indicateur de moyen par la suite ;
- une substitution d'indicateurs : c'est le cas de celui retenu pour l'imagerie, qui a changé chaque année : taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur trois topographies d'actes (en 2011) ; taux de réalisation de l'analyse de potentialité de diversification (en 2012) ; et enfin taux de diversification du parc IRM autorisé (en 2013).

4.2.2.2 Du côté du régime général, une concordance partielle entre indicateurs de la COG et des CPG

Si la COG reprend les objectifs d'économies inscrits dans les LFSS au titre de la maîtrise médicalisée, elle ne comporte pas d'objectifs détaillés sur les principales actions de maîtrise médicalisée. Ainsi, il n'y a pas, dans la COG, d'indicateurs relatifs aux transports, à la chirurgie ambulatoire, ou encore aux SSR ou aux indemnités journalières. Certains figurent dans les CPG des CPAM et des DRSM, ces contrats locaux se trouvant à la croisée des PPR-GdR et de la déclinaison de la COG.

La lisibilité d'ensemble est très perfectible, d'autant que les cibles retenues ne sont pas toujours identiques. Ainsi, pour 2013, la COG avait fixé un objectif de 500 000 visites en établissements; dans les CPG, cet objectif a été porté à 490 000, pour les raisons évoquées ci-dessus. L'objectif national de dépistage organisé du cancer du sein est fixé dans la COG à 50 % et dans les CPG à 46,75 %.

4.2.2.3 De nombreuses discordances entre indicateurs du régime général et des ARS

Compte tenu de la structure contractuelle de la GdR, il convient de s'interroger sur la cohérence, voire la convergence, entre les indicateurs des ARS et ceux des organismes locaux d'Assurance maladie.

Parmi les programmes étudiés par la mission, quatre relèvent spécifiquement d'actions partagées entre les ARS et l'Assurance maladie : les programmes Transport, Chirurgie ambulatoire, SSR et PHMEV. A noter néanmoins un autre domaine d'action partagé : celui de la prévention, qui figure dans le champs de la gestion du risque de l'Assurance maladie mais pas dans celui des ARS.

On peut regretter qu'il n'existe pas d'indicateur commun Etat/Assurance maladie dans ces champs : chaque réseau suit son propre indicateur, différent dans son objet ou dans son périmètre de celui suivi par l'autre réseau. Si l'indicateur relatif aux PHMEV est commun, en revanche :

- en matière de transport, les périmètres des indicateurs diffèrent : il est centré, du côté des ARS, sur les prescriptions de l'hôpital tandis que, du côté du régime général, il inclut également les dépenses de transport prescrites en ville ;
- en matière de chirurgie ambulatoire et de SSR, les indicateurs diffèrent : taux de chirurgie ambulatoire pour les ARS versus nombre de MSAP pour le régime général ; taux d'établissements de SSR mis sous accord préalable pour les ARS versus nombre de MSAP pour le régime général ;
- enfin, en matière de prévention, les cibles retenues pour des actions identiques, à l'instar du dépistage du cancer du sein, sont différentes : environ 50% pour le régime général contre 70 % pour l'Etat.

Ce panorama est résumé dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Tableau de concordance des indicateurs des CPOM ARS/CPG

PPR GDR : tableau de concordance des indicateurs CPOM ARS/CPG AM

Thème GDR	Indicateur	CPOM ARS	CPG AM	Commentaires
Chirurgie ambulatoire	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (taux global)	O	N	L'objectif de l'ARS de Picardie en 2013 est de 43.9%
	Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible	N	O	La MSAP se limite à 38 gestes marqueurs pour lesquels l'AM dispose d'avis des sociétés savantes et des recommandations HAS. L'objectif de séjours réalisés en chirurgie ambulatoire attendu est de 85% mais exclu des CPG.
Transports	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital	O	N	L'objectif régional est de 3.2%
	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital et en ville	O	O	Afin d'assurer une cohérence entre les objectifs à réaliser par les ARS et les CPAM, des objectifs régionaux ont été ajoutés. Pour la Picardie, l'objectif commun est fixé à 4.2% en 2013.
PHMEV	Taux d'évolution des dépenses de PHMEV	O	O	L'objectif régional est de 5% en 2013. Par ailleurs d'autres objectifs du CPG ont un impact sur ce thème GDR partagé : - L'utilisation à bon escient des anxio-hypnotiques - Le taux de médicaments génériques
SSR	Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible	O	O	4 établissements sous MSAP en Picardie

Source : CPAM de la Somme

Cette absence de concordance des indicateurs Etat et régime général illustre la grande difficulté à construire une stratégie et un pilotage cohérents.

5 UN MANQUE D'EVALUATION DES ACTIONS

5.1 Une mesure fragile de leur efficacité et de leur efficience

L'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le contrat Etat-UNCAM détermine « les conditions de l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés ». Ce principe rencontre d'évidentes difficultés de mise en œuvre. Globalement, l'évaluation des actions de gestion du risque et de leur rapport coût-bénéfice reste très limitée et surtout peu transparente sur le plan méthodologique.

5.1.1 Des actions qui ont un coût

Les différentes actions de gestion du risque reposent sur la mobilisation de moyens conséquents, qu'il s'agisse de la MMH à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie et des praticiens conseils auprès des professionnels de santé, des mises sous accord préalable pour les SSR et la chirurgie ambulatoire, ou encore de la contractualisation avec les établissements sur les transports. Or la mobilisation de ces moyens a un coût qui n'est pourtant pas suivi dans le cadre de la mise en œuvre de la GdR.

Ce coût est parfois la contrepartie d'un effort de qualité sur les prises en charge, comme pour le PRADO Maternité ; on regrettera cependant que celui-ci n'apparaisse pas clairement dans la présentation qui est faite du programme (cf. infra et fiche 5 « Les programmes PRADO »).

Au plan macroéconomique on relèvera que les coûts analytiques (calculés par la CNAMTS) imputés au processus de gestion du risque en CPAM ont augmenté de 18 % entre 2010 et 2012 ; or les économies tirées de la maîtrise médicalisée inscrites dans l'ONDAM restent stables, autour de 550 - 600 M€

5.1.2 L'absence d'évaluation *ex ante* des bénéfices de certains programmes

Certains programmes étudiés plus précisément par la mission se caractérisent par une absence d'évaluation *ex ante* de leurs effets. C'est le cas notamment de deux programmes majeurs : la chirurgie ambulatoire et l'imagerie.

Concernant le programme chirurgie ambulatoire⁵¹, **les économies susceptibles d'être générées par le développement de cette organisation des soins n'ont pas fait l'objet d'un chiffrage *ex ante* ni par l'Etat ni par l'Assurance maladie.** Du côté de l'Etat, la directive du 19 juillet 2010 comportait un objectif quantifié d'économies (30 M€ en 2010 et 50 M€ en 2011) qui ne semble toutefois pas avoir été suivi. La détermination d'une cible d'économies à atteindre en lien avec le développement de la chirurgie ambulatoire n'a pas été reconduite dans les années suivantes ; peut-être pour ne pas hypothéquer l'adhésion à cette orientation ?

Par ailleurs, la HAS⁵² souligne que les effets économiques indirects de la chirurgie ambulatoire (arrêts de travail, aidants, transports, etc....) n'ont été que très rarement évalués, que ce soit au niveau national ou international. De même, la participation financière des patients ou des organismes de protection sociale complémentaire ne sont pas pris en compte dans les études réalisées.

La promotion de la chirurgie ambulatoire repose donc sur l'hypothèse d'un bénéfice qualitatif pour le patient et économique pour l'Assurance maladie, mais leur estimation, leur conditionnalité et l'horizon temporel de leur réalisation n'ont pas été explicités et partagés sur le plan méthodologique.

Concernant le programme imagerie⁵³, celui-ci se caractérise également par une absence d'évaluation *ex ante* de l'impact attendu des orientations retenues dans ce programme, à savoir reporter sur les IRM dédiés ou spécialisés une partie des actes réalisés auparavant sur des IRM polyvalents. Ainsi, ce programme se caractérise par une absence d'évaluation préalable de la pertinence des actes ostéoarticulaires réalisés sur les appareils IRM. De même, la productivité des IRM est mal connue, malgré une étude pilotée par l'ANAP en 2010 sur l'imagerie par scanner et IRM, mais dont les résultats sont controversés. Enfin, le service rendu par les IRM dédiés et spécialisés n'a pas été suffisamment analysé préalablement au lancement de ce programme et alors même que la HAS⁵⁴ fait preuve de prudence sur ce point et recommande de procéder dans un premier temps à une expérimentation avant de généraliser le recours à ce type d'équipements. Or le principe d'une expérimentation n'a pas été retenu dans le programme de gestion du risque.

⁵¹ Cf. Fiche 4 « Le programme chirurgie ambulatoire ».

⁵² *Ibid.*

⁵³ Cf. Fiche 2 « Le programme imagerie ».

⁵⁴ *Exploration ostéo-articulaire des membres par IRM : intérêt diagnostique des équipements à champ modéré et des équipements dédiés*, HAS - Service évaluation des actes professionnels, Mars 2012.

5.1.3 Dans d'autres cas, des hypothèses de calcul fragiles et peu transparentes

D'autres programmes étudiés par la mission ont vu leurs effets évalués *ex ante*. Néanmoins, ces évaluations se caractérisent par leur manque de fiabilité, en raison d'hypothèses de calcul fragiles.

Tel est le cas en particulier des trois programmes PRADO actuellement déployés⁵⁵.

Les économies pouvant découler du programme PRADO Maternité ont été évaluées par la CNAMTS à 25,7 M€ en 2013. Ce résultat est obtenu en faisant l'hypothèse d'une réduction du tarif du GHS relatif à l'accouchement physiologique sans complication, censée refléter la baisse de 0,1 jour de la DMS pour l'ensemble des accouchements concernés (soit 500 000 personnes). L'hypothèse est donc l'extension à l'ensemble des accouchements de la légère diminution de DMS observée dans le cadre de PRADO pour fonder une réduction du tarif du GHS à hauteur de 50€ par accouchement. Cette hypothèse n'est aujourd'hui pas vérifiée⁵⁶. Par conséquent, pour l'année 2013, les 25 M€ d'économies mises en avant demeurent théoriques et le bilan économique de ce programme fait ressortir un coût net de 15,8 M€ en 2013 (cf. fiche 5 « Les programmes PRADO »).

Concernant les deux autres programmes PRADO (Orthopédie et Insuffisance cardiaque), leur évaluation *ex ante* repose sur l'hypothèse d'une très forte montée en charge, et ce malgré un déploiement à ce jour lent dans les régions expérimentales. Ainsi, concernant PRADO Orthopédie, l'objectif de toucher 87 000 personnes en 2017, alors que 1000 personnes en ont bénéficié en 2013 au lieu des 5 000 visées initialement, apparaît très ambitieux. L'atteinte des objectifs fixés suppose également une professionnalisation accrue des personnels impliqués dans leur mise en œuvre opérationnelle (conseillers de l'Assurance maladie, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes).

Quant au programme Transports, les chiffrages publiés sont contradictoires et confus. Selon une note de la DSS le dispositif de contractualisation (CAQOS) a permis de générer en 2012 une économie de 8 M€ grâce au ralentissement de l'augmentation des dépenses de transports prescrits à l'hôpital. L'étude d'impact liée au PLFSS 2014 indique une économie de 22,5 M€ sur les transports prescrits par les établissements de santé, par le biais des contrats ou sans eux. Ce résultat ne coïncide guère cependant avec le mode de calcul affiché : si, comme mentionné dans ce document, l'économie attendue initialement était de 66 M€ pour une cible de signature de 100% des établissements présélectionnés, le prorata fondé sur le taux de signature constaté (de 57%) devrait conduire à une économie un peu supérieure à 37 M€ (à moins que les établissements signataires ne soient pas représentatifs de l'échantillon initial ou que les cibles de dépenses des premières années aient été moins ambitieuses). Une lettre réseau⁵⁷ de 2013 relative à la MMH chiffrait à 66 M€ les économies attendues pour 2012 sur le total constitué des transports et des indemnités journalières. Ces chiffrages sont invérifiables.

En toute hypothèse, les incertitudes sur les effets réels et durables des CAQOS fragilisent ces projections.

Au niveau micro-économique de chaque contrat passé avec un établissement de santé, la fixation des taux cibles est aussi fragilisée par le manque d'outils d'analyse des dépenses de transport et de leurs déterminants (évolutions démographiques, données d'activité, changements de composition de l'offre de soins, évolution des « filières » de soins, etc.).

⁵⁵ Pour plus de détail, cf. Fiche 5 « Les programmes PRADO ».

⁵⁶ Ce tarif a certes diminué à hauteur de 37€ par accouchement entre le 2012 et 2013, passant de 4 055€ à 4 017€ mais sans que PRADO maternité ne semble avoir joué un rôle dans cette baisse.

⁵⁷ CNAMTS, Lettre Réseau DDGOS-60/2013 du 14 août 2013

5.1.4 Des résultats mitigés, notamment en matière de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques

Les résultats susceptibles d'être mis en avant en matière de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques, n'attestent pas de leur efficacité, et ce malgré la mobilisation de nombreux outils :

- **en matière de prévention**, les interlocuteurs de la mission ont souligné de façon récurrente leurs difficultés à atteindre les cibles qui leur étaient fixées en termes de taux de vaccination ou de taux de dépistage des cancers, malgré le déploiement de campagnes pour ce faire. Les actions menées témoignent encore de la difficulté à toucher les personnes qui auraient le plus besoin de prévention (cf. observations sur le bilan du contrat Etat-UNCAM en annexe n°4) ;
- **en matière de prise en charge des pathologies chroniques**, les actions menées peinent à afficher des résultats très positifs. Si le programme SOPHIA continue à monter en charge, comptant aujourd'hui plus de 460.000 adhérents⁵⁸, il reste difficile d'y inclure les personnes les moins bien suivies par le système de soins, malgré un nouvel indicateur introduit sur ce point dans les CPG en 2013 (avec une cible d'adhésions de patients « en écart de soins »). Quant à la prise en charge de l'IRC, la greffe du rein demeure limitée, et, après une croissance continue de 2000 à 2007, elle stagne voire régresse en 2009, et ce malgré une diversification des donneurs et de multiples initiatives destinées à la promouvoir : actions de communication de la part de l'ABM, recensement des donneurs potentiels parmi les patients décédés, mobilisation de l'outil tarifaire, plan d'action en faveur de la greffe développé récemment par la DGOS⁵⁹.

Par ailleurs, les programmes relatifs à l'insuffisance rénale chronique et à l'imagerie médicale présentent peu de résultats en raison de leur faible degré de déploiement : peu de prévention et d'éducation thérapeutique des patients atteints d'IRC ; peu d'accompagnement des établissements sur la pertinence des actes en radiologie conventionnelle ; peu d'IRM dédiés installés (3 seulement à ce jour).

5.2 Un manque de transparence des chiffrages repris dans la construction de l'ONDAM

Les lois de financement de la Sécurité sociale intègrent chaque année les effets de la GdR dans la construction de l'ONDAM sous la forme des économies prévisionnelles attendues. On notera qu'il n'y a **pas de confrontation *ex post* entre ces économies attendues et les économies pour chacun des grands champs de la GdR.**

L'annexe n°7 de la LFSS, relative à la construction de l'ONDAM de l'année N, prévoit un ensemble de mesures nouvelles s'imputant sur les objectifs de dépenses pour l'année N.

L'annexe n°9, relative à l'impact des mesures nouvelles sur les comptes, est censée présenter de manière plus détaillée ces nouvelles économies de dépenses intégrées dans la construction de l'ONDAM. Le détail est toutefois très relatif, en dehors des mesures sur le médicament, comme le montre l'exemple de cette présentation pour la LFSS 2014. Ainsi la rubrique « maîtrise médicalisée », qui est le cœur de la GdR, ne fait l'objet d'aucune décomposition, en 2014 comme lors des années précédentes.

⁵⁸ Source : CNAMTS

⁵⁹ Cf. l'instruction DGOS du 12 juillet 2013 relative aux schémas interrégionaux d'organisation des soins de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques.

Tableau 9 : Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2014

Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2014

Mesures - ONDAM	Economies (M€)
Effet report de mesures 2013 (hors baisses de prix de produits de santé)	90
Baisses de tarifs professionnels libéraux (radiologues, biologistes)	130
Actions de maîtrise médicalisée des dépenses	600
Baisses de prix de médicaments (ville et hôpital)	960
<i>dont baisses de prix de médicaments ayant perdu leur brevet</i>	245
<i>dont optimisation de la tarification des génériques</i>	165
<i>dont opérations de convergence de prix dans le répertoire selon les orientations ministérielles</i>	200
<i>dont baisses de prix de médicaments sous brevet</i>	260
<i>dont baisses de prix à l'hôpital</i>	90
Baisses de prix de dispositifs médicaux (ville et hôpital)	120
<i>dont ville</i>	70
<i>dont hôpital</i>	50
Efficiences à l'hôpital	440
<i>Dont économies relatives aux achats</i>	300
<i>Dont amélioration de l'efficacité et de la pertinence des prises en charge</i>	140
Abondement de l'OGD par prélèvement sur les réserves de la CNSA	70
Total ONDAM 2014 à 2,4%	2410

Source : LFSS 2014 (annexe n°9)

De plus, la décomposition des économies attendues sur l'ONDAM varie d'une année sur l'autre, rendant très difficile le suivi pluriannuel de la contribution de ces mesures au pilotage de l'ONDAM. Le tableau ci-après récapitule, selon leur nature économique et administrative, les économies prévisionnelles liées aux mesures nouvelles de maîtrise des dépenses inscrites à l'annexe n°9 des LFSS. Au-delà de la brève apparition de certains intitulés ou de la valorisation variable des effets de la lutte contre les abus et fraudes, on constate surtout que les mesures relatives aux prix et tarifs représentent aujourd'hui la moitié de la valeur de ces économies - ce qui souligne bien la nécessité d'une articulation étroite entre GdR et pilotage tarifaire. Le bloc des « actions de maîtrise médicalisée » est associé à une économie stable, entre 550 et 600 M€ par an. Le registre de « l'efficacité à l'hôpital » (englobant des mesures de gestion interne comme la politique d'achat et des mesures propres à l'efficacité et pertinence des prises en charge) a en revanche une contribution croissante, cependant que le recours aux baisses de remboursement s'est interrompu depuis 2013. Rappelons qu'il s'agit d'impacts prévisionnels.

Globalement, les mesures nouvelles d'économies incluses dans la construction de l'ONDAM sont stables depuis 2010, entre 2,2 et 2,4 Md€ par an. Sans prétendre fournir un rendement des actions de GdR, on relèvera toutefois que les coûts analytiques imputés au processus de GdR en CPAM ont, quant à eux, augmenté de 18% entre 2010 et 2012 (passant de 271 M€ à 319 M€ en 2012)⁶⁰.

⁶⁰ Source : CNAMTS

Tableau 10 : Mesures nouvelles sur les dépenses retenues dans la construction de l'ONDAM
(impact prévisionnel)

Economies attendues en M€	2010	2011	2012	2013	2014
Ajustement des prix des médicaments et dispositifs médicaux (ville et hôpital)	440	550	770	966	1080
Ajustements tarifaires des professionnels libéraux ou des établissements de santé	390	350	270	225	130
Modification des règles de remboursement des soins (1)	301	365	223	0	0
Actions de maîtrise médicalisée des dépenses (2)	590	550	550	605	600
Economies sur IJ hors maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude	110				
Efficiences à l'hôpital	0	205	295	567	440
<i>Dont efficacité de gestion (achats...)</i>			145	314	300
<i>Dont efficacité et pertinence des soins</i>			150	263	140
Ralentissement structurel lié à la génération des médicaments « en sus de la tendance »	200	70			
Autres (3)	180	0	55	50	160
TOTAL	2211	2090	2163	2413	2410

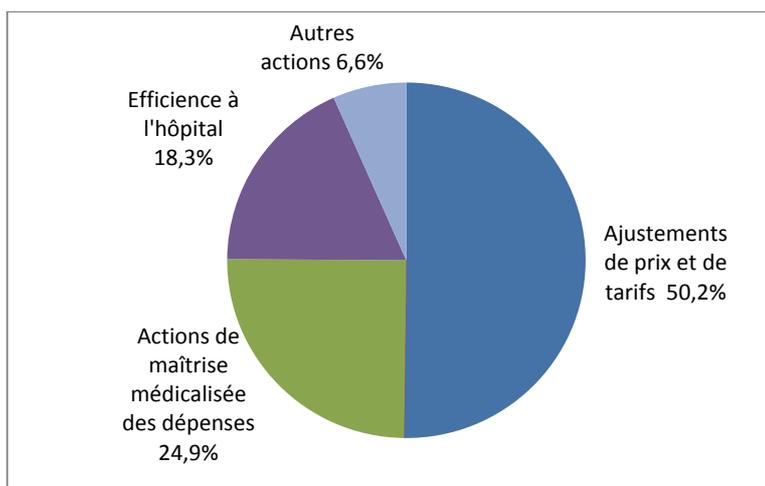
Source : mission d'après les annexes n°9 aux PLFSS 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014.

(1) Mesures « autres » : actions de lutte contre les fraudes (estimées pour un montant beaucoup plus élevé en 2010 -soit 150M€ que les années suivantes), effet report de certaines mesures antérieures (hors baisses de prix), prélèvement exceptionnel sur les réserves de la CNSA (2014), etc.

(2) Pour 2013 cette rubrique inclut également les actions relatives aux médicaments d'exception, à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, aux prescriptions hospitalières exécutées en ville et à l'imagerie, que le tableau de l'annexe n°9 ne classe pas dans la maîtrise médicalisée (chiffrée à 550 M€) mais que la mission considère comme de même nature.

(3) Modification des règles de remboursements: en 2010, hausse du forfait journalier hospitalier (156 M€) et création d'un nouveau taux de remboursement à 15% pour les médicaments à SMR faible (145 M€) ; en 2011 retrait de l'HTA de la liste des ALD (20 M€), modification des conditions de remboursement des transports en lien avec une ALD (20 M€) et diminution des taux de remboursement sur les médicaments ou hausse des reste-à-charge forfaitaires (247 M€) ; en 2012 modification des règles de calcul des indemnités journalières (223 M€) et déremboursement de médicaments à SMR insuffisant.

Graphique 2 : Nature des mesures nouvelles de maîtrise de l'ONDAM 2014



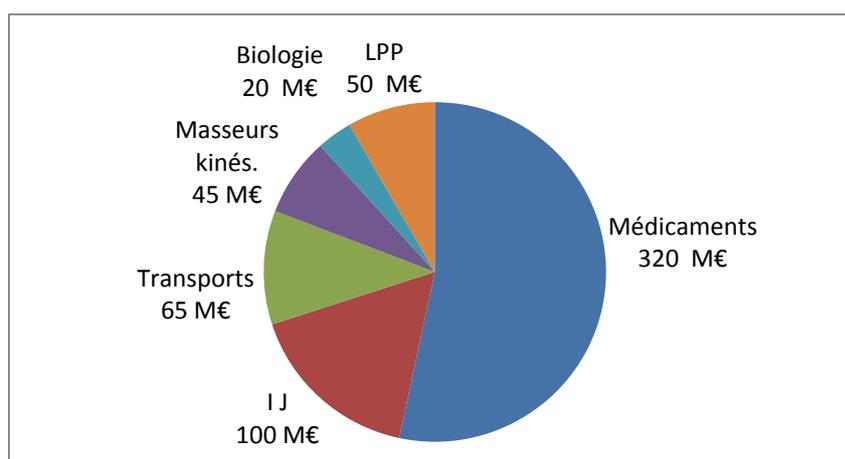
Source : mission IGAS d'après l'annexe n°9 de la LFSS 2014.

Les actions de maîtrise médicalisée se voient attribuer un rendement économique de 550-600 M€ par an (sur un ensemble de mesures en dépenses d'un peu plus de 2 Md€ par an). Ce montant n'est pas détaillé dans les annexes aux PLFSS. Une note de la CNAMTS relative à l'application de l'accord d'intéressement pour l'exercice 2012 fait état d'une économie réalisée de 647 M€ au titre de la maîtrise médicalisée en ville et à l'hôpital, sans plus de détail.

La mission a cherché à comprendre les méthodes d'évaluation de cet effet et la contribution des différentes actions.

Il ressort que le montant global de 600 M€ attendu pour 2014 résulte à hauteur de 53 % d'actions visant les prescriptions de médicaments (antibiotiques, statines, antiagrégants plaquettaires, antidépresseurs et anxiolytiques, nouveaux anti-coagulants oraux, antidiabétiques, anti-TNF alpha, etc.). Les 47 % restant sont partagés comme l'indique le graphique ci-dessous⁶¹, selon un découpage qui suit les catégories professionnelles d'actes plus que les programmes de GdR.

Graphique 3 : Décomposition des actions de maîtrise médicalisée prévues dans l'ONDAM 2014



Source : mission d'après la présentation de la CNAMTS à l'Instance nationale de concertation du 3 mars 2014, « Les orientations de la COG 2014-2017 ».

⁶¹ « Orientations de la COG 2014-2017 », Présentation de la CNAMTS à l'Instance nationale de concertation du 3 mars 2014.

Or la méthode de calcul des économies associées aux actions de maîtrise médicalisée est assez opaque et prête à discussion.

Le calcul des économies soulève immanquablement la difficulté de l'estimation de la tendance spontanée des dépenses, avant mesure de gestion, tendance qui sera comparée à l'évolution réelle constatée pour en déduire, par différentiel, l'économie réalisée :

Economie N = montant [N-1] * (taux tendanciel - taux d'évolution réel)
--

L'économie est ensuite corrigée pour tenir compte des écarts entre prévisions et réalisations sur certains effets structurels indépendants de l'action de maîtrise médicalisée (« génération » de certains médicaments, épisodes épidémiques, évolution des prix). Le caractère exogène de l'évolution des prix est d'ailleurs discutable, notamment pour ceux fixés par les négociations conventionnelles.

Les dépenses retenues sont les montants cvs-cjo en dates de remboursement du régime général projetées sur l'ensemble des régimes. En théorie on devrait se placer en date de soins et non en date de remboursement ; cette simplification a selon la CNAMTS un impact limité en raison de la télétransmission. Pour les dépenses de transport, de masseurs kinésithérapeutes et les indemnités journalières, l'ensemble des prescripteurs libéraux et salariés est pris en compte mais les économies sont calculées séparément pour les uns et pour les autres (seules les dépenses prescrites par des médecins libéraux sont prises en compte pour les médicaments).

Le manque de clarté des calculs tient au taux tendanciel retenu.

Celui-ci est défini comme « *le taux d'évolution des dépenses entre N-1 et N que l'on estime naturel* »⁶².

C'est pour les indemnités journalières que la CNAMTS dispose du modèle économétrique de projection des dépenses le plus abouti ; encore sa capacité prédictive est-elle plus fiable à long terme qu'à court terme (la modération très prononcée des IJ actuellement est ainsi peu expliquée). Sur les soins de ville, comme les transports par exemple, il s'agit plutôt, en pratique, d'une tendance « à dire d'expert », fondée sur l'observation de deux ou trois années antérieures et dont le partage prix-volume est ajusté chaque année en fonction des mesures tarifaires et de leurs dates d'application effective. Selon le directeur des études et statistiques de la CNAMTS, il faudrait parler de « prévision de volume hors action de maîtrise » plutôt que de tendanciel. Les parts respectives des calculs prospectifs et rétrospectifs sont toutefois peu claires.

Le tableau ci-après récapitule ces différentes prévisions pour les quatre dernières années.

⁶² « Méthodologie d'évaluation des économies réalisées grâce à l'action de maîtrise médicalisée », CNAMTS - Direction de la stratégie, des études et statistiques, 21 mars 2014.

Tableau 11 : Objectifs de maîtrise médicalisée et tendanciels sous-jacents en volume (2010-2013)

	2010		2011		2012		2013	
Évolution annuelle du volume hors générique	Tendanciel	Objectif	Tendanciel	Objectif	Tendanciel	Objectif	Tendanciel	Objectif
Médecins libéraux								
Antibiotiques	1,9 %	-1,1 %	1,7 %	-2,3 %	1,3 %	-5,3 %	3,5 %	-2,0 %
Statines	14,9 %	7,9 %	10,7 %	6,1 %	7,7 %	3,8 %	8,0 %	3,8 %
Anxio.- hypnotiques	1,3 %	-2,0 %	0,8 %	-2,8 %	0,4 %	-2,7 %	1,0 %	-4,9 %
IPP	13,2 %	8,5 %	11,6 %	9,4 %	8,2 %	5,1 %		
IEC-Sartans	10,1 %	6,5 %	6,8 %	2,7 %				
HTA					3,8 %	1,0 %	4,0 %	1,0 %
AAP	10,2 %	2,0 %	8,0 %	2,7 %	12,7 %	4,9 %	9,0 %	-2,1 %
Anti-Ostéo.	9,0 %	4,7 %	10,1 %	6,1 %				
Anti-dépresseurs	11,7 %	11,4 %	5,3 %	3,2 %	4,9 %	-1,1 %	6,0 %	0,1 %
Anti-diabétiques	15,3 %	9,9 %	13,0 %	10,9 %				
Antalgiques	2,6 %	0,5 %	4,1 %	0,7 %				
EPO (tous prescripteurs)			5,1 %	3,2 %	4,8 %	1,3 %	6,1 %	2,6 %
Anti-TNF (tous prescripteurs)			17,0 %	15,7 %			16,0 %	13,8 %
I J	1,3 %	0,4 %	3,5 %	2,8 %	2,4 %	1,5 %	2,1 %	1,2 %
Transports	7,0 %	4,0 %	3,5 %	0,8 %	3,6 %	1,7 %	4,1 %	2,3 %
M K	4,6 %	2,8 %	4,7 %	2,9 %	3,4 %	2,1 %	4,2 %	3,0 %
Prescriptions hospitalières								
I J	1,3 %	0,4 %	0,7 %	-0,2 %	2,7 %	1,5 %	1,4 %	0,2 %
Transports	6,0 %	3,1 %	6,5 %	3,7 %	5,4 %	3,6 %	6,3 %	4,3 %

Source : CNAMTS - DSES

Le tableau ci-après fournit, pour le poste des transports, pris comme exemple, le calcul détaillé de l'économie fixée pour 2013 ; les évolutions tendanciennes en volume sont reprises du tableau précédent. L'agrégation des différents postes d'économies, estimées de la même façon, aboutit au chiffre de 550 M€ repris dans l'annexe n°9 au titre de la maîtrise médicalisée.

Tableau 12 : Décomposition de l'objectif d'économie sur les transports pour 2013

Valeurs en M€	Montant 2012 (1)	Tendancier volume	Effets prix	Tx tendancier	Montant tendancier 2013 (2)	Objectif convention (3)	Volume correspondant à l'objectif	Evolution attendue (3)/(1) - (1)	Economie attendue (3) - (2)
Transports prescripteurs libéraux	1 246	4,1%	1,2%	5,3%	1 312	1 289	2,3%	3,5%	23
Transports prescriptions hospitalières	2 410	6,3%	1,2%	7,5%	2 591	2 544	4,3%	5,6%	47
Transports tous prescripteurs	3 656	5,5%	1,2%	6,8%	3 904	3 834	3,6%	4,9%	70

Source : CNAMTS - DSES ; Champs : France métropolitaine tous régimes (extrapolé à partir du RG y compris SLM.)

L'articulation entre économies et tendancier est peu claire. Une autre note de la CNAMTS⁶³, relative aux tendanciers 2013, précise comment, pour les dépenses de transports et de masseurs kinésithérapeutes, « nous reconstituons une série hors mesures de maîtrise médicalisée en rehaussant chaque année l'évolution observée des volumes remboursés des économies de maîtrise médicalisée ». Autrement dit :

Série reconstituée = Volumes remboursés mensuels + Economies de maîtrise médicalisée

Or ces montants d'économies ne sont pas des données connues par ailleurs mais sont eux-mêmes déduits de l'écart entre dépenses réelles et dépenses tendanciennes. Comme le souligne d'ailleurs l'annexe méthodologique de cette note, « Depuis 2005 nous avons l'information sur le montant des économies réalisées mais nous ne savons pas quelle était l'évolution tendancielle utilisée pour calculer ces économies ». La méthode proposée « pour retrouver cette évolution tendancielle annuelle », par exemple en 2010, se résume dans l'équation suivante :

$$(1 + t) = \frac{E_{2010}}{M_{2009}^{y.c.MM}} + (1 + r)$$

où t est le taux tendancier recherché;

$M_{2009}^{y.c.MM}$ le montant observé en 2009 et r l'évolution observée entre 2009 et 2010;

et E_{2010} l'économie issue de la maîtrise médicalisée en 2010.

Or cette économie (E_{2010}) n'est pas connue puisque son estimation résulte elle-même de l'écart entre le montant tendancier estimé 2010 (M_{2010}^T), qui n'est pas connu, et le réalisé 2010 (M_{2010}) :

$$E_{2010} = M_{2010}^T - M_{2010}$$

Au final, il est très difficile de savoir ce qui est constaté et ce qui est déduit ; ce qui est mesuré directement et ce qui est reconstitué ; ce qui relève d'un calcul *ex ante* prospectif et ce qui relève d'un calcul rétrospectif.

⁶³ « Propositions de tendanciers 2013 pour les II, les transports et les masseurs kinésithérapeutes », CNAMTS-DSES-DDGOS, 31 janvier 2013.

D'ailleurs les taux tendanciels 2013 calculés par la CNAMTS selon cette méthode (cf. tableau ci-dessous) sont supérieurs aux taux retenus pour définir les objectifs d'économie de maîtrise médicalisée entrant dans la construction de l'ONDAM (pour mémoire des taux de 4,1 % et de 6,3 % respectivement pour les transports prescrits par des médecins libéraux et par des médecins salariés). Rappelons que plus le tendancier est élevé, plus l'effort à accomplir via la gestion du risque est important.

Tableau 13 : Evolution tendancielle pour 2013 des volumes remboursés de transports, calculée sur la base d'une série reconstituée hors maîtrise médicalisée

	Tendancier 2013 cjo-cvs sur une base hors MM reconstituée	Tendancier 2013 sur une base hors MM reconstituée, lissée par le filtre de Holdrick-Prescott
Transports prescrits par médecins libéraux	5,1 %	4,4 %
Transports prescrits par médecins salariés	7,0 %	6,6 %

Source : CNAMTS-DSES-DDGOS

L'instabilité des taux tendanciers et le caractère relativement mystérieux de leur calcul pose problème : il est quasiment impossible de suivre les économies effectivement réalisées poste par poste et de savoir si d'éventuels décalages proviennent d'une révision des tendanciers ou d'écarts de réalisation de la maîtrise médicalisée.

Ainsi les résultats de la maîtrise médicalisée pour 2012 présentés par la CNAMTS⁶⁴ début 2013 font état d'un taux d'évolution ciblé de l'ensemble des dépenses de transports (tous prescripteurs, tous régimes) de 4,8 % et d'un taux d'évolution cvs-cjo à fin décembre 2012 de 3,8 %, d'où résulte l'affichage d'un objectif pleinement réalisé et même dépassé. Or le document d'orientation relatif aux transports de patients présenté par la CNAMTS au conseil de l'UNCAM⁶⁵ en février 2014 indique, lui, des remboursements de transport en progression de 5,1 % en 2012 (après 3 % en 2011). Un an après avoir été affiché comme pleinement réalisé, l'objectif 2012 sur les transports apparaît donc loin d'être atteint.

Ces exercices de projection ne sont, en toute hypothèse, pas réalisés pour les soins dispensés à l'hôpital ; notamment en raison des difficultés à distinguer les effets prix / volume sur l'hôpital⁶⁶ (trop grande instabilité de la structure de l'activité, de la nomenclature des GHS et des tarifs associés). Les économies au titre de l'efficacité hospitalière sont donc normatives.

Enfin, l'évaluation du « rendement » de certains programmes emblématiques comme celui relatif à la chirurgie ambulatoire apparaît insuffisante (cf. fiche n°4 « Le programme de chirurgie ambulatoire »). Au-delà de la progression du taux de chirurgie ambulatoire, il manque en effet une évaluation des gains d'efficacité obtenus au plan micro-économique pour les établissements - du moins les plus avancés - et au plan macro-économique pour l'Assurance maladie (en intégrant l'ajustement des tarifs des GHS, les prescriptions hospitalières exécutées en ville, la vitesse de récupération post-opératoire des patients, etc.). La responsabilité d'une telle évaluation est naturellement partagée entre Assurance maladie et Etat.

⁶⁴ CNAMTS, « Maîtrise médicalisée - Résultat 2012 », Commission de l'offre de soins du 19 mars 2013.

⁶⁵ CNAMTS, « Orientations relatives aux transporteurs sanitaires », Présentation au Conseil de l'UNCAM, 20 février 2014.

⁶⁶ Un indice global de prix des GHS est certes calculé par la DGOS mais la CNAMTS ne l'utilise que pour la déflation des dépenses des cliniques.

On peine également à trouver une évaluation *ex post* des effets qualitatifs et quantitatifs des programmes traitant de l'imagerie (dont le déploiement opérationnel en termes d'installation d'IRM dédiés, reste, il est vrai, fin 2013, très limité), des transports ou de l'insuffisance rénale chronique (cf. fiches programmes). Cette difficulté vaut autant au niveau national qu'au niveau micro-économique des établissements.

5.3 Quels résultats peut-on mettre en avant ?

5.3.1 Une contribution au ralentissement de la dynamique de l'ONDAM ?

On observe un ralentissement de la dynamique de l'ONDAM. Si sa progression annuelle est inférieure à 3 % depuis 2010, des augmentations bien plus dynamiques ont prévalu pendant les années 2000, avec des progressions d'une année sur l'autre supérieures à 5 % (5,5 % en 2000 et 2001, 7 % en 2002, 6,5 % et 5 % en 2004) et supérieures à 3 % jusqu'en 2010 (+4 % en 2005 ou en 2007 par exemple).

En 2012, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 170,1 Md€ soit une hausse de 2,4 % par rapport à 2011, inférieure à celle initialement prévue (2,5 %). En 2013, l'augmentation des dépenses de l'ONDAM serait de 2,8 % (au niveau de 174,9Md€). Néanmoins, il reste difficile d'identifier les contributions de la gestion du risque (du moins hors des mesures de prix sur le médicament, qui représentent 1 Md€ en 2012 par exemple) par rapport à d'autres facteurs possibles comme la dégradation de la conjoncture économique.

5.3.2 Des résultats positifs sur certains segments de soins

Concernant les programmes plus spécifiquement étudiés par la mission, quelques résultats positifs peuvent être mis en avant, davantage en termes d'amélioration de la qualité de service rendu aux usagers qu'en termes d'atteinte de gains d'efficience (cf. supra concernant l'évaluation *ex post*) :

- la diminution du délai d'attente pour la greffe dans le cadre de l'action IRC ;
- la satisfaction des parturientes ayant bénéficié du programme PRADO Maternité (91 % des parturientes très satisfaites) ;
- la réduction du délai d'attente pour les prises de rendez-vous avec les professionnels de santé pertinents dans le cadre de PRADO Orthopédie (division par deux des délais d'attente pour un rendez-vous avec un(e) infirmier(e) libéral(e) ou un masseur-kinésithérapeute pour les personnes entrant dans ce programme).

Dans une perspective de gestion du risque, la mission souligne néanmoins que le programme PRADO Orthopédie semble avoir un impact en termes de réduction du taux de recours au SSR pour les personnes bénéficiant de ce programme : dans le département de la Manche, où PRADO Orthopédie est davantage déployé, une réduction de 7 points du taux de recours aux soins de suite et de réadaptation a été ainsi identifiée.

6 RECOMMANDATIONS

6.1 Revoir la programmation de la GdR afin d'assurer l'alignement stratégique des acteurs

Le diagnostic dressé par la mission met en avant l'existence de trop nombreux documents servant aujourd'hui de référence à la GdR : le contrat Etat-UNCAM, les 10 priorités nationales de gestion du risque, la COG de la CNAMTS... Cette profusion de textes affecte la lisibilité du pilotage et du contenu de la gestion du risque, surtout dans le contexte de la diarchie en vigueur entre l'Etat et l'Assurance maladie dans le pilotage du système de santé. « *Les enjeux des deux prochaines décennies appellent une redéfinition du cadre institutionnel et politique dans lequel les questions de santé sont débattues et tranchées.* »⁶⁷

La mission s'est efforcée de rendre plus cohérent le pilotage dans ce domaine devenu très partagé qu'est la gestion du risque. Ses propositions se veulent pragmatiques ; sans bouleverser le cadre institutionnel général, elles n'excluent cependant pas certains ajustements législatifs.

La mission propose par conséquent de redéfinir l'objet du contrat Etat-UNCAM, de définir précisément quelques programmes partagés de gestion du risque dans un document unique et commun à l'Etat et à l'Assurance maladie, en resserrant le pilotage de cet exercice de programmation, enfin, de renforcer la coordination opérationnelle entre ARS et organismes locaux d'Assurance maladie dans la mise en œuvre de ces orientations.

6.1.1 Transformer le contrat Etat-UNCAM en un plan d'action intégré centré sur la politique de prévention

a) *Le constat de la mission*

Le contrat Etat-UNCAM « vit » difficilement :

- pour la CNAMTS il est redondant avec la programmation de ses propres actions de GdR découlant de la COG ou issues de ses propres initiatives, déclinées par ses lettres réseaux et inscrites, pour certaines, dans les CPG annuels ;
- pour les autres régimes, il a une portée limitée en raison de leur implication relativement faible dans la GdR, au-delà de certaines actions spécifiques à la population couverte (actions de la MSA notamment en ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, le lien ville-hôpital et le rôle du médecin traitant) et des politiques de prévention auxquelles ces régimes accordent une véritable attention.

⁶⁷ D. Tabuteau, *Démocratie sanitaire - Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, 2013.

b) Proposition

La mission propose de centrer ce contrat sur le domaine pour lequel on peut escompter une réelle valeur ajoutée d'une programmation commune à l'Etat et à l'ensemble des régimes d'Assurance maladie : le domaine de la prévention. Ce document deviendrait ainsi un « **plan national intégré de prévention** ». L'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, relatif au contenu du contrat Etat-UNCAM, serait modifié en conséquence.

Un tel plan présenterait les avantages suivants :

- s'inscrire pleinement dans la stratégie nationale de santé qui affirme la primauté de la prévention ;
- mettre en commun des moyens financiers aujourd'hui dispersés et souvent très faibles pris isolément ;
- aborder stratégiquement et opérationnellement les défis communs à ces acteurs en matière de prévention afin de toucher les populations les plus éloignées de l'offre de soins, et de relancer la politique de vaccination ainsi que la prévention et le dépistage des maladies chroniques ;
- concrétiser les synergies potentielles des différentes modalités d'action, qu'il s'agisse du lien fait par la MSA et le RSI entre prévention sanitaire et prévention des risques professionnels autour de la lutte contre la désinsertion professionnelle ; de la mobilisation de la ROSP et des DAM par le régime général ; ou encore de l'utilisation des contrats locaux de santé signés par les ARS ;
- aborder de manière plus transparente et coordonnée l'allocation de subventions et le dialogue de gestion avec les structures (associatives notamment) sur le terrain.

6.1.2 Arrêter des programmes partagés autour de grandes priorités de GdR et en resserrer le pilotage national

a) Le constat de la mission

Les programmes de gestion du risque tels qu'ils sont conçus et mis en œuvre présentent les faiblesses suivantes :

- un manque de concertation au niveau national entre Etat et CNAMTS sur le contenu précis des actions de maîtrise médicalisée ; ce défaut de concertation reflète autant le manque d'implication des directions d'administration centrale concernées que l'antériorité historique de la CNAMTS sur le champ de la GdR ;
- un manque de coordination opérationnelle sur le terrain, entre CPAM/DRSM et ARS dans la mise en œuvre, la hiérarchisation et la déclinaison de ces priorités.

Compte-tenu des modalités de management respectives des réseaux des ARS et des organismes territoriaux du régime général, il est peu probable que la coordination et la concertation sur le fond des actions puissent reposer uniquement sur les structures territoriales. La mission considère qu'un effort de réunification des programmes doit déjà avoir lieu au niveau national ; et que celui-ci doit se prolonger par une coopération plus poussée à l'échelle régionale (cf. 6.1.4).

b) Proposition

La mission propose que des programmes de gestion du risque (ou d'efficience) soient construits conjointement par les directions concernées du ministère (en premier lieu DGOS, DGS et DSS mais aussi DGCS pour le champ médico-social), par la CNAMTS ainsi que les autres régimes en fonction de leur volonté et capacité de mobilisation sur les différents thèmes retenus :

- il s'agit de partir de l'existant sur les programmes retenus (cf.6.2) et de mettre en cohérence leurs objectifs, cibles, indicateurs et modes opératoires ; c'est l'occasion de renforcer l'analyse médico-économique sous-jacente (cf. 6.3.1) ;
- pour chaque programme seraient désignés un pilote et un copilote ; ces rôles seraient confiés, selon les thèmes, aux services concernés de la CNAMTS et de l'administration centrale mais aussi à un directeur d'ARS ou à un directeur coordonnateur régional de la GdR au sein du régime général ;
- ces programmes seraient formellement validés en CNP. Afin d'assurer la base juridique de cette procédure, et d'ajouter cette mission à celles du CNP, l'article L. 1433-1 du code de la santé publique devrait être complété ainsi : « le CNP arrête les programmes partagés de gestion du risque maladie qui sont mis en œuvre par ses membres, chacun pour ce qui le concerne, ainsi que par leurs structures territoriales respectives ». Une telle évolution de la procédure permettrait de faire du CNP l'instance de validation de ces programmes partagés, à la fois pour le ministère, les ARS et l'Assurance maladie ;
- les programmes serviraient alors de référence pluriannuelle pour les ARS comme pour l'Assurance maladie, et seraient repris dans les PPR-GdR qui engagent les ARS comme les organismes locaux d'Assurance maladie. Ceci est conforme à l'esprit de l'article L. 1434-14 du CSP mais pas à sa lettre ; il conviendrait donc de revoir cet article pour remplacer la référence au contrat Etat-UNCAM par une référence aux programmes nationaux partagés de gestion du risque. Par souci de cohérence, l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale pourrait être revu aussi afin d'ajouter dans la première phrase, après les mots « mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion » les mots « et des programmes partagés de gestion du risque » ;
- quant aux futurs CPOM Etat-ARS, il va de soi que leur contenu et leurs indicateurs devront être arrêtés sur la base notamment du plan national intégré de prévention et des programmes partagés de GdR ;
- une variante de ces propositions consisterait à annexer les programmes partagés au contrat Etat-UNCAM.

Le suivi de l'élaboration des programmes, puis de leur exécution, serait assuré par la mission de coordination de la gestion du risque (MC-GdR) de la DSS - ce qui suppose un renforcement conséquent de celle-ci - et par le comité de pilotage national de la GdR - qui pourrait être amené à se réunir à une périodicité plus fréquente qu'aujourd'hui. L'animation du réseau des ARS resterait assurée par le secrétariat général.

6.1.3 Recentrer en conséquence le chapitre GdR de la COG sur les interventions relevant spécifiquement de la compétence de la CNAMTS

a) *Le constat de la mission*

Le chapitre de la COG 2010-2013 de la CNAMTS consacré à la gestion du risque reprend les axes du contrat Etat-UNCAM et comprend des engagements liés à des actions relevant soit spécifiquement de la CNAMTS, soit ayant vocation à être menée conjointement avec l'Etat, à l'instar de la sous-partie 4 de la COG « Privilégier le bon usage du soin » et de la sous-partie 3.3 « Accompagner les parcours de soins ».

Pour l'avenir le périmètre de la GdR dans la COG serait ajusté pour tenir compte de l'évolution proposée ci-dessus. Rappelons que le rapport d'évaluation de la précédente COG Etat-CNAMTS 2006-2009 recommandait déjà de revoir le positionnement de la COG en matière de GdR, pour progresser vers un pilotage plus unifié entre Etat et Assurance maladie.

b) Proposition

Le chapitre de la COG relatif à la GdR devrait être recentré sur les actions relevant spécifiquement de la compétence de la CNAMTS. Cela aboutit à retirer principalement les sous-parties 4 et 3.3 de l'actuelle COG. Cela suppose de revoir le 1°) de l'article L. 227- 1 du code de la sécurité sociale qui précise le contenu de ces conventions.

Demeureront dans la COG certains engagements de GdR, en lien avec :

- la politique conventionnelle (conditions d'installation, ROSP, etc.) ;
- la relation avec les assurés (gestion de l'information, services en ligne, coaching, etc.) ;
- la politique de contrôle et la lutte contre les fraudes et abus ; il serait souhaitable que des campagnes de contrôle visent, dans la mesure du possible, à s'assurer du respect des recommandations de bonnes pratiques sur un certain nombre de thèmes ;
- l'analyse de la dépense d'Assurance maladie et le perfectionnement des systèmes d'information à cette fin : deux points sur lesquels les engagements inscrits dans la COG pourraient être d'ailleurs plus précis qu'aujourd'hui.

Cela devrait contribuer à limiter les chevauchements d'initiatives par rapport à la situation actuelle.

6.1.4 Renforcer la coordination opérationnelle entre ARS et organismes locaux d'Assurance maladie

a) Le constat de la mission

La GdR est moins menacée d'essoufflement (elle demeure un thème très fédérateur au sein des organismes locaux d'Assurance maladie et l'attention qui lui est portée en ARS progresse incontestablement) que d'une confusion grandissante née de ses actions multiples génératrices de nombreux chevauchements de compétence ; cette confusion vaut tant pour les autorités régulatrices que pour les établissements qui sont l'objet de ces initiatives concurrentes.

Il convient de rappeler la compétence générale dévolue par la loi HPST aux ARS, chargées « de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé » (article 1431-2 du code de la santé publique). C'est dans ce cadre légal qu'il convient de rationaliser les actions menées auprès des professionnels de santé, des établissements et des patients.

b) Proposition

Des évolutions sont souhaitables sur trois points :

- **élargir la commission restreinte de coordination régionale de la GdR** pour y inclure, du côté des ARS, les responsables de l'offre de soins, de la contractualisation et de la santé publique, autant que de la stratégie. De même, du côté de l'Assurance maladie le directeur coordonnateur pourrait venir davantage accompagné par les cadres de la caisse et de la cellule régionale de GdR ; ceci afin de faire de cette commission un lieu de concertation plus substantielle sur les objectifs concrètement poursuivis et les leviers mobilisés par les uns ou les autres (MSAP, visites en établissements, échanges confraternels, procédures d'autorisations, etc.) ;
- **prévoir explicitement la possibilité de priorisation ou d'adaptations opérationnelles régionales pour certains programmes**, décidées conjointement par les organismes locaux d'Assurance maladie et l'ARS. Il s'agit d'affiner les modes opératoires pour gagner en

efficacité (en matière de pertinence des soins par exemple). Il serait souhaitable de pouvoir mobiliser des moyens des deux réseaux sur des actions décidées conjointement et conformes aux priorités nationales (évaluation des inadéquations en SSR par exemple, ou intervention sur les césariennes programmées en lien avec les facteurs organisationnels dans les maternités), dont le suivi serait assuré et transmis aux échelons nationaux. Dès lors que le management du réseau des caisses et services du régime général ferait une place à de telles actions, il importe que celles-ci soient valorisées et réellement suivies. Le suivi des ONDAM régionaux pourrait aussi constituer une aune à laquelle mesurer les efforts conjoints de l'ARS et de l'Assurance maladie en matière de GdR ;

- **rapprocher les capacités d'analyse des données et d'études des deux réseaux** : un tel rapprochement est indispensable sur des sujets comme la pertinence des soins et des parcours, les transports pour les soins itératifs, la chirurgie ambulatoire, ou encore l'aval de l'hospitalisation. Cela devrait conduire à court ou moyen terme à la mise en place d'une cellule régionale commune, d'études et d'aide à la décision, de 10 à 15 personnes, comme le préconisait déjà le rapport de l'IGAS de 2010 sur la gestion du risque.

6.2 Quelles priorités partagées de GdR pour les prochaines années ?

La mission préconise de resserrer un peu le nombre de priorités partagées et de redéfinir celles-ci pour tenir compte à la fois du niveau de maturité des actions déjà poursuivies -parfois depuis de nombreuses années- et pour mieux les relier aux grands enjeux de la stratégie nationale de santé. Les propositions qui suivent visent également à atténuer la segmentation par pathologie sous-jacente à la construction des programmes ces dernières années, et la dispersion des efforts.

6.2.1 Une politique de prise en charge de l'IRC à poursuivre en dehors des programmes partagés de GdR

L'efficacité de prise en charge de l'IRC renvoie aujourd'hui à trois leviers principaux :

- le développement de l'accès à la greffe ;
- une politique d'évolution de l'offre afin de promouvoir les prises en charge hors centres lourds (unité de dialyse médicalisée -éventuellement autonomes et pouvant être reliées par télé-médecine à un « centre lourd »-, structures d'auto-dialyse ou dialyse péritonéale à domicile) ;
- le renforcement du dépistage et de l'information des patients sur les stratégies de prise en charge, ainsi que le renforcement de l'éducation thérapeutique des patients.

Les deux premiers leviers relèvent d'une politique d'offre et d'accompagnement des restructurations, qui doit être conduite par la DGOS. Elle doit mobiliser parallèlement le levier tarifaire (T2A et CCAM) afin d'aligner les signaux prix avec les objectifs d'efficacité collective dans ce domaine. Au vu des enjeux de santé publique, la direction générale de la santé (DGS) gagnerait à être associée aux travaux sur ce sujet.

Le troisième axe passe par la sensibilisation des médecins, un renforcement de la ROSP en matière de dépistage de l'IRCT et les relations de l'Assurance maladie avec les assurés (support d'information, consultations d'annonces, etc.) ; ce sont des points qui rejoignent les champs de la COG évoqués précédemment.

6.2.2 Un programme sur la pertinence des soins à déployer sur la base d'une étroite coordination Etat-Assurance maladie en région

Le programme Pertinence est loin d'avoir atteint sa maturité et ses instruments sont en cours de définition ; mais il semble prometteur et sa finalité est au cœur de la notion de « juste soin ».

A l'heure actuelle les démarches de promotion des bonnes pratiques de soins, de repérage d'atypies au niveau des prestataires de soins, et d'analyse de l'offre au niveau territorial sont conduites séparément. Or ces trois approches sont complémentaires et doivent être déployées de façon plus articulée. Comme le soulignait un interlocuteur de la mission à la HAS, « si l'on regarde les 10 % d'atypies, il reste 90 % de pratiques améliorables ».

Les problèmes de pertinence étant principalement liés à des redondances d'actes, des inadéquations de séjours et des incohérences dans les parcours de soins, il convient en effet de se pencher davantage, au-delà des atypies, sur l'organisation collective de parcours de soins.

A terme il est souhaitable que ces démarches puissent s'insérer dans le développement professionnel continu et dans la procédure de certification des établissements.

Par ailleurs, la crédibilité des interventions de l'Assurance maladie comme des ARS en matière de pertinence des soins se jouera notamment sur la finesse et la pertinence de l'information médicale ou médico-économique partagée. Elle se jouera également sur l'acquisition de compétences pointues pour dialoguer avec les spécialistes dans telle ou telle discipline ; ceci impose une relation plus étroite entre l'ARS et l'Assurance maladie – tout particulièrement son service médical.

L'approfondissement du dialogue avec les professionnels de santé spécialistes sur leurs pratiques suppose de la souplesse et une capacité à aller chercher de la donnée très fine, qui n'a pas forcément été anticipée par l'ATIH ou la CNAMTS au niveau national. Comme le résume un directeur d'ARS, « il ne faut pas sur-alimenter nos interlocuteurs avec nos données mais aller chercher les données dont nos interlocuteurs ont besoin pour compléter leur vision ». Ce qui renvoie à la nécessité de donner aux organismes locaux d'Assurance maladie les capacités et latitudes pour réaliser des travaux d'analyse qui ne seraient pas inscrits au programme de travail arrêté par la caisse nationale (cf. 6.1.4).

Il importe aussi de produire une information plus décloisonnée sur les soins dispensés (décloisonnement entre la ville et l'hôpital ou entre différents segments du système de soins).

6.2.3 Un programme nouveau sur l'efficacité de l'organisation hospitalière

Ce programme serait centré sur le développement de la chirurgie ambulatoire abordé sous l'angle de l'organisation des flux de patients, des plateaux techniques ainsi que des ressources humaines hospitalières. En effet, comme l'ont souligné les interlocuteurs de la mission, le développement de la chirurgie ambulatoire sur des actes complexes suppose une organisation parfaite pour que les chirurgiens s'y engagent.

Ce programme inclurait également la question de la pertinence des actes réalisés en chirurgie ambulatoire.

Pour ce faire, il mobiliserait divers leviers : levier tarifaire, éventuelle mise sous accord préalable, appui aux réorganisations, outils de benchmark, accompagnement des établissements mis en œuvre dans le cadre de la MMH, retours d'information aux établissements sur leur activité, analyses d'atypies.

Il s'agit de passer d'une politique d'accroissement du taux de chirurgie ambulatoire à une politique cherchant à en recueillir les fruits en termes d'efficacité et à en assurer la soutenabilité pour les patients comme pour les établissements et leurs équipes hospitalières.

Ce programme pourrait inclure d'autres thèmes choisis régionalement.

6.2.4 Un programme nouveau sur l'aval de l'hospitalisation

Plusieurs des priorités de GdR des ARS et de l'Assurance maladie mises en œuvre ces dernières années aboutissent à poser la question de l'organisation des soins en sortie d'hospitalisation et butent sur ce sujet. Celui-ci recouvre des problématiques d'organisation des soins de ville autant que d'orientation des patients. Les programmes PRADO tentent d'impliquer patients et équipes hospitalières dans un retour accompagné à domicile mais ils ne touchent pas véritablement à la structuration de l'offre de soins de ville.

Le nouveau programme proposé contribuerait à la promotion de parcours de soins plus ordonnés, visée par la stratégie nationale de santé, et aborderait :

- **les soins de suite et de réadaptation** : en intégrant la question des inadéquations en établissement, l'évolution de l'offre de SSR, le bon usage des logiciels d'orientation des patients et des programmes de retour à domicile ;
- **la chirurgie ambulatoire** : sous l'angle de l'organisation de la prise en charge à la sortie de l'hôpital et notamment du rôle du médecin traitant, de l'échange d'information entre ce dernier et l'établissement de santé et de la prise en charge spécifique de la douleur, conditions nécessaires pour pouvoir poursuivre le développement de ce mode opératoire sur des gestes de plus en plus complexes. Ces sujets peuvent avoir une déclinaison particulière en milieu rural, et rencontrent une grande attention de la part de la MSA ;
- **le devenir des programmes PRADO** : le rôle que pourront jouer les PRADO dans l'organisation de l'aval des hospitalisations sur des pathologies comme l'insuffisance cardiaque ou la BPCO dépendra de l'adéquation entre les moyens mobilisés et les ambitions : coordination administrative des programmes localement, professionnalisation des CAM, suivi plus marqué des patients tout au long des programmes, formation des professionnels paramédicaux libéraux adaptée à chaque programme. Il importe également de veiller à l'articulation des PRADO avec les leviers de structuration du parcours de soins, y compris dans les zones aux faibles densités médicales ;
- **l'organisation spécifique des sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées dépendantes ou en risque de perte d'autonomie** (en lien avec l'expérimentation des parcours PAERPA) : le rôle du médecin traitant, le devenir du DMP, le rôle des équipes mobiles hospitalières et l'évolution des soins de proximité sont quelques-uns des sujets à aborder dans ce cadre.

6.2.5 Un programme relatif à l'imagerie médicale à réorienter

L'imagerie médicale est un thème de programme partagé Etat-CNAMTS à renforcer, pour plusieurs raisons :

- des enjeux diagnostiques majeurs ;
- des enjeux intersectoriels multiples, recouvrant à la fois les soins de ville et les établissements, les professionnels de santé libéraux et salariés, la politique conventionnelle, la modernisation tarifaire et l'optimisation des plateaux techniques hospitaliers, auxquels s'ajoutent des questions de pertinence des pratiques ;
- des innovations technologiques en cours, à prendre en compte dans la régulation économique et sanitaire du secteur.

Afin de mieux répondre à ces enjeux, ce programme est à réorganiser autour de quatre axes :

- l'amélioration de la traçabilité des prescriptions et des actes ;
- la pertinence des actes (en particulier des examens ostéoarticulaires sur IRM et des échographies) et la réduction des actes redondants ; cela suppose des progrès quant à la traçabilité des prescriptions et des actes ;
- le réajustement de la structure tarifaire afin de mieux refléter les durées d'amortissement des équipements ;
- la mesure de la productivité des équipements et organisation de l'offre (y compris la question de la permanence des soins) : c'est dans ce cadre que la question de l'éventuelle diversification du parc d'IRM doit être ré-analysée au regard des besoins de la population en IRM polyvalentes et des coopérations entre professionnels de santé sur un territoire.

6.2.6 Un programme sur les transports à mieux outiller

La nécessaire rationalisation de l'organisation des prestations de transport pourrait s'appuyer sur plusieurs actions communes de l'Etat et de l'Assurance maladie, dans les directions suivantes (voir fiche 1 « Le programme transport des patients » pour les recommandations détaillées) :

- affiner la connaissance de la dépense de transport et de ses déterminants, ce qui passe également par une accélération des évolutions engagées en matière de systèmes d'information ;
- inscrire l'action de maîtrise des dépenses de transport dans le cadre plus large de l'organisation régionale et locale de l'offre de soins et dans la redéfinition de parcours de soins itératifs, indépendamment de la nature juridique du prescripteur ;
- faire des CAQOS un levier plus qualitatif de réorganisation au niveau de l'établissement voire de son environnement ;
- faire évoluer le cadre de régulation des transports ;
- dans une optique de moyen terme, réfléchir au mode de responsabilisation des établissements sur les dépenses de soins induites à l'issue de séjours ou venues, et imputées sur l'enveloppe de ville.

Par ailleurs la fiche 1 « Le programme transport des patients » développe un volet concernant le renforcement des contrôles *a priori* et *a posteriori* ; celui-ci s'insère dans la COG Etat-CNAMTS.

6.2.7 Un programme complémentaire possible concernant les EHPAD

La mission n'a pas étudié spécifiquement ce thème de la GdR. Toutefois, en se fondant sur d'autres travaux récents de l'IGAS⁶⁸, elle propose quelques orientations à poursuivre :

- la réduction de la variabilité de la dépense remboursée par résident, pour les EHPAD gérés en tarif partiel de soins ;
- la maîtrise du recours à l'hospitalisation et organisation d'un appui hospitalier (y compris des USLD) aux prises en charge en EHPAD (recours pour la prise en charge des troubles du comportement, accès spécifique pour certains soins techniques, diffusion de bonnes pratiques de prescription médicamenteuse, etc.) ;

⁶⁸ Cf. N. Destais, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes - Mission complémentaire d'évaluation du tarif global de soins*, Rapport final dans le cadre du groupe de travail inter-administrations, RM 2013-120 P, octobre 2013.

- le suivi de l'utilisation des dotations de soins des EHPAD gérés en tarif global, sur la base du déploiement complet et du perfectionnement de l'outil RESIDEHPAD.

6.3 Modalités de conception et d'évaluation des programmes

La mission considère que la GdR doit désormais résolument s'inscrire dans la longue durée de la régulation du système de santé, tout en renforçant les justifications médicales et médico-économiques des actions engagées et en accordant plus d'attention à l'articulation opérationnelle sur le terrain entre ARS et Assurance maladie. Cet horizon de moyen terme ne signifie pas que l'on se désintéresse des résultats annuels mais il est une condition pour obtenir des gains d'efficience structurels dans notre système de santé.

6.3.1 Une conception plus solide des programmes

La conception des programmes doit reposer sur des diagnostics plus complets et sur une segmentation adaptée des patients. Cette segmentation des patients selon leur niveau de risque est une condition importante de la réussite des programmes de « disease management » mais le principe vaut au-delà de ceux-ci.

La concertation en amont avec des experts extérieurs à l'Assurance maladie et la mobilisation de ressources d'expertise en santé publique sont susceptibles de renforcer les fondements médicaux et médico-économiques des actions.

Un agenda commun HAS-Assurance maladie est également nécessaire et devra s'accompagner d'une coopération plus étroite des deux institutions sur leurs programmes respectifs ; ce qui suppose aussi une meilleure maîtrise par la HAS des délais de production de ses recommandations ou évaluations et des conditions de leur appropriation.

Le développement progressif d'une démarche plus actuarielle prenant en compte les effets intertemporels de l'évolution des pathologies et de leurs traitements est souhaitable (par exemple, la comparaison entre greffe et dialyse sur dix ans, ou l'évaluation de la prise à vie de certains médicaments). La cartographie médicalisée des dépenses, engagée par la CNAMTS depuis quelques années, permet d'envisager ce type de travail. Le suivi de cohorte de patients atteints d'IRC est en cours de mise en œuvre avec le réseau REIN ; une autre cohorte devrait être prochainement mise en place pour la chirurgie bariatrique. De tels suivis pourront éclairer plus finement l'usage d'autres outils, par exemple le choix des actes à placer sous accord préalable.

La combinaison de plusieurs sources d'information en santé est également souhaitable pour affiner le ciblage de la GdR. Ainsi le réseau REIN fournit des données qui ne sont pas disponibles dans le SNIIRAM (comme les résultats d'analyses et contextes de vie de la personne), lequel fournit une information sur les co-morbidités qui ne figure pas dans les données du REIN.

De manière générale, l'efficacité de la GdR dépend aussi du bon aboutissement de projets structurants en matière de systèmes d'information tels que le Répertoire partagé des professionnels de santé, la facturation individuelle des établissements de santé, les modes de prescription et de facturation en ligne, la dématérialisation du volet ALD, le Répertoire opérationnel des ressources ou encore le dossier médical personnel du patient. Il s'agit par ces dispositifs de fournir une base plus solide au ciblage des actions, qu'il s'agisse d'accompagnement ou de contrôle, et d'améliorer l'information fournie aux professionnels de santé.

Enfin, il importe que le levier tarifaire soit mieux articulé avec la GdR et que cette articulation soit construite et organisée. Dans un certain nombre de cas il est possible que des mesures de prix / tarifs soient plus puissantes, plus lisibles et moins lourdes en coûts de gestion que des actions de GdR ; à tout le moins, elles en sont un complément qui doit être cohérent avec les objectifs de régulation et de rationalisation poursuivis.

6.3.2 Une évaluation plus transparente

S'agissant des modalités d'évaluation des programmes, l'évaluation à la fois ex ante et ex post doit être renforcée et la transparence des méthodes retenues doit être sensiblement accrue.

Cet effort d'évaluation et de transparence doit s'appliquer en particulier à des dispositifs aux forts enjeux tels que la ROSP, PRADO, ou les extensions de SOPHIA. Il vaut aussi pour une procédure très utilisée comme la mise sous accord préalable. Le recours à une évaluation externe pour des axes majeurs comme la sortie d'hospitalisation ou le « disease management » est à considérer.

Les coûts de gestion des dispositifs doivent aussi être systématiquement pris en compte.

Enfin, l'évaluation des résultats obtenus doit s'intéresser non seulement à la population globale concernée et à l'évolution d'indicateurs moyens mais aussi, dans toute la mesure du possible, aux résultats pour les sous-populations de patients les plus exposés aux risques et pathologies visés.

Constance BENSUSSAN

Delphine CHAUMEL

Dr. François CHIEZE

Nathalie DESTAIS

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU AUDITIONNEES

Caisses nationales d'assurance maladie	
CNAMTS	<p>M. Michel REGEREAU, président du Conseil de la CNAMTS M. Frédéric van ROEKEGHEM, directeur général de la CNAMTS (et directeur général de l'UNCAM) Pr. Luc BARRET, adjoint au directeur général, délégué aux affaires médicales Mme Sophie MARTINON, directrice de cabinet du directeur général Mme Dominique POLTON, conseillère du directeur général, chargée de la stratégie nationale de santé M. Olivier de CADEVILLE, directeur délégué aux opérations (DDO) M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, direction déléguée aux opérations (DDO) M. Jean-Paul PRIEUR, directeur du réseau médical et des opérations de gestion du risque, direction déléguée aux opérations (DDO) Mme Christiane RAME, responsable des opérations de GdR, direction du réseau médical et des opérations de gestion du risque (DDO) M. Claude GISSOT, directeur de la stratégie, des études et des statistiques (DSES) Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) M. Philippe ULMANN, directeur de l'offre de soins, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) Dr Michel MARTY, responsable du département de l'hospitalisation (DDGOS) Dr. Yves ALLIOUX, responsable du département des actes médicaux (DDGOS) M. Thomas JAN, responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins (DDGOS) M. Emmanuel GOMEZ, responsable de la mission d'accompagnement des patients (DDGOS) Dr. Sylvie TORRE, département des actes médicaux (DDGOS) Mme Claire MARTRAY, chargée des relations avec les professions de santé, département des professionnels de santé (DDGOS) Mmes Nadia DJALLAL, Nicole FAVORY, Valérie CHARTIER, Christelle GERON, assistantes (DDGOS)</p>
CCMSA	<p>M. Michel BRAULT, directeur général M. Franck DUCLOS, directeur délégués aux politiques sociales Pr. Anne-Claude CREMIEUX, médecin conseil national Dr. Jean-Marc HARLIN, médecin conseil national adjoint, en charge du contrôle médical</p>
RSI	<p>Mme Stéphanie DESCHAUME, directrice de cabinet, direction générale M. Philippe MOQUET, responsable du département santé-assurance maladie, direction de la gestion des risques et de l'action sociale</p>
Administration centrale et établissements nationaux / agences	
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales	<p>M. Pierre RICORDEAU, secrétaire général adjoint et secrétaire général par intérim Mme Natacha LEMAIRE, chef de service, responsable du pôle santé Dr. Elisabeth FERY-LEMONNIER, chargée de mission, chargée du suivi de la GdR</p>

DSS	<p>M. Thomas FATOME, directeur M. François GODINEAU, chef de service, adjoint au directeur M. Laurent GALLET, sous-directeur « Gestion et systèmes d'information » (4^{ème} sous-direction) M. Cédric PARIS, chef du bureau 4A, « Gestion comptable et budgétaire des organismes de Sécurité sociale » Mme Sonia BAUDRY, chef de bureau 4D, « Gestion de la performance du service public de la Sécurité sociale » Mme Irina SCHAPIRA, chef de la mission « Coordination de la gestion du risque maladie » (jusqu'en décembre 2013), sous-direction du financement du système de soins (1^{ère} sous-direction) Mme Charlotte BOUZAT, chef de la mission « Coordination de la gestion du risque maladie » (à partir de janvier 2014), 1^{ère} sous-direction Mme Laure-Marie ISSANCHOU, chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, 1^{ère} sous-direction Mme Béatrice ROLLAND, adjointe au chef de la mission « Coordination de la gestion du risque maladie », 1^{ère} sous-direction M. Romain FOLIARD, administrateur, mission « Coordination de la gestion du risque maladie », 1^{ère} sous-direction Mme Nina VASSILIEV, administratrice, bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, 1^{ère} sous-direction</p>
DGOS	<p>M. Jean DEBEAUPUIS, directeur général M. Samuel PRATMARTY, sous-directeur par intérim, sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R) Mme Dominique OSSELIN, chef de projet « SSR », sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R) Mme Perrine RAME-MATHIEU, chef du bureau des soins de premier recours, sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R2) Mme Déborah CVETOJEVIC, chef du bureau « Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües », sous direction de la régulation de l'offre de soins (R3) Mme Cécile BEHAGHEL, chef du bureau « Evaluation, modèles et méthodes », sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R5) Mme Odile TILLON-FAURE, chargée de mission, bureau « Evaluation, modèles et méthodes », sous-direction de la régulation de l'offre de soins Mmes Charlotte DESPRAIRIES et Marie SIANELLI, chargées de mission « SSR », sous-direction de la régulation de l'offre de soins Mme Ingrid BOINET, chargée de mission en (charge notamment des transports sanitaires), bureau « Premier recours », sous direction de la régulation de l'offre de soins</p>
Haute Autorité de Santé	<p>M. Dominique MAIGNE, directeur de la HAS M. Jean-Christophe BRAS, conseiller du directeur, mission programmation M. Jean-Patrick SALES, directeur délégué, direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique (DEMESP) M. Thomas Le LUDEC, directeur délégué, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) Dr. Michèle MORIN-SURROCA, chef du service de l'évaluation des actes professionnels (DEMESP) M. Michel VARROUD VIAL, chef du service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades (DAQSS)</p>
Personnalités qualifiées	
	<p>Mme Annick MOREL, présidente du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie</p>

Agences Régionales de Santé	
ARS Picardie	<p>M. Christian DUBOSCQ, directeur général Mme VAN RECHEM, directrice générale adjointe M. Patrick VERBECKE, sous-directeur de la gestion du risque et de l'information médicale Dr. DERANCOURT, médecin de l'ARS M. IDRIS, chef de projet « chirurgie ambulatoire » Mme MARAZANO, chargée de mission « transports » et « maîtrise médicalisée à l'hôpital »</p>
ARS Ile de France	<p>Mme Marie-Renée BABEL, directrice générale adjointe Mme Anne-Marie ARMANTERAS de SAXCE, directrice du pôle des établissements de santé, direction de l'offre de soins et médico-sociale M. Laurent CASTRA, directeur de la santé publique Dr. Christine CHEVALIER, coordinatrice régionale médicale GdR Mme Anne VENRIES, coordinatrice régionale GdR Dr. Brigitte THEVENIN-LEMOINE, conseiller médical, direction de l'offre de soins et médico-sociale M. Patrick TEREYGEOL, responsable du département « maladies chroniques - éducation thérapeutique - santé en entreprise », direction de la santé publique Dr. MENARGER, médecin de santé publique, en charge de la vaccination, direction de la santé publique Dr. KAHN SCHERNEN, médecin de santé publique, direction de la santé publique Dr Véronique DROUGLAZET, médecin référent « dépistage des cancers », direction de la santé publique Mme Marie-France d'ACREMONT, médecin de santé publique, VIH hépatites, direction de la santé publique Mme Isabelle FAIBIS, direction de la santé publique</p>
ARS Pays de la Loire	<p>Mme Marie-Sophie DESAULLE, directrice générale M. François GRIMONPREZ, directeur de l'efficience de l'offre M. Stéphane RUELLE, responsable adjoint du département de la gestion du risque, direction de l'efficience de l'offre Mme Martine GUILLEBEAU, responsable du département de l'offre hospitalière Dr. Bruno MESLET, médecin inspecteur, département de l'offre hospitalière Mme Coralie BOUROUF, chargée de projet, département de la gestion du risque M. Jean-Loïc RETAUD, chargé de projet, département de l'offre hospitalière</p>
ARS Poitou-Charentes	<p>M. BLANC, directeur général M. RECUGNAT, directeur de la stratégie M. VIGNON, responsable du pôle des établissements de santé Mme LE MOIGNE, responsable du service « gestion du risque assurantiel » Dr. CLERE, conseiller médical, chef de projet « pertinence des soins » Mme BOIREAUX, chargée de mission, service « gestion du risque assurantiel » Dr. CARRENO, chef de projet « chirurgie ambulatoire » Dr. DELAGE, chef de projet « imagerie »</p>
ARS Languedoc Roussillon	<p>Dr. Martine AOUSTIN, directrice générale Mme Dominique MARCHAND, directrice générale adjointe Mme Marie-Pierre BATTESTI, directrice déléguée « qualité et gestion du risque » Dr. Olivier BADOUIN, chef du département de la régulation, direction « qualité et gestion du risque » Mme Marie-Catherine MORAILLON, chef du pôle des soins hospitaliers, directrice adjointe, direction de l'offre de soins et de l'autonomie Dr. Didier HEVE, responsable de la cellule « observation statistique et aide à la décision »</p>

	<p>Mme Annick LE PAPE, adjointe du responsable de la cellule « observation statistique et aide à la décision »</p> <p>Mme Dominique ROUX, chargée de mission, département de la régulation, direction « Qualité et Gestion du Risque »</p> <p>Dr. Sylvie MEISEL, pilote du programme « chirurgie ambulatoire », pôle des soins hospitaliers, direction de l'offre de soins et de l'autonomie</p> <p>Mme Dr Pascale AUGÉ, pilote pour les programmes transports et SSR</p> <p>M. Stéphane ALQUIER, chargé de mission « gestion du risque »</p> <p>Mme Elisabeth SANJUAN, responsable des autorisations sanitaires</p>
Organismes locaux d'Assurance maladie	
CPAM de la Somme	<p>M. Jean-Yves CASANO, directeur de la CPAM de la Somme et coordonnateur régional de la GdR pour la Picardie</p> <p>Mme Mathilde ROY, directrice adjointe de la CPAM</p> <p>M. François GRANDÉT, sous-directeur, chargé de la GdR pour la région</p> <p>M. CECCHINI, chef de projet PRADO</p>
DRSM Nord - Picardie	<p>Dr. Pierre-Alain ALADEL, médecin conseil, adjoint au directeur régional du service médical Nord Picardie</p> <p>Dr. Michel CHOQUET, médecin conseil, chef de l'échelon local du service médical pour la Somme</p> <p>M. Emmanuel BENOIT, responsable du suivi de la GdR</p>
CPAM de Seine-Saint-Denis	<p>M. Pierre ALBERTINI, directeur général de la CPAM de Seine Saint-Denis et coordonnateur régional de la GdR pour l'Île de France</p> <p>Mme Marion van WONTERGHEM, directrice générale adjointe</p> <p>Mme Hélène YVERT, directrice, chargée de la GdR</p> <p>M. Romain BEGUE, sous-directeur, responsable de la cellule régionale de coordination de la GdR</p> <p>Mme Nicole PARENTI, responsable du département de santé publique</p>
DRSM Ile de France	<p>M. Bernard SCHMITT, directeur régional du service médical Ile de France</p> <p>Dr. Jean-François BAYET, médecin conseil, directeur régional adjoint du service médical</p> <p>Dr. Jean-Louis LEROUX, médecin conseil, chef de l'échelon local du service médical pour le Val de Marne</p> <p>Dr. Virginie FOSSE, médecin conseil, chef de l'échelon local du service médical de Seine Saint-Denis</p> <p>Dr. Claire CHONOWSKI, médecin conseil, chargée des relations avec les professionnels de santé, ELSM de Seine Saint-Denis</p>
CPAM Loire-Atlantique	<p>M. Jean-Paul HELIE, directeur général de la CPAM de Loire-Atlantique et coordonnateur régional de la GdR pour les Pays de la Loire</p> <p>M. Fabrice MARTIN, directeur adjoint</p> <p>M. Frédéric VIVIER, sous-directeur, responsable de la cellule régionale GdR</p> <p>M. Olivier BUSSON, chargé de projet à la cellule « gestion du risque »</p> <p>Mme Catherine ADAM, responsable du pôle Etablissements</p>
CPAM Vendée	<p>M. Jean-Claude BARBOT, directeur, pilote régional pour la lutte contre la fraude</p> <p>Mme Maryline LAMBERT, directrice adjointe, pilote régional pour la GdR sur les transports de patients</p>
DRSM Pays de la Loire	<p>Dr. Philippe VERROUST, directeur régional du service médical</p> <p>Dr. Pierre CLOITRE, médecin conseil à la DRSM</p> <p>Dr. Jacques PIVETTE, pharmacien conseil à la DRSM</p> <p>Dr. Jacques DUGAST, chef adjoint de l'ELSM de Loire Atlantique</p>
Autres régimes, Pays de la Loire	<p>M. Damien BERNES, directeur de l'AROMSA des Pays de la Loire</p>
Assurance maladie	<p>M. Jean-Marc CHAVEROUX, représentant de l'UNOCAM à la commission</p>

complémentaire, Pays de la Loire	restreinte
CPAM de la Vienne	M. TROTABAS, directeur général de la CPAM de la Vienne et coordonnateur régional de la GdR pour la région Poitou-Charentes Mme Hélène GORSE, sous-directeur, responsable de la cellule régionale de GdR Mme AMENDOLA, chargée de mission, cellule régionale de GdR
DRSM Poitou-Charentes	Dr. SOFIO, adjoint au directeur régional du service médical Dr. DEMONDION, chef de l'ELSM de la Vienne Dr. DESBRETS, médecin conseil, chargé de la ROSP et du programme Sophia, ELSM de la Vienne Dr. FARISY, médecin conseil
Autres régimes, Poitou-Charentes	M. BENOIT, directeur délégué, Association régionale des caisses de MSA M. PERROT, directeur régional RSI
Assurance maladie complémentaire, Poitou Charentes	M. PELLETIER, directeur, MGEN, représentant titulaire de l'UNOCAM à la commission restreinte M. DEVERRIERE, directeur, Mutuelle de Poitiers-Assurance, représentant suppléant de l'UNOCAM à la commission restreinte
CPAM de l'Hérault	M. HUMBERT, directeur de la CPAM et coordonnateur régional de la GdR pour la région Languedoc Roussillon Mme Carole LO-CLEMENT, responsable de la cellule régionale de coordination de la GdR Mme Joëlle ESPINOSA, délégué de l'assurance maladie (DAM) M. David QUARINO, manager des délégués de l'assurance maladie Mme Sarah PAULIN, conseillère de l'Assurance maladie (CAM) pour le programme PRADO Maternité Mme Raphaëlle PENANGUER ALONSO, conseillère de l'Assurance maladie (CAM) pour le programme PRADO Orthopédie M. Jean-Philippe LONG, responsable du département « gestion du risque et lutte contre la fraude » M. David LOPEZ, responsable du service « gestion du risque – assurés »
DRSM Languedoc Roussillon	Dr. Sophie RUGGIERI-PIGNON, adjointe du directeur régional du service médical Dr. Hervé LE BOURDONNEC, responsable du pôle « relations avec les professionnels de santé » Dr. DELPUECH, médecin conseil, pôle « relations avec les professionnels de santé » Dr. Prosper LACROIX et Dr. Joël VERNET, médecins conseils
Etablissements et professionnels de santé	
CHU d'Amiens	Mme Chantal ALLARD JACQUIN, directrice générale adjointe M. Fabrice ORMACEY, directeur adjoint au sein du pôle Finances M. Walid BEN BRAHIM, directeur adjoint en charge de la nouvelle gouvernance M. Elise GRARD, directrice adjointe en charge du pôle « stratégie, qualité/risques, usagers »
Centre Régional de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle « Les Capucins », Angers	M. Philippe MAHEUX, directeur général
Centre Hospitalier Départemental de Vendée	Mme FURIC, directrice générale adjointe

Groupe Hospitalier Saint-Joseph, Paris	<p>M. Jean-Patrick LAJONCHÈRE, directeur général Dr. Pascal PRIOLLET, président de la CME, chef du service vasculaire Dr. Didier GAILLARD, coordonnateur médical du pôle médico-technique, responsable « qualité et gestion des risques », responsable du département de l'information médicale Mme Nadia NOUVION, directrice du développement Mme Atika ALAMI, directrice du parcours patient et de la facturation</p>
CHRU Montpellier	<p>M. Philippe DOMY, directeur général Pr. Olivier JONQUET, président de la CME Pr. Bertrand MILLAT, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins Mme Amélie CHARRETIER, directrice « qualité et gestion des risques » Dr. Josh RUBENOVITCH, coordonnateur opérationnel médical de la qualité et de la gestion des risques Mme Marie-Hélène REQUENA, directrice des soins, direction « qualité et gestion des risques » Dr. VACHIERY, médecin-réanimateur, responsable du réseau régional de prélèvements en vue de greffes</p>
Registre REIN	<p>M. Philippe VAGNER, responsable du registre REIN, région Languedoc Roussillon</p>
Société française de radiologie et d'imagerie médicale	<p>Pr. Jean-Pierre PRUVO, chef du pôle « imagerie, médecine nucléaire et explorations fonctionnelles » au CHRU de Lille, secrétaire général de la SFR et président du G4 M. Julien-Aymeric SIMONNET, chargé de mission à la SFR</p>
Représentants des fédérations	
Fédération hospitalière de France	<p>M. Gérard VINCENT, délégué général M. Guy COLLET, conseiller en stratégie Dr. Maxime CAUTERMAN, conseiller médical Mme Sandra GOMEZ</p>

ANNEXE 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX ENGAGEMENTS ET OBJECTIFS INSCRITS DANS LA COG ETAT - CNAMTS 2010- 2013 AU TITRE DE LA GESTION DU RISQUE

PRINCIPAUX AXES ET OBJECTIFS	INDICATEURS ET CIBLES POUR 2013
1. GARANTIR L'ACCES AUX SOINS ET REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE	
<i>1.1. Accès aux droits</i>	
Réduire le taux de non recours à la CMUC et à l'ACS par une meilleure identification et information des populations cibles à travers divers partenariats (milieu associatif, missions locales, OCAM, PJJ, ASE)	Proportion de bénéficiaires d'une aide complémentaire à l'ACS dans la population du RG en dessous du seuil de pauvreté ; cible : 2,70%. Nb de bénéficiaires d'une attestation ACS ; cible : 650.000
Améliorer la couverture maladie des détenus par la généralisation des conventions de gestion entre CPAM et établissements pénitentiaires et par le maintien des droits à la sortie de ces établissements.	
Mise en œuvre de la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'ACS.	
Maintien de délais restreints pour le traitement des demandes de CMUC et d'AME.	Délai de traitement pour 90% des dossiers CMUC ; cible : 30 jrs. Délai de traitement pour 90% des dossiers AME ; cible : 30 jrs.
<i>1.2. Informer les assurés sur la qualité et le coût des soins</i>	
Enrichir l'information en ligne sur Ameli-Direct avec des indicateurs de qualité pour chaque établissement de santé, les tarifs pratiqués et le reste à charge pour les actes les plus fréquents des professionnels libéraux et pour les établissements de santé.	Fréquentation mensuelle du site Ameli-Direct ; cible : 500.000
Examiner les modalités de coopérations avec les autres régimes d'AM et avec les OC pour compléter cette information.	
<i>1.3. Mieux réguler les tarifs</i>	
Favoriser, en lien avec l'UNOCAM et les syndicats médicaux, les dispositifs permettant une régulation des dépassements d'honoraires, tel que le secteur optionnel.	
Elaborer un plan de contrôle concernant le respect des tarifs opposables et le respect du principe de « tact et mesure » en matière de dépassements d'honoraires	
Objectiver les refus de soins. Vérifier auprès des Conseils de l'Ordre concernés que les signalements adressés sont systématiquement traités et dresser un bilan national des plaintes reçues pour refus de soins ; ce bilan doit être transmis à l'Etat.	
<i>1.4. Inciter à une meilleure répartition géographique de l'offre de soins sur le territoire</i>	

Mettre en place, par contractualisation entre AM et ARS, les guichets uniques régionaux	
Favoriser, en lien avec l'Etat et les ARS, les coopérations entre professionnels et de nouveaux modes de régulation démographiques. Adapter l'offre de services pour inciter les professionnels à s'installer dans des zones fragiles (cf. volet ambulatoire du SROS) et pour aider les professionnels plus âgés à prolonger leur activité.	Inégalités de répartition des professionnels de santé et des établissements de santé : amélioration des indices de Gini.
Favoriser la mise en place de téléconsultations de premier recours dans les zones sous-denses.	
1.5. Intégrer la lutte contre les inégalités de santé dans les programmes de prévention	
Intensifier le ciblage des examens de santé (notamment via le score EPICES) et la modulation du contenu des examens.	Part des personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de service dans les centres d'examen de santé ; cible : 50%.
1.6. Favoriser l'accès aux soins par l'action sanitaire et sociale de la caisse	
Identifier les besoins d'intervention sociale auprès des personnes fragiles et faire une offre de services sociaux aux assurés plus proactive (patients en sortie d'hospitalisation ou personnes en invalidité par ex) avec un effort d'harmonisation dans le cadre des programmes nationaux du service social de la branche. Cibler davantage l'action sanitaire et sociale sur certains publics fragiles (sorties d'hospitalisation, pertes d'autonomie transitoire, pathologie en phase terminale, retour au domicile). Prévention de la désinsertion professionnelle par un travail en réseau et par une offre de service systématique aux assurés en arrêt de travail de longue durée. Améliorer le pilotage et l'évaluation du service social ; harmoniser les pratiques d'ASS des caisses locales ; généraliser les outils de gestion des dossiers et de suivi budgétaire ; mieux répartir la dotation paramétrique d'ASS ; automatiser les remontées nationales sur les aides financières allouées. Développer les partenariats institutionnels (branches famille et retraite, AGEFIPH, CCAS et CG, ML, MDPH, secteur associatif, etc).	

2. AIDER LES ASSURES A ETRE ACTEURS DE LEUR SANTE	
2.1. Information des assurés	
Via « Mon compte assuré » sur Ameli.fr, et son espace Prévention dont le contenu doit être développé (notamment vaccination ROR et prévention du risque cardio-vasculaire). Développer sur ce compte les retours d'information sur les coûts de santé engendrés et sur le bon usage du système de soins.	Nombre moyen de connexions par adhérent par an.
Mettre en ligne une information de santé validée à partir des institutions compétentes (INPES, HAS, INCA...) et des référentiels compréhensibles pour l'assuré.	
2.2. Renforcer les programmes de prévention	
Poursuivre les programmes existants (dépistage des cancers du sein et	- Dépistage du cancer du sein :

colorectal, prévention des pathologies infectieuses aiguës, prévention des complications liées aux pathologies chroniques, dépistages néonataux, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, prévention bucco-dentaire chez les enfants et adolescents). « Revisiter » la politique d'invitation au dépistage des cancers.	progression de la participation des femmes bénéficiant de la CMUC au moins égale à celle des autres femmes (indicateur à créer) : +5 points sur la durée COG. - Taux de participation au dépistage <i>organisé</i> du cancer du sein ; cible: 50,5% (+5 pts sur la période) - Taux de participation au dépistage <i>organisé</i> du cancer du colon ; cible : 49,80% (+16,6 pts sur la période)
Evaluer le programme « MT'Dents » et impliquer les services de santé scolaire.	- Proportion des caisses mettant en place des actions pour les enfants de CP en zones défavorisées ; cible: 90%. - Taux de participation au programme MT'Dents ; cible : 36,2%
Développer la prévention primaire en s'appuyant sur le médecin traitant : dépistage du cancer du col de l'utérus, vaccination HPV, prévention du risque cardiovasculaire chez les femmes sous contraceptifs oraux, prévention de l'obésité chez l'enfant.	Taux de vaccination contre la grippe des personnes de plus de 65 ans ; cible: 64,3% (soit + 1pt seulement sur la période).
2.3. Accompagner les patients atteints de pathologies chroniques	
Sous réserve des résultats de l'évaluation de Sophia, doubler le nombre de patients adhérant à ce programme puis le généraliser.	- Nb d'adhérents à Sophia. Cible: 300.000
Expérimenter des programmes similaires à Sophia pour d'autres pathologies (pathologies respiratoires et cardiovasculaires) « sur la base d'une analyse <i>ex ante</i> du coût et de l'efficacité » ; les évaluer et, en fonction des résultats de l'évaluation, envisager leur extension.	
Développer les retours d'information aux médecins afin de promouvoir des prises en charge conformes aux référentiels.	Patients diabétiques : taux de prise en charge de 3 des 4 actes majeurs (définition du <i>Commonwealth institute</i>) ; cible: 36% (+5 pts sur la période).
2.4. Développer l'éducation thérapeutique	
S'appuyer sur les expérimentations telles que ENMR et sur les visites des DAM pour développer l'éducation thérapeutique. En fonction des résultats de l'évaluation, développer l'offre d'ET pour les patients diabétiques dans les centres d'examen de santé, puis pour d'autres patients, notamment pour les pathologies respiratoires.	

3. AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ASSURES

3.1. Expérimenter la télémédecine

Déterminer avec l'Etat les conditions dans lesquelles la télémédecine pourrait être pertinente. En évaluer le service attendu. Réaliser des études d'impact sur les 5 activités de télémédecine.

3.2. Rendre la certification et l'accréditation plus discriminantes

Pour les professionnels de santé, prendre en compte le développement professionnel continu dans les processus de certification et d'accréditation.

<p>Prendre en compte la procédure de certification des établissements dans les financements et autorisations.</p> <p>Développer une communication appropriée auprès des assurés.</p>	
<p>3.3 Développer les services aux assurés concernant la coordination des soins</p> <p>- en sortie d'hospitalisation (avec une première expérimentation dès 2010 pour le post-partum physiologique, puis d'autres expérimentations concernant les sorties d'hospitalisation après intervention orthopédique)</p> <p>- pour répondre aux situations de pathologie chronique aggravée ou de polyopathie.</p>	

4. PRIVILEGIER LE BON USAGE DES SOINS	
<p>4.1. Approfondir les programmes de maîtrise médicalisée et les compléter par des actions auprès des assurés</p> <p>Poursuivre les programmes existants (médicaments, LPP, IJ, transports, ordonnancier bi-zones...) et y ajouter de nouveaux thèmes comme la prescription d'antalgiques, des antidiabétiques ou des anti-ostéoporotiques.</p> <p>Déployer ces actions tant auprès des prescripteurs libéraux qu'en établissement (établissements de santé et médico-sociaux).</p> <p>Améliorer en parallèle l'information des patients afin de faciliter le dialogue médecin-patient.</p> <p>Assurer le concours du réseau de l'Assurance maladie aux actions régionales arrêtées par l'ARS dans le cadre du programme régional de GdR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de la participation de l'Assurance maladie aux programmes de la directive CNP. - Taux de délivrance des génériques dans le répertoire. - Evolution de l'ONDAM et de l'objectif « Soins de ville ». - Economies réalisées chaque année pour chaque action de maîtrise médicalisée : cf. annexe 9 LFSS. - Nb de médecins signataires d'un CAPI ; cible: 20.000. - Nb de contacts avec les professionnels de santé ; cible : 500.000 (+16% sur la période).
<p>4.2. Mettre en évidence les écarts de pratique des professionnels de santé et proposer des modalités d'intervention susceptibles de réduire cette hétérogénéité.</p> <p>A cette fin, produire de nouveaux référentiels pour la prescription des arrêts de travail et pour les actes en série de MK et, après labellisation par la HAS, favoriser leur diffusion.</p>	
<p>4.3. Développer des prises en charge plus souples et mieux coordonnées</p> <p>Développer la chirurgie ambulatoire par le rapprochement des tarifs d'hospitalisation complète vers ceux de chirurgie ambulatoire, par l'extension de la procédure de mise sous accord préalable, et par la mise en place de centres autonomes (extra hospitaliers).</p> <p>Développer des modes de dialyse les plus efficaces, notamment la dialyse péritonéale.</p> <p>Promouvoir la chimiothérapie à domicile.</p> <p>Diversifier les modes de rémunération des professionnels libéraux au profit d'un exercice regroupé et pluri-professionnel.</p>	
<p>4.5. Favoriser les délégations de compétences et les coopérations via l'analyse des pratiques expérimentales en cours ; proposer des évolutions des modes de rémunérations à cet effet.</p>	

5. RENFORCER LA MAITRISE DES RISQUES ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	
<p>5.1. Accroître l'efficacité de la politique de maîtrise des risques</p> <p>Réviser systématiquement les plans de maîtrise socle (PMS) des CPAM afin de rendre plus rigoureuse l'analyse des risques, d'alléger les moyens et de réduire les indicateurs.</p> <p>Mettre en place dans le réseau une nouvelle version de la politique de sécurité des systèmes d'information et l'évaluer chaque année.</p> <p>Faciliter le développement d'une liquidation médico-administrative .</p> <p>Déployer progressivement les contrôles en ligne pour l'ensemble des professionnels de santé.</p>	
<p>5.2. Renforcer la lutte contre les fraudes, fautes et abus</p> <p>Améliorer la connaissance de la fraude (étude prévue sur les IJ en 2011) et mieux distinguer entre fraudes et abus dans les actions et les résultats présentés.</p> <p>Développer une approche pluriannuelle à côté des programmes nationaux annuels de lutte contre les fraudes et abus et des programmes loco-régionaux en la matière. Evaluer les résultats de ces actions, à mettre en regard des moyens engagés.</p> <p>Expérimenter le <i>datamining</i> dès 2010 (sur les IJ).</p> <p>Renforcer la structuration et l'animation d'un réseau de statisticiens régionaux spécialisés.</p> <p>Renforcer les formations initiales et continues dédiées à l'investigation et renforcer la coordination régionale en matière de lutte contre les fraudes.</p> <p>Faire progresser le taux de recouvrement des indus frauduleux.</p>	<p>Montant annuel du préjudice détecté des fraudes, fautes et abus (voir montant retenu dans l'élaboration de l'ONDAM).</p> <p>Montant des indus frauduleux recouverts : + 5% chaque année.</p> <p>Nombre de pénalités financières notifiées par l'Assurance maladie ; cible: 2400.</p>

ANNEXE 2 : INDICATEURS DE LA GESTION DU RISQUE FIGURANT DANS LA COG ETAT-CNAMTS 2010-2013 ET LES CPG

Domaine d'action	Indicateur COG	Indicateur CPG DRSM	Indicateur CPG CPAM
Développer l'accompagnement des malades atteints de pathologies chroniques	Nombre d'adhérents à SOPHIA (300 000 en fin de COG)	Nombre d'adhérents au programme SOPHIA = 350 000 en 2013	Nombre d'adhérents au programme SOPHIA = 350 000 en 2013
	Taux de prise en charge des patients diabétiques = 36% en 2013		
Développer et promouvoir la prévention	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein = 50,5% en 2013		Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein = 46,75% en 2013
	Taux de participation au dépistage du cancer colorectal = 49,80% en 2013	(Suppression en 2013)	(Suppression en 2013)
	Taux de vaccination contre la grippe pour les personnes de plus de 65 ans = 64,30% en 2013		Taux de vaccination contre la grippe pour les personnes de plus de 65 ans = 60% en 2013

	Taux de participation au programme de prévention dentaire des jeunes = 36,20% en 2013		
Garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé	Taux de participation au programme M'T dents dans les ZEP = 90% des CPAM en 2013		Taux de participation au programme M'T dents dans les ZEP = 100% des CPAM en 2013
	Taux de dépistage du cancer du sein pour les femmes bénéficiaires de la CMUC : +5 points sur la durée de la COG		
	Part des personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de services en CES = 50% en 2013		
Promouvoir l'action de maîtrise médicalisée et développer l'utilisation des référentiels	Nombre de contacts avec les professionnels de santé = 500 000 en 2013	Nombre de contacts avec les professionnels de santé = 490 000	Nombre de contacts avec les professionnels de santé = 490 000
		Visites en établissements de santé	Visites en établissements de santé
		Nombre de médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (40% en 2013)	
Arrêts de travail		Evolution des montants d'arrêts de travail remboursés	Evolution des montants d'arrêts de travail remboursés
		Evolution du nombre de jours d'arrêt de travail remboursés	
		Contrôle des arrêts de 45 jours	
		Taux d'arrêt contrôlés avant le 120e jour	
		Contrôle des arrêts de courte durée	

		Faire progresser la durée moyenne constatée vers la durée moyenne de référence des arrêts de travail liés aux interventions chirurgicales inscrites au référentiel des prescriptions après avis de la HAS diffusé aux médecins	Faire progresser la durée moyenne constatée vers la durée moyenne de référence des arrêts de travail liés aux interventions chirurgicales inscrites au référentiel des prescriptions après avis de la HAS diffusé aux médecins = nombre de jours
Prescription médicamenteuse des professionnels de santé libéraux		Maîtriser les dépenses de médicaments. Améliorer la qualité de la dispensation pharmaceutique	Maîtriser les dépenses de médicaments. Améliorer la qualité de la dispensation pharmaceutique
Masso-kinésithérapie		Evolution des dépenses de masso-kinésithérapie	Evolution des dépenses de masso-kinésithérapie
ROSP		Evolution en nombre de points du taux moyen d'atteinte des résultats des médecins	Evolution en nombre de points du taux moyen d'atteinte des résultats des médecins
Révision des protocoles en ALD		Nombre de révisions des protocoles en ALD	
Transports		Evolution des montants remboursés	Evolution des montants remboursés
SSR		MSAP SSR	Suivi des dispositifs MSAP
Prescriptions médicamenteuses des professionnels de santé hospitaliers		Evolution des montants remboursés	Evolution des montants remboursés : +5% en 2013
Les établissements de santé		Suivi des dispositifs MSAP	Suivi des dispositifs MSAP
Maîtrise médicalisée en entreprise		Présent dans le CPG DRSM IDF mais pas dans l'avenant transmis par la CNAMTS	
Accompagnement des assurés		Nombre de parturientes ayant bénéficié de l'offre PRADO en 2013 = 130 000	Nombre de parturientes ayant bénéficié de l'offre PRADO en 2013 = 130 000

Légende :

Indicateurs présents uniquement dans la COG
Indicateurs présents à la fois dans la COG et dans les CPG
Indicateurs présents uniquement dans les CPG

**ANNEXE 3 : INDICATEURS DE LA GESTION DU
RISQUE FIGURANT DANS LES CPOM DES ARS
ET INDICATEURS NATIONAUX DE SUIVI DE LA
GdR**

Priorités de GDR	Indicateurs sous-jacents aux CPOM (2013)	Indicateurs nationaux de suivi
Transports de patients	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital	Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat
IRC	Part des patients incidents (nouveaux patients/an) traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés à J90 du démarrage du traitement	Part des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse (i.e. en ambulatoire)
		Part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un dosage de créatininémie et albuminurie
		Délais sur la liste d'attente de greffe
Liste en sus	Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation	Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle
PHMEV	Taux d'évolution des dépenses de PHEV	Taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat
Imagerie	taux de diversification du parc des appareils IRM	taux d'injonction de dépôt de dossier complet de demande de renouvellement d'autorisation avec remplacement appareil
		taux de réalisation de l'analyse de la potentialité de diversification
Chirurgie ambulatoire	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (tx global)	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)
		taux de mise sous autorisation préalable (38 gestes)
SSR	Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible	durée de prise en charge en hospitalisation complète taux d'entrée directe en SSR modes de sortie du SSR (MCO, SSR, USLD, HAD, PSY, domicile dont médico-soc, décès) taux de retour précoce en MCO taux de fuite taux d'attractivité

EHPAD efficience et qualité des soins (précédemment "prescriptions")	<p>% d'EHPAD ayant mis en œuvre un plan d'actions GdR ciblé (tous thèmes)</p> <p><i>dénutrition des résidents en EHPAD, 2/ démarche d'alerte sur les prescriptions de neuroleptiques chez les résidents atteints d'Alzheimer ou maladie apparentée, 3/ prévention des troubles de comportement chez les malades atteints d'Alzheimer</i></p>	% d'EHPAD ayant mis en œuvre la démarche de maîtrise en lien avec les réunions locales (concerne les prescriptions de neuroleptiques chez les résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée)
		Taux d'EHPAD ayant inscrit à l'OJ de la commission de coordination gériatrique un sujet en lien avec le médicament
		Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques
EHPAD efficience	Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de 8 (ou 4?) ratios d'analyse sur un département	
Pertinence	Nb et tx d'établissements de santé MCO pour lesquels l'ARS dispose de réultats intermédiaires ou finaux des actions d'amélioration de la pertinence des soins mises en œuvre au niveau des établissements de santé	

ANNEXE 4 : OBSERVATIONS SUR LE BILAN DU CONTRAT ETAT-UNCAM 2010-2013

Un bilan du contrat Etat-UNCAM a été réalisé par la CNAMTS et présenté au conseil de l'UNCAM le 19 décembre 2013. Sans constituer un « contre-bilan », les observations qui suivent visent à nuancer ou éclairer certains des points présentés, sur la base des analyses de la mission de l'IGAS relative à la gestion du risque.

1 RAPPEL : BILAN SYNTHETIQUE DES 20 OBJECTIFS PRESENTE PAR LA CNAMTS

Bilan synthétique des 20 objectifs

Objectif 1 - Approfondir la connaissance du risque santé	++
Objectif 2 - Assurer le partage des données de l'Etat et de l'Assurance Maladie sur l'ensemble des champs des dépenses	+
Objectif 3 - Moderniser les systèmes d'information des offreurs de soins	+
Objectif 4 - Lutter contre les inégalités financières d'accès aux soins	++
Objectif 5 - Favoriser un exercice regroupé et une meilleure répartition sur le territoire	+
Objectif 6 - Mettre en œuvre une permanence des soins ambulatoire adaptée aux besoins	-
Objectif 7 - Promouvoir une organisation pertinente du réseau officinal	-
Objectif 8 - Renforcer l'information des assurés	+
Objectif 9 - Identification des principes d'action en matière de prévention et de promotion de la santé	
Objectif 10 - Mettre en œuvre les mesures prévues par les plans et programmes nationaux de santé	+

Conseil de l'UNCAM

+ objectif mis en œuvre
++ mis en œuvre au-delà de ce qui était prévu
- objectif partiellement mis en œuvre
nc non évalué

Bilan synthétique des 20 objectifs

Objectif 11 - Utiliser les nouveaux leviers au service des politiques de prévention	-
Objectif 12 - Favoriser les pratiques de prescriptions efficaces	+
Objectif 13 - Diversifier les modes de rémunération	++
Objectif 14 - Promouvoir une juste utilisation des structures hospitalières	-
Objectif 15 - Mettre en œuvre la gestion du risque dans les établissements médico sociaux	-
Objectif 16 - Promouvoir un parcours de soins cohérent du patient entre ville-hôpital	+
Objectif 17 - Réussir la mise en place des ARS	nc
Objectif 18 - Déployer le développement professionnel continu	-
Objectif 19 - Donner une véritable impulsion à la télémédecine	-
Objectif 20 - Renforcer les coopérations entre professionnels	-

Conseil de l'UNCAM

2 OBSERVATIONS DE LA MISSION IGAS SUR CERTAINS OBJECTIFS

2.1 Objectif n°1 « Approfondir la connaissance du risque santé »

Objectif présenté comme « mis en œuvre au-delà de ce qui était prévu ».

On peut s'étonner de la notation attribuée à cet objectif. Si des progrès incontestables ont été réalisés, il faut rappeler les limites qui s'attachent à certaines composantes de cet objectif .

2.1.1 « L'approfondissement de la connaissance du risque au niveau régional et local" et "l'utilisation des données de l'Assurance maladie au bénéfice des politiques de santé publique » comportent de grandes marges de progrès

S'agissant par exemple des dépenses de transport (une des priorités de GdR pour les ARS comme pour l'assurance maladie) les « profils » transmis aux établissements de santé par les caisses sont extrêmement sommaires et ne fournissent pas d'information utile à l'action : ces profils indiquent généralement la progression de la dépense de transport de l'établissement sur l'année et, en comparaison, celle d'établissements de même catégorie. En l'absence d'analyse comparée d'une dépense en valeur absolue rapportée à une activité (nb de séances, nb de séjours, nb de patients, etc), ces chiffres sont muets. L'analyse des déterminants de la dépense de transport et des différentes contributions à leur évolution reste d'ailleurs balbutiante au niveau national comme au niveau local.

Au-delà du thème des transports, l'analyse conjointe des consommations de soins entre équipes des ARS et des caisses reste difficile alors qu'elle est indispensable qu'il s'agisse de la productivité des équipements d'imagerie, des effets médico-économiques du développement des prises en charge ambulatoires en chirurgie (évolution des capacités et efficacité des blocs) ou en médecine (dépendance de médicament générée sur l'enveloppe de ville), de pertinence (des actes, des parcours ou des environnements), de prise en charge des pathologies chroniques ou encore de prévention auprès des populations les plus à risque.

A titre d'exemple, dans l'une des régions visitées, la participation des organismes d'Assurance maladie sollicitée par l'ARS pour la réalisation d'une enquête sur la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR s'est révélée impossible. Il reste de manière générale très peu de place à la construction au niveau régional d'objectifs communs à l'Assurance maladie et aux ARS - que ce soit en termes d'études ou de programmation opérationnelle ; celle-ci n'est pas valorisée dans les CPG et dans le management du réseau de l'assurance maladie.

2.1.2 L'application de l'analyse médico-économique à la prise en charge des personnes âgées dépendantes appelle un effort de rigueur, de transparence et d'approfondissement

« La réalisation d'études médico-économiques globales sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes » renvoie à la réalisation par les services de la CNAMTS, fin 2012, d'une première étude relative au coût complet des soins de santé délivrés aux personnes résidant en EHPAD, étude fondée sur des bases méthodologiques insuffisamment rigoureuses, puis à la réalisation en 2013 d'une deuxième étude, dans le cadre de la mission de l'IGAS constituée à cette fin et du groupe de travail qui l'a accompagnée.

Si ces travaux pionniers ont permis d'avancer en termes de méthode et de connaissance des coûts, le rapport remis par l'IGAS le 31 octobre 2013 souligne néanmoins un plusieurs points d'insatisfaction liés notamment au non respect par les services concernés de la CNAMTS du cadrage méthodologique convenu initialement, aux difficultés rencontrées par la mission pour connaître précisément les traitements statistiques effectivement réalisés, à la non fourniture d'analyses initialement programmées et à la communication par la CNAMTS dans son rapport Charges et Produits 2014 d'interprétations unilatérales discutables des résultats de cette étude.

La « systématisation des coûts complets » reste donc à poursuivre. La régulation des soins délivrés en EHPAD aurait à cet égard beaucoup à gagner ; cela suppose notamment un enrichissement de l'outil RESIDEHPAD conformément aux recommandations du HCAAM, au-delà de la seule détection d'indus pour laquelle il a d'abord été calibré.

2.1.3 La connaissance du risque santé reste insuffisante dans d'autres domaines

Des progrès sont encore nécessaires dans la mesure et l'identification des prescriptions de ville induites à la suite d'une hospitalisation.

La connaissance du risque en matière d'imagerie reste très limitée : médiocre connaissance de la chaîne de décision quant aux actes réalisés (du fait de la non traçabilité de l'étape de validation de la prescription et de l'adaptation par le radiologue des examens demandés⁶⁹) ; insuffisante analyse micro-économique au niveau des prestataires (en termes de rentabilisation et de productivité des équipements, de points morts, de coût des différents actes) ; insuffisante documentation du phénomène de redondance des examens ou de la sous-utilisation de certains équipements ; médiocre anticipation des innovations technologiques à venir.

⁶⁹ cf. article R. 1333-57 du CSP.

Les analyses de la mission établissent que le programme Imagerie de la GdR a été lancé sur des bases médico-économiques fragiles et discutables.

L'accent a été mis sur une diversification d'IRM à visé ostéoarticulaire, alors que la France est le premier prescripteur d'actes de ce type au sein des pays de l'OCDE et ce sans raisons médicales avérées. La mise en service d'appareils d'IRM dédiés et spécialisés en ostéoarticulaire/rachis risque d'amplifier ces volumes d'actes et de créer des filières attractives pour tout type de fracture ou d'entorse qui aurait pu être examinée par des techniques plus classiques et moins onéreuses. L'argument avancé consistant à accroître, par l'installation d'un parc dédié, la disponibilité des appareils polyvalents en place ne convainc pas totalement en l'absence de validation préalable de la pertinence des actes et d'analyse du taux d'utilisation ainsi que des possibles gains de productivité des équipements polyvalents. Ce programme laisse en outre persister le problème du taux d'équipement en IRM polyvalentes, inférieur de moitié en France au niveau moyen de l'OCDE, ces appareils étant indispensables aux diagnostics et suivis des cancers et des atteintes du système nerveux central (AVC, Alzheimer,..).

2.2 L'objectif n°2 relatif au partage des données

Objectif présenté comme atteint.

Il convient cependant de rappeler le retard de déploiement de l'outil RESIDEHPAD, ce sujet étant devenu un sujet de tension entre la CCMSA et la CNAMTS. Ce retard entrave actuellement la politique de contrôle et de récupération d'indûs dans les établissements relevant d'une caisse pivot hors régime général (MSA notamment). Il limite en outre les possibilités de suivi global des consommations de soins de la population résidant en EHPAD. Le déploiement complet de cet outil et son accessibilité pour les régimes exerçant le rôle de caisse pivot doivent être accélérés.

2.3 L'objectif n°3 relatif à la modernisation du système d'information des prestataires de soins

L'objectif n°3 relatif à la modernisation du système d'information des prestataires de soins reçoit également une cotation « + » (objectif atteint). Rappelons que :

- le RPPS, dont le déploiement est effectif dans un certain nombre d'établissements de santé ne donne pas encore lieu à une exploitation par les organismes d'Assurance maladie ; cet outil permettrait de fournir aux établissements une information miroir sur les prescriptions individuelles de leurs praticiens ;
- l'accès des établissements de santé à des informations à jour concernant la situation d'un patient en termes d'ALD est peu satisfaisant (et contrarie une imputation rigoureuse des dépenses de transport par exemple) ;
- le pourcentage d'omnipraticiens ayant fourni en 2012 une synthèse annuelle à partir du dossier patient signifie-t-il que le cabinet médical dispose d'un système d'information communiquant ? De plus, le pourcentage indiqué (72 %) repose-t-il sur une base autre que déclarative ? De même, le fait que « 64 % des omnipraticiens disposent d'un logiciel d'aide à la prescription certifié » (grâce notamment à la ROSP) signifie-t-il qu'ils l'utilisent ? Un dispositif de repérage d'un éventuel infléchissement des prescriptions médicamenteuses, et de réduction du risque iatrogénique, notamment en cas de poly pathologies, est-il en place ?

2.4 Objectif 5 relatif à la promotion d'un exercice regroupé et d'une meilleure répartition des professionnels sur le territoire

Le bilan dressé par la CNAMTS indique que « les accords conventionnels pour améliorer la répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire sont allés au-delà de l'objectif ». Une certaine prudence semble pourtant nécessaire à cet égard.

S'agissant des professionnels infirmiers libéraux, 1426 contrats incitatifs ont été signés au 30 septembre 2013 (sur la base de l'avenant n°3 conclu en septembre 2011), ce qui représente 1,5 % de l'effectif libéral ; s'y ajoutent 730 contrats santé-solidarité signés dans le cadre de l'avenant n°1.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, 1419 contrats ont été signés (sur la base de l'avenant n°3 de la convention nationale conclu en novembre 2011), soit 2,3% de l'effectif libéral ; le taux d'adhésion de 58 % affiché par la CNAMTS pose la question de l'effectif de référence retenu pour un tel ratio.

Il convient d'être prudent sur l'incidence des dispositions conventionnelles récemment introduites qui, selon les interlocuteurs rencontrés par la mission en régions, pourront être aisément contournées (disjonction entre lieu d'installation et lieu d'exercice effectif des soins). De plus, le principe adopté, qui conditionne l'installation dans les zones de forte densité à la cessation d'activité d'un autre professionnel, conduit mécaniquement à la stabilisation du niveau de densité initial et non à sa diminution.

Sur ces deux professions, les écarts de densité entre départements ne se sont pas réduits ces dernières années⁷⁰. L'amplitude des densités d'IDE par département était de [45 - 350] en janvier 2010, de [50-364] en janvier 2011 et de [54-403] en janvier 2013 ; les départements connaissant les plus fortes densités d'infirmiers libéraux en 2010 ont vu celle-ci croître continuellement depuis ; parmi ces plus fortes densités on peut citer par exemple les Hautes Alpes (densité de 199 IDE pour 100.000 habitants en 2010, et de 230 en 2013), l'Hérault (densité de 257 en 2010, de 293 en 2013) ou la Haute Corse (densité passée de 350 en 2010 à 403 en 2013). Cela est vrai aussi à l'échelle régionale : la densité d'IDE en PACA est passée de 945 à 1050 entre janvier 2010 et janvier 2013 ; celle du Languedoc Roussillon de 869 à 1002.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, les plus faibles densités départementales sont restées quasiment inchangées entre 2010 et 2013 (densités comprises entre 45 et 50 MK pour 100.000 hbts en Charente, en Mayenne, dans l'Eure, dans la Meuse ou dans l'Orne par exemple) tandis que les densités les plus hautes ont continué à croître (de 156 à 177 dans l'Hérault, de 137 à 153 dans les Pyrénées atlantiques, de 180 à 193 dans les Hautes Alpes, de 124 à 144 dans les Pyrénées orientales). Comme pour les infirmiers, ce phénomène se vérifie aussi à l'échelle régionale : la densité de MK en PACA est passée de 133 à 143 entre janvier 2010 et janvier 2013 ; celle du Languedoc Roussillon de 126 à 140.

5,5 % des sages-femmes libérales ont signé le contrat prévu à l'avenant n°1 de leur convention nationale. Là aussi les départements connaissant en 2010 les plus fortes densités pour cette profession en exercice libéral (Isère, Hérault, Gard) présentent en 2013 des densités plus élevées encore. Parmi les départements aux plus faibles densités, certains (Allier, Orne) enregistrent une diminution de celle-ci sur la période.

⁷⁰ Cf. DREES, "Les professions de santé au 1er janvier 2013", *Document de travail, Série Statistiques*, n°183, Août 2013 et DREES, "Les professions de santé au 1er janvier 2010", *Document de travail, Série Statistiques*, n°144, Mai 2010.

S'agissant des médecins⁷¹, les leviers d'action issus de la convention de 2011 sont constitués de l'option démographie (1.596 adhésions au 30 septembre 2013 soit 1,2 % des 130.000 médecins libéraux) et de l'option santé solidarité territoriale (23 adhésions). Si l'adhésion à ces dispositifs est pour l'heure minime, les densités de médecins libéraux par département montrent cependant, entre le 1er janvier 2010 et le 1er janvier 2013 une légère correction des plus forts écarts (stabilisation ou légère diminution des densités maximales - sauf en région PACA - et légère hausse des densités les plus basses).

Reste à poursuivre ces évolutions et à articuler cette régulation avec l'évolution des modalités d'exercice des médecins, l'extension des maisons pluridisciplinaires et des équipes pluri-professionnelles de proximité, l'évaluation des ENMR et la mise en place des contrats de praticien territorial de médecine générale. Signalons par ailleurs l'existence d'initiatives intéressantes conduites par d'autres régimes, comme la MSA avec l'expérience des « Pays de santé »⁷² menée sur 4 territoires de santé ruraux aux faibles densités médicales.

2.5 Objectifs 9 et 10 : actions en matière de prévention et de promotion de la santé

Objectif présenté comme atteint dans le bilan de la CNAMTS.

Le contrat Etat-UNCAM prévoit une intensification du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. La COG Etat-CNAMTS a repris ces deux objectifs avec une cible nationale pour 2013 fixée à 50 % pour le cancer du sein et à 49,8 % pour le cancer colorectal. Seul le dépistage organisé du cancer du sein est inscrit dans les CPG avec une cible nationale établie à 46,75 % au lieu de 50 %.

La ROSP quant à elle cible le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus mais pas le cancer du colon. Ce dernier a été retiré des CPG et a par ailleurs fait l'objet d'une nouvelle approche médicale (passage au test immunologique) et opérationnelle (sélection par appel d'offre d'un opérateur privé qui s'ajoutera aux structures de gestion en place).

En matière de couverture vaccinale, le contrat Etat-UNCAM concentre les engagements de l'Assurance maladie sur le vaccin ROR. Cet engagement n'a pas été décliné formellement au sein du réseau du régime général, ni par la ROSP - qui cible la vaccination contre la grippe des personnes âgées et des patients en ALD - ni par les CPG des caisses - qui ne reprennent que l'objectif de vaccination des personnes âgées contre la grippe. De fait, les enjeux de vaccination des enfants contre le ROR demeurent, dans un contexte rendu compliqué par la méfiance de la population (voire d'une partie du corps médical) à l'égard de la vaccination.

Les indicateurs de la ROSP relatifs au dépistage des cancers et à la vaccination contre la grippe enregistrent d'ailleurs une dégradation entre 2011 et 2012 ; ceci doit conduire à suivre attentivement dans les années à venir la question de l'effectivité de cet outil pour faire progresser la prévention.

Les difficultés rencontrées pour mobiliser les assurés sur des actions de prévention s'observent naturellement aussi dans les autres régimes. Ainsi, au sein du RSI, le taux de réalisation de la « consultation-prévention » atteint seulement 12 % des assurés ciblés en moyenne.

⁷¹ Cf. DREES, "Les médecins au 1er janvier 2013", *Document de travail, Série Statistiques*, n°179, Avril 2013 et . DREES, "Les médecins au 1er janvier 2010", *Document de travail, Série Statistiques*, n°152, Février 2011.

⁷² Mise en place d'une « Conseillère pays de santé » (cadre de santé) qui prend en charge certaines fonctions (récupération de seringues usagées, placement de personnes en ehpad, services d'éducation thérapeutique, etc), sous l'égide d'un "Conseil en pays de santé" incluant professionnels de santé et élus locaux. Ce dispositif peut aussi devenir le cadre d'élaboration de protocoles de coopération entre professionnels.

De manière générale, au-delà de l'échange d'information, l'articulation entre régime général d'assurance maladie-autres régimes-ARS doit encore s'améliorer en ce qui concerne la programmation des actions et la stratégie à déployer pour toucher les populations les plus à risque et les plus éloignées du système de soins.

Les actions de la MSA en matière de dépistage de l'IRC parmi des groupes de population à risque (personnes âgées sous traitement anti-inflammatoire, insuffisants cardiaques, etc...), ses actions sur les associations médicamenteuses formellement contraindiqués ou, de manière localisée et ciblée, sur les prescriptions hors AMM, offrent des possibilités de synergies en inter-régime. Il en va de même des plans santé-retraite du RSI (bilans de santé au moment du départ en retraite, expérimenté sur 4 caisses) et du rôle des « cellules santé » mises en place par le régime agricole (associant médecins conseils, médecins du travail et travailleurs sociaux pour porter une démarche de prévention incluant prévention du suicide et du risque de désinsertion socio-professionnelle).

S'agissant de maladies chroniques, une stratification pertinente des patients en termes de risque est une condition de réussite des futurs programmes de « disease management » (pathologies cardio-vasculaires et asthme) appelés à se développer à la suite du programme Sophia.

Enfin l'objectif fixé dans le contrat Etat-UNCAM consistant en la prévention de l'obésité chez l'enfant doit encore faire l'objet d'une déclinaison opérationnelle, au-delà des messages portés sur ce thème depuis 2013 par les DAM et praticiens conseils. A cet égard, les contrats locaux de santé signés par les ARS avec les collectivités locales, plus centrés sur les déterminants de la santé, pourraient associer davantage les organismes d'assurance maladie.

2.6 Objectif 11 relatif à la prise en charge des maladies chroniques

Objectif présenté comme partiellement mis en œuvre.

Les actions du régime général dans ce domaine concernent essentiellement le diabète : cette pathologie, aux enjeux il est vrai très importants, fait l'objet du programme SOPHIA, généralisé en 2013, et de plusieurs indicateurs inscrits dans la ROSP (8 des 9 indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques, le seul autre indicateur retenu concernant l'HTA). Le dépistage de l'IRC est, par contraste, peu mis en avant en dehors de la population diabétique, alors que les enjeux en termes médicaux, économiques et de qualité de vie sont majeurs.

Le suivi du diabète figure aussi parmi les trois thèmes⁷³ les plus traités par les délégués de l'Assurance maladie (DAM) dans leurs visites de 2012 auprès des médecins généralistes, loin devant les facteurs de risques cardiovasculaires, la iatrogénie, l'antibiothérapie, ou encore les prescriptions non médicamenteuses (arrêts de travail, transports, masso-kinésithérapie). De même, les entretiens confraternels des praticiens conseils ont porté majoritairement en 2012 sur le diabète⁷⁴.

De fait, c'est sur le suivi des patients diabétiques, plus précisément la couverture des facteurs de risque cardio-vasculaire par les statines et le dosage de l'hémoglobine glyquée, que les progrès affichés par la CNAMTS sur 2011-2012 semblent réels (pas de progression en revanche du suivi ophtalmologique de ces patients). Encore faut-il rappeler, d'une part, que ce dosage ne s'applique encore qu'à la moitié des patients, pour un objectif cible fixé à 65 %⁷⁵ ; d'autre part, que les résultats du suivi de l'hémoglobine glyquée par les médecins sont purement déclaratifs. In fine, c'est l'amélioration du score de la France calculé par le Commonwealth Institute (taux de prise en charge des quatre actes majeurs de suivi du diabète) qui donnera la mesure des progrès accomplis (objectif de 36 % de taux de réalisation de 3 des 4 des actes majeurs en fin de COG).

⁷³ avec la prescription de génériques et les extensions de Sophia

⁷⁴ Cf. LR-DDGOS-35/2013 du 20 mai 2013 relative à l'accompagnement des professionnels de santé

⁷⁵ CNAMTS, Dossier de presse relatif à la rémunération sur objectifs de santé publique, 11 avril 2013.

2.7 Objectif 12 relatif à la promotion de pratiques de prescription plus efficaces

Objectif présenté comme atteint dans le bilan de la CNAMTS.

La progression des prescriptions de médicaments dans le répertoire générique, observée entre 2011 et 2013, est en bonne partie imputable à l'élargissement de ce répertoire (en particulier entrée d'IPP, de statines et d'anti-hypertenseurs). La part des génériques reste en outre globalement inférieure en France à ce qu'elle est chez nos voisins.

Le calcul des économies annuelles réalisées sur le médicament pose le problème - comme pour l'ensemble des chiffrages au titre de la médicalisée - du calcul du taux d'évolution tendanciel auquel est comparé la dépense effectivement constatée. La CNAMTS reconstruit chaque année ce tendanciel sur la base notamment d'un effet volume, d'un effet générique annuel et d'un effet prix projetés à la fin de l'année N-1. Ce tendanciel est donc davantage le reflet de mesures ou d'inflexions récentes, voire conjoncturelles. D'autres difficultés s'ajoutent, liées à l'extrapolation de dépenses tous régimes à partir de données du régime général. Il en résulte un chiffrage d'économies, ex ante ou ex post, qu'il faut prendre avec prudence.

S'agissant des prescriptions hospitalières de médicaments ou de transports délivrés en ville, le bilan du contrat Etat-UNCAM s'exprime surtout en termes de moyens (nb de contrats signés avec les établissements, nb de visites de DAM et d'échanges confraternels, etc). L'impact global des contrats signés avec les établissements (CAQOS), sans être nul, semble modeste au regard d'un certain nombre de difficultés qui sont développées dans le rapport de la mission de l'IGAS sur la GdR. Parmi les difficultés rencontrées figure notamment l'insuffisance de l'analyse de la dépense localement (profils de dépenses très sommaires transmis par les caisses aux établissements, faible capacité d'explication des évolutions constatées, elles-mêmes très volatiles d'une année sur l'autre, absence de modélisation du lien entre ces dépenses et l'activité hospitalière concernée, difficulté en conséquence à appliquer les pénalités financières prévues par la loi en cas de non respect des objectifs de maîtrise, etc). Par ailleurs les actions de l'Assurance maladie sous forme de MSAP vis-à-vis des prescripteurs libéraux (gros prescripteurs et transports en série) et sous forme de contrôle (contrôle des facturations, contrôle conjoint avec l'ARS des agréments et conventionnements des transporteurs) pourraient être intensifiées.

En matière d'imagerie, le programme de GdR s'est rapidement recentré sur un programme de d'installation d'appareils d'IRM dédiés ou spécialisés en substitution aux appareils polyvalents. La mission IGAS est très circonspecte sur l'opportunité même de cette orientation ainsi que sur les gains médico-économiques à en attendre, comme elle le développe dans son rapport.

Enfin, l'approche de la pertinence des soins débute et la coopération entre Assurance maladie et ARS, indispensable dans ce domaine, doit significativement progresser, à la fois sous l'angle opérationnel de la mobilisation des ressources médicales et sous l'angle de l'analyse médico-économique de la dépense (en réconciliant les données de la ville et de l'hôpital). Le développement de ces capacités au niveau régional est en effet une condition essentielle de la crédibilité de la démarche vis-à-vis des professionnels de santé.

« Pour associer les médecins spécialistes, il faut pouvoir aller chercher des données fines, qui n'ont pas été anticipées et formatées à l'échelon national. Il ne faut pas submerger nos interlocuteurs avec nos données mais aller chercher les données dont nos interlocuteurs ont besoin pour compléter leur vision » (un pilote du programme Pertinence en ARS). Cela suppose un espace de programmation régionale conjointe ARS-Assurance maladie qui aujourd'hui fait défaut.

La CNAMTS a procédé en 2013 au test d'indicateurs d'alerte (suspicion d'éventuelles non pertinences) pour trois actes (chirurgie du canal carpien, appendicectomie, césarienne programmée) sur la base d'atypies dans l'activité des établissements de santé. A ce stade, le faisceau d'indices apparaît plus robuste pour l'appendicectomie que pour le canal carpien pour lequel son caractère prédictif reste fragile ; l'amélioration de ces indicateurs doit être poursuivie. Au-delà du ciblage des établissements avec atypies, il y a place pour une approche de la pertinence centrée sur les parcours de soins pour certaines pathologies ou populations.

L'infléchissement effectif des pratiques de soins reste en toute hypothèse un défi ; le régulateur doit être en mesure de suivre l'infléchissement - ou non - de ces pratiques.

Par ailleurs, le positionnement du programme de « maîtrise médicalisée à l'hôpital » (MMH) de la CNAMTS par rapport au programme Pertinence doit être clarifié ; la jonction du programme Pertinence avec les EPP et le DPC doit être établie ; le lien avec l'organisation des soins (au sein des établissements et en termes de parcours du patient) doit être renforcé ; les programmes Pertinence et SSR doivent converger ; la question de la pertinence en imagerie doit être abordée sur la base d'une meilleure connaissance des actes et des décisions qui en sont à l'origine.

Enfin l'utilisation de l'outil de la MSAP mérite d'être clarifiée, avec des engagements de retour d'information (sur les demandes et réponses transmises) et d'évaluation de ses effets.

2.8 Objectif 13 relatif à la diversification des modes de rémunération

Objectif présenté comme mis en œuvre au-delà de ce qui était prévu.

La ROSP et le développement des rémunérations forfaitaires des médecins - souhaitables pour rééquilibrer le paiement à l'acte - soulèvent la question du suivi et de l'évaluation (voire du contrôle) des engagements prévus en contrepartie de ces rémunérations (suivi des personnes âgées, consultation post opératoire, objectifs de qualité des pratiques ou d'organisation du cabinet dans la ROSP...). Il en va de même pour les pharmaciens d'officine (accompagnement des patients sous AVK par exemple).

2.9 Objectif 14 relatif à une juste utilisation des structures hospitalières

Objectif présenté comme partiellement mis en œuvre.

La prise en charge de l'IRC, le développement des prises en charge ambulatoires en chirurgie et en médecine, l'organisation des soins de ville notamment en aval d'une hospitalisation, sont autant d'applications de cet axe de travail. Si plusieurs initiatives sont en place, la nécessité d'analyses économiques rigoureuses et de coopération entre Assurance maladie et ARS pour une organisation cohérente des soins est une condition indispensable de progrès. La poursuite des restructurations hospitalières, la maîtrise des dépenses induites en aval d'une hospitalisation, la qualité des prises en charge sur des territoires aux densités médicales très hétérogènes sont quelques-uns des enjeux à cet égard.

2.10 Objectif 15 relatif à la mise en place d'une gestion du risque dans les EHPAD

Objectif présenté comme partiellement mis en œuvre.

Le déploiement de la GdR dans les EHPAD est récent. Elle se traduit, du côté de l'assurance maladie, par l'édition et la présentation de profils de dépenses dont l'utilité potentielle est réduite par l'absence, dans certains cas, d'éléments de comparaison et par l'extrême difficulté à mobiliser sur des évolutions de pratique les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement. Assurance maladie et ARS ont également engagé des actions de sensibilisation sur la iatrogénie médicamenteuse, suivies surtout à travers des indicateurs de moyens.

Les EHPAD constituent un champ important de rationalisation des soins, avec des gains possibles en termes de dépense et de qualité. Cela suppose que la GdR prenne de l'ampleur, s'attache à des résultats et soit connectée aux nécessaires adaptations du cadre de régulation des soins dispensés dans ces structures.

Le rapport remis par l'IGAS en octobre 2013, avec l'appui d'un groupe de travail inter-administrations, présente plusieurs propositions destinées à moderniser la tarification des soins en EHPAD, en renforçant les responsabilités de gestion des établissements et en repositionnant la tutelle sur des interventions à plus forte valeur ajoutée en termes de qualité et d'efficacité des prises en charge.

Certaines de ces orientations touchent aux leviers d'action de l'Etat : réouverture et accompagnement du tarif global, modernisation du cadre réglementaire de l'allocation de ressources aux EHPAD, articulation EHPAD-hôpital, incitation à la mise en place de pharmacies à usage intérieur lorsque la taille de l'établissement s'y prête, etc. D'autres s'adressent à l'assurance maladie: développement des calculs de coûts complets, traçabilité et analyse des recours à l'hôpital, achèvement du déploiement de RESIDEHPAD et perfectionnement de cet outil au service du suivi de la dépense de soins en EHPAD, suivi des objectifs de la ROSP vis-à-vis des populations hébergées en ehpad.

D'autres enfin relèvent des actions conjointes de gestion du risque, principalement sur la maîtrise des prescriptions de médicaments, la modération des hospitalisations et le recours à l'expertise gériatrique extérieure. A cet égard, il importe d'intégrer dans la GdR en EHPAD des objectifs de résultats et de renforcer la signification médico-économique des ratios produits.

2.11. Objectif 16 relatif à la promotion d'un parcours de soins cohérent ville-hôpital-médico-social

Objectif présenté comme mis en œuvre.

Le bilan de la mission serait plus mesuré. Cette action, qui porte sur une dizaine de processus de soins identifiés par la CNAMTS depuis 2012, recoupe à la fois:

- l'analyse de la pertinence des soins : menée par la CNAMTS à travers des indices de risque de non pertinence sur les établissements de santé, testés pour 3 actes en 2013, considérés à présent comme validés, en dépit de fragilités persistantes (en particulier sur la chirurgie du canal carpien) ; certaines ARS ont engagé de travaux sur le sur-recours ou sous-recours à certains soins, à l'échelle de territoires de santé, avec des dialogues de territoires impliquant les prestataires de soins, selon une approche plus systémique. Il serait judicieux de concilier ces approches. La qualité de la coordination stratégique et opérationnelle entre ARS et organismes locaux ou régionaux d'Assurance maladie sera déterminante pour faire évoluer les pratiques dans le sens de la pertinence et de l'efficacité ;
- le déploiement des programmes PRADO : les trois PRADO sont de nature assez différente au regard de la gestion du risque. Seul PRADO Maternité (qui est beaucoup plus une démarche de qualité que de GdR) est à un stade de déploiement avancé, le démarrage de

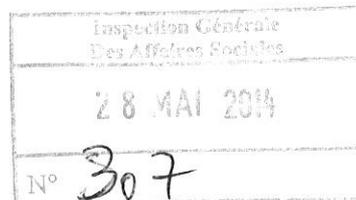
PRADO Orthopédie se révélant plus lent que prévu et l'expérimentation de PRADO Insuffisance Cardiaque ne faisant que commencer. L'intérêt d'un meilleur accompagnement des sorties d'hospitalisation ne fait pas de doute. Mais il faut souligner que ces programmes sont centrés sur un accompagnement individuel de certains patients ; reste l'enjeu de l'organisation collective des soins de ville (exercice pluridisciplinaire, coopérations professionnelles, objectifs de santé publique, etc), pour lequel des marges de progrès importantes existent.

Le déploiement des programmes PRADO devra en outre se faire avec la vigilance et les éventuelles adaptations requises en milieu rural (disponibilité des professionnels de santé libéraux, possibilités d'accompagnement social, reste-à-charge des assurés) et avec un niveau d'information significativement renforcé de la part de la CNAMTS à l'égard des autres régimes comme des services de l'Etat. Il convient également de faire converger Prado Orthopédie, le programme de MSAP en SSR, les travaux sur la pertinence en SSR et le déploiement de logiciels d'orientation des patients (tels que « Trajectoire »), au lieu d'approches aujourd'hui concurrentes et trop instrumentales.

Le projet de la CNAMTS de mettre en place en 2014 un parcours de soins concernant le syndrome du canal carpien ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) confirme le caractère nouveau et le potentiel de cet axe de travail qui doit cependant s'inscrire dans une politique de régulation portée par le ministère de la santé.

Enfin la question est de savoir comment dépasser à moyen terme une approche segmentée pathologie par pathologie qui, si elle a le mérite d'être concrète, prend mal en compte la problématique (à la fois médicale et sociale) des polyopathologies qui devient majeure dans le contexte du vieillissement démographique et de l'expansion des pathologies chroniques.

**OBSERVATIONS DE LA
DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE AU
RAPPORT PROVISOIRE**



**MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
SD/1-MCGR
Catherine CRUVEILLIER-BOCH
☎ : 01.40.56.75.27
catherine.cruveillier-boch@sante.gouv.fr
Romain FOLIARD
☎ : 01.40.56.73.41
romain.foliard@sante.gouv.fr

SSAR / mission
TH

Paris, le 23 MAI 2014

N° D-2014-[]

Le directeur de la sécurité sociale

A

**Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef de l'Inspection générale des
affaires sociales (IGAS)**

OBJET : Relevé d'observations suite au rapport de synthèse provisoire relatif à l'évaluation de la gestion du risque maladie (avril 2014)

Vous m'avez transmis pour observations le rapport de synthèse provisoire sur l'évaluation de la gestion du risque maladie. J'en partage les principales recommandations, notamment concernant la nécessité de revoir le pilotage national, de renforcer la coordination opérationnelle entre les ARS et les organismes locaux d'Assurance maladie, et d'assurer une meilleure évaluation des programmes.

Vous trouverez ci-après, les remarques détaillées de la DSS aux principales recommandations formulées dans votre rapport provisoire.

Le Directeur de la Sécurité Sociale

TH
Thomas FATOME

I. Réponses de la DSS aux recommandations formulées par la mission

« 6.1 Revoir la programmation de la GDR afin d'assurer l'alignement stratégique des acteurs »

La DSS souscrit au diagnostic dressé par la mission faisant état d'un trop grand nombre de documents servant de référence à la GDR (contrat Etat-UNCAM, COG Etat-CNAMTS, 10 priorités, etc.) et sur la **nécessité de simplifier ce champ** afin de le rendre plus lisible et plus cohérent.

« 6.1.1 Transformer le contrat Etat-UNCAM en un plan d'action intégré centré sur la politique de prévention »

Nous partageons le diagnostic selon lequel le contrat Etat-UNCAM est pour la CNAMTS assez redondant avec la programmation de ses propres actions de GDR mises en œuvre en dehors des 10 programmes nationaux. Pour les autres régimes, au regard de leur faible implication dans la GDR, la portée de ce contrat est limitée.

Par ailleurs le bilan réalisé conjointement par l'Etat et la CNAMTS concernant ce contrat¹, a conclu à un champ très (trop) vaste (20 objectifs avec des engagements multiples) et qui n'a pas été utilisé comme un outil de pilotage de la relation Etat-UNCAM.

Toutefois, la GDR, qui doit permettre de mobiliser des marges d'efficience dans les processus de soins et d'en tirer des économies immédiates, déborde largement du seul champ de la prévention, plus réduit et qui s'inscrit dans des réflexions de plus long terme.

La DSS n'est donc pas favorable à cette proposition. Toutefois, la DSS est favorable à un **resserrement du contrat Etat/UNCAM** sur un nombre restreint de priorités et une durée plus courte (2 ans), pour en faire la vraie feuille de route partagée Etat/CNAMTS. Ce contrat pourrait être transformé en plan national d'action validé en CNP, ou maintenu sous une forme contractuelle, si cela s'avérait nécessaire pour la gouvernance de l'UNCAM.

« 6.1.2 Arrêter des programmes partagés autour de grandes priorités de GDR et en resserrer le pilotage national »

La DSS partage les conclusions de la mission relatives aux faiblesses de la conception et de la mise en œuvre de certains programmes, notamment à cause du manque de concertation au niveau national entre l'Etat et la CNAMTS, ce qui se traduit sur le terrain par un manque de coordination entre les CPAM/DRSM et les ARS.

Nous partageons donc la **proposition de construction conjointe**, puis de pilotage, des programmes de GDR (ou d'efficience) par les directions concernées du ministère et par la CNAMTS (*cf infra*).

La validation des programmes par le CNP, qui serait alors la seule instance de validation de ces programmes à la fois pour le ministère, les ARS et l'Assurance maladie, nécessiterait en effet une modification réglementaire qu'il conviendra, le cas échéant, de faire arbitrer en amont. D'une manière plus générale, le rôle et la nature mêmes du CNP devraient aujourd'hui

¹ Présenté lors du CNP du 24 en janvier 2014

évoluer, pour lui donner un contenu plus stratégique. En ce qui concerne les CPOM Etat-ARS et la nécessité que leur contenu et leurs indicateurs soient arrêtés sur la base de ces nouveautés, la DSS précise que ces derniers sont en cours de renégociation pour la période 2015-2017 (les travaux pilotés par le secrétariat général de redéfinition de leur structure ont débuté depuis plusieurs mois) et est favorable à une identification très claire de la GDR au sein des CPOM, avec un indicateur financier propre à la GDR fixant un objectif quantifié d'économies sous réserve de ce qui sera acté.

« 6.1.3 Recentrer en conséquence le chapitre GDR de la COG sur les interventions relevant spécifiquement de la compétence de la CNAMTS »

Nous partageons le souci de simplification et de cohérence afin, notamment, que la GDR ne soit plus « éclatée » au sein de plusieurs documents stratégiques et que concrètement, on puisse limiter les initiatives parallèles voire redondantes constatées sur le terrain.

Cependant, la COG est un instrument structurant des relations entre l'Etat et la CNAMTS. Cette convention est une base solide pour assurer la cohérence puis la mise en œuvre des actions entre l'état et l'Assurance maladie. **Ne conserver dans la COG, que les engagements de GDR relevant spécifiquement de la CNAMTS comporte donc un risque que l'Assurance maladie ne se sente pas entièrement mobilisée** concernant la mise en œuvre des actions de GDR ARS sur lesquelles elle intervient.

« 6.1.4 Renforcer la coordination opérationnelle entre les ARS et les organismes locaux d'Assurance maladie »

La DSS partage le constat formulé par la mission sur la mise en œuvre d'actions multiples et parfois redondantes entre les deux réseaux. Ces redondances sont porteuses de confusion, tant pour les autorités régulatrices que pour les établissements qui sont l'objet de ces initiatives « concurrentes ». Cette inefficience est particulièrement dommageable, compte tenu des moyens en ressources humaines contraints au sein des deux réseaux.

Des marges de manœuvre certaines sont possibles, notamment comme le propose la mission, via un élargissement éventuel de la CRGDR, ou par la possibilité de priorisation ou d'adaptations opérationnelles régionales pour certains programmes.

Cependant, la DSS souhaite souligner que si une marge de manœuvre laissée au développement des actions régionales est probablement souhaitable, cela ne doit toutefois pas se faire au détriment de la cohérence

Par ailleurs, les ONDAM régionaux (ou ORDAM) ne sont pas des outils de pilotage adéquate, tant au plan technique (complexité dans la construction et la gestion dynamique d'enveloppes, qui devraient prendre en compte un trop grand nombre de paramètres pour prétendre à l'équité de traitement) que politique (enjeu vis-à-vis des élus que l'on doit prendre en compte).

La DSS est favorable à la simplification du paysage institutionnel de la GDR par une contractualisation entre le DG ARS et le directeur coordonateur régional de l'assurance maladie, transcrivant le plan national cité plus haut.

« 6.2 Quelles priorités partagées de GDR pour les prochaines années ? »

« 6.2.1 Une politique de prise en charge de l'IRC à poursuivre en dehors des programmes partagés de GDR »

La DSS est favorable aux recommandations de la mission sur l'IRC, et notamment sur **l'importance du levier tarifaire** qui devrait être mobilisé parallèlement aux autres leviers relevant soit d'une politique d'offre (développement de la greffe) et d'accompagnement des restructurations (prise en charge hors centre lourds), soit de la sensibilisation des médecins/renforcement de la ROSP/rerelations de l'AM avec les assurés.

Les évolutions de la prise en charge de l'IRC devraient ainsi être poursuivies en dehors du cadre des programmes de GDR.

« 6.2.2 Un programme sur la pertinence des soins à déployer sur la base d'une étroite coordination Etat-Assurance maladie en région »

La DSS est en accord avec la poursuite d'un programme relatif à la pertinence des soins, qui après une année de mise en œuvre, a été accueilli favorablement par de nombreuses ARS à l'occasion des « dialogues métiers CPOM » du printemps 2014.

Pour autant, il faut préciser que **la mobilisation du réseau de l'assurance maladie** auprès des ARS, comme le préconise la mission, devra être décidée au niveau national et intégrée dans la COG pour être véritablement effective. En effet, ce soutien aussi bien médical que statistique, nécessite une réflexion approfondie, notamment au niveau de la gestion et de la mobilisation des ressources humaines, et de dans un contexte de forte mise sous tension de l'opérateur

« 6.2.3 et 6.2.4 Deux programmes nouveaux : l'efficience de l'organisation hospitalière et l'aval de l'hospitalisation »

La réalisation d'importantes économies sur le champ hospitalier est étroitement liée à la capacité de pilotage et de suivi des gains d'efficience qui seront générés. La proposition de la mission de recentrer la GDR en direction des établissements de santé sur deux programmes plus globaux rejoint donc la préoccupation de la DSS qui souhaite traduire en plan d'action opérationnel et évaluable, les objectifs d'économies liées à la maîtrise de la dépense hospitalière et à l'efficience de la prise en charge en établissements de santé, au déploiement de la chirurgie ambulatoire, à l'optimisation des fonctions supports, à la gestion des lits et réduction des inadéquations.

Cela suppose néanmoins de structurer et décliner les programme par actions stratégiques en veillant à inscrire en miroir ces priorités dans les CPOM Etat ARS, assorties d'objectifs quantifiés d'économies.

Dans un premier temps, l'accent serait mis sur :

- le déploiement de la chirurgie ambulatoire en substitution des pratiques conventionnelles
- l'optimisation (via la mutualisation) des fonctions supports et la rationalisation des achats hospitaliers
- la généralisation du programme de gestion des lits actuellement lancés par l'ANAP sur 150 établissements

« 6.2.5 Un programme relatif à l'imagerie médicale à réorienter »

La DSS est **favorable à la proposition de maintien** d'un programme relatif à l'imagerie médicale, et notamment autour d'une réorientation autour d'axes liés à la pertinence des actes et à la productivité des équipements.

Le travail sur la **tarification** préconisé par la mission, pourrait en effet être mené en parallèle, notamment lors de négociations conventionnelles.

« 6.2.6 Un programme sur les transports à mieux outiller »

Les constats de la mission sur la nécessité d'approfondir la connaissance des déterminants de la dynamique de la dépense de transports sont amplement partagés.

De même, la volonté d'une approche globale indépendante de la nature du prescripteur, tenant compte de l'impact de l'évolution de l'offre de soins et des modalités de régulations actuelle est commune.

Ainsi, la question du déport éventuel vers la ville des prescriptions de transport induit par les CAQOS fait d'ores et déjà l'objet d'attention et de demande de documentation. Les analyses conduites par la CNAMTS sur la répartition du montant remboursable de transports par type de prescripteurs montrent que la part respective de la ville (37%) et de l'hôpital (63%) est stable sur la période 2010-2012. Cette donnée devra être suivie de manière continue.

Dans les faits, le pilotage national du chantier GDR Transport a conduit à développer une approche globale identifiant l'ensemble des leviers :

- ⇒ structuration de l'offre de véhicules : adapter le parc (ambulance/VSL/taxi), concentration des entreprises, taux d'utilisation des véhicules
- ⇒ politique tarifaire
- ⇒ maîtrise des prescriptions : maîtrise médicalisée (sensibilisation des prescripteurs libéraux/hospitaliers), MSAP, contrôle
- ⇒ responsabilisation des patients : sensibilisation, transport partagé
- ⇒ organisation des transports : organisation des flux de patients à l'hôpital (heure de sortie des patients), transport partagé

Cependant il faut souligner que la déclinaison opérationnelle repose pour beaucoup sur des actions à mener au niveau national (politique tarifaire, évolution de la réglementation, priorités de contrôle etc).

Il faut donc être attentif à la définition des actions prioritaires sur lesquelles l'échelon local ARS/CPAM est attendu (structuration de l'offre, contractualisation, organisation de la commande de transports, contrôles etc).

Enfin, comme le souligne la mission, la priorité doit clairement porter sur les transports itératifs.

« 6.2.7 Un programme complémentaire possible concernant les EHPAD »

La DSS est favorable aux orientations proposées par la mission. En effet, plusieurs de ces orientations sont déjà engagées notamment dans le cadre de l'axe « efficacité » des EHPAD et de l'axe « efficacité et qualité des soins ».

Concernant la variabilité de la dépense remboursée par résident et le suivi de l'utilisation des dotations de soins, la circulaire d'octobre 2013 a demandé aux ARS de travailler sur **8 ratios d'analyse** dont plusieurs concernent la dépense de soins (coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée) et le taux d'utilisation de la dotation de soins. Les remontées sont en cours d'analyse au niveau national. Cependant, l'analyse de ces 8 ratios ne concerne aujourd'hui pas l'ensemble des EHPAD relevant du champ de chaque ARS mais ne porte que sur les EHPAD **d'un seul département** au sein des régions. Les réflexions en cours sur les futures orientations de la GDR s'orientent vers la réduction des taux d'hospitalisations évitables et la poursuite de la diffusion de bonnes pratiques entre établissements et entre ARS.

La DSS est favorable à l'enrichissement de l'outil RESIDEHPAD et envisage une utilisation des données issues de cet outil dans le cadre des travaux sur les nouvelles pistes d'action de cette priorité².

« 6.3 Modalités de conception et d'évaluation des programmes »

La DSS est en accord avec les constats et préconisations de la mission, notamment sur la nécessité de renforcer les justifications médicales et médico-économiques des actions engagées, et sur la place plus importante qui doit être accordée à l'articulation opérationnelle sur le terrain entre l'ARS et l'Assurance maladie.

De plus, **la DSS souhaite préciser à la mission qu'elle envisage également les programmes de GDR et les résultats attendus, comme répondant à une temporalité de court-moyen terme, même si des données annuelles sont nécessaires** pour garantir l'effectivité de la mise en œuvre. Les objectifs d'efficience et d'économies dans le cadre de l'ONDAM et plus globalement du redressement de la trajectoire des comptes de l'Assurance maladie, sont en effet des objectifs pluriannuels.

« 6.3.1 Une conception plus solide des programmes »

La DSS souscrit à l'idée de la mission concernant la mise œuvre de programmes devant laisser une place à la segmentation des patients.

Cependant si cela peut être **pertinent pour la conception de programmes de GDR ciblés sur une pathologie particulière ou un traitement précis, il est plus difficile de voir son opérabilité pour des programmes tels que proposés par la mission**, concernant des parcours de soins.

Par ailleurs, la DSS est également en accord sur la nécessité de s'appuyer sur des recommandations de la HAS, ce qui est d'ailleurs fait dans la plupart des cas. Cependant, **il faut se montrer prudent sur la concertation des experts extérieurs**, dès lors que c'est le rôle de la HAS de fournir cette expertise. Par ailleurs, encore faut-il que la HAS fasse preuve de la réactivité indispensable à la construction des programmes.

La DSS souscrit aux autres propositions de la mission afin de concevoir des programmes plus solides, notamment sur l'importance des projets SI et la nécessité de mieux articuler la GDR avec les leviers tarifaires.

« 6.3.2 Une évaluation plus transparente »

² cf. Annexe 4 Contrat Etat-Uncam

La DSS insiste sur la nécessité de disposer d'évaluations avant/après des programmes de GDR et des résultats induits.

La DSS souhaite à ce titre préciser à la mission, que l'absence d'évaluation chiffrée de certains programmes de GDR sur la période 2010-2013, **relevait d'un problème de méthodologie ou de manque de maturité des indicateurs, et non pas d'un manque de transparence.**

II. Autres remarques de la DSS

- **P.40 du Tome 1** : *« la première cause de l'IRCT étant liée à la prise d'hypertenseurs ».*

La première cause d'IRCT est la néphropathie hypertensive et vasculaire (24% des cas incidents en 2011 selon le REIN) suivi de près par la néphropathie diabétique (22%). Ce n'est pas la prise d'antihypertenseur qui fait l'IRCT mais bien la maladie pour laquelle le traitement est pris.

- **P.53 du Tome 1** : *« Au sein de la mission de coordination de la GDR de la DSS prévaut l'idée selon laquelle la GDR est aussi un instrument de management du réseau des ARS et impose une gestion réactive avec des remontées d'informations rapides, assurément infra-annuelles ».*

La DSS souhaite nuancer cette affirmation. En effet, la position de la DSS porte l'idée selon laquelle la mise en œuvre des programmes de GDR sur le terrain, nécessite un minimum de remontées d'informations au cours de l'année vers le niveau national. D'une part afin d'identifier les éventuels points d'alerte (même s'il ne s'agit pas du seul canal d'information) mais d'autre part, pour garantir une mobilisation optimale des services des ARS autour d'un champ qu'elles n'avaient pas l'habitude de traiter antérieurement. Ces remontées régulières ont participé, à leur niveau, à la progression de l'« acculturation » à la GDR au sein des ARS.

Cependant il n'existe aucune « doctrine » des équipes de la DSS sur ce point. Si les remontées d'informations sont nécessaires, la DSS s'est efforcée d'en ralentir leur périodicité au maximum pour n'en conserver que **deux par an sur le champ global**. Avec l'aval du SG, la MCGR a ainsi demandé aux pilotes de programmes de réduire au maximum leurs demandes de remontées ponctuelles et dans la mesure du possible, d'organiser ces remontées ponctuelles en même temps que les remontées générales afin de ne pas mobiliser trop souvent les référents GDR.

Par ailleurs, si les remontées concernant les indicateurs de moyens semblent indispensables, *a minima* une fois par an, les véritables résultats des actions de GDR ne peuvent se mesurer que sur le moyen terme.

- **P.56 du Tome 1** : *« Problème de cohérence entre l'indicateur synthétique d'une part et les indicateurs relatifs aux programmes de chirurgie ambulatoire et de l'insuffisance rénale chronique d'autre part ».*

Sur ce point, la DSS souhaite apporter une rectification. Compte tenu de la transmission tardive des résultats de l'indicateur IRC sur le taux de patients traités par DP, qui ne sont disponibles qu'en année n+1 (au mieux), cet indicateur n'a, dans les faits, jamais été pris en compte dans le calcul de l'indicateur GDR composite 5.3 du CPOM.

Cette précision ne remet pour autant pas en cause le constat de la mission sur le caractère imparfait de l'indicateur GDR composite 5.3, constat partagé par la DSS.

- **P.70 du Tome 1 : 5.3.2** : Des résultats positifs sur certains segments : « *la satisfaction des parturientes ayant bénéficié du programme PRADO maternité* ».

Le taux de satisfaction des usagers sans relation avec l'amélioration de l'état de santé ou avec la dépense induite, n'entre pas dans la définition de la gestion du risque donnée par le HCAAM en 2008 et qui est reprise dans le contrat Etat-Uncam.

- **P.19 du Tome 2** : « *Données relatives aux Transports* ».

La DSS souligne que les données mentionnées au sujet du nombre de CAQOS signés en 2013 sur les transports sont incomplètes.

En effet les « *38 CAQOS signés sur les 111 établissements ciblés (soit un taux de 34%)* », correspondent aux données collectées en octobre 2013.

Pour l'ensemble de l'année 2013, 66 contrats ont été signés sur un total de 135 établissements ciblés, soit un taux de 49%. Ce qui porte à 251 le nombre total de contrats passés sur les trois dernières années.

- **P.40 du Tome 2** : « *la DP n'a de sens que dans la perspective d'une greffe rénale* »

La recommandation de la HAS : « *Indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte* » de 2008 conclut à des indications différenciées en fonction du terrain et du parcours mais pas en fonction d'une éventuelle greffe.

**OBSERVATIONS DU SECRETAIRE GENERAL DES
MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES
AU RAPPORT PROVISOIRE**



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DU DIALOGUE SOCIAL
MINISTÈRE DES DROITS DES FEMMES, DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
DES MINISTÈRES CHARGÉS
DES AFFAIRES SOCIALES

**Le secrétaire général adjoint
Secrétaire général par intérim
(SGMCAS)**

Paris, le **- 9 MAI 2014**

M. Pierre BOISSIER
Chef de l'IGAS

Objet : Observations sur le rapport provisoire IGAS " Evaluation de la gestion du risque maladie"

Monsieur le Chef de l'IGAS,

C'est avec intérêt et attention que j'ai pris connaissance du rapport provisoire IGAS RM2013-163 "**Evaluation de la gestion du risque maladie**".

Je partage globalement les recommandations formulées. Notamment :

Sur l'articulation insuffisante des actions tant au niveau national que régional

Au niveau national, la mission constate que l'articulation est difficile entre le contrat Etat-UNCAM, les priorités de gestion du risque (GDR) validées en conseil national de pilotage (CNP) des ARS, les COG et leurs déclinaisons régionales.

Je suis tout à fait favorable à la proposition que les programmes soumis au CNP soient dorénavant la référence unique de l'Etat et de l'Assurance maladie (AM), de ses organismes locaux et des ARS pour leurs actions de gestion du risque menées sur les thèmes retenus.

J'ai bien noté les thèmes proposés par la mission, qui me conviennent à l'exception de l'absence d'un thème dans le secteur médico-social. Je m'interroge néanmoins sur la façon de traiter les actions de gestion du risque qui n'entreraient pas dans ces thèmes de programmes partagés, ni dans le périmètre de la COG que la mission propose de redéfinir.

Je suis aussi très favorable à la proposition qu'un directeur d'ARS et/ou un directeur coordonnateur régional de la GDR soit copilote de chaque programme.

Au niveau régional, la mission constate que les deux réseaux agissent plus en parallèle qu'en concertation et que la commission régionale de coordination de la gestion du risque, dont on peut se féliciter de l'existence, est plus une instance d'échanges d'informations qu'une structure opérationnelle de déclinaison territoriale des priorités nationales.

.../...

Ce constat avait été déjà posé lors du bilan du programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR-GDR) réalisé par les référents GDR des ARS sous l'égide du secrétariat général, et partagé par les directeurs généraux d'ARS lors de leur séminaire de juillet 2012.

Les conclusions de ces travaux rejoignent tout à fait les propositions de la mission sur l'évolution de la commission régionale de coordination de gestion du risque en une instance opérationnelle de « conduite de projet », s'appuyant sur un rapprochement dans une cellule régionale d'études et d'aide à la décision des capacités régionales des deux réseaux dans l'analyse des dépenses.

Cette organisation permettrait une priorisation ou des adaptations opérationnelles régionales des programmes, explicitement prévue au niveau national. La mission souligne l'importance qu'en parallèle soit mise en place dans le réseau du régime général une capacité de conduire ces travaux conjoints avec les ARS et propose que le suivi des ONDAM régionaux constituent une aune à laquelle mesurer les efforts conjoints de l'ARS et de l'AM en matière de GDR.

Les travaux du séminaire des directeurs généraux d'ARS complètent cette proposition par une analyse des données de santé régionales et territoriales en regard des dépenses, et par l'établissement pour les dépenses de santé d'un tableau de bord partagé de leur évolution (indicateurs de pilotage) et par une analyse annuelle de type charges/produits au regard des spécificités régionales, avec une recherche commune de facteurs explicatifs régionaux de l'évolution de l'ONDAM.

L'ensemble des actions concertées seraient porté par un contrat régional ARS/Assurance maladie, intégrant les actions de GDR et permettant une lisibilité et une concertation des objectifs confiés respectivement à l'ARS et l'AM sur la prévention, la régulation de l'offre sanitaire et médico-sociale, la mise en place des parcours et les missions d'inspection-contrôle.

Ces travaux déclinent ainsi en région l'ensemble des actions prévues dans les COG qui ont un impact sur les projets régionaux de santé des ARS.

Ces adaptations, si elles étaient retenues, devraient être portées par la future loi Santé.

Sur la prévention, la mission relève que cette dernière figure dans le champ de la gestion du risque de l'Assurance maladie mais ne figure pas dans les actions GDR des ARS. Il s'agit pourtant d'un domaine d'action partagé, et son inscription en ces termes dans les COG des différents régimes de l'AM serait à mon sens porteuse de synergie entre l'Etat et AM d'une part, entre les ARS et le réseau régional AM d'autre part. Je crains en effet qu'une évolution du contrat Etat UNCAM soit moins efficace, car ainsi que le souligne la mission sur le précédent contrat, il n'engage pas les moyens de l'AM.

Ces actions pourraient être établies sur la base de la stratégie nationale de santé, des plans et programmes nationaux de prévention et des travaux du comité interministériel pour la santé. Après leur concertation en commission régionale ARS/AM, elles auraient vocation à être traduites opérationnellement au sein des commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) sur la prévention, qui associent les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale, et veillent ainsi à la cohérence et à la complémentarité des actions menées dans les domaines de la prévention comme de la prise en charge des soins et de l'accompagnement médico-social.

Sur l'asymétrie des ressources entre les deux réseaux CNAM et ARS

La mission précise qu'environ 9 200 ETP sont affectés aux fonctions de gestion du risque-régulation au sein du régime général (dont environ 4900 ETP en CPAM et 4300 dans les directions régionales du service médical) mais sans beaucoup de marge de manœuvre régionale, alors que les

capacités de déploiement des ARS sont bien moindres. Or les ARS disposent de leviers de régulation importants pour la mise en place des projets régionaux de santé inscrits dans la loi.

C'est pourquoi je pense que le contrat régional ARS/Assurance maladie, s'il était retenu dans la loi Santé, porterait l'enjeu d'une meilleure synergie dans l'utilisation des ressources des deux réseaux et permettrait, le cas échéant, de mobiliser davantage les ressources AM au service de la mise en œuvre des PRS.

Par ailleurs je pense que la formation des équipes pourrait contribuer à cette synergie, et je souhaiterais réfléchir avec l'AM à un programme de formations partagées entre les deux réseaux.

Sur la place du secrétariat général dans l'animation du réseau des ARS et le renforcement du pilotage national de la GDR

Je constate avec satisfaction que la mission ne remet pas en cause le rôle du secrétariat général dans le pilotage national de la GDR, tel qu'il avait été préconisé par le rapport IGAS de 2010 et qu'il exerce depuis cette période :

- 1 Dans l'animation du réseau GDR des ARS**, en assurant l'interface entre les ARS et le niveau national en particulier sur l'échange important d'informations et en structurant le réseau professionnel des équipes GDR des ARS par des outils (un espace partagé), des moments d'échanges (ateliers), et la formations des équipes. Sur ce dernier point, je serai favorable à des programmes de formation plus ambitieux des équipes des ARS sur l'efficience, au-delà des seules équipes GDR.
- 2 Dans la responsabilité du dispositif de dialogue de gestion** entre le ministère et les ARS sur la GDR (au travers des CPOM et de leur évaluation). Parmi les 13 indicateurs des CPOM Etat/ARS utilisés pour déterminer le taux de rémunération variable de chaque DGARS figurent effectivement depuis 2010 un indicateur composite sur la mise en œuvre du PPR-GDR (taux de réalisation du programme de gestion des risques) et deux indicateurs relatifs à la chirurgie ambulatoire (taux de chirurgie ambulatoire sur 17 gestes marqueurs et taux global de chirurgie ambulatoire).
Pour l'année 2014, il est proposé de maintenir dans l'évaluation des DGARS un indicateur sur la chirurgie ambulatoire et de substituer à l'indicateur composite GDR trois indicateurs relatifs aux trois programmes de GDR transports, PHMEV et liste en sus.
Les futurs CPOM (et les futures modalités d'évaluation des directeurs généraux d'ARS) qui porteront sur la période 2015-2018 sont en cours de construction et tiendront compte notamment des conclusions du présent rapport.

Dans la validation par le CNP de l'ensemble des instructions GDR à destination des ARS, et depuis peu des lettres réseaux de l'assurance maladie. Si la réflexion actuellement en cours sur le contrat Etat-UNCAM conduit à son évolution vers des programmes partagés de gestion du risque maladie, le secrétariat général apportera tout son appui à l'évolution proposée par la mission sur le rôle du CNP dans la validation de ces programmes, à la fois pour le ministère, les ARS et l'Assurance maladie. Dans ce processus renforcé, je suis favorable au fait que le secrétariat général soumette pour avis aux ARS l'ensemble des documents avant leur soumission au CNP.

Le Secrétaire général adjoint
des ministères chargés des affaires sociales

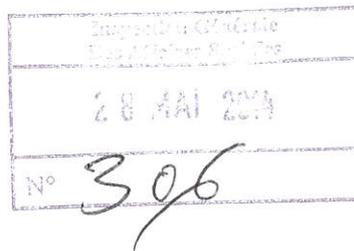
Pierre RICORDEAU
Pierre RICORDEAU

**OBSERVATIONS DE LA CNAMTS
AU RAPPORT PROVISOIRE**

Caisse Nationale

Le Directeur Général

Date : 26 MAI 2014



Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des
affaires sociales
39-43 quai André Citroën
75739 PARIS CEDEX 15

N/Réf. : DIR-CABDIR-D-2014-3259

→ SDR/mission
um T.

Objet : Rapport provisoire sur « l'évaluation de la gestion du risque maladie »

Monsieur le Chef de l'Inspection,

Je vous remercie de nous avoir adressé le rapport provisoire sur « *l'évaluation de la gestion du risque maladie* » établis par Constance BENSUSSAN, Delphine CHAUMEL, le Dr François CHIEZE et Nathalie DESTAIS et vous communique, comme vous l'avez souhaité, les observations et précisions de la CNAMTS.

Le rapport provisoire comporte en effet plusieurs propositions intéressantes qui guideront utilement l'Assurance Maladie dans la finalisation de sa prochaine Convention d'Objectifs et Gestion avec l'Etat, notamment lors de l'élaboration des priorités conjointes en matière de gestion du risque. Il me semble toutefois important de replacer ces analyses dans le contexte d'une exigence croissante de résultat sur la maîtrise des dépenses de santé pour respecter un ONDAM particulièrement contraint et qui le sera encore davantage au cours des prochaines années. Dès lors, si l'Assurance Maladie ne peut que partager les préconisations de la mission IGAS sur la plupart des points, cet objectif de résultat impose une capacité d'élaboration et de mise en œuvre extrêmement réactive, pragmatique et efficace.

Ainsi, la recommandation de faire partager l'ensemble de l'élaboration et de la réalisation de la politique de gestion du risque aux niveaux national et local risque de ralentir substantiellement la mise en œuvre des actions sans garantie en contrepartie d'une amélioration dans leur conception et leur évaluation *ex ante*.

La mission met également en avant la différence de conception entre les ARS qui ont une approche « territorialisée et planificatrice des actions » alors que le mode de management centralisé de l'Assurance Maladie laisserait peu de marges de manœuvre régionales. Au-delà de la différence d'approche entre les deux réseaux, il me semblerait utile de déterminer la méthode la plus efficace pour atteindre les objectifs d'économie. Je tiens par ailleurs à souligner que si la CNAMTS fixe des objectifs de résultat précis à son réseau, elle laisse également des marges de manœuvre importantes sur les conditions de mise en œuvre, pour s'adapter aux contextes locaux. Ainsi, des objectifs sur le nombre de patients accompagnés dans le cadre du programme PRADO sont fixés au niveau national mais le choix des établissements est laissé à l'initiative des organismes locaux.

Si la demande de l'IGAS pour une mise en œuvre généralisée d'évaluations *ex ante* et *ex post* de tout programme de gestion du risque en se reposant notamment sur des compétences externes en termes d'évaluation médico-économique (santé publique et économie de la santé) ne peut être que partagée, il me semble qu'elle se heurte au principe de réalité. En effet, appliquer ces recommandations reviendrait à augmenter de 2 à 3 ans au minimum les délais avant de lancer toute action de gestion du risque, ce qui d'une part n'est pas conciliable avec la nécessité de faire 2,5 et bientôt 3,3 Mds € d'économie chaque année et d'autre part n'est pas cohérent avec la nécessité de réactivité en cas de risque pour la santé publique ou les finances de la branche maladie (cas de certains médicaments).

Quant au recours aux compétences externes, elles sont malheureusement plus que limitées en France, notamment en économie de la santé, non mobilisables rapidement (appel d'offres, constitution d'équipes, travaux sur les données, ...), ce qui fait que le calendrier de la recherche n'est que peu compatible avec le calendrier de la mise en œuvre opérationnelle rendue nécessaire par l'exigence de résultats fixée par les pouvoirs publics.

Néanmoins, la CNAMTS partage avec la mission le souhait de renforcer cette évaluation médico-économique et y contribue au travers de son rapport de propositions sur les charges et produits, de son comité scientifique, de ses relations avec les sociétés savantes, de ses appels d'offres pour des évaluations de ses programmes comme Sophia, de sa participation active à l'observatoire européen sur les systèmes de santé, avec l'organisation fréquente de séminaire internationaux ou de voyages d'étude à l'étranger.

J'estime d'ailleurs que le rapport provisoire est injustement sévère sur la conception médico-économique des programmes de l'Assurance Maladie et notamment de Sophia et du programme d'accompagnement au retour à domicile en sortie d'hospitalisation (PRADO), en mettant en avant un manque de « rationalité médicale » qui s'avère peu étayé dans le rapport. Sophia bénéficie d'un conseil scientifique spécifique, a fait l'objet de plusieurs évaluations et une nouvelle évaluation externe sera prochainement conduite.

Le contenu des services PRADO est également élaboré avec les sociétés savantes concernées, notamment la société française de cardiologie pour l'insuffisance cardiaque, sur la base des guides de la HAS et un protocole d'évaluation est défini avec elles au-delà du suivi régulièrement effectué.

En ce qui concerne les propositions formulées par la mission, je souscris à l'objectif d'améliorer le pilotage des actions et notamment l'articulation avec le levier tarifaire qui sera une des conditions de réussite de programmes concourant à l'efficacité du système de santé par une meilleure articulation ville-hôpital. Il me semble cependant difficile de retirer la gestion du risque du champ du contrat Etat-UNCAM, pour le recentrer sur la prévention, ainsi que de la COG CNAMTS, compte tenu des implications de ces modifications sur la gouvernance de l'Assurance Maladie mais aussi de l'articulation entre gestion du risque et prévention. Au contraire, au travers d'un nouveau contrat type pour la période 2014-2017, la coordination opérationnelle entre les ARS et l'Assurance Maladie mériterait de s'étendre, au-delà des sujets stricts des priorités de gestion du risque, sur les enjeux de prévention et d'organisation de l'offre de soins pour que les actions soient pleinement efficaces.

Au demeurant, les propositions de la mission d'axer les programmes de gestion du risque sur l'efficacité hospitalière (chirurgie ambulatoire notamment), la pertinence des soins, l'aval de l'hospitalisation, l'imagerie, les transports et de travailler les liens entre ces priorités me paraissent pertinentes. Il me semble en revanche dommageable de ne pas maintenir une action sur l'insuffisance rénale chronique compte tenu des enjeux de santé publique et d'efficacité de ce processus, même si les leviers doivent évoluer pour amplifier les résultats.

Vous trouverez enfin en annexe un certain nombre d'autres remarques sur ce rapport provisoire, portant essentiellement sur le rapport de synthèse (Tome 1).

Je vous prie d'agréer Monsieur le Chef de l'Inspection, l'expression de ma considération distinguée.



Frédéric van ROEKEGHEM

PJ: 1

Annexe

TOME 1 / RAPPORT DE SYNTHESE PROVISOIRE

Synthèse

Page 4, 3° paragraphe : la mission indique, concernant le programme de maîtrise médicalisée à l'hôpital, que « *le soutien qu'il pourrait apporter aux autres acteurs est très incertain faute de coordination au niveau national ou local* ». Il est certainement possible de progresser encore dans la coordination mais il est important de noter les évolutions récentes en 2013/2014 : la période de réalisation des visites pour le programme d'accompagnement MMHT2a a été étendue à 3 trimestres pour faciliter l'articulation avec les actions des ARS suite à la demande de certaines ARS d'utiliser la démarche lors des revues de contrats. La lettre-réseau de la CNAMTS sur ce programme a en outre été présentée en CNP des ARS.

Page 5, 2° paragraphe : la mission souligne la « *juxtaposition d'actions conduites séparément ne permet pas d'établir des liens pourtant nécessaires, comme entre les programmes chirurgie ambulatoire et pertinence des actes ou entre transport des patients et prise en charge de l'IRC* ». La CNAMTS partage l'objectif de faire ces articulations et souhaite souligner les actions déjà menées : concernant la chirurgie ambulatoire, elle surveille le nombre global de gestes réalisés (MSAP) pour vérifier l'éventuelle « sur utilisation » ou le défaut de substitution de la CA et il faut noter que le programme pertinence est plus récent et a débuté en 2012/2013. Concernant le transport et l'IRC, la CNAMTS a mis en place une action de maîtrise médicalisée des prescriptions de transport ciblée sur les centres de dialyse (auprès des néphrologues) et cette action est mentionnée dans la circulaire d'instruction GDR de 2014.

Page 5, dernier paragraphe : la mission considère que « *l'efficacité de certains instruments apparaît à l'avenir incertaine (MSAP CA, SSR, visites en établissements) ou à conforter (cas des profils...)* ». Pour la MSAP SSR, il paraît important d'attendre les résultats de la nouvelle forme de la MSAP SSR définie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 pour en tirer les conclusions qui s'imposent.

Partie 1 : De quoi parle-t-on ? Retour sur la notion de gestion du risque

Page 28, 9^{ème} § : *« l'effectif relatif à la fonction d'accompagnement des établissements ne coïncide pas avec l'activité affichée dans ce domaine, à savoir quelque 13000 contacts en établissements en 2012 ; rapporté à 43 ETP, ce volume d'activité représenterait environ 300 contacts par agent ETP par an, soit plus de 1,5 contact par agent par jour travaillé, ce qui semble une moyenne élevée compte tenu des temps de formation des DAM, des temps de préparation et de restitution des visites, des déplacements »*, Les auteurs rapportent les 13 000 contacts en établissement à 43 ETP de délégués de l'assurance maladie (DAM) et en concluent à une moyenne élevée de contacts par jour pour ces agents.

Il y a lieu de préciser que ces contacts en établissements ne sont pas du seul fait des DAM, mais aussi des agents de direction des CPAM (dans le cadre des actions de maîtrise médicalisée à l'hôpital (MMH T2A), des responsables CPAM des relations avec les établissements de santé sur certaines prestations (prescriptions hospitalières exécutées en ville) et bien entendu, des praticiens-conseils du service médical qui participent à ces actions.

Partie 2 : Une conception des programmes qui manque de cohérence et de méthode

Page 35 4^{ème} § : La mission pointe un manque *« d'articulation entre objectifs de la ROSP et les priorités de santé publique du contrat Etat-UNCAM ou de la COG CNAMTS »* Cette observation ne nous paraît pas fondée et nécessiterait certainement un échange plus approfondi avec la mission. En effet, les priorités fixées dans la ROSP sont liées aux objectifs de la loi de santé publique de 2004, aux recommandations de la HAS ou, lorsqu'il n'existait pas une telle base, ont fait l'objet d'une concertation avec les pouvoirs publics et d'un accord explicite du Directeur Général de la Santé (cas de l'indicateur sur le volume d'antibiotiques).

Page 36 : une analyse médico-économique insuffisamment aboutie : Au travers des exemples des programmes PRADO et Sophia, la mission juge *« que la sélection et la conception des actions de GdR font insuffisamment appel à l'expertise disponible en santé publique et à l'évaluation médico-économique ; et qu'en conséquence, l'analyse médicale sous-jacente aux actions retenues est parfois incomplète et discutable. »*

Sans mésestimer les progrès qu'il reste à accomplir en France pour développer les analyses médico-économiques la CNAMTS tient à souligner que les programmes PRADO et Sophia ont justement fait l'objet, à chaque nouveau volet (diabète puis asthme pour Sophia, maternité, orthopédie, insuffisance cardiaque puis BPCO pour PRADO), d'une revue de littérature internationale importante et d'une conception médicale par les médecins conseils de l'Assurance Maladie, en lien avec les sociétés savantes ainsi que les professionnels de santé libéraux.

Ainsi, Sophia est doté d'un conseil scientifique qui associe des représentants de la HAS, de l'INPES et des sociétés savantes tandis que le contenu du programme PRADO insuffisance cardiaque a été défini, à partir du guide parcours de la HAS, avec la société française de cardiologie et en associant le collège de médecine générale ainsi que les syndicats de médecins et infirmiers.

Des évaluations sont enfin systématiquement prévues : une première évaluation de Sophia avait été faite en externe (Cemka-Eval) puis actualisée en interne sur les 3 années 2008-2011 avec la même méthodologie. La CNAMTS entend renouveler une évaluation externe en 2014-2015 mais un premier appel d'offres, lancé en 2013, s'est avéré infructueux, ce qui renvoie à la difficulté de mobiliser une expertise en matière d'évaluation de programmes de *disease management* en France. L'évaluation de PRADO insuffisance cardiaque sera quant à elle conduite dans le cadre d'un protocole établi avec la SFC et les premières évaluations de PRADO maternité ont fait l'objet d'échanges avec les sociétés savantes de périnatalité pour orienter les travaux d'évaluation à venir.

Page 37 et 38 : Paragraphe « Des modalités de collaboration entre HAS et CNAMTS qui n'ont pas trouvé leur équilibre »

Au 4^{ème} §, il convient de rappeler que la CNAMTS, comme le ministère, établit chaque année un programme de travail avec la HAS. En outre, la CNAMTS fait un point mensuel avec la HAS sur le programme de travail commun, notamment sur les demandes de validation au titre de l'article 53 de la loi HPST. Des réunions se tiennent également sur la gestion du risque pour passer en revue des sujets d'intérêt commun (médicaments, pertinence, parcours...).

Concernant la pertinence des soins, la CNAMTS et la HAS articulent leurs actions dans le groupe de travail national sur la pertinence des soins piloté par la DGOS. Un travail partenarial a été mené sur le parcours de soins du syndrome du canal carpien, dans le but de diffuser les recommandations de la HAS parues en septembre 2012 et février 2013. Une campagne d'accompagnement des professionnels de santé (chirurgiens orthopédistes, médecins généralistes), des établissements de santé et des assurés a été lancée en 2014, à l'aide de supports (mémos) élaborés en commun et validés par la HAS.

Les modalités de travail sur d'autres thèmes ont été partagées, notamment sur la cholécystectomie et la chirurgie ORL.

Page 39 : « une insuffisante ouverture de la réflexion sur les conditions d'implantation du « disease management »

Le jugement de la mission sur un portage « *relativement isolé par l'Assurance maladie* » de l'éducation thérapeutique, sans appui pluridisciplinaire de « *chercheurs, médecins, économistes, sociologues et de patients* » ne nous paraît pas fondé.

C'est faire fi du conseil scientifique de Sophia et de sa composition large (association de patients, professionnels de santé, HAS, INPES...), de la construction des PRADO avec les sociétés savantes et la mise en place d'un comité de suivi associant les patients, hôpitaux, professionnels de santé et, plus largement, de l'existence d'un conseil scientifique de la CNAMTS qui réunit justement des compétences et profils divers d'experts.

Page 40 § 2.2.2 sur la recherche du meilleur soin au meilleur coût à propos de l'IRC, la mission indique que « *la cause première de l'IRCT étant liée à la prise de traitements antihypertenseurs, il aurait été souhaitable à tout le moins d'inscrire dans les critères de la ROSP la réalisation régulière d'un dosage de la créatininémie et d'une albuminurie pour les patients hypertendus* ». Cette formulation ne paraît pas appropriée dans la mesure où l'hypertension et le diabète étant les principales causes de l'IRCT, c'est davantage la non prise de traitements antihypertenseurs qu'il faut mettre en cause.

Page 41 4ème § : L'action d'accompagnement des indications et non indications pour certains actes de radiographies a bien été mise en œuvre, au moins en secteur libéral (et non abandonnée pour des questions d'indicateurs...), et des résultats sensibles ont été observés. C'est en établissement qu'elle n'a pas pu être mise en place compte tenu de la position des urgentistes. Par ailleurs, il y a deux erreurs dans les § suivants :

- « *Les remboursements du régime général au titre de l'imagerie médicale ont représenté 4,6 Md€ en 2012 correspondant à un grand nombre d'actes et de patients et à des techniques d'imagerie diverses.* » Les données transmises à l'IGAS correspondent aux dépenses AMO+AMC en imagerie pour l'ensemble des régimes.
- « *La CNAMTS a ensuite proposé, à partir de 2011-2012, de centrer le programme sur les examens par IRM, qui avaient connu une progression en valeur de 29% en 4 ans (même si la dépense totale restait, à 680 000€ en 2012, relativement modeste par rapport aux autres actes d'imagerie).* » Il s'agit en fait de 680 M€ et non 680 000 €.

Par ailleurs, la CNAMTS précise que, contrairement à ce que le rapport indique, les deux nouvelles classes d'appareils IRM à vocation OA créées pour la mise en œuvre de l'action de diversification correspondent à des appareils de puissance de 1,5 Tesla identique à celle des appareils IRM polyvalents. L'instruction ne suit donc pas cette recommandation de 1996 rappelée par la mission.

Page 42 et suivantes concernant les programmes PRADO

- **Page 42** : La mission indique que « *les deux derniers programmes lancés (PRADO Orthopédie et Insuffisance cardiaque) illustrent une prise en compte insuffisante des conditions de réussite et de bénéfice pour le patient* » sans apporter d'arguments étayant cette affirmation. Ces deux programmes s'appuient sur des expérimentations étrangères réussies, notamment en Allemagne, ainsi que sur les plus récentes recommandations de la HAS.

- **Page 43** : *"Par ailleurs, l'existence d'un livret de suivi du patient, si elle fournit des repères utiles, ne garantit pas une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé concernés."* La CNAMTS partage le constat que la réussite de ce programme suppose une structuration des soins de ville, un renforcement du rôle du médecin traitant et la mise en place de systèmes d'information favorisant le partage : c'est d'ailleurs dans ce cadre que l'Assurance Maladie a engagé des négociations interprofessionnelles sur les soins de proximité. Parallèlement, la CNAMTS a proposé aux pouvoirs publics d'expérimenter dans le cadre des services PRADO l'ouverture et l'utilisation du DMP. Cette expérimentation débutera en mai/juin dans 5 régions pilotes (Aquitaine, Alsace, Centre, Ile de France, Picardie).
- **Page 43** : Concernant PRADO Insuffisance cardiaque, la mission estime que *« la conception du programme ainsi que sa mise en œuvre reposent cependant sur une analyse médicale comportant plusieurs faiblesses »* mais le rapport ne fournit pas d'arguments étayant cette affirmation. Ce programme a été conçu avec la SFC et l'ensemble des experts ont été consultés et ont validé le dispositif (cf supra).
- **Page 51** : PRADO maternité *« Dans le cadre des programmes PRADO, faute d'analyse préalable de la situation des établissements sur le terrain, le choix de déployer ce programme dans des établissements ayant déjà mis en place un circuit d'organisation de la sortie d'hospitalisation suite à un accouchement physiologique ou à une intervention orthopédique a eu pour conséquence de susciter de fortes réticences de la part des établissements concernés. »*. La CNAMTS souhaite souligner que le processus PRADO prévoit une phase préalable d'information des acteurs locaux (ARS, CPR, CPL,...) avant une prise de contact avec les établissements pressentis pour participer au projet. Il convient de noter qu'à ce jour près de 70% des maternités ont intégré volontairement le programme.

Page 48 concernant le *disease management* et Sophia : La mission indique *« qu'aucune nouvelle expérimentation n'est en cours »* alors que l'expérimentation pour l'asthme est en cours de lancement dans 18 départements pilotes.

En haut de la page 49, concernant l'évaluation de Sophia, la mission reprend les conclusions du rapport IGAS d'avril 2012 sans toutefois tenir compte de l'évaluation menée sur la période 2008-2011 qui a été rendue publique en détail après ce rapport (et qui figure sur le site internet de l'Assurance Maladie). Dans l'évaluation à 3 ans, il n'est pas constaté d'augmentation des coûts ambulatoires chez les patients accompagnés par Sophia, il y a à la fois une moindre consommation de soins ambulatoires et surtout de soins hospitaliers que dans les autres groupes.

Partie 3 : Une mise en œuvre qui manque de coordination opérationnelle

Page 44, 3.1, 3° paragraphe : La mission juge les « *profils établissements* » qu'elle a vus « *frustrés* » en matière de transports. Il est important de signaler qu'il existe un profil MMPH qui est global et peu détaillé sur les transports et un profil beaucoup plus détaillé lié à l'action elle-même. La CNAMTS fournit des données de comparaison en plus des profils établissement (cf note en pièce jointe : PROFILS TRANSPORTS_CAQOS.doc). Une amélioration de ces données complémentaires est prévue à moyen terme.

Les CPAM n'ayant pas les données consolidées tous régimes, France entière, il paraît difficile de réaliser les profils à l'échelon local. Néanmoins, certaines CPAM affinent et complètent les analyses avec les données qu'elles possèdent à leur niveau.

Page 44, 3.1, paragraphe 4 : RPPS : Le problème de l'utilisation du RPPS se situe actuellement, non pas dans « *l'utilisation dans les requêtes de la CNAMTS* » (requêtes prêtes et déjà réalisées), mais dans la chaîne amont avec la bonne utilisation par les établissements de santé des deux numéros d'identification du prescripteur et de l'établissement (N° RPPS et N° FINESS). Ainsi, pour les prescriptions de médicaments par exemple, moins de 10 % des prescriptions faites par l'hôpital sont identifiées avec un n° RPPS dans les bases de l'Assurance Maladie. Une analyse menée dans la Marne a montré que seuls 48% des établissements de santé renseignaient bien le RPPS dans les prescriptions de médicaments et que, même dans ce cas, ce numéro était bloqué pour 96% des FSE au niveau des pharmaciens compte tenu des règles prévues par certains logiciels allant au-delà de ce que prévoit la version 1.40 addendum 4 de Sesam Vitale. La CNAMTS va prendre contact avec les éditeurs de logiciels pour simplifier le report de ce numéro RPPS dans la facturation à l'Assurance Maladie. Il restera à agir également auprès des établissements de santé pour qu'ils utilisent effectivement le RPPS, ce qui est une action demandée aux ARS par les circulaires GdR ARS.

Page 45 MSAP 3° paragraphe : La mission s'interroge sur l'efficacité de la MSAP en estimant qu'il est difficile de savoir si le taux d'accord très élevé de la MSAP tient à la procédure de gestion « largement déclarative », au formalisme prévu ou encore à l'effet dissuasif (pédagogique) de la MSAP. Il faut cependant rappeler que les résultats de la MSAP CA sur plusieurs années sont bons, car les établissements mis sous accord préalable modifient leur comportement et rattrapent les autres. Cela a été démontré en 2010 et réaffirmé récemment sur les données 2012 (cf document adressé à l'IGAS). Par ailleurs, un rapport de la DREES (Roland Cash) montrait en 2012 que les incitations tarifaires étaient moins perçus par les professionnels comme un facteur favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire que la MSAP.

Page 45 MSAP 4° paragraphe : la mission indique qu'il n'existe « *pas de retour d'informations auprès des ARS pas plus que des administrations centrales sur la mise en œuvre de la MSAP* ». Cette affirmation n'est pas exacte : les MSAP CA et SSR font partie des démarches suivies dans le cadre des groupes GDR ARS associant les directions d'administration centrale, l'Assurance Maladie et des ARS ; chaque année une synthèse des résultats des MSAP est présentée à ces groupes GDR ARS et au comité de pilotage GDR ARS.

Page 45 MSAP 5° paragraphe : L'affirmation de la mission selon laquelle la procédure de MSAP « *ne fait pas davantage l'objet d'un suivi plus systématique quant à ses résultats et à son coût de gestion propre* » ne nous paraît pas fondée. La MSAP CA donne lieu à un suivi sur :

- le taux de chirurgie ambulatoire pour chaque geste et un taux global.
- le nombre de séjours pour chaque geste.
- le nombre d'établissements mis sous accord préalable et les gestes choisis.
- le nombre d'ETP en rapport.

Les économies directement liées à la MSAP sont cependant difficiles à apprécier car il existe d'autres actions (incitations tarifaires, actions HAS/ANAP) et le tarif du GHM en J est égal au tarif du GHM de niveau 1.

Enfin, concernant la remarque sur le manque d'utilisation de la MSAP pour le transport, un programme national de Mise Sous Objectif (MSO continuée si nécessaire avec une Mise Sous Accord Préalable (MSAP) de médecins forts prescripteurs de transports est expérimenté à partir de 2013 dans trois régions par la CNAMTS. Les organismes locaux ont engagé des procédures à l'encontre de 45 médecins, dont 29 généralistes et 16 spécialistes. Les procédures de Mise Sous Objectif ont débuté le 1er mars 2014 pour les médecins ayant accepté la procédure.

Partie 4 : Un pilotage national dont la construction est inachevée

Page 52 dernier § : il convient de rappeler que la maîtrise médicalisée à l'hôpital (MMH) a été mise en œuvre par l'Assurance Maladie avant la loi HPST, même si son contenu a bien entendu été revu après 2011. Il ne semble donc pas tout à fait exact d'écrire « *Le déploiement par la CNAMTS de la « maîtrise médicalisée à l'hôpital », conçue comme un soutien aux autres programmes (transport, PHEV, pertinence, SSR)* ».

Page 54, 3^{ème} § : « Ainsi, la COG a fixé pour 2013 une cible de 500 000 visites en établissements. Cette cible a été jugée trop ambitieuse pour le réseau. Cet objectif a donc été revu à la baisse pour 2013, et fixé à 490 000 visites ».

La COG 2010-2013 prévoit au titre des indicateurs de réalisation des objectifs pour la gestion du risque :

	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de contacts avec les professionnels de santé	431 000	440 000	460 000	480 000	500 000

Cette rubrique « Nombre de contacts avec les professionnels de santé » dans les CPG successifs sur cette même période, et notamment en 2013, **regroupe les contacts de l'Assurance Maladie avec les professionnels de santé libéraux et les visites en établissements.**

Ainsi, à titre d'illustration, en 2012, les CPG prévoyaient 470 000 contacts avec les PS de ville et 10 000 visites en établissements (correspondant aux 480 000 portés dans la COG pour cette même année) ; de la même manière, en 2013, ce sont 490 000 contacts et 10 000 visites qui ont été inscrits dans les CPG 2013 (correspondant aux 500 000 portés dans la COG pour cette même année).

Les objectifs des CPG, contrairement à ce qui est relevé par les rapporteurs, n'ont donc pas été revus à la baisse en 2013, mais ont été conformes aux engagements de la COG. On peut du reste noter que le nombre de contacts effectivement réalisés par le réseau de l'assurance maladie cette année-là s'élevait à 513 000.

La mission peut ainsi regrouper dans le tableau qui figure en annexe 2 (*Indicateurs de la gestion du risque figurant la COG Etats-CNAMTS 2010-2013 et les CPG*) en page 93, ces deux sous-rubriques (nombre de contacts avec les PS et visites en établissements de santé).

[Ces commentaires valent aussi pour le deuxième paragraphe du 4.2.2.2. en page 58 du rapport où les inspecteurs réitèrent la même observation]

Page 57 point d, PHMEV : « les indicateurs ...ne mesurent pas un éventuel déport sur les médecins libéraux ». Depuis mars 2014, il existe dans le profil MMPH un indicateur mesurant les évolutions des dépenses « de ville » en regard des dépenses PHMEV, au niveau du département (pour les CH) et au niveau régional pour les CHU et les CLCC.

Page 57 point d, 3° et 4° paragraphe : concernant les indicateurs sur la chirurgie ambulatoire, la CNAMTS précise que, dans le cadre du groupe GDR ARS, deux indicateurs ont été mis en place : celui lié à la MSAP qui a été introduit en 2010 dans les CPOM ARS (il porte sur 17 gestes mais aussi sur le total du champ qui s'élargit actuellement à 43 gestes), et un indicateur plus global portant sur l'ensemble de la chirurgie permettant des comparaisons avec les autres pays. Ces 2 indicateurs sont complémentaires et mesurent des domaines différents. Ils évoluent tous les deux dans le sens de la progression de la chirurgie ambulatoire en France.

Page 58 concernant les indicateurs transport : la CNAMTS tient à souligner que la fixation des objectifs des CPG pour 2014 a été modifiée pour faire converger et homogénéiser les méthodes de calcul et objectifs entre CPG et CPOM.

Page 61 concernant le chiffrage des économies transport : il convient de rappeler que la maîtrise médicalisée sur le transport comprend le CAQOS mais aussi les autres actions de l'Assurance Maladie telles que celles réalisées auprès des néphrologues.

Économies Maitrise médicalisée estimées TR y.c SLM, en millions d'euros (fév 2014)	2010	2011	2012	2013
Transports				
Médecins libéraux	42	12	27	40
Hôpitaux	52	65	73	112
Total Transport	94	77	100	152

En 2012, 415 établissements ont été ciblés par la CNAMTS et 91 d'entre eux (22 %) ayant signé un contrat. Au total en 2012, 174 établissements dont 83 signataires 2011 ont contractualisé un CAQOS. La part des signataires 2011 et 2012 dans les dépenses de transport prescrit par les établissements publics est de 26,1% en 2012. 115 établissements ont atteint leurs objectifs 2012, soit les 2/3.

Page 62 § 5.2 : la mission indique que « *la maîtrise médicalisée ne fait l'objet d'aucune décomposition en 2014 comme lors des années précédentes* » : si cette décomposition ne figure pas dans l'annexe 9 au PLFSS, il n'est pas exact d'indiquer qu'il n'y a pas de décomposition des 500 à 600 M€ puisque ce détail – à la fois pour les objectifs et le suivi - est présenté régulièrement en COPIL ONDAM, au conseil de la CNAMTS (commissions offre de soins) et au conseil de l'UNCAM.

Partie 5 : Un manque d'évaluation des actions

Page 70 « des résultats positifs sur certains segments de soins » Le rapport ne pointe que trois points positifs (le développement de la greffe, la satisfaction des jeunes mères dans PRADO maternité et la réduction des délais attente pour PRADO orthopédie) qui paraissent très réducteurs, voire en décalage, par rapport à l'action de gestion du risque. Cette partie mériterait d'être enrichie ou modifiée.

Programme imagerie médicale

- **Page 44** Il n'est pas exact de dire que la CNAMTS fixe seule les objectifs des ARS : en réalité, la CNAMTS, avec la DGOS qui a participé à tous les dialogues de gestion avec les ARS, a proposé au CNP des objectifs de diversification. A l'inverse, la CNAMTS participe avec la DGOS aux réflexions du groupe de travail sur la pertinence des examens d'imagerie.

Les évolutions de l'indicateur du programme GdR en imagerie se sont avérées nécessaires compte tenu des différentes étapes :

- 2011 : seule l'action imagerie conventionnelle pouvait avoir un indicateur car il s'agissait du seul axe mis en œuvre ;
 - 2012 : l'action d'accompagnement était accomplie et non reconduite ; les objectifs de diversification IRM étaient fixés mais non opposables en 2012 compte tenu de la nécessité d'une analyse préalable des potentialités en lien avec les SROS, d'où un objectif de moyens et non un objectif de résultat ;
 - 2013 : objectifs opposables d'où cet indicateur de résultat (cf. instruction 2012)
- **Page 45** la mission indique que le programme visait « *la diversification du parc d'IRM pour augmenter la part des IRM ostéo-articulaires sur la base de justifications médico-économiques qui apparaissent discutables* ». Il s'agit d'une interprétation inexacte car l'enjeu de cette action de diversification n'a jamais été d'augmenter la part des actes IRM ostéo-articulaires (OA) mais de rendre financièrement supportable pour les dépenses de l'assurance maladie le développement du parc préconisé et planifié au regard des objectifs du Plan Cancer. De façon "directe", il s'agit donc d'une action d'efficience. En termes de pertinence, l'enjeu de cette action IRM, et des mesures conventionnelles mises en œuvre par ailleurs, est d'améliorer l'adéquation entre l'évolution des technologies et l'utilisation qui en est faite par les professionnels de santé au regard des besoins de santé exprimés.
- **Page 49 encadré sur le coût des appareils d'IRM** : 2 erreurs doivent être corrigées :
 - Ligne « Appareil IRM 1,5 T spécialisé en osteo-articulaire = 307 011 € et non 285 582 €
 - Ligne « Appareil IRM 1,5 T dédié aux examens des membres = 255 668 € et non 285 582 €

La note indique que « *Des coûts d'installation de ces appareils peuvent en effet s'ajouter à ceux indiqués ci-dessus, variables selon les caractéristiques des appareils, correspondant à l'installation de la cage de Faraday, à l'infrastructure du réseau informatique requise, au réseau d'eau glacée et d'hélium liquide, à la formation des personnels aux risques, etc., coûts qui peuvent doubler le prix d'acquisition initial* » mais ces postes de charges sont déjà inclus dans les coûts indiqués dans le tableau. En effet, les chiffres transmis à la mission portaient sur "les appareils", c'est-à-dire l'ensemble des équipements, y compris les équipements annexes comme ceux cités ici.

- **Page 52** « *Les recommandations préparatoires au troisième plan cancer rappellent que le précédent plan avait fixé un objectif de 10 appareils d'IRM polyvalents par million d'habitants pour 2011 (contre 7,5 en 2008). Cet objectif n'a pas été atteint.* » La mesure 21.4 du Plan 2009-2013 indique des objectifs en termes de nombres d'appareils IRM, **sans précision de classes**. De plus, il existe une nette hétérogénéité entre les régions, certaines dépassant même nettement l'objectif 2013 fixé par le Plan de 12 appareils IRM par million d'habitants. La seule augmentation du parc ne suffit pas car il faut réduire les hétérogénéités d'accès sur le territoire liés notamment au temps d'utilisation des équipements (comme l'a montré un rapport de l'INCA), ce qui devrait être un objectif d'action pour les ARS. L'augmentation du parc IRM polyvalent ne modifiera pas forcément la répartition du type d'examen réalisés (maintien de 50% d'examen à vocation ostéoarticulaire sur un parc augmenté). La CNAMTS travaille actuellement sur une action de pertinence sur les IRM ostéoarticulaires sur la base des référentiels internationaux et de la HAS (2008 et 2011).

En conclusion, il convient effectivement de rappeler que ce programme GDR Imagerie relève de choix au regard d'un constat très factuel dressé en 2010 sur les dynamiques observées sur le moyen-long terme. En IRM, bien que le parc se soit développé sensiblement, la structure observée des actes IRM a peu évolué, les actes d'IRM ostéoarticulaire restant majoritaires. L'objectif de diversification du parc vise à contenir les coûts pour l'assurance maladie de ce type d'examen ; cela n'exclut pas par ailleurs une action sur la pertinence de ces examens ostéoarticulaires pour laquelle il faut cependant disposer de référentiels permettant une action correctrice. C'est sur cet axe que travaille la CNAMTS actuellement.

MSAP Chirurgie ambulatoire

Le champ de la MSAP a été volontairement limité dans un premier temps, car il est indispensable qu'il n'y ait pas de discussion sur la nécessité de réaliser chaque geste choisi en CA. Les échanges annuels avec les sociétés savantes garantissent le caractère non discutable de la liste établie, et participent à l'accord des professionnels au développement de la CA. La CNAMTS a une volonté d'extension progressive de la liste avec rajout de 5 nouveaux gestes par an (actuellement 43 gestes, alors qu'il n'y en avait que 5 en 2008). Par ailleurs, le nombre de structures concernées va passer de 150 à 200 en 2015.

Les indicateurs issus de la démarche sont tous calculés par la CNAMTS et il n'y a donc pas d'incompatibilité entre eux. En effet, la CNAMTS en 2010 a introduit dans les CPOM ARS un indicateur composite sur 17 gestes marqueurs. Comme la liste des gestes augmente, cet indicateur a aussi évolué. Par ailleurs, chaque ARS a fixé des objectifs chiffrés régionaux pluriannuels sur le taux global (17 gestes). L'atteinte de ces objectifs est vérifiée chaque année lors des dialogues métiers avec les ARS.

Le contrôle a posteriori a débuté en 2008. En 2013, une enquête a été réalisée pour évaluer les difficultés rencontrées. Une nouvelle ligne de conduite a été définie et sera mise en place au second semestre 2014. Cependant, le bilan réalisé en 2013 révèle aussi la nécessité d'assurer dans les textes législatifs et réglementaires une telle démarche.

Ainsi, la MSAP contribue au progrès de la chirurgie ambulatoire avec les autres démarches entreprises.

- **page 85 : 2.2.3** : l'accompagnement réalisé par la CNAMTS dans le cadre de la MMHT2a est réalisé par des médecins conseils et des DAM. Lors des visites MMHT2a, le message sur la chirurgie ambulatoire porte sur les taux constatés dans l'établissement sur les gestes marqueurs de la MSAP (actuellement 43) et les comparaisons avec les moyennes nationales et régionales avec les marges de progrès possibles. Le message ne porte pas uniquement sur la MSAP.
- **page 91 4.21.2 c** : « *il est encore difficile d'avoir des données attestant de son impact direct....* » : cette affirmation ne nous paraît pas juste, car le graphique 3 montre au contraire que les établissements mis sous accord préalable rattrapent le taux moyens des autres établissements et conservent cette attitude après l'arrêt de la MSAP. Nous avons actualisé cette analyse sur les données 2012 et cette correction est confirmée sur les hernies inguinales.

Les économies liées à la MSAP sont difficiles à évaluer pour deux raisons : convergence de diverses actions ayant le même but, difficulté à calculer des économies directes pour l'AM quand le tarif des GHM en J est égal à celui des GHM en 1.

- **page 91 c** : « enfin, 2 gestes ont connu un recul de leur taux de CA » : le graphique 4 montre le contraire et le champ de ces gestes a été modifié.

- **page 95 4.2.2.2** : le fonctionnement de la MSAP : la demande est examinée initialement par un agent administratif formé du service médical qui peut donner un avis favorable s'il existe un critère socio environnemental justifiant l'hospitalisation complète (à partir d'une grille décisionnelle reprenant les conditions de la SFAR). En cas de non-respect d'un critère ou de difficultés, la demande est transmise à un médecin conseil pour échange avec le professionnel, notamment sur les critères médicaux. Le faible taux de refus est plutôt lié à la modification de comportement des professionnels de l'établissement comme en témoignent les analyses réalisées (cf point précédent).

MMH

Cette circulaire annuelle a pour objectif de donner au réseau la liste des actions prévues dans l'année qui nécessitent un contact avec les établissements de santé, afin qu'ils puissent planifier au mieux leurs visites en cours d'année. Il existe une marge de manœuvre régionale importante sur la mise en œuvre : les actions à mener dépendent de l'analyse des profils ; le nombre de visites à mener en moyenne par établissements est indicatif et l'objectif porte sur un nombre annuel de visites à réaliser France entière.

Cette circulaire rappelle la procédure de rencontre avec les établissements et précise la démarche MMPH (le seul objectif d'économies chiffré porte sur cette action d'accompagnement). Elle renvoie aux autres lettres réseaux pour le détail des procédures. Par nature, elle ne peut donc être très détaillée et il faut se rapporter aux autres LR pour juger des actions réalisées et des objectifs demandés.

PRADO

- **Page 108** : la CNAMTS souhaite apporter deux précisions par rapport au PRADO maternité :
 - le PRADO s'adresse aux assurées et ayants droit du régime général (*y compris la majorité des SLM*) de la MSA et du RSI.
 - le contenu des visites de la sage-femme, au-delà du suivi clinique et des conseils apportés, consiste également en une évaluation de la relation mère-enfant et de la nécessité d'un soutien ou non à un allaitement maternel
- **page 113**, la mission estime que « le programme PRADO maternité poursuit des objectifs peu spécifiés, allant de la prévention à la recherche subsidiaire d'efficience [...] Ce programme d'accompagnement de la sortie de maternité poursuit donc plusieurs buts, dont certains ne semblent pas faire consensus ». La CNAMTS tient pourtant à souligner que ces trois objectifs – accompagner la réduction de la DMS, améliorer la qualité de la prise en charge des patientes à domicile, éviter un recours non pertinent à l'HAD – sont évalués depuis la première année de généralisation du programme et font partie des fondamentaux du programme.

- **Page 115** : 2 précisions par rapport au PRADO orthopédie :
 - le CAM appelle le lendemain de *la 1^{ère} visite avec chaque PS* et non le lendemain de la sortie ;
 - le masseur-kinésithérapeute effectue une première intervention selon la prescription et pas forcément dans les 72 heures suivant la sortie.

- **Page 116** : 3 précisions par rapport au PRADO orthopédie :
 - l'IDE ne réalise pas une visite hebdomadaire *mais suit la prescription remise au patient*, le nombre de visites IDE varie d'un patient à l'autre. Remarque : l'IDE ne peut prescrire que certains dispositifs médicaux définis par l'Arrêté ministériel du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire.
 - le médecin traitant est informé par le MK *ou l'IDE* (cf paragraphe supra relatif à l'IDE) en cas de signes d'alerte du patient.
 - le rôle du chirurgien par rapport au médecin traitant semble un point à clarifier et consolider dans le programme (il peut lui transmettre une alerte sur l'état de santé du patient).

- **Page 117** la mission souligne que « *Actuellement les 2 procédures (MSAP et PRADO) ne sont pas forcément liées : un refus de séjour en SSR suite à une demande préalable ne conduit pas nécessairement à une proposition de PRADO orthopédie au patient ou à l'équipe médicale.* ». La CNAMTS souhaite renforcer l'articulation des deux dispositifs, ce qui figure explicitement dans la lettre-réseau d'avril 2014 sur la MSAP SSR, car cela supposait au préalable de déployer le service sur le territoire (généralisation lancée à partir de novembre 2013).

- **Page 118** : Concernant la formation des infirmiers dans le cadre de PRADO IC (E learning), la mission indique qu' « *aucune évaluation de l'appropriation de ces contenus n'est pour le moment prévue* » mais il faut préciser que l'évaluation de l'appropriation des contenus est bien incluse dans le module de formation.

- **Page 119** : la mission estime qu' « *un suivi sur la durée de l'accompagnement post-intervention et une mobilisation plus systématique d'un médecin conseil afin de mieux garantir le bon déroulement des procédures apparaîtraient pertinents.* ». La mobilisation du médecin conseil existe pour le PRADO insuffisance cardiaque avec un appel au médecin traitant au 1er patient inclus et à 2 mois si la visite longue n'est pas réalisée.

- **Page 125** : « ni les ARS, ni les autres régimes, lorsqu'ils exercent le rôle de caisse pivots comme la MSA, ne sont associés au déploiement de PRADO. [...] Or lors de ces déplacements la mission a pu constater que le choix de certains établissements afin d'y déployer PRADO pouvait se révéler inadapté, faute d'informations demandée aux ARS ». Cette affirmation apparaît inexacte car les ARS ainsi que les autres régimes font partie des acteurs locaux sollicités dans la phase de déploiement du programme.
- **Page 130** « le suivi de PRADO maternité se fait également à travers le bilan de satisfaction réalisé par les CAM auprès des patientes ayant bénéficié de ce programme [...] Le suivi de la DMS ou encore le nombre de consultations des PS ne sont pas des items de l'évaluation ». La DMS est observée lorsque les données du PMSI sont consolidées (en nov n+1 pour les données de l'année n), à partir d'une requête effectuée dans la base PMSI et non lors du bilan à 12 jours, où elle ne pourrait être recueillie que de manière déclarative auprès des patientes. Le nombre de consultations est aussi observé à partir de requêtes du DCIR selon la même périodicité que la DMS.

PERTINENCE

- **page 144** – La pertinence des soins : « la CNAMTS a engagé en 2013 dans une phase de tests portant sur des indicateurs d'alerte de pertinence pour les trois actes retenus » : les indicateurs ont été développés sur 2 actes (et non 3) : syndrome du canal carpien et appendicectomie.
- **page 144** / paragraphe 3.1 « Les tests ont consisté en une analyse de dossiers par rapport aux référentiels disponibles, analyse menée cependant sur un petit échantillon d'établissement » : il faut préciser que l'échantillon a été calculé pour être significatif sur le plan statistique.
- **page 145** : « les indicateurs sont considérés comme validés par la CNAMTS » : La validation porte sur la méthode de ciblage et non sur les indicateurs. Pour les 2 thèmes (appendicectomie et chirurgie du canal carpien) la méthode de ciblage est validée. L'appréciation faite dans le rapport sur les indicateurs peut être discutée car par exemple le taux d'EMG avant intervention reflète directement le référentiel de la HAS et figure comme indicateur de suivi dans les documents publiés par la HAS.
- **Page 150** – paragraphe 3.2.2 L'action de GDR des ARS relative à la pertinence des soins rencontre plusieurs difficultés : « elles mobilisent en outre d'importantes ressources médicales qui sont rares au sein des ARS (...) et qui au sein des organismes d'assurance maladie, sont mobilisées sur de nombreuses tâches quasi administratives (contrôle des IJ, gestion des déclarations ALD, formalité d'accès à la CMU, ...).

Le contrôle des IJ et des déclarations d'ALD ne sont pas des tâches « quasi-administratives », puisqu'il s'agit de rendre un avis médical (la majorité des décisions sont données sur la base d'un examen médical de l'assuré). Les formalités d'accès à la CMU sont effectivement des tâches administratives, qui par contre ne sont pas réalisées au service médical par un médecin conseil, mais en CPAM par un agent administratif.

- **Page 153 – paragraphe 3.3** : *« il importe notamment de faire converger la détection d'atypies « micro-sanitaires » (à l'échelle des établissements) réalisée par les caisses et l'approche plus territorialisée et plus systémique de certaines ARS »* : il s'agit d'approches différentes mais complémentaires, l'approche « micro-sanitaire » de l'Assurance Maladie (reposant sur des données de production et non de consommation de soins) pouvant permettre des actions ciblées sur les établissements suspectés de pratiques non pertinentes.

REPONSES DE LA MISSION AUX REPONSES AUX OBSERVATIONS FORMULEES

En réponse aux observations formulées par le secrétariat général des ministères sociaux, par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et par la direction de la sécurité sociale, la mission apporte les précisions suivantes.

Un certain nombre d'observations formulées, notamment par la CNAMTS, soulignent l'importance de l'objectif d'économies immédiates et du « principe de réalité » qui s'opposeraient à une conception plus argumentée et mieux évaluée *ex ante* des programmes de GdR. La mission ne méconnaît évidemment pas la contrainte des finances publiques mais tient à souligner que la primauté donnée à la recherche d'économies immédiates peut conduire à sacrifier des mesures d'efficacité structurelles, préparées avec le temps nécessaire, qui sont le gage d'économies durables. A ce stade, l'économie immédiate retirée des programmes IRC, Imagerie, Chirurgie ambulatoire, ou encore Prado Maternité, est certes non chiffrée mais probablement très en-deçà des attentes. Le rapport fournit plusieurs illustrations à la fois de l'intérêt des thèmes de gestion du risque retenus par le ministère et l'assurance maladie et du caractère insuffisamment abouti de plusieurs des actions lancées. Le rapport souligne également les faiblesses organisationnelles des programmes PRADO tels qu'ils sont déployés actuellement, et rappelle la réserve formulée par la HAS concernant PRADO Insuffisance cardiaque, qui n'a pas encore été prise en compte à ce jour.

Quant à la réactivité nécessaire en cas de « risque pour la santé publique » évoquée dans les observations de la CNAMTS, elle renvoie aux questions de sécurité sanitaire et de pharmacovigilance, qui ne relèvent pas de la gestion *du* risque mais de la gestion *des* risques, dont sont chargées les agences mises en place à cette fin.

Un deuxième ensemble d'observations formulées par le SG, la DSS et la CNAMTS porte sur l'articulation entre prévention et gestion du risque et sur le devenir du contrat Etat/UNCAM. La mission prend note des réserves formulées sur sa proposition. Elle rappelle toutefois que cette proposition, si elle semble disjoindre prévention et gestion du risque, vise en réalité à renforcer le volet prévention en consolidant les multiples actions et financements dans ce domaine et en donnant un document de référence commun (qui n'existe pas aujourd'hui) à l'ensemble des régimes d'assurance maladie et aux ARS. Le cadre offert par les commissions de coordination des politiques publiques ne semble pas permettre la coordination stratégique et opérationnelle nécessaire. La mission ne réduit évidemment pas la gestion du risque à la prévention, comme en témoignent ses propositions relatives aux programmes nationaux partagés de GdR.

Les propositions de la mission visent, sur la base de ses analyses, à resserrer et étendre la coordination opérationnelle entre ARS et assurance maladie au niveau régional et local autour des enjeux de prévention, d'organisation de l'offre de soins et d'analyse des dépenses. La mission considère toutefois que la contractualisation localement ne peut suffire si elle ne s'appuie pas sur un document de programmation unique et précis, conçu conjointement par l'Etat et l'assurance maladie. Ses propositions sur l'évolution de la COG en découlent. Des choix clairs s'imposent. Si l'on veut véritablement simplifier la programmation de la gestion du risque et la rendre plus efficace, on ne peut conserver en l'état à la fois le contrat Etat-UNCAM et la COG Etat-CNAMTS tout en construisant des programmes partagés, comme semble le souhaiter la DSS dans ses observations.

Concernant le contenu des futurs programmes de gestion du risque, la DSS indique souhaiter recentrer les deux programmes nouveaux proposés (efficacité de l'organisation hospitalière et aval de l'hospitalisation) sur trois axes : déploiement de la chirurgie ambulatoire, optimisation des fonctions supports et des achats hospitaliers, amélioration de la gestion des lits. Il serait regrettable que soit abandonnée la perspective organisationnelle interne à l'hôpital et en aval de l'hospitalisation, qui conditionne l'efficacité future de la chirurgie ambulatoire, et plus généralement du système de soins autour d'une meilleure articulation ville-hôpital.

En réponse à certaines observations plus ponctuelles relatives au tome 1, la mission souhaite apporter les précisions suivantes :

- Les données mentionnées dans le rapport au sujet du nombre de CAQOS transports signés en 2013 étaient issues du document powerpoint transmis par la DSS à la mission présentant le bilan GdR Transport en décembre 2013. La mission prend néanmoins acte des chiffres révisés et met à jour en conséquence ces données dans son rapport. Ses analyses et conclusions sur ce chapitre sont inchangées.
- La place des sociétés savantes est compliquée et celle des syndicats de professionnels de santé engagés dans des négociations conventionnelles l'est également. La mission est consciente que le procédé d'évaluation de Sophia est intéressant mais il n'a pas empêché des problèmes de communication quant à ses résultats. Quant aux extensions de Sophia à d'autres pathologies, les questions posées par la mission à la CNAMTS sur la conception de ces projets sont restées sans réponse.
- Concernant les modalités de collaboration entre HAS et CNAMTS, la mission souligne en effet dans son rapport le cas de bonnes collaborations sur le programme Pertinence des soins. Il n'en reste pas moins que d'importants progrès restent souhaitables pour conforter la légitimité médicale et médico-économique des actions de gestion du risque.
- Concernant les programmes PRADO, leur mise en œuvre en France diffère assez sensiblement de celle retenue en Allemagne, qui présente l'avantage à la fois d'une plus grande cohérence systémique et de meilleures garanties professionnelles. Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle le processus d'implantation de PRADO Maternité prévoit la consultation préalable des acteurs locaux n'a pas toujours été corroborée par les entretiens de la mission sur le terrain.
- S'agissant de l'évaluation de Sophia, les observations de la CNAMTS mentionnent « une moindre consommation de soins ambulatoires et hospitaliers » chez les patients accompagnés par Sophia. Les analyses de la mission se sont fondées sur l'ensemble des éléments disponibles fin 2013, y compris la présentation du programme Sophia faite par la caisse nationale à l'IGAS en novembre 2013. Une augmentation des coûts ambulatoires pour la population adhérente avait été constatée en effet au bout d'un an, cependant que cette évolution est moindre au bout de trois ans par rapport au groupe témoin.
- Sur les profils d'établissements édités en matière de transports, la mission a analysé les documents à la disposition des établissements de santé et confirme le caractère frustré de l'analyse de la dépense qui y est contenue. Elle se félicite de la volonté d'améliorer ces données à moyen terme. Au demeurant, une telle amélioration aurait aussi du sens sur les données du seul régime général, ce qui simplifierait ce travail d'édition qui pourrait alors relever des CPAM. La mission prend note également de l'amélioration récente des indicateurs relatifs au suivi des dépenses de transport.
- La mission est consciente des difficultés techniques de déploiement du RPPS sur l'ensemble de la chaîne de traçabilité de la dépense mais insiste à nouveau sur l'importance de ce projet et sur la nécessité de le faire aboutir rapidement. L'efficacité de la gestion du risque, du dialogue de gestion et de la contractualisation avec les établissements de santé en sera nettement renforcée.
- S'agissant de la mise sous accord préalable en chirurgie ambulatoire, la mission confirme que son impact reste incertain, sa mesure étant limitée à ce jour à 5 des 38 gestes et ne comportant pas un suivi régulier dans la durée. Aucune analyse coût/bénéfice de la MSAP

n'a été présentée à la mission, et notamment pas le nombre d'ETP en rapport avec la procédure. La mission confirme également sur la base de ses déplacements en région que les ARS ne disposent pas d'une vision précise et localisée des résultats de ces MSAP. Enfin, la mission a bien noté dans son rapport le déploiement à compter de mars 2014 de procédures de mise sous objectifs en matière de transport mais rappelle que celles-ci sont fondées sur le volontariat et ne concernent à ce jour que 45 médecins, soit 0,03% de l'ensemble des médecins libéraux installés.

- Concernant les objectifs de contacts et visites en établissement du réseau de la CNAMTS, la mission prend note des explications fournies par celle-ci mais souligne le flou qui entoure ces démarches ainsi que leur suivi.
- Enfin, s'agissant des chiffrages d'économies repris dans la construction de l'ONDAM, la mission maintient ses constats sur leur manque de transparence et sur la grande difficulté de leur suivi pluriannuel.

En réponse à certaines observations relatives au tome 2 du rapport, la mission souhaite apporter les précisions suivantes.

➤ **Programme Imagerie :**

- La mission maintient son constat relatif à la faible traçabilité des décisions des professionnels de santé dans ce domaine. Quant aux indicateurs du programme de GdR, ils reflètent, plus que l'accomplissement des objectifs, leur instabilité et les tâtonnements sur le plan opérationnel. L'objectif du programme à partir de 2012 a bien été l'augmentation de la part des équipements IRM ostéo-articulaires.
- La mission maintient son analyse et ses interrogations quant à l'efficacité du programme et quant à la pertinence des actes d'IRM ostéo-articulaires.
- S'agissant des coûts des appareils d'IRM, les chiffres fournis par la CNAMTS dans ses observations pour les appareils spécialisés ou dédiés ne correspondent pas au tableau de coûts qui avait été fourni à la mission. Celle-ci accepte néanmoins de reprendre ces nouveaux chiffrages dans le rapport, lesquels confirment d'ailleurs la modestie de l'avantage de coût de ces appareils. Il n'apparaît pas dans les documents fournis que les coûts d'installation étaient déjà inclus dans les coûts d'acquisition.
- Enfin, comme l'indique le rapport, la mission rejoint la CNAMTS sur la nécessité de développer des actions permettant de s'assurer, d'une part, de la pertinence des actes d'IRM ostéo-articulaires et, d'autre part, de la productivité des équipements installés. Elle pointe en revanche les effets pervers possibles d'équipements dédiés ou spécialisés, qui peuvent susciter des filières peu efficaces sur l'ostéo-articulaire.

➤ **Programme Chirurgie ambulatoire :**

- Les observations formulées par la CNAMTS ne sont pas contradictoires avec l'analyse de la mission. Au-demeurant, le rattrapage de la moyenne par certains établissements ne saurait tenir lieu de stratégie en matière de chirurgie ambulatoire.
- La mission reprend la correction formulée pour la page 91.
- En revanche, elle maintient ses analyses relatives à la difficulté d'interprétation du taux d'accord élevé des demandes préalables d'hospitalisation complète.

➤ **Programme PRADO :**

- Quant aux bénéficiaires des programmes PRADO et au contenu des visites des sages-femmes, la mission ne dit pas autre chose que ce que rappelle la CNAMTS. S'agissant de PRADO Maternité, les objectifs mis en avant par la CNAMTS sont cependant moins clairement perçus localement et ne structurent pas les premières évaluations.
- L'évaluation de l'appropriation par les infirmiers de la formation par *e-learning* pour PRADO Insuffisance cardiaque n'offre pas les garanties nécessaires. Par ailleurs, l'accompagnement par les médecins conseils devrait être renforcé auprès des CAM.

- Les difficultés de circulation de l'information en direction des ARS et des autres régimes ont pu être constatées par la mission sur le terrain.
- La mission a procédé aux corrections factuelles présentées par la CNAMTS.
- **Programme Pertinence** : la mission a procédé aux ajustements factuels indiqués par la CNAMTS.

LISTE DES SIGLES

ABM	Agence de la biomédecine
ADD GdR	Agent de direction en charge de la gestion du risque
ALD	Affection de longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVIESAN	Agence nationale pour les sciences de la vie et de la santé
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CAM	Conseiller de l'assurance maladie
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CAQCS	Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
CAQOS	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CEDIT	Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP	Conseil national de pilotage
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COMEX	Commission exécutive
CORDAM	Collège régional de l'assurance maladie
COREDİR	Comité régional des directeurs

CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
COPIL	Comité de pilotage
CR-GdR	Commission régionale de gestion du risque
Cvs-cjo	Corrigé des variations saisonnières - corrigé des jours ouvrables
DAM	Délégué d'assurance maladie
DCGdR	Directeur coordonateur de la gestion du risque
DDGOS	Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
DDO	Direction déléguée des opérations
DG	Directeur général
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Dialyse péritonéale
DPC	Développement professionnel continu
DRSM	Direction régionale du service médical
DSES	Direction de la stratégie, des études et de la statistique
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSM	Echelon local du service médical
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ETP	Equivalent temps plein
GHS	Groupe homogène de séjours
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HPST	Hôpital, patient, santé territoires
HTA	Hypertension artérielle
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnités journalières
IRC(T)	Insuffisance rénale chronique (terminale)
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITMO	Institut thématique multi-organismes
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MMH	Maîtrise médicalisée hospitalière
MSA	Mutualité sociale agricole
MSO	Mise sous objectifs
MSAP	Mise sous accord préalable
NACO	Nouveaux anticoagulants oraux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PDS	Permanence des soins
PHEV	Prescriptions hospitalières exécutées en ville
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PPR-GdR	Programme pluriannuel régional de gestion du risque
PRS	Projet régional de santé
RALFSS	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
REIN	Réseau épidémiologique et information en néphrologie
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSI	Régime social des indépendants

SFR	Société française de radiologie et d'imagerie médicale
SNIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
VSL	Véhicule sanitaire léger



Inspection générale
des affaires sociales

EVALUATION DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE

TOME 2 **FICHES PROGRAMMES**

Établi par

Constance BENSUSSAN
Dr. François CHIEZE

Delphine CHAUMEL
Nathalie DESTAIS

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mai 2014 -

2013-163R

Sommaire

FICHE 1 : LE PROGRAMME TRANSPORTS DE PATIENTS.....	5
FICHE 2 : LE PROGRAMME IMAGERIE MEDICALE	41
FICHE 3 : LE PROGRAMME INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	57
FICHE 4 : LE PROGRAMME CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	77
FICHE 5 : LES PROGRAMMES « PRADO ».....	105
FICHE 6 : LES PROGRAMMES D'ACCOMPAGNEMENT DES ETABLISSEMENTS (MAÎTRISE MEDICALISEE A L'HOPITAL ET PERTINENCE DES SOINS).....	137

FICHE 1 : LE PROGRAMME TRANSPORTS DE PATIENTS

1 LA DEPENSE DE TRANSPORT DES PATIENTS

Le thème des dépenses de transport a été inscrit aux priorités de gestion du risque (GdR) des ARS en raison à la fois de la forte progression de cette dépense et de la nécessité d'affiner la connaissance de celle-ci et de ses déterminants. Un des intérêts de la GdR à cet égard devait être de promouvoir l'échange de données entre Etat et Assurance maladie.

1.1 Niveau et dynamique de la dépense

La prise en charge par l'Assurance maladie du transport des patients a représenté 3,5 Md€ en 2012, soit quelque 2 % du total des dépenses d'assurance maladie¹. L'extrapolation des dépenses constatées sur les neuf premiers mois de l'année 2013 conduit à une dépense annuelle d'environ 3,7 Md€

Un peu plus de 5 millions de patients ont eu recours dans l'année à un transport remboursé (tous régimes), soit 8 % de la population, pour un volume de presque 63 millions de trajets, et une moyenne d'environ 13 trajets par personne transportée.

Il s'agit d'une dépense en augmentation très rapide au début des années 2000, dont la dynamique aujourd'hui, malgré un ralentissement des volumes, reste soutenue. L'augmentation de 63 % de cette dépense entre 2001 et 2010 (à comparer à une progression générale de l'ONDAM de 39 %) dissimule un infléchissement : l'augmentation des dépenses en volume est passée de 6,5 % par an en moyenne entre 2001 et 2006 à 3,5 % entre 2007 et 2010². Elle se situait légèrement au-dessus de 2 % en 2011-2012. Néanmoins la dépense en valeur progresse encore de 5,1 % en 2012 et de 5,5 % sur les neuf premiers mois de 2013³ (tous régimes) en raison notamment de l'effet des hausses tarifaires (impact tarifaire de +3,4 points en 2012 lié aux revalorisations annuelles des tarifs des taxis et à l'incidence des revalorisations et restructurations tarifaires conclues dans le cadre de l'avenant n°6 à la convention nationale des transporteurs sanitaires - revalorisations dont les effets ont été étalés sur les exercices 2012 et 2013).

La progression sur l'ensemble de l'année 2013, en date de remboursement, et selon des données encore provisoires, atteint même 6,4 % pour le régime général⁴ - ce qui relativise d'ailleurs l'impact des actions de GdR dans ce domaine.

¹ CNAMTS, "Orientations relatives aux transporteurs sanitaires", Présentation au Conseil de l'UNCAM, 20 février 2014.

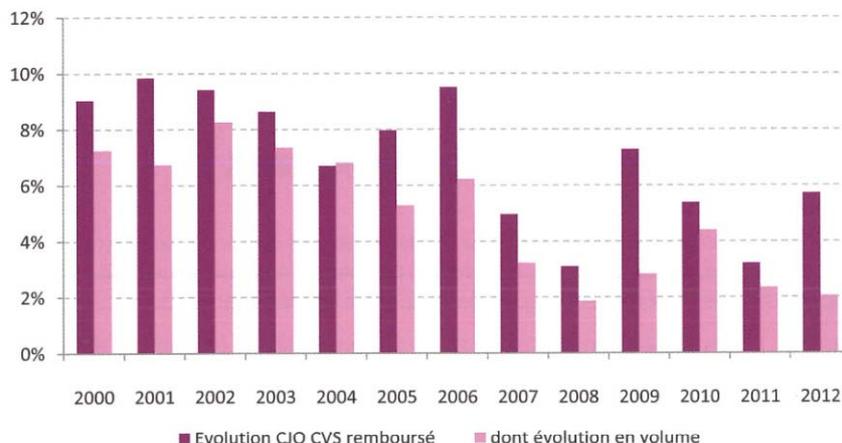
² Cour des comptes, "Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie", *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre XI, septembre 2013.

³ CNAMTS, "Orientations relatives aux transporteurs sanitaires", op.cit.. Il s'agit pour 2013 de données provisoires, établies sur le remboursements des soins consommés au cours des 9 premiers mois de l'année (rapportés à la même période de l'année précédente).

⁴ Communiqué de la CNAMTS du 30 janvier 2014 sur les remboursements de soins du régime général en 2013.

Globalement la modération des évolutions en volume que l'on observe depuis le milieu des années 2000 ne se répercute sur la dépense que de manière incomplète et heurtée, comme le montre le graphique ci-dessous :

Graphique 1 : Taux d'évolution des dépenses de transport en valeur et en volume



Source : CNAMTS, Rapport Charges et Produits pour 2014. Champ : Régime général. Dépenses en dates de soins corrigées des jours ouvrables et des variations saisonnières.

La progression des taux de recours⁵ (particulièrement marquée pour les cancers et les affections psychiatriques) explique une grande partie de l'augmentation de cette dépense.

1.2 Structure de la dépense

1.2.1 En termes de modes de transport

Les transports en ambulance pris en charge par l'Assurance maladie représentent, en 2012, 39 % des dépenses ; la Cour des comptes indiquait pour l'année 2010 une proportion de 37 %, ce qui laisse penser que la part des ambulances s'est accrue, cette évolution pouvant témoigner d'une prescription resserrée sur des besoins de transports plus médicalisés ou à l'inverse d'une perte d'efficacité dans la gestion de ces prescriptions.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, les transports assis professionnalisés (TAP) représentent plus de la moitié de la dépense (57 %), dont 21 % pour les VSL et 36 % pour les taxis. Ces derniers voient leur part augmenter ; celle des VSL décline corrélativement.

Ce sont en effet les transports de patients par taxis qui connaissent la plus forte dynamique, avec des dépenses en augmentation de près de 10 % par an entre 2009 et 2012 (même si le taux de progression semble moindre sur 2013).

⁵ Taux de recours : proportion des patients utilisant un mode de transport remboursé par l'assurance maladie.

Tableau 1 : Répartition de la dépense de transport prise en charge par l'Assurance maladie, selon le mode de transport

	2010	2012
Ambulances (y compris transports urgents pré-hospitaliers)	37%	39%
Véhicules sanitaires légers (VSL)	23%	21%
Taxis	31%	36%
Autres (transports pris en charge par les hôpitaux, indemnités de garde pour les transports urgents pré-hospitaliers)	9%	4%

Source : pour 2012, rapport d'orientations de la CNAMTS au Conseil de l'UNCAM de février 2014 sur les transports sanitaires ; pour 2010, RALFSS 2012 de la Cour des comptes.

1.2.2 En termes d'origine de la prescription

La répartition des dépenses selon l'origine de la prescription est stable depuis 2010.

Un peu plus de la moitié des dépenses (53 %) se rapporte à des transports prescrits par des praticiens exerçant en établissement de santé public ou privé, 37 % à des transports prescrits par des médecins libéraux de ville (pour moitié des médecins généralistes), les 10 % restant se rapportant à des transports d'urgence confiés par les SAMU à des transporteurs sanitaires privés. A noter que le chiffre régulièrement avancé selon lequel les établissements de santé sont à l'origine de 63% de la dépense de transport remboursée sur l'enveloppe de soins de ville (chiffre figurant de nouveau dans l'étude d'impact de la LFSS 2014) correspond donc à un périmètre élargi incluant les transports d'urgence pré-hospitaliers.

La dépense issue de prescriptions d'établissements de santé publics (et ESPIC) s'est accrue de 3,8% et 4,3% respectivement en 2011 et 2012 ; celle des cliniques privées a connu une accélération, en passant de +3,7 % à +7,2 % de même que, dans une moindre mesure, celle des médecins de ville qui passe de +1,2 % à +3,8 (chiffres pour l'année complète 2013 non disponibles au moment de la rédaction de ce rapport).

Encore la distinction entre établissements privés et médecins de ville est-elle fragile en raison de l'exercice de médecins libéraux dans ces établissements et de la difficulté à distinguer les prescriptions faites dans leurs cabinets de ville ou dans les murs des cliniques. Ainsi, si l'on regroupe établissements publics et privés, on obtient une évolution globale de 4,8% de la dépense en 2012 ; si l'on regroupe établissements privés et médecins de ville, on obtient une progression de 4,6 % soit des taux étonnamment proches...

1.2.3 En termes de pathologies

Les patients en ALD représentent environ 60 % des personnes transportées et plus des 4/5 des remboursements de transports, en raison d'une fréquence de recours aux transports beaucoup plus élevée. C'est pourquoi le taux moyen de prise en charge de ces prestations par l'Assurance maladie atteint 94 %.

A elles seules, **deux ALD concentrent 40 % de la dépense totale de transport : les cancers et l'insuffisance rénale chronique**, cette dernière affection étant associée à une fréquence de transport particulièrement élevée (96 trajets par an en moyenne), à un recours important aux ambulances (53 % des patients hémodialysés transportés au moins une fois en ambulance en 2012) et par conséquent à une dépense atypique (11 442 € en moyenne de transport en ambulance par patient hémodialysé en 2012⁶).

D'autres ALD comme les pathologies cardio-vasculaires et les affections psychiatriques sont également très intensives en transports.

1.2.4 En termes géographiques

La CNAMTS constate une grande hétérogénéité, entre départements, des taux de recours, des modes de transport utilisés et de la fréquence de trajets par patient transporté.

Ces disparités tiennent à plusieurs facteurs : la densité d'offre de transports (elle-même très variable d'un département à l'autre), les variations géographiques des profils de morbidité, la répartition de l'offre de dialyse, la densité démographique, l'âge des patients, etc., sans que soient quantifiées leurs contributions respectives aux écarts de consommation de transports.

Il en résulte, fort logiquement, une grande hétérogénéité de la dépense annuelle de transport par patient⁷. Par exemple, pour les patients hémodialysés au cours de l'année 2012, la part de ces patients transportés au moins une fois en ambulance varie de 22 % (dans les Hautes-Alpes) à 76 % (dans le Val de Marne) cependant qu'elle se situe autour de 60 % en Gironde, dans les Pyrénées atlantiques et sur le pourtour méditerranéen. Les patients hémodialysés transportés exclusivement en ambulance au cours de l'année 2012 représentent 30 % des patients dialysés dans les Bouches-du-Rhône, 37 % à Paris et 39 % dans le Val de Marne contre moins de 5 % des patients dans 17 autres départements. Aussi le coût moyen annuel des transports par ambulance par patient hémodialysé varie-t-il selon les départements dans un rapport de 1 à 7,6.

2 LES ACTIONS DE GDR MISES EN PLACE : MOYENS ET ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

2.1 L'action de GdR sur les transports inscrite dans la COG CNAMTS

La COG ne comporte aucun engagement spécifique relatif au transport de patients.

Toutefois, deux engagements figurant au 4.2. du chapitre GdR de la convention (« *Réduire les écarts de pratique et diffuser la culture du bon usage* ») peuvent trouver à s'appliquer dans ce domaine :

- « *L'Assurance maladie mettra en évidence les écarts de pratique des médecins ainsi que des autres professionnels de santé* ».
- « *L'Assurance maladie proposera et mettra en œuvre des évolutions du dispositif d'entente préalable afin de le rendre plus rapide, plus pertinent (analyse fondée sur des référentiels) et plus sélectif* ».

⁶ CNAMTS, Rapport *Charges et Produits* au titre de 2014, juillet 2013

⁷ CNAMTS, Rapport *Charges et Produits* au titre de 2014, op. cit.

2.2 Plusieurs outils de contrôle à disposition de l'Assurance maladie...

Plusieurs outils sont en place et contribuent à la gestion de cette dépense :

a) Le référentiel de prescription

Etabli par l'arrêté du 23 décembre 2006 (en application de l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale), ce référentiel précise les déficiences ou incapacités des patients susceptibles de justifier une prescription de transport pris en charge par l'Assurance maladie. Il peut donc fonder une vérification de conformité des prescriptions par le service médical des caisses.

Il a été complété par le décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 qui resserre la prise en charge du transport dans le cadre d'une ALD aux seuls patients présentant une incapacité ou déficience telle que définie par le référentiel de 2006.

b) L'accord préalable de l'Assurance maladie pour certaines prescriptions et la règle de « l'établissement approprié le plus proche »

Rappelons que, de manière générale, le prescripteur est tenu d'observer la « *plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* » (article L.162-2-1 du code de la sécurité sociale) ; c'est donc dans ce cadre général que s'exerce le pouvoir d'appréciation, par le médecin prescripteur, du mode de transport le mieux adapté à l'état du patient. En complément de ce principe, l'article L.322-5 du CSS prévoit que « *les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient* ».

En pratique, la doctrine de l'établissement approprié le plus proche est floue. Elle n'est mobilisée par les caisses d'assurance maladie (sauf exception) que pour les transports dépassant 150 km, y compris s'agissant de soins de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie assimilés par la CNAMTS à des hospitalisations.

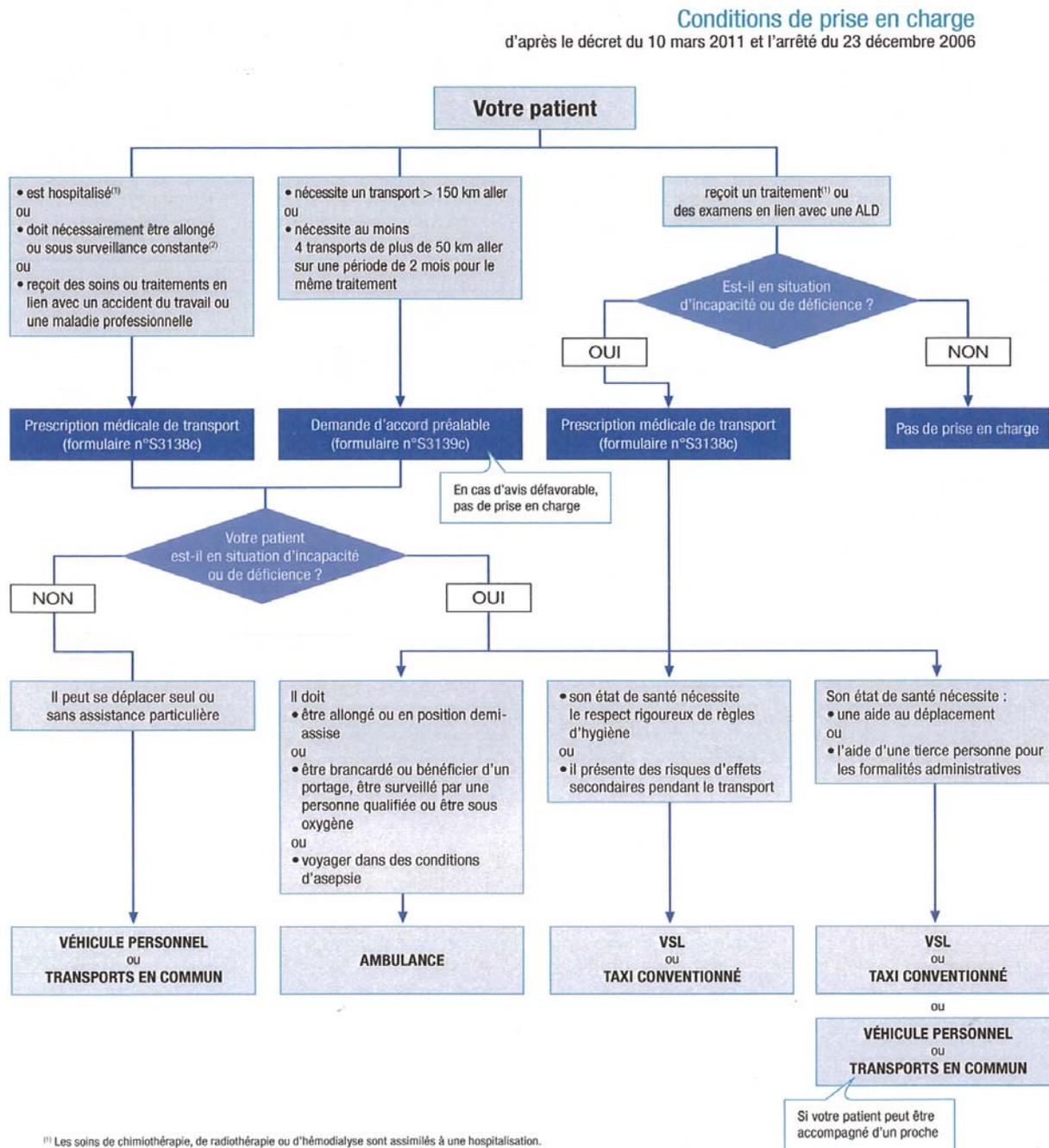
Les articles R. 322-10 et suivants du CSS reprennent en détail les conditions de prise en charge des frais de transport des patients (cf. schéma récapitulatif ci-dessous). La réglementation dispose notamment que, sauf urgence attestée par le médecin prescripteur, est subordonnée à l'accord préalable de l'organisme d'assurance maladie concerné, la prise en charge:

i) des frais de transport exposés sur une distance excédant 150 kilomètres (« *le contrôle médical vérifie notamment que les soins ne peuvent être dispensés dans une structure de soins située à une distance n'excédant pas 150 kilomètres* ») ;

ii) des transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres.

Dans tous les cas, l'absence de réponse dans un délai de quinze jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable.

Schéma 1 : Récapitulatif des conditions de prise en charge des transports par le régime général de l'Assurance maladie



Source : CNAMTS

c) La procédure de mise sous accord préalable des médecins « gros prescripteurs »

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a inséré dans le code de la Sécurité sociale l'article L.162-1-15 selon lequel :

« Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 162-1-14 à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations (...) ainsi que des frais de transport ou le versement des indemnités journalières (...) en cas de constatation par ce service :

(...)

3° D'un nombre de prescriptions de transports ou d'un nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie;

4° D'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie.

(...) Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport, actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ».

De fait, en l'attente d'une identification systématique des médecins prescripteurs dans les hôpitaux, cette procédure de MSAP n'est applicable qu'aux médecins libéraux.

d) La procédure « d'accord d'objectif »

Prévue par ce même article L.162-1-15 comme alternative à la MSAP, cette procédure est moins contraignante que cette dernière : *« II. - Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du médecin, le directeur poursuit la procédure prévue au I. »*

2.3 ...dont l'effectivité et la portée apparaissent toutefois limités

La Cour des comptes, dans son rapport de 2012 relatif à l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, a analysé de manière assez critique l'effectivité et la portée de ces instruments. La mission de l'IGAS s'est efforcée de compléter ces observations sur la base des informations transmises par la CNAMTS ou par les CPAM sollicitées.

2.3.1 La procédure de mise sous accord préalable apparaît circonscrite à un très petit nombre de prescripteurs libéraux

En 2008, 76 médecins libéraux avaient été soumis à ce titre à accord préalable pour une période allant jusqu'à six mois; cette procédure avait permis de diviser par deux le nombre de prescriptions de transports de ces praticiens, effet durable au-delà de la levée de la procédure - ce qui montre l'intérêt d'actions permettant de contrer « la force de l'habitude ». Par ailleurs, la mise sous accord préalable utilisée largement pour les arrêts de travail est considérée par les caisses comme relativement efficace et une économie annuelle d'environ 50 M€ lui est associée.

La mission de l'IGAS n'a cependant pu obtenir de données nationales récentes sur le recours aux procédures de MSAP en matière de transport ni sur leurs résultats. Il ne semble pas qu'un bilan national soit établi à ce propos, ce qui paraît étonnant s'agissant d'une procédure très consommatrice de ressources humaines.

L'avis de l'Assurance maladie à une demande d'accord préalable peut conduire à un limitatif de remboursement, rapporté à l'établissement approprié le plus proche ou à un mode de transport plus efficient⁸. En 2012, la CPAM de la Vienne par exemple a reçu 2 672 demandes d'accord préalable; un limitatif a été prononcé dans 17 % des cas.

La MSAP semble néanmoins peu utilisée aujourd'hui à l'égard des médecins de ville forts prescripteurs. Une procédure moins contraignante tend à lui être substituée : celle de la Mise Sous Objectif (MSO - prolongée si nécessaire par une MSAP) qui est plus conforme à la politique d'accompagnement des professionnels de santé. Ainsi la MSO est utilisée par la CNAMTS actuellement dans trois régions, visant 45 médecins (29 généralistes et 16 spécialistes). « *Les procédures de Mise Sous Objectif débuteront le 1^{er} mars 2014 pour les médecins ayant accepté la procédure* »⁹.

En Languedoc Roussillon, où l'ensemble des remboursements de transports progressent encore de 5,3 % et de 7,1 % respectivement en 2012 et 2013, avec des taux de progression de 7,9 % et 6,4 % pour les prescripteurs libéraux, les ciblage effectués par la CNAMTS n'ont requis aucune MSAP au titre des gros prescripteurs. Il a toutefois été mis fin à une ancienne dérogation concernant l'application des MSAP aux transports de plus de 150 km vers le CHU et le CLCC de Montpellier.

Les MSO et MSAP sont incontestablement des procédures lourdes pour les organismes d'Assurance maladie, et certaines caisses primaires estiment plus fructueux de se concentrer sur la détection et la récupération d'indus *ex post*.

Le rappel des règles administratives et médicales relatives aux prescriptions de transport est sans doute nécessaire vis-à-vis des médecins qui ne les respectent pas ; toutefois, après le temps de l'accompagnement doit venir celui de la responsabilisation en cas de non respect persistant - donc de récupération par l'Assurance maladie, auprès des prescripteurs, des dépenses injustifiées.

2.3.2 Un contrôle des facturations qui s'intensifie depuis peu mais porte encore sur une faible fraction des factures et des transporteurs

Depuis le milieu des années 2000, la CNAMTS a inscrit les contrôles des facturations de transport des patients dans des programmes nationaux de contrôle et de lutte contre la fraude : on en compte trois, mis en œuvre respectivement en 2008, en 2011 et en 2013.

En 2008, ce programme de contrôle avait porté sur 367 transporteurs (soit à peine plus de 1 % des entreprises recensées) et avait détecté des fraudes et activités fautives à hauteur de 6,7 M€ avec 230 notifications d'indus et 79 actions pénales (111 actions pénales et 73 respectivement en 2009 et 2010)¹⁰.

En 2011, le ciblage national des transporteurs les plus atypiques a fait ressortir 86 sociétés présentant des anomalies de facturation pour un préjudice évalué à 2,3 M€; ceci a donné lieu à 54 notifications d'indus - assorties de 12 pénalités financières - et à une transaction ; 14 dossiers ont fait l'objet d'une saisine pénale.

⁸ Par exemple, un limitatif SNCF à la place d'un taxi pour un transport de Poitiers à Paris représente un enjeu de l'ordre de 500 € pour un aller-retour pour une simple consultation, et de l'ordre de 10 000 € pour une série de 20 transports liés à des séances de traitement itératives.

⁹ CNAMTS, direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes.

¹⁰ Source : CNAMTS, direction du contrôle et du contentieux

Un programme national de contrôle dans ce domaine a été relancé en avril 2013, concernant 468 entreprises. Les actions sont en cours. Les premiers résultats, encore provisoires, font apparaître un préjudice de 4,6 M€ Au-delà de la procédure de récupération des indus, les organismes ont, à ce jour, notifié 20 pénalités financières pour un montant de 44 000 € et déposé 15 plaintes pénales.

Des contrôles sont par ailleurs diligentés à l'initiative des caisses locales, à la suite de signalements ou dans le cadre de plans de contrôle interne (identification d'atypies, sur la base de requêtes informatiques, plan de contrôle des agents comptables...). Depuis 2011, 2 355 fraudes commises par des sociétés de transport ont été détectées au niveau local pour un préjudice subi estimé au total à 36,2 M€ (indus, pénalités et transactions confondues). Ce total dissimule une progression chaque année des infractions détectées au niveau local : 8,7 M€ en 2011, 11,7 M€ en 2012 et 15,8 M€ en 2013. Sur la période 2011-2013 les mêmes caisses locales ont notifié 1 979 indus - assortis de pénalités financières dans environ 10% des cas - et signé 133 transactions ; des plaintes pénales ont été déposées à l'encontre de 227 transporteurs.

Au regard des préjudices ainsi estimés, la mission n'a pu obtenir malheureusement d'information sur le montant des sommes effectivement récupérées, qui ne semble pas suivi en tant que tel par la direction du contrôle et du contentieux.

Dans certaines régions comme en Poitou-Charentes, une nouvelle attention est accordée au contrôle des transports depuis l'an dernier. S'appuyant sur une procédure de liquidation très centralisée, des contrôles de justification sont réalisés au fil de l'eau, avec saisine si nécessaire du contrôle médical qui se prononce alors en procédure accélérée. Les plans de contrôle des agents comptables des CPAM prévoient en outre la vérification de l'existence et de la conformité des pièces justificatives (incluant la présence de la signature de l'assuré, la conformité de facture à la prescription et le respect de l'obligation d'entente préalable) à raison d'un lot par entreprise de transport tous les deux ans ; s'y ajoute, du moins dans certaines régions, le contrôle des entreprises nouvellement installées au bout de six mois.

Le contrôle-contentieux, quant à lui, se fonde sur le ciblage national d'entreprises selon des critères d'atypies (ratio chiffre d'affaires/salariés, nombre de trajets par chauffeur, etc....) et sur des signalements, qui conduisent à contrôler systématiquement les factures de telle entreprise sur un semestre, avec un objectif en 2013 de traiter ainsi 1% du total des décomptes de chaque caisse.

En Picardie, sur les 4,9 % de factures contrôlées, le taux d'anomalies ressort à 6,1 %, en s'échelonnant toutefois de 3,8 % à 25 % selon les départements. Ces anomalies représentent un montant de 514 000 € environ : certes 0,5 % seulement des sommes *remboursées* en 2013 mais près de 10% de la dépense *contrôlée*.

En Languedoc-Roussillon les 5,6 % de factures de transport contrôlées à divers titres ont montré un taux d'anomalies de facturation de 12 % ; là encore afficher que le préjudice correspond à 2 % du montant *remboursé*, comme le font traditionnellement les caisses, tend à sous-estimer son ampleur réelle. Dans cette même région, les contrôles effectués ont mis en évidence que 2 % des prescriptions ne respectaient pas la règle de l'établissement approprié le plus proche, sous réserve d'une analyse approfondie de la capacité d'accueil des établissements concernés.

De fait, l'application de la règle de l'établissement le plus proche est difficile et relative. L'Assurance maladie n'applique la règle de l'établissement approprié le plus proche que lorsque le transport est soumis à accord préalable, c'est-à-dire pour une distance supérieure à 150 km, quels que soient les soins et traitements visés, y compris pour les soins de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie, qu'elle assimile à des hospitalisations. Il est surprenant de constater que l'instruction DGOS/DSS/CNAMTS du 27 juin 2013 récapitulant les conditions de prise en charge des frais de transports de patients ne mentionne même pas cette règle. Le rapport de 2012 de la Cour des comptes faisait état d'études des CPAM du Val d'Oise et de l'Aube, respectivement pour des traitements de dialyse et de cancérologie, pour lesquels le non respect de cette règle conduisait à des surcoûts significatifs. Il est facile à admettre que les circuits d'adressage des patients par les médecins présentent une certaine inertie par rapport au développement d'une offre de soins équivalente plus proche.

Le déconventionnement est une des conséquences possibles en cas d'abus ou de fraude caractérisée aux règles de facturation. Celui-ci reste cependant rare même s'il y est fait davantage recours en 2013 qu'au cours des années précédentes. Les organismes d'assurance maladie en Poitou-Charentes ont ainsi procédé à un seul déconventionnement de transporteur en 2010 comme en 2011, puis 2 en 2012 et 6 en 2013 (pour anomalies de facturations et opération frauduleuse dans 4 des 6 cas). En Picardie - où les remboursements de transports progressent en moyenne de 5 % par an entre 2009 et 2013 - n'on enregistre aucun déconventionnement en 2010, un seul en 2011 et 2012 (pour absence d'attestation URSSAF et anomalies de facturation) puis 2 en 2013, les griefs étant : surfacturation de kilomètres, facturation pour véhicule sorti du Répertoire national des transports, facturation pour personnel absent au Répertoire.

Il demeure que le contrôle des facturations de transport (à la différence du contrôle des arrêts de travail longs) ne figure pas parmi les priorités fixées dans les CPG, ni parmi les critères de l'intéressement des personnels.

Par ailleurs, le contrôle du respect du référentiel de prescription lui-même demeure très limité. De manière générale les éléments médicaux prévus par l'imprimé CERFA de prescription des transports, et destinés au service médical des caisses, sont rarement remplis par les prescripteurs et encore plus rarement transmis au service médical des caisses. Rappelons que, parmi les 7 CPAM incluses dans l'enquête de la Cour des comptes en 2011, une seule avait procédé à la vérification du respect du référentiel ; pour celle-ci, 80 % des prescriptions contrôlées ne comportaient pas l'inscription de la justification médicale sur le volet prévu à cet effet.

De même, le degré de contrôle de l'application du décret du 10 mars 2011 (relatif à la prise en charge du transport dans le cadre d'une ALD) n'est pas connu. D'après les interlocuteurs de la mission, il ne semble pas que les pratiques des établissements de santé aient pour autant changé, en l'absence de dématérialisation du volet ALD du patient qui reste une condition préalable nécessaire pour sécuriser le dispositif, de même qu'est nécessaire l'accès des médecins à l'hôpital aux informations prévues sur « Espace Pro » (d'ores et déjà disponibles pour les médecins libéraux).

La conformité de la prescription au référentiel ne garantit toutefois pas la conformité des facturations ; ces décalages entre prescription et facturation quant au type de transport (facturation d'une ambulance pour une prescription de VSL, le transporteur arguant de la non disponibilité d'un VSL de son côté) sont mal appréhendés par les politiques de contrôle.

Signalons que la MSA procède régulièrement, depuis 2007, au contrôle administratif des facturations des transporteurs. Deux points font l'objet d'une attention particulière : le rattachement d'une dépense à une ALD, la justification du transport couché. Sur un volume de factures contrôlées plus important que les années précédentes (15 350 factures) le taux d'anomalie s'est établi en 2011 à 9,8 % (9,5 % en 2010). Les factures de taxi sont celles présentant le plus d'anomalies (14 %). Globalement, la structure des anomalies évolue : la proportion des factures dont le mode facturé diffère de celui prescrit ou qui ne s'appuient sur aucune prescription diminue (11% des cas en 2011) cependant qu'augmente la proportion des anomalies dues au caractère non remboursable du transport (63 % des cas en 2011) ; le rattachement erroné à une ALD constitue quant à lui environ 15 % des cas d'anomalies, le reste étant imputable aux tarifs ou à la distance facturée.

C'est un travail sur pièces lourd, dont le rendement reste malgré tout modeste : 145 900 € d'anomalies sur les transports ont ainsi été détectées pour le régime social agricole en 2011. Pour accroître le rendement des actions de contrôle, deux critères additionnels de ciblage ont été définis en 2013 par la caisse centrale de la MSA : les patients ayant un fort recours aux transports et les professionnels utilisant fréquemment le forçage à la liquidation.

D'autres fragilités existent du côté de la régulation du parc de véhicules de transport (cf. *infra*). Il en va ainsi, par exemple, des ambulances circulant sans les autorisations et agréments requis. Un contrôle déclenché par l'ARS en Languedoc Roussillon consistant à recenser, à la préfecture de l'Hérault les cartes grises portant la mention ambulance fait apparaître plusieurs discordances avec la liste des ambulances autorisées par l'agence (avec un supplément de 50 véhicules sur les quelque 250 autorisées). Il reste à analyser ces écarts (possibles autorisations temporaires notamment) avec un travail conjoint, en cours, de l'Assurance maladie et de l'agence.

Dans l'ensemble, ces constats rejoignent ceux de la Cour des comptes qui avait souligné en 2012, sur la base d'un échantillon de caisses, l'insuffisance des contrôles portant sur les pièces justificatives des factures transmises, le respect de la prescription médicale, la distance facturée ou l'existence éventuelle de l'accord préalable. Le Cour établissait à 50 M€ les sommes récupérées par la CNAMTS entre 2006 et 2012 à la suite des diverses actions de lutte contre les fraudes et abus, mais elle mettait en avant l'existence d'un préjudice plus étendu que ce qu'indiquent les bilans de ces actions, portant sur des périodes souvent très limitées et recourant rarement au contrôle sur place.

« Dans le cadre des travaux nécessaires à la certification de ses comptes, et à la demande de la Cour, la CNAMTS a mis en place un indicateur mesurant, par catégorie de professionnels de santé, le niveau des paiements indus qui auraient pu être évités par un contrôle adéquat des factures avant paiement. Pour les transports en 2010, ce niveau est de 5,5 %. Il est deux fois supérieur au niveau moyen d'erreur mesuré pour les autres professionnels de santé et correspond, pour le seul régime général, sans tenir compte des sections locales mutualistes, à un montant payé indûment de 130 M€. »¹¹ La Cour estimait en outre que le taux d'erreurs retenu par la CNAMTS était certainement inférieur au taux d'erreur réel : dans le département des Bouches-du-Rhône par exemple, le taux d'indus retenu en 2010 pour le calcul de l'indicateur national était de 0,4 %, alors que le taux mesuré par la Cour des comptes à partir d'un échantillon plus étendu et aléatoire était de l'ordre de 16 %.

Les capacités de contrôle du régime général devraient se trouver sensiblement renforcées (et automatisées) quand aura abouti le **projet de refonte du processus de prescription et de facturation des transports** conduit dans le cadre de son schéma directeur des systèmes d'information (SDSI). L'objectif est de dématérialiser complètement le processus depuis la prescription jusqu'à la facturation en ligne pour, tout à la fois, fiabiliser les factures, améliorer les contrôles par des vérifications en temps réel (en ligne) et alléger le traitement des rejets dans les CPAM.

¹¹ Cour des comptes, *Rapport relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013.

Une première étape vient de se concrétiser permettant la consultation en ligne, par le transporteur, des droits de l'assuré et de son taux de prise en charge (au titre du régime obligatoire) au moment où est établie la facture à l'assurance maladie (« Service d'Aide à la Prise en Charge » - PEC+) : selon la CNAMTS, ce service est aujourd'hui disponible pour l'ensemble des transporteurs sanitaires et utilisé par près de la moitié d'entre eux ; il a été lancé en pré-série pour les taxis dans six caisses pilotes en 2013. L'étape suivante consiste en la mise en place de la Prescription En Ligne¹² : l'expérimentation de celle-ci doit démarrer avec trois établissements de santé au 2ème trimestre 2014.

Etape finale, la Facture En Ligne (« Service Electronique de Facturation intégré » - SEFI) doit se déployer au cours de la COG 2014-2017 sur la base d'une pré-série testée dans six CPAM à partir du second semestre 2014. Il s'agira alors d'une e-facture qui sera, de même que la prescription, directement stockée dans les bases de l'Assurance Maladie et ne nécessitera plus de télétransmission¹³. Cette dernière étape que la CNAMTS prévoyait initialement de mettre en œuvre pour les transporteurs sanitaires début 2012 puis pour les entreprises de taxis fin 2012/début 2013¹⁴, a donc pris du retard.

Rappelons qu'à terme ce volet transport du schéma directeur doit assurer :

- une offre de services inter régime ;
- l'intégration de cette offre de services dans les logiciels métier des médecins et des transporteurs ;
- la prescription électronique et la demande d'accord préalable électronique pour l'ensemble des prescripteurs ville et hôpital ;
- la possibilité de facturation électronique pour l'ensemble des transporteurs sanitaires et des taxis ;
- la connaissance des droits des assurés dès la facturation ;
- l'accès au référentiel de l'offre de soins pour les prescripteurs.

Il convient de veiller à ce que la complexité de ce projet n'en diffère pas davantage l'aboutissement. Son application aux transports par taxi apparaît comme une des difficultés évidentes. Au-delà de l'architecture des échanges informatiques, le projet suppose en outre une bonne mise à jour des changements réglementaires relatifs à la prise en charge des transports ainsi que des paramètres de prise en charge propres aux assurés.

Enfin, cet outil n'en rendra pas moins nécessaire un renforcement du contrôle du respect du référentiel de prescription, donc une sensible amélioration du renseignement par les prescripteurs des éléments médicaux prévus dans les imprimés CERFA et l'exploitation de ceux-ci par les services médicaux des caisses, ainsi qu'une sensibilisation des assurés sur ce sujet.

¹² Cette prescription passera par le portail Espace Pro, identifiée par un numéro unique. Le support papier ne sera pas complètement supprimé puisqu'un exemplaire (papier) de cette prescription sera remis au patient. La version électronique sera néanmoins accessible au transporteur sollicité et aux caisses, services administratifs et échelons locaux du service médical.

¹³ La solution retenue pour la dématérialisation des pièces justificatives de SEFI s'appuie sur un système mis en place pour d'autres professionnels de santé : le système SCOR.

¹⁴ Cf. Support de présentation à la réunion du 4 juin 2012 organisée par la CNAMTS avec les transporteurs sanitaires.

3 LES ACTIONS DE GDR MISES EN PLACE : MOYENS ET ENGAGEMENTS DES ARS

3.1 La contractualisation tripartite sous la forme de contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS)

3.1.1 Le cadre juridique

Dans le domaine des transports de patients, l'action des ARS passe essentiellement par les **Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS)**.

Les dispositions organisant l'application de ces contrats aux transports de patients prescrits par un établissement de santé ont été introduites par les articles 45 et 47 de la LFSS pour 2010 (codifiées à l'article L. 322-5-5 du code de la Sécurité sociale) et modifiées par la LFSS pour 2014.

A noter que ces contrats se sont substitués aux accords d'initiative locale sur les prescriptions de transports sanitaires qui existaient depuis 2006 (84 accords d'initiative locale avaient ainsi été signés sur les transports sanitaires entre 2006 et leur abrogation au 31 décembre 2010).

Par ailleurs, les CAQOS coexistent avec les contrats d'amélioration de la coordination et de la qualité des soins (CAQS) issus de la loi HPST (dispositif volontaire ouvert sur différents thèmes de gestion du risque).

Selon les termes de l'article L. 322-5-5 du CSS, « *Lorsque l'ARS, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé, ont connu une progression supérieure au [taux d'évolution prévisionnel national fixé chaque année par arrêté], elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans* ».

Une condition supplémentaire portant sur le fait que ce dépassement devait résulter de pratiques de prescriptions non conformes à un référentiel - traduisant lui-même « *l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du bénéficiaire* » - a été supprimée par la LFSS pour 2014 (article 39). Ceci représente donc un **allègement des conditions de justification de la signature d'un tel contrat**, conditions qui se résument désormais à la progression de la dépense considérée.

Le taux d'évolution national servant de référence est quant à lui passé de 4,5% en 2012 à 3,5 % en 2013 puis 2,5 % pour 2014. A comparer à la progression constatée de l'ensemble des dépenses de transport prises en charge par l'Assurance maladie ces mêmes années (5,1% en 2012 et près de 6 % en 2013).

Par ailleurs, le même article 39 de la LFSS pour 2014 ajoute, à côté de la référence à un taux national d'évolution, un critère alternatif de ciblage des établissements éligibles au CAQOS : la référence à un niveau de dépenses en valeur absolue (« *que ces dépenses dépassent un montant fixé par arrêté* »). Cet ajout répond aux critiques formulées par les hôpitaux comme par les ARS quant à l'inéquité d'un dispositif focalisé sur des évolutions et non sur des niveaux de dépenses acquis. Les DG d'ARS avaient ainsi souligné, lors du séminaire de juillet 2013 sur la GdR, que la référence à un taux national d'évolution des dépenses aboutissait à exclure des établissements persistant dans de mauvaises pratiques depuis des années mais présentant un taux d'évolution annuel faible sur des volumes élevés.

L'interrogation demeure toutefois sur la manière dont le seuil de déclenchement d'un CAQOS, en valeur absolue, pourra être fixé par un texte réglementaire national, sauf à établir une valeur plafond de dépense moyenne par patient, qui devra nécessairement tenir compte du case-mix des établissements, tant le transport est lié à certains types de soins (séances de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie, chirurgie orthopédique, psychiatrie, notamment).

Conclu pour trois ans et annexé au CPOM de l'établissement, ce contrat est conforme à un contrat-type. Il comporte notamment :

- **un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement** : jusqu'au 31 décembre 2013, l'article L. 322-5-5 prévoyait que la cible de convergence était le taux national précité (taux d'évolution des dépenses de transports remboursées sur l'enveloppe de soins de ville), avec des avenants d'actualisation annuels.

L'article 39 de la LFSS 2014 a simplifié le cadre en faisant disparaître la cible nationale ainsi que la révision annuelle ; on en déduit que la cible sera désormais fixée par les parties au contrat (établissement, organisme d'assurance maladie et ARS), qui décideront aussi des éventuelles actualisations par avenant selon une périodicité ajustée aux résultats de suivi des contrats.

S'il existe un risque d'affaiblissement du volontarisme et de la portée de ces engagements, cette évolution du cadre légal reflète un certain réalisme : la souplesse des contrats est nécessaire à leur crédibilité et à leur soutenabilité - particulièrement quand les capacités d'analyse des facteurs de croissance des dépenses de transports sont aussi limitées que ce qu'a constaté la mission (cf. *infra*). De plus, la stabilité des objectifs de modération sur quelques années semble plus adaptée à une maîtrise durable des dépenses :

- **un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports** : la LFSS pour 2014 précise que cet objectif «*repose notamment sur une analyse des prescriptions des praticiens exerçant dans l'établissement non conformes à l'exigence, prévue à l'article L. 321-1 du présent code, de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire*». L'indispensable affinement de l'analyse de ces dépenses localement, et l'exploitation des possibilités d'identification des médecins prescripteurs grâce à l'utilisation du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), se trouvent à juste titre rappelées ici, pour éclairer les objectifs d'amélioration des pratiques hospitalières dans ce domaine.

Ce dispositif contractuel est par ailleurs assorti de sanctions et d'incitations financières qui relèvent de l'appréciation et du pouvoir de décision (non lié) de l'ARS :

- sanction en cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat (versement à l'Assurance maladie dans la limite de 10 % des dépenses de transport imputables à l'établissement) ; l'article 39 de la LFSS 2014 a, là aussi, assoupli le dispositif en supprimant le caractère (théoriquement) automatique de cette pénalité, remplacé par une faculté ouverte au DG de l'ARS, dont le pouvoir d'appréciation à cet égard est donc élargi ; notons que ces sanctions automatiques étaient restées lettres mortes . Il est vrai que les instructions successives aux ARS ont rappelé que la mise en œuvre de la GdR devait reposer sur la concertation afin d'assurer l'acceptabilité des programmes et, s'agissant plus spécifiquement de la contractualisation en matière de transports et de PHEMV, ont souligné l'importance d'une phase de dialogue et d'accompagnement avec les établissements ainsi qu'un strict respect de la procédure contradictoire tant pour les contrats que pour leurs éventuels avenants (cf. directive aux ARS du 13 janvier 2012 relative aux priorités de GdR et circulaire interministérielle du 15 avril 2013 relative à la priorité de GdR pour les prescription hospitalières de transports de patients) ;
- sanction financière aussi en cas de non respect de l'objectif à la fin de chacune des trois années du contrat (versement à l'Assurance maladie d'une fraction du montant des dépenses imputables à l'établissement dans la limite du dépassement de son objectif); ce pouvoir de sanction est également une faculté ouverte au directeur général de l'ARS ;

- intéressement « si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'ARS peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées ».

3.1.2 Premier bilan quantitatif

100 contrats ont été signés en 2012 (sur 175 établissements ciblés, soit un taux de signature de 57 %), 85 contrats ayant été signés en 2011 (sur 248 établissements ciblés soit un taux de 35 %). Une montée en charge des CAQOS était attendue pour 2013, parallèlement à l'abaissement du taux national d'évolution des dépenses de transport pour cette année à 3,5 % (au lieu de 4 % en 2012). On observe dans les faits un flux modeste de nouveaux contrats : 66 CAQOS signés sur 135 établissements ciblés (soit un taux de 49 %). Aucune sanction financière n'a été appliquée pour refus de signature d'un contrat.

Si l'on rapporte ces 223 contrats à l'ensemble des 2710 établissements de santé publics ou privés, il ressort que les établissements signataires d'un CAQOS Transports représentent en cumulé fin 2013 environ 8 % des entités du secteur. Bien que l'instruction de janvier 2012 ait indiqué que l'action de GdR Transport devait s'étendre au secteur privé, seuls les hôpitaux publics ou ESPIC ont été concernés, en raison de la difficulté des caisses d'assurance maladie à retracer les prescriptions liées à l'activité des cliniques (qui se fondent dans les prescriptions des médecins libéraux concernés, que celles-ci aient été faites dans leur pratique de ville ou dans le cadre des interventions en clinique).

Sur les 185 établissements signataires d'un CAQOS en 2011 et 2012, 70 établissements ont reçu un intéressement d'une valeur moyenne de 33 000€, soit 2,3M€ au total ; 2 établissements ont versé des pénalités d'un montant moyen de 30 000€. L'année 2013 affiche une dynamique d'intéressement un peu plus soutenue puisque les ARS font état de 89 établissements susceptibles de recevoir un intéressement, pour un montant total de 3,2 M€ (soit 35 700€ en moyenne) ; des pénalités financières ont été décidées pour 3 établissements, pour un montant total de 61 600€. Les pratiques d'intéressement sont particulièrement soutenues dans certaines régions comme l'Île de France, la Picardie, l'Auvergne ou Rhône-Alpes, tandis que d'autres ont adopté une stratégie prudente consistant à mesurer les gains à l'issue de la durée du contrat et à lier l'intéressement à des mesures de maîtrise durable de cette dépense.

Par ailleurs, dans plusieurs régions, comme en Pays de la Loire par exemple, une étape supplémentaire a été insérée avant conclusion d'un CAQOS : celle d'un « accord de méthode », permettant d'engager accompagnement et sensibilisation et de préparer un plan de maîtrise, indépendamment de toute sanction ou intéressement. Fin 2013, dans cette région, 7 CAQOS étaient en cours et 11 accords de méthode.

Dans d'autres régions, ces « accords de méthode » ou « accords d'objectifs » se sont substitués aux CAQOS devant les fortes résistances des établissements à la contractualisation, dans un contexte marqué par le recours de la FHF devant le Conseil d'Etat¹⁵ contre le décret du 21 mars 2011 et l'opposabilité incertaine du taux prévisionnel de progression de cette dépense. En Poitou Charente, 1 seul CAQOS a pu être signé, 2 accords de méthode l'ont été en 2013 (sur la base des données 2012) et 6 autres établissements ont été ciblés pour un accord de méthode sur la base des données 2013 (dont l'un vient d'être signé).

Ces accords de méthode reprennent en quelque sorte les accords d'initiative locale développés par l'Assurance maladie entre 2006 et 2010 dans le domaine des transports.

¹⁵ Recours pour excès de pouvoir déposé en mai 2011 par la FHF contre le décret du 21 mars 2011 relatif à la régulation des dépenses de transport résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville. La requête a été rejetée par le Conseil d'Etat le 23 juillet 2013.

3.1.3 Economies générées

Les chiffrages publiés sur ce point sont contradictoires et confus.

Selon une note de la DSS (mission de coordination de la GdR) le dispositif de contractualisation a permis de générer en 2012 une économie de 8 M€ grâce au ralentissement de l'augmentation des dépenses de transports prescrits à l'hôpital. L'étude d'impact liée au PLFSS 2014 indique, quant à elle, une économie de 22,5 M€ sur les transports prescrits par les établissements de santé, par le biais des contrats ou sans eux. Ce résultat ne coïncide guère cependant avec le mode de calcul affiché : si, comme mentionné dans ce document, l'économie attendue initialement était de 66 M€ pour une cible de signature de 100 % des établissements présélectionnés, le prorata fondé sur le taux de signature constaté (de 57 %) devrait conduire à une économie un peu supérieure à 37 M€ (à moins que les établissements signataires ne soient pas représentatifs de l'échantillon initial ou que les cibles de dépenses des premières années aient été moins ambitieuses).

Pour 2014 et 2015, l'économie *supplémentaire* attendue de ce dispositif pour l'Assurance maladie est estimée à 10 M€ et 20 M€ respectivement, avec l'hypothèse d'un taux de contractualisation passant à 70 % puis 90 % des établissements ciblés¹⁶. Cette hypothèse laisse dubitatif : le taux de signature s'est situé jusqu'à présent entre un tiers et la moitié des établissements ciblés ; il est vrai que l'évolution de la réglementation en 2014 élargit les critères de ciblage (abaissement du taux d'évolution de référence¹⁷ à 2,5 %, référence possible à un niveau de dépense en valeur absolue, allègement des obligations de motivation des contrats) tout en assouplissant les objectifs de réduction de dépenses des établissements.

Concrètement, on observe en 2012 un ralentissement de la progression du volume des transports prescrits par les établissements publics (ou ESPIC) qui passe d'un peu moins de 4 % à environ 1 % ; le rythme de progression pour les prescriptions de transport des médecins libéraux perd 1 point seulement. Les chiffres pour 2013 n'étaient malheureusement pas disponibles au moment de l'écriture de ce rapport.

En toute hypothèse, le ralentissement des volumes de 2012 a été largement absorbé par les revalorisations tarifaires (*cf. infra* 3.1.4.2). La CNAMTS estime en effet pour cette année à 3,4 % (ou 116 M€) l'incidence combinée des revalorisations et restructurations tarifaires issues de l'avenant n°6 à la convention nationale des transporteurs sanitaires et des revalorisations annuelles des tarifs des taxis.

De fait, les remboursements de transport du régime général devraient progresser en valeur en 2013 à un rythme supérieur à 6 % (chiffres provisoires¹⁸) ; cette accélération sur 2013 est corroborée par ce qui est observé dans les régions étudiées par la mission.

3.1.4 Intérêt et limites du dispositif des CAQOS Transport

3.1.4.1 Les difficultés de contractualisation

Les CAQOS ont la vertu de susciter une prise de conscience et une réflexion au sein des établissements concernés sur leurs prescriptions de transports. Ils ont aussi la vertu de rappeler le référentiel de 2006. Cette démarche de questionnement semble relativement bien acceptée par les directions des établissements, quand bien même cette dépense est en dehors de leur champ de responsabilité budgétaire.

¹⁶ Cf. étude d'impact de la LFSS pour 2014.

¹⁷ Arrêté du 20 décembre 2013 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales exécutées en établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville pour la période allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014.

¹⁸ Cf. Communiqué de la CNAMTS, "L'actualité en quelques chiffres", 30 janvier 2014.

Il en résulte un ensemble d'actions, menées, pour certaines, avec l'appui de l'Assurance maladie, telles que :

- actions de sensibilisation des patients : diffusion de « flyers » de la CPAM sur la maîtrise des transports auprès des patients, notamment en centres de dialyse (en consultation, avec le livret d'accueil, avec les convocations...); affichage dans les salles d'attentes d'affiches sur la maîtrise des transports ; réalisation au sein de l'établissement d'une communication « semaine des Transports » avec la CPAM et les représentants de transporteurs sur le bon usage des transports ;
- actions de sensibilisation des médecins prescripteurs : séance d'information, à chaque nouvelle session d'internes, sur la maîtrise des dépenses de transports, en partenariat avec la CPAM ; information auprès des secrétariats médicaux ; communication en CME ; réalisation d'audits par service sur les pratiques de prescription en la matière. La mesure d'impact de ces actions pour un service de dialyse hospitalier fin 2013 fait apparaître une baisse de 3,5 pts de la part des transports avec une majoration nuit du fait d'une modification des plannings des séances, une baisse de 9 pts de la part des transports allongés et une augmentation du nombre de transports partagés (covoiturage) ;
- mise en œuvre des recommandations de l'ANAP ;
- mise en place d'une EPP « transports » pour certains services de l'établissement.

De leur côté, les ARS ont reconnu l'amorce d'un dialogue constructif entre les établissements et les transporteurs sanitaires (cf. séminaire des DG d'ARS de juillet 2013 sur la GdR).

Figure aussi parfois, parmi les engagements de l'établissement au CAQOS, la mise en place du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé. Toutefois, la mission a pu constater que dans les cas où l'établissement parvient à bon taux de conformité (numéro RPPS du prescripteur correctement identifié sur les prescriptions médicales), ces informations ne sont, fin 2013, toujours pas exploitées par le système d'information de l'Assurance maladie aux fins de transmission de profils individualisés aux établissements.

Par ailleurs, le dispositif des CAQOS souffre de certaines faiblesses soulignées par les interlocuteurs de la mission en régions :

a) Le manque d'analyse des dépenses et de leurs déterminants :

Si la circulaire précitée du 1er février 2013 prévoit un affinement de la connaissance des dépenses de transports pour les trois ALD représentatives des plus gros volumes de transports itératifs - cancers (ALD 30), affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) et néphropathie chronique grave (ALD 19) - cela ne suffit pas.

En l'absence d'une connaissance solide des déterminants des dépenses de transport, en l'absence d'une bonne modélisation de ces dépenses (modélisation qui relèverait *a priori* davantage de la CNAMTS que des organismes locaux d'assurance maladie -même si certains s'y essaient), l'ARS comme l'Assurance maladie ont très peu de capacités d'explication des évolutions observées. Ces dernières ne sont pas mises en relation avec des évolutions démographiques, ni avec des données d'activité (la dépense de transport d'un établissement est très sensible par exemple à la soudaine diminution ou à la reconstitution de l'équipe médicale d'un établissement en radiothérapie ou chimiothérapie). Une estimation d'élasticité de la consommation de transport à l'activité dans certaines disciplines pourrait fournir un éclairage utile.

Ces dépenses ne sont pas non plus mises en relation avec des changements de composition de l'offre de soins (une réduction de la densité d'offre peut accroître le volume de transports des patients) pas plus qu'avec l'évolution de « filières » de soins : la polarisation accrue sur un établissement d'une activité d'ophtalmologie par exemple, sous l'effet de filières d'adressage à l'échelle régionale voire interrégionale, se traduit par un volume de transport accru à cette échelle ; à l'inverse la relocalisation d'une activité de chirurgie, de dialyse ou de chimiothérapie (et la diminution concomitante du « taux de fuite » des patients de ce bassin de santé) fera porter à l'établissement la charge des transports qu'il prescrit, alors qu'il y a une économie induite à l'échelle régionale ou interrégionale.

Dans une des régions visitées, la CPAM et la cellule régionale de GdR ne disposent même pas de la dépense moyenne de transport *par tête* ou *par consommant* depuis l'année 2009 (année pour laquelle cette dépense apparaissait sensiblement inférieure aux moyennes nationales¹⁹).

De fait, le « profil » statistique édité par la CNAMTS et transmis par la CPAM à l'établissement ayant contractualisé contient une information fruste (cf. exemple ci-dessous) : montant global de la dépense de transport prescrite par l'établissement et exécutée en ville, structure de la dépense par mode de transport (ambulances, VSL, taxis, autres), taux d'évolution PCAP et taux d'évolution des établissements « de même catégorie ». La relative pauvreté de l'information est particulièrement regrettable s'agissant d'établissements au portefeuille d'activité resserré comme les centres de lutte contre le cancer : une information sur la dépense rapportée à un flux d'activité (en nombre de patients ou de séances) serait beaucoup plus parlante. On peut se demander si le caractère opposable de la « fiche profil » n'a pas conduit à un contenu a minima, certes incontestable mais peu utile aux décideurs.

Quelles actions déduire d'un profil indiquant, pour un centre hospitalier de la région parisienne, une diminution des montants remboursés de 6,4 % en 2013 (contre une hausse de 7,4 % dans les « établissements de même catégorie ») mais avec une proportion de transports en ambulance de 87 % contre 43 % dans les établissements comparables ? Cette proportion élevée de recours aux ambulances reflète-t-elle un resserrement des prescriptions sur des besoins de transports plus médicalisés ou un manque d'efficacité dans la gestion des transports de patients ? La réponse appelle une analyse approfondie de ces dépenses en valeur absolue et en rapport avec l'activité de soins, la sévérité des patients, l'attractivité de l'établissement et le taux de fuite sur le territoire de santé, etc.

¹⁹ 479 € dans la région contre 605 € à l'échelle nationale de dépense de transports *par consommant* tous patients confondus ; 709 € vs 824 € pour les patients en ALD.

Schéma 2 : Exemple de profil établissement pour les dépenses de transport

PROFIL ETABLISSEMENT TRANSPORT

Période de référence : janvier à septembre 2013

N° CRLCC :

Pour vous permettre de situer votre activité et votre niveau de prescription dans le cadre de l'article 45, l'Assurance Maladie vous présente votre profil personnalisé. *Source : DCIR, données liquidées de janvier-septembre (2012/2013), tous régimes (RG+SLM+RSI+MSA (hors amexa)+CRPCEN+CAVIMAC+CNMSS), France entière.*

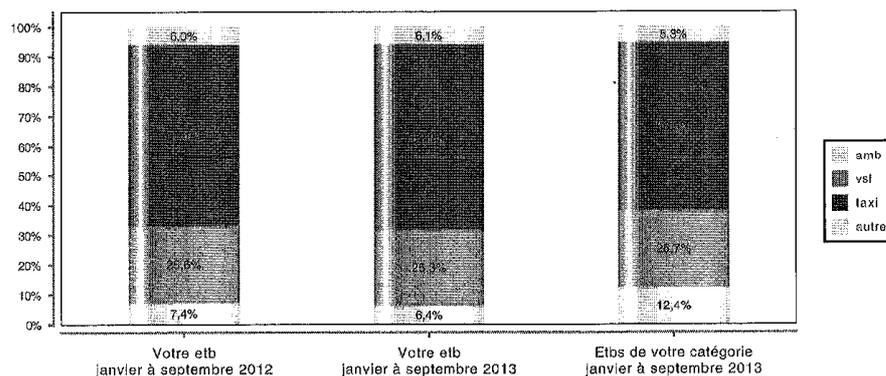
Votre catégorie d'établissement : Centres de lutte contre le cancer

VOS PRESCRIPTIONS DE TRANSPORT

1. Répartition des montants remboursés par mode de transport pour votre établissement

	Vos montants remboursés janvier à septembre 2013	Vos montants remboursés janvier à septembre 2012	Votre évolution sur la période
Transport en ambulance	519 206 €	556 583 €	-6,7 %
Transport en VSL	2 050 076 €	1 926 665 €	+6,4 %
Transport en taxis	5 048 850 €	4 599 568 €	+9,8 %
Autres modes de transports	494 741 €	449 142 €	+10,2 %
Au total	8 112 874 €	7 531 958 €	+7,7 %

2. Structure des montants remboursés par mode de transport



Votre taux d'évolution des montants remboursés est : +7,7 %

Taux d'évolution des montants remboursés pour les établissements de votre catégorie est : +6,2 %

L'examen par la mission des dépenses de transport des établissements de santé dans une région (Languedoc Roussillon) fait en outre apparaître une grande volatilité des variations annuelles de ces dépenses : un centre hospitalier ayant enregistré une évolution de -1,2 % en 2012 (dans le cadre d'un CAQOS) voit celle-ci s'établir à +7,3 % sur les neuf premiers mois de 2013 ; pour un autre, le taux de progression annuel passe de 7,3 % à 12,5 % ; un autre encore de 10,6 % à 18,9 % ; un CHS passe de 6,5 % à 15,6 % ; on pourrait fournir beaucoup d'autres exemples. Dans une autre région, un gros établissement de SSR (413 lits et places) rencontré par la mission, engagé dans un CAQOS, voit sa dépense de transport exécutée en ville diminuer de 10 % en 2012 puis réaugmenter de 8 % en 2013, sans élément d'explication.

La mission a toutefois pu constater, à la CPAM de Seine-Saint-Denis par exemple, des décompositions plus fines des dépenses de transport en établissement, par champ médico-tarifaire dans les établissements publics, pour chacun des 50 principaux GHS pour les établissements privés, avec la part des séjours suivis d'un transport et les modes de transport utilisés.

Notons que le lien -nécessaire- entre transport et activité reporte une partie des besoins d'analyse sur la pertinence de cette activité, sur l'identification d'une éventuelle « sur activité », ou sur son organisation et programmation.

Il reste enfin que l'absence, à ce jour, de requêtes par le numéro RPPS (même pour les établissements ayant déployé le répertoire) complique l'identification d'actions correctrices au sein des établissements ciblés. L'un des hôpitaux interrogés a engagé un travail, avec un éditeur de logiciel, visant à exploiter les prescriptions enregistrées dans les dossiers informatisés des patients. De manière symétrique, la non inscription systématique sur les prescriptions du numéro FINESS des cliniques entrave le suivi de ces dépenses sur le segment commercial des établissements de santé.

b) L'insuffisante réactivité des systèmes d'information

Le suivi des CAQOS pâtit des délais encore nécessaires à la collation de la dépense d'assurance maladie tous régimes. Il est souvent impossible de fournir aux établissements signataires l'information sur les dépenses tous régimes de l'année N au 30 avril N+1 comme la réglementation le prévoit. Au 15 janvier 2014, l'ARS de Poitou Charente, par exemple, dispose des dépenses de transport tous régimes exécutées en ville du 1er semestre 2013 seulement. De même, et fort logiquement, le document de suivi statistique du CAQOS d'un établissement de la région, transmis par la CPAM décembre 2013, porte sur le 1er semestre de l'année.

Par ailleurs, l'accès des professionnels de santé hospitaliers à l'information relative aux protocoles ALD des patients reste très insuffisant et fausse l'imputation de ces prescriptions. En effet « Espace Pro » a essentiellement visé jusqu'à présent les médecins libéraux. Des progrès dans la dématérialisation du volet ALD de la prise en charge des patients restent attendus pour sécuriser le dispositif de prescription et de liquidation de ces dépenses.

c) Le risque d'incohérences entre segments de l'offre de soins

Les CAQOS se focalisent sur les prescriptions établies au sein des établissements de santé (*de facto* publics ou ESPIC) sans que soient suivis parallèlement les éventuels effets de report sur les prescripteurs libéraux. Parallèlement, la MSAP des gros prescripteurs libéraux est très peu appliquée et le contrôle des facturations n'est pas une priorité même si certaines caisses sont plus actives que d'autres. Le risque de déport de la dépense d'un secteur contraint vers un secteur qui l'est moins est donc réel.

L'incidence du développement de la chirurgie ambulatoire et des hospitalisations de jour, de la gradation de l'offre de soins hospitalière et des filières de soins mises en place, le développement des interventions des équipes hospitalières hors les murs, la démographie, tout particulièrement en zone rurale, devront être pris en compte dans le programme de contractualisation et dans les objectifs assignés aux établissements si l'on veut éviter un pilotage incohérent du système de soins.

Le développement des prises en charge ambulatoires, par exemple, impose un recours plus ordonné aux transports de patients, mais cela suppose de dépasser la seule approche mécaniste en termes de seuil de dépense. Les filières de soins (sur des opérations de la cataracte par exemple) conduisent à concentrer sur un plateau technique des patients venus de loin (si la distance parcourue est juste inférieure à 150 km, elle ne donnera pas lieu à demande d'accord préalable à l'Assurance maladie), patients qui, pour cette même raison, ne pourront être pris en charge en chirurgie ambulatoire. Le surcoût global est évident.

d) Le manque d'unité des objectifs poursuivis par les ARS et le régime général d'Assurance maladie

ARS et CPAM disposent chacune d'objectifs qui n'apparaissent pas tout à fait congruents :

- suivi par les CPAM du taux d'évolution de *l'ensemble* des dépenses de transport prises en charge (prescrites en ville ou à l'hôpital) avec un taux national cible de 4,9 % en 2013 (4,8 % en 2012) sensiblement supérieur au taux national prévisionnel des mêmes dépenses prescrites à l'hôpital, fixé par arrêté (3,5 % en 2013, 4 % en 2012) ;
- engagement des ARS sur un taux cible d'évolution des dépenses de transports prescrits à l'hôpital et remboursés sur l'enveloppe de ville ; ces taux régionaux sont fixés par la CNAMTS sur la base d'une méthode à la fois instable et non transparente ; les cibles 2013 ont été particulièrement difficiles à construire et ont dû être modifiées en cours d'année.

En Languedoc Roussillon par exemple, le taux ciblé fixé au CPOM de l'ARS était de 4 % en 2013 alors que les objectifs locaux fixés dans les CPG des CPAM s'échelonnaient entre 4,4 % et 5,7 % (avec des taux socle compris entre 6,8 % et 7,7 %) pour un objectif régional du régime général fixé à 5,3 % (socle de 7,2 %).

Le récapitulatif (cf. tableau ci-dessous) des dépenses de transport en Languedoc Roussillon montre la difficulté à relier les cibles fixées aux évolutions effectives constatées, ainsi que la persistance d'une dynamique de progression soutenue tant en ville qu'à l'hôpital.

Tableau 2 : Taux d'évolution des dépenses de transport de patients en Languedoc Roussillon

	2010	2011	2012	2013
Dépenses de transports sur prescriptions hospitalières	7 %	3,7 %	3,5 %	7,6 %
Dépenses de transports sur prescriptions de médecins libéraux	6,5 %	2,3 %	7,9 %	6,4 %
Ensemble des prescripteurs	6,8 %	3,1 %	5,3 %	7,1 %
Frais de déplacement des patients (ONDAM régional)	7,2 %	1,8 %	6,1 %	6,0 %
Taux cible d'évolution fixé aux ARS		4,7 %	6,3 %	4 %

Source : mission IGAS sur données régionales ARS et assurance maladie (suivi régional de l'ONDAM)

A côté de la préoccupation relative aux taux de progression d'un segment ou de l'ensemble de cette dépense, la notion de niveau de dépense par habitant (ou par consommant) est absente.

La structure des prestations remboursées, selon les modes de transport, est suivie davantage par les CPAM soucieuses de contenir la part des taxis, avec des leviers toutefois limités.

D'ailleurs, une hausse de la part des taxis traduit-elle une dérive, une facilité induite par l'offre, ou une substitution à des modes de transport plus onéreux ? De même une éventuelle hausse de la part des ambulances reflète-t-elle un resserrement des prescriptions sur des besoins de transports plus médicalisés ou une moindre efficacité dans la gestion des transports de patients ?

e) Un risque de blocage du dispositif à court ou moyen terme

Selon les directeurs d'ARS rencontrés, les premiers CAQOS signés ont été les plus faciles, avec des marges de rationalisation importantes. A mesure que les premières mesures de rationalisation seront prises, le dispositif trouvera vite ses limites. La formulation des règles d'intéressement - qui font dépendre celui-ci des résultats annuels de l'établissement comparés aux objectifs annuels fixés au contrat - conduit à ce que les premières années, assorties d'objectifs modérés, soient génératrices d'intéressement, alors même que la dernière marche (la convergence vers le taux national d'évolution, lui-même en diminution chaque année puisqu'il est passé de 4 % en 2012, à 3,5 % en 2013 et 2,5 % en 2012) sera beaucoup plus difficile à atteindre, et pourrait susciter des pénalités.

En Picardie par exemple, où de nombreux CAQOS ont été signés, 9 des 10 établissements signataires en 2012 ont atteint leur objectif la première et ont, par conséquent, reçu un intéressement à hauteur de 30 % des économies (soit un montant global de 700.000 €). Si ces 9 établissements ont atteint un taux d'évolution inférieur à celui des autres établissements, la question d'un éventuel déport des dépenses sur les prescripteurs de ville n'est toutefois pas tranchée (les dépenses prescrites par les omnipraticiens dans la Somme ont augmenté de 7,7 % en 2012) en l'absence d'analyse intersectorielle ville-hôpital pour les séances notamment. En outre les objectifs fixés pour les deux années suivantes, vers une cible de 4 %, s'annoncent nettement plus difficiles à atteindre.

Le CHU d'Amiens, signataire d'un CAQOS en raison d'un taux d'évolution de ses prescriptions de transports de 11 % entre 2010 et 2011, a atteint l'objectif fixé pour 2012 d'un taux de progression de 9 % mais 5 points d'évolution restent à gagner pour atteindre l'objectif 2013 et 2014. Des efforts importants de pédagogie sont engagés, avec l'appui de la CPAM sur place (auprès des services de chirurgie orthopédique et de néphrologie en particulier) et sous forme d'étude géographique de la patientèle ; mais la trajectoire reste très incertaine.

La variabilité des évolutions annuelles de ce poste de dépenses est aussi en cause. Un CLCC en Languedoc Roussillon, a vu ses prescriptions de transport quasiment stabilisées en 2012 (+0,6 %) générant un intéressement de 170 000 € environ, tandis que ces dépenses retrouvent une progression de 7,7 % sur les 9 premiers mois de 2013, bien au-dessus de l'objectif de 4 %.

Dans certaines régions toutefois, l'intéressement n'est pas appliqué sur une base annuelle mais est réservé pour l'évaluation finale du contrat pluriannuel « et sera conditionné à un plan de maîtrise durable » (position du directeur de l'ARS) ; maîtrise durable qui, au niveau des établissements, dépend en bonne partie de la capacité du directeur à emporter sur ce sujet le corps médical et du positionnement à cet égard de la CME. Cette application est certes peu conforme à la lettre de la réglementation des CAQOS mais est plus conforme à l'esprit de ce dispositif.

La dynamique propre aux CAQOS - réflexion interne sur les pratiques, sensibilisation des patients, correction d'erreurs d'imputation des prescriptions, (cf. encadré ci-dessous) devra donc rapidement être confortée et relayée par une analyse beaucoup plus fine de la dépense de transport et de ses déterminants mais aussi par des actions complémentaires relatives au cadre global de la régulation des transports. Car cette contractualisation est une action de portée limitée au regard des faiblesses du cadre général de régulation des transports. La maîtrise quantitative de l'offre pour les différents modes de transport, le positionnement des taxis, ainsi que l'évolution des tarifs sont en cause (cf. *infra* 3.1.4.2).

Illustration : un centre hospitalier signataire en 2012 d'un CAQOS Transports

Il s'agit d'un établissement de 1550 lits et places, dont 800 en MCO, situé dans un département dont la population est dispersée et essentiellement rurale (50% vit dans communes de moins de 5 000 habitants), et dont la démographie médicale est faible (les seuls endocrinologues-diabétologues ainsi que tous les néphrologues se trouvent dans le centre hospitalier départemental).

L'établissement a été ciblé en raison de la très forte progression (presque 16% sur un an) de la dépense de transport prescrite et remboursée en ville.

La CAQOS a été précédé d'un « accord de méthode » qui a donné lieu à un audit réalisé par la CPAM dans tous les services auprès des médecins et des secrétariats.

Le taux de croissance des dépenses de transport de l'établissement est passé de 15,5 % en 2010 à 8,3 % en 2011 puis 4,7 % en 2012 ; il est devenu négatif à -0.8 % au premier semestre 2013.

Plusieurs facteurs ont pu infléchir la tendance : le travail des équipes hospitalières en association avec la CPAM sur une charte de bonnes pratiques, pour l'activité de dialyse surtout, mais aussi le ralentissement de l'activité de radiothérapie (-5 % entre 2010 et 2013) et de chimiothérapie (dont le taux de croissance annuel est passé de 19 % en 2011 à un peu moins de 2 % en 2013) en lien avec le départ de praticiens oncologues. A également beaucoup pesé la correction en février 2013 de l'utilisation abusive du numéro FINESS du centre hospitalier par l'association gestionnaire de l'UDM de dialyse (où exercent des médecins de l'hôpital).

3.1.4.2 Les faiblesses persistantes du cadre global de la régulation des transports de patients

La Cour des comptes, dans son rapport d'application des lois de financement de la Sécurité sociale de 2012, a consacré un chapitre aux inadéquations du cadre de régulation des transports de patients. On se contentera ici d'en rappeler les principaux traits, qui ont effectivement été souvent évoqués dans les entretiens de la mission en région.

a) Une offre de transports segmentée et mal maîtrisée

La segmentation de l'offre entre, d'une part, les transporteurs sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers) et, d'autre part, les taxis, correspond à une division des responsabilités entre autorités administratives et entre corpus réglementaires : les 5 765 entreprises de transports sanitaires (gérant un parc d'environ 13 900 ambulances et de 14 000 VSL) sont régies par le code de la santé publique (ainsi que le code de la sécurité sociale s'agissant des conditions de prise en charge par l'Assurance maladie) et par les conventions nationales négociées entre les organisations professionnelles et les caisses nationales d'Assurance maladie des trois principaux régimes (comme pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux), ces conventions nationales fixant notamment les tarifs de prise en charge par l'Assurance maladie.

Les taxis, régis par le code des transports, ont des tarifs fixés par arrêté préfectoral et adaptés par des conventions individuelles avec les organismes locaux d'assurance maladie (les conditions tarifaires varient donc d'un département à l'autre). Ces négociations dépendent aussi de la structure économique des sociétés de taxis et de leur plus ou moins grand émiettement (on dénombre 26 450 entreprises de taxis conventionnés en 2013 avec un parc de 40 000 véhicules, soit moins de deux véhicules en moyenne par entreprise).

Nombre d'entreprises de transports sont multi-modes, ce qui leur permet d'optimiser l'utilisation de leurs véhicules en fonction notamment des règles tarifaires (les trajets longs sont par exemple généralement plus rémunérateurs pour un taxi que pour un VSL), mais aussi de mieux absorber d'éventuelles variations tarifaires défavorables. A l'échelle nationale, 40 % des entreprises de transport sanitaire ont aussi une activité de taxi²⁰. Dans l'une des régions visitées, 60 % de l'offre de transport est détenue par des entreprises multi-modes. Mais les différences importantes de réglementation sur des modes de transport potentiellement substituables (entre taxis et VSL surtout) hypothèquent une stratégie d'efficience de la part des pouvoirs publics.

La procédure d'autorisation des transports sanitaires relève de l'ARS, sur la base de taux d'équipement plafonds qui n'ont pas été mis à jour des évolutions démographiques depuis plusieurs années et qui se trouvent *de facto* largement dépassés dans les deux tiers des départements, les ARS faisant (sauf exception) peu usage de leur possibilité de refus lors d'une nouvelle demande ou d'une cession. La procédure d'autorisation des sociétés de taxis relève, quant à elle, des commissions départementales préfectorales et des mairies, avec peu de contrôle *a priori* (la seule contrainte est une durée d'exploitation préalable de deux ans) ou *a posteriori* ; l'avis de l'Assurance maladie n'est pas requis, bien qu'une très grande partie du chiffre d'affaires de ces sociétés en zone rurale soit liée aux actes de soins et donc solvabilisée par l'Assurance maladie.

Le conventionnement des taxis par l'Assurance maladie est un outil potentiellement utile mais celui-ci reste peu sélectif (les taxis représentent par exemple 50 % des dépenses de transport des patients en Languedoc Roussillon) en l'absence de tout quota d'offre, lequel pourrait être commun aux VSL. A l'inverse, l'Assurance maladie n'a pas de regard sur la gestion du parc des VSL qui relève de l'ARS (et d'un quota englobant les ambulances), pas plus qu'elle n'est associée à la gestion des gardes ambulancières, dont les défaillances sont connues (en termes d'indemnisation et de dimensionnement sur certains territoires).

L'inefficacité des outils de contingentement de l'offre existants, et le suréquipement qui en résulte, sont bien connus. A titre d'exemple, l'offre de transport sanitaire en Languedoc Roussillon comptait 1231 véhicules en 2010, au lieu des 1040 fixés au plafond théorique (soit un écart de 18 %) ; la capacité est identique en 2014 - dans un contexte, il est vrai, de fort dynamisme démographique.

Le volontarisme des ARS pour résorber les surcapacités de transports sanitaires varie selon les régions : « on constate la demande des entreprises » est la position adoptée parfois, une action plus volontariste étant jugée délicate ; dans une autre région cependant, qui enregistre un suréquipement en véhicules sanitaires de 25 %, instruction a été donnée par l'ARS à ses délégations territoriales de reprendre les arrêtés, de mettre fin aux reconductions automatiques et d'agir sur les transferts, en s'appuyant notamment sur le décret du 29 août 2012²¹ qui renforce quelque peu les pouvoirs de l'ARS dans les procédures de cession d'entreprise ou de transformation de VSL en ambulances. Les effets seront toutefois lents.

Un certain nombre de difficultés tiennent à la place qu'occupent *de facto* les taxis dans la consommation de soins des patients (et la place qu'occupent les trajets liés aux soins dans l'économie des taxis du moins en zone rurale) sans que s'appliquent à ce secteur les régulations propres aux acteurs du système de santé. Entre 2009 et 2011 le parc de taxis conventionnés par l'Assurance maladie s'est accru de 18 %, le parc cumulé de taxis et de VSL augmentant de 6,2 %. Entre 2011 et 2012, la progression de la dépense de transports prescrits par les établissements de santé (de 4,2 % globalement) fait apparaître de forts contrastes selon les modes de transport : +2,8 % pour les transports en ambulances, -2,3 % pour les VSL, +9,3 % pour les taxis²².

²⁰ Source : FNPS, au 31/12/2013, France entière.

²¹ Décret n° 2012-1007 du 29 août 2012 relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire terrestre et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires

²² Circulaire interministérielle du 15 avril 2013 relative à la priorité de GdR en matière de transport de patients.

Enfin, le bouclage entre les autorisations et agréments délivrés par les uns et les paiements de facture effectué par les autres pâtit de l'absence de partage du répertoire national des transports entre ARS et CPAM. L'avenant n° 6 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, approuvé par l'arrêté du 13 octobre 2011, dispose, en son article 1, que : « *Le répertoire national des transporteurs (RNT) est opérationnel depuis la fin de l'année 2009 mais non encore exhaustif. Constatant la complexité des circuits administratifs actuels, notamment en raison du nombre d'interlocuteurs, les partenaires conventionnels proposent que la caisse primaire d'assurance maladie assure, pour l'enregistrement des véhicules, la fonction de guichet unique auprès du professionnel, et en particulier pour la transmission des documents exigibles par les agences régionales de santé. Sur cette base, les parties signataires se fixent pour objectif un RNT renseigné à 100 % à la mi-2012. A cet effet, les commissions de concertation locales assureront le suivi de la montée en charge du dispositif (...)* ».

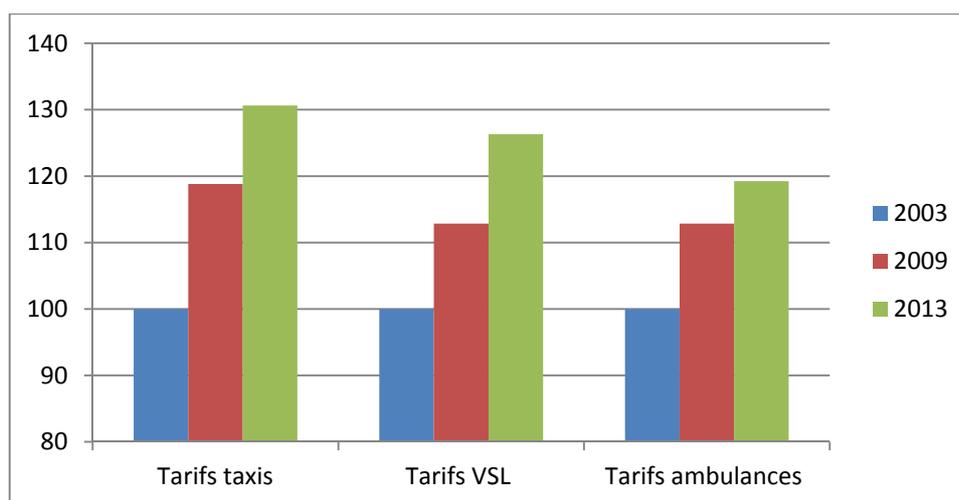
Des travaux ont été engagés en 2013 par un groupe de travail Etat/CNAMTS/ARS sur le partage de ce répertoire localement, et une expérimentation est en cours en région Centre.

b) Un pilotage tarifaire insatisfaisant

Le recensement des revalorisations tarifaires appliquées pour chacun des trois types de transporteurs depuis dix ans montre que :

- les tarifs des taxis ont été revalorisés tous les ans ; ils l'ont été globalement de 31 % entre 2003 et 2013 ;
- en 2014 la majoration de 3,9 % des tarifs des taxis autorisée par l'arrêté du 23 décembre 2013 (après une hausse tarifaire de 2,6 % en 2012) pèsera lourdement sur les chances des établissements de santé de respecter leur taux d'évolution des dépenses de transport établi à 2,5 % ;
- les ambulances et les VSL ont été revalorisés de manière récurrente quoique moins fréquente ; à une progression tarifaire de 13 % globalement entre 2003 et 2011 s'ajoute cependant l'effet sur 2012-2013 de l'avenant 6 à la convention nationale signé en 2011, qui porte la revalorisation des VSL à 26 % en fin de période par rapport à 2003²³.

Graphique 2 : évolution des tarifs des différents modes de transports entre 2003 (base 100) et 2013



Source : mission IGAS sur données CNAMTS. Nota : les évolutions tarifaires des ambulances ne prennent pas en compte la rémunération des gardes ambulancières.

²³ L'avenant n°6 opère notamment une compensation des relèvements du taux de TVA et une revalorisation relative des trajets courts des VSL.

Le tableau ci-dessous montre l'ampleur des effets prix, en particulier sur 2012-2013. Pour la seule année 2012, la CNAMTS estime à +3,4 % (ou 116 M€) l'incidence combinée des revalorisations et restructurations tarifaires issues de l'avenant n°6 à la convention nationale des transporteurs sanitaires et des revalorisations annuelles des tarifs des taxis.

Tableau 3 : Décomposition prix / volume de l'évolution des dépenses de transports de patients (2007-2013)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ambulance (Montants en M€)		1 041	1 122	1 177	1 197	1 248	1 314*
effet prix	1,2%	1,0%	4,2%	0,8%	0,0%	2,4%	3,3%
effet volume	3,6%	2,9%	3,7%	3,7%	2,4%	0,5%	1,9%
Evolution totale	4,8%	4,1%	7,9%	4,5%	2,2%	2,9%	5,3%
VSL (Montants en M€)		582	598	599	582	591	612
effet prix	1,1%	0,6%	3,9%	2,4%	0,7%	5,4%	6,7%
effet volume	-1,5%	-3,8%	-0,9%	-2,8%	-2,6%	-6,6%	-2,9%
Evolution totale	-0,4%	-3,2%	2,9%	-0,6%	-2,0%	-1,5%	3,6%
Coûts des revalorisations tarifaires des ambulances et VSL		90M€	36 M€			76M€	91 M€
Taxi (Montants en M€)		745	815	909	990	1 086	1 161
effet prix	2,7%	2,8%	3,9%	1,3%	2,3%	3,7%	2,6%
effet volume	8,5%	6,7%	6,0%	9,8%	7,6%	4,9%	4,2%
Evolution totale	11,0%	9,4%	9,8%	10,8%	9,6%	8,8%	6,9%
Coûts des revalorisations tarifaires	20 M€	27 M€	30 M€	12 M€	25 M€	40 M€	30M€
Ensemble (transport sanitaire + taxi)							
Evolution	5,1%	3,2%	7,2%	5,1%	3,6%	3,6%	5,3%
Coût des revalorisations	20 M€	117 M€	66 M€	12 M€	25 M€	116 M€	121M€

Source : CNAMTS

La régulation tarifaire des VSL est rendue peu lisible par l'intermédiation des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQS) visés à l'article L.1435-4 du code de la santé publique et mis en place en 2012 afin de conditionner l'application des revalorisations tarifaires (1,5 % en 2012) à certains engagements (en termes de volume de véhicules, de télétransmission, de transport partagé et de chiffre d'affaires minimal par véhicule). Or la faible adhésion des entreprises gestionnaires de VSL au CAQS (taux d'adhésion de 17 % au 1er semestre 2013) et la volonté des partenaires conventionnels de relever à nouveau les tarifs des VSL en 2014 ont conduit à revoir substantiellement cette conditionnalité (la revalorisation tarifaire est triplée à 4,5 % tandis que le seuil de chiffre d'affaires par véhicule est réduit de moitié) et à décider de l'extinction des CAQS à l'échéance du 31 décembre 2014. Les engagements seront ainsi suivis individuellement dans un cadre conventionnel classique. Le protocole d'accord du 18 novembre 2013 qui prévoit ces changements de régulation doit être traduit en un nouvel avenant à la convention nationale des VSL au 1er trimestre 2014.

Ce segment particulier des transports de patients illustre les hésitations de la politique publique dans ce domaine : entre une gestion conventionnelle nationale classique et une contractualisation régionale, entre des mesures tarifaires uniformes et des incitations à l'évolution des pratiques professionnelles, entre une recherche de modération des volumes de transport et un infléchissement de leur structure.

La détermination des tarifs des taxis est, quant à elle, éclatée entre des taux d'évolution plafonds fixés règlementairement, déclinés et négociés par les préfets puis ajustés (par le biais de remises) dans le cadre du conventionnement de chaque caisse d'Assurance maladie. Bien que les taxis jouent un rôle central dans le transport des patients, et que l'Assurance maladie solvabilise une part majeure du chiffre d'affaires de ces entreprises, les enjeux de maîtrise des dépenses d'Assurance maladie ne pèsent que marginalement dans la fixation des prix de ces prestations.

Il est cependant possible et hautement souhaitable de resserrer le lien entre caisses et préfetures sur ce sujet (mais aussi entre CNAMTS/ministère de la santé et DGCCRF). L'effort de concertation mené par exemple dans le département de la Vienne entre la CPAM et le préfet a permis de limiter la hausse du tarif kilométrique des taxis (à hauteur de 2,4% finalement au lieu de 3,9 %) en imputant la revalorisation globale sur d'autres composantes tarifaires, dont l'incidence est moindre sur les remboursements de l'Assurance maladie.

De même, toutes les possibilités de la négociation locale avec les entreprises de taxis doivent être utilisées par les caisses. Dans la Vienne, à nouveau, la renégociation intervenue en 2013 a permis d'augmenter la remise de 2 points (passée à 12 %) et surtout d'imposer une facturation en aller-retour pour les trajets longs et pour ceux impliquant moins d'une heure d'attente (afin de réduire la part de la dépense facturée correspondant à des retours à vide).

Sur le fond, il est incontestablement peu rationnel que les modes de transports largement alternatifs que sont les taxis et les VSL (le formulaire CERFA de prescription médicale de transport ne distingue même pas entre ces deux modes, réunis sous le même libellé de « transport assis professionnalisé », et l'instruction du 27 juin 2013 ne les distingue pas davantage) ne fassent pas l'objet d'une même et unique tarification pour l'Assurance maladie. La situation actuelle ne peut qu'inciter à des stratégies d'optimisation de la part des entreprises de transport en fonction de la distance à couvrir, stratégies face auxquelles le souhait des pouvoirs publics de rééquilibrer les modes de transport est de faible portée.

c) Des règles de prise en charge qui ne privilégient pas l'internalisation de ce poste dans la responsabilité budgétaire des prescripteurs

L'instruction DGOS/DSS/CNAMTS du 27 juin 2013 relative au guide de prise en charge des frais de transports des patients a rappelé une règle, adoptée en 2010, conduisant à retirer de la prise en charge par les établissements de santé - et en conséquence à imputer sur l'enveloppe de soins de ville - les transports inter-établissements pour des séances de dialyse, chimiothérapie ou radiothérapie prescrites à des patients hospitalisés.

Des établissements, de SSR par exemple, qui jusqu'à présent prenaient en charge sur leur budget ces frais de transport pour leurs patients, les voient sortir de leur périmètre budgétaire, avec deux conséquences. D'une part, l'alourdissement des dépenses imputées sur les soins de ville qui font éventuellement déjà l'objet d'un CAQOS (pour un gros centre hospitalier ce surcroît de dépenses représente 3,95 % de la dépense de transports remboursée en ville en année pleine, autant que l'objectif d'évolution assigné) ; d'autre part, la perte du bénéfice de la négociation qu'avait pu mettre un place l'établissement avec les transporteurs (un établissement a indiqué à la mission que le contrat qu'il avait passé avec l'entreprise de transport retenue pour ces trajets interhospitaliers répétitifs lui permettait d'obtenir une remise de 25 % sur le tarif Assurance maladie).

Les difficultés de maîtrise des dépenses de transport des patients tiennent donc en bonne part à des problèmes d'offre, d'éparpillement des responsabilités de régulation et de conditions de négociation entre les acteurs concernés, tous facteurs sur lesquels la contractualisation avec les établissements n'aura naturellement que peu de prise.

Au total, la Cour des comptes estimait, dans son rapport de 2012, à 450 M€ le montant des dépenses de transport évitables, soit près de 12 % des dépenses actuelles sur ce poste. Les quelques dizaines de millions d'économies attendues à terme des CAQOS rendent compte de la portée très relative de cet instrument de gestion du risque.

3.2 L'expérimentation locale de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports

3.2.1 Un cadre juridique extrêmement mouvant

L'article 64 de la LFSS pour 2008 a prévu la possibilité d'expérimentation d'une prise en charge directe par les établissements de santé volontaires des frais de transport des patients sur la base d'une dotation annuelle de l'Assurance maladie.

La LFSS pour 2010 (article 45-II) a réécrit cet article 64 en prévoyant l'expérimentation « *de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports* », passant par des conventions entre établissements de santé expérimentateurs et transporteurs, visant à installer des « centres de régulation, chargés de proposer au patients le mode de transport le plus adapté à son état de santé ». Le patient refusant cette proposition perdait le bénéfice de la dispense d'avance de frais. Le recours aux véhicules sanitaires légers et aux transports de patients à mobilité réduite semblait devoir être privilégié. Le cahier des charges de cette expérimentation n'a pas été adopté et celle-ci n'a pas connu de mise en œuvre opérationnelle.

La LFSS pour 2012 (article 66) a prévu à son tour une possibilité d'expérimentation « *portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du SAMU* » via une convention signée entre l'ARS, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du SAMU et l'association départementale des transports sanitaires d'urgence la plus représentative. Cette convention doit comporter un objectif de maîtrise des dépenses. Les décrets devant préciser les modalités de cette expérimentation sont en cours de concertation. La loi prévoit une évaluation semestrielle « *portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière* ».

L'année suivante, la LFSS pour 2013 (article 44) a ouvert la possibilité de « *nouveaux modes de d'organisation et de financement des transports de patients* » par la voie d'appels d'offres, conduits par l'ARS ou, sous réserve de l'agrément de celle-ci, par un organisme d'Assurance maladie, un établissement de santé ou un groupement d'établissements de santé. Seuls les transports réalisés par les entreprises retenues à l'issue de l'appel d'offre devraient, dans ce cadre expérimental, être pris en charge par l'Assurance maladie dans les conditions de droit commun. A la différence des dispositions précédentes, une telle expérimentation, en cas de mise en œuvre par l'ARS ou par un organisme local d'assurance maladie, aurait vocation à s'appliquer à l'ensemble des prescriptions médicales, que celles-ci soient réalisées en établissement ou en ville. Devant les très fortes résistances professionnelles suscitées par cette disposition législative, les décrets d'application ont été gelés. Il est regrettable que la voie des appels d'offre, concrétisant l'internalisation des transports dans la responsabilité de gestion d'un établissement, n'ait pu être menée à bien. L'exploration de cette voie reste certainement d'actualité.

Enfin l'article 39 de la LFSS 2014 abroge l'article 64 de la LFSS pour 2008 (modifié) et définit un nouveau cadre aux expérimentations qui peuvent être engagées, par des établissements de santé volontaires, pour une période n'excédant pas trois ans, en matière d'organisation et de régulation des transports de patients au départ ou à destination de ces établissements (autres que les transports d'urgence régulés par les SAMU). L'expérimentation est mise en place par une convention conclue entre l'établissement de santé expérimentateur, les organismes locaux d'assurance maladie et l'ARS (l'idée figurant dans le PLFSS d'une consultation des organisations professionnelles locales de transport sanitaires et de taxis n'a pas été retenue dans le texte définitif).

Périmètre de la convention d'expérimentation prévue par l'article 39 de la LFSS pour 2014

La convention d'expérimentation détermine :

- 1° Les modalités d'organisation des transports assurés au départ ou à destination de l'établissement expérimentateur, autres que les transports d'urgence régulés par les SAMU ;
- 2° Les obligations des établissements de santé et des entreprises réalisant le transport des patients ainsi que les pénalités versées en cas de manquement à ces obligations ;
- 3° Les conditions d'attribution d'un financement de lancement et de dotations d'intéressement des établissements de santé par l'agence régionale de santé ;
- 4° Les conditions d'interruption de l'expérimentation avant le terme de trois ans et de retour aux modalités de financement de droit commun ;
- 5° Les conditions dans lesquelles l'expérimentation prend fin à son échéance triennale et celles permettant le retour aux modalités de financement de droit commun.

L'article 39 de la LFSS 2014 pose un cadre un peu plus directif et plus incitatif qu'il ne l'était auparavant.

Si l'engagement d'un établissement de santé dans une expérimentation repose avant tout sur le volontariat, l'ARS peut « enjoindre » un établissement, dont les dépenses de transport progressent plus vite que le taux national, de participer à l'expérimentation.

En revanche, la disposition initialement prévue, selon laquelle « *Les transports de patients effectués par des entreprises de transports (...) en dehors des conditions d'organisation définies dans la convention ou par des entreprises n'ayant pas adhéré à la convention ne sont pas pris en charge par les régimes d'assurance maladie* » a disparu du texte finalement adopté.

La possibilité, ouverte au directeur général de l'ARS, d'attribuer (sur l'enveloppe du FIR) un financement à l'établissement expérimentateur ou de lui verser une dotation d'intéressement en cas de réduction des dépenses de transport, ajoute aussi une incitation du côté des établissements de santé. C'est en effet sur eux que reposera la charge d'organisation de ces prestations (plateforme de gestion, transport partagé...). La question est de savoir si ces formes d'organisation auront un impact suffisamment restructurant sur l'offre et les pratiques des transporteurs.

L'application de ces nouvelles dispositions législatives dépend toutefois d'un décret en Conseil d'Etat.

3.2.2 Des possibilités d'innovations organisationnelles intéressantes

A vrai dire, ce cadre réglementaire n'est pas indispensable pour que soient développées de nouvelles organisations au sein des établissements.

Le CHU de Montpellier a ainsi mis en place une gestion centralisée de l'ensemble des transports et des brancardages, sur la base d'une plateforme d'appel, composée de cadres de santé et de chefs de garage supervisés par un cadre supérieur de santé. La plate-forme exige systématiquement une prescription médicale de transport, en distinguant entre VSL et taxi (par exemple le trouble cognitif qualifie pour un VSL). Elle assure, vis-à-vis des transporteurs, un tour de rôle et la traçabilité des prestations, et s'efforce de limiter les temps d'attente. En parallèle est renforcée l'information du patient sur les circonstances justifiant l'usage de l'ambulance. Cet établissement a enregistré en 2012 une diminution de 7 % des dépenses de transports prescrites et exécutées en ville. La diminution n'est toutefois plus que de 1,7 % sur les neuf premiers mois de 2013, laissant penser que, passée une première phase de rationalisation, les gains résiduels sont plus difficiles à obtenir.

Dans un tout autre contexte régional, le centre hospitalier de Vendée a centralisé et informatisé la programmation des transports avec un effort d'anticipation de la part des prescripteurs ; parallèlement, les sociétés de taxis (très émiettées dans ce département) ont formé une coopérative pour mieux répondre aux appels.

On peut citer également un projet de transport partagé, qui implique à Montpellier un centre de lutte contre le cancer, la CPAM et l'ARS pour les soins de radiothérapie (cancer du sein notamment). Il s'agit d'organiser des « couples géographiques de patients », d'adapter le planning des soins, et de passer par une association de transporteurs. L'Assurance maladie prépare l'évaluation de l'impact économique de l'expérimentation - sachant que le taux d'évolution des dépenses de transports prescrits par ce centre 2013 est proche de 8 %.

De même, un effort de développement du transport partagé est en cours pour les actes de dialyse (2500 patients 3 fois / semaine sur 15 ou 20 ans), avec l'adhésion des professionnels de santé, en s'appuyant sur la politique de proximité poursuivie par le SROS ; cela suppose cependant de revenir sur les habitudes de prescription de transports en série.

Une plate-forme régionale d'organisation des transports est expérimentée dans quelques régions, en Poitou Charente par exemple où l'ARS s'est engagée dans cette voie dès 2011 avec les représentants des ambulanciers, des VSL et des taxis. Les finalités poursuivies sont triples :

- une meilleure régulation des appels avant ou après hospitalisation ;
- le développement des transports partagés ;
- l'organisation des urgences pré-hospitalières.

Cette plate-forme est portée par une association composée de transporteurs volontaires, disposant d'un logiciel de régulation des appels, qui précise le mode de transport le plus efficient et la disponibilité des véhicules. Cinq établissements de santé participent à l'expérimentation, dont le suivi incombe à un comité comprenant toutes les parties prenantes.

3.2.3 Un problème de pilotage

L'identification des responsabilités de pilotage national en matière d'expérimentation n'est pas claire ; entre les services compétents de la DSS et de la DGOS le pilotage effectif de ces expérimentations semble à vrai dire un point faible.

Dans le même temps, l'ANAP poursuit son rôle d'appui auprès des établissements et auprès des ARS concernant notamment la mise en place de plates-formes d'organisation des transports.

Une question demeure : celle du degré de centralisation nécessaire à cette dynamique d'innovation ou du pari d'innovations décidées localement et pilotées par les ARS.

4 AUTRES ENGAGEMENTS NATIONAUX

La feuille de route de GdR annexée à l'instruction DSS/MCGR/CNAMTS du 1er février 2013 relative aux priorités de gestion du risque en 2013 rappelle un ensemble d'actions incombant aux administrations centrales ou à la CNAMTS. On retiendra notamment les engagements suivants, présentés dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Principaux engagements de la feuille de route nationale 2013 en matière de transports sanitaires

Actions attendues au niveau national	Responsible	Situation en janvier 2014
Approfondir la contractualisation avec les établissements de santé		
Poursuivre les travaux d'approfondissement sur les données de ciblage, sur les dépenses de transport et les profils par prescripteur (outils et aides à la contractualisation). Enrichir les fiches profils.	CNAMTS	Des progrès significatifs restent nécessaires (cf. analyses précédentes).
Poursuivre l'extension du ciblage au secteur privé	CNAMTS	Travail en interne mais pas de contractualisation avec les cliniques en raison de l'incomplétude des données de prescription.
Lancer une enquête auprès des ARS pour affiner les déterminants de l'évolution des dépenses de transports sur un échantillon d'établissements ayant présenté des baisses ou des augmentations significatives en 2010, 2011 et 2012	DSS	Travail en cours. A noter : cette analyse ne peut être menée que conjointement entre assurance maladie et ARS en raison du poids des facteurs d'offre et de l'activité des établissements dans l'évolution des transports.
Déployer l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports		
Diffuser un recueil de bonnes pratiques (ANAP) sur l'organisation interne des établissements en matière de transport	ANAP	Fait
Diffuser au niveau national, le bilan des expérimentations lancées	DSS	Sans objet.
Mener des travaux parallèles sur la réglementation transport		
Diffuser une instruction relative à la prise en charge des frais de transport de patients	DSS- CNAMTS- DGOS	Instruction DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients (validée par le CNP le 1er février 2013)
Diffuser une instruction relative au décret agrément /autorisation du 29 août 2012	DSS- DGOS	Instruction DGOS/R2/DSS/1A/2013/214 du 17 mai 2013 relative aux procédures d'agrément et d'autorisation en matière de transports sanitaires terrestres.
Poursuivre les travaux du groupe de travail Etat/CNAMTS/ARS sur le partage du Répertoire National des Transporteurs entre ARS et CPAM	CNAMTS- DSS- DGOS	En cours
Assurer le déploiement du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)	CNAMTS	Ces numéros ont été diffusés dans les établissements de santé. Le système d'information du régime général de l'assurance maladie est prêt, selon la CNAMTS, pour intégrer ces numéros. L'adaptation des formulaires de prescription est en cours. A ce stade, les difficultés se situent au niveau du report non encore systématique du numéro RPPS sur les prescriptions hospitalières et de problèmes techniques de report de ce numéro sur les feuilles de soins électroniques transmises par les pharmacies. L'exploitation de ces informations par le régime général est prévue pour 2015. La situation des autres régimes reste à préciser.

Source : DSS

L'action la plus structurante est incontestablement le déploiement du RPPS. Les perspectives à cet égard restent à préciser ; on ne peut que souligner que l'aboutissement rapide de ce projet et son exploitation en termes de retour d'information aux établissements sont essentiels. L'allongement du délai entre le moment où les établissements commencent à renseigner ce numéro (ce qui est le cas déjà de certains établissements) et le moment où la CNAMTS commencera à l'utiliser dans ses requêtes est délicat en ce qu'il risque de discréditer l'outil et d'affaiblir les pratiques des prescripteurs à cet égard. L'exploitation rapide par les caisses du RPPS des établissements qui le reportent, pour affiner l'analyse de leurs prescriptions, serait au contraire un signal incitatif.

Symétriquement, le report par les médecins libéraux exerçant en clinique du numéro FINESS de l'établissement et l'exploitation de celui-ci par les caisses devraient permettre d'identifier la dépense de transport prescrite dans le cadre de l'activité des cliniques et de couvrir ainsi plus complètement les principales structures de soins à l'origine des prescriptions de transports.

5 PROPOSITIONS D'EVOLUTIONS

Le thème des transports peut être abordé sous l'angle de la juste dépense et de la lutte contre la fraude ; il peut aussi l'être sous l'angle de l'organisation des soins et du parcours du patient. Les instruments en place relèvent de ces deux approches mais la seconde est beaucoup plus récente, moins mature et peine encore à se concrétiser au-delà de quelques expériences menées avec des établissements volontaires.

Ces deux approches doivent à vrai dire être renforcées, à travers une intensification des actions de contrôles et des mesures prises à leur suite, d'une part ; et un effort accru de rationalisation de l'organisation de ces prestations, d'autre part.

- **Renforcer la fonction de contrôle de l'Assurance maladie sur les dépenses de transport prises en charge, *a priori* et *a posteriori***
 - Renforcer l'effectivité de la procédure d'accord préalable vis-à-vis des prescripteurs, qu'ils soient en établissement ou en ville, en revisitant les conditions dans lesquelles les demandes d'accord préalable sont nécessaires et en appliquant ces conditions, en précisant les critères d'acceptation ou de limitation (sur la base de l'offre de soins locale) et en assurant un suivi des pratiques des professionnels concernés un an après.
 - Unifier l'interprétation de la règle de l'établissement approprié le plus proche et rendre cette règle plus effective en particulier pour les soins requérant des transports itératifs (traitements de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie).
 - Renforcer la politique de contrôle de l'Assurance maladie concernant la conformité des factures aux prescriptions ainsi que le respect par celles-ci du référentiel de prescription (y compris le décret du 10 mars 2011), sur deux points en particulier : rattachement d'une dépense à une ALD, justification du transport en ambulance. Cela suppose de veiller à la qualité de renseignement par les prescripteurs des éléments médicaux prévus dans les imprimés CERFA.
 - Renforcer, conjointement avec les ARS, les contrôles portant sur le parc des véhicules en lien avec les autorisations administratives requises et leur inscription au RNT.
- **Faire aboutir les évolutions engagées des systèmes d'information**
 - Accélérer le déploiement complet et l'exploitation du RPPS afin de pouvoir établir des profils par professionnel prescripteur en établissement, et surtout d'enrichir l'analyse des dépenses et de leurs déterminants. Une identification fine des prescriptions hospitalières par professionnel permettra de recentrer les CAQOS sur un accompagnement des changements organisationnels nécessaires au niveau de l'établissement ou de certaines de ses services.

- Symétriquement inciter les médecins exerçant en clinique à reporter le numéro FINESS de celle-ci sur toutes leurs prescriptions de transport, afin de mieux suivre la dépense prescrite par les médecins libéraux dans le cadre de l'activité hospitalière privée.
- Assurer, avant la fin de la nouvelle COG, le déploiement complet du projet de refonte du processus de prescription et de facturation des transports mené par la CNAMTS, avec les fonctionnalités présentées aujourd'hui.
- Mettre en œuvre la dématérialisation des volets ALD et assurer l'accès des praticiens en établissement aux informations prévues sur « Espace Pro ».
- **Affiner la connaissance de la dépense de transport et de ses déterminants**
 - Poursuivre l'analyse des déterminants de la dépense liée aux segments de soins les plus générateurs de transports (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, pathologies cardio-vasculaires, affectations psychiatriques). Afin de nourrir le dialogue avec les établissements de santé avec de véritables benchmarks et de piloter plus finement les objectifs locaux ou régionaux de maîtrise des dépenses en fonction de caractéristiques démographiques et sanitaires. Ce travail doit mobiliser à la fois l'Assurance maladie et les administrations et opérateurs de l'Etat (l'ANAP notamment, qui a contribué à la modélisation de la dépense de transport sanitaire avec les DRSM de Rhône-Alpes et Champagne-Ardenne). Cela suppose notamment une information fine et réactive sur l'activité des établissements dans les segments d'activité considérés.
 - Procéder dans chaque région à une analyse conjointe ARS-Assurance maladie de la demande et de l'offre en matière de transport des patients, sur la base de l'ensemble des données utiles en possession de l'une ou l'autre des deux parties. Cela doit conduire aussi à analyser plus avant la rationalité médico-économique des filières de soins.
 - Enrichir sensiblement les profils de dépense transmis aux établissements en intégrant des comparaisons de dépenses en valeur absolue et en niveau moyen par patient traité ou par séance (ou encore par séjour) dans les activités les plus fortement contributrices.
- **Inscrire l'action de maîtrise des dépenses de transports dans le cadre plus large de l'organisation régionale et locale de l'offre de soins et dans la redéfinition de parcours de soins itératifs, indépendamment de la nature juridique du prescripteur**
 - Prendre en compte dans la régulation les évolutions structurelles de l'offre de soins qui tendent à renforcer l'imbrication entre établissements de santé et soins de ville (consultations avancées des hôpitaux et équipes hospitalières mobiles, exercice libéral à l'hôpital, adossement de maisons de santé à des structures hospitalières, etc.).

Cela relativise l'intérêt d'une dichotomie des actions de GdR selon la nature juridique du prescripteur. Cela doit surtout conduire à inscrire résolument l'action de maîtrise des dépenses de transports dans le cadre plus large de l'organisation régionale et locale de l'offre de soins et dans la redéfinition de parcours de soins itératifs sur les pathologies chroniques.

Cette approche suppose un travail nécessairement conjoint entre Assurance maladie et ARS, avec une latitude d'analyse et de construction d'actions régionales.

Sur un plan opérationnel, la proposition formulée par la CNAMTS dans son Rapport *Charges et Produits* 2014, consistant à expérimenter dans quelques départements la mise en place d'une « carte de transport » pour des patients chroniques ayant des soins itératifs, mérite d'être étudiée, en veillant à son articulation avec les projets de transport partagé engagés localement. Cette carte conditionnerait le remboursement du transport à la facturation d'un transport assis professionnalisé - dès lors que celui-ci serait compatible avec l'état de santé du patient naturellement. La CNAMTS estime à 50 M€ l'économie annuelle qui pourrait résulter de la réduction de la part des patients transportés en ambulance dans les départements où celle-ci est manifestement très supérieure à la moyenne.

➤ **Faire des CAQOS un levier plus qualitatif de réorganisation au niveau de l'établissement voire de son environnement**

La fixation aveugle de cibles de dépenses à un établissement sur la base de profils sommaires et peu significatifs ne peut induire des résultats durables, au-delà de l'effet, les toutes premières années, d'une prise de conscience (nécessaire) des dépenses induites par les actes hospitaliers. Le dispositif de pénalité financière repose sur des bases trop fragiles pour être en soi un levier suffisant.

L'intérêt principal des CAQOS, ciblés sur des établissements atypiques dans un contexte régional ou départemental donné, réside probablement avant tout dans sa capacité à initier des changements organisationnels garantissant le respect du référentiel de prescription et une gestion plus centralisée des transports de patients autour d'une plate-forme d'appels, d'un répertoire des transporteurs clair et d'une traçabilité des prestations.

Au-delà les CAQOS peuvent s'ouvrir aussi à la question du parcours des patients, pour certaines pathologies, pour aborder simultanément les enjeux de qualité et d'efficacité de ces parcours et des prestations de transport prises en charge.

- Suivre l'application des CAQOS et appliquer un intéressement non pas au terme d'une année mais au terme du contrat en fonction des résultats dégagés dans la durée.
- **Faire évoluer le cadre de régulation des transports**
 - Adapter en particulier le cadre de régulation des transports en taxis au regard de la place qu'ils occupent de fait dans le système de santé : permettre aux caisses, dans les procédures de conventionnement, d'être plus sélectives au regard du taux d'équipement du territoire et permettre à la négociation tarifaire de prendre davantage en compte l'intérêt de l'Assurance maladie. A terme, pourrait être étudiée l'idée d'un service public territorial des transports de patients, englobant dans une régulation médico-économique commune, les différentes catégories de transporteurs.
 - Dans l'immédiat, prévoir un tarif forfaitaire aller - retour pour certains actes de courte durée, par exemple d'imagerie (à l'instar de ce qui a été négocié dans certains départements).
 - Instaurer un double plafond départemental pour l'offre de transport, d'une part pour les ambulances et d'autre part globalement pour les VSL et les taxis conventionnés (proposition de la Cour des comptes en 2012).
 - Mettre en place une réglementation cohérente entre les taxis et les VSL (en termes d'autorisation et de tarification).
 - Renforcer la coordination entre les ARS et les caisses d'assurance maladie en matière d'agrément, de conventionnement et de contrôle des entreprises de transport sanitaire et de taxis.
 - La proposition de la CNAMTS dans son Rapport *Charges et Produits 2014* consistant à ouvrir la prise en charge des transports par véhicule personnel complète utilement, du côté du panier de soins, cette logique. Faciliter le recours au véhicule personnel supposerait ainsi 1°) de simplifier (via par exemple une tarification kilométrique unique au lieu de 9 actuellement²⁴) et d'accélérer la procédure de remboursement ; 2°) d'étendre le remboursement au coût de stationnement dans certaines conditions. Ces deux évolutions pourraient favoriser la substitution du véhicule personnel au TAP dans un certain nombre de cas (économie attendue par la CNAMTS : 20 M€ d'économies).

²⁴ En fonction de la puissance du véhicule et de la distance parcourue annuellement.

- **Réfléchir plus fondamentalement, dans une optique de moyen terme, au mode de responsabilisation des établissements sur les dépenses de soins induites à l'issue des séjours et venues et imputées sur l'enveloppe de ville**
 - Réfléchir à une forme de responsabilisation des établissements sur la dépense induite sur l'enveloppe de ville, qui permette de réinternaliser une partie de cet effet. Cette responsabilisation serait cohérente avec le développement des prises en charge ambulatoires et pourrait concerner tant les médicaments et dispositifs que les transports prescrits à l'issue d'un séjour ou d'un acte hospitalier. Elle pourrait prendre la forme d'un copaiement des établissements à l'Assurance maladie sur la base de la dépense induite.

FICHE 2 : LE PROGRAMME IMAGERIE MEDICALE

1 DEFINITIONS ET DONNEES SUR L'IMAGERIE MEDICALE

1.1 Les différentes techniques d'imagerie médicale

L'imagerie médicale recouvre un champ de techniques d'investigation étendu, parfois imbriquées entre elles.

On distingue les techniques faisant appel aux rayons X (de la radiographie conventionnelle à la scanographie), aux champs magnétiques, aux produits radio pharmaceutiques, aux ultrasons (échographie, notamment), à l'électrophysiologie et aux rayonnements lumineux. L'imagerie biologique ainsi que les technologies de transfert et de stockage-interprétation s'ajoutent à ces catégories. Le recours à l'imagerie s'est imposé depuis plusieurs décennies comme le geste incontournable de nombreux diagnostics.

La plus grande partie des équipements soumis à autorisation administrative regroupe trois familles d'équipements :

- les scanners ou tomodensitomètres relevant d'une technique de mesure d'absorption tissulaire de rayons X « par coupes successives » avec reconstruction d'images anatomiques par informatique ;
- les appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM-remnographie) basés sur l'application de champs magnétiques de grandes puissances sur des particules moléculaires (atomes d'hydrogène) générant des signaux mesurés par l'appareil et retransformés en images ;
- les technologies de médecine nucléaire dont les plus connues renvoient aux appareils de scintigraphie par injection d'organites radioactifs (isotopes) à demi vie très courte et d'élimination rapide (afin d'éviter les effets radioactifs sur le corps de la personne) et qui se fixent transitoirement sur les tissus permettant une reconstitution propre à faire émerger des zones plus ou moins denses en fonction des pathologies concernées.

Ces trois types d'imageries ont la particularité de reproduire des visions en coupes successives soit du corps entier soit d'une zone pré-délimitée. La plupart des appareils divergent par leur taille et leur puissance en fonction de l'étendue du territoire corporel exploré.

Bien qu'encore en nombre restreint, on voit émerger des technologies qui peuvent associer deux des trois techniques décrites sur un même appareil, mais ces équipements sont limités à ce jour à des centres spécialisés.

1.2 Dépenses et activité d'imagerie médicale

En 2012, les dépenses remboursées d'imagerie se sont élevées à 4,6 Mds € environ (tous régimes), en augmentation de 3,7 % depuis 2009 (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 1 : Evolution des dépenses d'imagerie

Dépenses d'imagerie en milliers d'euros	2009	2010	2011	2012	Evolution 2009-2012
Radiographie	1 485 010	1 408 267	1 360 896	1 305 047	-12%
Echographie	1 452 116	1 476 364	1 547 360	1 564 427	8%
Scanographie	600 556	624 935	620 652	634 256	6%
<i>dont forfaits techniques</i>	<i>403 148</i>	<i>424 878</i>	<i>408 196</i>	<i>411 155</i>	<i>2%</i>
IRM	529 687	582 345	650 211	680 878	29%
<i>dont forfaits techniques</i>	<i>367 567</i>	<i>408 739</i>	<i>453 813</i>	<i>466 519</i>	<i>27%</i>
Scintigraphie	209 794	221 727	244 848	259 643	24%
<i>dont forfaits techniques</i>	<i>42 242</i>	<i>48 223</i>	<i>57 431</i>	<i>69 598</i>	<i>65%</i>
Autres équipements matériels (cotation multiple)	127 948	124 486	125 173	122 637	-4%
Dépenses totales d'imagerie (hors autres équipements)	4 405 110	4 438 124	4 549 141	4 566 888	4%

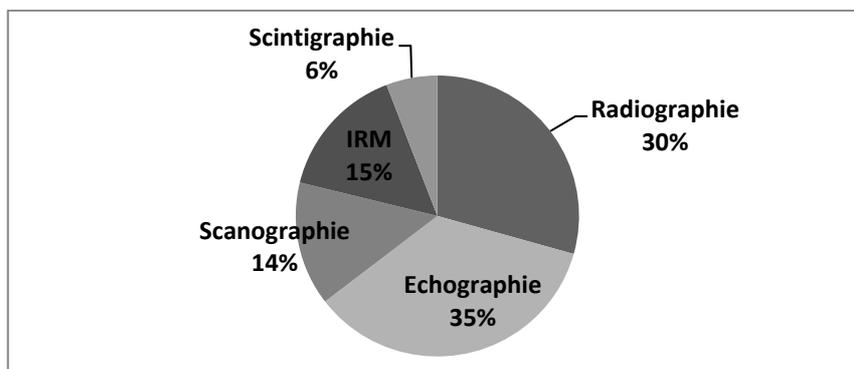
Source : mission sur données CNAMTS ; remboursements tous régimes (données 2013 non disponibles)

Parmi les différentes techniques d'imagerie, l'échographie et la radiographie représentent les deux plus gros postes de dépenses - elles représentent ensemble les deux tiers du total - loin devant la scanographie et la remnographie qui absorbent chacune environ 15 % des dépenses totales (cf. graphique n°1).

En nombre d'actes, la place dominante de la radiographie et de l'échographie (laquelle peut être réalisée par un professionnel médical non radiologue) est encore accentuée, cependant que les actes d'IRM ne représentent que 4 % du total (cf. graphique n°2).

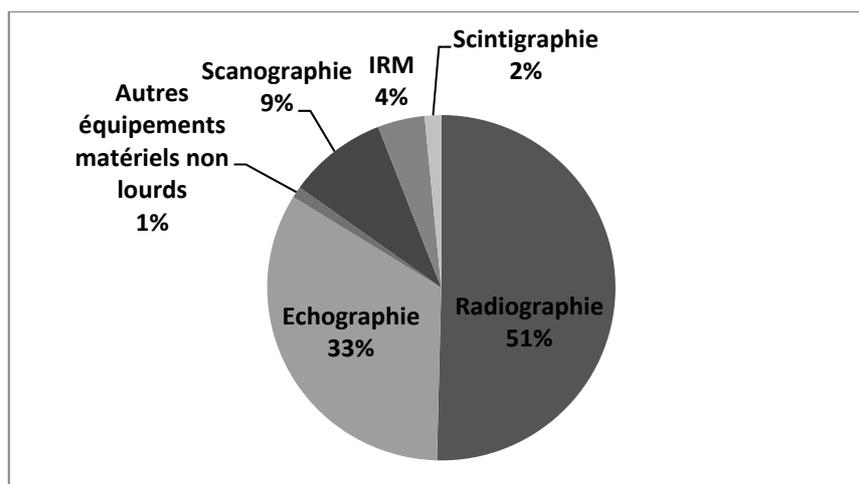
La part des dépenses de radiographie tend toutefois à diminuer, passant de 34 % à 29 % entre 2009 et 2012, le volume d'actes correspondant diminuant sur la période (cf. tableau n°2). Dans le même temps, la part des dépenses d'IRM a augmenté, de 12 % à 15 % ; c'est en effet la catégorie d'actes la plus dynamique en valeur (+29 % en 4 ans) et en volume (+34 % en 4 ans).

Graphique 1 : structure des dépenses remboursées en imagerie médicale (2012)



Source : mission sur données CNAMTS (remboursements tous régimes)

Graphique 2 : décomposition du nombre d'actes d'imagerie médicale (2012)



Source : mission sur données CNAMTS

Tableau 2 : Evolution du nombre d'actes d'imagerie

Nombre d'actes d'imagerie	2009	2010	2011	2012	Evolution Globale
Radiographie	51 286 742	51 297 426	51 314 876	50 006 571	-2%
Echographie	29 752 673	31 013 105	32 513 046	33 127 374	11%
Autres équipements matériels non lourds	1 066 539	1 079 772	1 093 459	1 049 685	11%
Scanographie	7 796 071	8 462 195	8 973 130	9 151 745	17%
IRM	3 224 836	3 583 832	4 009 016	4 336 848	34%
Autres équipements matériels lourds (essentiellement scintigraphie)	1 278 133	1 372 115	1 467 852	1 525 495	20%
Nb total d'actes d'imagerie	94 404 994	96 808 445	99 371 379	99 197 718	5%

Source : mission sur données CNAMTS - données 2013 non disponibles

On soulignera la difficulté à recueillir des données d'activité consolidées intégrant l'activité en ville et celle des établissements. La CNAMTS a ainsi rappelé à la mission qu'« à l'exception de quelques-uns, les actes d'imagerie, dont les actes d'IRM, ne sont pas classant pour le PMSI ; dès lors, les données mentionnées pour le secteur public le sont *a minima* par rapport à l'activité médicale effectivement réalisée en établissement ex-DG (hors activité libérale), notamment lors d'hospitalisations ».

Le traitement des données par la mission a montré certaines fragilités, doubles comptes et incohérences. Cela reflète la non disponibilité, en routine, d'une image complète et fiable à la fois du niveau d'équipement, du volume d'activité et des dépenses engendrées pour chacun des types d'exams et d'équipements mobilisés, dans un contexte de dispersion des données entre Assurance maladie, ARS et DGOS.

Cette difficulté de consolidation des données et des analyses du secteur de l'imagerie pèse naturellement sur la construction d'un programme de GdR.

2 UN PROGRAMME PILOTE PAR LA CNAMTS MAIS ETROITEMENT LIE AUX COMPETENCES D'AUTORISATION DES ARS

Le programme national de GdR sur l'imagerie médicale est piloté par la CNAMTS. Ce choix pour le pilotage peut paraître étonnant dans la mesure où le programme d'imagerie mobilise avant tout le levier de la planification de l'offre, qui incombe à l'Etat au niveau des règles nationales et aux ARS pour la mise en œuvre régionale. C'est en revanche le rôle de la CNAMTS dans la politique conventionnelle et ses données sur les actes (du moins en secteur libéral) qui ont conduit à lui confier la responsabilité de pilotage.

Les principales instructions adressées aux ARS ont été cosignées par la CNAMTS et la DGOS :

- l'instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011 du 27 avril 2011 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2011 (validée par le CNP du 8 avril 2011) présente les actions sur les deux axes retenus : d'une part la diversification des équipements IRM pour les exercices 2012 à 2015, d'autre part, l'accompagnement sur l'imagerie conventionnelle dans les établissements de santé publics. Ce dernier axe a cependant été rapidement abandonné au profit du seul objectif de diversification du parc IRM ;
- l'instruction CNAMTS/DGOS/R3/2012/248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2012 (validée par le CNP le 6 avril 2012) portant uniquement sur la mise en œuvre des objectifs de diversification des équipements IRM.

En pratique, la CNAMTS, en tant que pilote de ce programme, fixe les objectifs des ARS en matière d'amélioration de la pertinence de certains actes de radiographie (2011) et surtout de diversification du parc d'IRM (2013-2015) dans le cadre de leurs SROS. L'association de la DGOS à cet exercice reste imparfaite.

Parallèlement, la DGOS mène plusieurs réflexions sur l'imagerie médicale en dehors du cadre de la GdR et de toute concertation avec l'Assurance maladie, alors même que ces réflexions interfèrent avec la GdR dans ce domaine :

- réflexion sur l'évolution du cadre des autorisations pour passer d'autorisations d'équipements à des autorisations de l'activité d'imagerie médicale ;
- réflexion sur la pertinence des actes d'imagerie médicale.

Par ailleurs, l'instabilité de l'indicateur²⁵ retenu pour le programme de GdR en imagerie médicale (cf. tableau suivant) traduit les hésitations sur les finalités du programme et le resserrement soudain de ses enjeux en 2012.

Tableau 3 : Evolution de l'indicateur du programme de GdR en imagerie (ARS)

Années	Intitulé de l'indicateur
2011	Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies pour les actes réalisés en consultations externes
2012	Taux de réalisation de l'analyse de potentialité de diversification
2013	Taux de diversification du parc d'IRM autorisé

Source : Circulaire DSS/SD1/2011/140 du 13 avril 2011, circulaire DSS/MCGR/CNAMTS/2012/171 du 20 avril 2012, et instruction DSS/MCGR/CNAMTS/2013/119 du 1^{er} février 2013

²⁵ Cet indicateur, qui concerne le programme de GdR en imagerie, entre dans le calcul de l'indicateur synthétique mesurant la réalisation du programme de GdR des ARS, lequel figure dans leurs CPOM.

L'instruction de 2011²⁶ indiquait que « le taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en ville » serait suivi par les directeurs coordonnateurs de la GdR du côté de l'Assurance maladie, ce qui n'a pas été le cas. L'explication avancée réside dans le fait que l'orientation et l'indicateur ont été contestés par les médecins urgentistes, notamment pour la radiographie thoracique, fortement sollicitée en urgence. Finalement, l'action a été rapidement abandonnée ; il est vrai que les dépenses de radiographie conventionnelle affichent une baisse tendancielle (- 12,4 % entre 2009 et 2011).

3 LE PROGRAMME DE GdR A POURSUIVI DES OBJECTIFS REDUCTEURS PAR RAPPORT AUX ENJEUX DE REGULATION DU SECTEUR DE L'IMAGERIE

3.1 La recherche d'efficience en matière d'imagerie renvoie à plusieurs leviers

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés dans une recherche d'efficience en matière d'imagerie médicale :

- l'analyse de la consommation des actes d'imagerie : il s'agit de s'interroger sur la pertinence des actes pratiqués en fonction de la pathologie du patient et du besoin diagnostique ; les comparaisons internationales montrent en effet un recours à certains examens très différent en France de ce qui est observé dans d'autres pays comparables ;
- la planification des équipements particulièrement coûteux (IRM et scanners notamment), en vue d'éviter à la fois une sur-activité (visant à rentabiliser l'investissement) et une sous-productivité ;
- la tarification des actes d'imagerie, afin de tenir compte des progrès techniques et des gains de productivité sur certains actes : bien que des négociations tarifaires aient régulièrement eu lieu entre la CNAMTS et les professionnels de santé, ce levier n'a véritablement été mobilisé que tardivement dans le cadre du programme de GdR (diminution récente des tarifs pour l'acte de remnographie de segment des membres).

Or le programme de GdR relatif à l'imagerie a été excessivement focalisé :

- d'abord sur la pertinence des seuls actes de radiographie conventionnelle ; encore cette préoccupation a-t-elle été brève, alors que les questions de pertinence appellent un travail de longue haleine avec les professionnels ;
- puis sur la diversification du parc d'IRM pour augmenter la part des appareils d'IRM ostéo-articulaires sur la base de justifications médico-économiques qui apparaissent discutables.

3.2 Les actions de GdR sur la pertinence des actes d'imagerie menées en 2011 se sont focalisées sur la radioprotection

La CNAMTS a édité trois « mémos » à destination des médecins libéraux :

- le premier mémo reprend les recommandations de la SFR visant à éviter les examens inutiles dans le cadre de la radioprotection, notamment les radiographies conventionnelles du crâne ;
- les deux autres mémos précisent les conditions de prise en charge des radiographies conventionnelles par l'Assurance maladie, qui dépendent des indications médicales précitées.

²⁶ Instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2011, validée par le CNP le 8 avril 2011.

L'instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011 indiquait que l'action d'accompagnement serait conduite par :

- l'Assurance maladie pour les médecins libéraux (médecins généralistes et radiologues) ;
- les ARS et l'Assurance maladie pour les établissements de santé publics.

L'accompagnement des établissements de santé publics n'a finalement pas eu lieu, ni par les ARS ni par l'Assurance maladie, en raison notamment de divergences sur certaines recommandations. Ainsi les urgentistes ont fait valoir que, dans des situations de détresse respiratoire ou cardiovasculaire, un cliché thoracique pouvait être justifié en l'absence d'IRM ou de scanner disponible.

De manière générale, cette démarche devait aussi buter contre la médiocre traçabilité de la chaîne de décision aboutissant aux actes réalisés - en raison de la non traçabilité de la validation de la prescription et de son adaptation par le radiologue²⁷. De fait, l'intervention du technicien de radiologie et du radiologue peut conduire à la réalisation d'actes supplémentaires, imputés au prescripteur initial.

En termes d'évaluation, un indicateur relatif à la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur les 3 topographies devait être suivi. La mission dispose uniquement de résultats sur 2009 et 2010 pour les établissements de santé publics, ce qui ne permet évidemment pas d'évaluer cette démarche ; d'autant que la radiologie conventionnelle avait amorcé un déclin dès avant la modification de la CCAM, qui s'est accentué ensuite (pour le crâne et l'abdomen sans préparation surtout). Cet indicateur a été abandonné dès 2012.

Une autre fragilité tient au processus de production controversé du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale. La HAS a en effet délégué la formulation de recommandations sur les actes d'imagerie médicale à la Société française de radiologie (SFR) et à la Société de biophysique et de médecine nucléaire (SBMN) qui ont utilisé une méthodologie du consensus formalisé en trois phases, analogue à celle utilisée par la HAS. Les recommandations à destination des professionnels de santé sont répertoriées dans le *guide de bon usage des examens d'imagerie médicale*.

Ce choix s'explique probablement par l'absence de masse critique d'experts mobilisables par la HAS et par le nombre toujours croissant de saisines de cette instance. Toutefois, ces sociétés savantes n'ont pas un statut d'indépendance analogue à celui de la HAS et comprennent notamment des membres syndicaux du G4²⁸ - certes censés s'exprimer en tant que personnalités qualifiées et non au titre de leurs autres mandats. Si la compétence des experts n'est pas remise en cause, la question néanmoins d'éventuels conflits d'intérêts au sein de la SFR et la SFBM n'a pas été résolue. Les considérations de responsabilité civile professionnelle ont en outre pesé.

La question de l'autorité et de la légitimité des recommandations produites selon ce processus, et donc de leur utilité pour la gestion du risque, est posée. Lors des entretiens de la mission avec plusieurs responsables de la HAS, il a été exprimé que le « label HAS » ne serait plus attribué aujourd'hui à un guide produit selon ce processus.

Les indications de certains examens d'imagerie, décrites sur le site de la SFR, apparaissent ainsi peu sélectives et donc peu utiles à une démarche de GdR dans ce domaine. Du reste, les recommandations relatives à la réalisation de radiographies du thorax ont été contestées par les urgentistes, mettant un point d'arrêt au premier programme de pertinence des actes de radiographie dans les établissements de santé.

²⁷ cf. article R. 1333-57 du code de santé publique.

²⁸ Le G4 est le conseil professionnel de la radiologie française, regroupant quatre instances : le collège des enseignants en radiologie de France (universitaires), la Fédération nationale des médecins radiologues (médecins libéraux), la Société française de radiologie (société savante) et le Syndicat des radiologues hospitaliers ; son président est le secrétaire général de la SFR.

Une nouvelle version du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale, produit par la SFR et labellisé par la HAS, d'abord publié en 2005 puis mis à jour en 2010, est actuellement en cours de finalisation. Cette révision n'a pas donné lieu à de nouvelles initiatives sur la pertinence des actes d'imagerie. La difficile articulation des compétences de la CNAMTS, de la DGOS et de la HAS constitue un véritable obstacle à cet égard.

Présentation du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale²⁹

Le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale formule des recommandations destinées « à orienter le choix du médecin demandeur vers l'examen le plus adapté à la pathologie explorée, en l'impliquant dans le respect du principe de justification ». Ainsi, ce guide est censé répondre à plusieurs objectifs :

- le premier objectif consiste à « réduire l'exposition des patients par la suppression des examens d'imagerie non justifiés », ce qui nécessite notamment, dans le cadre de la radioprotection, une application rigoureuse du principe de justification³⁰ pour lequel un échange préalable d'information écrit entre le demandeur et le réalisateur de l'acte est nécessaire³¹ ;
- le second objectif est de « réduire l'exposition des patients par l'utilisation préférentielle des techniques non irradiantes (imagerie ultrasonore et imagerie par résonance magnétique) », étant entendu que chaque modalité utilisant des techniques différentes apporte une information spécifique qui peut s'avérer plus ou moins pertinente en fonction de la demande d'investigation du clinicien ;
- le troisième objectif vise à « améliorer les pratiques cliniques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie », ce qui implique un lourd travail de benchmarking et des accords entre spécialistes, ce qui fait encore défaut³² ;
- le dernier objectif du guide est de « servir de référentiel pour les audits cliniques »³³.

Dans le cadre du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale, une attention particulière a été portée à la radioprotection des patients qui est une obligation légale instituée par l'ordonnance 2001-270 du 28 mars 2001³⁴. Du reste, ce guide avait été conçu en application de l'article R. 1333-70 du code de la santé publique qui dispose que « en liaison avec les professionnels et en s'appuyant soit sur les recommandations de pratiques cliniques établies par la Haute Autorité de santé, [...], soit sur l'avis concordant d'experts, l'Autorité de sûreté nucléaire établit et diffuse un guide de prescription des actes et examens courants exposant à des rayonnements ionisants ».

²⁹ Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale en cours de finalisation par la SFR/SFBM.

³⁰ Cf. Article L. 1333-1 du code de la santé publique : « Une activité nucléaire ou une intervention ne peut être entreprise ou exercée que si elle est justifiée par les avantages qu'elle procure, notamment en matière sanitaire, sociale, économique ou scientifique, rapportés aux risques inhérents à l'exposition aux rayonnements ionisants auxquels elle est susceptible de soumettre les personnes ».

³¹ Cf. Article R. 1333-66 du code de la santé publique : « Aucun acte exposant aux rayonnements ionisants ne peut être pratiqué sans un échange préalable d'information écrit entre le demandeur et le réalisateur de l'acte ».

³² Rappelons en ce sens l'avis de la HAS de mars 2012 énonçant que « seul un équipement IRM corps entier à haut champ est capable de s'adapter aux exigences techniques de l'ensemble des indications d'exploration des membres », en contradiction avec l'instruction CNAMTS/DGOS/R3 n° 2012-248 du 15 juin 2012.

³³ Cf. Article R. 1333-73 du code de la santé publique : « La Haute Autorité de Santé définit, en liaison avec les professionnels, les modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques cliniques exposant les personnes à des rayonnements ionisants à des fins médicales. Elle favorise la mise en place d'audits cliniques dans ce domaine ».

³⁴ Cette ordonnance correspond à la transposition en droit français de la directive 97/43 Euratom.

3.3 A partir de 2012, le programme de GdR relatif à l'imagerie médicale s'est focalisé sur l'installation d'appareils d'IRM dédiés ou spécialisés

3.3.1 La volonté de développer la réalisation d'examens ostéoarticulaires en remnographie dédiée ou spécialisée

La démarche de diversification du parc IRM a été initiée au niveau national par la CNAMTS. La mission s'est intéressée au processus de décision à l'origine de ce programme.

Par instruction CNAMTS/DGOS/R3 du 15 juin 2012, l'Etat et l'Assurance maladie ont demandé aux ARS de « mettre en œuvre les objectifs de diversification des équipements IRM pour les exercices 2013 à 2015 ». L'objectif affiché consistait à proposer deux types d'appareils dans le cadre de la délivrance de nouvelles autorisations ou du renouvellement des autorisations : ceux « dédiés aux examens ostéoarticulaires des membres » d'une part³⁵ et ceux « spécialisés en ostéoarticulaire » d'autre part.

De taille relativement réduite par rapport aux appareils d'IRM polyvalents, l'équipement dit « dédié » se limite aux articulations et aux membres, cependant que l'équipement dit « spécialisé » permet en plus l'exploration de la hanche, du rachis, de l'épaule ou des cervicales.

L'instruction précise toutefois que ces appareils IRM dédiés ou spécialisés doivent être adossés à au moins un appareil IRM polyvalent afin « de favoriser la complémentarité des appareils en fonction de leurs indications (répartition des actes) et la mutualisation des compétences ».

Cette stratégie partait du double constat que les examens dans le domaine de l'ostéo-articulaire et du rachis représentaient près de 50 % des actes de remnographie en France en 2009³⁶ et que le parc d'IRM était globalement insuffisant compte tenu des objectifs du plan cancer, du plan Alzheimer, de l'augmentation des indications observées sur ces modalités d'imagerie et des préoccupations de radioprotection par ailleurs.

L'Assurance maladie entendait ainsi libérer des plages horaires sur les équipements polyvalents au profit des pathologies qui en ont le plus besoin, et réduire les délais d'accès à ces examens (délai mesuré par le benchmark ANAP³⁷ de 2010, montrant un délai médian de 21 jours pour les patients en ambulatoire inférieur ou égal à 38 jours pour 80 % d'entre eux - sans que l'étude puisse toutefois rendre compte des indications concernées par les temps d'attente les plus longs).

Afin de conforter cette démarche, et dans la mesure où les écarts de coûts de ces appareils se révélaient somme toute modestes, des mesures tarifaires complémentaires ont été prises dès 2012 :

- en 2012, l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins a inscrit une baisse des forfaits techniques pour les IRM existants (entre -5 % et -10 %) ;
- dans le même avenant, deux nouvelles classes d'IRM spécialisées et dédiées ont été créées, assorties de tarifs spécifiques afin d'inciter les médecins à reporter les actes correspondants sur ces nouvelles machines ;

³⁵ La notion d'IRM ostéoarticulaire dédié remonte à plus de vingt ans en France et à ce titre une recommandation du CEDIT en date du 10 novembre 1996. Il s'agissait à l'époque d'une analyse faite à partir d'une IRM de faible intensité (0,2 Tesla alors que la plupart des IRM polyvalents ont une puissance de 3 Tesla soit près de 100 000 fois le champ magnétique terrestre, avec un petit tunnel n'autorisant que les études des petites articulations, genou compris). Les conclusions du CEDIT portaient sur une activité ostéoarticulaire qui avait triplé à l'hôpital Cochin en un an, avec 59% d'activité genou, 20% mains et poignets, 19 % pieds et chevilles, et un délai d'attente pour les rendez-vous IRM corps entier qui était passé de trois à une semaine.

³⁶ Cf. instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011, op.cit.

³⁷ Rapport de benchmark, Imagerie IRM – scanner, ANAP, 2010

- en 2013, le tarif des quatre actes CCAM de remnographie de segment des membres ont été baissés de 69 € à 60 € par un avenant (n°8) à la convention nationale des médecins³⁸.

Paradoxalement, une révision à la hausse des tarifs en radiologie conventionnelle, notamment sur l'ostéo-articulaire, était elle aussi inscrite pour un certain nombre d'incidences, dans l'instruction CNAMTS/DGOS du 15 juin 2012 précitée.

Coûts des appareils d'IRM

L'acquisition d'un appareil d'IRM polyvalent classique « corps entier » - dont les établissements de santé souhaitent se doter afin de réduire les délais d'attente des examens liés à des pathologies comme le cancer, les atteintes neurologiques et vasculaires ou des pathologies pédiatriques - présente un supplément de coût à l'achat de l'ordre de 50 000 à 100 000 € par rapport aux appareils spécialisés ou dédiés ; et un supplément de coût annuel de maintenance et de fonctionnement de l'ordre de 70 000 € (cf. tableau).

Sans être négligeables, ces écarts ne sont de nature à surdéterminer une politique de régulation de l'imagerie.

Coûts moyens (hors installation) des appareils IRM :

	Coût d'acquisition moyen	Coût annuel moyen de maintenance et de fonctionnement
Appareil IRM polyvalent 1,5 T	249 576 €	355 508 €
Appareil IRM 1,5 T spécialisé en ostéo-articulaire	205 380 €	307 011 €
Appareil IRM 1,5 T dédié aux examens des membres	142 107 €	255 668 €

Source : CNAMTS

La question des coûts est cependant complexe tant il est difficile d'avoir une vision claire des coûts totaux des équipements d'IRM. Des coûts d'installation de ces appareils peuvent en effet s'ajouter aux coûts d'acquisition, variables selon les caractéristiques des appareils, correspondant à l'installation de la cage de Faraday, à l'infrastructure du réseau informatique requise, au réseau d'eau glacée et d'hélium liquide, à la formation des personnels aux risques, etc., coûts qui peuvent doubler le prix d'acquisition initial. Selon les données PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables) de la DGOS, un appareil IRM de 1,5 Tesla (mesure de sa puissance magnétique) peut ainsi, dans certaines circonstances, engendrer un coût final de l'ordre de 1 million d'euros.

3.3.2 Une justification qui apparaît fragile en termes économiques et en termes médicaux...

Le projet consistant à reporter sur les IRM dédiés ou spécialisés une partie des actes réalisés auparavant sur des IRM polyvalents ne tient pas compte de trois éléments d'analyse :

- **La pertinence des actes ostéoarticulaires réalisés sur les appareils IRM :** aucune des études n'aborde la problématique de l'équipement d'IRM par le biais de la pertinence des actes d'imagerie pratiqués sur cet appareil. Or, la HAS, dans sa note sur la puissance de champ magnétique nécessaire à l'exploration des membres par IRM (septembre 2011), montrait que 40 % des actes d'IRM étaient dédiés aux membres en France, alors que cette proportion était de 25 % en Belgique comme au Canada ou aux Etats-Unis, et de 10 % et 8 % respectivement en Autriche et en Allemagne. L'indication majeure de l'IRM concerne le

³⁸ Note transmise à la mission par la CNAMTS en janvier 2014 ; une nouvelle baisse à 55 € serait prévue par le même avenant pour juillet 2014.

système nerveux central pour les pays analysés (entre 52 % et 66 %) ; elle est moins dominante en France (45 %).

Tableau 4 : champs principaux d'utilisation de l'IRM dans 6 pays de l'OCDE en part du volume d'actes d'IRM

Pays	Année	Névraxe	Membres	Autres
Belgique	2007	56%	25%	19%
Canada	2005	64%	25%	11%
USA	2006	52%	24%	24%
Autriche	2009	55%	10%	35%
Allemagne	2009	66%	8%	26%
France	2009	45%	40%	15%

Source : HAS, service évaluation des actes professionnels, septembre 2011 (Allemagne : secteur hospitalier seul ; France : secteur libéral seul).

- **La productivité des appareils IRM :** si l'ANAP a piloté une étude en 2010 sur l'imagerie par scanner et IRM, l'approche en médiane de la plupart des paramètres étudiés ne permet pas d'analyser la productivité de ces équipements. L'aide à la décision fournie par cette étude est controversée ; les précautions et la nécessité d'analyses supplémentaires exprimées par les auteurs en fin du document témoignent de la limite de ce travail. D'autres analyses et témoignages attestent néanmoins de marges de progression significatives en termes de productivité notamment dans le secteur public à condition qu'évoluent les modalités de prise de rendez-vous, les plages horaires d'ouverture, l'organisation des vacances et les coopérations entre professionnels.
- **Le service rendu par les appareils IRM :** il convient de souligner la prudence de la HAS sur ce point. Son rapport d'évaluation sur l'exploration ostéo-articulaire des membres par IRM dédiée³⁹ recommande de procéder dans un premier temps à une expérimentation avant de généraliser le recours à ce type d'équipements. La Haute autorité s'interroge particulièrement sur les limites du champ exploré par ces IRM, notamment la difficulté d'identifier en résonance magnétique des affections tumorales ou synoviales. C'est pourquoi elle propose d'adosser une IRM dédiée à une IRM polyvalente et de débiter leur implantation dans des centres pilotes « afin de pouvoir analyser l'impact organisationnel et économique d'un tel adossement ». Or le principe d'une expérimentation n'a pas été retenu dans le programme de GdR et, si le principe de l'adossement a été repris, il a reçu à ce jour peu d'application - à vrai dire l'ensemble de ce programme s'est peu concrétisé puisqu'on compte seulement trois appareils dédiés en service (le premier ayant été installé en avril 2013). Mais l'instruction DDS/CNAMTS sur l'implantation d'IRM de diversification a fait l'objet d'avis divergents et discordants dans la communauté scientifique⁴⁰.

³⁹ *Exploration ostéo-articulaire des membres par IRM : intérêt diagnostique des équipements à champ modéré et des équipements dédiés*, HAS - Service évaluation des actes professionnels, Mars 2012.

⁴⁰ En novembre 2010, lors d'une réunion organisée par l'Autorité de sûreté nucléaire, les représentants de la Société française de radiologie mentionnaient que « des IRM dédiés à un domaine pathologique ne semblent pas aujourd'hui souhaités ». Un expert de la Société d'Imagerie Musculo-Squelettique (SIMS) cité par la HAS faisait état d'une « fausse bonne idée ». Au sein même de la SFR les avis divergent et une partie de ses membres s'est prononcée dès 2011 en faveur du remplacement partiel des IRM polyvalentes par des IRM dédiés (et non de leur adossement à des appareils IRM polyvalents existants).

Les appréciations respectives de la HAS et de la CNAMTS ont du mal à converger, dans un contexte marqué par des finalités et calendriers discordants, et par une rivalité *de facto* des deux institutions dans la fonction de production de références professionnelles. Si cette mission de production de référentiels est clairement dévolue à la HAS par la loi, la légitimité de l'assureur dans ce domaine est plus discutable.

Le rapport de la HAS de mars 2012⁴¹, dans sa partie « Conclusions techniques consensuelles », énonce que « *seul un équipement IRM corps entier à haut champ est capable de s'adapter aux exigences techniques de l'ensemble des indications d'exploration des membres* ». Il semble que cette affirmation ait retardé la diffusion de l'instruction DSS/CNAMTS de 2012 sur les IRM de diversification ; l'annexe IV de cette instruction rend d'ailleurs compte de la prudence des termes utilisés par la HAS.

Le même rapport conclut que « *le manque de données comptables et de description des pratiques IRM limite actuellement les réflexions sanitaires et médico-économiques pouvant être menées. Ces données sont pourtant rendues primordiales par les enjeux de santé publique liés à l'IRM et par la prééminence financière de l'imagerie médicale dans les dépenses de santé. Il paraît donc essentiel d'initier une analyse de l'offre IRM en décrivant aussi finement que possible la situation française et en la comparant aux données internationales disponibles* ».

Le recours par la CNAMTS, de son côté, à des groupes d'experts, pour appuyer ses orientations, aboutit à confronter des légitimités aux fondements différents, posées en rivales.

Le nombre élevé d'acteurs impliqués, professionnels et régulateurs, la place des sociétés savantes et des syndicats professionnels dans l'élaboration des recommandations de bon usage des examens d'imagerie labellisées par la HAS, le lien entre les initiatives de GdR de la CNAMTS et l'agenda conventionnel contribuent à la confusion de ces processus de décision, au prix d'une perte. L'efficacité de la démarche de gestion du risque en imagerie est affaiblie.

3.3.3 ... au risque de susciter des effets paradoxaux en matière de GdR

La pathologie ostéoarticulaire n'a aucune raison d'être plus présente en France que dans d'autres pays de l'OCDE. Or l'IRM d'exploration des membres et du rachis en ambulatoire représentait globalement près des 2/3 des actes d'IRM en ambulatoire en 2009 (respectivement 40 % et 24 %) ⁴². L'encéphale, prioritaire dans les autres pays de l'OCDE, ne représentait que 21 % des actes effectués en France, l'appareil digestif 9 % et le reste 6 %.

Dans ce contexte, il aurait donc fallu, en priorité, chercher à peser sur les recours excessifs aux IRM pour les examens et interprétations de l'ostéoarticulaire (plus simples à effectuer selon l'avis de professionnels ⁴³), plutôt que de soutenir cette activité en installant des IRM dédiés et spécialisés dans l'ostéoarticulaire. Ces équipements peuvent même créer un appel d'air se traduisant par une augmentation d'examens relativement lourds pour des pathologies traumatiques mineures.

⁴¹ *Exploration ostéo-articulaire des membres par IRM : intérêt diagnostique des équipements à champ modéré et des équipements dédiés*, op. cit.

⁴² *Puissance de champ magnétique nécessaire à l'exploration IRM des membres*, HAS, septembre 2011. La HAS a reconstitué, à partir des données de l'Assurance maladie, le champ d'utilisation de l'IRM en 2009.

⁴³ Entretien mission - Société française de radiologie

Certains responsables de centres hospitaliers publics ou privés rencontrés ont d'ailleurs souligné l'intérêt des IRM de petite taille dédiés aux seuls examens des membres et de leurs articulations, avec la possibilité de créer des filières de prise en charge des troubles articulaires (pour lesquels une IRM n'est pourtant pas toujours justifiée). Ils rappellent aussi que l'IRM spécialisée ne présente que peu d'intérêt car dépourvue de la « légèreté » des appareils dédiés et des fonctionnalités des IRM polyvalents, auxquels elle ne peut se substituer en cas de panne - alors que l'inverse est évidemment possible. A contrario, quelques établissements refusent d'implanter des IRM dédiés alors que les IRM polyvalentes sont en nombre trop limité au regard des besoins du bassin de population.

Parmi ces appréciations diverses, la SFR soutient une position qui ne relègue pas les techniques d'imagerie classiques : *« L'imagerie des os et des articulations possède cette belle particularité d'être l'une des rares à bénéficier de l'apport de l'ensemble des différentes techniques d'imagerie. La radiographie y possède toujours sa place. Le scanner et l'arthroscanner sont les examens de référence de nombreuses articulations ; l'échographie de l'appareil locomoteur est incontournable »*⁴⁴.

Le sous-équipement relatif de la France en IRM demeure cependant.

Les recommandations préparatoires au troisième plan cancer⁴⁵ rappellent que le précédent plan avait fixé un objectif de 10 appareils d'IRM polyvalents par million d'habitants pour 2011 (contre 7,5 en 2008). Cet objectif n'a pas été atteint. Le taux d'équipement moyen en Europe occidentale est passé, quant à lui, de 13,5 à 20 IRM par million d'habitants (27 en Allemagne). Le retard s'est donc creusé.

Parmi ces recommandations on lit : *« Obtenir des rendez-vous d'IRM pour le diagnostic et le suivi thérapeutique des cancers le plus rapidement possible et dans tous les cas dans les 14 jours suivant la prescription de l'examen sur l'ensemble du territoire national. Si cet objectif n'est pas atteint d'ici 2015, augmenter rapidement le parc d'IRM installées en conséquence. Avoir comme objectif d'ici 2018 de disposer de 20 IRM par million d'habitants, en prévoyant le personnel nécessaire à leur fonctionnement. »* Dans le même sens, le rapport final de l'INCa sur le plan cancer 2009-2013, remis au Président de la République, insiste sur l'importance des délais d'accès et sur les disparités régionales de couverture.

Le besoin d'appareils IRM polyvalents a été régulièrement rappelé lors des déplacements de la mission en régions, pour la prise en charge des cancers mais aussi pour les accidents vasculaires cérébraux, la neurologie - dont le diagnostic d'Alzheimer et de démence sénile, ou encore la pédiatrie.

4 CONCLUSIONS ET PRECONISATIONS

4.1 Eléments de conclusion

En conclusion, les choix médico-économiques de la GdR en matière d'imagerie interrogent.

La GdR s'est concentrée sur la remnographie en raison de la croissance du volume d'actes correspondants ; elle ne s'est pas intéressée à l'échographie - alors que l'on peut s'interroger sur la pertinence d'un si grand nombre d'indications - ni sur la scanographie. On notera cependant que l'apparition aujourd'hui d'une scanographie de grande vitesse et de faible irradiation pourrait modifier la donne dans le futur proche.

⁴⁴ Position exprimée par Valérie Bousson et Pierre Champsaur, site web de la SFR, "Imagerie ostéoarticulaire", mise à jour le 07/11/2013.

⁴⁵ Pr. Jean-Paul Vernant, *Recommandations pour le 3ème plan cancer*, avec l'appui de l'IGAS et de l'IGAENR, juillet 2013.

L'accent a été mis sur une diversification d'IRM à visé ostéoarticulaire, alors que la France est le premier prescripteur d'actes de ce type au sein des pays de l'OCDE et ce sans raisons médicales avérées. L'installation d'appareils d'IRM dédiés et spécialisés en ostéoarticulaire/rachis risque d'amplifier en volume d'actes et en coût cette pratique (déjà deux à trois fois plus développée en France que dans les autres pays comparables) ; des IRM dédiés pourraient faciliter la création de filières attractives pour tout type de fracture ou d'entorse qui auraient pu être examinées par des techniques plus classiques et nettement moins onéreuses.

La réponse aux besoins en IRM polyvalente, pour laquelle le taux d'équipement en France apparaît sensiblement inférieur aux moyennes de l'OCDE, demeure quant à elle incertaine. Or ces IRM polyvalentes sont indispensables au diagnostic et suivi des cancers et des atteintes du système nerveux central (AVC, Alzheimer...). Tout se passe comme si les besoins d'IRM en France étaient comblés « en trompe l'œil » par l'arrivée d'IRM dédiés ou spécialisés, d'utilité limitée en termes de santé publique.

Il importe de réaffirmer que la promotion de techniques d'examen de moindre coût doit se faire à bénéfice égal pour le patient et sans dégradation de la pertinence des actes.

Au demeurant, l'ensemble du programme de GdR en imagerie a connu peu d'application qu'il s'agisse de l'accompagnement des établissements sur la pertinence des actes en radiologie conventionnelle ou de la diversification du parc d'IRM (seuls 3 IRM dédiés ayant été installé à ce jour). Des orientations peu comprises et contestées sur le fond, issues de processus de décision peu clairs et concurrents, et qui n'ont pu se rattacher à une analyse médico-économique solide des dépenses comme de l'activité d'imagerie, expliquent largement ce résultat.

4.2 Préconisations

La mission estime que le programme imagerie devrait évoluer dans les directions suivantes.

La connaissance du risque en matière d'imagerie doit progresser sensiblement : par la traçabilité de la chaîne de décision quant aux actes réalisés (i.e. traçabilité de la validation de la prescription et de son adaptation par le radiologue) ; par l'analyse micro-économique concernant la productivité des équipements, les seuils de rentabilité et le coût des différents actes ; par une meilleure identification du phénomène de redondance des examens ; et par l'anticipation des innovations technologiques. Alors que les données de base sont aujourd'hui dispersées entre l'Etat et l'Assurance maladie, un préalable à la gestion du risque est que les autorités de régulation nationales disposent en routine d'une image complète et fiable à la fois des équipements en service, des volumes d'activité et des dépenses engendrées pour chacun des types d'examens et d'équipements mobilisés.

L'organisation optimale de l'offre en imagerie doit devenir un axe prioritaire de la GdR dans ce secteur (incluant la permanence des soins).

La question de la pertinence des actes d'IRM pour les indications ostéoarticulaires doit être posée. Au-delà de l'ostéoarticulaire, cela soulève la question de l'autorité compétente et légitime pour mettre à jour régulièrement les indications des actes d'imagerie, compte tenu des progrès technologiques rapides.

Enfin, **la modernisation de la tarification des actes d'imagerie** reste un sujet majeur de la politique conventionnelle. L'augmentation du nombre des actes d'imagerie (+ 17 % en scanographie, + 20 % en scintigraphie, + 34 % en IRM sur quatre ans) retentit inévitablement sur les durées d'amortissement des équipements concernés, évolution qui devrait être mieux prise en compte dans l'ajustement des forfaits et tarifs.

ANNEXE : SYSTEME D'AUTORISATION DES EQUIPEMENTS LOURDS

Parmi les différents appareils d'imagerie, seule l'installation des « équipements matériels lourds » est soumise à autorisation de l'agence régionale de santé (art. L. 6122-1 du code de la santé publique). La notion d' « équipement matériel lourd » s'appréhende via le critère de coût : d'après l'article L. 6122-14 du CSP, « sont considérés comme équipements matériels lourds [...] les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux ». En pratique, la liste de ces équipements matériels lourds est fixée par décret (cf. art. R. 6122-26 du CSP) et comprend :

- les caméras à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- les scanographes à utilisation médicale ;
- les caissons hyperbare (ne concerne pas l'imagerie) et les cyclotrons à utilisation médicale concerne la production de radiotraceurs pour les technologies de médecine nucléaire).

Les technologies qui ne nécessitent pas d'autorisation institutionnelle d'achat préalable sont celles basées sur l'utilisation de rayons X hors scanner, celles faisant appel aux ultra sons comme l'échographie, l'endoscopie incluant leurs différentes déclinaisons techniques, les enregistrements de l'activité électrique d'organes (électroradiologie, électromyographie, électroencéphalographie,...), les systèmes de stockage et de partage d'images.

Compte-tenu du coût élevé de ces appareils, la durée d'autorisation est fixée à 5 ans (cf. art. L. 6122-8 et R. 6122-37), permettant aux établissements ou médecins libéraux d'amortir le coût de l'investissement.

La planification de l'offre d'équipements matériels lourds vise donc à éviter une surconsommation des examens sur ce type d'appareillages dont le coût est remboursé par le biais du forfait technique versé par l'assurance maladie pour chaque acte réalisé.

Lorsqu'il s'agit d'une demande de renouvellement d'autorisation, l'ARS s'appuie sur l'évaluation demandée systématiquement aux titulaires d'une autorisation (cf. art. L. 6122-10 du CSP). Cette évaluation permet notamment de vérifier que les objectifs du SROS, les objectifs du CPOM conclu entre l'ARS et le titulaire de l'autorisation ont été atteints (cf. art. R. 6122-23 du CSP). Les indicateurs d'évaluation sont arrêtés par le DG ARS ou par arrêté du ministre chargé de la santé (cf. art. R. 6122-24 du CSP).

Par ailleurs, la délivrance d'une autorisation de mise en place d'un équipement lourd est subordonnée au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité (cf. art. 6122-5 du CSP). De plus, les ARS fixent des objectifs quantifiés aux titulaires des autorisations d'équipements matériels lourds (cf. art. L. 6122-8 du CSP)⁴⁶, et ce, en cohérence avec les objectifs quantifiés du SROS (cf. art. L. 1434-9 et D. 6121-6 du CSP). D'après l'article D. 6121-9 du CSP, les objectifs de l'offre de soins peuvent correspondre à des temps maximum d'accès dans un territoire de santé ou à des temps maximum d'attente pour les rendez-vous d'examens programmés. En outre, les ARS peuvent subordonner leur autorisation à des conditions relatives à la participation de missions de service publique telle que la permanence des soins (cf. art. L. 6122-7 du CSP).

⁴⁶ L'article L. 6122-8 du CSP indique que : « l'autorisation fixe les objectifs quantifiés des activités de soins ou des équipements lourds autorisés lorsqu'ils n'ont pas été fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conformément aux dispositions des articles L. 6114-1 et suivants. Dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs ».

Parmi les différents appareils d'imagerie, seule l'installation des « équipements matériels lourds » est soumise à autorisation de l'agence régionale de santé (art. L. 6122-1 du code de la santé publique). La notion d' « équipement matériel lourd » s'appréhende via le critère de coût : d'après l'article L. 6122-14 du CSP, « sont considérés comme équipements matériels lourds [...] les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux ». En pratique, la liste de ces équipements matériels lourds est fixée par décret (cf. art. R. 6122-26 du CSP) et comprend :

- les caméras à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- les scanographes à utilisation médicale ;
- les caissons hyperbare (ne concerne pas l'imagerie) et les cyclotrons à utilisation médicale concerne la production de radiotraceurs pour les technologies de médecine nucléaire).

Les technologies qui ne nécessitent pas d'autorisation institutionnelle d'achat préalable sont celles basées sur l'utilisation de rayons X hors scanner, celles faisant appel aux ultra sons comme l'échographie, l'endoscopie incluant leurs différentes déclinaisons techniques, les enregistrements de l'activité électrique d'organes (électroradiologie, électromyographie, électroencéphalographie,...), les systèmes de stockage et de partage d'images.

Compte-tenu du coût élevé de ces appareils, la durée d'autorisation est fixée à 5 ans (cf. art. L. 6122-8 et R. 6122-37), permettant aux établissements ou médecins libéraux d'amortir le coût de l'investissement.

La planification de l'offre d'équipements matériels lourds vise donc à éviter une surconsommation des examens sur ce type d'appareillages dont le coût est remboursé par le biais du forfait technique versé par l'assurance maladie pour chaque acte réalisé.

Lorsqu'il s'agit d'une demande de renouvellement d'autorisation, l'ARS s'appuie sur l'évaluation demandée systématiquement aux titulaires d'une autorisation (cf. art. L. 6122-10 du CSP). Cette évaluation permet notamment de vérifier que les objectifs du SROS, les objectifs du CPOM conclu entre l'ARS et le titulaire de l'autorisation ont été atteints (cf. art. R. 6122-23 du CSP). Les indicateurs d'évaluation sont arrêtés par le DG ARS ou par arrêté du ministre chargé de la santé (cf. art. R. 6122-24 du CSP).

Par ailleurs, la délivrance d'une autorisation de mise en place d'un équipement lourd est subordonnée au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité (cf. art. 6122-5 du CSP). De plus, les ARS fixent des objectifs quantifiés aux titulaires des autorisations d'équipements matériels lourds (cf. art. L. 6122-8 du CSP)⁴⁷, et ce, en cohérence avec les objectifs quantifiés du SROS (cf. art. L. 1434-9 et D. 6121-6 du CSP). D'après l'article D. 6121-9 du CSP, les objectifs de l'offre de soins peuvent correspondre à des temps maximum d'accès dans un territoire de santé ou à des temps maximum d'attente pour les rendez-vous d'examens programmés. En outre, les ARS peuvent subordonner leur autorisation à des conditions relatives à la participation de missions de service publique telle que la permanence des soins (cf. art. L. 6122-7 du CSP).

⁴⁷ L'article L. 6122-8 du CSP indique que : « l'autorisation fixe les objectifs quantifiés des activités de soins ou des équipements lourds autorisés lorsqu'ils n'ont pas été fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conformément aux dispositions des articles L. 6114-1 et suivants. Dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs ».

FICHE 3 : LE PROGRAMME INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

1 MALADIE RENALE CHRONIQUE, INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE OU TERMINALE

1.1 Définitions

La maladie rénale chronique (MRC) est une déficience de la filtration rénale qui se traduit par une diminution de la capacité du rein à éliminer des déchets toxiques présents dans l'organisme. Cette filtration se fait au niveau de glomérules rénaux, petites unités de filtration présents en grand nombre dans le tissu rénal. Le rein assure d'autres fonctions vitales comme le maintien de l'équilibre électrolytique de l'organisme ou la production d'enzymes et d'hormones.

On parle de maladie rénale quand le débit de filtration glomérulaire estimé est inférieur à un seuil, en l'occurrence 60 ml/min/1,73m² (DFG estimée) ou lorsque le ratio entre une protéine, l'albumine, et une molécule de dégradation de tissus musculaires, la créatinine, dépasse 3 mg/mmol dans les urines.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) ou terminale (IRCT) sont des étapes avancées de la maladie rénale chronique (MRC). L'IRC correspond à un défaut majeur de détoxification effectué par le rein et nécessite une aide à la filtration. L'IRCT correspond à un blocage de celle-ci qui impose une épuration extra rénale tous les deux jours, voire quotidienne selon les méthodes, et au mieux une greffe rénale. Le passage entre IRC et IRCT peut être brutal en l'absence de dépistage et de mesure d'appui à la filtration, mais beaucoup d'insuffisances rénales évoluant silencieusement pour le patient sont diagnostiquées au stade terminal.

Une caractéristique de la maladie rénale chronique est en effet d'être généralement silencieuse ou asymptomatique, ce qui justifie l'effort de dépistage de celle-ci, tout particulièrement chez les personnes hypertendues ou diabétiques, ces deux pathologies étant à l'origine d'un cas sur deux d'IRCT.

On estime à 3 millions le nombre de personnes présentant en France une MRC, sachant que selon les statistiques du répertoire REIN-ABM⁴⁸, 70 000 personnes ont été traitées par dialyse ou greffe rénale en 2009. Selon la HAS, ce nombre augmenterait de 4 % par an, et la prévalence de l'IRCT se situe actuellement en France autour de 1 000 par million d'habitants.

1.2 Quels traitements au stade de l'IRCT ?

En situation d'IRCT, deux types de traitements sont possibles⁴⁹ :

- la transplantation (de préférence sans dialyse préalable) à partir d'un greffon prélevé chez un donneur en état de mort cérébrale ou chez un donneur volontaire vivant ;
- la dialyse, selon plusieurs modalités :
 - dialyse péritonéale (DP) selon laquelle le péritoine est la membrane de filtration des impuretés véhiculées par le sang ; effectuée de façon quotidienne de jour ou de nuit, elle peut être automatisée (DPA) ou bénéficier de l'assistance d'une infirmière à domicile ;

⁴⁸ Réseau Epidémiologie Information Néphrologie - Agence de Bio-Médecine

⁴⁹ *Guide du parcours de soins - Maladie rénale chronique de l'adulte*, Haute Autorité de Santé, février 2012.

- l'hémodialyse : autre technique d'épuration extrarénale plus lourde quant à l'appareillage, elle peut se faire de façon diversifiée en fonction du degré d'autonomie du patient, « en centre » pour les patients les plus sévèrement atteints qui nécessitent la présence d'une équipe médicale, « hors centre » en « unité de dialyse médicalisée » - (UDM) où le patient est en contact avec une équipe en cas d'urgence, en « unité d'auto dialyse assistée » avec présence d'une infirmière ou encore en « auto dialyse simple », à domicile pour les patients les plus autonomes.

Toutes les techniques utilisées ont un impact lourd tant psychologique que pratique sur la vie quotidienne du patient, combinant la dimension chronique de la pathologie, une échéance létale possible, la lourdeur des prises en charge et la fréquence des séances.

1.3 Prévalence et incidence de l'IRCT

D'après les données⁵⁰ 2011 (les plus récentes disponibles) de l'Agence de la biomédecine (ABM), la prévalence brute au 31 décembre 2011 de l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse ou greffe rénale dans les 25 régions est estimée à 1 091 par million d'habitants, ce qui représente un total de 70 322 malades. La prévalence globale standardisée est de 40 patients par million d'habitants pour la dialyse péritonéale, de 567 pour l'hémodialyse et de 483 pour la greffe.

En 2011, 9 584 nouveaux patients ont débuté un traitement de suppléance de l'IRC (incidence de traitement). Alors que l'incidence globale de l'IRCT a augmenté de 5 % entre 2007 et 2009, portant principalement sur les personnes de plus de 75 ans et les patients diabétiques, celle-ci a diminué de 2 % entre 2009 et 2011⁵¹. « *Les données du rapport 2011 semblent confirmer qu'il s'agit bien d'un renversement de tendance* ». Une analyse fine des évolutions sur la période montre qu'elles sont attribuables au vieillissement de la population, à l'accroissement démographique et à l'augmentation de la fréquence de l'insuffisance rénale terminale traitée.

1.4 Dépenses liées à la prise en charge de l'IRC

Données sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en 2011

- 3,4 Mds € de dépenses d'Assurance maladie en 2011 (+5,3 %) dont 2,8 Mds € pour la dialyse et 0,6 Md€ pour la transplantation rénale et son suivi.
- Un peu plus des deux tiers de ces 3,4 Mds€ sont des dépenses réalisées au sein de structures hospitalières (2,3 Mds€) au titre de séances de dialyse ou de greffes. Les soins de ville représentent environ 1 Md€ de dépenses de soins de ville, incluant les transports (590 M€), les médicaments (340 M€), les soins infirmiers (48 M€), auxquels s'ajoutent les indemnités journalières (11 M€). L'invalidité représente 53 M€.
- Une dépense moyenne par patient de 43 050 € en 2011 (+1,8 %).
- 2 527 patients (affiliés au régime général) ayant bénéficié d'une transplantation rénale en 2011 et 28 361 en suivi de transplantation (31 100 patients porteurs de greffon rénal selon le registre du Réseau, Epidémiologie, Information, Néphrologie -REIN).
- 37 557 patients en dialyse en 2011 selon le registre REIN :
 - âge médian d'entrée en dialyse : 71 ans
 - dialyse effectuée à 93 % en hémodialyse (dont 0,7 % en hémodialyse à domicile) et 7 % en dialyse péritonéale (dont 4 % en DP continue assistée par une infirmière et 3% en DP automatisée).

⁵⁰ Cf. rapport annuel ABM-REIN de 2011, sur 18 régions métropolitaines p.48

⁵¹ Données issues du rapport du Réseau, Epidémiologie, Information, Néphrologie (REIN) en 2011. Le taux d'évolution est calculé sur 18 régions (représentant 82 % de la population française). Pour comparer les taux d'incidence, le rapport tient compte du taux standardisé sur la distribution par âge et par sexe de la population française en 2011, ce qui permet de distinguer les évolutions attribuables aux changements démographiques (en termes de taille et de structure) de ceux attribuables à l'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT).

Extrait de la proposition de plan d'action sur l'IRC, CNAMTS, juillet 2013.

Compte tenu des délais de mise à disposition des données du registre REIN, la mission ne dispose pas de données complètes au-delà de 2011. Elle dispose en revanche de chiffres issus des remboursements de la CNAMTS. Aussi l'évaluation des résultats de ce programme - qui a véritablement démarré à partir de 2012, voire 2013 pour certaines actions - est-elle très limitée. La présente fiche vise donc davantage à évaluer le pilotage de ce programme que les résultats obtenus en termes de maîtrise des dépenses à court ou moyen terme.

2 LE PILOTAGE DU PROGRAMME REPOSE SUR UNE CHAÎNE DE DECISIONS FRAGILE

2.1 Une construction rendue difficile par l'implication de très nombreux acteurs

Le pilotage du programme de GdR relatif à l'IRC a été confié à la direction de la sécurité sociale (DSS)⁵². Il convient de noter que ce programme fait intervenir de nombreux acteurs ; un groupe de travail a donc été constitué, réunissant la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de la santé (DGS), l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), l'agence de traitement de l'informatique hospitalière (ATIH), l'agence de biomédecine (ABM), la Haute autorité de santé (HAS), ainsi que les agences régionales de santé (ARS) d'Aquitaine, de Basse Normandie, de Franche-Comté, d'Ile de France, et de Languedoc Roussillon.

En revanche, alors que l'IRC soulève des enjeux de santé publique, la direction générale de la santé (DGS) est absente de ces travaux. De son côté, l'université n'a pas été associée à la réflexion sur cet axe de gestion du risque ; or elle peut avoir une influence importante, en particulier au niveau régional, sur les choix thérapeutiques, en raison de son positionnement sur la greffe ou la dialyse péritonéale par exemple.

La réflexion et les actions à conduire au niveau national ont été réparties entre quatre sous-groupes selon le schéma suivant :

- la prévention de l'IRCT, piloté par l'ABM, avec l'objectif d'émettre des recommandations relatives à la prévention et au ralentissement de l'IRCT ;
- une prise en charge plus efficiente de l'IRCT, touchant à l'organisation des soins, sujet piloté par la DGOS ;
- une prise en charge plus efficiente de l'IRCT concernant spécifiquement la greffe rénale, dont le pilotage a été confié à l'ABM ;
- la tarification des différentes modalités de prise en charge, pilotée par la DSS.

Les travaux de ces groupes de travail ont été régulièrement présentés au conseil national de pilotage des ARS (CNP). Ainsi, trois instructions validées par le CNP ont précisé les modalités de déploiement de ce programme de GdR aux niveaux national et régional :

- l'instruction n°2010-293, signée par la DSS et validée par le CNP du 17 décembre 2010, qui prévoit, d'une part, «*la réalisation d'un état des lieux et d'un diagnostic partagé en région*» portant sur les données épidémiologiques de l'IRCT, les pratiques de dépistages, le développement de la greffe rénale ainsi que les caractéristiques de la prise en charge et de l'offre de soins d'épuration extra-rénale ; d'autre part, «*la diffusion de recommandations relatives à l'IRC et l'élaboration de plans d'actions régionaux*» ;

⁵² Cf. annexe 2 de l'instruction validée par le CNP du 17 décembre 2010 (n°2010-293)

- l'instruction n°2011-308, cosignée par la DSS et la DGOS et validée par le CNP du 16 décembre 2011, qui fournit aux ARS une proposition d'offre cible⁵³ ainsi que des éléments d'orientation pour l'élaboration du plan d'actions en lien avec la réalisation du SROS-PRS ;
- l'instruction n°2013-174, signée par la DGOS et validée par le CNP du 12 juillet 2013, qui présente les orientations nationales pour les schémas interrégionaux d'organisation des soins relatifs à l'activité de greffe d'organes et à l'activité de greffe de cellules souches hématopoïétiques. Cette instruction traite, entre autres, de la greffe rénale mais n'est pas directement rattachée au programme de GdR dans ce domaine.

2.2 Un suivi confus ; un indicateur de résultat réducteur

« *La part des patients traités par dialyse péritonéale sur l'ensemble des patients dialysés* » est l'indicateur proposé par la CNAMTS et retenu pour l'évaluation des résultats de ce programme. C'est aussi celui qui a été repris dans les CPOM conclus entre l'Etat et les ARS - bien que la DSS et la DGOS aient proposé un autre indicateur fondé sur l'incidence de la pathologie.

Or cet indicateur apparaît très réducteur au regard des enjeux de l'IRC et de l'ensemble des actions envisagées par les instructions elles-mêmes. Telle région, ayant réussi par exemple à promouvoir la greffe (qui présente le plus grand bénéfice pour la qualité de vie du patient et la maîtrise des dépenses à moyen long terme) verra son taux de dialyse péritonéale dégradé, avec une vision déformée de sa performance réelle en termes de prise en charge de l'IRCT. Cet indicateur a perduré dans les CPOM des ARS jusqu'en 2013, tandis qu'une définition révisée (« *la part des patients traités par dialyse péritonéale sur les patients incidents* ») était adoptée pour le calcul de leur indicateur synthétique de GdR.

Parallèlement, des cibles régionales correspondant à cette part voulue des dialyses péritonéales ont été établies par la CNAMTS pour chacune des ARS - étendant en quelque sorte le management par objectif pratiqué au sein du réseau du régime général.

Dans ce contexte de pilotage relativement confus, la DGOS a conçu, de son côté, une série d'indicateurs alternatifs pour fonder l'évaluation des ARS (cf. *infra*) ; des objectifs ont ainsi été définis, quoique non contractualisés dans le cadre des CPOM Etat-ARS. En pratique, la mission a pu constater au cours de ses déplacements que ce sont surtout ces derniers que les ARS utilisent pour le suivi de leur programme régional.

2.3 Des délais de publication trop longs

Le délai de publication des recommandations par la HAS ne facilite pas le pilotage de ce programme de GdR. La DGOS et la CNAMTS ont saisi la HAS pour l'inscription à son programme de travail de 2009 d'« *une évaluation médico-économique du parcours de soins d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale, dans tous les aspects de la prise en charge* ».

⁵³ Dans l'offre cible, il est proposé par exemple une augmentation de 3 % du nombre de patients greffés par an (avec greffon fonctionnel) si la part des greffés est supérieure à 45 % et l'attente médiane est inférieure à 12 mois ; ou une augmentation de 3 % du taux d'incidence de la dialyse péritonéale si celui-ci, observé en 2010, est supérieur à 20 %.

Une note de cadrage sur l'évaluation médico-économique de la prise en charge des patients adultes en traitement de suppléance pour IRCT (hémodialyse, dialyse péritonéale et greffe) a été élaborée par la HAS en septembre 2010 ; le volet sur le développement de la transplantation rénale a été publié en juin 2012. En février 2012 la HAS a édité un guide relatif au parcours de soins lié à la maladie rénale chronique de l'adulte, qui devait servir de base à l'expérimentation de la tarification au parcours de soins, finalement inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Un nouveau document est en préparation sur l'ensemble des thématiques liées à la greffe et à la dialyse, dont la publication est attendue pour l'été 2014 et qui devrait constituer la nouvelle référence. On voit bien la difficulté qu'il y a à construire le programme IRC sur des recommandations stables, discriminantes, produites en temps utile et permettant une évaluation des actions associées.

Enfin, les délais de mise à disposition des données du REIN⁵⁴, d'une qualité certes indéniable, représentent une autre difficulté, retardant d'autant les possibilités de réorientation et d'évaluation des actions. A défaut de ces données, le suivi en prévalence s'appuie depuis mi-2013 sur des données, incomplètes, issues de la liquidation des forfaits de dialyse péritonéale payés par la CNAMTS, sans toutefois permettre le calcul du taux de DP sur patients incidents.

3 LE PROGRAMME REFLETE IMPARFAITEMENT LES GRANDS ENJEUX MEDICAUX ET ECONOMIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DE L'IRC

3.1 Les actions relatives à la prévention de l'IRC ont démarré tardivement et ont vocation à se développer davantage à l'avenir

Le programme de GdR relatif à l'IRC comporte un axe visant à « *promouvoir des actions de prévention et de dépistage de la maladie rénale chronique et à améliorer l'accès des patients à l'information et aux programmes d'éducation thérapeutique* ». L'objectif est de ralentir la progression de la maladie et d'éviter la survenue des dialyses en urgence, sources de complications ou d'une prise en charge de moins bonne qualité. Ainsi, un des quatre indicateurs prévus pour évaluer cet axe du programme consiste à mesurer « *la part des nouveaux patients accédant à l'épuration extra-rénale en dehors du contexte de l'urgence vitale* ».

Entre 2009 et 2011, le taux de patients ayant commencé leur traitement en urgence apparaît stable, autour de 33 % en hémodialyse et de 5 % pour la DP⁵⁵. La mission ne dispose pas cependant de données plus récentes pour mesurer l'effet des dernières actions dans ce domaine.

Plusieurs leviers ont été identifiés à cette fin⁵⁶ :

- la sensibilisation des médecins généralistes ;
- l'amélioration de l'information des patients ;
- la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

⁵⁴ Le dernier rapport annuel disponible début 2014 se rapporte à l'exercice 2011.

⁵⁵ Cf. rapport annuel (2011) du REIN. Le résultat concernant la prise en charge des patients par DP dans un contexte d'urgence apparaît étonnant dans la mesure où dans ce cadre particulier, il ne s'agit pas d'une méthode retenue par les néphrologues.

⁵⁶ Cf. instruction n° 2010-293 validée par le CNP du 17 décembre 2010 et instruction n°2011-308 validée le 16 décembre 2011 (annexe 2).

3.1.1 La sensibilisation des médecins généralistes est centrée sur le dépistage de l'IRC chez les patients diabétiques

Le dépistage de l'IRC reste en revanche le parent pauvre des politiques publiques visant cette pathologie. Ainsi, en Pays de la Loire par exemple, la moitié des patients arrivent à la dialyse par les urgences alors même qu'ils bénéficient déjà d'un suivi médical pour d'autres pathologies (pour un diabète ou une hypertension) ; le manque d'efficacité du système de soins est ici patent. Les interlocuteurs rencontrés par la mission dans les cinq régions ont unanimement et systématiquement souligné le manque de surveillance de la fonction rénale par la médecine de ville et la nécessité de corriger ce défaut.

En matière de dépistage de l'IRC, une première action a consisté en la diffusion de documents d'informations s'adressant aux médecins généralistes, établis par l'Agence de biomédecine.

D'autres actions d'accompagnement ont été menées par la CNAMTS au cours de l'année 2013 visant à promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC chez les patients diabétiques. Ce choix est conforme aux préconisations de la HAS, selon laquelle « *chez le patient diabétique, une surveillance renforcée est justifiée (évolution plus rapide de la maladie rénale chronique, risque de survenue de complication liées à l'IRC plus élevé que chez le non-diabétique, risque de survenue des complications liées au diabète plus élevé que chez le patient diabétique sans atteinte rénale)* ». Les démarches entreprises par la CNAMTS à cette fin s'inscrivent dans le cadre des visites que les délégués de l'Assurance maladie (DAM) réalisent auprès des médecins généralistes ciblés selon l'importance de leur patientèle diabétique. Cette démarche, déjà mentionnée dans l'instruction n°2010-293, a pris du retard en raison des difficultés de validation par la HAS du mémo établi par la CNAMTS à l'attention de ses délégués.

Pour autant, l'absence de ciblage des personnes souffrant d'hypertension artérielle (HTA) est discutable dans la mesure où, d'après les données de REIN⁵⁷, les néphropathies hypertensives et vasculaires représentent un quart de l'incidence (en 2011), devant les néphropathies liées au diabète (22 % de l'incidence)⁵⁸.

Dans un avenir proche, il faut noter que la CNAMTS envisage d'intégrer dans la ROSP des critères relatifs au dépistage de l'IRC chez les patients diabétiques ou hypertendus à partir de 2014⁵⁹.

De son côté, la MSA a mené une action d'accompagnement des médecins généralistes à patientèle importante (selon un seuil propre à chaque région) avec des messages de prévention couvrant un plus large spectre puisqu'il inclut à la fois les patients diabétiques, les patients atteints d'insuffisance cardiaque et les assurés de plus de 65 ans traités par anti-inflammatoires. La MSA prévoit de compléter cette sensibilisation par des messages à destination des pharmaciens d'officine sur la prévention de l'insuffisance rénale iatrogène.

Afin de mesurer l'effet de ces actions d'accompagnement, l'instruction de 2011 prévoyait un indicateur de suivi, à savoir « *la part des diabétiques suivis en ville ayant à la fois une estimation annuelle de leur taux de filtration glomérulaire et un dosage d'albuminurie* » dans l'optique de dépister une IRC débutante. A noter que le suivi biologique annuel des diabétiques était de 33 % pour l'albuminurie et 80 % pour la créatinémie en 2009, ce qui justifierait un indicateur ciblé davantage sur la mesure des dosages d'albuminurie. En toute hypothèse, cet indicateur ne figure ni dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des CPAM, ni dans les CPG des DRSM.

⁵⁷ Cf. Rapport annuel (2011), REIN.

⁵⁸ « *Un malade est considéré comme incident en 2011, si et seulement si il a débuté un premier traitement de suppléance, dialyse ou greffe préemptive, durant l'année 2011* », in rapport REIN, op. cit.

⁵⁹ Cf. présentation au Copil du 22 novembre 2013.

3.1.2 L'information et l'éducation thérapeutique du patient apparaissent encore peu développées

Le guide du parcours de soins de la HAS publié en février 2012 décrit le contenu de l'information et les objectifs pédagogiques pour les patients atteints d'une maladie rénale chronique, à savoir :

- les mesures de néphroprotection relatives aux médicaments néphrotoxiques, aux examens radiologiques, au risque professionnel et au rôle aggravant du tabac ;
- les facteurs de risque cardio-vasculaires ;
- les conseils en matière d'activité physique et de diététique ;
- la protection du capital veineux ;
- la connaissance des signes et symptômes ainsi que des traitements de suppléance.

Plusieurs vecteurs peuvent être mobilisés pour informer le patient⁶⁰ :

- la diffusion des documents d'information, notamment ceux élaborés par la Fondation du Rein en collaboration avec la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR) et l'Association pour l'information et la recherche sur les maladies rénales génétiques (AIRG) en vue d'éclairer et de garantir le libre choix du patient parmi les différentes modalités de prise en charge ;
- la formalisation d'un « temps d'information » des nouveaux patients, assurée par les professionnels de santé de l'équipe de néphrologie (consultations d'annonce par exemple) et figurant dans le dossier patient.

Les pratiques restent toutefois éloignées de ces objectifs.

Un indicateur proposé dans le cadre de l'annexe 2 de l'instruction de 2011 était sensé mesurer « *la part des nouveaux patients atteints d'une IRCT bénéficiant d'une information formalisée sur les modalités de traitement pour éclairer leur choix et mentionnée dans le dossier médical* ». Cet indicateur repose néanmoins sur des données déclaratives, qui demeurent insuffisamment renseignées par les médecins. La responsabilité même de la production de cette information n'est d'ailleurs pas clairement définie.

Ainsi, l'information relative à la consultation néphrologique préalable à été renseignée dans 43 % des cas pour les patients en hémodialyse et dans 47 % des cas pour les patients en DP⁶¹. Parmi les patients répondants, 18 % des patients en hémodialyse n'avaient pas eu de consultation néphrologique préalable contre 6 % des patients en DP, ce qui s'explique en partie par le fait que les néphrologues privilégient largement le traitement par hémodialyse dans un contexte d'urgence.

Par ailleurs, les programmes d'éducation thérapeutique du patient, qui constituent une démarche systématique de soins mobilisant de façon conjointe les cardiologues, les diabétologues et les néphrologues, en collaboration avec les médecins généralistes, ont été peu développés depuis 2010.

Si l'instruction n°2011-308 indiquait la possibilité d'utiliser des financements de MIGAC à cet effet, la mission n'a pas relevé lors de ses visites en régions, l'existence de programmes d'ETP relatifs à l'IRC. En revanche certaines ARS abordent l'information sur cette pathologie dans le cadre de contrats locaux de santé portant sur le diabète ou l'HTA.

⁶⁰ Cf. annexe 2 de l'instruction n°2011-308

⁶¹ Rapport 2011, REIN.

L'instruction n°2011-308 prévoyait également un indicateur portant sur « *la part des patients en IRCT, suivis par un néphrologue, à qui il a été proposé un programme d'éducation thérapeutique avant la phase d'épuration extra-rénale* ». Selon les éléments recueillis par la mission, cet indicateur n'a pas été suivi, du moins au niveau national.

Dans ce contexte décevant, l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit l'expérimentation d'une tarification au parcours de soins pour l'IRC, dont la finalité est, entre autres, de favoriser la prévention et l'éducation thérapeutique du patient. Très attendue, cette tarification expérimentale est néanmoins complexe à concevoir ; la mission ne dispose pas, au moment de la rédaction de ce rapport, d'information plus précise sur sa configuration. Il importe en toute hypothèse que l'UNCAM soit associée à la préparation de cette expérimentation tarifaire.

3.2 La promotion de la dialyse « hors centres lourds » s'est limitée, dans les faits, à la promotion de la dialyse péritonéale

3.2.1 Rappel sur les différentes modalités de dialyse

Lorsque le patient présentant une maladie rénale chronique atteint le stade de l'insuffisance rénale terminale et lorsque la transplantation n'est pas possible, la dialyse est indiquée selon les recommandations de la HAS⁶². L'article R. 6123-54 du code de la santé publique énonce quatre modalités pour la pratique de l'épuration extrarénale :

- l'hémodialyse en centre (centre de dialyse) ;
- l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM), qui accueille des patients qui nécessitent une présence médicale non continue pendant la séance de traitement, patients qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse ;
- l'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée où le patient exécute lui-même son traitement seul (autodialyse simple) ou assisté par une infirmière (autodialyse assistée) après avoir bénéficié d'une période d'apprentissage ;
- la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

Il est communément admis que les trois dernières modalités de dialyse correspondent à des prises en charge « hors centre ». Néanmoins, la CNAMTS considère que l'UDM ne constitue pas une prise en charge hors centre car elle ne confère pas une réelle autonomie au patient. Dans tous les cas, la prise en charge « hors centre » nécessite une implication du médecin traitant en relation avec le néphrologue.

La dialyse péritonéale, quant à elle, est ambulatoire et réalisée de manière quotidienne : en journée (dialyse péritonéale continue ambulatoire -DPCA) ou nocturne (dialyse péritonéale automatisée -DPA). Le patient peut être assisté par une infirmière.

D'après les données du rapport 2011 du réseau REIN, environ 39 500 patients étaient traités par dialyse fin 2011, dont 93 % en hémodialyse et 7 % en dialyse péritonéale. Parmi ces patients, 9 354 sont entrés pour la première fois en dialyse au cours de l'année.

90 jours après l'initiation du traitement, les patients restent majoritairement traités en hémodialyse en centre (69 %), cependant que les autres modalités occupent une place modeste, avec environ 10 % des patients en dialyse péritonéale et une part plus modeste encore en unité de dialyse médicalisée (8 %) et en autodialyse (7 %).

⁶² *Guide du parcours de soins - Maladie rénale chronique de l'adulte*, op. cit.

Sur moyenne période on observe assez peu d'évolutions de la part des différents modes de prise en charge ; à l'exception des hémodialyses en UDM dont la part relative a doublé entre 2007 et 2011 (cf. tableau suivant). La part de l'hémodialyse autonome tend en revanche à régresser - suggérant un déport de celle-ci vers l'UDM qui peut s'expliquer par l'évolution de l'offre de soins. La part des patients en dialyse péritonéale, quant à elle, est à peu près stable.

Tableau 1 : Evolution des modalités de traitement observées sur 18 régions (2007-2011)

Répartition des patients dialysés selon les différentes modalités	2007	2008	2009	2010	2011
HD en centre lourd	59,5 %	59,8 %	58,8 %	58,2 %	58,1 %
HD en UDM	7,7 %	9,4 %	11,8%	13,5 %	14,9 %
HD autonome	25,2 %	23,8 %	22,6%	21,6 %	20,4 %
Total HD	92,4 %	93,0 %	93,2%	93,3 %	93,4 %
DP assistée	3,0 %	2,8 %	2,8%	2,7 %	2,9 %
DP non assistée	3,0 %	2,8 %	2,9%	3,0 %	3,1 %
DP assistance inconnue	1,6 %	1,5 %	1,1%	0,9 %	0,6 %
Total DP	7,6 %	7,1 %	6,8%	6,6 %	6,6 %
Total dialyses hors centre lourd	40,5 %	40,3 %	41,2%	41,7 %	41,9 %

Source : Rapport 2011 du REIN, ABM (régions concernées : Auvergne, Basse Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne Ardenne, Corse, Haute Normandie, Ile-de-France, Languedoc Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Picardie, Provence Alpes Côte d'Azur et Rhône-Alpes)

Ces évolutions doivent néanmoins être interprétées avec prudence puisqu'elles peuvent être liées à l'évolution clinique des patients : elles sont le résultat des flux entrants (cf. tableau suivant) et des flux sortants vers la greffe rénale ou le décès.

Tableau 2 : Evolution des modalités initiales de traitement dans 18 régions (2007-2011)

Répartition des patients dialysés selon les différentes modalités	2007	2008	2009	2010	2011
HD en centre lourd	79,4 %	80,7 %	81,0 %	81,1 %	81,5 %
HD en UDM	1,8 %	2,0 %	2,5 %	2,7 %	3,2 %
HD autonome	3,0 %	2,4 %	2,0 %	2,0 %	1,7 %
HD en entraînement	4,2 %	3,9 %	3,6 %	3,7 %	3,7 %
Total HD	88,4 %	89,0 %	89,1 %	89,5 %	90,1 %
DPCA	7,0 %	6,4 %	6,7 %	5,9 %	5,9 %
DPA	3,2 %	2,9 %	2,6 %	3,0 %	2,3 %
DP en entraînement	1,3 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Total DP	11,5 %	11,0 %	11,0 %	10,6 %	9,9 %

Source : Rapport 2011 du REIN, ABM (régions concernées : Auvergne, Basse Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne Ardenne, Corse, Haute Normandie, Ile-de-France, Languedoc Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Picardie, Provence Alpes Côte d'Azur et Rhône-Alpes)

Selon la CNAMTS⁶³, le coût annuel moyen d'une prise en charge en dialyse varie de 64 500€ pour la dialyse péritonéale à 88 600€ pour l'hémodialyse - coûts moyens qui intègrent l'effet propre aux différentes structures de réalisation de ces soins ; soit un différentiel annuel moyen de 24 100€

Il convient de rappeler que la DP n'a véritablement de sens que dans l'attente d'une greffe. Les raisons tiennent essentiellement aux propriétés physiques d'élasticité et de perméabilité de la membrane péritonéale utilisée comme filtre dans cette technique, et dont la durée, estimée il y a encore peu de temps à plus de quatre ans, ne dépasserait pas deux ans selon la HAS.

Le nouveau rapport de la HAS sur l'IRCT qui devrait être publié à l'été 2014, reprenant toutes les modalités de traitement avec leur intérêt et indications respectifs, et tenant compte des anticipations sur le développement futur de la greffe, pourrait modifier les attendus en matière de GdR sur le sujet.

3.2.2 L'intérêt de la dialyse « hors centre »

Le deuxième axe du programme de GdR relatif à l'IRCT consiste à développer les prises en charge « hors centre lourd » des nouveaux patients en raison de leur double avantage : en termes d'accessibilité et de proximité des soins de dialyse pour les patients, d'une part, en termes de coûts pour l'Assurance maladie au titre des séances ou au titre des transports induits, d'autre part.

Cette orientation est conforme à la recommandation de la HAS de 2012 selon laquelle « *la dialyse hors centre (UDM, dialyse péritonéale, hémodialyse à domicile, autodialyse) doit être proposée en priorité* ». **Il convient de souligner que la HAS ne privilégie pas de technique particulière parmi les prises en charge « hors centre », indiquant que « les deux techniques de dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale) sont complémentaires et non concurrentielles »⁶⁴.**

La directrice générale adjointe de l'ARS Ile-de-France a ainsi résumé le contexte médico-économique de la dialyse : « on connaît les facteurs de succès : il faut des structures autonomes, avec un effectif infirmier conséquent, des supports bien formalisés et une bonne information des patients ; ce qui suppose un meilleur dépistage pour une prise en charge anticipée plutôt qu'en urgence ».

L'instruction n° 2011-308 fixe donc pour objectif d'atteindre une proportion de 40 % des patients incidents pris en charge hors centre en 2016 et 45 % en 2018 (dont 19 % en dialyse péritonéale et 15 % en UDM) contre 28% en 2010.

L'avantage de coûts pour l'Assurance maladie des prises en charge « hors centre » apparaît dans le tableau suivant. Dans ce cadre tarifaire, les forfaits hebdomadaires associés à la dialyse péritonéale confèrent également un avantage économique à cette technique. On attirera l'attention sur le fait que ces tarifs ne représentent cependant pas des coûts complets, les transports des patients notamment n'étant pas inclus (or les séances de dialyse occasionnent de très nombreux transports).

⁶³ Analyse médicalisée des dépenses : le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, CNAMTS, janvier 2014

⁶⁴ Guide du parcours de soins - Maladie rénale chronique de l'adulte, op. cit.

Tableau 3 : Tarifs 2013 des dialyses selon les structures (hors forfaits d'entraînement)

Tarifs des dialyses (2013)	Secteur public et ESPIC (ex DG)	Secteur privé (ex OQN)
DIAYSE EN CENTRE	GHM 28Z04Z	
Centre de dialyse	GHS 9605 = 333,91€ GHS 9617 (enfants) = 519,89€	GHS 9605 = 278,69€ GHS (enfants) = 340,62€ JVJF 004 ou 008(tarifs fistules artério-veineuses) = 38,35€ou 40,77€ + rémunération du néphrologue libéral
Dialyse péritonéale automatisée pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours	D 22 : 281,65€	D 22 : 266,25€
Dialyse péritonéale continue ambulatoire pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours	D 23 : 218,73€	D 23 : 206,78€
DIALYSE HORS CENTRE (*)	Forfaits D	
Unité de dialyse médicalisée, UDM	D 11 : 244,87€	D11 : 253,57€ + 1 CS pour le néphrologue libéral
Unité d'autodialyse assistée	D 13 : 240,09€	D 13 : 232,12€
Unité d'autodialyse simple	D 12 : 233,83€	D 12 : 226,09€
Hémodialyse à domicile	D 14 : 207,43€	D 14 : 203,85€
Dialyse péritonéale automatisée (DPA)	D 15 : 704,12€/semaine	D 15 : 691,93€/ semaine Forfait néphrologue libéral = 56€
Dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	D 16 : 546,84€/semaine	D 16 : 537,38€/ semaine Forfait néphrologue libéral = 56€

Source : Données CNAMTS, in Propositions de plan d'action IRC, 2013

(*) Un forfait « dialyse à domicile et autodialyse » est facturé pour chaque séance (d'hémodialyse ou d'autodialyse) réalisée en dehors d'un établissement de santé ou pour chaque semaine de traitement dans le cadre d'une dialyse péritonéale.

Cette structure tarifaire intègre de récentes modifications (cf. 3.2.3) qui n'effacent cependant pas les distorsions existantes, au niveau de la rémunération des néphrologues libéraux en particulier, susceptibles d'orienter vers des prises en charge en centre lourd, peu conformes à l'efficacité collective.

3.2.3 Des mesures réglementaires et tarifaires ont été prises pour favoriser le développement de la dialyse « hors centre », avec un accent particulier sur la dialyse péritonéale, mais les résultats sont limités

Plusieurs modifications réglementaires ou tarifaires ont eu lieu afin de promouvoir le développement de la dialyse péritonéale, notamment :

- un décret n°2011-1602 du 21 novembre 2011 permet la prise en charge, sur l'enveloppe des soins de ville, des actes infirmiers de dialyse péritonéale réalisés en EHPAD. L'objectif de cette mesure est de faciliter de telles prises en charge pour les personnes âgées dépendantes sans peser sur les effectifs infirmiers et les budgets de ces structures ;

- la rémunération élevée de l'activité de dialyse en centre lourd constitue un enjeu de revenus à la fois pour les établissements de santé et les néphrologues libéraux, susceptible de freiner le développement de la dialyse hors centre. Quelques mesures tarifaires correctrices (d'ampleur limitée) ont été prises ces dernières années :
 - en direction des néphrologues libéraux : un forfait de 56 € - censé inciter les néphrologues à orienter leurs patients vers la dialyse péritonéale - a été inscrit dans la convention médicale nationale de juillet 2011⁶⁵, puis inscrit dans la CCAM en juin 2012. Néanmoins, la modestie de ce forfait au regard de la rémunération d'une prise en charge en centre a eu peu d'effet incitatif sur la dialyse péritonéale : 2 535 patients ont été concernés par ces forfaits au 1er semestre 2013⁶⁶, soit à peine plus que les patients traités selon cette technique en dehors d'un établissement public avant l'instauration du forfait ;
 - en direction des cliniques privés⁶⁷ : la convergence entre les tarifs d'hémodialyse des secteurs public et privé s'est traduite par la baisse des tarifs d'hémodialyse du secteur privé de 2,7%, accompagnée d'une augmentation de 4% des tarifs de dialyse hors centre ;
 - une évolution tarifaire encore timide en faveur du « hors centre » : les revalorisations des dialyses hors centre sont restées faibles (+2€ à +4€ des forfaits D selon les techniques) ; symétriquement, sur le GHM 28Z04Z de dialyse en centre, la diminution tarifaire entre 2010 et 2013 s'est limitée à 1,6% pour le secteur public et à 2,6 % pour le secteur privé. La CNAMTS estime qu'une baisse des tarifs en centre de 10 % avec passage à des tarifs hebdomadaires représenterait une économie de 95M€ portée par les établissements tant publics que privés⁶⁸.
- Une réflexion est engagée par la DGOS sur la possibilité pour un établissement de santé de confier l'activité de dialyse à des prestataires à domicile.

Au-delà du levier tarifaire, la formation des néphrologues à la technique de DP constitue une condition du développement de cette modalité. Ainsi, la DGOS et la DSS ont demandé l'inscription d'un semestre de DP dans la maquette pédagogique du 3^{ème} cycle de néphrologie⁶⁹.

Par ailleurs, l'ouverture d'unités de dialyse médicalisées de proximité, non accolées à un centre d'hémodialyse, et situées près d'un établissement de soins disposant de compétences médicales d'urgence ou pouvant activer un SMUR⁷⁰ a été confortée par le décret du 10 février 2012 celui-ci autorise l'utilisation de la télémédecine dans les UDM, selon les recommandations de la HAS⁷¹ et dans le cadre législatif et réglementaire prévu pour la télémédecine⁷².

Il n'en demeure pas moins que malgré les mesures déjà prises, la proportion de patients en dialyse péritonéale n'a pas progressé entre 2012 et 2013, se maintenant autour de 7 %. Un recul est même observé dans certaines régions pionnières (comme en Franche Comté où cette proportion est passée de 23 % à 19 %) ⁷³.

⁶⁵ L'article 27.2 de la convention nationale du 26 juillet 2011 conclue entre la CNAMTS et les syndicats de médecins libéraux prévoit « la création, à la liste des actes et prestations, d'un acte forfaitaire qui rémunérerait le suivi du patient par le médecin responsable de la dialyse péritonéale ».

⁶⁶ Cf. CNAMTS, présentation au Copil du 22 novembre 2013.

⁶⁷ Noter que seulement 23% des patients sont exclusivement pris en charge dans les structures publiques.

⁶⁸ Le plan d'action 2013 sur l'IRC proposé par la CNAMTS met en cause les fédérations qui ne mettraient pas à disposition les données de l'enquête coût de l'ATIH afin d'empêcher un ajustement tarifaire sur l'activité en centre.

⁶⁹ Cf. présentation au Copil du 26 mars 2012

⁷⁰ SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

⁷¹ HAS, *Les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée*, Recommandations en santé publique, janvier 2010.

⁷² Ce décret modifie l'article D. 6124-76 du CSP.

⁷³ CNAMTS, « Proposition de plan d'action sur l'IRC », 2013.

Notons que dans les territoires aux faibles densités médicales, la télé-dialyse constitue un levier intéressant de développement de la prise en charge hors centre. La HAS définit le cadre de la télé-dialyse en UDM comme la mise en œuvre d'un système communicant entre un centre principal, où se trouve l'équipe de médecins néphrologues, et une unité satellite où se trouvent les patients et l'équipe paramédicale⁷⁴. Le système de télé-dialyse implique selon la HAS :

- la visualisation et le stockage des paramètres des générateurs de dialyse pour la télé-surveillance ;
- la visio-conférence pour la télé-consultation, la télé-assistance et la télé-expertise ;
- les applications supports nécessaires à la réalisation d'actes médicaux à distance (dossier patient, analyse des données de dialyse, etc.).

3.2.4 Au niveau régional, la promotion de la dialyse hors centre s'appuie sur les schémas régionaux d'offre de soins

Au niveau régional, cet axe s'est appuyé sur les schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS), arrivant à échéance fin 2012 dans la plupart des régions, puis sur les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) intégrés aux projets régionaux de santé (PRS) à partir de 2013. Ainsi, l'ensemble des SROS-PRS incluent une orientation sur le développement de la dialyse hors centre⁷⁵.

3.2.5 L'indicateur figurant dans les CPOM des ARS est loin de rendre compte de l'efficacité des prises en charge en régions

Deux indicateurs relatifs au programme de GdR « IRC » figurent dans les CPOM conclus entre l'Etat et les ARS :

- un premier indicateur correspond à la proportion de patients traités par dialyse péritonéale (indicateur de prévalence) ;
- un deuxième ratio, qui entre dans le calcul du score synthétique de GdR des ARS, correspond à la part des patients *incidents* traités par dialyse péritonéale sur l'ensemble des patients dialysés 90 jours après le démarrage du traitement (indicateur d'incidence).

Si le second ratio est plus juste que le premier, il n'est guère besoin d'en calculer deux pour appréhender le même phénomène. De plus, il ne s'agit là que d'une image très partielle de l'ensemble des actions engagées par les instructions de 2010-2011, dont un des objectifs consiste à prendre en charge hors centre 40 % des patients incidents en 2016 et 45 % en 2018 (contre 28 % en 2010), ce dont les indicateurs des CPOM ne peuvent rendre compte.

Le premier ratio ne prend pas non plus en compte la place de la greffe dans les traitements : ainsi, des régions ayant de bons résultats en matière de greffe, et plus particulièrement de greffe préemptive, ont mécaniquement de moins bons résultats sur cet indicateur. On ne peut que regretter que le niveau de développement de la greffe rénale ne soit pas valorisé dans la mesure de la performance des prises en charge de l'IRCT en régions.

En toute hypothèse, compte tenu des délais de production des données du REIN, les indicateurs retenus ne sont à ce jour disponibles que jusqu'en 2011 - même si la CNAMTS est en mesure d'approcher l'indicateur de prévalence sur la base des forfaits de DP payés.

Cela peut expliquer que ces indicateurs régionaux soient en pratique peu suivis, ce qui entretient cependant le décalage entre un management par objectifs impératif au sein du réseau du régime général et un management par objectifs plus indicatif du réseau des ARS.

⁷⁴ Les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée, op. cit.

⁷⁵ Cf. Copil du 16/04/2013

Des cibles sont pourtant fixées pour chaque région, en dehors des CPOM des ARS, en fonction de la répartition des modes de dialyse observée en 2009, avec l'objectif de réduire les écarts interrégionaux. Le tableau suivant présente les valeurs de l'indicateur d'incidence en 2010⁷⁶, faisant bien apparaître les écarts interrégionaux :

Tableau 4 : Résultats sur l'indicateur d'incidence : part des patients incidents traités par dialyse péritonéale sur l'ensemble des patients dialysés 90 jours après le démarrage du traitement

Régions	2009	2010
Alsace	33 %	26 %
Aquitaine	4 %	4 %
Auvergne	15 %	19 %
Basse Normandie	34 %	36 %
Bourgogne	18 %	23 %
Bretagne	18 %	15 %
Centre	7 %	5 %
Champagne-Ardenne	12 %	12 %
Corse	13 %	8 %
Haute Normandie	18 %	38 %
Ile de France	8 %	18 %
La Réunion	9 %	7 %
Languedoc Roussillon	12 %	10 %
Limousin	18 %	8 %
Lorraine	12 %	28 %
Midi-Pyrénées	7 %	12 %
Nord-Pas de Calais	15 %	7 %
Pays de Loire	6%	12 %
Picardie	7 %	7 %
Poitou-Charentes	20 %	6 %
Provence-Alpes-Côte d Azur	7 %	15 %
Rhône-Alpes	17 %	6 %
Total	13 %	14 %
Ecart-type	0,08	0,10

Source : Secrétariat général des ministères sociaux

⁷⁶ Les résultats 2011 présentés au Copil de décembre 2012 posent des problèmes de cohérence et n'ont donc pas été repris par la mission.

3.3 La promotion de la greffe rénale n'a pas été une priorité du programme de GdR

3.3.1 La greffe, modalité de traitement la plus efficiente

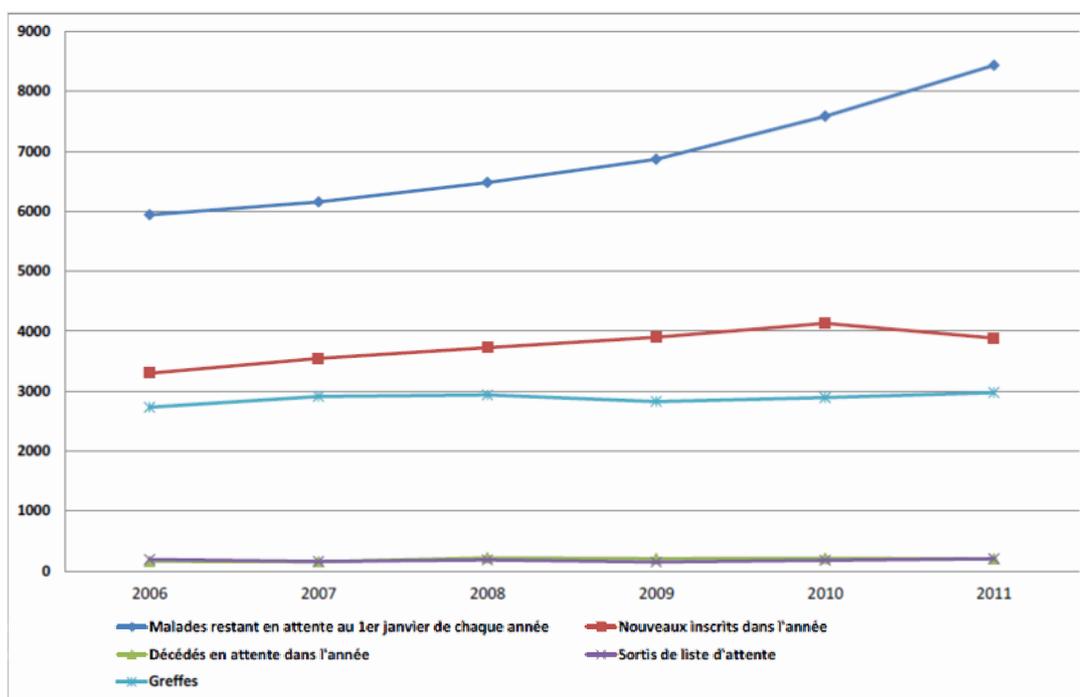
La greffe rénale, lorsqu'elle est possible, constitue la modalité la plus efficiente de prise en charge des patients en IRCT puisqu'elle procure une meilleure qualité de vie au patient et engendre des coûts de traitement moins élevés dans la durée.

En effet, la dépense annuelle moyenne remboursée par patient, attribuable à la pathologie (hors comorbidités et dépenses non liées à l'IRCT), est de 55 796€ l'année de la transplantation et de 11 625€ pour le suivi de la transplantation ; soit des gains très significatifs à moyen long terme, comparés au coût annuel moyen de la DP (64 500€) ou de l'hémodialyse (88 600€)⁷⁷.

Aussi la HAS⁷⁸ recommande-t-elle en priorité la greffe préemptive, correspondant à la transplantation sans dialyse préalable. En 2010 et 2011, 3 % des patients arrivés au stade terminal de l'IRC ont bénéficié d'une greffe (soit environ 500 patients)⁷⁹. Environ 10.000 malades sont en attente de greffe rénale⁸⁰.

Si le prélèvement d'organes a connu une progression continue entre 2000 et 2007 (+45 %), il a ensuite stagné puis régressé en 2009, et ce malgré une diversification des donneurs (donneurs décédés après arrêt cardiaque, donneurs vivants, greffes à critères élargis, etc.). En 2011, 2 976 greffes rénales ont été effectuées⁸¹ (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 1 : Evolution de la liste d'attente et devenir des candidats en greffe rénale



Source : Rapport annuel du REIN (2011), ABM

⁷⁷ Analyse médicalisée des dépenses : le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, op. cit.

⁷⁸ Guide du parcours de soins - Maladie rénale chronique de l'adulte, op. cit.

⁷⁹ Rapport annuel (2011), REIN - ABM

⁸⁰ Données partielles ABM pour 2013 : 9 835 patients étaient en attente de greffe rénale en 2013.

⁸¹ Rapport annuel (2011), REIN - ABM

3.3.2 De fortes disparités de recours entre régions

Il existe de fortes disparités entre régions à la fois en termes de prévalence de la greffe et en termes de délais d'attente sur la liste. Ainsi, le ratio entre le nombre de patients inscrits et le nombre de patients dialysés de moins de 60 ans varie⁸² de 0,42 en Poitou-Charentes à 0,84 en Ile de France, en passant par 0,47 en Languedoc Roussillon, 0,56 en Picardie et 0,68 en Pays de Loire, pour ne citer que les régions étudiées par la mission.

L'incidence brute du taux de greffe nécessite d'être rapportée à la population prise en charge toutes techniques confondues. La part de la transplantation s'élevait donc en 2011 à 10,7 % en Pays de Loire (49/456) contre seulement 2,2 % en Picardie (6/274), 2,9 % en Languedoc Roussillon, (14/473) et 3% en Ile de France (51/1742), avec un résultat intermédiaire de 6,8 % obtenu en Poitou-Charentes.

L'objectif fixé par l'instruction n°2011-308 correspond à un taux de patients vivants avec un greffon fonctionnel rapporté à la population des patients atteints d'IRCT de 49% en 2018 (vs. 45,6 % en 2013).

Cet objectif est décliné régionalement en fonction du délai d'attente et du niveau de l'activité de manière à ne pas pénaliser les régions performantes. Il ne figure toutefois pas dans les actuels CPOM des ARS. Il est certes prévu qu'un indicateur relatif à la greffe entre dans les prochains CPOM⁸³.

L'instruction n°2011-308 identifiait les différents leviers permettant de promouvoir la greffe rénale, à la suite de l'état des lieux réalisé par les ARS.

3.3.3 Le levier principal réside dans l'amélioration de l'activité de prélèvement des greffons

3.3.3.1 Les différentes modalités du don d'organe

Le prélèvement d'organes est soumis à des conditions éthiques et médicales strictement encadrées par la loi. On distingue le prélèvement d'organe sur personne décédée et celui sur donneur volontaire.

Concernant le don *post mortem*, la loi a inscrit le principe du consentement présumé (loi Cavaillet de 1976) de la personne décédée. Néanmoins, il reste indispensable de rechercher l'avis du défunt de son vivant, en particulier l'expression éventuelle d'une acceptation de prélèvement dans un document (notamment par le biais de carte de donneur organes et de tissus de l'ABM, du passeport de vie ou d'autres documents émis par des associations reconnues d'utilité publique), ou dans un avis verbal transmis à un proche. *A contrario*, le défunt a pu émettre un avis contraire auprès d'un proche ou en s'inscrivant sur le « registre national des refus »⁸⁴. Avant tout prélèvement, l'équipe médicale doit donc consulter ce registre, les cartes ou passeports de dons n'étant pas toutes opposables.

⁸² Rapport annuel (2011), REIN - ABM. Il convient de noter que ce taux peut refléter une faible activité d'inscription ou une courte durée d'attente du fait d'une activité de prélèvement et de greffe dynamique. Cet indicateur est susceptible de varier également selon que l'on inclut ou non les patients inscrits non encore dialysés (greffe préemptive).

⁸³ Cf. relevé de décisions du Copil GdR du 12 juillet 2013

⁸⁴ Art. L. 1211-2 à L. 1211-9 du CSP

Pour ce qui concerne le prélèvement sur un donneur vivant, la loi de bioéthique prévoyait que le donneur devait être membre de la famille du receveur⁸⁵, avant d'évoluer en 2011 pour élargir les possibilités de dons à toute personne ayant un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur, ou au don croisé entre deux couples donneurs-receveurs en cas d'incompatibilité de groupe sanguin entre donneur et receveur⁸⁶.

Des avancées législatives significatives ont donc eu lieu pour faciliter le prélèvement de greffon sur donneur vivant. 357 greffes ont été effectuées en 2012 à partir de donneurs vivants (12 % de la totalité des greffes rénales) contre 302 en 2011⁸⁷. Malgré tout, 88 % des greffes de rein restent fondées sur des greffons prélevés *post mortem*.

3.3.3.2 Des incitations récentes au don de greffons, dont l'effet ne peut encore être apprécié

La promotion des prélèvements sur donneurs vivants a principalement consisté en une campagne d'informations sur le donneur vivant lancée par l'ABM à destination des professionnels.

La réflexion relative à la prise en charge des frais engagés par les donneurs vivants de reins⁸⁸ n'a pas eu lieu alors que l'instruction de 2011 fixait un objectif de doublement de l'activité en 2016, soit 600 greffes par an à partir de donneurs vivants. Cet objectif est à mettre en miroir avec les quelque 10.000 malades en attente de greffe rénale.

Quant aux prélèvements sur les donneurs en état de mort cérébrale, diverses actions ont été menées :

- le lancement d'une campagne de communication grand public par l'ABM pour promouvoir le don d'organe, en vue de diminuer le taux de refus (1 027 oppositions au prélèvement d'organes en 2011)⁸⁹ ;
- le recensement des donneurs potentiels parmi les patients décédés, à partir du programme CRISTAL-Action développé par la CNAMTS et déployé dans la totalité des établissements de santé autorisés. Il permet d'analyser les potentialités de dons et de prise en charge ;
- une réflexion sur les réorganisations à opérer au sein des établissements potentiellement préleveurs (disponibilité des plateaux techniques et des équipes, coordination, etc.) ;
- la promotion des machines à perfusion de greffons permettant de tester la viabilité du greffon avant son prélèvement et de créer les conditions d'une meilleure survie de celui-ci, entre un à trois ans. L'ABM a préconisé qu'à terme la totalité des 35 établissements de santé autorisés pour la greffe rénale soient équipés de trois machines à perfusion chacun⁹⁰. L'objectif fixé par l'instruction de 2011 est de 45 % de greffons bénéficiant de cette technique en 2016.

⁸⁵ Loi, n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

⁸⁶ Loi n° 2001-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, art. 7

⁸⁷ www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan_2012/donnees/Idtf.htm, mise à jour 05/12/2013

⁸⁸ Mentionnée dans l'annexe 4 de l'instruction n°2011-308

⁸⁹ Rapport d'activité l'Agence de biomédecine, 2011

⁹⁰ Dans la mesure où les machines à perfusion des greffons permettent de transporter les reins prélevés vers le lieu de greffe, l'ABM estime nécessaire d'avoir deux machines pour perfuser les deux reins d'un prélèvement, et une supplémentaire en cas de défaillance ou si l'une des deux machines n'a pu matériellement revenir du lieu de greffe suite au prélèvement précédent. A cet égard, il convient de rappeler que, sur deux reins prélevés, un rein peut être greffé localement ou dans la région, cependant que l'autre doit être greffé hors région, en vertu des règles nationales de répartition des greffons.

3.3.3.3 L'outil tarifaire

D'autres mesures récentes portant sur le financement du prélèvement et de la greffe⁹¹ n'ont encore pas eu de répercussions réellement quantifiables :

- l'incitation au prélèvement de rein chez le donneur vivant : un tarif spécifique et majoré pour le prélèvement de rein chez le donneur vivant a été créé en 2012 (+16 % par rapport au GHM-GHS équivalent pour le niveau de sévérité 1, représentant la quasi-totalité des cas) ;
- la création d'un forfait prélèvement des reins avec mise sous perfusions des greffons afin de tenir compte du temps opératoire additionnel lié à la mise sous machine à perfusion ;
- l'instauration d'une nouvelle ligne du forfait annuel greffe afin de couvrir les charges de stockage/ maintenance des machines à perfuser acquises par les établissements.

Ces incitations liées à la campagne tarifaire 2012 ont été élargies en 2013 aux missions d'études cliniques et à la coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus (simplification des forfaits et élargissements des établissements concernés).

3.3.3.4 Un « plan greffe » relayé par la DGOS

L'instruction N°DGOS/R3/2013/299 du 12 juillet 2013 relative aux schémas interrégionaux d'organisation des soins de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques a décliné objectifs et indicateurs :

- Objectif 1 : augmenter le nombre de greffes d'organes et de tissus réalisées à partir de donneurs décédés dans le respect des normes de qualité ;
- Objectif 2 : augmenter le nombre de prélèvement et de greffes de cellules souches hématopoïétiques ;
- Objectif 3 : favoriser le développement des greffes de reins à partir de donneurs vivants ;
- Objectif 4 : améliorer à long terme le suivi des patients greffés et des donneurs vivants prélevés.

La cible finale de 5700 greffes d'organes (tous organes confondus) pour 2015 représente une croissance annuelle de 5 %.

L'augmentation du recensement des donneurs décédés sur tout le territoire (et de fait la réduction des disparités régionales) est un des autres objectifs poursuivis, tout comme la diminution des taux de refus de prélèvement sur donneurs décédés en état de mort encéphalique (ce taux se situant à 30 % aujourd'hui).

On ne peut que saluer ces initiatives qui, si elles arrivent tardivement, témoignent de la volonté de l'Etat de promouvoir cette pratique.

3.3.4 Le développement de la greffe soulève enfin des enjeux de coordination et d'organisation dans les établissements de santé

Le développement de la greffe appelle enfin :

- l'amélioration de la coopération entre les équipes de greffe et de dialyse, qui peut être rendue difficile en raison d'intérêts économiques divergents (l'activité de dialyse étant une source de revenus importante pour certains établissements) :

⁹¹ Instruction DGOS/R3/2013/299 du 12 juillet 2013 relative aux schémas interrégionaux d'organisation des soins des activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétique.

- en favorisant l'inscription le plus tôt possible des patients dialysés (ou en pré-dialyse) sur la liste d'attente de greffe : à cet égard, il est intéressant de noter qu'en 2011 les nouvelles inscriptions ont baissé de 6 %⁹² ;
- en réalisant un suivi partagé et « protocolisé » entre les équipes de greffe et de dialyse des patients greffés ;
- la réorganisation des activités suivant la disponibilité des équipes de prélèvements et de greffe ainsi que des plateaux médico-techniques.

4 CONCLUSIONS

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique comporte d'énormes enjeux de santé publique, d'organisation et de régulation des soins, et de maîtrise des dépenses afférentes.

Ce programme doit être cependant clarifié autour de finalités nettes et solidement justifiées en termes médico-économiques. Une plus grande cohérence entre les objectifs poursuivis et les modalités et indicateurs de pilotage est également souhaitable.

L'efficacité de prise en charge de l'IRC renvoie aujourd'hui à quatre leviers principaux :

- un véritable effort de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique des patients (encore très embryonnaire à ce jour) ;
- l'amélioration de l'information des patients sur les différentes stratégies thérapeutiques disponibles (support d'information, consultations d'annonces, etc.) ;
- le développement de l'accès à la greffe ;
- l'ajustement de l'offre et des tarifs afin de promouvoir les prises en charge hors centre lourd (en unité de dialyse médicalisée -éventuellement autonome et pouvant être reliée par télé-médecine à un « centre lourd »-, en structures d'autodialyse ou en dialyse péritonéale à domicile).

Les deux derniers leviers relèvent d'une politique d'offre et d'accompagnement des restructurations, qui doit être conduite par la DGOS, tout en mobilisant aussi le levier tarifaire (T2A et CCAM) afin d'aligner les signaux prix avec les objectifs d'efficacité collective dans ce domaine. L'association des équipes hospitalo-universitaires en région est également nécessaire au succès de cette politique.

Les deux premiers leviers relèvent d'un effort conjoint de l'Etat et des régimes d'Assurance maladie, lesquels peuvent peser à travers la sensibilisation des médecins, le renforcement de la ROSP dans ce domaine, et l'information des assurés. L'éducation thérapeutique du patient suppose la mobilisation de la DGOS et de la DGS afin de soutenir et démultiplier ce qui, à ce jour, n'est proposé que par quelques associations.

Enfin, la nécessité de réunions de concertation pluridisciplinaire pour les cas complexes (à l'image de ce qui existe en cancérologie) a été évoquée par plusieurs interlocuteurs de la mission ; cette éventualité mériterait d'être abordée par la HAS.

⁹² L'inscription sur la liste d'attente dépend essentiellement de l'âge, de l'existence d'un diabète et de la région de résidence.

FICHE 4 : LE PROGRAMME CHIRURGIE AMBULATOIRE

1 PORTEUR D'UNE VISION PLUS EFFICIENTE DE L'HOSPITALISATION, LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EST UN AXE ANCIEN DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE

1.1 Définition de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire recouvre « les actes chirurgicaux programmés nécessitant la sécurité d'un bloc opératoire, réalisés sous une anesthésie de mode variable et suivis d'une surveillance post-opératoire permettant la sortie du patient le jour même de l'intervention sans risque majoré »⁹³.

Dans le code de la santé publique, la notion de chirurgie ambulatoire apparaît dans deux articles :

- l'article D. 6124-301-1 (issu du décret du 20 août 2012) du code de la santé publique selon lequel « les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6121-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires. (...) » ;
- l'article R. 6124-4, selon lequel « les alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6121-2 ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

1° Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;

2° Les structures pratiquant l'anesthésie, ou la chirurgie ambulatoires.

Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale. Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. »

⁹³ Selon la définition retenue par la Haute Autorité de Santé dans ses différents rapports, et notamment dans la synthèse de son « Socle de connaissances » publiée en partenariat avec l'ANAP en avril 2012 (p. 9).

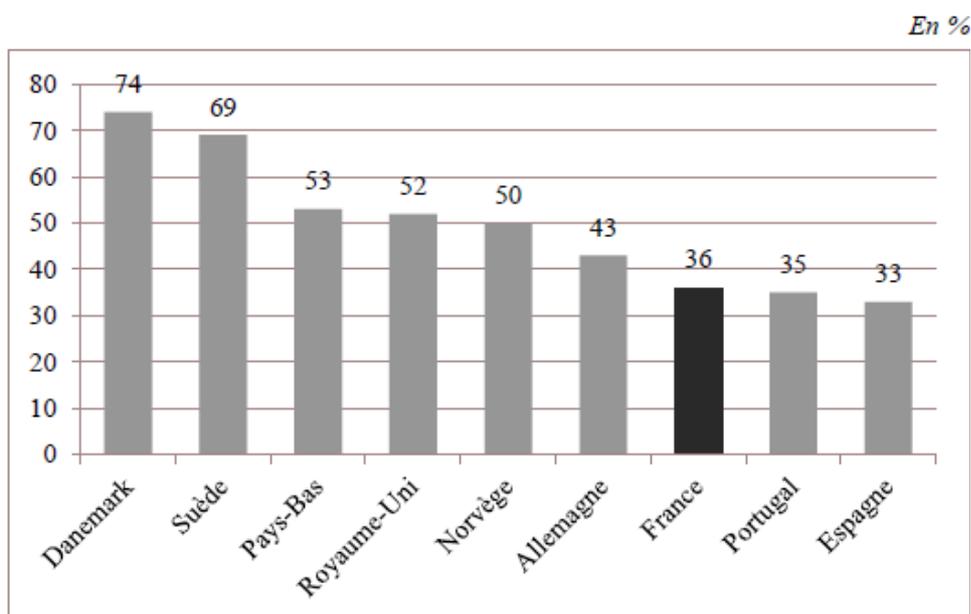
Au vu du code de la santé publique, **la chirurgie ambulatoire correspond donc à une hospitalisation de moins de 12 heures et sans hébergement de nuit.**

1.2 Un développement plus tardif en France que dans les autres pays

Globalement, quatre interventions chirurgicales sur dix sont désormais pratiquées sous cette forme, avec une extension progressive à des pathologies plus sévères. Si la part des interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation complète a simultanément diminué, elle demeure néanmoins encore majoritaire⁹⁴.

Néanmoins, la pratique de la chirurgie ambulatoire restait en 2010 sensiblement moins développée en France que dans les autres pays (cf. graphique ci-dessous) : elle était par exemple deux fois plus faible qu'au Danemark ou qu'en Suède. Il faut reconnaître que ces comparaisons sont à prendre avec précaution en raison de périmètres d'activités différents selon les pays. Soulignons aussi l'absence de données récentes ; on ne peut donc établir dans ce domaine de bilan de sortie de la COG ni de bilan du programme de GdR.

Graphique 1 : Place de la chirurgie ambulatoire dans différents pays européens en 2009



Source : HAS - Enquête IAAS 2009 - % de chirurgie ambulatoire/chirurgie totale

Source : Cour des comptes, rapport relatif à l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, 2013 (chapitre VIII « La chirurgie ambulatoire »)

⁹⁴ Cour des comptes, Rapport relatif à l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, chapitre VIII "La chirurgie ambulatoire", septembre 2013.

1.3 Un axe de gestion du risque à la fois pour l'Assurance maladie et pour les ARS

1.3.1 La chirurgie ambulatoire est susceptible de conjuguer qualité de prise en charge et économies

La chirurgie ambulatoire est censée permettre une meilleure maîtrise des soins notamment à deux égards :

- Son coût est moins élevé que celui d'une chirurgie comprenant un hébergement :

Dans son étude « Socle de connaissance - Synthèse » d'avril 2012, la HAS indique que plusieurs travaux concordants estiment que le coût de la chirurgie ambulatoire est inférieur au coût de la chirurgie classique. En 2007, *l'International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) a confirmé ces résultats en analysant 19 études publiées sur 8 types d'interventions entre 1972 et 2003, et selon lesquelles le coût de la chirurgie ambulatoire était inférieur de 25 % à près de 70 % à celui de la chirurgie classique. L'Assurance maladie a de son côté mené une étude en 2001⁹⁵ sur cinq interventions, avec également comme conclusion un coût inférieur de la chirurgie ambulatoire.

- Elle est un levier d'amélioration de l'organisation des établissements et notamment des blocs opératoires ainsi que des plateaux techniques :

Les gains économiques générés par le développement de la chirurgie ambulatoire sont d'autant plus intéressants que cette pratique est également associée à une amélioration de la qualité de la prise en charge du patient, que ce soit en raison d'une moindre exposition aux infections nosocomiales ou encore en raison de la nécessité de réfléchir davantage au parcours de soins du patient, en amont et surtout en aval de l'hospitalisation.

1.3.2 Ces économies sont néanmoins conditionnelles

Les objectifs de réduction des coûts énoncés ci-dessus ne sont pas automatiquement atteints par le développement de la chirurgie ambulatoire. Deux conditions sont notamment nécessaires :

- une égalité entre le tarif de l'ambulatoire et le coût de l'ambulatoire : si le tarif de l'ambulatoire reste le même que celui d'une hospitalisation complète, le coût de l'ambulatoire ne sera pas distinct de celui d'une hospitalisation complète ;
- une traduction du développement de la chirurgie ambulatoire par une réduction du nombre de lits dans les structures hospitalières et une optimisation de l'organisation des établissements, sans quoi le développement de la chirurgie ambulatoire demeurera sans effets sur la structure et l'organisation des établissements.

1.3.3 Leur estimation ne fait pas consensus

1.3.3.1 Un débat sur le potentiel de chirurgie ambulatoire : un taux de chirurgie ambulatoire de 50 % ou de 80 % ?

Le ministère de la santé (direction générale de l'offre de soins) s'est fixé en novembre 2011 l'objectif que 50 % de l'activité chirurgicale soit réalisé en mode ambulatoire à l'horizon 2016 (i.e. au terme des SROS), ce qui correspond à 500 000 - 600 000 séjours supplémentaires.

⁹⁵ Dans le cadre du programme national inter-régimes.

Or cet objectif est, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport⁹⁶ de septembre 2013, très en deçà de la cible fixée conjointement par l'Etat et l'Assurance maladie en octobre 2010, qui visait à atteindre 80 % de chirurgie ambulatoire, soit un potentiel de substitution de 2 millions d'interventions.

En Languedoc Roussillon, l'estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire à partir d'une analyse fine du case-mix des établissements de santé conduit à estimer à 14 % de l'ensemble des séjours de chirurgie sur la région l'activité « non substituable », c'est-à-dire non réalisable en ambulatoire (en raison de la nature de l'acte ou des caractéristiques de patients comme les comorbidités). Le potentiel de substitution résiduel ressort donc à 35 % des séjours dans cette région, soit 2,7 % des recettes de T2A correspondantes.

Pour sa part, la Fédération Hospitalière de France (FHF) a publié une étude en décembre 2013 sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire⁹⁷ et évalue le taux cible de chirurgie ambulatoire à 56 %. Cette estimation est ciblée sur le potentiel des centres hospitaliers. En évaluant les obstacles structurels au développement de l'ambulatoire (arrivée par les urgences et sévérité du cas essentiellement), la FHF estime à près de 47 % la proportion de séjours éligibles à la chirurgie ambulatoire. Pour sa part, la CNAMTS ne s'est pas fixé de cible particulière en chirurgie ambulatoire, en dehors du principe de rattrapage des établissements les plus en retard dans le développement de l'ambulatoire.

1.3.3.2 Des chiffrages des économies induites par le développement de la chirurgie ambulatoire allant de 45M€ à 5Mds€

Dans son rapport sur les lois de financement de la Sécurité sociale 2013, la Cour des comptes a repris une étude de l'ANAP de 2011⁹⁸ pour estimer à 5Mds€ par an le potentiel d'économies lié au développement de la chirurgie ambulatoire. Ce potentiel d'économies est calculé sur la base d'hypothèses fortes : 90 % de patients éligibles à la chirurgie ambulatoire, 80 % des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire, un acte réalisé par place et par jour avec une ouverture de 220 jours annuels.

Au vu de ses limites méthodologiques, cette estimation n'est pas partagée par l'ensemble des acteurs, et notamment par la DGOS, selon laquelle les économies annuelles induites par le développement de la chirurgie ambulatoire avoisineraient seulement 45 M€ soit cent fois moins que la précédente estimation. Un tel écart tient notamment aux différents périmètres de calcul : l'évaluation de la DGOS repose exclusivement sur les effets de incitations tarifaires existantes (cf. *infra*) et non sur une mobilisation accrue de l'ensemble des leviers disponibles.

De son côté, la construction de l'ONDAM n'explicite pas son hypothèse quant au degré de déploiement et quant aux effets de la chirurgie ambulatoire.

La coexistence d'estimations divergentes soulève la question de la méthode adéquate d'évaluation des gains associés au développement de la chirurgie ambulatoire. Une harmonisation des hypothèses et des estimations sur ce sujet est souhaitable.

⁹⁶ Cour des comptes, *Rapport relatif à l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, 2013, op. cit.

⁹⁷ <http://www.fhf.fr/Actualites/Offre-de-soins-Qualite/Chirurgie/Chirurgie-ambulatoire-les-propositions-de-la-FHF>

⁹⁸ Gilles Bontemps, *La chirurgie ambulatoire : état des lieux et perspectives*, ANAP, 2011.

2 CE PROGRAMME DE GESTION DU RISQUE MOBILISE PLUSIEURS LEVIERS RELEVANT DES COMPETENCES DE L'ETAT ET DE L'ASSURANCE MALADIE

2.1 Un pilotage confié à l'administration de l'Etat

La DGOS est le pilote du programme de gestion du risque relatif à la chirurgie ambulatoire. Au niveau local, le suivi se fait à travers un groupe de travail partenarial réunissant les organismes d'Assurance maladie et les ARS.

Le pilotage exercé a pour objectif une augmentation du taux de chirurgie ambulatoire global. Néanmoins, les modalités mises en place afin d'atteindre cet objectif sont différentes au niveau de l'Etat et au niveau de l'Assurance maladie :

- au niveau de l'Etat, les ARS ont deux indicateurs :
 - un indicateur de résultat : le taux de chirurgie ambulatoire global
 - deux indicateurs de suivi :
 - le taux de chirurgie ambulatoire sur 17 gestes marqueurs (indicateur synthétique figurant dans les CPOM conclus entre l'Etat et les ARS) ;
 - le taux de mise sous autorisation préalable (MSAP) sur les 38 gestes marqueurs concernés.
- au niveau de l'Assurance maladie, les CPG comportent un indicateur unique :
 - un nombre d'établissements à mettre sous procédure MSAP.

2.2 Les instruments relevant des responsabilités de l'Etat

2.2.1 Au niveau national, des incitations reposant largement sur la politique tarifaire

a) Un régime d'autorisation de plus en plus souple depuis 2003

Avant 2003, la chirurgie ambulatoire faisait l'objet d'un strict régime d'autorisation, subordonnant la création d'une place en ambulatoire à la suppression de plusieurs lits de chirurgie en hospitalisation complète. Depuis 2003, des autorisations d'activité sont accordées systématiquement, tandis que le décret du 20 août 2012 prévoit un allègement des conditions techniques de fonctionnement (suppression des normes de personnel au bénéfice d'un dimensionnement des équipes laissé à l'appréciation des établissements).

b) Une politique tarifaire favorable depuis 2003

A partir de 2003, la mise en place de la T2A a fonctionné comme une incitation à prendre davantage de patients en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en mode conventionnel, en raison de la perspective d'accroissement des recettes par les volumes d'activité.

A partir de 2004, une incitation tarifaire plus directe a été installée, avec la mise en place d'un tarif unique pour certains gestes, fixé sur la base d'un rapprochement entre tarifs de chirurgie ambulatoire (GHM en J) et tarifs de chirurgie en hospitalisation complète (GHM de niveau 1). Pour ce faire, des groupes homogènes de malades spécifiques ont été créés (codés en J) et les séjours comparables, réalisés en hospitalisation classique, ont été classés avec un niveau de sévérité faible (code 1 sur une échelle croissante avec 4 niveaux). **Sont donc rémunérés selon un tarif identique des gestes sans hospitalisation et des gestes avec une nuitée, de façon à favoriser le transfert vers les pratiques ambulatoires.** En 2013, 47 GHM sont concernés par ce tarif unique.

Néanmoins, les modalités de fixation de ce tarif unique varient selon les actes :

- pour les pratiques dites « substituables », il s'agit de la moyenne pondérée des tarifs en hospitalisation complète et en ambulatoire (la pondération se faisant selon les volumes d'actes) ;
- pour certaines pratiques innovantes, un alignement du tarif en ambulatoire sur le tarif de l'hospitalisation complète est prévu afin de favoriser ces pratiques (qui couvrent 12 GHMS créés en 2012).

En 2010, une revalorisation à la hausse des tarifs a eu lieu.

A noter que pour les séjours en ambulatoire sans code en J mais à durée moyenne de séjour faible, des réflexions sont en cours afin de supprimer la borne basse, afin d'assurer une tarification identique également pour ces séjours.

c) L'accompagnement de la réorganisation des établissements

L'ANAP et la HAS ont mis en place un programme conjoint 2011-2015 comportant 6 axes de travail en vue de répondre aux besoins des professionnels de santé, des gestionnaires d'établissements et des ARS. Vingt établissements de santé et 3 ARS ont bénéficié d'un accompagnement de l'ANAP dans ce cadre. Les vingt établissements retenus l'ont été sur la base des critères suivants :

- disposer d'une unité de chirurgie ambulatoire ;
- avoir inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire dans leur projet d'établissement et/ou CPOM ;
- avoir un volume d'ambulatoire supérieur ou égal à 2 000 actes, ce qui indique un choix d'établissements ayant déjà une pratique de la chirurgie ambulatoire développée.

L'accompagnement de l'ANAP, mené pendant 16 mois sur le terrain, a consisté à élaborer un diagnostic et à « mettre en œuvre toutes les actions nécessaires pour le développement de la chirurgie ambulatoire ».

2.2.2 Au niveau des ARS : diverses initiatives dans le cadre de la contractualisation avec les établissements

La chirurgie ambulatoire est une priorité du PPR GdR, contribuant aux travaux du programme régional de santé (PRS) et au schéma régional d'organisation des soins (SROS).

Des cibles en termes de développement de la chirurgie ambulatoire sont fixées (taux global et taux sur les 38 gestes marqueurs faisant l'objet d'une MSAP).

Les modalités pratiques de déploiement de cette action sont les suivantes :

- l'action « chirurgie ambulatoire » est intégrée dans les PPR GdR ;
- la contractualisation avec les établissements de santé est le principal outil des ARS : les CPOM entre les ARS et l'Etat précisent la cible régionale de développement de la chirurgie

ambulatoire. Ce taux cible est décliné dans les SROS PRS 2011-2016 et est assorti d'un objectif de réduction des écarts interrégionaux de sept points. Des focus régionaux sont réalisés afin de d'identifier au-delà du taux de chirurgie ambulatoire les éventuelles surconsommations selon 20 actes ciblés ;

- ces perspectives sont ensuite reprises dans les contrats conclus par les ARS avec les établissements de santé.

Dans le cadre ou en-dehors de la contractualisation avec les établissements, des actions d'accompagnement ou de promotion de la chirurgie ambulatoire peuvent être pilotées par les ARS, comme en témoignent les trois initiatives récapitulés dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Quelques exemples d'initiatives d'ARS en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire

Objectif	ARS à l'origine de l'action	Descriptif de l'action menée
Accompagner la sortie d'hospitalisation	ARS Picardie	Programme ISIPAD : - Equivalent d'un PRADO chirurgie ambulatoire ; - Objectif : préparer la sortie d'hospitalisation par l'intervention d'une infirmière à J0 et à la sortie de l'hôpital.
Permettre aux établissements de se comparer en termes d'organisation	ARS Languedoc-Roussillon Pays de Loire	Benchmark relatif aux blocs opératoires permettant aux établissements de comparer leur organisation entre eux et d'évaluer leurs marges d'évolution. Actions menées en faveur d'un management des lits plus efficaces.
Donner aux établissements une visibilité sur leur capacité ambulatoire	ARS Languedoc-Roussillon Pays de Loire	Calcul par l'ARS pour tous les établissements de la région de leur potentiel de chirurgie ambulatoire pour chaque GHM, sur la base de la médiane des 10 meilleurs établissements régionaux ; analyse du potentiel de séjours transférables.

Source : mission

2.3 L'intervention de l'Assurance maladie principalement par la mise sous accord préalable

2.3.1 La chirurgie ambulatoire dans la COG

La chirurgie ambulatoire est brièvement évoquée dans le chapitre 4 de la COG consacré au bon usage des soins : il y est indiqué, dans la partie relative au développement de modes de prise en charge plus souples et mieux coordonnés, que la montée en charge de la chirurgie ambulatoire doit être poursuivie, sous l'effet conjugué de la mobilisation de l'outil tarifaire et de l'extension de la procédure MSAP à plus de gestes, après avis des sociétés savantes concernées.

Il n'y a pas d'indicateur relatif à la chirurgie ambulatoire dans la COG.

2.3.2 La procédure de mise sous accord préalable

Introduite par l'article 37 de la LFSS pour 2008, la MSAP est un dispositif de rattrapage pour les établissements dont le taux global de chirurgie ambulatoire se situe en-dessous de la moyenne régionale. L'objectif est donc une réduction de l'écart à la moyenne par prise en charge des établissements les plus en retard et non une augmentation générale, y compris pour les établissements les plus avancés, du taux de chirurgie ambulatoire.

La procédure de la MSAP vise également à favoriser la chirurgie ambulatoire en rendant plus complexe le recours à l'hospitalisation complète.

Elle ne s'applique pas à l'ensemble des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire mais uniquement à une liste fermée de gestes chirurgicaux réalisés en ambulatoire, appelés gestes marqueurs. 38 gestes étaient inscrits sur cette liste en 2013 et 43 y figurent en 2014, l'objectif étant une augmentation de 5 gestes par an.

La MSAP est une procédure contraignante, qui se déroule comme indiqué dans l'encadré ci-après.

Déroulement d'une procédure de mise sous accord préalable (MSAP)

Phase 1 : décision de MSAP d'un établissement (article L. 162-1717 du code de la sécurité sociale)

- Les établissements dont le taux global de chirurgie ambulatoire est inférieur à la moyenne régionale sont ciblés. Un ciblage plus précis est réalisé sur la liste des 38 gestes marqueurs afin de déterminer à quels gestes doit s'appliquer la MSAP ;
- puis une procédure contradictoire entre l'ARS et l'établissement est engagée⁹⁹ ;
- enfin, la décision et la notification de MSAP est faite par le directeur d'ARS pour une période maximale de 6 mois et pour un nombre réduit de gestes (4 maximum en pratique).

Phase 2 : obligations d'un établissement sous MSAP (article L. 162-1717 du CSS)

- L'établissement sous MSAP doit nécessairement demander l'accord préalable de l'Assurance maladie pour toute prévision d'hospitalisation complète en rapport avec les gestes retenus (hors urgence). Cet accord est donné par un médecin-conseil du service médical ;
- la réponse doit nécessairement être apportée dans un délai de 24 heures à partir des critères publiés par la SFAR¹⁰⁰ (questionnaire figurant en fin de fiche).

Phase 3 : le contrôle *a posteriori* du respect de la décision de l'Assurance maladie

Ce contrôle vise deux cas de figure :

- un établissement qui délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus d'autorisation de la part de l'Assurance maladie facture ces prestations alors qu'il en a en principe l'interdiction ;
- un établissement placé sous MSAP ne fait pas de demande d'accord préalable.

Un mécanisme de contrôle *a posteriori* a été mis en place afin de veiller à la bonne application des décisions prises. Il s'agit d'un contrôle sur site dans les établissements publics et PSPH et d'un contrôle *a posteriori* dans les établissements privés à but lucratif¹⁰¹.

La MSAP chirurgie ambulatoire figure dans les CPG des CPAM et du service médical. Pour 2013, l'objectif fixé a été de 150 établissements mis sous accord préalable, cible maintenue pour 2014.

⁹⁹ Procédure prévue dans le décret du 10 août 2011.

¹⁰⁰ Société française d'anesthésie et de réanimation

¹⁰¹ Cf. lettre réseau de la CNAMTS « Poursuite de la MSAP dans les établissements de santé pour la chirurgie ambulatoire en 2013-2014 ».

2.3.3 Un levier subsidiaire : l'accompagnement dans le cadre de l'action maîtrise médicalisée à l'hôpital

Dans le cadre de la maîtrise médicalisée à l'hôpital (MMH) mise en place par la CNAMTS, des visites des délégués de l'Assurance maladie (DAM) sont organisées sur diverses thématiques, dont la chirurgie ambulatoire. Des visites auprès des professionnels de santé hospitaliers visent notamment à expliquer le fonctionnement et la finalité de la procédure de MSAP (cf. fiche relative à la maîtrise médicalisée à l'hôpital).

3 LES RESULTATS DES ACTIONS ENTREPRISES RESTENT AMBIVALENTS

3.1 Le taux global de chirurgie ambulatoire a augmenté mais reste en-deçà des cibles fixées pour 2012

Les analyses de la mission sur l'évolution du taux global de chirurgie ambulatoire reposent sur les données de l'ATIH¹⁰² d'octobre 2013. Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté entre 2007 et 2012 de 8,5 points, en passant de 32,3 % à 40,8 %. La plus forte augmentation a été observée de 2008 à 2009 (+2,6 points). Signalons que l'année 2009 correspond à la première année de mise en œuvre de la MSAP et à l'entrée en vigueur de nouvelles incitations tarifaires (cf. *supra*).

Entre 2007 et 2012, on observe une plus forte augmentation du taux de recours à la chirurgie ambulatoire (+8,5 points) que du taux de recours à la chirurgie (+4,2 points). On peut en déduire que ce développement s'est traduit au moins en partie par une substitution en chirurgie complète.

En revanche, la dynamique ralentit entre 2011 et 2012 (+1,3 points). D'ailleurs, le taux de chirurgie ambulatoire atteint en 2012, soit 40,8 %, est inférieur à la cible fixée dans les CPOM des ARS, à savoir 42,7 %.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, cette pratique reste plus implantée parmi les cliniques privées qu'au sein du secteur public, avec des taux de chirurgie ambulatoire respectivement de 49,1 % et 29,5 % de en 2012. Si la part de marché du secteur privé commercial en hospitalisation ambulatoire a décliné depuis le milieu des années 2000, elle reste dominante, les cliniques réalisant un peu plus des 2/3 de l'activité de chirurgie ambulatoire¹⁰³.

Tableau 2 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire de 2007 à 2012

Categorie	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ex DG :	21,1 %	22,9 %	25,0 %	26,4 %	28,0 %	29,5 %
- APHP	18,0 %	18,8 %	19,7 %	20,5 %	21,6 %	22,4 %
- CH	23,5 %	25,7 %	28,2 %	29,4 %	31,1 %	32,6 %
- CHU/CHR	16,3 %	17,9 %	19,7 %	20,9 %	22,5 %	23,6 %
- CLCC ¹⁰⁴	7,3 %	7,8 %	7,9 %	9,2 %	12,0 %	15,4 %
- Autres établissements non lucratifs	27,5 %	29,4 %	32,9 %	34,7 %	36,6 %	38,5 %
- Service de santé des armées			18,9 %	20,9 %	22,9 %	24,8 %
Ex OQN¹⁰⁵	39,7 %	41,0 %	44,1 %	46,0 %	47,8 %	49,1 %
NATIONAL	32,3 %	33,6 %	36,2 %	37,8 %	39,5 %	40,8 %

Source : ATIH, données PMSI

¹⁰² ATIH, *Etat des lieux 2012 sur l'activité de chirurgie ambulatoire*, octobre 2013.

¹⁰³ DREES, "Hospitalisation de court séjour : évolution des parts de marché entre 2003 et 2011", *Etudes & résultats*, n°854, octobre 2013.

¹⁰⁴ CLCC : centres de lutte contre le cancer.

¹⁰⁵ DG : dotation globale ; OQN : objectif quantifié national.

Enfin, le développement de la chirurgie ambulatoire reste concentré sur un nombre limité d'actes, puisque 70 % des séjours ambulatoires concernent les 12 interventions les plus pratiquées. Plus précisément, sur les cinq dernières années, la croissance ambulatoire est concentrée sur trois interventions¹⁰⁶ :

- la chirurgie de la cataracte (45 % de la chirurgie ambulatoire),
- la chirurgie des varices (11 %),
- les hernies (9 %).

3.2 Les économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire n'ont pas été évaluées *ex ante* ni *ex post*

L'instruction relative aux priorités de gestion du risque 2010 comportait des objectifs quantifiés d'économies (30 M€ en 2010 et 50 M€ en 2011). Néanmoins, le suivi de l'atteinte de ces objectifs ne semble pas avoir été fait et la volonté d'instaurer une cible d'économies à atteindre spécifiquement dédiée au développement de la chirurgie ambulatoire n'a pas été reconduite pour les années suivantes.

De façon plus générale, si les études nationales et internationales s'accordent pour souligner les gains économiques associés au développement de la chirurgie ambulatoire¹⁰⁷, l'évaluation plus précise du montant de ces économies n'a pas été faite en France.

En effet, la CNAMTS souligne la complexité de la mesure des économies induites, de telle sorte qu'une évaluation *ex ante* des gains censés résulter de la mise en place de l'action chirurgie ambulatoire n'est pas réalisée. Certes, une étude de l'Assurance maladie datant d'il y a plus de 10 ans (2001) soulignait que la chirurgie ambulatoire permettait des gains, mais sans les quantifier plus précisément et en se basant sur l'analyse de 5 interventions. La HAS souligne de son côté que les analyses de l'Assurance maladie n'ont en outre pas été validées sur « un nombre important d'interventions »¹⁰⁸.

Par ailleurs, la HAS¹⁰⁹ souligne que les coûts indirects (arrêts de travail, aidants, transports etc...) n'ont été que très rarement évalués, que ce soit au niveau national ou international. De même, la participation financière des patients ou des organismes de protection sociale complémentaire ne sont pas pris en compte dans les études réalisées.

¹⁰⁶ Cour des comptes, *Rapport relatif à l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, 2013, op. cit. ; et CNAMTS, rapport *Charges et produits*, juillet 2013.

¹⁰⁷ Cf. *supra*.

¹⁰⁸ Etude de la HAS, « Socle de connaissances - Synthèse », avril 2012, p. 16.

¹⁰⁹ *Ibid.*

4 LES LIMITES DES OUTILS ET DES MODALITES DE PILOTAGE PEUVENT EN PARTIE EXPLIQUER CES RESULTATS EN DEMI-TEINTE

4.1 L'outil tarifaire : un levier important qui peut monter en puissance

4.1.1 Une augmentation du taux de chirurgie ambulatoire variable selon les gestes concernés

4.1.1.1 L'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire sur les 18 gestes à tarif unique

Tableau 3 : L'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire sur les 18 gestes à tarif unique (sur le total de C)

Libellé	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	84,8%	86,5%	88,4%	89,3%	90,4%	91,1%
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	63,8%	70,9%	79,1%	81,3%	83,8%	85,9%
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	26,8%	26,9%	27,9%	27,8%	28,8%	30,2%
Interventions sur les amygdales, en ambulatoire						
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	98,3%	98,3%	98,4%	98,3%	98,4%	98,7%
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	92,0%	92,2%	92,1%	92,0%	92,6%	93,8%
Interventions pour oreilles décollées	35,9%	37,8%	39,6%	41,9%	44,9%	48,0%
Ligatures de veines et éveinages	28,5%	37,5%	55,6%	67,5%	73,0%	76,7%
Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	46,4%	50,4%	53,4%	57,6%	59,7%	61,7%
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	6,4%	9,1%	16,1%	31,1%	39,5%	44,9%
Autres arthroscopies du genou	46,7%	55,6%	64,5%	67,1%	70,0%	72,5%
Autres interventions sur la main	68,6%	69,9%	72,1%	73,4%	75,6%	77,3%
Ménisectomie sous arthroscopie	59,0%	68,0%	79,0%	83,4%	86,0%	88,0%
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	31,1%	34,9%	39,4%	45,5%	52,7%	57,3%
Interventions sur la région anale et périanale	19,8%	21,2%	25,0%	29,1%	32,2%	35,9%
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	48,9%	52,4%	56,9%	59,7%	64,7%	66,3%
Circoncision	91,9%	93,1%	94,1%	94,8%	95,5%	96,0%
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	54,6%	55,6%	57,3%	59,9%	61,9%	63,1%
Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	63,8%	67,8%	72,9%	77,4%	81,0%	83,4%
	56,9%	62,2%	69,3%	73,2%	76,1%	78,4%

Source : ATIH

On constate des évolutions contrastées selon les racines, malgré une forte évolution d'ensemble de 2007 à 2012 (+21,5 points) :

- certaines racines ont connu une très forte progression entre 2007 et 2012, à l'instar des interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales (+39 points), ou encore les ligatures de veines et éveinage (+48 points) ;

- certaines racines connaissent une faible évolution, mais cette dernière s'explique par un taux élevé à l'origine de chirurgie ambulatoire : c'est le cas des drains transtympaniques ;
- certaines racines conjuguent à la fois faible évolution et faible taux de chirurgie ambulatoire, comme les amygdalectomies, dont le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 27% en 2007 à 30 % en 2012.

Néanmoins, ces résultats soulèvent la question de l'efficacité de l'outil tarifaire, notamment à partir de 2009, année de forte évolution de cet outil. Or, le tableau ci-dessus témoigne d'une évolution assez tendancielle, linéaire, des taux de chirurgie ambulatoire pour chacune des racines, sans qu'une évolution plus marquée liée au tarif unique tel qu'il a été institué à compter de 2009 ne puisse être réellement notée. Les taux ainsi obtenus s'apparentent donc davantage à des résultats correspondant à la tendance au développement de la chirurgie ambulatoire hors incitation tarifaire.

4.1.1.2 L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire sur les 21 nouvelles racines

Tableau 4 : L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire sur les 21 nouvelles racines (sur le total de C)

Libellé	2007	2008	2010	2011	2012
Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux	4,5%	5,9%	7,0%	8,2%	13,0%
Interventions sur la rétine	8,5%	6,9%	8,2%	9,0%	13,3%
Interventions primaires sur l'iris	38,3%	38,1%	51,5%	47,7%	49,6%
Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères	70,9%	66,4%	61,8%	65,3%	61,6%
Rhinoplasties	12,9%	13,6%	15,5%	16,3%	18,9%
Ostéotomies de la face	5,7%	6,1%	6,1%	6,7%	7,9%
Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils	4,0%	4,2%	4,1%	4,1%	4,6%
Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05	13,9%	13,2%	14,2%	14,9%	15,6%
Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	0,6%	1,1%	2,5%	4,5%	8,3%
Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	56,3%	58,5%	63,5%	65,9%	67,6%
Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	54,8%	56,4%	59,1%	60,3%	62,9%
Interventions maxillofaciales	14,6%	14,6%	16,6%	15,3%	18,6%
Arthroscopies d'autres localisations	9,8%	10,1%	10,8%	11,5%	13,2%
Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11	10,7%	10,8%	11,0%	14,1%	14,9%
Prostatectomies transurétrales	0,1%	0,6%	1,1%	0,7%	0,8%
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	18,1%	20,6%	28,6%	33,5%	37,4%
Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	2,5%	2,9%	2,8%	2,9%	3,4%
Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	58,7%	62,1%	72,2%	78,9%	82,2%
Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	45,4%	46,7%	54,8%	55,0%	56,4%
Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	38,5%	35,0%	41,0%	40,4%	46,6%
Brûlures non étendues avec greffe cutanée	9,7%	9,8%	9,2%	10,7%	11,4%
	23,8%	23,4%	24,8%	26,1%	27,2%

Source : ATIH

L'augmentation est bien moindre pour ces 21 nouvelles racines, puisque leur taux de chirurgie ambulatoire global est passé de 23,8 % en 2007 à 27,2 % en 2012. Ces 21 racines sont soumises à un tarif unique depuis 2012, le tableau ne permet donc pas d'évaluer l'efficacité de cet outil tarifaire, mais les caractéristiques des racines retenues sont néanmoins à souligner :

- de façon générale, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé dans une bien moindre mesure que celui des 18 racines précédentes. La configuration est donc différente puisque le tableau 3 montrait une tendance naturelle à la hausse tandis que le tableau 4 témoigne certes d'une tendance à la hausse, mais dans des proportions bien moindres. Il sera donc intéressant d'examiner si l'instauration du tarif unique sur ces racines permet d'accélérer cette tendance ou simplement de la confirmer ;
- plus précisément, 4 racines sur les 21 ont vu leur taux de chirurgie ambulatoire augmenter de moins de deux points de 2007 à 2012 (amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, prostatectomies transurétrales, interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin) ;
- enfin et plus subsidiairement, il est à noter une racine « autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères qui a vu son taux de chirurgie ambulatoire diminuer de 10 points de 2007 à 2012.

4.1.2 Un effet tarifaire limité par plusieurs facteurs

- a) Le levier tarifaire n'assure pas la neutralité tarifaire : la persistance de tarifs élevés qui réduisent l'incitation au recours à la chirurgie ambulatoire

Dans leur rapport « *Tarifification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger* »¹¹⁰, la HAS et l'ANAP soulignent que le modèle tarifaire en vigueur en France repose sur « *des modalités de calcul très éloignées de la neutralité tarifaire* ».

Ce constat est également dressé par la CNAMTS dans son rapport « *Charges et produits* » de 2013, notamment en ce qui concerne la chirurgie de la cataracte et du canal carpien (cf. encadre ci-dessous).

L'exemple de la tarification de la chirurgie de la cataracte

En France, le tarif moyen reconstitué d'une intervention pour cataracte (en ambulatoire ou en hospitalisation complète) peut être estimé à 1 289 € en 2011, sans dépassement (1 397 dépassements compris). Ce tarif est de 25 % plus élevé que celui pratiqué en Allemagne et en Angleterre.

En 2013, le tarif du GHS privé a baissé de 5 % par rapport à 2011 (de 828 € à 789 €), mais l'écart avec les deux autres pays cités reste important.

Selon la CNAMTS, « *le fait d'avoir, en France, augmenté le tarif de la chirurgie ambulatoire pour l'aligner sur celui de l'hospitalisation crée certes une incitation au développement de la pratique de l'ambulatoire, mais cet intéressement crée de fait une rente pour les offreurs puisqu'il s'agit d'un mode de prise en charge moins coûteux en fonctionnement* ».

La mise en place d'une telle rente reflète le choix fait en France d'inciter au recours à la chirurgie ambulatoire plutôt que de désinciter à l'hospitalisation complète : or d'autres pays ont par exemple estimé que la pratique normale était la chirurgie ambulatoire, ce qui justifiait la mise en place d'une tarification au coût de cette dernière.

Source : Rapport Charges et produits 2013 de la CNAMTS

¹¹⁰ Synthèse et recommandations - Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, HAS - ANAP, juin 2013.

Par conséquent, les acteurs en présence estiment que les tarifs de la chirurgie ambulatoire demeurent trop élevés et insuffisamment incitatifs, notamment dans la mesure où ils sont trop éloignés du coût réel de la chirurgie ambulatoire.

b) L'outil tarifaire manque de lisibilité à moyen terme

Comme évoqué ci-dessus, le tarif de la chirurgie ambulatoire a connu de nombreuses évolutions entre 2003 et aujourd'hui. La politique tarifaire est à la fois peu lisible, puisque l'échelle tarifaire est mobile, et surtout très complexe, puisque différentes modalités de détermination des tarifs coexistent (par exemple selon qu'il s'agit de pratique innovante ou substituable). Ainsi, la DREES qualifie l'impact de la politique tarifaire de « flou », pour l'ensemble des raisons évoquées ci-dessus¹¹¹.

4.2 La MSAP est un outil utile, dont les effets semblent cependant assez circonscrits

4.2.1 Un outil permettant de surmonter des réticences dans certains établissements et sur certains gestes

4.2.1.1 Un outil dont l'utilité est reconnue par l'Assurance maladie et les ARS

Selon le bilan du séminaire des DG ARS du 19 juillet 2013, « l'outil MSAP est intéressant et efficace ». Cette appréciation a été confirmée par les entretiens menés par la mission lors de ses déplacements, et est renforcée par la faiblesse des taux de refus faisant suite à une demande de mise sous autorisation préalable (taux d'acceptation de 98 %, cf. infra). Ceci illustre l'effet essentiellement dissuasif de la MSAP (à l'égard de l'hospitalisation complète) et son utilité pour débloquer des situations particulières de fort retard en matière de chirurgie ambulatoire.

4.2.1.2 Une augmentation du taux global de chirurgie ambulatoire pour les gestes sous MSAP, qui masque néanmoins de fortes disparités

La CNAMTS a réalisé un point d'étape sur la mise en œuvre de la MSAP chirurgie ambulatoire, afin de dresser un bilan et d'examiner les perspectives d'évolution envisageables pour 2014, et sur lequel la mission appuie ses analyses dans cette partie.

a) Une campagne MSAP 2012 qui a atteint ses objectifs en termes de nombre de MSAP

Le bilan de la campagne de MSAP 2012 pour les 38 gestes marqueurs est résumé dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Bilan de la campagne de MSAP 2012

	2008-2009	2011	2012
Nombre d'établissements	532	214	193
Dont secteur public	35 %	38 %	37 %
Dont secteur privé	65 %	62 %	63 %
Nombre de demandes d'accord préalable	21 124	6 262	1 795
Taux d'accords	98 %	99 %	98 %

Source : CNAMTS

¹¹¹ DREES, « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », *Dossier Solidarité et Santé*, n°21, 2011.

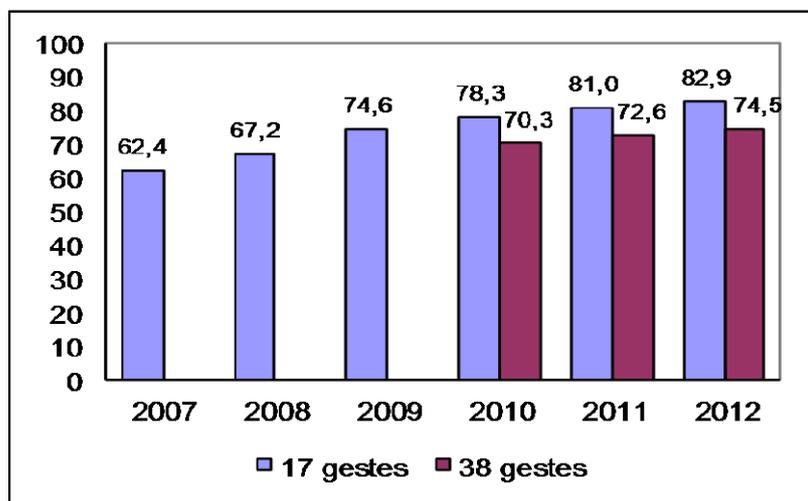
Les objectifs fixés par la CNAMTS en matière de nombre d'établissements mis sous MSAP a été atteint. Les établissements mis sous MSAP sont majoritairement des établissements privés. Enfin, les demandes d'accord préalable auprès de l'Assurance maladie afin de procéder à une hospitalisation complète et non à de la chirurgie ambulatoire sont pratiquement toutes accordées (taux d'acceptation de 98 %).

On pourra s'interroger toutefois sur l'intérêt d'un objectif fixé en nombre de MSAP et sur la base de définition de cette cible quantitative.

b) Une augmentation du taux global de chirurgie ambulatoire pour les gestes marqueurs

Selon les données de la CNAMTS, le taux national de chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes (64,2 % en 2007) a fortement progressé depuis 2008 et est passé de 78,3 % en 2010 à 83 % de pratique en ambulatoire en 2012. Pour les 38 gestes, de 70,3 % en 2010, le taux atteint 74,5 % de pratique en ambulatoire en 2012. Dans certaines régions, à l'instar des Pays de la Loire, l'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire a effectivement progressé sur les 17 gestes marqueurs, de près de 18 points en 5 ans.

Graphique 2 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour les gestes marqueurs

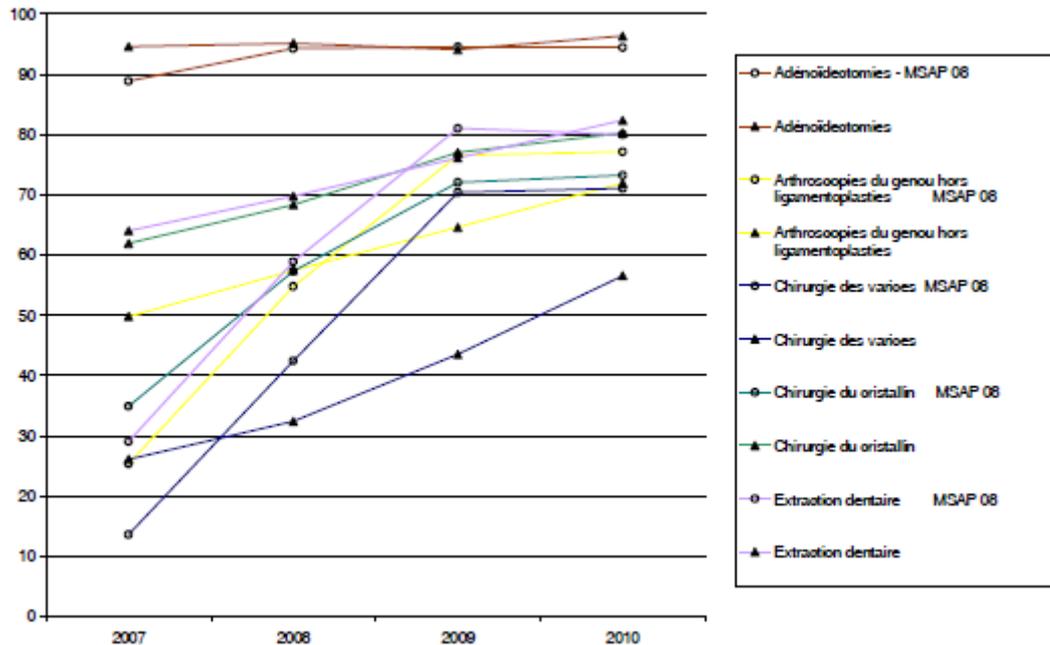


Source : CNAMTS

Néanmoins, ces évolutions soulèvent la question de l'impact plus directement imputable à la mise en place de la MSAP : en effet, dans un contexte de développement global de la chirurgie ambulatoire, les évolutions constatées pourraient également être attribuées à une tendance plus naturelle au développement de cette modalité de chirurgie. Ceci est notamment marquant dans le cas des 38 nouveaux gestes marqueurs introduits en 2012, année au cours de laquelle l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire a augmenté dans une proportion égale, voire légèrement moindre, qu'entre 2010 et 2011, c'est-à-dire en l'absence de MSAP.

Certes, la CNAMTS a, dans son rapport « Charges et produits » pour 2012, fait une comparaison de l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire sur 5 gestes, dans des établissements mis sous MSAP et dans des établissements non soumis à cette procédure. Si la MSAP a globalement permis d'assurer un rattrapage des établissements mis sous MSAP par rapport aux autres, cette appréciation porte uniquement sur cinq gestes. De plus, ce rattrapage n'a pas eu lieu pour un des cinq gestes (extraction dentaire). Dans ces conditions, si la MSAP apparaît comme un outil intéressant, il est encore difficile d'avoir des données permettant d'attester de son impact direct sur le développement de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des gestes entrant dans son champ.

Graphique 3 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour les cinq gestes chirurgicaux qui ont fait l'objet d'une MSAP en 2008



Source : Rapport Charges et produits de la CNAMTS, 2012

Enfin, les économies générées spécifiquement par la MSAP ne sont pas connues. Certes, leur calcul est rendu complexe par la mobilisation de plusieurs outils en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire. Il est néanmoins frappant de constater qu'un tel effort de chiffrage n'est pas fourni pour une action de gestion du risque ayant entre autres pour objectif la réalisation de gains d'efficacité. La CNAMTS évoque dans son rapport Charges et produits pour 2012 la réalisation de 70 millions d'économies en 2008 et en 2009, sans que les modalités de ce calcul ne soient pour autant précisées.

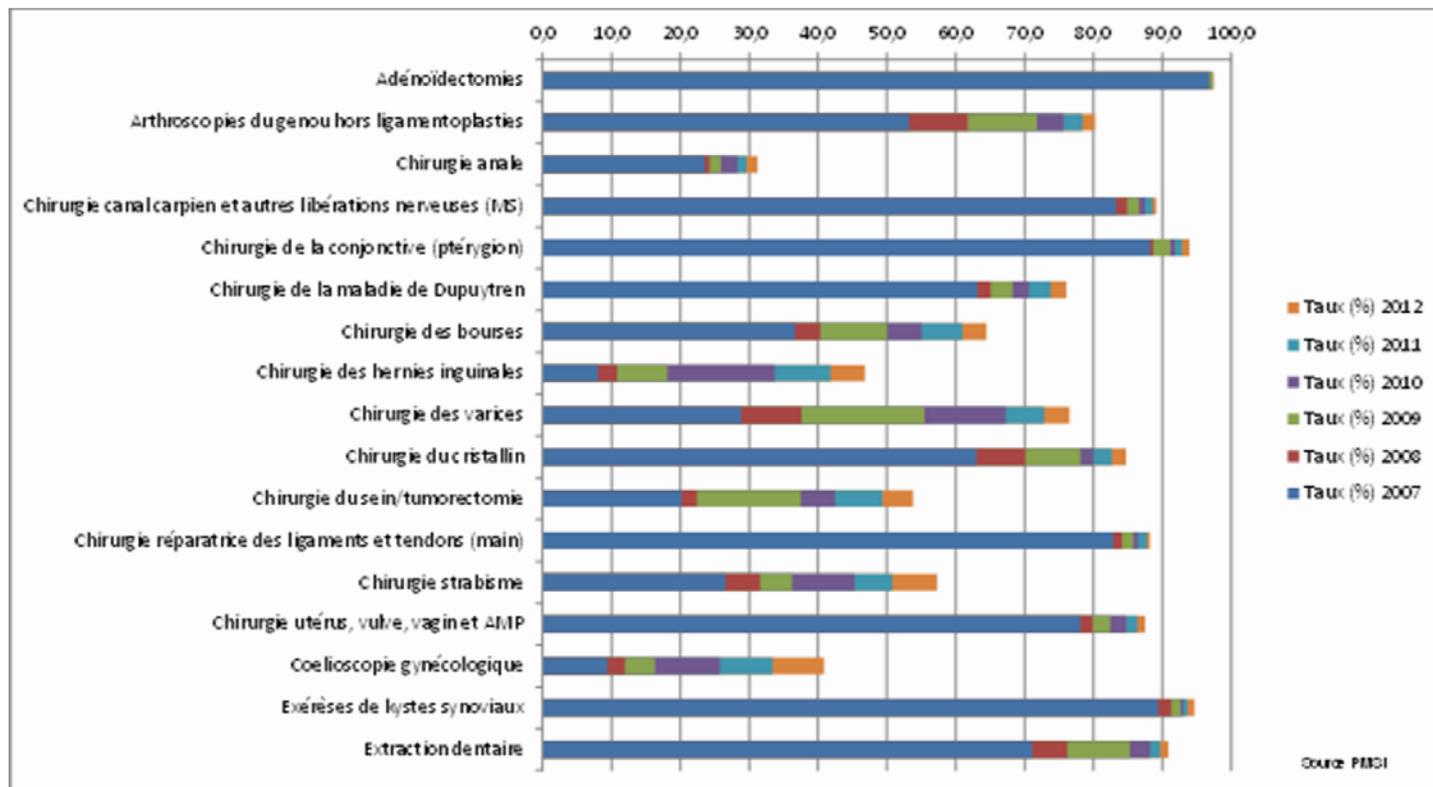
c) Une évolution globale qui masque de fortes disparités selon les gestes

L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs mis en place en 2009 est distincte selon les gestes :

- 5 gestes sur 17 (adénoïdectomies, canal carpien, conjonctivites, ligaments et tendons, exérèse de kystes synoviaux) ont connu une assez faible évolution entre 2007 et 2012 de leur taux de chirurgie ambulatoire. Néanmoins, cette dernière est notamment liée à un taux élevé dès 2007 (supérieur à 80 %) et donc à l'existence de marges d'évolution plus modestes, **ce qui soulève la question de la capacité de la MSAP à être un levier pour les gestes ayant déjà un acquis important en chirurgie ambulatoire ;**
- pour environ 10 gestes marqueurs au taux de chirurgie ambulatoire inférieur à 80 %, leur taux a sensiblement augmenté en 5 ans. Seul un geste (chirurgie anale) est caractérisé par un taux de chirurgie ambulatoire qui demeure très faible sur la période¹¹².

¹¹² Cf. Bilan de la procédure de MSAP (« Point d'étape et évolutions ») réalisé par la CNAMTS.

Graphique 4 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs introduits entre 2007 et 2012

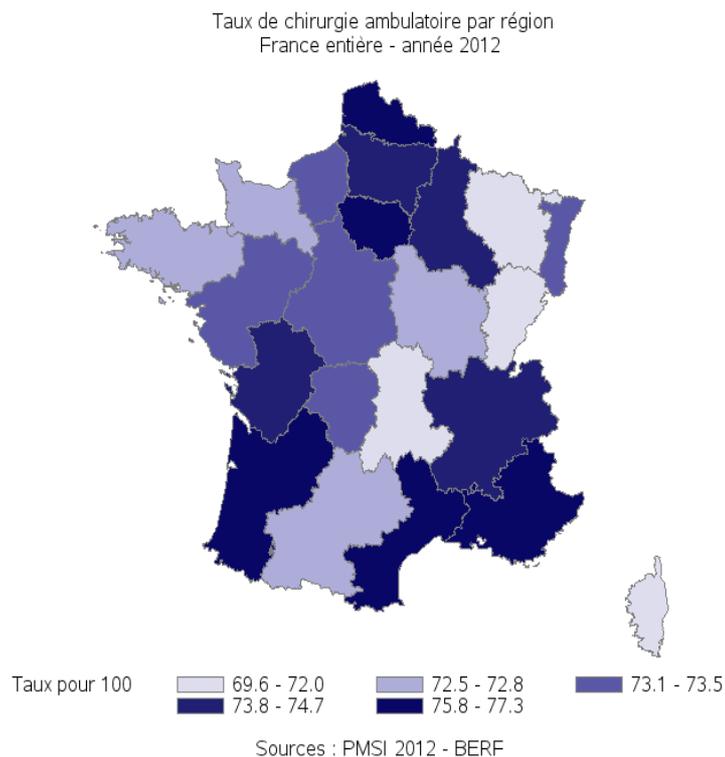


Source : CNAMTS

Concernant les 21 nouveaux gestes inclus dans la MSAP depuis 2012, la CNAMTS ne dispose que de leur évolution entre 2010 et 2011. Néanmoins, cette évolution témoigne déjà de plusieurs caractéristiques :

- deux nouveaux gestes ont d'ores et déjà un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 80 % ;
- environ 1/3 des nouveaux gestes ont un taux de chirurgie ambulatoire inférieur à 30 % en 2010 et en 2011, et deux présentent un taux inférieur à 10 % (cholécystectomie, chirurgie de l'épaule).
- tous les gestes sauf un connaissent une tendance à la hausse avant leur intégration dans la procédure de MSAP.

Enfin le taux de chirurgie ambulatoire pour les 38 gestes connaît des disparités régionales comme le montre la carte suivante :



4.2.2 Les limites de la MSAP

4.2.2.1 L'objectif même de la MSAP en circonscrit les effets aux établissements les plus en retard sur les gestes considérés

L'Assurance maladie et la DGOS s'accordent sur la finalité de la MSAP : celle-ci est un outil centré sur le rattrapage des établissements les plus en retard en matière de développement de la chirurgie ambulatoire, par rapport au taux moyen sur l'ensemble des gestes entrant dans le cadre de cette procédure. Par ailleurs, il ne faut pas non plus négliger l'effet « peur du gendarme » induit par cette procédure, et qui participe de son efficacité.

Néanmoins, si cette logique de réduction des écarts à la moyenne se justifie, elle a pour conséquence de réduire la portée même de la MSAP : en effet, cet outil n'a pas pour objectif une augmentation du taux de chirurgie ambulatoire de façon générale (à la fois pour les établissements les plus en retard mais aussi pour ceux qui ont un taux supérieur à la moyenne tout en conservant des marges de progression).

Ce choix circonscrit donc la portée d'un outil aux effets dissuasifs reconnus. Il pose plus fondamentalement la question de la stratégie à déployer à l'avenir pour promouvoir la chirurgie ambulatoire : entre une action visant les établissements les plus en retard ou un soutien aux changements engagés dans les établissements à la pointe de ces évolutions.

4.2.2.2 Le déroulement de la procédure n'empêche pas certains contournements

a) Le fonctionnement de la MSAP

Un établissement souhaitant réaliser une intervention entrant dans le champ de la MSAP en hospitalisation complète et non en chirurgie ambulatoire doit demander au préalable une autorisation à l'Assurance maladie, à travers le renvoi d'un fichier indiquant pourquoi l'hospitalisation complète est l'option proposée.

En principe, cette demande est examinée par un médecin conseil du service médical de l'Assurance maladie. Or, dans les faits, il apparaît que cet examen est délégué à un agent administratif : celui-ci vérifie donc si la raison avancée par l'établissement figure parmi les raisons valables pour accepter l'hospitalisation complète.

La procédure telle qu'elle fonctionne réellement soulève donc plusieurs questions relatives à son efficacité :

- **la demande d'autorisation préalable repose essentiellement sur du déclaratif** : dès lors que les critères d'acceptation d'une hospitalisation complète sont connus, il est plus aisé pour l'établissement de cibler correctement la raison de sa demande et d'obtenir une réponse positive, et ce d'autant plus que les contrôles a posteriori ne sont logiquement pas généralisés (cf. *infra*) ;
- **l'examen de la demande d'autorisation préalable est réalisé par un agent administratif et non par un médecin** : ce choix témoigne d'une conception de la MSAP comme simple vérification administrative de la conformité du motif invoqué dans la demande avec les motifs d'acceptation figurant sur le formulaire.

Ces caractéristiques expliquent en partie le taux élevé d'acceptation des demandes d'accord préalable (98 %) ; elles réduisent également l'efficacité de ce levier.

b) Le contrôle du respect de la MSAP et les suites données à l'absence de respect de la procédure

Si un contrôle *a posteriori* est prévu depuis 2011 (cf. *supra*) et a été réalisé dans 37 % des établissements mis sous accord préalable, la CNAMTS a mené une enquête en 2012¹¹³ qui met en avant plusieurs difficultés limitant la portée de ce contrôle :

- l'Assurance maladie ne dispose pas de levier d'action face à un établissement qui aurait effectué une hospitalisation complète sans solliciter l'accord préalable de la caisse d'assurance maladie ; « des complications post-opératoires et des facteurs non anticipés » sont souvent invoqués par l'établissement pour justifier ces décisions ;
- l'Assurance maladie ne dispose pas non plus de levier d'action face à un établissement qui, malgré un refus préalable, aurait néanmoins réalisé l'intervention concernée en hospitalisation complète (au lieu de l'ambulatoire). Selon la CNAMTS, les contrôles *a posteriori* des caisses portent essentiellement sur ce deuxième cas de figure.

Certes, ces situations sont probablement peu fréquentes, même si l'enquête précitée de la CNAMTS n'en fournit pas d'estimation quantitative. Il n'en demeure pas moins qu'elles soulèvent la question de l'efficacité de la procédure de MSAP. La CNAMTS a mis en place un groupe de travail qui doit réfléchir aux solutions à apporter à ces situations.

¹¹³ Cf. Annexe 4 de la Lettre Réseau CNAMTS relative à la procédure de MSAP dans les établissements de santé pour la chirurgie ambulatoire en 2013-2014.

4.2.3 Les perspectives pour la campagne MSAP 2013-2014

La campagne MSAP pour 2013/2014 présente trois caractéristiques principales :

- elle concerne désormais 43 gestes marqueurs suite à l'inclusion de 5 nouveaux gestes ;
- le ciblage des établissements devant être mis sous MSAP doit se faire en concertation avec les ARS. Le ciblage touchera principalement les établissements dont le taux d'hospitalisation complète est élevé par rapport au taux national au régional, tout en prenant en considération le fonctionnement de l'établissement. Il doit être réalisé au niveau du réseau et à partir de la méthode de calcul mise au point par la CNAMTS. La cible nationale reste fixée à 150 MSAP ;
- l'objectif demeure la réduction des écarts à la moyenne et il n'y a donc pas de taux cible de chirurgie ambulatoire défini geste par geste.

4.3 Le levier organisationnel, encore peu exploité

Le développement de la chirurgie ambulatoire a des impacts organisationnels forts pour les établissements, que ce soit en matière de constitution d'une unité de chirurgie ambulatoire ou encore de réorganisation des blocs.

Or, force est de constater que peu d'actions sont menées en direction de l'organisation des établissements en matière de promotion de la chirurgie ambulatoire. Des actions éparses sont menées par les ARS (cf. *supra*), mais celles-ci n'ont pas comme axe stratégique d'agir en particulier sur cette dimension.

4.3.1 Peu d'actions visant l'utilisation optimale des lits

Comme le souligne le Rapport 2013 relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale de la Cour des comptes (RALFSS 2013), le nombre de places en chirurgie ambulatoire a plus que doublé entre 1996 et 2011 (14 000 places), alors que de 2004 à 2011, les capacités d'hospitalisation complète n'ont diminué que de 1 % par an. Cette situation peut expliquer la sous-utilisation de certaines capacités de chirurgie complète (le taux d'occupation des lits d'hospitalisation à temps complet n'étant que de 67 %, soit une surcapacité de 18 000 lits, en prenant pour hypothèse un taux d'occupation normal de 85 %).

Dans ce contexte, la CNAMTS a proposé de définir réglementairement et de mettre en place des seuils d'activité minimale en chirurgie, avec hospitalisation complète en ambulatoire. Cette proposition repose sur le raisonnement selon lequel la qualité et la performance des activités de chirurgie ambulatoire sont favorisées par une taille permettant une activité minimale et une autonomisation des flux ambulatoires en unité dédiée, voire en centre autonome.

4.3.2 Un accompagnement par l'ANAP et la HAS, qui touche des établissements plutôt avancés dans la pratique ambulatoire

Tableau 6 : Critère de sélection des établissements bénéficiant de l'accompagnement ANAP/HAS

Annexe 1 - Critères de sélection des établissements de santé

1 - Projet de Benchmark de 15 établissements de santé pionniers			
Répartition par statuts juridiques	Généraux à l'ensemble des établissements	Différents case-mix pour le secteur privé (ex-OQN)	Différents case-mix pour le secteur public et espic (DG)
<ul style="list-style-type: none"> - 7 établissements privés - 5 établissements publics - 3 ESPIC 	<ul style="list-style-type: none"> - Volontaires - Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) autorisée et clairement identifiée - Pratiques innovantes dans le domaine organisationnel et la mise en place d'interfaces ville-hôpital - Equilibre en matière de répartition régionale 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre indépendant mono disciplinaire (taux CA=100%, plus de 2000 actes ambulatoire/an) - Centres intégrés mono disciplinaire et pluridisciplinaires (avec ou sans activité prédominante) réalisant plus de : <ul style="list-style-type: none"> • 5000 actes ambulatoires/an • 7000 actes chirurgicaux/an <p>Avec un taux de prise en charge ambulatoire supérieur à 40%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Centres intégrés mono disciplinaire et pluridisciplinaires réalisant plus de : <ul style="list-style-type: none"> • 2000 actes ambulatoires /an • 6000 actes chirurgicaux/an - Pratiques innovantes dans des CHU à fort taux de prise en charge ambulatoire et dans un CLCC.
2 - Projet d'accompagnement de 20 établissements de santé			
Répartition par statuts juridiques	Généraux à l'ensemble des établissements	Différents case-mix pour le secteur privé (ex-OQN)	Différents case-mix pour le secteur public et espic (DG)
<ul style="list-style-type: none"> - 8 établissements privés - 8 établissements publics - 4 ESPIC 	<ul style="list-style-type: none"> - Volontaires (accord simultané de la direction générale et du corps médical « lettre de confirmation du président de CME »), - Inscription du « développement de la chirurgie ambulatoire » dans le projet d'établissement et/ou dans le CPOM (en termes de potentiel) - Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) autorisée et clairement identifiée - Potentiel de développement de la prise en charge ambulatoire, à savoir : un taux relativement faible et un volume d'acte en HC suffisant - Equilibre en matière de répartition régionale 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de 4000 actes en hospitalisation conventionnelle et taux d'ambulatoire inférieur ou égal à 40% 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de 2000 actes en hospitalisation conventionnelle et taux d'ambulatoire inférieur à 40%

Source : ANAP - HAS

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les 20 établissements bénéficiant d'un accompagnement de la part de l'ANAP et de la HAS ont déjà mis en place des éléments d'organisation de la chirurgie ambulatoire (existence d'une unité de chirurgie ambulatoire autorisée et identifiée notamment).

Cet accompagnement avait à l'origine pour objectif de favoriser l'accompagnement des établissements les plus en retard, mais les critères de sélection des établissements conduisent à cibler les structures ayant déjà pensé et mis en place une organisation favorable au développement de l'ambulatoire.

4.4 Un pilotage du programme « chirurgie ambulatoire » qui manque de ligne stratégique

4.4.1 Du côté de l'Etat comme de l'Assurance maladie, un pilotage qui ne repose pas sur une ligne stratégique claire et qui reste très quantitatif

Au niveau de l'Etat, le développement de la chirurgie ambulatoire passe par un panel d'actions que les ARS sont susceptibles de développer, sans pour autant qu'une ligne stratégique claire puisse être dégagée : s'agit-il de cibler l'action sur les établissements les plus en retard ? ou contraire sur ceux qui sont les plus avancés ? sur les régions présentant certaines caractéristiques en termes de morbidité ou de structure de l'offre de soins ? sur des disciplines professionnelles, en ville et à l'hôpital, concernées par certaines pathologies ? sur la sortie d'hospitalisation ?

Du côté du régime général, la finalité des MSAP est claire : il s'agit de réduire les écarts à la moyenne en faisant évoluer les établissements les plus en retard par rapport à celle-ci. Or les objectifs assignés aux CPAM et aux DRSM dans leurs CPG consistent essentiellement en objectifs de moyens portant sur un nombre d'établissements à mettre sous procédure MSAP ; la cible retenue pour 2013 et pour 2014 est ainsi de 150 établissements au niveau national. Les entretiens menés par la mission n'ont pas permis de mettre en évidence les raisons d'une telle cible, en dehors de considérations liées au pilotage du réseau et aux capacités de gestion de ces procédures assez lourdes.

On aurait pu imaginé que soit mesurée et suivie l'évolution des établissements ayant fait l'objet de cette procédure, afin de rendre quelques résultats plus tangibles. Ou que soit suivie, à titre de comparaison, l'évolution des établissements les plus en avance, du moins sur certains gestes chirurgicaux.

4.4.2 Des indicateurs non homogènes entre le régime général et les ARS

Pour les ARS, la chirurgie ambulatoire est suivie à travers trois indicateurs :

- un indicateur de résultat : le taux global de chirurgie ambulatoire
- deux indicateurs de suivi :
 - le taux de MSAP pour les 38 gestes entrant dans le champ de cette procédure ;
 - le taux de chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs entrant dans la procédure de MSAP.

De son côté, la CNAMTS suit son action en matière de chirurgie ambulatoire à travers un indicateur unique, le nombre d'établissements mis sous MSAP.

Il n'y a donc pas de concordance entre les indicateurs fixés côté Etat par la DGOS et ceux de la CNAMTS, y compris concernant le suivi de la procédure de MSAP :

- celui-ci est fait sous la forme d'un suivi du taux de MSAP ou de taux de chirurgie ambulatoire côté Etat ;
- il se concrétise dans le suivi d'un nombre d'établissements côté Assurance maladie.

Au total, l'action « chirurgie ambulatoire » fait l'objet de 4 indicateurs, dont trois portent sur les gestes marqueurs entrant dans la procédure de MSAP, mais qui sont tous trois bien distincts (indicateur de suivi pour les uns, de résultat pour l'autre, taux pour les uns, nombre pour l'autre, taux de MSAP ou taux de chirurgie ambulatoire...). Ces hétérogénéités sont par conséquent potentiellement sources de confusion et ne favorisent dans tous les cas pas une lisibilité de l'action « chirurgie ambulatoire », ni de ses résultats.

4.4.3 La collaboration localement entre ARS et Assurance maladie pourrait être plus étroite

En matière de MSAP, le ciblage des établissements ne se fait pour l'instant pas systématiquement en concertation avec les ARS. Or celles-ci détiennent des informations relatives au fonctionnement des établissements susceptibles d'éclairer le choix fait.

Néanmoins, selon les perspectives dégagées par la CNAMTS concernant la MSAP une telle concertation devrait avoir lieu à partir de 2014.

5 RECOMMANDATIONS

5.1 Améliorer les outils déjà existants

5.1.1 Renforcer les incitations tarifaires

L'outil tarifaire est un levier potentiellement puissant et susceptible de porter des messages clairs à l'ensemble des acteurs. Il pourrait cependant être utilisé plus efficacement encore.

Dans ces conditions, la détermination, pour un certain nombre de GHS, de tarifs uniques construits sur la base des coûts ambulatoires (et non plus d'une moyenne pondérée des coûts de l'hospitalisation complète et incomplète) semble faire l'unanimité, que ce soit auprès de la Cour des comptes, de l'Assurance maladie ou de l'Etat. Dans ce cas, il conviendrait néanmoins d'être vigilant sur le traitement des patients qui, pour des raisons notamment sociales, ne seraient pas éligibles à la chirurgie ambulatoire, et qui ne devraient pas peser indûment sur l'équilibre d'exploitation des établissements.

5.1.2 Redéfinir la place de la MSAP à l'avenir

A défaut d'un bilan précis de la MSAP en chirurgie ambulatoire, la mission retient de ses entretiens avec les acteurs locaux que celle-ci permet surtout de surmonter des blocages spécifiques à certains établissements ou certaines équipes hospitalières.

A l'avenir toutefois, le « rendement » de cet instrument pourrait faiblir car il ne suffira pas à surmonter les difficultés objectives et les réticences des professionnels pour les prises en charge ambulatoires d'actes plus complexes (cf. infra). En outre, la MSAP est susceptible d'être de faible portée au regard de celle des incitations tarifaires si celles-ci sont renforcées.

Il conviendra donc de redéfinir rapidement la place de la MSAP dans la stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire, en fonction des autres actions retenues.

A court terme, la question du degré de maîtrise de la procédure elle-même pourrait être abordée, notamment sous l'angle des contrôles *a posteriori* dans les établissements soumis à cette procédure.

5.2 Elargir l'approche en termes organisationnels et médico-économiques

5.2.1 Accorder plus d'attention à l'évolution de l'organisation interne des établissements

A l'échelle micro-économique, l'adaptation des établissements de santé à la progression des prises en charge ambulatoires est essentielle à la fois pour assurer la soutenabilité de cette dynamique pour les professionnels, pour garantir la qualité des soins dispensés aux patients et pour dégager les gains d'efficacité attendus. Ces adaptations portent sur l'organisation des flux de patients, l'organisation des ressources humaines hospitalières et la gestion des plateaux techniques, en particulier des blocs opératoires.

A l'échelle d'un territoire de santé ou d'une région, cela signifie une recomposition progressive des activités hospitalières.

Or, si certaines ARS se sont engagées dans cette direction, il reste beaucoup à faire.

Aussi, au-delà du suivi du taux de chirurgie ambulatoire, la mission considère que l'adaptation organisationnelle des établissements et la recomposition territoriale des activités de chirurgie doivent devenir un axe majeur du programme de chirurgie ambulatoire. Les SROS signés avec les établissements, l'accompagnement-conseil de l'ANAP, les outils de benchmark des blocs ou de management des lits mis en place par certaines ARS, les analyses d'activité et de dépenses produites par l'ATIH et l'Assurance maladie, sont autant de supports possibles de cette stratégie.

5.2.2 L'organisation des parcours ville-hôpital : condition du développement de la chirurgie ambulatoire pour des actes de plus en plus complexes

Au regard de l'extension du champ des actes concernés par une prise en charge ambulatoire, une analyse plus poussée des conditions de prise en charge du patient apparaît souhaitable, en particulier de la **prise en charge de la douleur**. La difficulté à bien prendre en charge la douleur freine le développement de la chirurgie ambulatoire sur certains actes (cholécystectomies par exemple) et invite par conséquent à réfléchir aux modalités appropriées de réponse susceptibles de convaincre professionnels de santé et patients. Il est clair que ce type de difficulté ne peut pas être traité par le biais de mises sous accord préalable.

C'est aussi **l'organisation du parcours du patient** qui est en jeu, notamment en sortie d'hospitalisation. Des initiatives (en ARS, à l'ANAP, etc.) existent à cet égard mais mériteraient d'être davantage intégrées, en abordant les différents leviers : réactivité de l'échange d'information relative au patient entre l'hôpital et le médecin traitant en amont et en aval de l'intervention, information du patient lui-même sur l'intérêt de prises en charge précoces et ambulatoires, place des hôpitaux locaux en zones rurales, place des maisons de santé pluridisciplinaires, adaptations requises dans les zones aux faibles densités médicales, éventualité d'un PRADO appliqué à la chirurgie ambulatoire, etc. La Mutualité sociale agricole porte un intérêt particulier à ces sujets, comme en témoignent ses démarches d'information dans 6 régions, associant équipes hospitalières et médecins traitants, ainsi que son expérimentation des « pays de santé ».

Certaines idées sont parfois avancées, comme la mise en place d'hôtels non médicalisés proches de l'établissement de santé ; une telle idée, en première analyse, entretient cependant une certaine ambiguïté sur la nécessité ou non d'une surveillance médicale hospitalière pour le patient après l'acte chirurgical.

5.2.3 Concilier développement de la chirurgie ambulatoire et pertinence des soins

L'accent mis sur la progression du taux de chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé soulève désormais la question de la pertinence des actes ainsi réalisés, non seulement en termes de modalités de prise en charge mais aussi et surtout en termes de justification médicale de l'acte ; est ici visé le problème d'une chirurgie ambulatoire qui ne viendrait pas en substitution de la chirurgie en hospitalisation complète mais en addition à celle-ci sur des actes évitables. La mesure et l'identification précise de ce possible glissement sont nécessaires aujourd'hui et cette préoccupation doit être davantage prise en compte dans la politique d'incitation à la chirurgie ambulatoire. Cela doit aussi conduire à créer des liens entre les programmes de GdR « Chirurgie ambulatoire » et « Pertinence » (sur le syndrome du canal carpien ou l'arthroplastie du genou par exemple).

5.2.4 Evaluer les économies susceptibles d'être générées par la chirurgie ambulatoire

L'évaluation des économies pouvant découler de la chirurgie ambulatoire est encore lacunaire. Or, dans une perspective de gestion du risque, cette évaluation s'impose, ce qui nécessiterait de suivre les coûts complets (ville-hôpital) de la chirurgie ambulatoire en comparaison de ceux relatifs à l'hospitalisation complète.

ANNEXE : QUESTIONNAIRE MEDICO-SOCIAL RELATIF AUX MSAP EN CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LE REGIME GENERAL (2013 2014)

Ce questionnaire¹¹⁴ est envoyé par le service médical de l'Assurance maladie à l'établissement qui fait l'objet d'une MSAP. Il sert de base à l'examen par la caisse de la demande d'accord transmise par l'établissement (généralement traitée par entretien téléphonique).

Service Médical - Echelon local de XXXX

Ce document est à remplir conjointement par le chirurgien et l'anesthésiste lorsqu'un acte ciblé implique une hospitalisation avec au moins une nuit.

Le praticien sollicite l'avis du Service Médical par téléphone pour obtenir une réponse immédiate ou différée de 24 heures maximum.

Téléphone Assurance Maladie : XXXX

Date de la demande :

Etablissement :

Identification de l'établissement :

Nom du chirurgien :

Nom de l'anesthésiste :

Téléphone :

Téléphone :

Adresse E-mail de l'établissement :

Assuré :

NIR :

Nom patronymique :

Prénom :

Nom marital :

Bénéficiaire des soins :

Nom patronymique :

Prénom :

Nom marital :

Sexe :

Date de naissance :

Qualité (conjoint, ayant droit...) :

Adresse complète :

A.L.D. : 0 Oui 0 Non

ALD connue par l'établissement : 0 Oui 0 Non

Acte chirurgical prévu :

Date de l'intervention :

Critères médicaux (Niveau ASA 1 à 5) :

5 0

4 0

3 0

2 0

1 0

Critères sociaux pour le patient (pour la famille ou l'accompagnant pour un enfant):

• Accès à un téléphone en post-opératoire :

0 Non

0 Oui

0 Inconnu

• Le patient aura un accompagnant à la sortie et au domicile en post-opératoire :

0 Non

0 Oui

0 Inconnu

¹¹⁴ Cf. Annexe 3 de la Lettre Réseau CNAMTS relative à la poursuite de la mise sous accord préalable des établissements de santé pour la chirurgie ambulatoire en 2013-2014.

- La continuité des soins peut être assurée après la sortie au domicile :
 Non (indiquer les raisons) Oui par la structure Oui par convention
- La compréhension du patient (de la famille ou de l'accompagnant pour un enfant) lors de la consultation a été (la compréhension concerne l'acte, ses complications et les consignes post opératoires) :
 Mauvaise Bonne
- Autres remarques (médicales, sociales...) :

Réponse du service Médical :

Date :

- Accord hospitalisation > 24 h
- Refus pour raisons médico-sociales
- Refus hospitalisation pour raisons administratives

FICHE 5 : LES PROGRAMMES « PRADO »

1 LES PROGRAMMES PRADO DANS LA COG

Le chapitre de la COG relatif à la gestion du risque fait une brève allusion aux programmes d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation au titre du « développement de services d'aide à la sortie et de coordination des soins » (partie 3.3 du 1er chapitre de la COG). L'accompagnement après accouchement sans complication devait initier ces programmes à partir de 2010 ; l'accompagnement après intervention orthopédique ou en lien avec d'autres pathologies devait suivre. Il n'y a pas dans la COG d'éléments plus précis relatifs aux programmes d'accompagnement du retour au domicile (PRADO), ni d'ailleurs d'indicateurs s'y rapportant.

2 PRADO RECOUVRE AUJOURD'HUI TROIS PROGRAMMES DONT LES OBJECTIFS ET LES MODALITES DE DEPLOIEMENT DIFFERENT

La CNAMTS a pris l'initiative de développer des programmes d'accompagnement de la sortie d'hôpital en s'inspirant d'expériences menées dans plusieurs pays, à l'instar du Royaume-Uni, de l'Allemagne, de la Suède ou encore des Etats-Unis¹¹⁵.

Dans ce cadre, la CNAMTS est donc amenée à intervenir plus directement sur des questions d'organisation de l'offre de soins et des parcours des patients. On peut considérer comme légitime cette intervention de l'assureur dans la politique de santé. Cela rejoint l'idée que l'assureur ne soit pas un payeur aveugle et qu'il puisse utiliser des leviers dont l'Etat ne dispose pas. En revanche cela suppose que soient apportées des garanties suffisantes quant au fondement médical des actions menées et quant à l'évaluation de leurs résultats. Cette initiative rejoint aussi la volonté de l'Etat de mieux structurer les soins de proximité et les parcours des patients (axe inscrit dans la stratégie nationale de santé), mais il faut noter qu'elle a été lancée en dehors de toute coordination avec l'Etat.

La CNAMTS a programmé le développement de PRADO avec les étapes suivantes :

- une expérimentation de PRADO maternité à partir de 2010 pour une généralisation en 2012 ;
- une seconde expérimentation pour les sorties d'hospitalisation après intervention orthopédique (« PRADO orthopédie »), lancée fin 2011 et étendue en février 2013 ;
- une troisième expérimentation pour les sorties d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (« PRADO insuffisance cardiaque ») à partir de février 2013.

Les trois programmes PRADO se trouvent donc aujourd'hui à des stades différents.

¹¹⁵ CNAMTS, *Benchmarks de services aux assurés et professionnels de santé à l'étranger – Sortie d'hôpital*, juin 2009.

2.1 Présentation des trois programmes PRADO

Les trois programmes PRADO actuellement en vigueur ont pour caractéristique commune de reposer sur le volontariat des équipes hospitalières et des patients.

2.1.1 La volonté de fluidifier les liens ville-hôpital pour certains épisodes de soins

La formulation des programmes PRADO pour les trois épisodes de soins précités (maternité, interventions orthopédiques, insuffisance cardiaque) soulève quelques questions simples :

- pourquoi ces épisodes de soins ont-ils été retenus ?
- quelle prise en compte des éventuelles pathologies associées ?
- comment ces programmes ciblés s'insèrent-ils dans l'objectif plus large de développement de parcours pour l'ensemble des pathologies chroniques, que préconise la stratégie nationale de santé et qui fait l'objet d'un consensus ?

2.1.2 Le programme PRADO Maternité

2.1.2.1 Le choix de la sortie de maternité pour initier les programmes PRADO

Plusieurs raisons semblent avoir présidé au choix de démarrer PRADO par la maternité.

La CNAMTS met en avant deux facteurs principaux justifiant le choix de déployer PRADO en matière de suivi post-accouchement physiologique :

- **une demande des assurées désirant retourner à leur domicile plus rapidement** : selon une étude réalisée par le CIANE¹¹⁶, elles seraient un peu moins de 40 % à trouver leur durée de séjour à l'hôpital trop élevée. Néanmoins, la mission relève que d'autres études pointent une proportion deux fois plus faible de femmes ayant accouché et jugeant leur séjour en maternité trop long : ainsi, selon l'enquête DREES de 2008, elles ne seraient que 21% dans ce cas contre 66 % satisfaites de leur durée de séjour à la maternité¹¹⁷ ;
- **une volonté d'accompagner la tendance à la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) à travers un suivi post-hospitalisation**, dans la mesure où cette baisse de DMS est moindre en France que dans les autres pays européens.

Durée moyenne de séjour post accouchement en France et dans l'OCDE

- 4,3 jours en moyenne en France contre 3,1 jours en moyenne dans l'OCDE
- 30 % des séjours en 2008 en France ont une DMS supérieure à 5 jours pour le post-partum.

¹¹⁶Collectif Inter Associatif autour de la Naissance, « Sortie de maternité et bien-être des femmes », novembre 2012, consultable en cliquant sur le lien suivant : <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>.

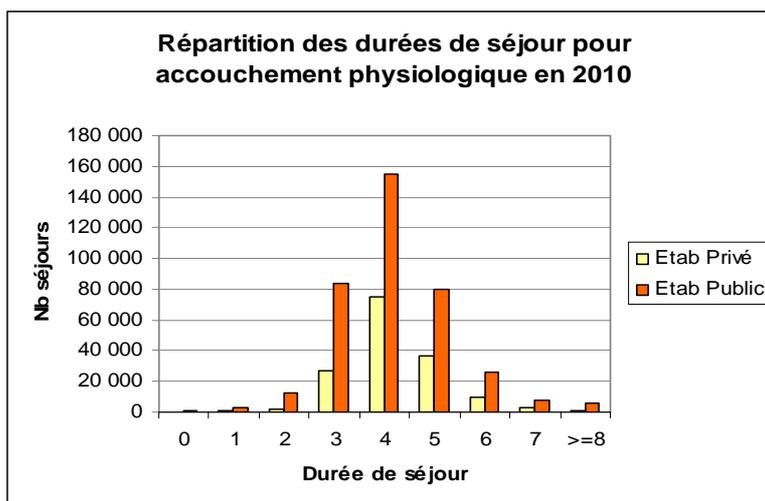
¹¹⁷ « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Etudes et résultats*, n°660, DREES, septembre 2008.

Graphique 1 : Moyenne de la DMS dans les pays de l'OCDE



Source : CNAMTS

Graphique 2 : Répartition des DMS dans les pays de l'OCDE en 2010



Source : CNAMTS

Débuter les programmes PRADO par les sorties de maternité a également permis de poser les jalons de ce programme à partir d'un segment de soins sans pathologie et donc *a priori* d'une moindre complexité. De cette manière, il s'agissait de commencer par un programme présentant peu de risques médicaux et dont les modalités de déroulement pouvaient être assez aisées.

2.1.2.2 Le contenu du programme PRADO Maternité

Le programme PRADO Maternité s'adresse aux patientes majeure ayant accouché par voie basse sans complication. Aujourd'hui, les parturientes concernées sont celles du régime général ainsi que de la MSA et du RSI. Ce programme sera étendu aux affiliées des autres régimes au cours de l'année 2014.

Il s'agit d'accompagner la sortie de maternité des parturientes en leur proposant la venue à leur domicile d'une sage-femme libérale. Deux visites, entièrement prises en charge par l'Assurance maladie¹¹⁸, sont prévues, au cours desquelles la sage-femme observe :

- la mère (examen, conseils pour l'alimentation de son enfant, conseils pour les rendez-vous médicaux post-accouchements) ;
- le nouveau-né (examen, pesée).

PRADO Maternité a tout d'abord été expérimenté en 2010 dans des établissements choisis en fonction de leur volume d'accouchements. La généralisation de ce programme a été enclenchée à partir de 2012.

2.1.3 Le programme PRADO Orthopédie

2.1.3.1 Les justifications du choix des interventions orthopédiques pour la poursuite du déploiement de PRADO

a) Les recommandations de la HAS

La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi en 2006 puis en 2008 des recommandations portant sur « les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de massage et de kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

La HAS indique 18 actes de chirurgie et 2 actes d'orthopédie pour lesquels, en l'absence de complication, la rééducation peut être réalisée en ville et non à l'hôpital. Cette orientation vers une prise en charge en ville est envisagée dans deux cas :

- soit à la suite du traitement orthopédique ou chirurgical initial ;
- soit lorsque la prolongation de la rééducation est discutée au cours d'une hospitalisation en centre de rééducation.

La HAS insiste sur la nécessité de réaliser un transfert d'informations (compte rendu, ordonnance, courrier, protocole spécifique...) rapide et régulier entre le prescripteur de soins et le masseur kinésithérapeute, et inversement.

¹¹⁸ Avec une facturation via un forfait de 15€ par parturiente prise en charge aux deux autres régimes entrant pour l'heure dans ce programme.

b) Un taux élevé de SSR suite à des interventions orthopédiques ne nécessitant pas d'hospitalisation selon les recommandations de la HAS

Le rapport charges et produits pour 2013 de la CNAMTS présente une étude portant sur l'arthrose du genou suivie d'une pose de prothèse. Or, selon cette étude, 20 % des patients concernés par cette intervention seraient pris en charge en SSR alors même qu'une rééducation en ville et un retour à domicile auraient été possibles. Selon la CNAMTS, le coût moyen d'une rééducation en SSR s'élève à 4 220€ contre 860€ pour une prise en charge en ville.

2.1.3.2 Le contenu du programme PRADO Orthopédie

Le programme PRADO Orthopédie est proposé en sortie de (MCO) et non en sortie de soins de suite. Seuls les assurés du régime général peuvent bénéficier de ce programme, qui couvre six interventions dont quatre programmées et deux traumatologiques. Les six interventions sont les suivantes : arthroplastie de genou par prothèse totale en première intention, chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendu rompu de la coiffe des rotateurs, ligament du croisé antérieur du genou, arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en première intention, ostéosynthèse de fracture trochantérienne du fémur, prothèse de hanche pour fracture du col.

Ces interventions qui représentent 25 % des interventions en orthopédie et ont un taux de recours au SSR de 34 %, supérieur à la moyenne selon les données de la CNAMTS.

Tableau 1 : Interventions retenues pour PRADO et taux de recours au SSR (régime général)

Interventions	Nombre de séjours en MCO	Taux de recours SSR
arthroplastie de genou par prothèse totale en 1 ^{ère} intention	89 833	64,3 %
chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendu rompu de la coiffe des rotateurs	46 252	14,5 %
ligament du croisé antérieur du genou	38 454	21%
arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1 ^{ère} intention : <i>intervention comprise dans les « actes CCAM de famille distinctes » et pour lesquelles on ne dispose pas de données plus précises.</i>		33,9 %
ostéosynthèse de fracture trochantérienne du fémur	205 626	24,2 %
prothèse de hanche pour fracture du col	147 753	46,5 %
Taux de recours moyen au SSR		34%

Source : Données CNAMTS

PRADO Orthopédie repose sur l'intervention à domicile ou au cabinet d'un masseur kinésithérapeute. Le traitement kinésithérapeutique comporte :

- des séances de kinésithérapie post-opératoires, afin de rendre sa mobilité à l'articulation opérée selon les consignes données par le chirurgien, surveiller l'état trophique du membre opéré et détecter les signes d'alerte ;
- une évaluation de l'environnement du patient, avec la proposition d'aides techniques et d'aménagement de l'habitat ;
- l'éducation du patient.

Par ailleurs, une « offre d'aide à la vie » (aide aux gestes de la vie courante) est proposée aux patients qui ont temporairement besoin d'un soutien à la vie quotidienne (soit, en octobre 2013, 17 % des patients concernés par le programme¹¹⁹) sur la base d'une évaluation par l'équipe médicale. Cette aide consiste en une aide ménagère et/ou un portage de repas modulable jusqu'à 20 heures par mois, renouvelable pour une durée maximale de trois mois. Cette offre a été élaborée en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui propose une aide analogue (aide au retour à domicile après hospitalisation - ARDH) pour les patients retraités, sur la base d'un dossier commun de demande d'aide.

Ce programme est expérimenté dans 71 établissements en 2014¹²⁰ pour les patients qui ont subi une intervention en chirurgie orthopédique. Sur la base du volontariat, ces derniers peuvent bénéficier d'une prise en charge à domicile dès que leur hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale. Les établissements retenus pour accueillir cette expérimentation l'ont été en fonction de leur volume d'interventions orthopédiques ainsi que de leur taux de recours en SSR.

2.1.4 Le programme PRADO Insuffisance cardiaque

a) Les raisons du choix de ce programme

Le programme s'appuie sur des recommandations de la HAS et de la société française de cardiologie (SFC) :

- la HAS¹²¹ a publié en 2012 un guide très documenté, et de fait peu synthétique, du parcours de soins pour insuffisance cardiaque, qui détermine le suivi avant et après hospitalisation, en vue notamment de la prévention d'une éventuelle décompensation. Il y est préconisé après la sortie d'hospitalisation : une coordination des professionnels (médecin traitant, cardiologue, autres spécialistes, infirmiers), l'implication du patient dans sa prise en charge (éducation thérapeutique), le rappel des signes d'alerte selon les risques de complications et des comorbidités, l'optimisation des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques ;
- la société française de cardiologie a été associée dans le cadre de l'élaboration du programme et participera à son évaluation. Elle doit notamment valider le parcours élaboré par la CNAMTS, ainsi que le contenu scientifique des outils, élaborer l'*e-learning* pour la formation des IDE de ville, aider à la sélection des établissements, et prendre contact avec les chefs de service des CHU expérimentateurs.

b) Un contexte marqué par de fréquentes réhospitalisations et une forte mortalité des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque

400 000 personnes ressortissant du régime général ont été identifiées comme souffrant d'insuffisance cardiaque¹²². Cette population présente des taux élevés d'hospitalisation et de réhospitalisation dans les 6 mois, ainsi qu'une mortalité importante en post hospitalisation dans les 6 mois :

- 91 000 personnes ont ainsi été hospitalisées pour décompensation cardiaque en 2010 (régime général hors SLM)¹²³, avec un taux de réhospitalisation de 34 % dans les six mois pour décompensation cardiaque et de 112 % pour d'autres causes, soit un taux global de réhospitalisation de près de 150 % dans les 6 mois suivant une hospitalisation (données 2010) ;

¹¹⁹ CNAMTS, « Présentation de la généralisation PRADO orthopédie », CSPR du 13 novembre 2013.

¹²⁰ CNAMTS / Site Améli, « Nouvelles procédures MSAP des SSR », 6 février 2014.

¹²¹ Service des maladies chroniques et des dispositifs d'accompagnement des malades.

¹²² Données CNAMTS sur la base du PMSI 2010.

¹²³ Pour l'année 2011, on estime à 120 000 l'incidence de l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque en France.

- par ailleurs, 16 % de décès (14 500) sur les 91 000 personnes hospitalisées ont été déclarés dans les 6 mois suivant l'hospitalisation¹²⁴.

La CNAMTS indique que la littérature scientifique¹²⁵ montre que des programmes d'accompagnement des patients insuffisants cardiaques peuvent avoir un impact fort en termes de baisse de la mortalité (13 % à 25 %)¹²⁶, de réduction des hospitalisations pour décompensation cardiaque (25 % à 30 %), et de réduction des hospitalisations toutes causes hors décompensation (12 % à 20 %).

Le tableau suivant reprend les réhospitalisations évitables et permet de mettre en évidence l'importance de celles-ci en matière d'insuffisance cardiaque :

Tableau 2 : Hospitalisations évitables selon les critères de Weissman – Fréquence dans la population générale et parmi les personnes âgées de plus de 75 ans

Pathologies	Hospitalisations évitables		
	Ensemble des patients concernés	Part des patients de plus de 75 ans	Taux d'hospitalisations évitables pour les patients > 75 ans
Insuffisance cardiaque congestive	29%	73,9%	49,4%
Pneumonie	22,9%	30,4%	26,6%
Pyélonéphrite	11%	24,3%	6,2%
Cellulite infectieuse	10%	10%	2,3%
Asthme	6,7%	6,2%	0,9%
Gangrène	6,5%	41,8%	6,6%
Hypertension maligne	5,8%	42,4%	5,7%
Appendice perforé	5,5%	11,1%	1,4%
Diabète	1,5%	14,9%	0,5%
Ulcère	0,4%	42,7%	0,4%
Conditions immunisantes	0,4%	3,3%	0%

Source : CNAMTS, exploitation de la base nationale PMSI-MCO

c) Le contenu du programme

Le programme prévoit un accompagnement de la sortie d'hôpital pour les patients ayant vécu un épisode de décompensation cardiaque en améliorant le lien entre l'hôpital et les professionnels de ville (cardiologue, médecin traitant et infirmier libéral) ainsi que la qualité de vie du patient.

Le patient ciblé est une personne majeure ayant été hospitalisé pour décompensation cardiaque et ayant été déclaré médicalement éligible au PRADO Insuffisance cardiaque. La CNAMTS estime à 60 000 patients par an les patients cibles¹²⁷. Ce programme est aujourd'hui destiné aux seuls assurés du régime général.

¹²⁴ Données CNAMTS, décembre 2013

¹²⁵ F.A. McAlister, S. Stewart, S. Ferrua, J. McMurray, « Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials », *Journal of the American College of Cardiology*, 2004, vol. 44 (4).

¹²⁶ Le rapport Denis Jacquat sur l'éducation thérapeutique, remis au Premier ministre en juin 2010, fait état de l'efficacité de l'éducation thérapeutique des patients porteurs de maladies chroniques en Allemagne, en Belgique, aux Pays-Bas et en Suisse, l'accent étant mis sur le diabète.

¹²⁷ Hors patients en ALD 15 (maladie d'Alzheimer et autres démences), hors patients en dialyse et uniquement pour les patients dont c'est la première sortie de MCO en 2012 vers le domicile.

De même que dans le cadre de PRADO Orthopédie, une « aide à la vie » à domicile peut également être proposée. Gérée en lien avec la CARSAT, elle vise s'adresse plus spécifiquement aux retraités, en fonction de leur revenu.

PRADO Insuffisance cardiaque est expérimenté dans 6 établissements (Amiens, Bordeaux, Rouen, Rennes, Strasbourg, Nancy), avec un objectif de couverture de 1 000 patients.

2.1.5 Les prochains programmes PRADO prévus

Deux nouvelles expérimentations devraient être lancées en 2014, notamment afin de développer la prise en charge du parcours de soins des personnes âgées :

- après une hospitalisation pour broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), qui correspond selon le rapport « *Charges et produits* » à une problématique proche de l'insuffisance cardiaque, notamment en termes de fréquence des réhospitalisations ;
- pour les patients souffrant de plaies chroniques (ulcères, escarres).

2.2 Les programmes PRADO ne répondent pas tous aux mêmes objectifs

2.2.1 Deux objectifs communs peuvent être dégagés pour l'ensemble des PRADO : améliorer la coordination ville-hôpital et la qualité des soins

La COG de la CNAMTS de même que le rapport charges et produits (RCP) fixent un objectif commun aux programmes PRADO : celui de fluidifier le parcours hôpital-ville. Cet objectif s'inscrit donc de façon cohérente dans la volonté de décroisement de ces deux secteurs.

Dans ce contexte, PRADO doit fournir les leviers permettant l'organisation du passage de l'hôpital à la ville, à travers la mise en place d'un dispositif de coordination administrative permettant une meilleure coordination médicale.

Par ailleurs, les programmes PRADO permettent également d'améliorer la qualité des soins, en accompagnant le retour à domicile après une hospitalisation. Il s'agit, pour les patients qui le souhaitent, de pouvoir retourner à leur domicile lorsque leur hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale, tout en bénéficiant de l'organisation plus systématique et anticipée du retour au domicile.

La combinaison de ces deux objectifs est instable et doit être recherchée durablement dans la mise en œuvre de ces programmes.

2.2.2 D'autres objectifs, explicites ou implicites, propres à chaque programme

Au titre de la gestion du risque, les programmes PRADO n'ont pas comme seul objet le décroisement ville - hôpital. Selon le type de soins, d'autres finalités, leur sont assignées.

2.2.2.1 Le programme PRADO Maternité poursuit des objectifs peu spécifiés, allant de la prévention à la recherche subsidiaire d'efficience

Les objectifs de PRADO Maternité en termes de gestion du risque manquent de clarté, que ce soit dans la présentation du programme ou encore dans la perception qu'en ont les différents interlocuteurs de la mission (CPAM, CNAMTS, établissements). Ce programme d'accompagnement de la sortie de maternité des parturientes poursuit donc plusieurs buts, dont certains ne semblent pas faire consensus :

- ▶ **réduire la durée moyenne de séjour (DMS) :** le lien entre PRADO Maternité et cette réduction est sujet à caution. Finalité plus clairement assumée par la caisse nationale, elle a souvent été rejetée par les interlocuteurs de la mission, notamment au niveau des CPAM ou du service médical. Pour ces derniers, PRADO accompagne au mieux la baisse de la DMS dans certaines maternités. Ces interprétations, tout comme les directives de la CNAMTS de ne pas présenter PRADO comme un outil de réduction de la DMS, donnent l'impression que PRADO ne saurait être assimilé à un outil de maîtrise médicalisée afin que soit mise en avant la recherche de qualité de service ;
- ▶ **intervenir dans le champ de la prévention :** ce but n'est pas non plus clairement affiché et a davantage été mis en avant au fil des entretiens avec les pilotes en charge de PRADO au sein des CPAM et du service médical. Néanmoins, les interlocuteurs de la mission soulignent que l'intervention à domicile d'une sage-femme libérale doit inciter les parturientes à effectuer davantage de rééducation périnéale, à consulter un pédiatre et un gynécologue...Par ailleurs, cette intervention à domicile permet également d'être plus attentif à l'environnement à la fois matériel et psychologique dans lequel évolue la parturiente. Le programme PRADO est dans ces conditions compris comme un programme de prévention sur le long-terme, sans pour autant qu'ait été prévue dès le départ une évaluation permettant de juger de ces effets au fil du temps ;
- ▶ enfin, la substitution à l'hospitalisation à domicile (HAD), peu indiquée dans ce genre de circonstances, apparaît comme un objectif implicite et second du programme.

Les deux autres programmes PRADO (Orthopédie et Insuffisance cardiaque) poursuivent des objectifs plus explicites et plus directement liés à la gestion du risque, notamment aux gains d'efficience susceptibles d'être dégagés.

2.2.2.2 Les objectifs de PRADO Orthopédie : réduire le recours aux SSR et les freins à une prise en charge en ville

Selon la présentation qu'en fait la CNAMTS¹²⁸, l'objectif de PRADO Orthopédie est de réduire les freins qui peuvent exister à une rééducation en ville après une intervention (organisation des rendez-vous avec les professionnels de santé libéraux, définition d'un protocole de prise en charge, aides sociales ponctuelles comme le portage des repas...).

La CNAMTS souhaite par ce programme « *favoriser le recours à la rééducation par des professionnels de santé de ville pour les patients qui, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), ne relèvent pas d'une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR)* ». Ce même objectif est repris dans le rapport *Charges et Produits*. Il s'agit donc d'améliorer l'efficience du suivi post-hospitalisation en adaptant les modalités de prise en charge aux besoins du patient, dans un contexte marqué par une forte hétérogénéité des taux de recours aux SSR selon les régions (taux de recours au SSR allant de 25 % à 61 %).

¹²⁸ Point d'information de la CNAMTS sur PRADO, 22 octobre 2013.

2.2.2.3 Les objectifs de PRADO Insuffisance cardiaque : réduire le taux de réhospitalisation et de mortalité des patients

Selon la présentation qu'en fait la CNAMTS, le programme PRADO Insuffisance cardiaque vise notamment à améliorer l'état de santé des assurés insuffisants cardiaques et à diminuer leur taux de réhospitalisation et de mortalité, notamment grâce à une meilleure coordination ville-hôpital autour du médecin traitant.

2.3 Des modalités différenciées de déploiement des programmes

Pour l'ensemble des PRADO, l'Assurance maladie coordonne la prise en charge du patient à sa sortie d'hospitalisation sur la base de mémos qu'elle rédige à partir des guides ou protocoles de prise en charge réalisés par la Haute autorité de santé.

2.3.1 Dans le cadre de PRADO Maternité, un accompagnement administratif organisant l'intervention d'un nombre limité de professionnels de santé

La future mère est tout d'abord sensibilisée au programme pendant sa grossesse par différents canaux disponibles (guide maternité, information sur ameli, par les professionnels de santé...) Une plaquette d'information PRADO est remise au 8e mois de grossesse.

Pendant l'hospitalisation de la mère, l'équipe médicale décide de son éligibilité au programme PRADO. Le CAM fait la promotion du programme au sein de l'établissement auprès des patientes jugées éligibles (rencontre avec les patients, remise de l'offre des sages-femmes de leur secteur, vérification de la disponibilité de la sage-femme).

A la sortie d'hospitalisation de la parturiente, cette dernière est prise en charge par la sage-femme libérale contactée par le CAM sur la base du référentiel HAS, qui détermine à la fois le contenu et la périodicité des visites, fixée à deux.

Enfin, le CAM appelle l'assurée afin de vérifier que la première visite a bien eu lieu. Il effectue un bilan 12 jours après son accouchement, essentiellement afin de connaître le degré de satisfaction de la parturiente (cf. *infra*).

Seuls deux acteurs interviennent à la sortie d'hospitalisation :

- un acteur administratif, le CAM, afin de vérifier que l'organisation administrative de cette sortie d'hospitalisation se déroule comme prévu ;
- un professionnel de santé : la sage-femme libérale, qui effectue deux visites au domicile de la parturiente.

2.3.2 Dans le cadre des PRADO Orthopédie et Insuffisance cardiaque, l'organisation de parcours plus complexes

Le CAM remplit à nouveau dans ces deux PRADO un rôle d'accompagnement exclusivement administratif. En effet, il est un facilitateur entre le patient, les professionnels de santé de ville (médecin traitant, spécialiste, infirmière libérale) et les prestataires d'aide à la vie en cas de besoins d'action sociale. Il ne doit pas intervenir dans les décisions médicales.

Par rapport au PRADO Maternité, l'organisation de l'accompagnement est plus complexe à deux égards :

- davantage de professionnels de santé doivent être mobilisés : infirmières, médecin traitant, kinésithérapeute pour PRADO Orthopédie et infirmière, médecin traitant et cardiologue, voire spécialistes de multiples pathologies associées ;
- il s'agit de traitement de pathologie ou de suivi post intervention chirurgicale, donc de segments de soins nécessitant des soins plus conséquents que le suivi d'un accouchement physiologique.

2.3.2.1 La procédure mise en œuvre pour PRADO Orthopédie

a) Avant et pendant le temps de l'hospitalisation

Avant l'intervention, l'équipe médicale peut informer le patient de l'existence du programme (plaquette d'information) et le préinscrire s'il le souhaite. Le CAM n'intervient pas.

Pendant l'hospitalisation du patient, l'équipe médicale en charge de l'opération décide de l'éligibilité de ce dernier sur des critères médicaux.

Une fois son éligibilité déclarée et l'opération réalisée, le CAM présente au patient une liste de masseurs kinésithérapeutes et d'infirmiers libéraux. Le CAM informe ensuite le médecin traitant du patient que ce dernier a accepté de rejoindre le programme et prend rendez-vous avec les professionnels de santé de ville, soit à domicile, soit en cabinet.

Le chirurgien établit une prescription médicale destinée au masseur kinésithérapeute et comprenant des consignes post-opératoires.

b) Après la sortie d'hospitalisation, pendant une durée allant de 15 jours à 4 à 6 semaines en cas de traitement anticoagulant complémentaire

Le CAM :

- appelle le patient au lendemain de la première visite de chaque professionnel de santé et effectue un bilan qui s'apparente à une enquête de satisfaction¹²⁹ ;
- informe le médecin traitant de la prise en charge du patient dans le cadre de PRADO ;
- est joignable quand le patient le souhaite tout au long de la période de prise en charge. Pour toute question médicale, il est en revanche conseillé au patient de joindre un personnel médical.

Le masseur kinésithérapeute :

- effectue une première intervention après la sortie d'un établissement de soins, avec une prise en charge conforme à la prescription médicale (séances de rééducation) ;
- assure la traçabilité sur le dossier de suivi des soins (la traçabilité des soins dans le dossier de suivi du patient (réalisation du bilan diagnostic kinésithérapeutique et sa transmission au médecin prescripteur et au médecin traitant) ;
- prescrit éventuellement des dispositifs médicaux ;
- évalue les aides techniques nécessaires ;
- à détecter et transmettre les signes d'alerte au médecin traitant :
 - En cas d'absence de signe d'alerte, il poursuit les séances de rééducation ;

¹²⁹ Les CAM rencontrés par la mission indiquent réaliser ce « bilan de satisfaction » 15 jours après la sortie d'hospitalisation, soit potentiellement avant l'arrêt des soins.

- En cas de signe d'alerte, il informe immédiatement le médecin traitant et/ou le chirurgien.

L'infirmier(e) libéral(e) :

- réalise des visites à domicile suivant la prescription remise au patient. La première a lieu dans les 24 ou 48 heures après la sortie. Lors de ces visites, l'IDE veille à tenir le dossier de soins et à prescrire les dispositifs médicaux utiles ;
- en cas d'absence de signe d'alerte, l'IDE poursuit les soins infirmiers ;
- en cas de signe d'alerte, l'IDE informe immédiatement le médecin traitant, qui décide de la réhospitalisation ou de l'adaptation de la prise en charge en ville.

Le médecin traitant

- est informé par le CAM de la prise en charge du patient dans le cadre du programme PRADO ;
- est informé par le masseur kinésithérapeute ou l'IDE en cas de signe d'alerte ;
- décide, en cas de signe d'alerte, de la réhospitalisation ou de l'adaptation de la prise en charge en ville.

Le chirurgien :

- est informé par le masseur kinésithérapeute en cas de détection de signe d'alerte, et peut décider de l'adaptation de la prise en charge en ville ou de la réhospitalisation.

c) L'articulation avec la procédure de mise sous autorisation préalable des prestations d'hospitalisation en SSR

La MSAP en soins de suite et de réadaptation¹³⁰

- Article L.162-1-17 du code de la Sécurité sociale
- Sur la base des recommandations de la HAS : concerne les prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation en rapport avec six actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas habituellement de recourir à une hospitalisation, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie
- Durée maximum : 6 mois
- Portait à l'origine sur l'établissement qui admettait le patient et qui exécutait la prestation ; porte depuis le 1^{er} janvier 2014 sur le prescripteur
- Pré-ciblage des établissements concernés sur la base du PMSI MCO et du PMSI SSR avec transmission de la liste d'établissements aux CPAM et aux ARS afin de finaliser le ciblage des établissements
- Déroulement de la procédure : proposition par l'Assurance maladie aux ARS des établissements à mettre sous MSAP, suivie d'une décision et d'une information par l'ARS des établissements. L'établissement devra demander l'accord préalable au service médical de l'Assurance maladie pour toute admission de patients pour rééducation en SSR en lien avec les six gestes visés.

La MSAP SSR poursuit un but analogue à PRADO Orthopédie, à savoir réduire le taux de placement en SSR à l'issue de certaines interventions orthopédiques pour lesquelles un retour à domicile est possible. Dans ce contexte, ce sont les mêmes interventions qui entrent dans le périmètre de chacune des procédures.

¹³⁰ Cf. fiche 6 « Les programmes d'accompagnement des établissements ».

En termes d'articulation, PRADO Orthopédie vient donc en accompagnement de la MSAP : si un séjour en SSR n'est pas jugé pertinent suite à une MSAP, il n'en demeure pas moins que l'organisation d'une prise en charge à domicile peut l'être, si le patient le souhaite. PRADO permet donc ce suivi et cet accompagnement.

En revanche, actuellement, les deux procédures ne sont pas forcément liées : un refus de séjour en SSR suite à une demande préalable ne conduit pas nécessairement à une proposition de PRADO Orthopédie au patient ou à l'équipe médicale. Ces deux procédures gagneraient donc encore à être articulées, afin d'organiser dans les meilleures conditions la maîtrise du recours au SSR et la prise en charge en ville.

2.3.2.2 La procédure de mise en œuvre de PRADO Insuffisance cardiaque

a) Avant la sortie d'hospitalisation

Le CAM propose aux patients déclarés éligibles par l'équipe médicale de bénéficier du suivi à domicile. Il organise le premier rendez-vous avec le médecin traitant, le cardiologue et une IDE. Une action de formation des infirmiers libéraux est éventuellement réalisée par l'équipe hospitalière.

b) Après la sortie d'hospitalisation

Pendant les deux premiers mois, le déroulement du programme est le suivant :

- le CAM :
 - s'assure de la réalisation des premiers rendez-vous chez le médecin traitant et chez un(e) infirmier(e) libéral(e) ;
 - effectue un bilan de satisfaction au bout de deux mois ;
- l'infirmier(e) libéral(e), formé(e) par *e-learning* :
 - réalise une visite hebdomadaire au domicile, soit 8 visites.
- le médecin traitant :
 - réalise une consultation sous 8 jours ;
 - réalise une consultation longue à 2 mois en coordination avec le cardiologue, afin de moduler la poursuite de l'accompagnement ;
- le cardiologue :
 - réalise une consultation un mois après la sortie d'hospitalisation.

Le programme PRADO Insuffisance cardiaque est complexe au regard des risques élevés des patients en sortie d'hospitalisation. Dans ces conditions, l'IDE libéral(e) joue un rôle central de détection des risques et d'alerte.

Pour ce faire, la CNAMTS a mis en place un programme de formation en *e-learning*, à destination des infirmiers libéraux, dont les principaux modules sont décrits dans l'encadré ci-après.

Quelques éléments de la formation e-learning destinée aux infirmiers libéraux intervenant dans le cadre de PRADO Insuffisance cardiaque

- Justification du programme PRADO Insuffisance cardiaque (objectif de réduction du taux d'hospitalisation...)
- Présentation des éléments de surveillance simple à mettre en œuvre au domicile du patient
- Présentation des effets secondaires et de la façon de les identifier ainsi que des interactions médicamenteuses
- Explication de la place de l'infirmier(e) de ville
- Indications sur la surveillance du patient (prise de poids, tension artérielle...)
- Description de la conduite à tenir (motifs d'appel du cardiologue, du 15...)
- Evaluation des connaissances sur des cas cliniques

S'il comble aujourd'hui un vide, ce mode de formation présente néanmoins des risques non négligeables :

- il fournit un support de base aux infirmiers libéraux mais le guide de parcours des soins Insuffisance Cardiaque de la HAS insiste sur l'implication des autres professionnels de santé, médicaux ou non médicaux et sur d'autres aspects de technicité avancée que seule la pratique régulière et la formation en lien avec les médecins et les équipes hospitalières semble être à même de fournir ;
- par ailleurs, dans son avis relatif à la formation par *e-learning* des infirmiers libéraux, la HAS avalise cette procédure à condition qu'une formation thérapeutique leur soit dispensée au préalable¹³¹ ; or cette pratique est loin d'être systématique dans les faits, d'autant plus que le mémo visé indique que cette éducation peut *éventuellement* avoir lieu (cf. *supra*) ;
- enfin, aucune évaluation de l'appropriation de ces contenus n'est pour le moment prévue.

Un suivi spécifique, pour les cas les plus complexes, peut avoir lieu de trois à six mois après l'hospitalisation (sur décision du médecin traitant en coordination avec le cardiologue). Dans ces cas, l'infirmier(e) libéral(e) réalise une visite bimensuelle, soit 8 visites supplémentaires et le CAM réalise un bilan final.

En revanche, tous les patients reçoivent dans ce laps de temps, deux courriers comprenant les messages de prévention. Ces derniers sont envoyés par l'infirmier(e).

PRADO Insuffisance cardiaque repose sur la mobilisation de plusieurs outils, élaborés en partenariat par la HAS et la Société française de cardiologie :

- avant la sortie d'hospitalisation :
 - un dépliant d'information présentant le programme au patient ;
 - une grille d'éligibilité pour sélectionner les patients ;
- après la sortie d'hospitalisation :
 - un carnet de suivi, destiné à la fois au patient et aux professionnels de santé, afin de coordonner les actions des professionnels de santé ville/hôpital et aider le patient à vivre au quotidien avec son insuffisance cardiaque ;
 - une fiche pratique parcours PRADO case pour présenter le rôle de chaque professionnel de santé ainsi que le processus ;
 - une fiche consultation longue pour présenter cette consultation ;

¹³¹ Cf. avis du 13 novembre 2013 du collège de la Haute autorité de santé relatif au projet de mémo sur le programme de retour à domicile après hospitalisation (PRADO) « Suivi en ville après décompensation cardiaque ».

- une fiche pratique IEC, CAT hypotension artérielle, CAT IRC, CAT prise de poids, œdèmes, dyspnée, fiche pratique bêtabloquant pour aider le médecin généraliste et les infirmiers de ville dans la prise en charge du patient.

En conclusion, il est intéressant de souligner que la complexité de l'accompagnement à organiser diffère largement selon qu'il s'agit de PRADO Maternité ou des deux autres PRADO. A ce titre, il est pourtant étonnant que, quel que soit le programme, les modalités d'accompagnement par le CAM sont conçues de la même manière et à travers la mobilisation de personnel polyvalent à mi-temps.

Cette hypothèse de polyvalence est discutable pour les PRADO Orthopédie et Insuffisance Cardiaque, pour lesquels un investissement supérieur semblerait le bienvenu au vu de la complexité relative de l'organisation du retour à domicile. Un suivi sur la durée de l'accompagnement post-intervention et une mobilisation plus systématique d'un médecin conseil afin de mieux garantir le bon déroulement des procédures apparaîtraient pertinents.

2.3.3 Le suivi du déploiement des programmes

Pour les trois programmes, un suivi est réalisé depuis 2012 par un comité dédié associant des représentants des professionnels de santé, des établissements de santé et des usagers ainsi que la HAS. Organisé par l'Assurance maladie, il se réunit deux fois par an afin de réaliser un bilan du programme et de discuter des évolutions envisageables. Les directions du ministère de la santé en sont absentes.

3 L'ANALYSE DE L'EFFICACITE DES PROGRAMMES PRADO : UN DEPLOIEMENT TRES PROGRESSIF ET DES METHODES D'EVALUATION FRAGILES

3.1 Un déploiement très progressif, variable selon les programmes

3.1.1.1 En cours de généralisation depuis 2012, PRADO Maternité est le programme le plus déployé mais il ne touche encore que 28 % de sa cible

Dans un point de communication d'octobre 2013, la CNAMTS a présenté un bilan de la mise en œuvre de PRADO Maternité, dont les principaux résultats sont les suivants :

- la procédure a été présentée à 160 000 femmes depuis 2010 et 137 000 femmes ont adhéré au programme en 2013, soit un taux d'adhésion de 80% pour 28% des accouchements physiologiques ;
- les adhérentes au programme sont généralement des jeunes femmes primipares de 30 ans ;
- le programme est déployé dans 348 établissements, dont 88 privés et 260 publics et qui couvrent 60 % des accouchements physiologiques du territoire ;
- 91 % de ses bénéficiaires se déclarent très satisfaites et 9 % plutôt satisfaites du service additionnel offert ;
- 3 197 sages-femmes sur les 3 842 installées en libéral ont pris en charge au moins une patiente dans le cadre du programme depuis le début de l'année 2013.

Une évaluation approfondie a été menée du 1^{er} janvier au 31 octobre 2012, sur 155 maternités auprès de 13 500 femmes bénéficiaires de ce service :

- il en ressort un recours aux sages-femmes libérales nettement plus élevé : 2 visites de sages-femmes dans les 12 jours suivant l'accouchement (contre 0,55 pour les femmes hors programme), ce qui découle logiquement de la construction du programme ;
- les adhérentes ont par ailleurs légèrement plus recours à la rééducation périnéale que les autres (60 % contre 51 %) ;
- en revanche, le suivi de la jeune mère par un gynécologue est aussi fréquent pour les adhérentes que pour les autres jeunes femmes (1,05 vs 1,06 consultations par femme), de même que le suivi de l'enfant par un pédiatre ;
- enfin, la durée moyenne de séjour à la maternité est très légèrement plus faible pour les femmes bénéficiant de PRADO: 3,98 jours contre 4,07 jours.

Ces résultats sont récapitulés dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Premier bilan du PRADO Maternité

Recours aux soins	Femmes adhérentes (N = 13 481)	Femmes n'ayant pas bénéficié du service après présentation de celui-ci (N = 5 785)	Femmes éligibles en 2012 (N = 30 464)	Femmes éligibles en 2011 (N = 41 704)
Visite d'une sage-femme libérale	1,96 visite par femme	0,34 visite par femme	0,55 visite par femme	0,49 visite par femme
Consultation gynécologique	1,05 consultation	1,06 consultation	1,06 consultation	1,06 consultation
Consultation pédiatre et/ou médecin généraliste	1,97 consultation	1,90 consultation	1,97 consultation	1,98 consultation
Rééducation post-natale par une sage-femme ou un masseur-kinésithérapeute	8,6 séances	8,41 séances	8,47 séances	8,53 séances
Durée moyenne de séjour	3,98 jours	4,03 jours	4,07 jours	4,07 jours

Source : CNAMTS

En résumé :

- PRADO Maternité se généralise mais touche néanmoins encore moins d'un tiers des parturientes entrant dans sa cible ;
- les personnes ayant bénéficié de ce programme en sont satisfaites ;
- ce programme affecte peu :
 - la DMS ;
 - le recours aux professionnels de santé pour la parturiente ou pour son enfant, à l'exception (dans une mesure modeste) des séances de rééducation périnéale.

3.1.1.2 PRADO Orthopédie s'est développé plus lentement que prévu et concerne encore un nombre très limité de personnes

PRADO Orthopédie est encore en cours d'expérimentation dans la mesure où son déploiement a pris du retard. Des raisons diverses sont invoquées :

- le nécessaire rattachement des CAM au service médical dans le réseau a conduit à des ajustements dans la gestion de ces ressources humaines ;
- selon les CPAM et DRSM, le déploiement lent de PRADO Orthopédie est majoritairement dû à la difficulté à faire accepter ce programme aux chirurgiens orthopédiques, qui marquent une certaine réticence à l'égard de la rééducation en ville.

Dans ce contexte, le programme est déployé actuellement dans 71 établissements et touche 1 000 personnes (contre 5 000 personnes ciblées en 2013). 13 CAM (en ETP) sont mobilisés.

Un premier bilan de satisfaction a été réalisé auprès des chirurgiens orthopédistes et des patients. Ses résultats sont à relativiser au vu du déploiement limité du programme :

- 97 % des chirurgiens orthopédistes interrogés se disent intéressés ou satisfaits par ce programme : ce pourcentage reste vague dans la mesure où la marque d'un intérêt porte peu à conséquence. 91 % d'entre eux estiment par ailleurs que PRADO Orthopédie procure une valeur ajoutée pour le patient, sans que celle-ci ne soit plus détaillée ;
- le taux d'adhésion des patients sollicités est de 80 %, à rapporter à nouveau au déploiement encore débutant de PRADO Orthopédie ;
- l'âge moyen des patients adhérant est de 67 ans pour la pose de prothèse de hanche et de 61 ans pour l'intervention liée à l'épaule ou au genou ;
- 83 % des patients se déclarent très satisfaits et 15 % plutôt satisfaits du programme. Selon le bilan dressé par le CAM 12 jours après la sortie du patient de l'hôpital, c'est-à-dire avant la fin de l'accompagnement prévu. Ce bilan gagnerait probablement à être réalisé à l'issue de l'accompagnement.

S'agissant du taux de recours au SSR, les premiers éléments fournis à la mission par la CNAMTS montrent que celui-ci a évolué dans les départements où PRADO est expérimenté de la même façon que sur le reste du territoire (baisse de 3 points entre 2011 et 2012). Seul le département de la Manche, où PRADO Orthopédie est mieux implanté, affiche une baisse plus importante qui atteint 7 points.

Enfin, s'agissant des délais de prise de rendez-vous avec les professionnels de santé en ville (IDE, masseur-kinésithérapeute ou encore médecin généraliste), ils sont sensiblement plus faibles pour les assurés ayant bénéficié de PRADO que pour les autres.

Tableau 4 : Délais pour les prises de rendez-vous en ville à l'issue d'une intervention entrant dans le champ de PRADO Orthopédie

	Assurés hors PRADO	Assurés PRADO
Délai pour le 1 ^{er} rendez-vous avec un(e) infirmier(e) de ville	4,1 j	1,7 j
Délai pour le 1 ^{er} rendez-vous avec un masseur-kinésithérapeute	11,6 j	5,8 j
Délai pour le 1 ^{er} rendez-vous avec le médecin généraliste	37,4 j	30,3 j

Source : CNAMTS

Deux conclusions semblent pouvoir être tirées de ces données :

- la réduction du taux de recours au SSR peut être importante à partir du moment où PRADO Orthopédie est effectivement bien implanté ;
- en revanche, la capacité à lever les freins au déploiement de PRADO Orthopédie constitue un défi de taille.

3.1.1.3 Le programme PRADO Insuffisance cardiaque connaît lui aussi un déploiement très limité

250 patients ont été concernés par PRADO Insuffisance cardiaque en 2013 (contre un objectif de 1 000, soit 25 % de la cible initialement fixée). 6 CAM (en ETP) sont mobilisés dans ce cadre afin d'intervenir dans les 11 établissements concernés par l'expérimentation. Comparé au programme PRADO Orthopédie, il faut souligner que le nombre de personnes concernées est sensiblement plus faible, puisque la CNAMTS a identifié 91 000 personnes au total ayant été hospitalisées pour décompensation cardiaque sur une année (cf. supra).

Il n'existe pas encore de bilan plus abouti de ce programme, sachant qu'un premier bilan qualitatif devait être réalisé à la fin de l'année 2013 et qu'une étude de l'impact, notamment en matière de consommation de soins et de réhospitalisation, est prévue pour fin 2014.

3.2 Un déploiement qui met en lumière les défaillances d'articulation avec les autres acteurs

PRADO a été conçu et développé sans concertation avec l'Etat. Certes, une présentation des programmes PRADO orthopédie et insuffisance cardiaque a été faite en COPIL GdR à trois reprises en 2013¹³² ainsi qu'en CNP, mais davantage à titre informatif (assurer une information des ARS) qu'afin de formaliser une démarche partenariale au niveau régional.

Or ce choix de la part de la CNAMTS peut paraître dommageable à plusieurs égards :

- l'Etat pilote le programme SSR de GdR, pour lequel les interactions avec PRADO sont fortes ;
- le périmètre de PRADO, à savoir l'accompagnement de la sortie d'hospitalisation, n'a pas été discuté :
 - or, la prescription abusive de SSR suites aux interventions orthopédiques entrant dans le champ de PRADO n'est pas mesurée ni objectivée ; d'ailleurs le taux de 98 % de MSAP acceptées en matière de SSR sur ces mêmes interventions interroge ;
 - en vue d'améliorer la pertinence du parcours du patient, PRADO aurait pu comprendre dans son champ non seulement les sorties de MCO mais aussi la sortie de SSR, afin de limiter les inadéquations acquises en cours de séjour tout en proposant un accompagnement à la sortie du SSR.
- enfin, les établissements peuvent se trouver face à une juxtaposition de plusieurs dispositifs non coordonnés et nécessitant à chaque fois des travaux spécifiques. Ce risque de doublon est susceptible de rendre moins attractifs ces différents outils et de nuire leur déploiement.

Parallèlement, l'Etat promeut des logiciels d'orientation des patients dont l'articulation avec PRADO Orthopédie et avec la MSAP SSR reste à préciser

¹³² COPIL GdR du 16 avril 2013, du 16 juillet 2013 et du 22 novembre 2013.

Un des objectifs affichés de PRADO Orthopédie est de diminuer le taux de recours au SSR afin de réserver ces soins aux patients en ayant réellement besoin. Or la DGOS promeut des logiciels d'orientation des patients en sortie de MCO comme le logiciel « Via Trajectoire ».

Le logiciel d'orientation « Via Trajectoire »

○ La mise en place de Trajectoire

Cet outil a été initié par la région Rhône Alpes en 2005, d'abord par les Hospices civils de Lyon avant d'être repris par l'ARH puis par l'ARS.

○ L'objectif de Trajectoire

C'est un outil informatique à l'usage avant tout des équipes hospitalières pour l'orientation du patient après une hospitalisation en MCO, et, à terme, pour la gestion des admissions.

○ Le contenu de Trajectoire

Il comprend

- un répertoire des structures d'accueil (articulé avec le ROR),
- un thésaurus de plus de 3 000 situations médicales résultant d'observations professionnelles de terrain contradictoires et intégrant les référentiels de la HAS,
- un dossier d'admission structuré permettant une appréciation complète de l'état du patient, y compris des données sur sa situation personnelle.

○ L'utilisation de Trajectoire

A partir d'une demande d'admission initiée par le prescripteur, et au vu des besoins de prise en charge du patient, le logiciel oriente vers les structures les plus adaptées, précise le niveau d'équipement des établissements concernés et enregistre tous les éléments de réponse.

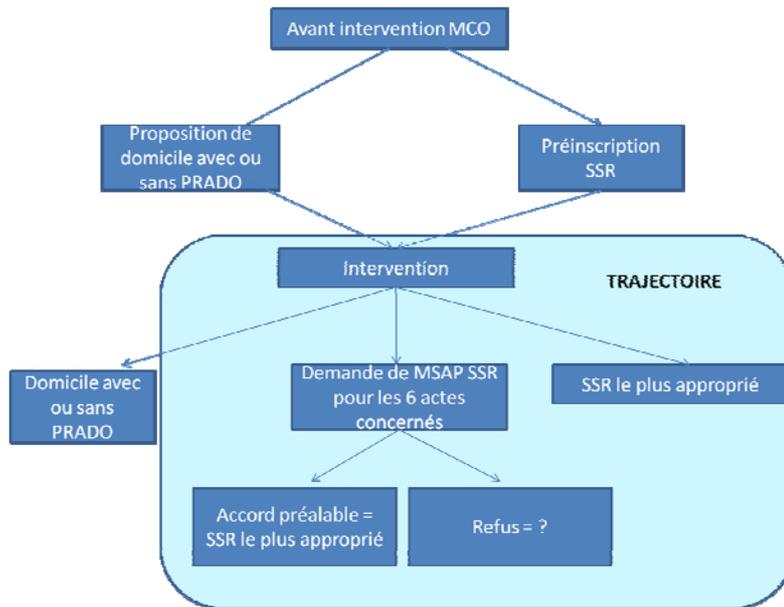
L'orientation se fait du MCO vers le SSR mais aussi du MCO vers le médico-social.

○ Le déploiement de Trajectoire

En juin 2013, Trajectoire est dans 21 régions et couvre 50% des établissements MCO et 60% des SSR. Dans un petit nombre de régions, 100% des établissements utilisent Trajectoire.

Le logiciel Via Trajectoire a intégré l'arbre de décision de la procédure de MSAP SSR (cf. *infra*), comme le montre le schéma suivant.

Schéma 1 : L'articulation entre « Via Trajectoire » et la MSAP SSR



Source : Mission

Dans le cadre de PRADO Orthopédie, Trajectoire offre donc une possibilité d'orientation des patients sur la base des critères d'éligibilité existant pour ce programme. Des réunions entre la CNAMTS, le Secrétariat général ainsi que la DGOS ont été organisées afin d'élaborer les modalités d'articulation possibles entre le dispositif. Selon la DGOS, la recherche d'articulation entre Trajectoire, PRADO et la MSAP fait toujours l'objet de discussions avec la CNAMTS.

L'objectif de Trajectoire demeure cependant ambigu et nuit à son appropriation par l'Assurance maladie. Pour certains acteurs de terrain, notamment dans le réseau du régime général, l'outil Trajectoire sert à choisir entre différentes structures de SSR, conformément à la finalité première de l'outil, au risque de générer une inflation d'admission en SSR. Pour d'autres acteurs en revanche, et notamment la DGOS, cet outil doit bien permettre d'orienter de la façon la plus pertinente possible les patients, que ce soit en SSR ou à domicile.

Par ailleurs, des programmes similaires à PRADO Insuffisance cardiaque sont développés par certaines ARS. C'est le cas en Ile-de-France (au centre hospitalier René-Dubos de Pontoise) ou encore en Midi-Pyrénées (programme OSICAT) dans 12 établissements. Ces programmes s'inspirent du dispositif CORDIVA, promu en Allemagne où il touche aujourd'hui 16 000 patients et est financé par certaines caisses d'assurance maladie.

Or PRADO Insuffisance cardiaque et ces initiatives se sont développées sans concertation entre les différents porteurs, alors que l'objectif poursuivi semble le même. Cela est d'autant plus dommageable qu'il pourrait être intéressant à moyen terme de comparer l'efficacité de ces différents dispositifs.

Le dispositif d'accompagnement de l'insuffisance cardiaque, CORDIVA, déployé dans d'autres pays

CORDIVA est un centre d'accompagnement personnalisé réalisé par des infirmières spécialisées en insuffisance cardiaque et spécifiquement formées à cela. L'infirmière réalise le suivi du patient, à travers des appels réguliers de suivi et d'éducation à la santé (toutes les trois semaines), ou encore d'envois réguliers de rapports au médecin traitant. L'infirmière réalise ce suivi au moyen d'entretiens semi-dirigés validés par le comité scientifique de CORDIVA.

De son côté, le patient dispose d'une «box» comprenant des instructions à suivre au quotidien (utilisation du pèse-personne, réponse à 8 questions sur l'évolution de son état de santé...). Les réponses à ces questions sont automatiquement transmises au centre d'accompagnement. Ces réponses, qui correspondent à des données cliniques, sont analysées chaque jour par un système informatique qui déclenche des alertes selon des critères prédéfinis. En cas d'alerte, une infirmière passe un appel d'intervention au patient. En tout état de cause, sur la base de ces données, l'infirmière rédige des rapports sur l'évolution des symptômes du patient qu'elle transmet tous les deux mois au médecin traitant et au cardiologue référent.

A noter que s'agissant du programme développé au centre hospitalier René-Dubos de Pontoise, la validité des prises en charge en télé-médecine doit être vérifiée à travers une étude randomisée sur un échantillon de 330 patients.

Enfin, ni les ARS, ni les autres régimes, lorsqu'ils exercent le rôle de caisses pivots comme la MSA, ne sont associés au déploiement de PRADO. Or leur implication dans la construction des parcours de soins et leur connaissance des établissements rendraient leur intervention doublement légitime. Or, lors de ses déplacements, la mission a pu constater que le choix de certains établissements afin d'y déployer PRADO pouvait se révéler inadapté, faute d'informations demandées aux ARS au sujet des établissements retenus. Ainsi, PRADO Maternité devait par exemple être développé dans un établissement ayant déjà mis en place une organisation de la sortie de maternité¹³³, de même que PRADO Orthopédie dans un établissement ayant lui aussi un tel système d'accompagnement du retour à domicile¹³⁴. Dès lors, les CAM se sont heurtés à une certaine incompréhension de la part des établissements en question et s'efforçaient de déployer, souvent sans succès, un programme pour lequel leur valeur ajoutée était, en l'occurrence, faible.

3.3 Des méthodes d'évaluation *ex ante* fragiles

3.3.1.1 L'évaluation des économies liées à PRADO Maternité reposent sur une hypothèse non vérifiée

La CNAMTS a élaboré le modèle économique suivant afin d'évaluer les économies pouvant être apportés par PRADO Maternité en 2013. Les gains sont évalués à 25,7M€ et les coûts à 16,5M€, soit un gain net de l'ordre de 10M€

¹³³ Etablissement en Pays de la Loire.

¹³⁴ Etablissement en Languedoc-Roussillon.

Schéma 2 : Modèle économique PRADO Maternité pour l'année 2013 selon la CNAMTS

Source : Données CNAMTS,

Les gains économiques procurés par PRADO Maternité sont évalués à 25,7 M€ en 2013. Ce résultat est obtenu en faisant l'hypothèse d'une réduction du tarif du GHS relatif à l'accouchement physiologique sans complications à hauteur de 25 M€, censée refléter la baisse de 0,1 jour de la DMS pour l'ensemble des accouchements physiologiques sans complications (soit 500 000 personnes).

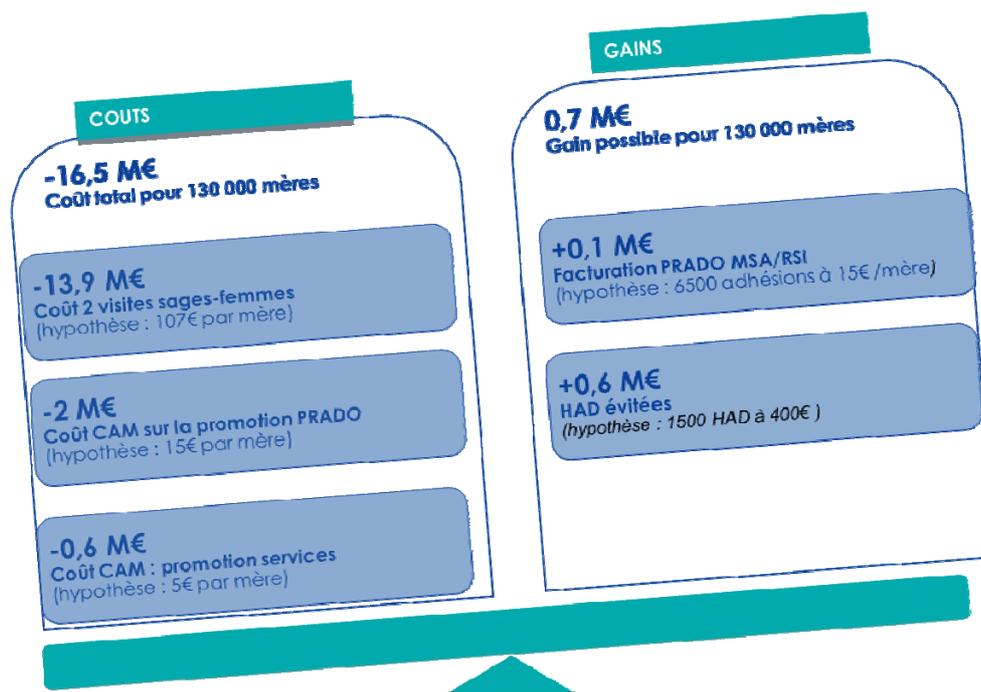
La CNAMTS étend donc à l'ensemble des accouchements la légère diminution de DMS observée dans le cadre de PRADO pour en déduire une réduction du tarif du GHS à hauteur de 50 € pour chaque accouchement.

Pour l'heure, il n'y a pas eu de répercussion de PRADO sur le tarif du GHS¹³⁵. Par conséquent, pour l'année 2013, les 25 M€ d'économies mis en avant demeurent théoriques.

Dans ce contexte, le modèle économique de PRADO Maternité pour 2013 ferait plutôt apparaître un coût net, comme l'illustre le schéma suivant :

¹³⁵ Ce dernier a certes diminué à hauteur de 37€ par accouchement entre le 2012 et 2013, passant de 4 055€ à 4 017€ mais sans que PRADO Maternité ne semble avoir joué un rôle dans cette baisse.

Schéma 3 : Modèle économique de PRADO Maternité en 2013 selon la mission



Source : Données CNAMTS, recalculs mission

En 2013, le programme PRADO Maternité a représenté un coût de 15,8M€

A terme, il n'est pas exclu que PRADO Maternité puisse générer des économies, si le programme est généralisé, et si sont vérifiées les hypothèses de calcul initiales.

3.3.1.2 PRADO Orthopédie doit permettre des économies conséquentes, à condition de connaître une montée en charge rapide

Le modèle économique sur lequel repose PRADO Orthopédie est retracé dans le schéma suivant, transmis par la CNAMTS à la mission :

Schéma 4 : Modèle économique de PRADO Orthopédie

Source : CNAMTS

Le modèle économique de PRADO Orthopédie repose sur les économies résultant d'un séjour en SSR évité, qui représentent selon les calculs de la CNAMTS 4 219€ en moyenne par parcours SSR évité. Dans ce contexte, la CNAMTS estime à 106,3M€ ces économies en 2017, suivant l'hypothèse selon laquelle PRADO Orthopédie bénéficierait à 84 000 patients à cette échéance, dont 30 % seraient orientés à domicile en alternative au SSR.

Ce modèle économique repose sur des projections d'adhésion au programme qui sont pour l'heure très éloignées de ce que l'on peut observer, et dont le réalisme est donc difficile à établir. De fait, pour l'année 2013, l'économie potentielle annoncée à 6,3M€ n'est pas confirmée et est probablement quatre fois plus faible¹³⁶. A l'horizon 2017, les 106M€ d'économies mis en avant par la CNAMTS sont très incertains. Outre le rythme d'adhésion à PRADO, un autre paramètre de calcul consiste dans la proportion de patients orientés vers des rééducations en ville. Cette proportion, estimée à 30 % dans les hypothèses de calcul, pourrait évoluer, à la hausse ou à la baisse, notamment sous l'effet des procédures de MSAP¹³⁷.

¹³⁶ 6,3M€ d'économies étaient prévues pour 2013 sur la base de 5 000 adhésions. Or, 1 000 personnes sont effectivement entrées dans le programme. Si on estime que 30 % d'entre elles correspondent donc effectivement à des séjours en SSR évités, l'économie réalisée peut être estimée à 1,4M€

¹³⁷ Concernant l'arthroplastie du genou, le rapport *Charges et Produits* pour l'année 2013 estime à 45 % la part des patients qui pourraient ainsi être pris en charge à domicile pour leur rééducation.

3.3.1.3 Les économies permises par PRADO Insuffisance cardiaque reposent également sur une montée en charge très ambitieuse du programme

Schéma 5 : Modèle économique de PRADO Insuffisance cardiaque

Source : CNAMTS

Les économies permises par PRADO Insuffisance cardiaque sont calculées sur la base de la réduction des réhospitalisations pour décompensation cardiaque ou pour autres causes, lesquelles permettent de réduire le nombre de séjours à hauteur de 1 240€ en moyenne par patient. Le parcours organisé dans le cadre de PRADO correspond à un surcoût de 290€ en moyenne par patient, soit un gain final de 950€ en moyenne par patient.

Si la méthodologie de calcul ne semble pas poser de difficultés, la montée en charge plus lente qu'escomptée (250 personnes adhérentes en 2013 au lieu de 1 000), les difficultés liées à la formation des acteurs, et les comorbidités invitent à avoir une vision des économies attendues davantage échelonnée dans le temps. La cible de 99 M€ d'économie en 2017 repose sur une hypothèse de montée en charge rapide chaque année.

Pour l'avenir, les hypothèses de montée en charge des PRADO ne tiennent pas compte des effectifs CAM supplémentaires à mobiliser ni de la capacité des professionnels de santé libéraux à absorber quantitativement et qualitativement l'activité induite. La cohérence moyens / objectifs devra être précisée.

3.3.2 En termes de méthode, d'autres PRADO vont être déployés alors même que seul PRADO Maternité a fait l'objet d'une réelle évaluation

La CNAMTS souhaite développer des programmes PRADO, notamment en direction des personnes âgées. A ce titre, des PRADO BPCO et asthme devraient être expérimentés en 2014. Pour l'heure, seul PRADO Maternité a réellement fait l'objet d'une évaluation conséquente. PRADO Orthopédie et insuffisance cardiaque ne sont pas suffisamment déployés et n'ont donc pas été évalués de la même manière. Or PRADO Maternité se caractérise par son absence de prise en charge du suivi d'une pathologie ou d'une intervention, et donc par son éloignement des futurs PRADO, plus proches des PRADO Orthopédie et Insuffisance cardiaque

Les expérimentations pour PRADO BPCO et PRADO asthme sont prévues alors même que les autres programmes PRADO, notamment Orthopédie et Insuffisance cardiaque, n'ont pas encore été généralisés et qu'il est donc encore trop tôt pour déterminer si leur déploiement s'est révélé concluant. En termes de méthode, le choix de développer de nombreux programmes en l'absence d'évaluations suffisantes des précédents programmes semble risqué.

3.4 Le suivi des programmes PRADO

3.4.1 Le suivi de PRADO Maternité : nombre de parturientes concernées et niveau de satisfaction

Le suivi de PRADO Maternité figure dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des CPAM. A l'origine constitué par un taux (nombre de parturientes rentrant dans le programme rapporté au nombre total d'accouchements physiologiques sans complications dans le périmètre de la CPAM), il figure depuis 2013 sous la forme d'une cible en nombre absolu à atteindre. Ainsi, au niveau national, l'objectif pour 2013 est d'avoir 130 000 parturientes entrant dans le programme PRADO. Il n'existe pas d'autre indicateur relatif à ce programme dans les CPG.

Par ailleurs, le suivi de PRADO Maternité se fait également à travers le bilan de satisfaction réalisé par les CAM auprès des parturientes ayant bénéficié de ce programme et qui a lieu 12 jours après la sortie de maternité. Or ce bilan est essentiellement axé sur la satisfaction des parturientes au programme. Le suivi de la DMS ou encore le nombre de consultations des professionnels de santé ne sont pas des items d'évaluation. Ce choix souligne la volonté de mettre l'accent sur l'aspect « qualité de service » de ce programme plus que sur son efficience.

3.4.2 Un suivi encore en construction pour PRADO Orthopédie et Insuffisance cardiaque

Le suivi des programmes PRADO Orthopédie et Insuffisance cardiaque se limite pour l'heure au bilan de satisfaction réalisé par les CAM 15 jours après la sortie d'hospitalisation du patient, soit avant la fin des soins en cas de prescription d'un traitement anticoagulant notamment. Comme dans le cas de PRADO Maternité, l'accent est à nouveau mis sur la qualité du service rendu plus que sur l'apport sur programme en matière de gestion du risque et de gains d'efficience.

A l'avenir, il est prévu d'évaluer le succès de PRADO Orthopédie notamment au regard de la réduction des taux de recours au SSR pour les interventions entrant dans le champ de ce programme.

Concernant PRADO Insuffisance cardiaque, des indicateurs plus précis et plus stratégiques sont également envisagés, mais ne sont pas en place. Il serait intéressant de comparer ses résultats avec ceux obtenus par des dispositifs comparables promus par certaines ARS, à l’instar du programme CORDIVA développé *supra*.

Schéma 6 : Eléments d’évaluation prévus pour PRADO Insuffisance cardiaque

Source : CNAMTS

4 RECOMMANDATIONS

Les constats dressés ci-dessus amènent la mission à recommander des évolutions permettant à la fois de faire davantage de PRADO un outil de structuration de l'offre de soins, avec comme préalable nécessaire une plus grande professionnalisation à la fois des modalités de déroulement des programmes ainsi que de leur évaluation *ex ante* et *ex post*.

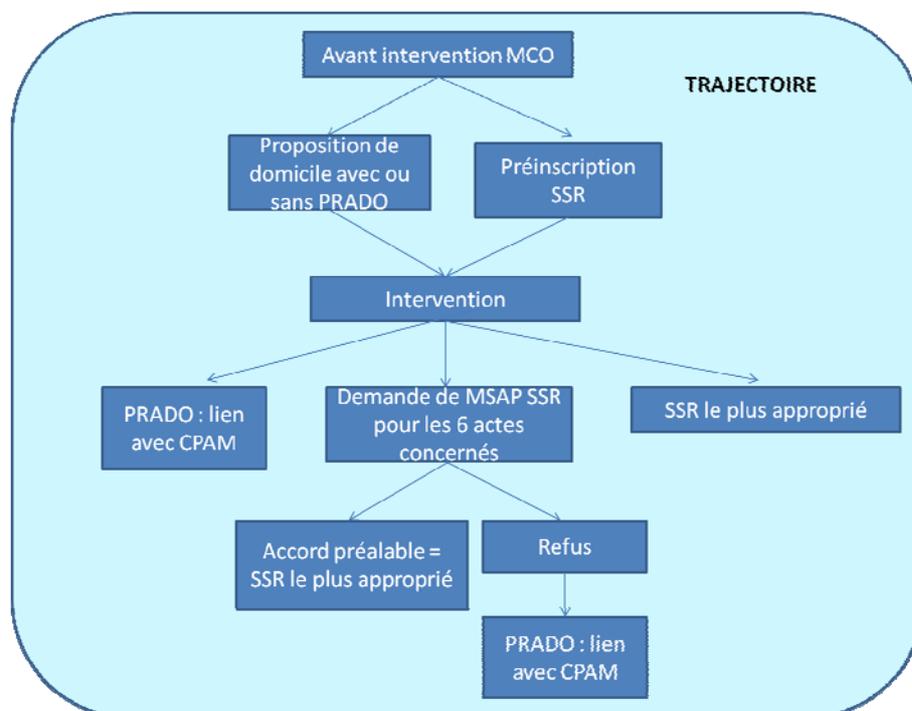
4.1 Utiliser PRADO davantage comme outil de structuration de l'offre de soins en articulant davantage l'action des caisses d'assurance maladie avec celle des ARS

4.1.1 A court terme, développer les PRADO en menant une démarche plus partenariale et concertée avec l'Etat, les ARS et la MSAP

- **Poursuivre les programmes PRADO en intégrant davantage le logiciel Via Trajectoire**

Le logiciel Via Trajectoire intègre déjà la procédure MSAP SSR dans les établissements dans lesquels il est déployé. Avoir l'ensemble des outils permettant d'orienter un patient à l'issue d'une intervention chirurgicale soit à domicile, soit en SSR serait une façon de structurer le parcours du patient de façon plus optimale. Cela permettrait également d'aider les professionnels de santé concernés à s'approprier les programmes PRADO. La mission recommande donc d'intégrer le plus rapidement possible PRADO Orthopédie dans le logiciel Via Trajectoire, afin d'aboutir au schéma d'organisation du parcours de sortie d'hospitalisations suivant :

Schéma 7 : La sortie d'hospitalisation après une intervention orthopédique : organisation proposée par la mission



Source : Mission

- Associer davantage les ARS dans le choix des établissements et de l'organisation du parcours de soins

Les programmes PRADO se sont mis en place sans s'appuyer sur les autres acteurs susceptibles d'intervenir dans l'organisation du parcours de soins, et notamment les ARS. Or cette absence de coordination a pu avoir pour conséquence des choix d'établissements dans lesquels expérimenter PRADO qui n'étaient pas forcément adaptés (existence préalable d'un système similaire), et, surtout de ne pas permettre de mutualiser les ressources en présence afin d'organiser le parcours de soins le plus cohérent et complet possible. La mission recommande par conséquent que les établissements ciblés pour l'expérimentation des PRADO soient choisis en concertation avec les ARS, mais aussi que les ARS et l'Etat soient davantage associés en amont à l'organisation du parcours de soins dans le cas des pathologies prises en charge par les programmes PRADO.

En outre, concernant PRADO Insuffisance cardiaque, les résultats de ce programme gagneraient à être comparés avec ceux de programmes similaires développés par les ARS, à l'insar du programme CORDIVA présenté dans cette fiche.

- Mener une démarche plus partenariale avec la MSA

La MSA développe des actions plus adaptées au milieu rural en matière d'organisation de la sortie d'hospitalisation. A ce titre, les programmes PRADO de la CNAMTS gagneraient à être articulés avec ces actions. L'expérimentation menée par la MSA sur les « pays de santé » afin d'encourager l'implantation des médecins libéraux dans les zones peu denses pourrait à ce titre avantageusement s'inscrire dans l'organisation des parcours de soins telle que celle promue par PRADO.

4.1.2 A plus long terme, articuler PRADO avec les autres outils en cours de construction visant à structurer le parcours de soins

Certains outils pourraient, en étant articulés avec les programmes PRADO, servir la structuration efficace du parcours de soins. A titre illustratif, on peut citer le ROR (répertoire opérationnel des ressources), qui permet aujourd'hui de prendre connaissance de l'offre et de l'organisation de la permanence des soins sur le territoire régional. Encore en cours de déploiement dans de nombreuses régions, ce répertoire n'en n'offre pas moins de fortes potentialités, à moyen long-terme, d'aide à la structuration du parcours de soins, sortie d'hospitalisation incluse. Les conditions d'articulation possibles entre PRADO et cet outil gagneraient à être approfondies.

Dans le cas d'une organisation d'un parcours de soins complet mobilisant les différents outils utiles, une réflexion pourrait être engagée sur le financement de ce parcours. La question du financement par les établissements de santé des dépenses induites par ce parcours pourrait être par exemple étudiée, sur la base de l'analyse des expériences menées en ce sens par certaines établissements, à l'instar du centre hospitalier de Quimper.

4.2 Un préalable nécessaire pour faire de PRADO un outil efficace de structuration du parcours de soin : professionnaliser son déroulement et renforcer son évaluation

4.2.1 Mieux prendre en compte les polyopathologies

Les programmes PRADO se sont construits sur la prise en charge d'une pathologie ayant nécessité une hospitalisation, ce qui peut totalement se concevoir en termes de mise en place progressive d'un programme.

Néanmoins, à plus long terme, cette approche peut se révéler limitée, notamment au vu de l'importance des facteurs de comorbidité, dès lors que PRADO vise à prendre en charge des pathologies lourdes, à l'instar de l'insuffisance cardiaque (cf. *supra*). La nécessité d'avoir une approche davantage fondée sur la polypathologie risque de se révéler nécessaire pour assurer une prise en charge efficace. En revanche, elle comporte de très fortes implications en termes de formation des CAM ainsi que des professionnels de santé, médicaux et para-médicaux.

Dans la même perspective, une meilleure articulation avec d'autres actions de gestion du risque susceptibles d'entraîner une amélioration de l'accompagnement du patient serait la bienvenue. Le programme SOPHIA, en ce qu'il vise à développer de nouvelles modalités d'accompagnement des pathologies chroniques, en fait partie, d'autant que les liens entre insuffisance cardiaque et diabète sont forts.

4.2.2 Professionnaliser davantage les conseillers de l'Assurance maladie

4.2.2.1 Professionnaliser le contenu du métier des CAM

Si les programmes PRADO ont vocation à se développer, que ce soit en termes de montée en charge des programmes déjà existants ou de développement de nouveaux programmes, les CAM vont devoir eux aussi être en mesure de monter en puissance.

Par rapport à leur fonctionnement actuel, basé sur la polyvalence (mi-temps, gestion de plusieurs PRADO), certaines limites peuvent d'ores et déjà être dégagées :

- la mise en place de programmes prenant en charge des pathologies de plus en plus complexes constitue aux yeux de la mission une limite de la polyvalence actuelle des CAM. En effet, l'accompagnement administratif prodigué en sortie de maternité ou à la suite d'une intervention pour insuffisance cardiaque ne nécessite pas la même charge de travail (organisation de la sortie d'hospitalisation plus complexe mobilisant de nombreux professionnels de santé) ni la même responsabilité ;
- concernant la conception même du rôle de coordonnateur administratif, celle-ci devrait être plus extensive qu'aujourd'hui, en ne se limitant pas à une prise de rendez-vous et à une enquête de satisfaction.
 - le suivi du bon déroulement de la sortie d'hospitalisation devrait être revu afin d'être plus développé et ne pas se limiter à une enquête de satisfaction. Plusieurs points devraient être réalisés aux différents stades du parcours post-hospitalisation du patient afin de vérifier davantage le bon déroulement et de pouvoir corriger les situations problématiques, ce qu'il n'est possible de faire aujourd'hui que de façon limitée.
 - une mobilisation, dans le cas de suivi d'une pathologie ou des suites d'une intervention, d'un médecin conseil afin de rendre compte de la situation devrait avoir lieu de façon plus systématique.

Dans ces conditions, la formation des CAM sera probablement à revoir, à travers la mise en place de procédures de formation plus standardisées et plus étoffées.

4.2.2.2 Renforcer l'attractivité du métier

Le développement des programmes PRADO va de pair avec une montée en charge du nombre de CAM, surtout si l'organisation de la sortie d'hospitalisation suite à des interventions lourdes est poursuivie. La CNAMTS n'a pas communiqué à la mission les effectifs projetés des CAM pour les prochaines années.

Néanmoins, la question de l'attractivité de ce métier et des leviers disponibles afin de renforcer cette attractivité risque de se poser rapidement. Pour l'heure, les CAM sont majoritairement issues des fonctions de production, exercent leur fonction de CAM à mi-temps et ne sont pas rémunérés davantage que dans leurs précédentes fonctions. Agir sur ces différents leviers permettrait probablement d'amorcer une reconnaissance plus importante, y compris vis-à-vis des intervenants extérieurs, du métier de CAM.

4.2.3 Professionnaliser les interventions des infirmiers libéraux

Dans le cadre des programmes PRADO Orthopédie et Insuffisance cardiaque, les infirmiers libéraux sont amenés à prodiguer des soins mais aussi à détecter les signaux d'alerte nécessitant de contacter le médecin généraliste ou le spécialiste pertinent. Dans le cadre de PRADO insuffisance cardiaque, la formation à la détection de ces signaux se fait à travers une formation en e-learning, dont la mission a souligné les limites.

Dans ces conditions et au vu de la responsabilité pesant sur les infirmiers libéraux dans ce cadre, il apparaît nécessaire de professionnaliser et sécuriser davantage leur intervention, à travers une formation plus solide et des assurances quant à la bonne appropriation des connaissances. La mission renvoie ici à la recommandation de la HAS selon laquelle les infirmiers libéraux devraient obligatoirement suivre une formation thérapeutique au sein de l'établissement.

4.3 Adopter des méthodes d'évaluation *ex ante* et *ex post* plus fiables

Les méthodes d'évaluation *ex ante* des programmes PRADO souffrent de plusieurs défauts :

- des hypothèses de calcul fragiles dans le cas de PRADO Maternité (hypothèse de baisse du tarif du GHS peu réaliste au vu des effets de PRADO Maternité en termes de réduction de la DMS) ;
- des hypothèses de montée en charge très optimistes au regard du déploiement beaucoup plus lent des deux autres programmes.

Ces évaluations gagneraient à être revues en les faisant reposer sur des hypothèses plus fiables.

Par ailleurs, il apparaîtrait également pertinent d'évaluer les programmes Orthopédie et Insuffisance cardiaque avant de développer de nouveaux PRADO, afin d'identifier d'éventuels dysfonctionnements et d'assurer les conditions de succès des futurs programmes.

FICHE 6 : LES PROGRAMMES D'ACCOMPAGNEMENT DES ETABLISSEMENTS (MAITRISE MEDICALISEE A L'HOPITAL ET PERTINENCE DES SOINS)

1 UNE EXTENSION DU CHAMP D'APPLICATION DE LA MAITRISE MEDICALISEE, DEPLOYEE PAR LA CNAMTS EN MARGE DE LA COG

1.1 Que prévoit la COG Etat-CNAMTS ?

Dans la première partie de la COG, relative à la GdR, le sous-chapitre 4.1. traite de l'approfondissement des programmes de maîtrise médicalisée.

Cet approfondissement désigne en réalité une double extension : extension du champ d'application de la maîtrise médicalisée en direction des établissements de santé ou médico-sociaux et des patients ; extension des thèmes traités, notamment vers d'autres prescriptions médicamenteuses (antalgiques, anti-diabétiques ou anti-ostéoporotiques). La COG ne précise pas toutefois la teneur ni les frontières de ces futurs nouveaux thèmes.

En annexe à la COG, le programme n°4 intitulé « Promouvoir l'action de maîtrise médicalisée et développer l'utilisation de référentiels » reprend cette orientation : *« L'objectif de la maîtrise médicalisée est de mieux maîtriser l'évolution des dépenses de santé, notamment de prescription, en aidant les professionnels à adopter de meilleures pratiques. (...) En effet, les études disponibles démontrent que certains soins peuvent être délivrés de manière plus efficiente, soit parce que la prestation ou le produit est inutile, soit parce qu'il existe une alternative au moins aussi efficace mais moins coûteuse pour la collectivité. Cette action nécessite de s'appuyer sur des référentiels médicaux précis et validés tels que ceux que la Haute Autorité de Santé a produit au cours des dernières années. »*

Parmi les objectifs, on note :

- « - Atteindre les économies prévues par la LFSS ;
- Atteindre, en fonction des enjeux, un niveau semblable d'actions entre médecins libéraux et médecins exerçant en établissement ;
- Développer la démarche vers les établissements ;
- Compléter les actions d'accompagnement des professionnels de santé par des actions vers les assurés ;
- Apporter un concours aux actions régionales des ARS, dans le cadre du PRGDR. »

Parmi les engagements de l'Assurance maladie, on relève : *« Développer des offres de services plus larges et plus personnalisées vers les acteurs ou publics concernés (assurés, médecins, infirmiers, pharmaciens, hôpital, fabricants de logiciels de prescription, SSR). »*

Parmi les engagements de l'Etat, on relève : *« Donner des orientations fortes aux autorités sanitaires pour la validation de référentiels médicaux et médico-économiques ».*

Rien de spécifique donc quant à la « maîtrise médicalisée à l'hôpital » (MMH). Celle-ci s'est développée par extension à la fois de la maîtrise médicalisée en ville (depuis les références médicales opposables jusqu'aux objectifs inscrits dans la ROSP), des contrôles T2A, et du suivi des dépenses imputées sur l'enveloppe de ville mais prescrites à l'hôpital.

Les indicateurs de résultat de ce programme n°4 sont, eux aussi, peu spécifiques :

- évolution de l'ONDAM ;
- économies réalisées chaque année par champ d'action de maîtrise médicalisée, telles que visées à l'annexe 9 de la LFSS ; on relèvera que l'annexe 9 des LFSS fournit un chiffrage global des économies prévues au titre de la maîtrise médicalisée et intégrées dans la construction de l'ONDAM [N] mais ne fournit ni le réalisé de l'année [N-1] ni le détail des postes constitutifs de cette économie globale ;
- nombre de contacts avec les professionnels de santé (dont les professionnels de santé hospitaliers) : objectif de 500.000 en 2013, dont 490.000 contacts avec les professionnels libéraux et 10.000 contacts en établissements.

1.2 Les instructions relatives à la « maîtrise médicalisée à l'hôpital » sont issues des lettres réseau de la CNAMTS

La maîtrise médicalisée à l'hôpital (MMH) est un programme récent développé en propre par la CNAMTS par extension de sa politique de maîtrise médicalisée en ville. Les instructions données aux organismes locaux d'assurance maladie résultent donc essentiellement des lettres réseaux.

En particulier, la lettre réseau DDGOS-60/2013 du 14 août 2013 présente « *l'ensemble des actions prévues en 2013 conduisant à un accompagnement des établissements sanitaires et médico sociaux.* »

Ce programme, qui vise à la fois les établissements de santé et les EHPAD, rassemble plusieurs actions, identifiées par leurs cibles (prescriptions hospitalières, T2A, établissements SSR, HAD) et par leurs modalités (MSAP et MSO notamment). La lettre réseau détaille les actions concernant les établissements de santé (MCO surtout) mais évoque très succinctement celles touchant aux EHPAD.

S'agissant des établissements de santé, ce programme se décompose en :

- MM-PH (maîtrise médicalisée relative aux prescriptions hospitalières) ;
- MMH-T2A (maîtrise médicalisée relative à la T2A, qui en tant que démarche d'accompagnement, se distingue des contrôles T2A par ailleurs en vigueur) ;
- MM-HAD (maîtrise médicalisée relative à l'hospitalisation à domicile) ;
- mise sous accord préalable (MSAP) : MSAP-chirurgie ambulatoire, MSAP-hors chirurgie ambulatoire, MSAP-SSR ;
- PRADO Maternité, Orthopédie, Insuffisance Cardiaque.

On notera que le programme est, selon les cas, centré sur une fraction de la consommation de soins (les prescriptions), un segment du parcours de soins (le retour à domicile après hospitalisation), un type de prise en charge (l'hospitalisation à domicile) ou un instrument de contrôle *a priori* des décisions médicales (l'accord préalable).

Il s'agit d'un programme composite qui recoupe largement plusieurs priorités de GdR définies par ailleurs (PHMEV, transports, chirurgie ambulatoire, SSR, ainsi que l'axe Pertinence récemment ajouté), certaines de ces priorités étant pilotées par l'Assurance maladie, d'autres par l'Etat. Les outils mobilisés au titre de la MMH peuvent être, selon les cas, ceux prévus par ces autres programmes (par exemple la MSAP en SSR ou en chirurgie ambulatoire, ou encore les « accords de méthode¹³⁸ » en matière de transports) ; mais la CNAMTS met en avant un levier supplémentaire sous la forme de visites en établissements assorties de la mise à disposition de données (profils comparés des établissements notamment).

Une CPAM a résumé la teneur générale du programme de MMH : « Un soutien à divers objectifs et un portage d'informations vers les établissements ».

Les développements qui suivent fournissent une présentation plus détaillée de ces actions et se penchent notamment sur leur valeur ajoutée en termes de soutien à la GdR et de production d'information. L'un des éléments repris dans le programme MMH, à savoir le programme PRADO de retour accompagné à domicile, fait l'objet d'une fiche spécifique (cf. fiches « les programmes PRADO »).

2 LES ACTIONS AU TITRE DE LA MAITRISE MEDICALISEE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES (MM PH)

2.1 Un important programme de visites réalisé par les médecins-conseils et délégués de l'assurance maladie

2.1.1 Présentation

L'Assurance maladie intervient dans les établissements de santé via des visites auprès des équipes médicales et via la mise à disposition de données (permettant le ciblage des établissements avec lesquelles Assurance maladie et ARS pourront contractualiser, ou nécessaires au suivi de ces contrats). La lettre réseau d'août 2013 rappelle en effet que cette démarche doit s'articuler avec les CAQOS.

Sont principalement ciblés les établissements publics (CHU/CHR, qui sont les plus grands prescripteurs, et les centres hospitaliers - CH) et ESPIC (y compris Centres de Lutte Contre le Cancer - CLCC). Les établissements privés lucratifs ne sont visités que s'ils sont volontaires, les praticiens qui y exercent étant susceptibles d'être visités en tant que médecins libéraux au titre de la maîtrise médicalisée en ville.

Dans les centres hospitaliers de moins de 100 lits, seules les CME sont à rencontrer obligatoirement. « *Les services et la pharmacie hospitalière (PUI) peuvent être rencontrés si une demande est faite dans ce sens par le chef de service* ».

Dans les autres établissements, « *les chefs de service doivent être contactés en premier lieu par les médecins conseils en charge des relations avec les établissements afin d'organiser au mieux la réunion dans le service* ». Cependant, les interventions sur les médicaments, la LPP et les transports doivent être faites auprès de « *toutes les personnes des services susceptibles d'intervenir dans la rédaction de la prescription* ». (...) *S'agissant des médicaments, « les hospitaliers considérés comme leader d'opinion ou de prescription, au niveau régional, doivent être vus, en plus, principalement dans les établissements situés dans un département où les prescriptions de ville correspondant à la spécialité du leader ne sont pas optimales ».*

¹³⁸ Les « accords de méthode » sont des conventions « morales » entre une CPAM (et parfois l'ARS) et un établissement, comportant un engagement chiffré en matière de prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux ou de transports ; ils permettent de toucher des établissements non ciblés au titre des CAQOS ou ayant refusé cette démarche.

Les rencontres dans les CHR et les CH de plus de 100 lits incombent au praticien conseil chargé des relations avec l'établissement (ou au Médecin chef de l'échelon local), généralement accompagné d'un Délégué de l'assurance Maladie. Ces rencontres s'ajoutent aux contacts avec la direction de l'établissement initiés au titre du programme de GdR des ARS pour la signature ou le suivi des contrats en matière de transport et de médicaments ou dispositifs médicaux.

En 2013 comme en 2012, le nombre de contacts à atteindre dans les CHR et les CH de plus de 100 lits a été fixé par la CNAMTS comme suit :

- 2 visites, au moins, dans l'année auprès de la Commission Médicale d'Etablissement (ou conférence médicale d'établissement pour les établissements privés lucratifs) ;
- 1 visite auprès de la pharmacie hospitalière (PUI) ;
- 1 réunion, au moins, pendant les périodes d'accueil des internes dans l'hôpital (mai ou novembre) ;
- 1 visite auprès des services d'accueil des urgences ;
- 4 visites, au moins, par établissement s'il est CHU, sinon 2 services, au moins, pour les autres établissements, dans les services les plus prescripteurs ;
- 1 visite auprès d'une autre instance de l'hôpital comme Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS), la Commission de Soins Infirmier, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), le Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Comité Technique d'Etablissement (CTE), etc....

Ce qui fait au total 8 visites de représentants de l'AM par CH (10 par CHU) chaque année, indépendamment des visites liées aux CAQOS... soit une présence sans commune mesure avec celle des ARS, si ces fréquences de visites sont appliquées.

Tableau 1 : Thèmes et outils de la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières

Thèmes	Outils
Transports	Mémo concernant les prescriptions en établissements
Indemnités Journalières	Profils
Médicaments : - génériques - Anti TNF Alpha - Anti Agrégant Plaquettaire - EPO	- Mémo - Profil établi à partir des données disponibles sur le site Médi@m (fin 2013) - Mémo en cours d'évaluation par la HAS - Fiche de bon usage et mémo coût (disponible fin 2103)
Biologie: - biologie « groupes sanguins » - dosage d'hormones thyroïdiennes	Mémo (disponible fin 2013)
LPP: - Pansements actifs - Nutrition orale - IPP	- Diaporama, fiche de bon usage et profil (fin 2013) - Diaporama et mémo (fin 2013) - Modèle d'ordonnance et diaporama (fin 2013)

Source : CNAMTS, Lettre Réseau DDGOS-60/2013 du 14 août 2013

Il est prévu que les profils s'enrichissent d'indicateurs plus fins de comparaison de pratiques ainsi que d'informations sur les montants des prescriptions des médecins libéraux dans le territoire de l'établissement afin de pouvoir apprécier un éventuel transfert des prescriptions hospitalières vers la ville.

2.1.2 Des résultats difficilement mesurables et non tracés

Si l'on compte les 700 ESPIC, 800 CH publics et 33 CHR, on obtient un potentiel d'environ 12.000 contacts. Sans compter les quelque 6 700 EHPAD. La CNAMTS indique viser 10.000 contacts en établissements (sanitaires et médico-sociaux). Elle affiche pour l'année 2012 la réalisation de 13.177 visites, dont une grande partie en EHPAD ; un peu plus du quart des visites ont porté sur la question des transports.

Un tel déploiement de moyens justifierait un effort d'évaluation des effets de ces démarches auprès des établissements en termes d'infléchissement des pratiques de soins ; cette évaluation fait défaut.

Leur traduction économique est donc fragile. Selon une lettre-réseau, « en 2012, l'objectif d'économies, pour les actions menées à l'hôpital, était de 90 millions d'euros (dont 66 M€ sur les transports et indemnités journalières). Il a été atteint. Les dépenses de PHMEV ont évolué de +5,9 % par rapport à 2011, soit -0,1 point par rapport au taux national opposable et -1.8 % par rapport au taux tendanciel estimé. Pour l'année 2013, l'objectif d'économies est fixé à 95 millions d'euros. »¹³⁹

Ces chiffrages sont toutefois invérifiables. Les tendances servant de référence aux calculs n'étant pas stables et les actions au titre de la MMH recoupant largement d'autres axes de GdR, l'imputation des moindres dépenses est très difficile.

Pour 2012, une note de la DSS (MCGdR) indique que la contractualisation avec les établissements sur leurs prescriptions de transport a permis de générer une économie de 8 M€ Il est donc malaisé de savoir si, comme l'indique la lettre-réseau précitée, « l'objectif a été atteint ».

Pour 2013, l'objectif de 95 M€ évoqué, dont le périmètre est d'ailleurs imprécis, n'apparaît pas dans l'annexe 9 de la LFSS pour 2013 (censée détailler les mesures nouvelles d'économie intégrées dans l'ONDAM). Il faut souligner que les rubriques des économies inscrites dans cette annexe, qui changent chaque année, ne coïncident pas avec les libellés des actions de GdR.

L'annexe 9 indique pour 2013 un objectif global de 550 M€ au titre de la maîtrise médicalisée (dont la part pour l'hôpital n'est pas précisée), auquel s'ajoutent, pour 2013, des objectifs de 60 M€ au titre de l'amélioration de la pertinence des soins, 123 M€ au titre d'une meilleure efficacité des prises en charge (incluant le développement de la chirurgie ambulatoire) et 25 M€ attendus des actions de GdR portées par les ARS sur le même champ des prescriptions hospitalières exécutées en ville. L'objectif de 95M€ relatif à la MMH n'a donc pas d'existence formelle et sa traçabilité est compromise.

Une note de la CNAMTS relative à l'application de l'accord d'intéressement pour l'exercice 2012 fait état d'une économie réalisée de 647 M€ au titre de la maîtrise médicalisée en ville et à l'hôpital (contre un objectif initial de 550 M€), mais sans détail.

Pour 2014, l'annexe 9 de la LFSS est très sobre. Elle fait apparaître un objectif global de 600 M€ au titre de la maîtrise médicalisée, auquel s'ajoute un objectif de 140 M€ au titre de « l'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des prises en charge », sans plus de précision.

Enfin, les orientations de négociation de la COG adoptées par le Conseil de la CNAMTS en février 2014 reprennent des objectifs de 70 M€ pour les transports et de 100 M€ pour les IJ en 2013 (respectivement 65 M€ et 100 M€ pour 2014) sans distinguer selon le secteur à l'origine des prescriptions.

¹³⁹ CNAMTS, Lettre Réseau DDGOS-60/2013 du 14 août 2013

Il est clair qu'une plus grande stabilité des présentations et un plus grand détail des chiffrages sont indispensables à l'évaluation de cet ensemble d'actions de GdR, sous l'angle de leur efficacité et de leur efficience propre.

2.2 Un manque criant de coordination opérationnelle

Dans l'une des régions visitées par la mission, le degré d'information des équipes de l'ARS sur le contenu même des actions menées par l'Assurance maladie au titre de la MMH était visiblement très faible.

Dans une autre région, où le partenariat entre ARS et Assurance maladie est plus construit, des réunions départementales de préparation des visites sont organisées avec l'agence (échange d'informations économiques sur les établissements visés) puis une restitution a lieu en fin de campagne. Les 300 visites réalisées chaque année par les DAM ou médecins conseils auprès des directions et au sein des services des quelque 150 établissements de santé de la région (et autant de visites en EHPAD) abordent des sujets de plus en plus pointus, sur le médicament en particulier, laissant de côté d'autres orientations de la lettre réseau afin d'éviter une trop grande dispersion. Avec cet effort de communication, un cadre de l'ARS y voit un relais en termes de présence sur le terrain (« la puissance de l'opérateur »).

Pour autant, l'utilité de ces visites serait accrue si leur programmation et ciblage étaient décidés régionalement comme modalité de mise en œuvre du programme pluriannuel régional de gestion du risque au lieu de découler d'instructions de la CNAMTS. Dans ce même contexte territorial, il apparaît aussi que les MSAP en SSR et les programmes PRADO « viennent percuter le dispositif de coordination de l'aval mis en place par l'ARS pour la chirurgie programmée ».

Ailleurs, la coexistence des visites en établissements à l'initiative des CPAM et des réunions trimestrielles organisées par l'ARS de tous les directeurs et présidents de CME des établissements de santé publics ou privés de la région, présente des risques évidents d'incohérence ou de redondance des messages vis-à-vis des établissements. La valeur ajoutée *in fine* de ces contacts démultipliés est très incertaine.

Ailleurs encore, la relation ARS-Assurance maladie permet un échange d'information, qui se concrétise dans un exercice de « revue de CPOM » associant les organismes locaux d'Assurance maladie.

Néanmoins les ARS ont maintes fois souligné la difficulté à construire des objectifs communs avec les caisses. De manière générale, l'intégration des deux réseaux reste très insuffisante dans le dialogue avec les établissements. La pauvreté des « profils » remis par les caisses aux établissements conduit les ARS à garder leur distance. A l'inverse, l'autonomie opérationnelle des DAM par rapport aux ARS entrave les synergies possibles : ainsi le souhait d'une ARS de s'appuyer sur les visites des DAM pour porter des messages en EHPAD sur la survenue de l'accident vasculaire cérébral n'a pu aboutir.

2.3 Conclusions sur la MMH

- Un directeur de CPAM a présenté le programme MMH à la mission comme « un soutien à divers objectifs et un portage d'informations vers les établissements ». Sur la base des analyses de la mission, **on hésite cependant entre le rôle de soutien que peut avoir ce programme et l'effet de confusion qu'il crée** en raison de son caractère « attrape-tout » et des chevauchements avec les compétences des ARS.

Sur ce point, l'état des forces est néanmoins implacable comme en témoignent les 8 à 10 visites annuelles par hôpital de plus de 100 lits demandées par la CNAMTS à son réseau. Cependant, on peut s'interroger : les résultats sont-ils à la hauteur de ce déploiement de moyens ? Le souhait de la CNAMTS d'être un acheteur éclairé sur l'ensemble des soins doit-il conduire à une telle extension, peu ordonnée, de ses interventions vis-à-vis des établissements de santé ?

Ne vaudrait-il pas mieux resserrer l'articulation entre Assurance maladie et ARS vis-à-vis des établissements de santé, en matière de traitement de l'information médico-économique, d'accompagnement et de contrôle ? Mais aussi permettre un échange en amont des procédures d'autorisation ? Formellement, le lien entre GdR et régulation de l'offre devrait être renforcé, et cela peut passer, entre autres, par un élargissement de la commission régionale dite restreinte de pilotage de la GdR afin d'y inclure l'encadrement des CPAM et de l'ARS (notamment les responsables de l'offre de soins, de la contractualisation) ; ceci en ferait une commission moins institutionnelle et plus proche de la conduite des projets.

Il semble en tout cas qu'on ne peut pas aujourd'hui simplement laisser se dérouler la dynamique inscrite dans la MMH sans en tirer les conséquences quant au positionnement des ARS et quant à la cohérence de la GdR.

- Ce programme porte l'ambition de services plus personnalisés aux prestataires de soins : le perfectionnement des systèmes d'information et les capacités d'exploitation des données aux fins d'analyse de la dépense et de la consommation de soin sont plus que jamais au centre du jeu. Si des progrès ont été accomplis ces dernières années, **des marges d'amélioration importantes existent pour que l'information mise à disposition de professionnels de santé et des établissements soit « parlante » et utile à la définition d'actions éventuellement correctrices.**
- Les indicateurs de résultat prévus par la COG en matière de GdR restent frustes : l'évolution de l'ONDAM ne reflète évidemment que très indirectement et très partiellement les effets de la maîtrise médicalisée.
- Quant au chiffrage des économies attendues au titre de cette maîtrise médicalisée, l'annexe 9 des LFSS ne fournit pas de détail, pas même la répartition entre soins de ville et établissements ; elle est aussi silencieuse sur les hypothèses de calcul de ces objectifs. L'instabilité des rubriques d'action d'une année sur l'autre rend par ailleurs quasiment impossible le suivi des réalisations dans le temps et leur confrontation aux objectifs initiaux.

Tableau 2 : Chiffrage des mesures nouvelles rattachables à la maîtrise médicalisée
- extrait de l'annexe n°9 aux LFSS :

Mesures nouvelles relatives à l'ONDAM (économies attendues en M€)	2010	2011	2012	2013	2014
Actions de maîtrise médicalisée des dépenses	590	468	550	675	600
Efficiences à l'hôpital					
Dont amélioration de l'efficacité et de la pertinence des prises en charge	0	174	295	507	440
		174	150	193	140

Source : Lois de financement de la sécurité sociale, annexe n°9

- L'absence de traçabilité des résultats du programme MMH et l'absence de confrontation de ces résultats avec les coûts de gestion de ce programme - intensif en ressources humaines - soulève des questions sur son efficacité propre. Une plus grande transparence sur le rapport coût-bénéfice du programme MMH est indispensable.

3 LA PERTINENCE DES SOINS

3.1 Une démarche de l'Assurance maladie fondée sur le repérage d'actes et de structures atypiques et sur l'identification d'indices de non pertinence

L'action engagée par la CNAMTS s'appuie essentiellement sur l'analyse, à partir de données nationales, des variations interdépartementales de recours à certains actes (taux de recours aux soins hospitaliers de médecine, chirurgie ou obstétrique mis à disposition par le SNATIH¹⁴⁰ à différents niveaux d'agrégation, et indicateurs de production des établissements). Prolongeant l'analyse des profils d'activité des médecins de ville, cette recherche d'atypie a été développée par le service médical de l'assurance maladie vis-à-vis des établissements de santé à la fin des années 2000.

Sur les 32 actes initialement sélectionnés, pour lesquels sont observées d'importantes variations de taux de recours, non expliquées par les indicateurs démographiques ou sanitaires classiques, trois activités ont été retenues en 2013 pour un examen plus approfondi et un accompagnement national :

- la césarienne programmée à terme,
- l'appendicectomie,
- la prise en charge du syndrome du canal carpien.

Des analyses faites en région, toujours à partir des données nationales, trois conclusions ont été tirées¹⁴¹ :

- les comparaisons interdépartementales permettent de cibler des territoires dans lesquels se trouvent des établissements atypiques ;
- seul le retour aux dossiers patients (bilans cliniques et examens paracliniques réalisés, comptes-rendus anatomo-pathologiques, etc.) permet d'affiner le diagnostic, mais au prix d'une charge de travail élevée ;
- il est indispensable d'avoir à disposition des référentiels actualisés.

Le rapport d'évaluation technologique de la HAS sur la chirurgie du canal carpien est paru en septembre 2012, celui sur l'appendicectomie en décembre 2012, cependant que ses recommandations de bonne pratique sur les indications de la césarienne programmée ont été publiées en janvier de la même année.

La CNAMTS a engagé en 2013 une phase de tests portant sur des indicateurs d'alerte en termes de pertinence pour deux des trois actes retenus. Il s'agit d'indicateurs d'atypies des établissements de santé, préparés par les médecins conseils des DRSM et les équipes statistiques de la CNAMTS, et reposant sur le principe de l'écart à la moyenne. Les tests ont consisté en une analyse des dossiers par rapport aux référentiels disponibles, analyse menée cependant sur un petit échantillon d'établissements. Pour l'appendicectomie par exemple les tests ont visé 24 établissements répartis sur 13 régions, avec l'examen d'une trentaine de dossiers par établissements.

¹⁴⁰ SNATIH : système national d'information sur l'hospitalisation.

¹⁴¹ CNAMTS, Lettre Réseau DDGOS-19/2013 du 26 mars 2013.

Programme de tests d'indices de non pertinence des appendicectomies

« Le ciblage est établi sur un modèle probabiliste qui consiste à considérer la pratique de l'établissement par rapport à celle des autres établissements pour repérer ceux qui présentent le plus de risques en termes d'appendicectomies potentiellement non pertinentes »¹⁴². En pratique, les établissements ont été classés en 3 segments en fonction du risque de non pertinence des appendicectomies. Le niveau de risque est apprécié en sommant le nombre d'alertes obtenu sur les 9 indicateurs, au travers de statistiques descriptives des appendicectomies et des populations opérées issues des informations hospitalières du PMSI MCO et des données du remboursement du SNIIRAM.

Les indicateurs d'alerte établis sur les données d'activité de 2012 des 561 établissements ayant pratiqué au moins 50 appendicectomies fournissent la photographie suivante.

Le segment A (établissements ne présentant aucune alerte) représente 49 % des établissements (proportion plus élevée qu'en 2011 où elle était de 43,5 %).

Le segment B (établissements en niveau de risque intermédiaire) représente 46 % des établissements (50,5% sur les données 2011).

Le segment C (établissements à forte atypie, i.e. à fort risque de non pertinence) représente quant à lui 5 % des établissements, soit 29 établissements (ils étaient 33 en 2011).

Un fait étonnant est que, d'une année sur l'autre, la liste des établissements en segment C diffère sensiblement. Par ailleurs, la structure du segment C en termes de statut montre une nette prédominance des établissements ex-OQN (21 des 29 établissements en 2012 et 28 des 33 établissements en 2011) par rapport aux établissements ex-DG¹⁴³.

Il s'agit là des résultats de la phase de ciblage ; ils doivent donner lieu à des actions des caisses (dialogue / contrôle) qui n'ont pas encore eu lieu.

Les indicateurs sont aujourd'hui considérés comme validés par la CNAMTS, malgré certaines fragilités, observées notamment pour la chirurgie du canal carpien. En effet, certains indices comme l'évolution de l'activité au cours des deux dernières années ou la part relative du canal carpien dans l'activité d'orthopédie de l'établissement reflètent autant l'étendue du case-mix ou les variations des équipes de chirurgiens, que des pratiques éventuellement peu pertinentes ; de même, la part des patients de plus de 65 ans se révèle modérément prédictive d'une pratique non pertinente.

En ce qui concerne l'appendicectomie, la méthode, fondée sur un ensemble de 9 indicateurs, apparaît plus robuste. Les indicateurs sont les suivants :

- part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive ;
- évolution du nombre d'appendicectomies sur 3 ans ;
- évolution du nombre d'appendicectomies sur 5 ans ;
- part relative de l'activité concentrée sur le jour de la semaine le plus chargé ;
- part relative des patients de moins de 20 ans ;
- sexe ratio (H/F) des patients opérés de l'appendicite ;
- part relative des séjours « appendicectomies sans complications de niveau 1 » ;
- taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention (part des patients opérés d'une appendicectomie ayant bénéficié d'au moins un acte d'exploration diagnostique dans le mois précédant l'admission ou pendant leur séjour à l'hôpital) ;
- durée moyenne des séjours « appendicectomies sans complications de niveau 1 ».

¹⁴² CNAMTS, LR-DDGOS-19/2013, op. cit.

¹⁴³ CNAMTS, LR-DDGOS 19/2013, Annexe A ; et Note relative aux indicateurs de ciblage 2012 pour l'appendicectomie.

Une certaine prudence est observée localement quant au déploiement de la démarche et aux actions d'accompagnement des établissements qui pourront en résulter. Outre les interrogations quant au ciblage des établissements, l'incomplète traçabilité des soins dans les dossiers patients est une difficulté évidente, malgré les objectifs de tenue des dossiers parfois inscrits dans les CPOM des établissements.

L'extension de cette action à d'autres actes (thyroïdectomie par exemple) est cependant envisagée par la CNAMTS pour 2014.

3.2 Un gros enjeu d'articulation avec les démarches sur la pertinence des soins engagées parallèlement par les ARS au titre des priorités nationales de GdR

A la suite de la suppression des objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS - qui n'avaient certes pas connu de véritable application), la question de la pertinence de l'activité de soins a été reprise à l'été 2011 au sein d'un groupe de pilotage opérationnel constitué de la DGOS, de la CNAMTS, de la HAS et de l'ATIH, en lien avec un groupe de pilotage stratégique associant en outre les fédérations concernées, la conférence des présidents de CME, l'académie de médecine, la CISS¹⁴⁴ et des représentants des médecins libéraux.

La pertinence des soins est devenue en 2103 une des priorités de GdR des ARS. Le pilotage en a été confié à la DGOS.

3.2.1 Une démarche récemment engagée

A ce titre a notamment été menée une action pilote sur les césariennes programmées, destinée à favoriser l'appropriation du guide de la HAS sur le sujet. Menée sous l'égide de la DGOS, avec l'implication de la FHF, de la fédération des réseaux périnatalité et des collèges des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, cette démarche se veut pragmatique, ciblée et concrète.

Un *Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins*, élaboré sous l'égide d'un comité de pilotage initié par la DGOS en 2011, a été diffusé à l'ensemble des ARS en janvier 2013.

Selon le suivi réalisé par la DGOS, un plan de mobilisation sur la pertinence des soins a été établi sur au moins deux thématiques dans les deux tiers des régions, ou le seront au premier trimestre 2014. Les instructions ont été peu directives sur le choix des thèmes - au-delà de l'envoi aux ARS d'une liste d'actes enregistrant les plus forts écarts aux taux de recours moyens nationaux ou régionaux.

Plusieurs ARS ont mis en place une instance de concertation et de dialogue avec les professionnels de santé, animée par l'agence, permettant « d'entrer dans le sujet avec les professionnels » et de structurer une gouvernance : « structure régionale d'appui à la qualité et à la pertinence » en Languedoc Roussillon (cf. encadré), associant des professionnels médicaux et paramédicaux ; « groupe de dialogue régional » en Pays de la Loire, associant l'Assurance maladie, des représentants des URPS (médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes) et des représentants (administratifs et médicaux) des fédérations concernées pour les établissements de santé et médico-sociaux, par exemple.

¹⁴⁴ CISS : Collectif inter-associatif sur la santé

Structure régionale d'appui à la qualité et à la pertinence en Languedoc-Roussillon

La mise en place d'une telle structure répond à la volonté d'organiser une gouvernance territorialisée sur la qualité des soins, avec un angle d'attaque par la « pertinence » : il s'agit d'entrer dans ce sujet avec les professionnels de santé.

Une gouvernance à trois étages est ainsi en place :

- une gouvernance institutionnelle : un comité de dialogue incluant l'Assurance maladie, les fédérations d'établissements de santé et les URPS (médecins, pharmaciens, IDE et sages-femmes) ainsi que les usagers (deux représentants nommés par la CRSA) valide le programme de travail. Le secteur médico-social a vocation à être également représenté dans ce comité à court ou moyen terme ;
- une cellule opérationnelle : composée de 8 professionnels (président de CME, directeur de la qualité d'un hôpital, directeur du CHU, médecin libéral, médecin exerçant dans une maison de santé pluridisciplinaire...) et de cadres de l'ARS et de l'Assurance maladie ;
- des groupes de travail : deux se sont constitués pour traiter respectivement des cholécystectomies et des endoscopies digestives basses et hautes - thèmes choisis sur la base des taux de recours dans la région et de critères de faisabilité. Les professionnels doivent proposer une méthodologie de travail sur ces deux thèmes.

La structure régionale d'appui est financée par le FIR qui permet de dédommager les participants, avec toutefois des difficultés particulières pour ce faire vis-à-vis des professionnels libéraux.

L'ARS en Languedoc Roussillon a centré sa première campagne sur les césariennes programmées et le secteur SSR où une auto-évaluation de l'adéquation des patients est en cours (cf. *infra*) ; parmi les thèmes retenus pour 2014 figurent les endoscopies digestives et les cholécystectomies hors affections aiguës. Le thème de la cardiologie interventionnelle a été prioritaire en région PACA. L'ARS de Basse-Normandie a privilégié en 2013 les endoscopies digestives diagnostiques, les coloscopies et colectomies (et pour 2014, les BPCO et bronchiolites), ces choix étant fondés sur des critères de santé publique et sur les écarts de taux de recours par rapport aux moyennes nationales.

A titre illustratif, est présenté en annexe un programme d'action régional sur la pertinence des soins, construit par l'ARS des Pays de la Loire avec les contributions du groupe régional de dialogue qu'elle anime dans ce domaine (participation des professionnels et de l'Assurance maladie). Ce programme résulte d'une démarche récente au niveau de l'ARS ; s'il doit encore être précisé sur certains points, il n'en montre pas moins l'étendue de la problématique, l'intérêt d'une approche systémique, le sens des actions qui doivent être mises en œuvre et la nécessité d'y intégrer des outils développés par ailleurs - tels que le suivi de la liste en sus, la contractualisation avec les établissements, l'estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire, le benchmark des blocs opératoires, ou encore les parcours de soins des personnes âgées en perte d'autonomie.

3.2.2 L'action de GdR des ARS relative à la pertinence des soins rencontre plusieurs difficultés

Elle suppose tout d'abord un travail en transversalité au sein des ARS : entre services de l'offre, de la performance, de la stratégie et cellules statistiques ; ceci a pu retarder dans certaines régions le démarrage, mais le thème de la pertinence peut aussi servir de catalyseur à cet égard.

Elle mobilise en outre d'importantes ressources médicales qui sont rares au sein des ARS et très sollicitées par les exercices de planification, et qui, au sein des organismes d'Assurance maladie, sont mobilisées sur de nombreuses tâches de gestion (gestion des indemnités journalières, gestion des déclarations d'ALD, etc.) parfois de faible valeur ajoutée, et dont l'allègement mériterait d'être envisagé.

Il faut souligner aussi des difficultés d'articulation, dans la plupart des régions, entre l'action des ARS et l'axe Pertinence du programme MMH du régime général : selon un directeur d'ARS « les nouveaux indicateurs de pertinence de la CNAMTS alimentent la MMH plutôt que le programme Pertinence des ARS ».

Or un lien étroit entre ARS et réseau du régime général -tout particulièrement son service médical- apparaît capital pour progresser à la fois sur la pertinence des actes, la pertinence des séjours, la pertinence des modes de prise en charge et la pertinence des parcours des patients. **En effet, la crédibilité des interventions de l'Assurance maladie comme des ARS dans ce domaine se jouera à court terme, d'une part, sur la finesse et la pertinence de l'information médicale ou médico-économique partagée, d'autre part, sur l'acquisition de compétences pointues pour dialoguer avec les spécialistes dans telle ou telle discipline. Ce qui impose un exercice conjoint pour l'Assurance maladie et les ARS.**

Pour un certain nombre d'actes impliquant à la fois établissements et professionnels en ville (chirurgie de la bouche et des dents, varices, canal carpien, coloscopies, etc) **des données consolidées ville-hôpital** sont nécessaires, éclairées par des comparaisons nationales. Cela suppose **des capacités et latitudes des organismes locaux d'Assurance maladie** pour réaliser des travaux d'analyse qui ne seraient pas inscrits au programme de travail arrêté par la caisse nationale ou qui ne seraient pas centralisés dans son service statistique.

Au-delà de l'analyse partagée des données, une démarche opérationnelle doit aussi pouvoir être engagée conjointement par les organismes locaux d'assurance maladie et les ARS. Ceci fait défaut aujourd'hui.

Ainsi, l'analyse réalisée en 2013 par l'ARS Ile de France, avec l'Assurance maladie, sur les césariennes programmées (dont la fréquence apparaît plus élevée dans les petites maternités de niveau I que dans les grosses maternités de niveau III, ce qui montre le poids des facteurs organisationnels), n'a pu déboucher sur une démarche opérationnelle qui se serait pourtant inscrite à la fois dans le cadre de la MMH et de la promotion de la pertinence des soins. La programmation des interventions des médecins conseils et des DAM dans les établissements pour l'année 2014 ne laissait aucune place à un sujet décidé régionalement tel que celui des césariennes programmées.

De même, l'action de l'ARS Languedoc-Roussillon, fin 2013, visant à évaluer l'adéquation des séjours dans les structures de SSR -sujet d'intérêt pourtant pour l'Assurance maladie- n'a pu bénéficier de la coopération des caisses ni de leur service médical.

Dans quelques régions, comme en Basse-Normandie, la démarche sur la pertinence des soins bénéficie néanmoins d'une liaison forte entre ARS et Assurance maladie (régime général et MSA) et d'une association étroite des professionnels de santé (via l'URML et les fédérations concernées). A partir d'un travail sur les données, il est demandé aux professionnels de réfléchir sur leurs pratiques dans les domaines sélectionnés (en 2013, les endoscopies digestives diagnostiques, les coloscopies et colectomies). Cela a conduit notamment à réactiver le référentiel de la HAS concernant les indications de la colectomie. Ce travail conjoint sur les données, les requêtes complémentaires de l'ARS et de l'AM nourrissant les analyses du groupe de travail, a été jugé par l'ARS « très stimulant intellectuellement », avec « une réelle crédibilité ARS-Assurance maladie auprès des professionnels de santé, qui contactent encore le groupe pour poursuivre les échanges ».

Le bon usage des données de santé est évidemment essentiel. Les interlocuteurs de la mission soulignent que, pour approfondir la concertation sur les pratiques avec les professionnels de santé spécialistes, il faut de la souplesse et une capacité à aller chercher de la donnée très fine, qui n'a pas forcément été anticipée par l'ATIH ou la CNAMTS. « **Il ne faut pas sur-alimenter nos interlocuteurs avec nos données mais aller chercher les données dont nos interlocuteurs ont besoin pour compléter leur vision** » (un directeur d'ARS). « Il faut se servir de la donnée comme d'une alerte pour basculer ensuite assez vite sur l'analyse des pratiques avec et par les professionnels de santé ».

De même, à l'échelle nationale, les données de consommation de soins doivent être mobilisées de façon plus décloisonnée pour appréhender des prises en charge qui passent d'un segment de l'offre de soins à l'autre. Une collaboration resserrée entre ATIH et CNAMTS est pour cela souhaitable, comme le souligne le récent rapport de l'IGAS sur les volumes d'activité hospitalière, qui met en lumière l'insuffisante analyse des séances (dont on sait pourtant la forte dynamique): « *La radiothérapie dans le privé est absente des remontées PMSI car cette activité, effectuée en cabinet libéral, est cotée à l'aide de la CCAM. Elle est suivie par la CNAMTS. Comme il existe un transfert d'actes de la chirurgie vers la radiothérapie (par exemple pour le cancer de la prostate et du colon) suivre la totalité de l'activité en radiothérapie en intégrant les données ATIH et CNAMTS est nécessaire pour comprendre l'évolution de l'activité en séances et séjours* »¹⁴⁵.

Certaines ARS ont développé une approche plus territorialisée de la pertinence, dont l'articulation n'est pas simple avec les actions de l'Assurance maladie ciblées sur des établissements pris individuellement.

L'ARS de Poitou-Charentes qui a confié à un ex-praticien hospitalier spécialiste en santé publique la conduite du projet pertinence, s'est attachée à identifier et analyser des atypies territoriales (centrées sur certains territoires de santé). Cette démarche se différencie du travail des CPAM centré sur les atypies d'établissements, lesquelles se heurtent à une très forte hétérogénéité des profils d'activité (cas d'établissements très spécialisés avec de faibles volumes de prestations, tel cet établissement réalisant seulement soixante opérations du canal carpien par an, ciblé par l'Assurance maladie au titre des indices de non pertinence).

L'analyse territorialisée a conduit à identifier dans cette région six actes en sur-recours (i.e. présentant un taux d'hospitalisation plus élevé que la moyenne nationale, parmi lesquels on retrouve l'appendicectomie et la chirurgie du canal carpien) et quatre familles de pathologies en sous-recours (neurologie médicale, néphrologie, pathologies endocriniennes et pathologies de l'appareil génital masculin). Les données de consommation et de production de soins (hospitaliers) ont été croisées avec des données de densité d'offre et de morbidité/mortalité. Il est à noter que le sous-recours est peu abordé par l'Assurance maladie.

Un groupe de travail issu des conférences de territoires (comprenant un directeur d'établissement et un président de CME des secteurs public et privé pour chaque territoire, des représentants de l'URPS et des usagers, ainsi que des services administratifs et médicaux de l'Assurance maladie) constitue l'instance régionale de dialogue à laquelle sont soumises les analyses médico-économiques préparées en amont. Vont s'engager à présent, en Poitou-Charente, des « dialogues de territoire » menés par les médecins de l'ARS et les médecins conseils de l'Assurance maladie avec les professionnels de santé des établissements présentant les plus gros volumes sur les actes visés, afin d'examiner les modalités, indications et circonstances des recours à ces actes : « l'idée est de stimuler les démarches de revue de pertinence susceptibles d'entrer dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) et dans la relation entre l'établissement et la HAS en lien avec l'accréditation ». S'agissant du canal carpien, c'est une approche en termes de parcours et de processus qui est mise en œuvre.

L'articulation de la démarche Pertinence avec les Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) et le DPC, sous l'angle notamment de formations et d'outils d'auto-évaluation, est évidemment importante. Cette articulation est prévue. Encore faut-il que les organismes prestataires du DPC développent de leur côté des programmes sur ces thèmes. Les ARS ont là un rôle d'orientation possible.

¹⁴⁵ S. Dupays, J.-P. Natali, M. Jeantet, *L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévision*, rapport de l'IGAS, RM2013-145P, septembre 2013.

3.3 Conclusions sur le programme Pertinence des soins

➤ **Cet axe de travail est justifié et important.**

Il importe en effet que l'Assurance maladie ne soit pas seule à porter la responsabilité du bon usage de la T2A dans les établissements de santé et que les ARS s'y associent.

La régulation de la dépense de santé par la pertinence des soins présente de plus une légitimité incontestable aux yeux des professionnels comme des usagers.

Elle apparaît également comme une étape nécessaire (non suffisante) pour promouvoir les soins de premier recours.

Elle offre enfin un contrepoids nécessaire à la tentation de « course aux volumes » qui peut exister dans les établissements de santé ; le récent rapport de l'IGAS relatif à l'évolution des volumes d'activité des établissements de santé¹⁴⁶ souligne que « *la régulation de la croissance des volumes hospitaliers devra porter prioritairement sur la détection d'éventuelles activités non pertinentes* » et que « *le repérage de soins non pertinents doit être développé* ». Ce rapport recommande que soit renforcé le repérage et l'analyse des atypies à un niveau fin, tout en considérant le système de santé dans sa globalité avec les transferts d'activité entre ses différents segments, et en resserrant la collaboration entre CNAMTS et ATIH en vue d'une analyse médicalisée approfondie de l'activité hospitalière et de ses déterminants. Ce rapport présente également plusieurs recommandations destinées à améliorer les données de suivi d'activité produites par l'ATIH.

De manière générale, selon les interlocuteurs de la mission, « la thématique de la pertinence stimule la réflexion collective autour des pratiques et on ne reviendra pas en arrière sur ce point ».

- Toutefois, l'association des professionnels de santé, les travaux statistiques et pratiques d'analyse des soins dispensés, l'évolution des comportements requièrent un temps long, tant pour la mise en œuvre que pour la mesure des résultats. Cela inscrit la GdR, pour cet ensemble d'actions, dans le temps long de la régulation et non dans l'horizon annuel de la confection des LFSS.
- La crédibilité des interventions de l'Assurance maladie comme des ARS en matière de pertinence des soins se jouera à court terme, d'une part, sur la finesse et la pertinence de l'information médicale ou médico-économique partagée, d'autre part, sur l'acquisition de compétences pointues pour dialoguer avec les spécialistes dans telle ou telle discipline. Double enjeu donc : d'exploitation et de bon usage des données de soins ; de coopération Assurance maladie-ARS. Ce qui renvoie à un troisième impératif : la recherche d'un compromis entre une démarche gérée de manière centralisée et descendante, d'une part, et la reconnaissance de marges de manœuvre régionales pour construire une démarche cohérente et nourrir le dialogue avec les prestataires de soins, d'autre part. En d'autres termes, le management du réseau du régime général d'Assurance maladie et de ses programmes de GdR doit faire une place à des actions construites régionalement (dans le cadre des priorités nationales) justifiées, suivies et évaluées.
- Si les actions et outils en matière de pertinence des soins sont très récents, une attention va devoir rapidement être portée au suivi de l'infléchissement des pratiques de soins, sur les pathologies retenues. Des indicateurs de résultats plus significatifs pourront alors prendre le relais de l'actuel « indicateur de maturité » des ARS.
- L'action sur la pertinence est incontestablement complexe et protéiforme. Elle peut porter sur des actes, des produits de santé, des séjours, des modes de prise en charge, des parcours. Au vu de ses enjeux il semble souhaitable de conserver en tant que tel un programme de GdR sur ce thème, en perfectionnant ses instruments et en s'appuyant sur la liaison ARS-DGOS-Assurance maladie. Il importe notamment de faire converger la détection d'atypies « micro-sanitaires » (à l'échelle des établissements) réalisée par les caisses et l'approche plus territorialisée et plus systémique de certaines ARS.

¹⁴⁶ S. Dupays, J.-P. Natali, M. Jeantet, op. cit.

- Certains leviers doivent encore être renforcés au service de la pertinence des soins :
 - Le lien entre les objectifs de pertinence et les instruments de pilotage de l'activité doit être affermi. Il s'agit d'abord de faire respecter les autorisations et les seuils (ainsi, de certaines interventions pour la cataracte pratiquées en l'absence d'autorisation de l'ARS en Pays de la Loire, qui ont fait l'objet d'une interdiction de l'agence et à présent d'une procédure juridictionnelle ; il en va de même pour certains actes de chirurgie en cancérologie en dessous des seuils réglementaires de l'autorisation). Il importe par ailleurs de veiller à ce que la promotion active de la chirurgie ambulatoire ne se traduise pas par de la non pertinence.
 - Le besoin de référentiels médicaux et médico-économiques est à l'évidence majeur. La HAS doit s'efforcer de rendre ses recommandations de bonnes pratiques plus opérationnelles et réactives ; une évolution positive est perceptible d'ores et déjà mais des marges de progrès existent encore (ainsi les recommandations relatives à la prothèse totale du genou fournissent peu d'aide quant aux indications ; de même, la grille d'analyse de la pertinence des transferts en SSR apparaît peu sélective). Le dialogue CNAMTS – HAS à cet égard est également important pour concilier les garanties de la Haute autorité avec les enjeux pratiques et opérationnels des supports fournis aux délégués de l'Assurance maladie.
 - La promotion de la pertinence des soins doit être confortée par des évolutions de la tarification des soins en établissements : on évoquera non seulement le principe de neutralité tarifaire par rapport aux coûts¹⁴⁷ mais aussi l'intérêt, *a priori*, d'une tarification dégressive, en particulier pour les GHS présentant de gros volumes et des enjeux de pertinence.
 - L'objectivation des problèmes de pertinence des admissions et des séjours en SSR mérite d'être sensiblement améliorée. A cet égard, l'utilité des MSAP doit être, elle aussi, vérifiée et le suivi des procédures déclenchées assuré dans la durée.

4 LE PROGRAMME SOINS DE SUITE ET READAPTATION

Bref rappel du contexte : les soins de suite et de réadaptation constituent un secteur qui, malgré les décrets de 2008 visant sa modernisation et restructuration, reste très hétérogène et qui a connu un fort accroissement de ses capacités au cours des années 2000. Le nombre de lits et places a en effet augmenté de plus de 12 % entre 2001 et 2009 (essentiellement dans le secteur privé commercial dont les capacités ont augmenté de 40 %, bénéficiant de l'absence de contrainte d'enveloppe pour des établissements financés par prix de journée). Si un coup d'arrêt a été porté en 2010 à ce mouvement, il nourrit néanmoins, parallèlement à la nette diminution de la durée de séjour en MCO, une forte progression de l'activité du secteur SSR : la file active des patients accueillis en SSR en hospitalisation complète ou partielle s'est ainsi accrue de plus de 26% entre 2005 et 2009 (elle a doublé dans le secteur privé commercial), plus souvent pour des soins de suite que pour des rééducations.

La dépense d'assurance maladie relative aux prises en charge en SSR a augmenté de 16 % entre 2007 et 2011 pour représenter en 2012 environ 8 Md€, soit un peu plus de 10 % de l'enveloppe destinée à l'ensemble des établissements de santé.

¹⁴⁷ Cf. P.L. Bras, P. Lesteven, J.L. Vieillerivière, *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, rapport de l'IGAS, RM 2012-024P, mars 2012.

La médicalisation accrue et la spécialisation de ces structures, la rationalisation de leur planification, la montée en charge et le perfectionnement du PMSI SSR, la réforme de leur mode de financement sont autant d'évolutions inachevées. La Cour des comptes notait dans son rapport de 2012 que « *ce rapide développement (...) n'a suscité que des réactions tardives des pouvoirs publics pour mieux réguler les capacités d'accueil et l'activité, alors même que restent encore à concevoir les voies et moyens d'un renforcement de l'efficacité globale de ce secteur* »¹⁴⁸. De fait, les conditions dans lesquelles s'est constituée l'offre de SSR aboutissent à une médiocre connaissance au niveau national de ce secteur : délais d'attente peu significatifs, taux d'utilisation des capacités par spécialité non disponible en l'absence de connaissance précise des autorisations attribuées et effectivement financées, inadéquation partielle des séjours attestée ponctuellement mais non systématiquement établie, etc.

Dans ce contexte, l'articulation de la démarche de GdR avec la modernisation de la régulation générale du secteur (y compris tarifaire) est un enjeu important. Des efforts sont faits en ce sens mais des marges de progrès substantielles existent.

Aujourd'hui les programmes Pertinence et SSR sont deux des dix priorités de GdR des ARS ; deux des rubriques du programme MMH du régime général ; un même souci de pertinence des admissions et des séjours ; une complémentarité potentielle entre l'instrument classique qu'est la MSAP, le déploiement de logiciels d'orientation des patients et le programme de retour accompagné au domicile (PRADO) en cours d'expérimentation en orthopédie (mais susceptible de s'étendre à d'autres disciplines) ; des pilotages cependant séparés, la DGOS étant pilote du programme SSR (comme du programme Pertinence), cependant que la MMH est portée par la CNAMTS seule.

Or ces diverses actions sont conduites de manière trop segmentée par l'Etat et par l'Assurance maladie, chaque institution privilégiant ses propres instruments (PRADO Orthopédie / MSAP / Trajectoire), au lieu de s'engager dans une approche stratégique commune.

4.1 Les mises sous accord préalable des prestations d'hospitalisation en SSR

La procédure de mise sous accord préalable a été introduite dans le secteur SSR par l'article 63 de la LFSS pour 2011. Son application est l'un des volets du programme de MMH de la CNAMTS.

Cette procédure a été alors conçue, de façon surprenante, comme s'appliquant non pas aux prescripteurs de soins de suite mais aux établissements prestataires de ces soins. Il est à noter que la LFSS pour 2014 modifie cette règle et fait désormais porter la MSAP sur l'établissement dans lequel est établie la prescription d'admission en SSR, conformément à la logique générale de la MSAP.

Sont visées des prestations de SSR réalisées en hospitalisation complète ou de jour à la suite d'actes sélectionnés (à l'échelle nationale) pour leur taux élevé de recours à ce type de soins, et pour lesquels existent des recommandations de la HAS en matière de rééducation. Les actes sélectionnés sont notamment : la prothèse totale de genou, la chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule, la ligamentoplastie du ligament croisé antérieur du genou, la prothèse totale de hanche hors fracture du col du fémur, etc. La liste des actes retenus pour la première campagne de MASP/SSR a été complétée en 2013, pour la deuxième campagne, par deux gestes orthopédiques (ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur, arthroplastie de hanche par prothèse totale à la suite d'une fracture du fémur) afin d'harmoniser le champ cette procédure avec le champ d'application du programme PRADO-Orthopédie. Celui-ci est en effet complémentaire du levier que constitue la MSAP.

¹⁴⁸ Cour des comptes, *RALFSS 2012*, chapitre XII "Les activités de soins de suite et de réadaptation".

Le dispositif de la MASP repose sur « un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie, après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés » (article L.162-1-17 du code de la Sécurité sociale) ; avant décision est prévue une procédure contradictoire entre l'ARS et l'établissement pressenti (article D.162-1-17 CSS). En réalité, si la décision revient bien au directeur général de l'ARS, et s'il peut y avoir dialogue entre ARS et CPAM à cette occasion, le pouvoir de proposition des directeurs de CPAM est déterminant, d'autant que des objectifs quantitatifs (en nombre de MSAP) sont fixés à chaque CPAM dans le contrat pluriannuel de gestion conclu avec la caisse nationale. Les établissements proposés par la CPAM sont issus d'un pré-ciblage effectué au niveau national par la CNAMTS (mis à disposition des directeurs coordonnateurs de la GdR) sur la base des données du PMSI de l'année N-1 (chaînage des bases du PMSI MCO et SSR).

La justification de cette action et de son orientation sur l'orthopédie tient notamment à une étude présentée par la CNAMTS dans son rapport *Charges et Produits* pour 2013, portant sur l'arthrose du genou suivie d'une pose de prothèse. Cette étude estime à 20 % la proportion des patients concernés pris en charge en SSR qui auraient pu rester à domicile et suivre une rééducation en ville, avec une durée globale de rééducation comparable puisque, en moyenne, une rééducation de 3,4 semaines en SSR est suivie d'une rééducation en ville pendant 13,5 semaines, soit une durée peu différente de celle d'une rééducation en ville (15,2 semaines). Le coût pour l'Assurance maladie, selon cette étude, d'une rééducation en SSR est en revanche plus que quintuplé par rapport au coût moyen d'une rééducation en ville (4 820 € vs. 860 €). Notons que la hiérarchie est différente pour le patient puisque son reste à charge est sensiblement plus faible en SSR (forfait journalier, souvent couvert par les complémentaires santé) qu'en ville (transports à régler, ticket modérateur et franchise sur les actes de kinésithérapie...).

Parallèlement, la HAS a produit en 2013 une « Grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR », à partir de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Critères qui, selon les professionnels rencontrés, se révèlent toutefois insuffisamment sélectifs.

Globalement l'objectif de la CNAMTS est de faire progresser de 31 % à 45 %, la part des patients pris en charge à domicile pour leur rééducation, pour une économie estimée à 40 millions d'euros¹⁴⁹.

Lors de la 1^{ère} campagne, réalisée fin 2011 - début 2012, 164 établissements ont fait l'objet d'une MSAP (dont 66 % d'établissements privés lucratifs) ; c'est un peu plus que l'objectif opérationnel fixé à 152.

L'objectif pour 2013 était de 150 MSAP / SSR, soit près de 9 % des 1.676 établissements de SSR installés. Il est à noter que ces campagnes ne concernent que les assurés du régime général, « sauf accords de coordination locale différents ».

Sur les 12.164 demandes reçues dans le cadre des MSAP en 2011/2012, 98 % ont reçu un avis favorable ; le taux d'accord est même de 99 % et de 98,5 % respectivement sur les deux ensembles d'actes représentatifs des plus gros volumes (genou et hanche)¹⁵⁰.

Ce bilan quantitatif conduit à s'interroger :

- d'une part, sur l'intérêt d'un pilotage par le nombre de MSAP, plutôt qu'un pilotage par les résultats, qui seraient mesurés en termes de taux de transfert MCO-SSR pour les actes visés par exemple, ou en termes de taux d'inadéquation en SSR ou encore de dépense réalisée dans ce secteur. Il est vrai que le suivi des résultats bute sur l'absence de norme quant au juste taux de transfert, sur la faible sensibilité des recettes de la majorité des structures de SSR à leur

¹⁴⁹ Cf. Lettre Réseau DDGOS-11/2013 du 1er mars 2013

¹⁵⁰ CNAMTS, "Mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation de SSR : Premier bilan 2012 et proposition d'action 2013".

activité¹⁵¹, et surtout sur l'absence d'objectivation *ex ante* du niveau des inadéquations des séjours en SSR. On peut regretter que cette objectivation des inadéquations (et de leurs causes) n'ait pas constitué un préalable ;

- d'autre part, sur la signification de ce taux d'accord très élevé : au-delà des « facteurs sociaux et environnementaux » qui ont pu motiver l'accord, dans quelle mesure tient-il aussi à la procédure de demande d'autorisation - qui intervient tardivement dans la procédure de sortie du patient de la structure MCO ? Ou aux modalités de gestion¹⁵² de ces demandes par les caisses d'assurance maladie qui confient la décision en première instance à un technicien du service médical (sur la base d'un entretien téléphonique et du questionnaire renseigné de manière déclarative par le médecin), le médecin-conseil ne statuant que sur les refus du premier ? Ou encore au formalisme prévu pour la notification d'un refus de prise en charge (LRAR) ? Dans quelle mesure ce taux d'accord élevé reflète-t-il l'effet dissuasif (autrement dit pédagogique) de la MSAP ?

A titre d'exemple, le bilan des MSAP appliquées en SSR en 2011 dans la région Languedoc Roussillon montre une très légère baisse du taux de transfert pour les opérations visées: avant MSAP les patients admis en SSR à l'issue de leur séjour MCO représentaient 20,1 % des flux de sortie (« c'était beaucoup moins que ce que l'on croyait et on a été surpris ») ; trois mois après l'application de la MSAP, ce taux s'est abaissé à 18,7 % (« les marges à gagner étaient moindres que ce que l'on pensait ») ; ce taux n'a pas été mesuré un an après - ce qui aurait permis d'estimer le caractère durable ou non de l'infléchissement observé. On rappellera que la MSAP est appliquée, selon la réglementation, pour une période n'excédant pas 6 mois, d'où les enjeux de pérennisation de ses effets. **A cet égard, le suivi des effets des MSAP dans la durée, tout comme l'objectivation des problèmes de pertinence des admissions et des séjours en SSR mériteraient d'être sensiblement améliorés.**

A l'échelle nationale, la CNAMTS a prévu d'évaluer qualitativement la campagne 2011/2012 et les éventuels changements de comportements des acteurs de santé, à partir des données du PMSI 2013.

Reste par ailleurs à assurer auprès des ARS et des administrations centrales concernées de l'Etat un retour d'information - qui aujourd'hui n'existe pas - sur la mise en œuvre des MSAP (objectif qualitatif, critères de ciblage, nombre effectif de demandes et taux d'accord) comme sur leurs résultats (inflexion des pratiques) dans le champ du SSR (mais pas seulement) en tant qu'instrument d'un programme partagé de GdR, dont le pilotage a été confié à la DGOS. La direction de l'offre d'une ARS constate ainsi que le ciblage des MSAP SSR retombe depuis trois ans sur les mêmes établissements pour les mêmes gestes, ce qui soulève quelques interrogations quant aux motifs et aux résultats de la procédure.

4.2 Entre le transfert en SSR et le retour au domicile, la question de l'orientation des patients, de l'adéquation des séjours et de l'organisation des prises en charge en ville

Une des principales difficultés rencontrées pour infléchir les transferts de patients du court séjour vers les structures SSR réside dans les filières constituées entre établissements de santé (parfois membres d'un même groupe) voire entre différentes structures d'un même établissement.

¹⁵¹ Les trois quarts des établissements de SSR (les établissements publics et les ESPIC) étant sous dotation annuelle de financement, en l'attente de mise en œuvre d'une forme adaptée de tarification à l'activité.

¹⁵² Le circuit de traitement des ententes préalables est organisé dans le "plan d'action concerté" (PLAC) négocié entre le directeur de la CPAM et le médecin chef de l'échelon local du service médical. Le PLAC prévoit généralement des "liaisons médico-administratives" qui permettent de traiter l'essentiel des flux au niveau de la CPAM et de réserver à l'échelon local du service médical certains types de dossiers, variables selon les départements (par ex. transports à très longue distance, transports en série, recours amiables, questions exceptionnelles).

S'y ajoutent l'insuffisante organisation des soins de ville en aval des hospitalisations, ainsi que des règles de financement des structures de SSR qui sont peu incitatives au repositionnement de celles-ci sur des rééducations plus complexes et des soins de suite plus spécialisés. Le passage à un financement davantage fondé sur l'activité, initialement prévu pour 2012 puis repoussé, devrait contribuer à un usage de ces structures plus pertinent médicalement.

Dans le contexte d'une rationalisation du choix entre des soins de réadaptation dispensés en ville (avec l'appui éventuel du programme PRADO) ou en établissement, la question des critères de choix et de l'orientation du patient se pose - avant tout aux équipes soignantes des établissements de court séjour et aux patients eux-mêmes.

A cet égard, la DGOS du ministère de la santé a entrepris depuis plusieurs années la diffusion de « logiciels d'orientation des patients », en particulier de l'un d'entre eux, « Trajectoire », élaboré par les Hospices Civils de Lyon au milieu des années 2000 pour fluidifier les sorties de MCO, complété et enrichi depuis. « Trajectoire » est aujourd'hui en place dans 21 régions, et déployé sur la totalité des établissements dans quelques-unes d'entre elles.

Ce logiciel permet à la fois de connaître en temps réel les disponibilités en SSR ainsi que le profil des différents établissements, et de procéder aux demandes d'admission. Il intègre les critères d'admission (plus détaillés que ceux de la HAS -assez peu sélectifs à vrai dire) ainsi que les critères de la MSAP et une alerte sur PRADO pour les six gestes concernés. D'abord outil d'information et d'orientation, il a vocation à devenir un logiciel de gestion des admissions - donc potentiellement un observatoire des parcours et des discordances entre offre et demande.

La Cour des comptes, dans son rapport de 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, avait recommandé de « *mettre rapidement en œuvre les instruments de transparence opérationnelle (Trajectoire ou autre) sur les disponibilités en lits et places, entre MCO et SSR, d'une part, entre les SSR et l'aval médico-social, d'autre part* ».

A ce stade, sur la base des constats de la mission de l'IGAS, le déploiement et l'utilisation d'un outil tel que « Trajectoire » s'accompagnent de certaines ambiguïtés qui entretiennent la méfiance de l'Assurance maladie : aide au choix d'une structure SSR adaptée ou aide au choix entre soins de ville et établissement ? Autrement dit, instrument destiné à nourrir les flux de patients vers les structures SSR ou à orienter vers le mode de prise en charge le plus adapté ? Outil de gestion des seules sorties de MCO ou de gestion des entrées (y compris directes) en SSR, voire de gestion des sorties de SSR ? Outil à l'usage des équipes hospitalières ou à l'usage du régulateur en ARS (qui pourra suivre notamment les filières d'adressage et d'éventuelles stratégies de sélection de patients, mais aussi, à terme, obtenir des informations chaînées avec le PMSI - voire le SNIIRAM).

Il apparaît nécessaire de lever ces ambiguïtés et de renforcer l'intégration entre ce type de logiciel et PRADO, y compris en étendant PRADO à l'organisation d'étapes de soins intermédiaires entre une sortie de MCO et une entrée en SSR (notamment lorsque la rééducation doit être différée). En toute hypothèse, l'information de la DGOS -pilote du programme SSR- sur la mise en œuvre et l'évolution du programme PRADO Orthopédie doit être considérablement améliorée - cette information ayant été négligé par la CNAMTS depuis le lancement du programme tant vis-à-vis de l'Etat que des autres régimes d'assurance maladie.

Par ailleurs, un surcroît de concertation nationale et régionale devient indispensable autour de la question de l'organisation des sorties d'hospitalisation, afin d'éviter des dispositifs redondants voire concurrents. Ainsi, en Pays de Loire, la politique d'organisation des parcours de soins a conduit à un « dispositif territorial de coordination de l'aval du court séjour hospitalier » mis en place après appel régional à candidature et expérimenté en Maine et Loire depuis 2012 pour la chirurgie programmée. Mais MSAP, PRADO, « Trajectoire » et dispositif de coordination de l'aval forment une accumulation de procédures qui se concurrencent au regard du temps que les équipes hospitalières en court séjour peuvent consacrer à l'organisation des sorties, avec des questionnaires assez lourds à renseigner.

Enfin la question des inadéquations en SSR mérite d'être objectivée et analysée.

Cette objectivation fait défaut aujourd'hui ; les coupes transversales d'adéquation ont été abandonnées et la dernière véritable enquête, pilotée par la CNAMTS, remonte au début des années 1990 ; elle avait mis en évidence entre 11 % et 17 % d'inadéquation selon les établissements, mais le secteur s'est beaucoup transformé depuis (accroissement des capacités, médicalisation, amorce de spécialisation) et le court séjour, en amont, plus encore.

Quelques ARS, dont l'agence de Languedoc Roussillon, ont développé une grille d'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR. Testée au printemps 2013 sur 17 établissements volontaires de l'Hérault par quatre médecins de l'ARS, sur la base d'un retour aux dossiers un jour donné (la totalité des dossiers de l'établissement ou 50 dossiers dans les établissements les plus gros - au total 540 dossiers revus), cette grille a été présentée à l'ensemble des structures SSR de la région à l'automne. Elle doit devenir un outil d'auto-évaluation réactivé tous les deux ans (en alternance avec le recueil des indicateurs IPAQSS) ainsi que le prévoient les CPOM. Si le principe de l'auto-évaluation vise à l'appropriation par les établissements des questions de pertinence, il semblerait pour autant utile que soit conduite régulièrement, sur un échantillon, des enquêtes en coupe un jour donné ; cette fonction revient aux équipes de l'ARS mais aussi à celles de l'Assurance maladie. On ne peut que regretter que la CPAM ait refusé de participer aux côtés de l'ARS à l'enquête-test conduite dans l'Hérault en 2013, alors même que la pertinence des prises en charge en SSR est un important sujet de préoccupation de l'assurance

La grille ainsi testée a montré, pour les établissements SSR participants, un taux de pertinence moyen de 91%, variant de 57% à 100% selon les établissements. Un quart des journées estimées pertinentes le sont toutefois « à dire d'expert », i.e. hors des critères de la HAS, s'agissant de patients dont la situation médicale et sociale ne permet pas d'envisager d'autre mode de prise en charge immédiat (personnes en état neuro-végétatif, personne ayant fait l'objet d'une prothèse totale du genou habitant un logement en étage sans ascenseur, addiction, etc). Soit environ 4% de journées non pertinentes sur le total des journées comptabilisées depuis la date d'entrée des patients et le jour de l'évaluation.

La principale cause de non pertinence réside dans l'organisation des sorties des patients ; il s'agit donc essentiellement d'une non pertinence acquise en cours de séjour SSR. Par ailleurs, le fait que l'âge médian en SSR soit aujourd'hui de 73 ans (76 ans en hospitalisation complète) souligne le lien étroit entre le devenir de ce secteur et la prise en charge du grand âge, à domicile, en EHPAD et en établissement de santé.

La nécessité de mesurer et d'analyser les inadéquations de séjours liées tant aux défauts d'orientation en amont qu'aux difficultés de sortie en aval est une priorité comme l'avait déjà souligné la Cour des comptes dans le chapitre du RALFSS 2012 consacré au SSR. Elle recommandait ainsi d'évaluer sur le plan national et selon une méthodologie homogène les inadéquations de séjours en SSR et en déduire les besoins réels de capacités d'accueil, en fonction des pathologies à traiter». Ceci aurait pu constituer une priorité de la GdR incombant conjointement aux ARS et à l'Assurance maladie.

5 DES PROCEDURES DE MISES SOUS ACCORD PREALABLE DANS D'AUTRES SECTEURS

Le programme de MMH du régime général inclut une politique de mise sous accord préalable dans plusieurs champs autres que les SSR :

- La chirurgie ambulatoire

Cette mesure, introduite par l'article 37 de la LFSS pour 2008 pour inciter au développement de la chirurgie ambulatoire, vise les établissements de santé dont les taux de chirurgie ambulatoire sont particulièrement bas pour un ensemble de gestes chirurgicaux définis par les sociétés savantes comme étant réalisables selon ce mode de prise en charge. La liste initiale des 18 gestes dits « marqueurs » a été étendue en 2013 à 21 gestes supplémentaires, soit 39 au total aujourd'hui. Rappelons que le développement de la chirurgie ambulatoire figure également parmi les 10 priorités de GdR des ARS.

En 2012, 193 établissements de santé ont fait l'objet d'une MSAP. L'objectif quantitatif que s'est fixée la CNAMTS pour 2013 est de 150 établissements mis sous accord préalable à ce titre. Les effets et limites de ces MSAP sont développés dans la fiche consacrée à la chirurgie ambulatoire. Tout au plus peut-on souligner ici qu'un tel objectif quantitatif est discutable ; l'essentiel est de suivre le taux de chirurgie ambulatoire (surtout par geste marqueur), de vérifier que le développement de celle-ci ne se fait pas au détriment de la pertinence des actes et d'analyser les conditions de réalisation de cette chirurgie en termes de gestion des flux et de réorganisation des blocs (notamment dans les hôpitaux publics) afin d'assurer la soutenabilité de cette évolution et son efficience au niveau micro- et macro-économique.

➤ Le secteur MCO hors chirurgie ambulatoire

Ce dispositif, introduit par l'article 59 de la LFSS pour 2009, vise à harmoniser les pratiques médicales et à diminuer les hospitalisations non justifiées, en s'appuyant sur les recommandations des sociétés savantes et de la HAS. Il recoupe largement l'axe Pertinence.

Quantitativement cette procédure est marginale : en 2012, 20 établissements ont fait l'objet d'une MSAP à ce titre. L'objectif fixé par la CNAMTS pour 2013 est de 50 établissements mis sous accord préalable à ce titre (soit environ 1,8 % des 2700 établissements de santé) avec une priorité accordée à la chirurgie bariatrique et aux hospitalisations de jour.

➤ L'hospitalisation à domicile (HAD)

Dans ce secteur a été mise en œuvre une forme atténuée de la MSAP : la « mise sous objectifs » -MSO. Celle-ci porte sur l'HAD liée au « retour précoce à domicile après accouchement » (RPDA). Cette action, conduite à petite échelle (16 établissements concernés en 2012) complète et conforte le programme PRADO Maternité. Selon le bilan de la CNAMTS, pour 11 des 16 établissements mobilisés, le RPDA en HAD a régressé ; pour les établissements dont l'activité RPDA s'est poursuivie voire amplifiée, une approche par le contrôle de la justification des séjours est envisagée.

A côté du RPDA, la CNAMTS a développé un axe de « maîtrise médicalisée sur l'hospitalisation à domicile » (MM-HAD) qui, au-delà de la diffusion de bonnes pratiques, aborde la question du positionnement de ces structures dans les régions et de leur projet thérapeutique¹⁵³ - soit des thèmes touchant de près à la planification et à l'organisation de l'offre.

A ce titre 232 visites de structures d'HAD ont eu lieu en 2012 cependant que la 3ème campagne, fin 2013, a visé l'ensemble des structures d'HAD - en dehors de celles soumises à contrôle. Ces visites s'appuient sur deux nouveaux indicateurs :

- la répartition des journées par motif d'hospitalisation,
- la répartition des journées par tranche d'âge de patients (nouveaux nés ; nourrissons ; enfants ; adultes de moins de 60 ans ; adultes de 60 à 74 ans et adultes de 75 ans et plus).

¹⁵³ CNAMTS, LR-DDGOS-60/2013

ANNEXE : EXEMPLE DE PROGRAMME D'ACTION REGIONALE SUR LA PERTINENCE DES SOINS (ARS PAYS DE LA LOIRE)

Les travaux du groupe régional de dialogue, animé par l'ARS, s'appuyant sur les données de santé et de consommation de soins disponibles, ont d'abord permis d'éclairer les enjeux régionaux en matière de pertinence.

➤ Les taux de recours en chirurgie :

Constatant un taux de recours à la chirurgie supérieur en région à la moyenne nationale (84,98 séjours pour 1 000 habitants contre 81,82 séjours au niveau national), l'ARS a conduit une étude détaillée qui identifie un certain nombre d'actes en « surconsommation » régionale : interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie; amygdalectomies et adénoïdectomies isolées ; interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes en ambulatoire; drains transtympaniques sur patients de moins de 18 ans ; arthroscopies ; affections de la bouche et des dents avec extractions, réparations et prothèses dentaires ; traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire ; prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents ; endoscopies génito-urinaires thérapeutiques; éthyliste aigu ; explorations nocturnes.

➤ Les césariennes programmées :

Si le taux moyen régional des césariennes programmées à terme est, à 18,7%, l'un des plus bas de France, il dissimule de fortes disparités. Aussi, le réseau sécurité naissance a calculé un taux de césarienne attendu en fonction d'un certain nombre de critères (âge maternel, âge gestationnel, grossesse gémellaire, pathologies maternelles et présentations en siège) pour chacune des 23 maternités. Si, à l'échelle régionale le taux observé correspond au taux attendu, des écarts sensibles sont mis en évidence selon les maternités, huit d'entre elles présentant un écart (positif ou négatif) supérieur à 2 points par rapport au taux théorique attendu. A la suite d'un travail de sensibilisation, l'ensemble des maternités est engagé dans l'expérimentation du programme d'analyse et d'amélioration des pratiques de césarienne programmée à terme, prenant appui sur la recommandation diffusée par la HAS en mars 2012.

➤ Les inadéquations hospitalières :

En 2011, une étude nationale a été conduite à l'aide de deux grilles d'évaluation dites AEP (*Adequation Evaluation Protocol*)¹⁵⁴. L'étude nationale a montré que, sur un jour donné au sein des établissements de santé, 10,3 % des lits de MCO étaient occupés de manière inadéquate : 5 % dans les services de chirurgie et 17,5 % dans ceux de médecine. En termes de séjours, 7 % d'entre eux ont été considérés comme inadéquats, avec, dans environ la moitié des cas, une inadéquation lors de l'admission (soins réalisables dans de meilleures conditions en ville, ou soins relevant d'autres structures sanitaires ou médico-sociales) et dans l'autre moitié des cas une inadéquation acquise pendant le séjour. Parmi les hospitalisations estimées adéquates, 12,5% d'entre elles présentaient une durée de séjour jugée inadéquate.

En région Pays de la Loire, un établissement a conduit une enquête sur 855 patients mettant en lumière des résultats comparables : 5,1 % d'admissions non justifiées et 12,3 % des journées non justifiées (malgré une admission adéquate) avec une grande disparité selon les services.

➤ Les « hospitalisations potentiellement évitables » :

Les « hospitalisations potentiellement évitables » sont des admissions à l'hôpital que l'on aurait pu éviter par des soins primaires efficaces délivrés au moment opportun. Le concept est apparu dans les

¹⁵⁴ Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières, DGOS - SANESCO, août 2011.

années 1990 dans les pays anglophones, avec des listes de causes possibles permettant de les extraire des données hospitalières et de caractériser les zones de risque. L'Observatoire régional de santé des Pays de la Loire a conduit une étude détaillée mettant en lumière 27 400 hospitalisations de personnes de plus de 20 ans évitables chaque année (soit 6,2 % des hospitalisations) représentant 235 500 journées (soit 9 % du total des journées d'hospitalisation), avec, dans ce domaine aussi, de fortes disparités infrarégionales puisque le taux d'hospitalisations évitables standardisé varie de 5 à 11,3 selon les zones étudiées. Les personnes de plus de 75 ans sont concernées dans plus de la moitié des cas (58 %), représentant 67,5 % de ces journées d'hospitalisations évitables. La durée moyenne des séjours évitables apparaît, avec 9,9 jours, supérieure à la moyenne. Les deux tiers des hospitalisations potentiellement évitables en Pays de la Loire sont liées à une insuffisance cardiaque ou à une pneumopathie bactérienne.

Sur cette base, l'ARS a structuré les actions et enjeux de pertinence des soins - inscrits parmi les orientations stratégiques du projet régional de santé 2012-2016 sous le terme de « juste soin » - autour de 5 axes :

1°) La pertinence des séjours :

- Centrer certains travaux sur le recours aux services d'urgences sur la base d'une analyse des passages relevant des CCMU¹⁵⁵ 1 et 2 (en lien avec le benchmark 2013 sur l'organisation des consultations externes) et d'une analyse des venues des personnes âgées résidant en EHPAD (en lien avec la médicalisation des EHPAD et l'expérimentation d'une présence infirmière de nuit) ;
- Poursuivre la réalisation périodique, par chaque établissement, d'une étude sur les inadéquations hospitalières (la démarche et les outils méthodologiques étant formalisés par les réseaux qualité et mis à disposition des établissements) et documenter le profil des patients en inadéquations en court séjour au regard notamment de l'organisation de l'aval ;
- Approfondir l'étude des prises en charge post-chirurgicales des actes d'orthopédie ciblés par la HAS pour affiner l'analyse du recours aux structures de SSR.

2°) La pertinence des actes et des pratiques :

- Engager une analyse approfondie de la pertinence des prescriptions de biologie et d'imagerie médicale ;
- Favoriser la mise en place d'évaluations de pratiques professionnelles (EPP) régionales (trois sujets en 2013) avec l'appui des réseaux concernés ;
- Poursuivre l'analyse et le contrôle de la pose des endoprothèses coronaires ;
- Initier une réflexion sur la pose des neuro-stimulateurs en associant les centres de traitement de la douleur chronique, le réseau régional « douleur chronique » et l'OMéDIT¹⁵⁶ ;
- Poursuivre l'action sur les césariennes programmées en associant l'ensemble des maternités ;
- Mieux comprendre les pratiques sur les extractions dentaires en région ;
- Maintenir la dynamique des « groupes qualité » de médecins libéraux, avec l'appui de l'Assurance maladie et sous la coordination de l'URPS¹⁵⁷.

3°) La pertinence des modes de prise en charge en accompagnant le développement de l'ambulatoire :

- Renforcer les outils de pilotage du développement de la chirurgie ambulatoire en analysant, pour chaque établissement, l'écart entre le taux effectif et le potentiel de développement ; intégrer cette démarche dans le dialogue de gestion mené avec les établissements autorisés en chirurgie ;

¹⁵⁵ CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

¹⁵⁶ OMéDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

¹⁵⁷ URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

- Poursuivre, en lien avec l'Assurance maladie, le programme MSAP sur les gestes marqueurs en chirurgie, en SSR et en médecine ;
- Accompagner les établissements dans la mise en œuvre des plans d'actions issus du benchmark « blocs-unités de chirurgie ambulatoire » ;
- Poursuivre, en lien avec l'Assurance maladie, le travail sur l'organisation des prises en charge en hôpital de jour ;
- Analyser la pertinence des transferts non programmés en hospitalisation à domicile.

4°) La pertinence d'utilisation des produits de santé et des dispositifs médicaux :

- Poursuivre l'évaluation du bon usage des médicaments par l'analyse des prescriptions hors référentiels et celle des pratiques décisionnelles partagées entre pairs pour les molécules onéreuses (travaux de l'OMÉDIT sur le cancer) ;
- Poursuivre l'étude de la pertinence d'une thérapeutique anticancéreuse palliative (étude « Palliachim ») ;
- Mettre en place des évaluations de pratiques professionnelles sur l'ensemble de la région (antibiothérapie sur les infections urinaires, réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures, pertinence de la prescription chez les personnes âgées) ;
- Finaliser des études ciblées de pertinence : patientes traitées par Avastin® pour un cancer du sein métastatique, prescriptions chez les patientes au-delà de la deuxième ligne métastatique pour les cancers du sein...
- Négocier et suivre les engagements contractuels des établissements dans le cadre du CBUM¹⁵⁸ 2013-2017 en intégrant les enjeux de pertinence ; suivre de même l'évolution des dépenses de la liste en sus et définir, si nécessaire, des actions.

5°) La pertinence des parcours de santé :

- Renforcer le suivi des prescriptions médicamenteuses de sortie d'hospitalisation ;
- Mener une étude détaillée des hospitalisations potentiellement évitables dans le cadre de décompensation de maladies chroniques suivies en ambulatoire (pneumopathie, insuffisance cardiaque, asthme, etc.) ;
- Accompagner le développement des traitements oraux anticancéreux ;
- Mettre en place le cadre de gouvernance PAERPA¹⁵⁹ sur l'ensemble des territoires de santé, développer les fonctions d'appui à la coordination territoriale (dispositif de coordination de l'aval du court séjour hospitalier, équipe d'appui en adaptation et réadaptation...) et accompagner les parcours PAERPA sur des territoires ciblés (avec l'appui du Fonds d'intervention régional).

Il est naturellement trop tôt pour juger de la mise en œuvre et des effets de ces diverses orientations.

¹⁵⁸ CBUM : Contrat de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux

¹⁵⁹ PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie