

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses

**Propositions de l'Assurance Maladie
pour 2015**

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement
sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie
au titre de 2015 (loi du 13 août 2004)

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport pour l'année 2015, adopté par le Conseil de la Cnamts le 31 juillet 2014, présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficience des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

— SOMMAIRE

CHAPITRE 1

Les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2017 : l'impact des évolutions démographiques et épidémiologiques

1.1 L'analyse des dépenses d'assurance maladie en 2012	p. 6
1.2 Les principales tendances d'évolution entre 2010 et 2012	p. 12
1.3 Impact des évolutions démographiques et épidémiologiques à l'horizon 2017	p. 14

CHAPITRE 2

Des groupes de pathologies pour lesquels les processus de soins peuvent être améliorés en qualité avec des coûts optimisés

2.1 La maternité	p. 21
2.2 L'insuffisance rénale chronique terminale	p. 25
2.3 Les opérations de chirurgie orthopédique	p. 30
2.4 Les opérations pouvant être réalisées en chirurgie ambulatoire	p. 42
2.5 Le cancer du sein	p. 47
2.6 La dépression et les troubles anxieux	p. 55

CHAPITRE 3

La nécessité d'une meilleure pertinence des soins et d'un ajustement de l'offre aux besoins

3.1 La pertinence des actes chirurgicaux	p. 63
3.2 La pertinence des actes diagnostiques	p. 66
3.3 La pertinence de l'usage des produits de santé	p. 72
3.4 L'ajustement de la démographie des professionnels de santé aux besoins	p. 78

CHAPITRE 4

Propositions (liste ci-contre)

4.1 La nécessité de faire des choix	p. 84
4.2 Optimiser les processus en améliorant la qualité des soins et la qualité de vie des patients	p. 93
4.3 Une juste fixation des tarifs et des sous-enveloppes de l'Ondam	p. 99

CHAPITRE 5

Évolutions tendancielles des dépenses et cadrage des économies

5.1 Évolutions tendancielles des dépenses	p. 101
5.2 Mesures proposées pour respecter un Ondam progressant de 2,1 % en 2015	p. 102

ANNEXES

1 Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2014	p. 105
2 Bilan des négociations entre l'Uncam et les professionnels de santé	p. 109
3 La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) deux ans après	p. 117
4 Méthodologie de la cartographie des pathologies et traitements	p. 132

GLOSSAIRE

p. 154

— PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2015

- PROPOSITION 1 —** Rejoindre en cinq ans la moyenne de l'OCDE pour la durée de séjour en maternité p. 84
- PROPOSITION 2 —** Ajuster la durée moyenne de séjour pour les prothèses de hanche et de genou, hors traumatologie p. 85
- PROPOSITION 3 —** Piloter l'offre de chirurgie orthopédique pour atteindre un volume minimal d'activité pour les plateaux techniques (productivité / qualité) p. 86
- PROPOSITION 4 —** Améliorer la pertinence du recours aux soins de suite et de réadaptation et favoriser la rééducation à domicile en application des recommandations de la Haute Autorité de santé p. 86
- PROPOSITION 5 —** Définir un objectif volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire et faire évoluer les tarifs sur une période pluriannuelle en fonction de cet objectif p. 87
- PROPOSITION 6 —** Développer la mise sous accord préalable pour promouvoir la chirurgie ambulatoire et renforcer son effectivité p. 87
- PROPOSITION 7 —** Mettre en place un accord prix-volume global permettant d'optimiser la dépense de médicaments sur les trois prochaines années p. 88
- PROPOSITION 8 —** Accompagner cet accord d'outils permettant, au sein de l'enveloppe, d'optimiser la prescription p. 88
- PROPOSITION 9 —** Étendre les plans d'actions sur la pertinence de la chirurgie et mettre en place une stratégie graduée vis-à-vis des établissements en fonction de leur positionnement sur les indicateurs de pertinence p. 89
- PROPOSITION 10 —** Élaborer et mettre en œuvre un programme sur la pertinence des examens préanesthésiques (ou préopératoires) p. 90
- PROPOSITION 11 —** Déployer un plan d'actions pour améliorer la pertinence des IRM des membres inférieurs et du rachis p. 91
- PROPOSITION 12 —** Renforcer les actions de maîtrise médicalisée sur les analyses biologiques p. 91
- PROPOSITION 13 —** Veiller à la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail p. 92
- PROPOSITION 14 —** Redonner une base légale au dispositif de régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes ayant fait l'objet d'un accord conventionnel des partenaires (avenant n° 3) p. 92
- PROPOSITION 15 —** Mener une réflexion sur les flux démographiques des professionnels et leur cohérence avec les besoins et les objectifs financiers p. 92

PROPOSITION 16 — Améliorer le dépistage de l'insuffisance rénale chronique et la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale	p. 93
PROPOSITION 17 — Améliorer l'accès à la greffe rénale	p. 94
PROPOSITION 18 — Optimiser la prise en charge de la dialyse	p. 94
PROPOSITION 19 — Maîtriser les dépenses de transport pour la dialyse en centre	p. 96
PROPOSITION 20 — Optimiser l'organisation du dépistage du cancer du sein	p. 96
PROPOSITION 21 — Renforcer le respect des seuils de chirurgie du cancer	p. 97
PROPOSITION 22 — Évaluer la pertinence des mastectomies	p. 97
PROPOSITION 23 — Faire la transparence sur les délais de prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein	p. 97
PROPOSITION 24 — Améliorer le diagnostic et le traitement de la dépression	p. 97
PROPOSITION 25 — Expérimenter une organisation de soins coordonnée pour les dépressions légères et modérées	p. 98

1 Les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2017 : l'impact des évolutions démographiques et épidémiologiques

En 2012, les dépenses totales de santé se sont élevées à 243 milliards d'euros, et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 170 milliards d'euros.

La croissance de l'Ondam, et plus globalement des dépenses de santé, a fortement ralenti dans les années récentes. Comparée à d'autres pays de l'OCDE où un coup de frein brutal a suivi de fortes augmentations, la France se caractérise par une croissance globalement modérée depuis 2000 et par une trajectoire de ralentissement progressif qui a permis de préserver le fonctionnement du système de santé d'à-coups majeurs (Figure 1). L'Ondam est respecté depuis 2010, avec une stabilité de la part des dépenses financée publiquement (77 %).

Le programme de stabilité 2014-2017 fixe un cadre contraint pour les trois prochaines années, avec une baisse progressive du taux de croissance de l'Ondam (2,1 % en 2015, 2 % en 2016 et 1,9 % en 2017), qui suppose un effort supplémentaire par rapport à celui qui a été fait sur les dernières années.

Le pari est de mobiliser ces économies en rationalisant les parcours de soins : il s'agit d'éviter des examens ou traitements non pertinents, de favoriser les prises en charge les moins onéreuses à qualité égale, de substituer des interventions en ambulatoire à des hospitalisations lorsque c'est

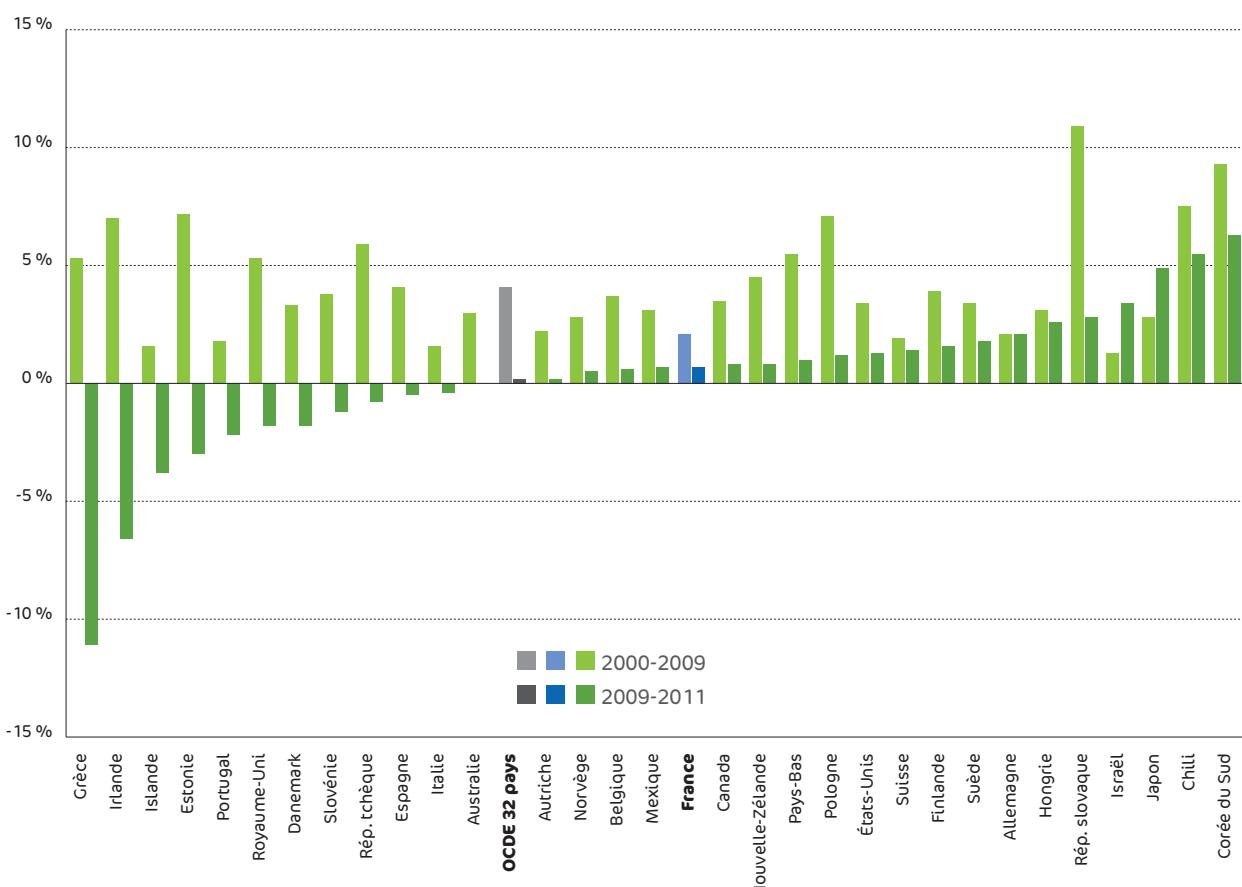
possible, de tirer parti des évolutions technologiques pour soigner mieux à moindre coût...

Une première étape est donc de comprendre les enjeux économiques liés aux différents problèmes de santé que le système de soins doit prendre en charge : quelle part des coûts ils représentent, quels sont les facteurs d'évolution de la dépense – démographie de la population, épidémiologie de certaines maladies, évolutions technologiques ayant un impact sur les coûts de traitement –, quelles sont les marges pour optimiser le rapport coût/qualité des processus de soins concernés.

L'analyse médicalisée de l'Ondam que l'Assurance Maladie développe depuis plusieurs années participe à cette démarche ; elle permet de mettre en évidence les domaines à fort enjeu financier, mais aussi de projeter les besoins futurs liés aux évolutions démographiques et épidémiologiques. La croissance de la population, son vieillissement, mais aussi l'évolution attendue de la prévalence de certaines affections (comme par exemple le diabète et les complications qui lui sont associées) vont en effet avoir des répercussions différencierées sur les besoins de soins selon les pathologies. Anticiper ces dynamiques permet de prendre la mesure des gains de productivité à réaliser pour faire face à l'accroissement des besoins dans un cadre financier contraint.

Figure 1 –

Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé en termes réels dans les pays de l'OCDE



Source : OCDE (Panorama de la santé 2013)



1.1 L'analyse des dépenses d'assurance maladie en 2012

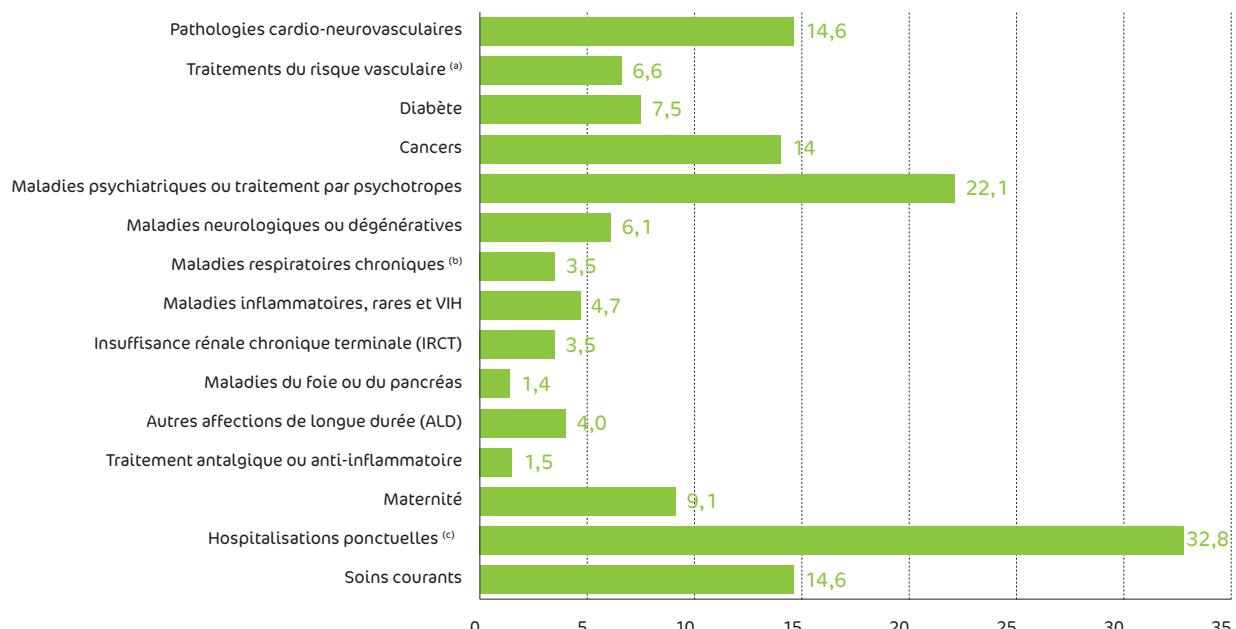
Fréquence et coût des grandes catégories de pathologies, traitements et épisodes de soins

Les dépenses dans le champ de l'Ondam se sont élevées à 170,1 milliards d'euros en 2012. L'analyse médicalisée des dépenses ne porte pas sur la totalité de ce champ, car certaines d'entre elles ne sont pas individualisables par patient et ne pourraient donc être affectées que de manière convention-

nelle, par clés de répartition (Migac, prise en charge des cotisations des professionnels libéraux...). L'ensemble du secteur médico-social est également exclu de l'analyse. En revanche, certaines prestations en espèces qui sont actuellement hors champ Ondam (indemnités journalières maternité, invalidité) sont incluses dans l'analyse, qui porte au total sur 146 milliards d'euros. Le détail figure en Encadré 1. En 2012, ces 146 milliards d'euros se répartissent comme suit¹ (Figure 2) :

Figure 2 –
Répartition des dépenses en 2012 par groupe de pathologies et traitements

Tous postes de dépenses confondues - En milliards d'euros



(a) Traitement pour hypertension ou hyperlipidémie, hors pathologies cardiovasculaires

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hospitalisations non repérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)

1. Ces données, qu'il s'agisse des dépenses ou des effectifs, ne peuvent être directement comparées à celles de 2011 figurant dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie précédent (publié en juillet 2013), car des améliorations de méthode ont été apportées à la fois sur le repérage des pathologies et la répartition des dépenses (Annexe 4). Ces améliorations de méthode ne modifient cependant pas les grandes tendances observées.

Parmi les 59,2 millions de personnes couvertes par le régime général et ayant eu recours aux soins en 2012², 36 % ont reçu des soins liés à au moins un problème de santé chronique (liste détaillée en Encadré 2) dont :

- 21 % ont une **pathologie chronique** dont le diagnostic a été codé à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une affection de longue durée, ou peut se déduire des traitements médicamenteux ;
- 15 % n'ont pas de diagnostic de pathologie repéré dans les bases de données, mais ont un traitement médicamenteux régulier (hypotenseurs, hypolipémiant, psychotropes ou antalgiques / anti-inflammatoires).

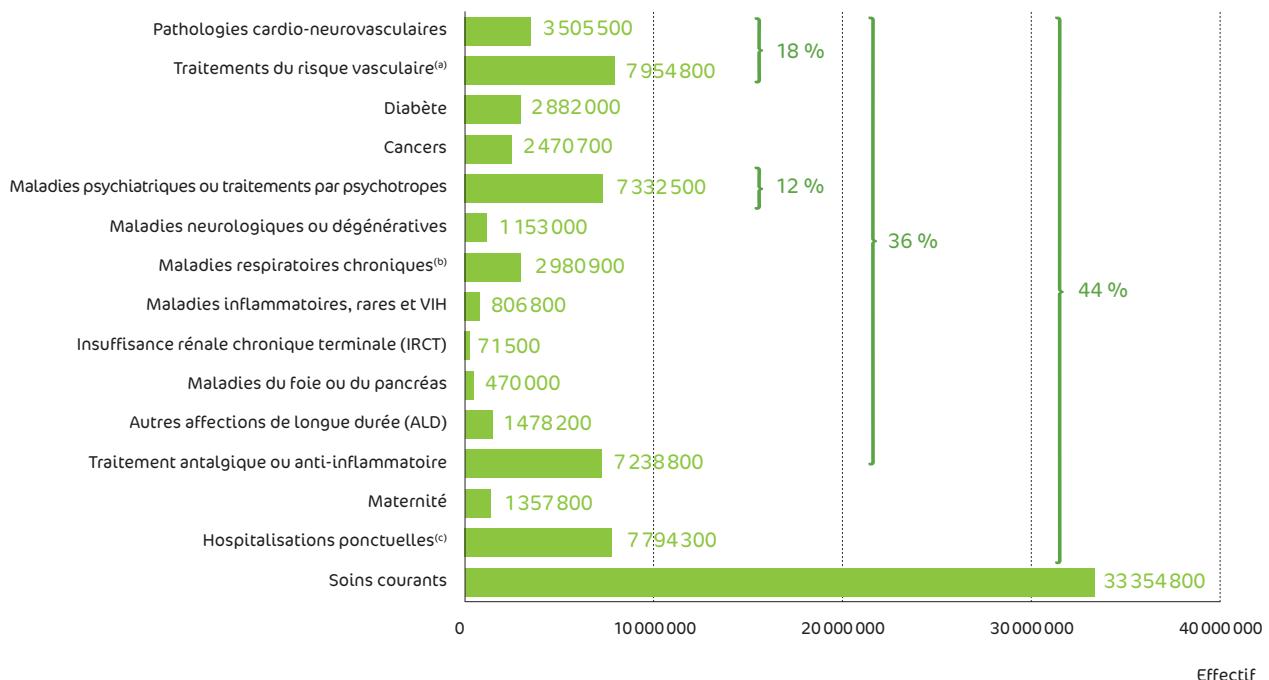
Par ailleurs, 2,3 % des bénéficiaires du régime général ont reçu des soins au titre de la maternité³ et 13 % ont eu un épisode d'hospitalisation dite « ponctuelle », c'est-à-dire ne comportant pas de diagnostic marqueur d'une des pathologies chroniques référencées ci-dessus⁴.

Une même personne pouvant recevoir des soins à la fois pour une pathologie (ou traitement) chronique, pour une hospitalisation sans rapport avec celle-ci et pour une maternité, les trois pourcentages ne sont pas exclusifs. Au total, la proportion de personnes concernées par au moins une de ces situations de soins (pathologie / traitement chronique, maternité ou épisode ponctuel d'hospitalisation) est de 44 %. A contrario, 56 % de la population protégée par le régime général a recours au système de santé uniquement pour des soins courants.

Les effectifs par groupe de pathologies (pour le régime général uniquement) sont détaillés ci-dessous (Figure 3).

Figure 3 –

Effectifs de personnes prises en charge pour pathologies, traitements et événements de santé en 2012



(a) Traitement pour hypertension ou hyperlipidémie, hors pathologies cardiovasculaires

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hospitalisations non repérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes

Champ : régime général - France entière

Source : Cnamts (cartographie 2012)

- Il s'agit des personnes qui ont été affiliées au régime général à un moment ou à un autre de l'année. L'effectif est donc logiquement supérieur à celui des bénéficiaires couverts à un moment donné ou couverts tout au long de l'année par le régime général. En outre, il y a une légère surestimation liée à des doubles comptes pour des personnes changeant de statut (ayants droit/assurés).
- Il s'agit des femmes ayant eu des soins remboursés au titre du risque maternité, l'effectif est donc logiquement supérieur au nombre de naissances (environ 800 000 par an).
- En effet, toutes les hospitalisations qui comportent ces diagnostics marqueurs sont rattachées aux pathologies correspondantes, et leurs coûts affectés à ces pathologies.



Si l'on met en regard le poids des différentes situations de soins en termes de dépenses et d'effectifs, on retrouve les phénomènes connus de concentration des dépenses : les 21 % de patients ayant des pathologies chroniques (ayant donné lieu à hospitalisation ou affection de longue

durée - ALD) représentent 50 % de la dépense totale. Les personnes soignées pour une pathologie chronique ou ayant eu une maternité ou une hospitalisation ponctuelle représentent 31 % de la population et près de 80 % de la dépense totale (Figure 4).

Figure 4 –
Répartition de la population et des dépenses en 2012

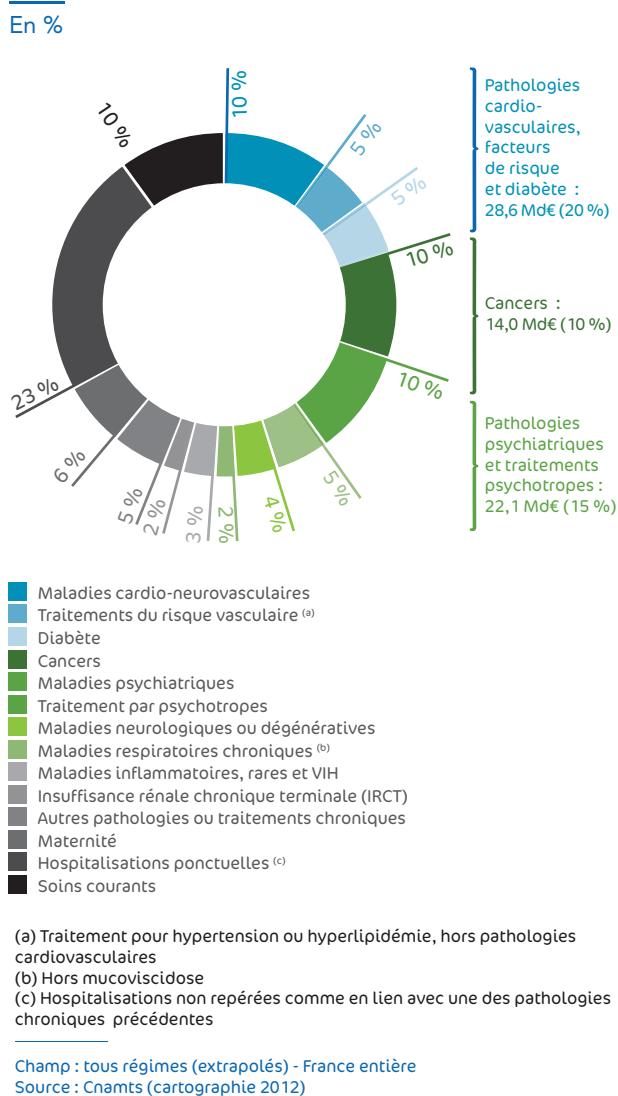
PATHOLOGIE CHRONIQUE	TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX RÉGULIER (risque vasculaire, psychotropes, antalgiques) HORS PATHOLOGIE CHRONIQUE	SOINS AU TITRE DE LA MATERNITÉ	HOSPITALISATION PONCTUELLE (sans lien avec les pathologies chroniques)	SOINS COURANTS
12,6 millions de personnes (RG ^(a)) 21,3 % de la population (dont 25,1 % ont aussi des soins pour maternité ou hospitalisation ponctuelle ; et dont 74,7 % avec maternité/ hospitalisation ponctuelle et/ ou traitement chronique)	9 millions de personnes (RG) 15,2 % de la population (dont 17,9 % ont aussi des soins pour maternité ou hospitalisation ponctuelle)	1,4 million de personnes (RG) 2,3 % de la population (dont 9 % avec au moins une pathologie ; et dont 24,1 % avec pathologie/ traitement chronique et/ou hospitalisation ponctuelle)	7,8 millions de personnes (RG) 13,2 % de la population (dont 59,2 % avec pathologie/ traitement chronique et/ou maternité)	Toute la population (RG) (dont 33,4 millions de personnes sans pathologie/ traitement chronique, maternité ou hospitalisation ponctuelle 56,3 % de la population)
73,9 Md€ (tous régimes) 50,7 % du total dépense moyenne (RG) : 5 000 €	15,6 Md€ (tous régimes) 10,7 % du total Dépense moyenne (RG) : 1 500 €	9,1 Md€ (tous régimes) 6,2 % du total Dépense moyenne (RG) : 5 800 €	9,1 Md€ (tous régimes) 22,5 % du total Dépense moyenne (RG) : 3 500 €	14,6 Md€ (tous régimes) 10,0 % du total Dépense moyenne (RG) : 220 €
21,6 millions de personnes (RG), 36,5 % de la population 89,4 Md€ (61,3 % de la dépense totale)				59,2 millions de personnes - 146 Md€
25,9 millions de personnes (RG), 43,7 % de la population 131,3 Md€ (90 % de la dépense totale)				

(a) RG : régime général

Champ : régime général pour les effectifs, tous régimes (extrapolés) pour les dépenses - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)

En termes de pathologies, les maladies cardio-neurovasculaires, les cancers, les pathologies psychiatriques représentent chacun environ 10 % de la dépense totale ; si l'on regroupe pathologies cardio-neurovasculaires, facteurs de risque vasculaire et diabète, on atteint 20 %. L'ensemble de la santé mentale (regroupant les pathologies ayant entraîné une hospitalisation ou ALD et les traitements réguliers par psychotropes) représente 15 % (Figure 5).

Figure 5 –
Répartition des dépenses selon les pathologies, traitements et événements de santé en 2012



La répartition des dépenses par poste

Le poids des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prestations en espèces (indemnités journalières, invalidité) varie selon les pathologies et situations de soins (Figure 6 page suivante).

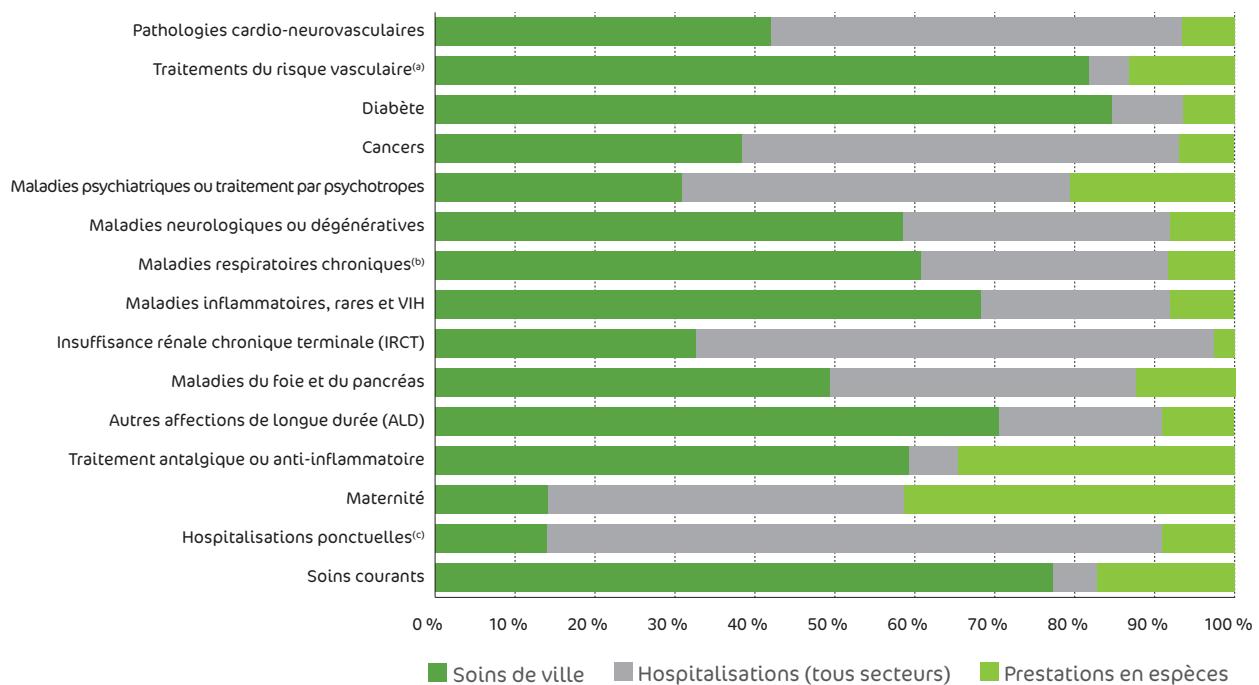
Les prestations en espèces représentent 42 % des dépenses de maternité, plus d'un tiers des dépenses des personnes sous traitement régulier par antalgiques ou anti-inflammatoires⁵, et 20 % des dépenses pour les maladies psychiatriques et traitement par psychotropes (dont la moitié correspond à des rentes d'invalidité).

Les dépenses d'hospitalisation sont évidemment prédominantes dans les épisodes hospitaliers ponctuels, mais aussi dans l'insuffisance rénale chronique terminale (dialyse en centre), les pathologies cardio-neurovasculaires, les cancers, la maternité et la santé mentale (elles représentent 70 % de la dépense liée aux pathologies psychiatriques).

Pour les autres pathologies, les soins de ville constituent le poste le plus important.

5. Patients ayant des traitements antalgiques ou anti-inflammatoires uniquement, à l'exclusion de toute autre situation de soins considérée dans la cartographie (pathologie chronique, traitement, maternité ou hospitalisation ponctuelle).

 **Figure 6 –**
Structure des dépenses pour les grandes catégories de pathologies, traitements et épisodes de soins en 2012



(a) Traitement antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et IRCT

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hospitalisations non repérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)

Les hospitalisations ponctuelles

Les « épisodes hospitaliers ponctuels », c'est-à-dire sans lien avec une pathologie chronique⁶, représentent 32,8 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie, soit 23 % de la dépense totale.

Pour 78 %, ce sont des dépenses d'hospitalisation (72 % en médecine, chirurgie, obstétrique – MCO – et 6 % en soins de suite et de réadaptation – SSR); les soins de ville représentent 13 % du total et les prestations en espèces (indemnités journalières, invalidité) 9 %.

Il s'agit de séjours non affectés aux différentes pathologies, c'est-à-dire :

- soit de patients ayant des pathologies chroniques identifiées mais hospitalisés pour des pathologies autres que celles-ci;
- soit de patients n'ayant aucune pathologie chronique identifiée mais effectuant un séjour pour pathologie non chronique (infection, traumatologie, etc.).

Pour le régime général, on dénombre 9,3 millions de séjours en 2012 pour 7,8 millions de bénéficiaires.

Ces épisodes hospitaliers recouvrent des situations très différentes (Tableau 1 page suivante) : il peut s'agir de séjours

chirurgicaux ou médicaux, d'activités interventionnelles non opératoires (endoscopie digestive diagnostique ou thérapeutique par exemple), d'hospitalisations en urgence (par exemple pour une fracture du col du fémur en chirurgie) ou programmées; certaines hospitalisations concernent des situations avec un risque vital potentiellement élevé sans entrée en urgence (cholécystectomie, bronchite et asthme par exemple), tandis que d'autres renvoient à des motifs fonctionnels (prothèse du genou, troubles du sommeil, etc.).

La chirurgie programmée fonctionnelle est le premier motif de recours avec 30 % des patients; elle représente la même proportion des dépenses d'hospitalisation en MCO (régime général). Les séjours médicaux réalisés en urgence représentent environ un cinquième des séjours et des dépenses; une part équivalente des séjours est réalisée pour des activités interventionnelles non opératoires (endoscopie notamment), mais elle ne représente que 9 % des dépenses. En termes de catégories majeures de diagnostic, les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif représentent à elles seules 25 % de la dépense totale d'hospitalisation en court séjour, pour 16 % des séjours (Figure 7 page suivante). L'importance de cet enjeu financier a amené à conduire une analyse approfondie de l'activité de chirurgie orthopédique (Chapitre 2.3).

6. Il reste toutefois dans ce groupe une petite fraction d'hospitalisations pour motifs chroniques (ces séjours ne comportent pas de diagnostics relatifs à la pathologie, ce qui n'a pas permis de les rattacher à celle-ci, mais le GHM oriente néanmoins vers une pathologie). Elle représente environ 3 % du total des séjours.

Tableau 1 —

Répartition des hospitalisations ponctuelles par catégorie en 2012

En nombre de séjours et en dépenses d'hospitalisation en MCO (en milliards d'euros)

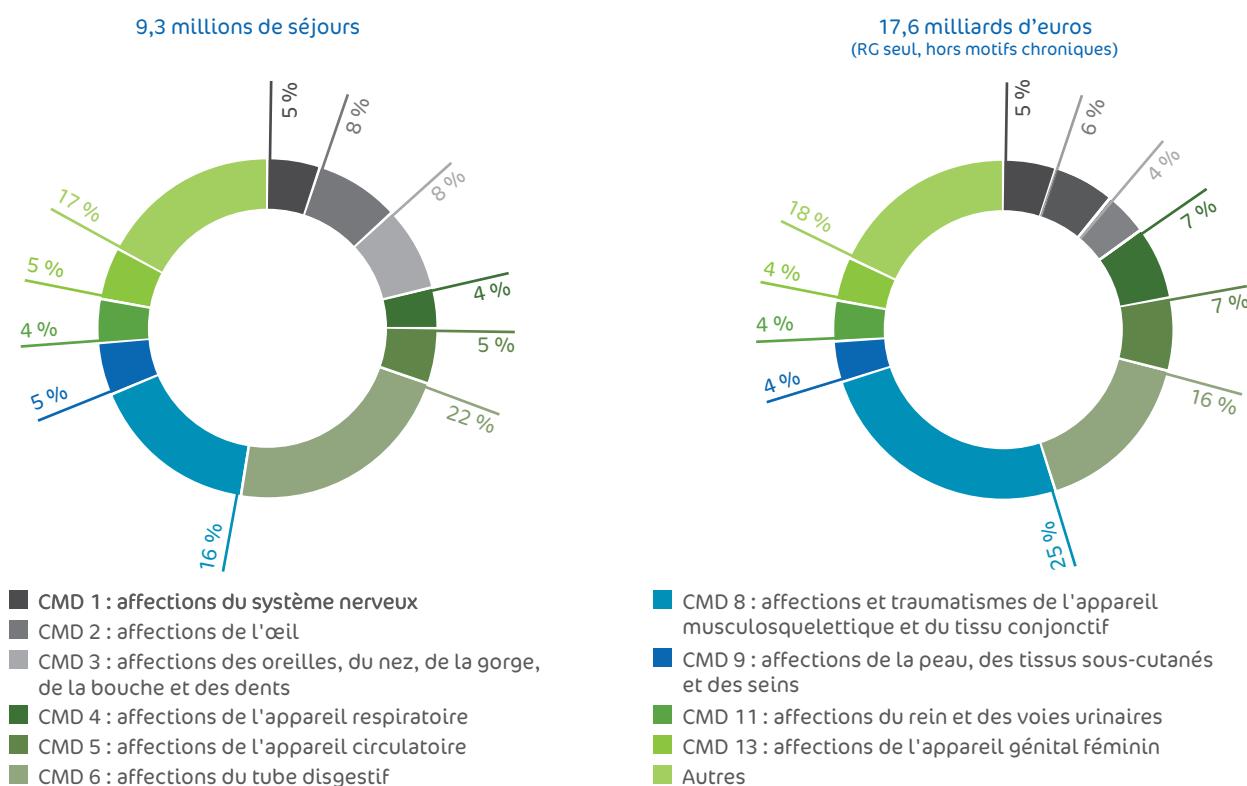
CATÉGORIE	NOMBRE ET % DE SÉJOURS CONCERNÉS	DÉPENSE D'HOSPITALISATION EN MCO CORRESPONDANTE (en Md€ et en %)
CHIRURGIE FAITE EN URGENCE	411500	4 % 2,1 12,1 %
CHIRURGIE PROGRAMMÉE AVEC RISQUE VITAL POTENTIEL	775400	8 % 2,6 14,9 %
CHIRURGIE PROGRAMMÉE FONCTIONNELLE	2788300	30 % 5,2 29,5 %
SÉJOURS MÉDICAUX RÉALISÉS EN URGENCE	1798500	19 % 3,6 20,7 %
SÉJOURS MÉDICAUX PROGRAMMÉS AVEC RISQUE VITAL POTENTIEL	653200	7 % 1,5 8,4 %
SÉJOURS MÉDICAUX PROGRAMMÉS FONCTIONNELS	912200	10 % 1,1 6,2 %
ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE NON OPÉRATOIRE	1943300	21 % 1,4 8,2 %
TOTAL	9 285 300	100 % 17,6^(a) 100 %

(a) Les dépenses MCO du régime général pour épisodes hospitaliers ponctuels s'élèvent à 19,4 Md€. On en a soustrait 8 % relatifs aux séances et à la petite fraction des séjours qui relèveraient en fait de pathologies chroniques (Note de bas de page n° 6).

Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)

Figure 7 —

Répartition des hospitalisations ponctuelles par catégorie majeure de diagnostic (CMD)



Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)



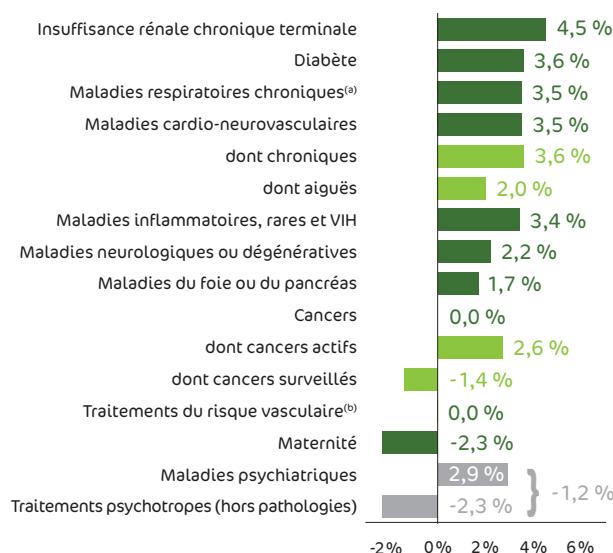
1.2 Les principales tendances d'évolution entre 2010 et 2012

Évolution de la fréquence des pathologies, traitements et épisodes de soins

Entre 2010 et 2012, on constate une augmentation de 0,9 % en moyenne du nombre de bénéficiaires du régime général ayant eu au moins une consommation de soins dans l'année. La moitié de cette évolution (+0,5 %) reflète la croissance démographique de la population française. Le reste peut refléter une part croissante prise par le régime général dans la couverture de la population et/ou une diminution de la part de la population qui n'a aucun recours aux soins dans l'année, sans qu'il soit possible de faire précisément la part de ces deux évolutions.

Figure 8 -
Évolution 2010-2012 des effectifs

Évolution annuelle moyenne en pourcentage



(a) Hors mucoviscidose

(b) Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)

Sur cette période de deux ans, on observe une croissance soutenue du nombre de patients traités pour insuffisance rénale chronique terminale (IRCT, +4,5 % par an), qui est une des complications du diabète (42 % des patients qui commencent un traitement pour IRCT sont diabétiques), ainsi que du nombre de patients traités pour diabète (+3,6 % par an) (Figure 8).

Le nombre de patients traités pour maladies cardiovasculaires, pour affections respiratoires chroniques ainsi que pour l'ensemble des maladies inflammatoires, des maladies rares et VIH s'accroît d'environ 3,5 %.

Le nombre de patients avec un cancer « actif » (c'est-à-dire avec une hospitalisation ou une mise en affection de longue durée – ALD – dans les deux dernières années) augmente de 2,6 % par an. La diminution de 1,4 % des effectifs de patients ayant eu un cancer surveillé (plus ancien) doit en revanche être considérée avec prudence car il s'agit de personnes pour lesquelles il n'y a aucun séjour hospitalier récent et pour lesquelles l'indication d'un antécédent de cancer est uniquement fournie par l'ALD. La prudence est de mise également pour la santé mentale. En effet, la croissance observée des maladies psychiatriques sur les deux dernières années (+2,9 %) reflète au moins en partie la montée en charge du PMSI psychiatrique sur cette même période, qui conduit à mieux repérer les diagnostics en cas d'hospitalisation (les patients concernés étant auparavant considérés uniquement comme traités par psychotropes). On peut penser néanmoins que ce phénomène de montée en charge s'atténue, et l'évolution 2011-2012 est sans doute plus en ligne avec la réalité épidémiologique (augmentation de 2 % pour les maladies psychiatriques, baisse de 2,7 % du nombre de patients traités par psychotropes sans pathologie identifiée).

Enfin, on observe une baisse du nombre de femmes ayant des soins au titre de la maternité ; l'Insee enregistre effectivement une diminution du nombre de naissances sur la période (un peu plus faible, de l'ordre de 1 % par an).

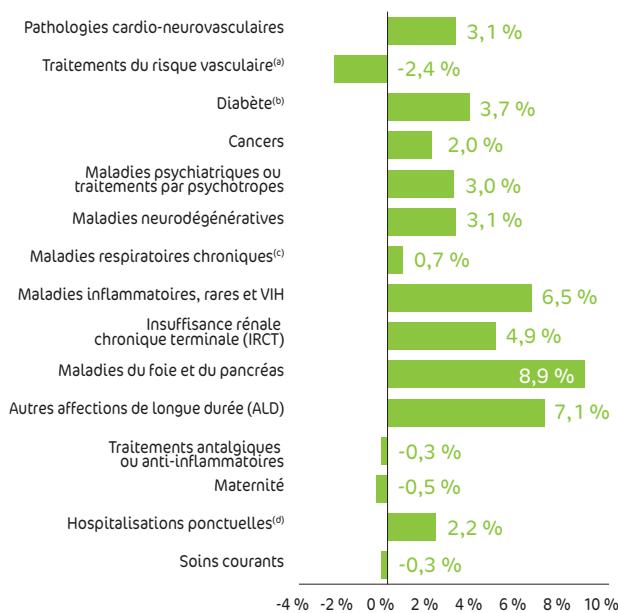
Évolution des dépenses entre 2010 et 2012

Entre 2010 et 2012, les dépenses totales ont augmenté de 2,2 % en moyenne par an (sur le champ des dépenses réparties par pathologie⁷), mais ce taux moyen recouvre des situations très contrastées selon les pathologies (Figure 9).

C'est pour les maladies du foie et du pancréas que la dynamique des dépenses est la plus soutenue (+8,9 % par an), non pas tant en raison de l'augmentation des effectifs (+1,7 % par an) que des coûts de traitement, et notamment des médicaments. Pour les maladies inflammatoires, les maladies rares et le VIH (+6,5 %), l'arrivée de nouveaux médicaments joue également, notamment pour les maladies inflammatoires chroniques du côlon et de l'intestin (Mici) et pour les maladies métaboliques héréditaires, mais il y a également plus de patients traités (+3,6 %). Les dépenses liées à l'insuffisance rénale chronique terminale augmentent à proportion du nombre de patients traités, d'environ 5 % par an.

Les dépenses liées aux pathologies cardio-neurovasculaires, au diabète, aux maladies psychiatriques ou traitements par psychotropes, aux maladies neurologiques ou dégénératives et aux autres affections de longue durée évoluent dans une fourchette de 3 à 4 % par an.

Figure 9 –
Taux de croissance annuel moyen des dépenses entre 2010 et 2012 par grande catégorie



(a) Traitement antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et IRCT

(b) Le taux d'évolution pour le diabète est sans doute légèrement surestimé

(c) Hors mucoviscidose

(d) Hospitalisations non repérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)

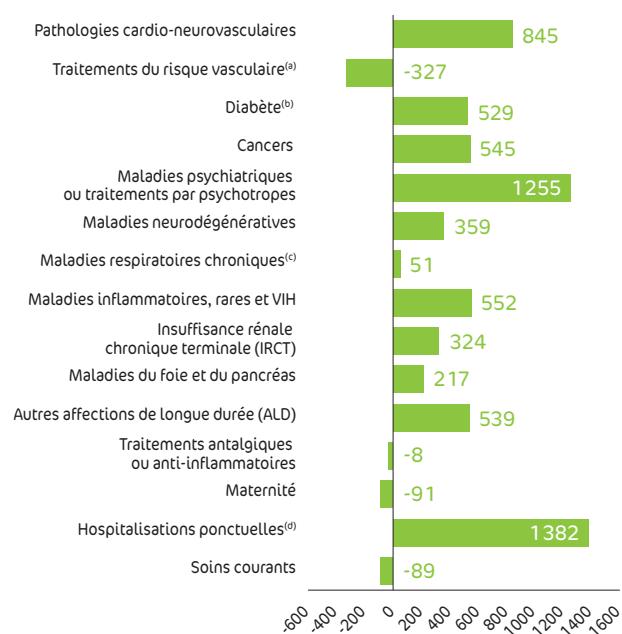
7. Le raisonnement est bien effectué à champ constant, les chiffres 2010 et 2011 ayant été recalculés avec la même méthode qu'en 2012.

À l'inverse, l'évolution de la dépense globale est ralenti par la baisse des soins liés à la maternité, en lien avec la baisse du nombre de naissances, par la baisse des traitements du risque vasculaire, liéé notamment à la diffusion du générique, qui permet de traiter un nombre stable de patients avec une dépense moindre (entre 2010 et 2012, les coûts moyens par patient de médicaments antihypertenseurs ont diminué de 15 %, ceux de médicaments hypolipémiants de 9 %), et à la diminution des soins courants ; ces trois groupes représentent globalement plus de 20 % de la dépense totale.

La Figure 10 retrace la contribution de chaque groupe de pathologies à l'évolution de la dépense en millions d'euros entre 2010 et 2012. Cette contribution dépend de la dynamique d'évolution, mais aussi du poids dans la dépense totale.

Figure 10 –
Évolution des dépenses remboursées entre 2010 et 2012 par grande catégorie

En millions d'euros



(a) Traitement antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et IRCT

(b) Les dépenses liées au diabète sont sans doute légèrement surestimées

(c) Hors mucoviscidose

(d) Hospitalisations non repérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)



Évolution des coûts moyens des pathologies, traitements et épisodes de soins

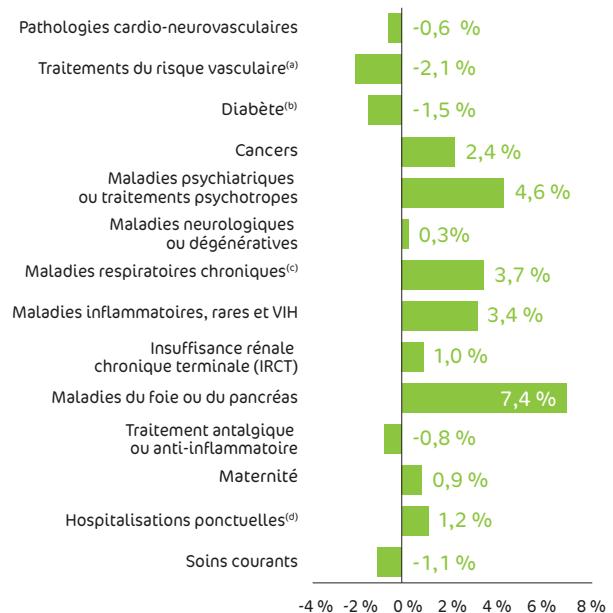
Comme pour l'évolution des effectifs et des dépenses globales, les coûts moyens annuels de prise en charge des grandes pathologies, traitements ou épisodes de soins ont évolué de façon contrastée sur la période (Figure 11).

Certains groupes de pathologies ou traitements ont vu leur coût moyen de prise en charge annuel baisser sur la période. C'est le cas du risque vasculaire (-2,1 % par an), du diabète (-1,5 % par an) mais aussi dans une moindre mesure des soins courants (-1,1 % par an), des traitements par antalgiques ou anti-inflammatoires (-0,8 % par an) et des pathologies cardio-neurovasculaires (-0,6 % par an).

Cinq grandes catégories ont vu leur coût moyen de prise en charge annuelle augmenter sur la période mais de façon moins soutenue que l'Ondam. C'est le cas de la prise en charge des cancers (+2,4 % par an), des hospitalisations ponctuelles (+1,2 % par an), de l'IRCT (+1 % par an), de la maternité (+0,9 % par an), des maladies neurologiques ou dégénératives (+0,3 % par an).

Enfin, quatre grandes catégories ont vu leur coût moyen de prise en charge augmenter avec des taux de croissance annuels moyens supérieurs à 3 % : maladies inflammatoires, rares et VIH (+3,4 % par an), maladies respiratoires chroniques (+3,7 % par an), maladies psychiatriques ou traitements par psychotropes (+4,6 % par an) et maladie du foie ou du pancréas (+7,4 % par an).

Figure 11 –
Taux de croissance annuel moyen des coûts moyens par personne entre 2010 et 2012 par grande catégorie



(a) Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et IRCT

(b) Le taux d'évolution pour le diabète est sans doute légèrement sous-estimé

(c) Hors mucoviscidose

(d) Hospitalisations non repérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière

Source : Cnamts (cartographie 2012)

1.3 Impact des évolutions démographiques et épidémiologiques à l'horizon 2017

Sur les trois prochaines années, le nombre de patients que le système de soins devra prendre en charge va évoluer de façon différenciée selon les pathologies, sous l'effet de trois facteurs :

- **les évolutions démographiques** : la croissance de la population et son vieillissement, avec l'arrivée des générations du baby boom dans les classes d'âges où la prévalence de certaines maladies s'élève, auront un impact sur le nombre de personnes traitées ; à l'inverse on observe une légère baisse du nombre de naissances, et donc du nombre de femmes prises en charge dans le cadre d'une maternité ;
- **les évolutions épidémiologiques**, c'est-à-dire l'évolution de la fréquence des problèmes de santé à âge identique. Celles-ci peuvent jouer dans des sens différents : ainsi, l'accroissement du surpoids et de l'obésité conduit à une augmentation du diabète, qui a elle-même des répercussions sur la prévalence de l'insuffisance rénale chronique ;

- **les évolutions des traitements** : l'augmentation de la détection des maladies, la tendance à les traiter plus précocement, l'arrivée de traitements efficaces induisent, à morbidité identique, une augmentation du nombre de patients traités. Ainsi, la mise sur le marché de nouvelles molécules dans les années récentes a conduit à traiter plus de patients atteints de maladies inflammatoires chroniques (maladies inflammatoires du colon et de l'intestin, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante...). Une meilleure prise en charge médicale permet aussi un allongement de l'espérance de vie des patients chroniques, et donc une augmentation de la fréquence de ces maladies.

Il est important, si l'on veut prendre la mesure de l'effort de productivité nécessaire pour contenir les dépenses totales, d'anticiper l'évolution du nombre de patients à traiter sur les trois prochaines années. Une projection à l'horizon 2017 a été faite, par groupe de pathologies, en prenant en compte :

- les hypothèses démographiques de l'Insee ;
- des hypothèses d'évolutions de prévalence par tranche d'âge et sexe, dérivées de l'observation sur les trois années connues (2010, 2011 et 2012) et des connaissances épidémiologiques disponibles⁸.

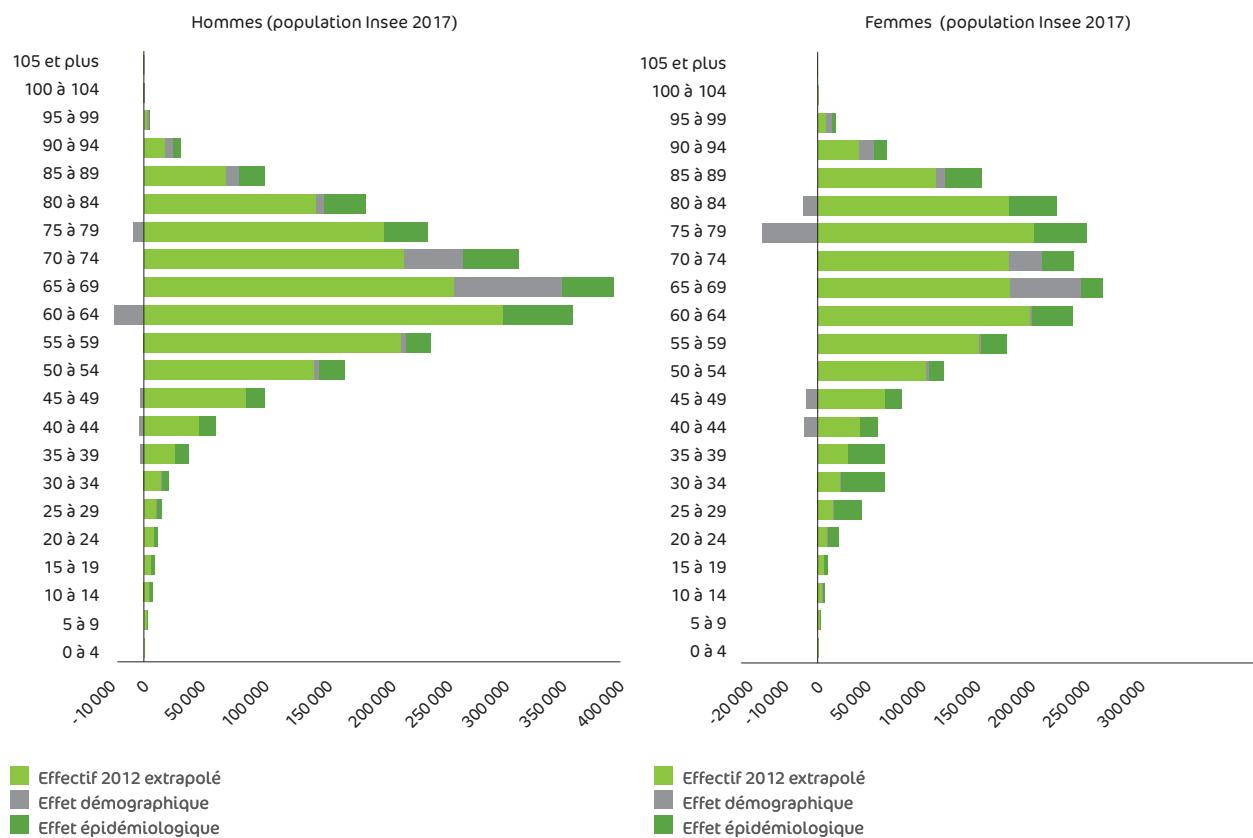
La dernière année observée est 2012, l'année 2013 est projetée (il s'agit donc d'une projection à cinq ans, jusqu'en 2017).

L'exemple du diabète

La Figure 12 montre l'évolution de la pyramide des âges des patients diabétiques (tous régimes confondus) qui peut être attendue en cinq ans (2012-2017) sous l'effet des facteurs démographique et épidémiologique. La projection conduit à une croissance du nombre de patients traités de 3,6 % par an, dont environ 40 % liés à la démographie et 60 % à l'augmentation de la prévalence de cette maladie.

Compte tenu du poids du diabète dans les dépenses en 2012 (5 %), l'impact de cette augmentation des effectifs de patients traités sur les dépenses d'assurance maladie, à coûts unitaires de traitement constants, est de 0,18 point par an (Tableau 2 page suivante).

Figure 12 –
Projection par tranche d'âge du nombre de patients pris en charge pour diabète à l'horizon 2017



Champ : régime général extrapolé aux données Insee - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2010, 2011, 2012) et Insee (projections de populations de 2013 à 2017)

8. Globalement, la méthode a consisté à prolonger jusqu'en 2017 l'évolution épidémiologique observée entre 2010 et 2012, sauf lorsque cette évolution observée était biaisée par des modifications du système d'information. Ainsi, afin d'atténuer l'impact de la montée en charge du PMSI psychiatrique, qui conduit à repérer plus fréquemment des personnes ayant des diagnostics de pathologie psychiatrique, et donc moins de personnes sous traitement psychotrope sans diagnostic identifié dans le système, seule l'évolution observée entre 2011 et 2012 a été projetée pour le champ de la santé mentale. Les évolutions négatives observées sur la fréquence des cancers sous surveillance étant liées au moins partiellement aux révisions des affections de longue durée (ALD) et à leur arrêt plus fréquent, elles ont été considérées comme nulles et non comme négatives. Les projections ont été faites par tranche d'âge de un à cinq ans (avec regroupement pour les 0-4 ans, 5-9 ans, 100-104 ans et 105 ans et plus) et sexe, sauf pour l'insuffisance rénale chronique terminale, pour laquelle des classes d'âge de dix ans ont été utilisées du fait des faibles effectifs.



Tableau 2 –
Impact des évolutions démographiques et épidémiologiques sur le nombre de patients diabétiques traités

EFFECTIF PROJETÉ 2017

TAUX D'ÉVOLUTION SUR 5 ANS	19 %
TAUX D'ÉVOLUTION ANNUEL MOYEN	3,6 %
IMPACT SUR LA DÉPENSE	
PART DE LA DÉPENSE 2012	5 %
CONTRIBUTION À LA CROISSANCE ANNUELLE DES DÉPENSES 2017	0,18 pt

Champ : régime général extrapolé aux données Insee - France entière

Source : Cnamts (cartographies 2010, 2011, 2012) et Insee (projections de populations de 2013 à 2017)

Résultat des projections pour l'ensemble des pathologies

Le même raisonnement peut être mené pour tous les autres groupes de pathologies (Tableau 3).

Les pathologies cardio-neurovasculaires, le diabète et le risque vasculaire contribuent ensemble à 0,5 point de crois-

sance annuelle (uniquement du fait du vieillissement et de la progression de ces pathologies, sans tenir compte d'un éventuel renchérissement des coûts de traitement).

L'évolution des effectifs de patients pour l'ensemble des pathologies chroniques induirait, sans modification des traitements, un surcroît de dépenses de 0,9 % par an⁹.

Tableau 3 –
Impact des évolutions démographiques et épidémiologiques à l'horizon 2017 par groupe de pathologies

PATHOLOGIE OU TRAITEMENT	% D'ÉVOLUTION ANNUEL MOYEN ENTRE 2012 ET 2017			% DES DÉPENSES TOTALES EN 2012	CROISSANCE ANNUELLE DES DÉPENSES (en points de croissance)
	IMPACT DÉMOGRAPHIQUE	IMPACT ÉPIDÉMIOLOGIQUE	IMPACT TOTAL		
MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES	1,8 %	1,2 %	2,9 %	10 %	0,3 %
TRAITEMENTS DU RISQUE VASCULAIRE (hors pathologies)	1,3 %	-1,7 %	-0,4 %	5 %	0,0 %
DIABÈTE	1,5 %	2,1 %	3,6 %	5 %	0,2 %
CANCERS	1,6 %	1,9 %	3,4 %	10 %	0,3 %
MALADIES PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOTROPES	0,9 %	-2,5 %	-1,5 %	15 %	-0,2 %
MALADIES NEUROLOGIQUES OU DÉGÉNÉRATIVES	1,5 %	0,2 %	1,7 %	4 %	0,1 %
MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES	1,0 %	2,0 %	2,9 %	2 %	0,1 %
MALADIES INFLAMMATOIRES OU RARES OU VIH	0,7 %	2,5 %	3,2 %	3 %	0,1 %
INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE TERMINALE	1,2 %	3,2 %	4,3 %	2 %	0,1 %
MALADIES DU FOIE OU DU PANCRÉAS	0,9 %	0,8 %	1,7 %	1 %	0,0 %
MATERNITÉ	0,0 %	-2,0 %	-2,1 %	6 %	-0,1 %

Champ : régime général extrapolé aux données Insee - France entière

Source : Cnamts (cartographies 2010, 2011, 2012) et Insee (projections de populations de 2013 à 2017)

9. En incluant les autres affections de longue durée (ALD), dont la dynamique de croissance est élevée (elles incluent notamment la dégénérescence maculaire liée à l'âge - DMLA) et d'autres affections dont les effectifs traités augmentent rapidement ; néanmoins, il est difficile d'analyser précisément cette catégorie qui regroupe des pathologies diverses. En excluant ces autres ALD, l'impact serait de 0,7 % par an.

Encadré 1 –Correspondance entre le champ Ondam^(a) et celui de la cartographie médicalisée des dépenses en 2012

	DÉPENSES REMBOURSÉES (en milliards d'euros)		PART DES DÉPENSES DU CHAMP ONDAM PRISES EN COMPTE DANS LA CARTOGRAPHIE	POSTES ONDAM HORS CHAMP DE LA CARTOGRAPHIE
	CONSTATÉES EN 2012	PRISES EN COMPTE DANS LA CARTOGRAPHIE		
SOINS DE VILLE (y compris indemnités journalières maladie AT-MP ^(b))	77,9	71,03	91 %	Permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM ^(c) , FAC ^(d) , aides à la télétransmission
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	75,5	65,5	88 %	Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG...), Migac ^(e) , HAD ^(f)
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	16,5	0	0 %	Tous
AUTRES PRISES EN CHARGES (FMESPP ^(g) , Fiqcs ^(h) ...)	1,2	0	0 %	FMESPP, Fiqcs
TOTAL ONDAM	170,1	136,5	80 %	
POSTES HORS CHAMPS ONDAM (indemnités journalières maternité et invalidité)		9,4		
TOTAL DÉPENSES DE LA CARTOGRAPHIE		145,9		

(a) Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie

(b) AT-MP : accident du travail - maladie professionnelle

(c) PAM : praticiens et auxiliaires médicaux

(d) FAC : Fonds d'actions conventionnelles

(e) Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

(f) HAD : hospitalisation à domicile

(g) FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

(h) Fiqcs : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

Source : Cnamts

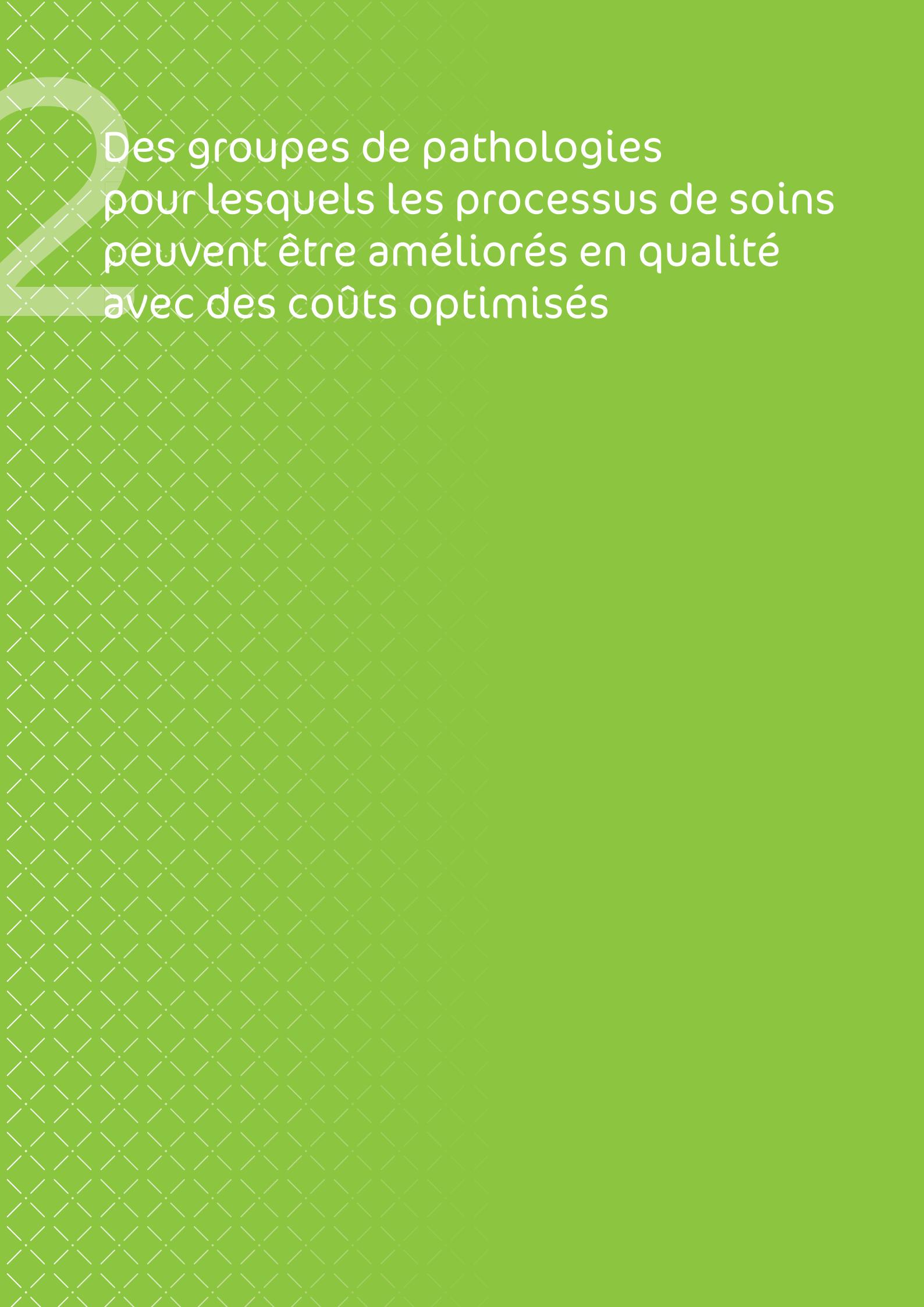
 **↓ Encadré 2 –**
Liste détaillée des pathologies et traitements

CATÉGORIES	SOUSS-CATÉGORIES	ITEMS DÉTAILLÉS
MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES	Maladie coronaire	Syndrome coronaire aigu (1 an) Maladie coronaire chronique ^(b)
	Accident vasculaire cérébral	Accident vasculaire cérébral aigu (1 an) Séquelle d'accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire ^(b)
	Insuffisance cardiaque	Insuffisance cardiaque aiguë (1 an) Insuffisance cardiaque chronique ^(b)
	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	Artériopathie oblitérante du membre inférieur
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque
	Maladie valvulaire	Maladie valvulaire
	Embolie pulmonaire aiguë	Embolie pulmonaire aiguë (1 an)
	Autres affections cardio-neurovasculaires	Autres affections cardio-neurovasculaires
	Traitements antihypertenseurs	Traitements antihypertenseurs
	Traitements hypolipémiants	Traitements hypolipémiants
DIABÈTE	Diabète	Diabète
CANCERS	Cancer du sein	Cancer du sein de la femme actif (2 ans) Cancer du sein de la femme sous surveillance ^(b)
	Cancer du côlon	Cancer du côlon actif (2 ans) Cancer du côlon sous surveillance ^(b)
	Cancer du poumon	Cancer du poumon actif (2 ans) Cancer du poumon sous surveillance ^(b)
	Cancer de la prostate	Cancer de la prostate actif (2 ans) Cancer de la prostate sous surveillance ^(b)
	Autres cancers	Autres cancers actifs (2 ans) Autres cancers sous surveillance ^(b)
		Troubles psychotiques (2 ans) Troussements névrotiques et de l'humeur (2 ans) Déficience mentale (2 ans) Troussements addictifs (2 ans) Troussements psychiatriques débutant dans l'enfance (2 ans) Autres troubles psychiatriques (2 ans)
MALADIES PSYCHIATRIQUES	Maladies psychiatriques	Traitements antidépresseurs (ou Lithium) Traitements neuroleptiques Traitements anxiolytiques Traitements hypnotiques
TRAITEMENTS PSYCHOTROPES (sans pathologie psychiatrique retrouvée dans les bases) (au moins trois par an)	Traitements psychotropes (hors pathologies)	

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES	ITEMS DÉTAILLÉS
MALADIES NEUROLOGIQUES OU DÉGÉNÉRATIVES	Maladies dégénératives	Démences (dont maladie d'Alzheimer) Maladie de Parkinson
	Maladies neurologiques	Sclérose en plaques Paraplégie Myopathie ou myasthénie Épilepsie Autres affections neurologiques
MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES (hors muco-viscidose)	Maladies respiratoires chroniques	Maladies respiratoires chroniques
	Maladies inflammatoires	Maladies chroniques inflammatoires de l'intestin Polyarthrite rhumatoïde Spondylarthrite ankylosante Autres maladies inflammatoires chroniques
MALADIES INFLAMMATOIRES OU RARES OU VIH	Maladies rares	Maladies métaboliques héréditaires Mucoviscidose Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves
	VIH ou sida	VIH ou sida
	Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique Suivi de transplantation rénale Transplantation rénale
MALADIES DU FOIE OU DU PANCRÉAS	Maladies du foie ou du pancréas	Maladies du foie ou du pancréas
AUTRES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (dont 31 et 32)	Autres affections de longue durée	Autres affections de longue durée
TRAITEMENT ANTALGIQUE OU ANTI-INFLAMMATOIRE (au moins six par an)	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires
RISQUE MATERNITÉ (à partir du 6 ^e mois)	Risque maternité	Risque maternité

(a) Sans maladie coronaire, ni accident vasculaire cérébral, ni insuffisance cardiaque (aigus ou chroniques), ni artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ni diabète, ni insuffisance rénale chronique terminale
(b) Sans pathologie correspondante en phase aiguë ou active

Source : Cnamts



Des groupes de pathologies
pour lesquels les processus de soins
peuvent être améliorés en qualité
avec des coûts optimisés

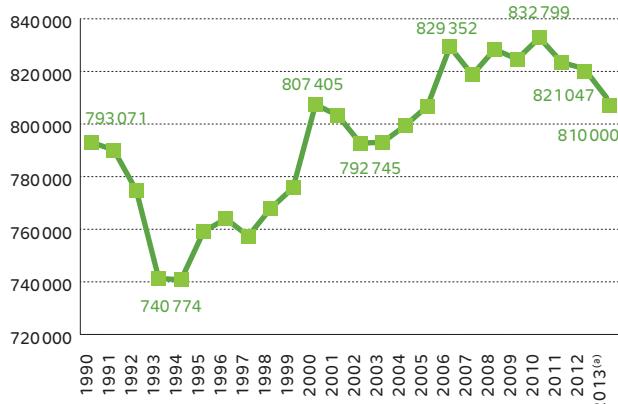
2.1 La maternité

Données de cadrage

821 000 naissances ont eu lieu en France en 2013, la tendance étant à une légère baisse depuis 2010 (Figure 13).

Figure 13 –
Évolution du nombre de naissances en France

1990-2013



(a) Données provisoires

Champ : France hors Mayotte

Source : Insee (statistiques de l'état civil et estimations de population)

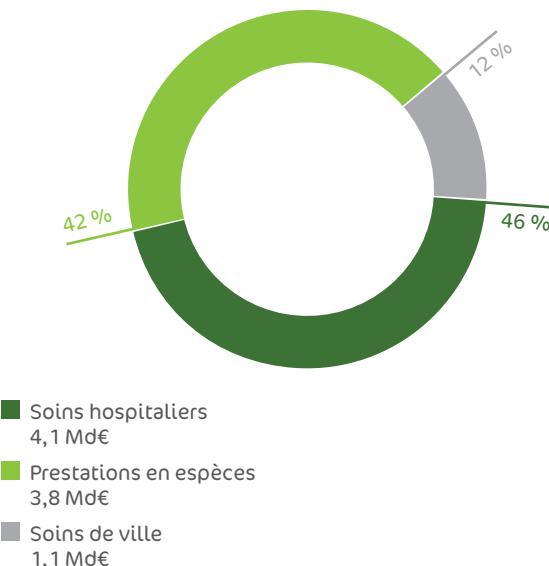
En matière d'indicateurs de santé périnatale, la France a une position moyenne en Europe. Le dernier rapport européen portant sur les naissances de 2010¹⁰ dans 29 pays a mis en évidence :

- une mortalité (nombre d'enfants mort-nés rapporté au nombre de naissances) particulièrement élevée, mais qui peut s'expliquer par l'inclusion des interruptions médicales de grossesse et la politique active de dépistage anténatal;
- un taux de mortalité néonatale qui nous situe au 15^e rang et ne s'est que faiblement amélioré, contrairement à d'autres pays comme la Suède ou la Finlande dont la situation initiale était déjà meilleure que la nôtre;
- une position variable sur les autres indicateurs, mais toujours derrière les cinq pays ayant les meilleurs résultats.

En termes de dépenses, les prestations au titre de la maternité se sont élevées à 9,1 milliards d'euros en 2012 et ont concerné 1,4 million de femmes. Près de la moitié se rapporte à des soins hospitaliers (4,1 milliards d'euros), et 42 % sont des prestations en espèces (3,2 milliards d'euros d'indemnités journalières maternité et 0,6 milliard d'euros d'indemnités journalières maladie) (Figure 14).

Figure 14 –
Répartition des dépenses de maternité par grand poste en 2012

En milliards d'euros



Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)

Des durées de séjour en maternité élevées par rapport à d'autres pays

Depuis quarante ans, un mouvement de restructuration des maternités a été opéré avec l'objectif d'améliorer la sécurité de la naissance ; il s'est traduit par une forte concentration des établissements (1 369 en 1975, 528 en 2011) : 3 % des maternités réalisent moins de 300 accouchements en 2012, contre 36 % en 1975. Depuis la structuration en trois niveaux instaurée par les décrets « Périnatalité » de 1998, la part relative des maternités de niveau I n'a cessé de diminuer (41 % des lits en 2004, 31 % en 2012) au profit des maternités de niveau II (39 à 46 %) et III (20 à 23 %).

Les durées de séjour pour accouchement ont baissé, mais assez lentement (0,5 jour entre 2003 et 2011 – Tableau 4 page suivante). Les comparaisons internationales montrent qu'elles restent élevées par rapport à d'autres pays : 4,2 jours pour accouchement par voie basse alors que la moyenne de l'OCDE est de 3 jours en 2011, plusieurs pays ayant des durées de séjour de 2 jours ou moins (Pays-Bas, Royaume-Uni, États-Unis, Canada...) (Figure 15 page suivante). Il y a donc un potentiel de réduction significative de la durée moyenne de séjour (DMS), et corrélativement du nombre de lits de maternité.

10. Rapport Euro-Peristat.



Tableau 4 —

Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement

En jours

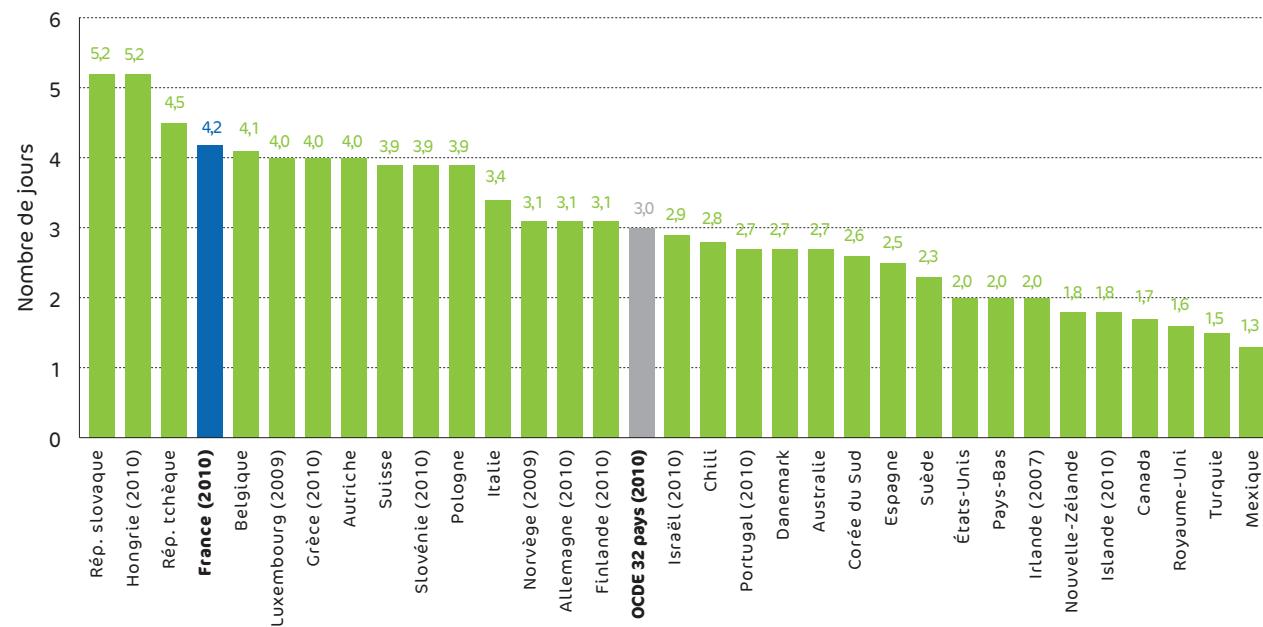
	ÉTABLISSEMENTS PUBLICS		ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF		ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF		ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS	
	2003	2011	2003	2011	2003	2011	2003	2011
ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE	4,9	4,5	4,9	4,4	5,0	4,3	4,9	4,5
ACCOUCHEMENTS PAR CÉSARIENNE	8,3	7,3	7,8	6,5	7,6	6,4	8,0	7,0
ENSEMBLE DES ACCOUCHEMENTS	5,5	5,1	5,5	4,9	5,5	4,8	5,5	5,0

Champ : accouchements en France entière hors Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA)
Source : Atih (PMSI-MCO 2003 et 2011), traitements Drees

Figure 15 —

Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal dans les pays de l'OCDE

En 2011 (ou année la plus proche)



Source : OCDE (statistiques sur la santé 2013)

Pour accompagner un retour à domicile plus rapide après la naissance, qui correspond d'ailleurs au souhait d'une partie importante des femmes d'après les enquêtes¹¹, il faut que les foyers puissent bénéficier d'un suivi organisé après la sortie de la maternité. C'est ce qu'a mis en place le pro-

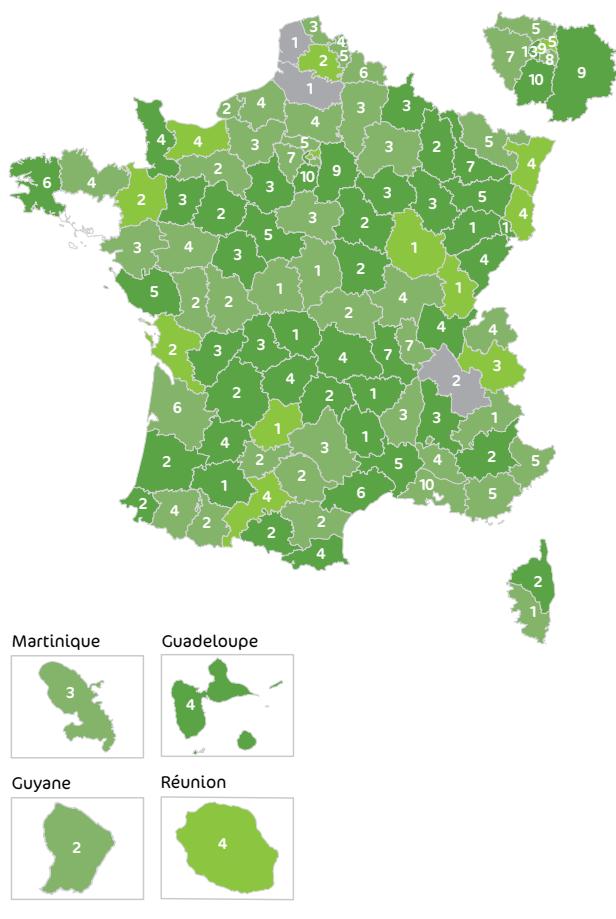
gramme Prado maternité (programme d'accompagnement du retour à domicile) qui couvre déjà aujourd'hui un quart des accouchements, et qui répond aux recommandations récentes publiées par la Haute Autorité de santé (HAS).

11. Enquête Ciane sur les accouchements, sortie de maternité et bien-être des femmes (novembre 2012). Enquête de satisfaction sur les usagères de maternité de la Drees (septembre 2008).

L'expérience du programme PRADO

Le programme Prado maternité a été initialement expérimenté dans 3 caisses primaires en 2010 (Annecy, Rennes et Versailles) et, sur la base des résultats positifs constatés (taux d'adhésion élevé et haut niveau de satisfaction des patientes), a été progressivement étendu. Le service est proposé aujourd'hui dans 364 établissements qui couvrent plus de 63 % des accouchements physiologiques. Il devrait bénéficier en 2014 à 210 000 femmes, pour 37 % des accouchements physiologiques (Figure 16 et Figure 17).

Figure 16 –
État du développement du programme
Prado maternité



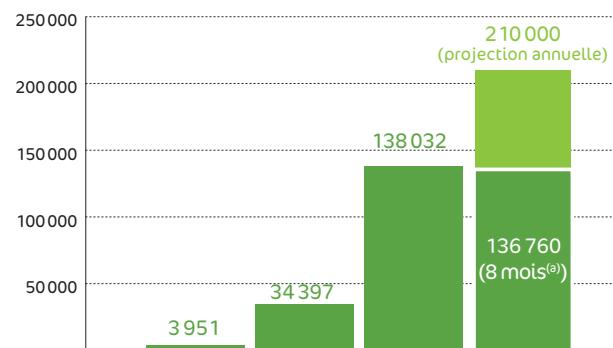
Note : la zone en blanc correspond à une Cpm n'ayant pas démarré le programme.

Lecture : le nombre qui figure au niveau de chaque Cpm correspond au nombre d'établissements Prado.

Champ : France entière

Sources : Atih (PMSI 2012) et Cnamts (outil multi-volets)

Figure 17 –
Nombre de femmes ayant adhéré
au programme Prado



(a) adhésions du 1^{er} janvier au 11 septembre 2014

Champ : France entière
Source : Cnamts (outil multi-volets)

Le développement de ce programme s'est inspiré de dispositifs similaires mis en place à l'étranger (Royaume-Uni, Allemagne, Suède, États-Unis et Canada) et visant à améliorer les conditions de prise en charge en ville en sortie d'hospitalisation par une intervention en amont de la sortie qui facilite la mise en relation avec les intervenants ultérieurs. Sur la base d'une décision de sortie prise par l'équipe médicale de la maternité, le conseiller de l'assurance maladie propose ainsi à la mère d'organiser la prise en charge à domicile par la sage-femme de son choix.

Les femmes qui ont eu recours à Prado en 2014 ont 30 ans en moyenne et sont pour 62 % des primipares. 43 % ont eu 2 visites de sages-femmes (ce que prévoit le programme), 43 % en ont eu une et 14 % en ont eu trois. Le service est très apprécié (93 % des mamans en sont très satisfaits) et, au-delà de cet accueil positif, il permet de mettre en œuvre concrètement les recommandations de la HAS qui prévoient, pour les sorties standards (72 à 96 heures après un accouchement par voie basse), 2 visites de sages-femmes dont une dans les deux jours (les femmes ayant utilisé le service ont eu 1,96 visite en 2012, contre 0,55 dans le groupe témoin et 0,40 au plan national). Le suivi par le gynécologue, le généraliste et le pédiatre, n'a pas été réduit par ce programme qui améliore le taux de recours à la rééducation périnéale.

Des évaluations d'impact sur la durée moyenne de séjour (DMS) ont été également réalisées en 2012 et en 2013. En 2011, les établissements proposant Prado ont eu une baisse de la durée moyenne de séjour un peu plus importante que ceux ne le proposant pas, d'autant plus importante que le taux d'adhésion était élevé. En 2012, on observe également que les adhérentes ont une durée de séjour un peu plus courte que le groupe témoin. La mise en place de ce suivi organisé permet donc d'accompagner dans de bonnes conditions la réduction des durées de séjour. L'exploitation des données statistiques du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est en cours pour l'évaluation sur l'année 2013.



Les recommandations de la HAS

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en mars 2014 des recommandations concernant la sortie de maternité après accouchement (conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés) qui définissent :

- la durée de séjour standard qui correspond à un séjour de 72 à 96 heures après un accouchement par voie basse et à un séjour de 96 à 120 heures après un accouchement par césarienne ;

- la sortie précoce qui correspond à une sortie de maternité au cours des 72 heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 heures après un accouchement par césarienne.

Ces recommandations soulignent l'importance après le retour à domicile d'un accompagnement adéquat dont les caractéristiques sont récapitulées dans le Tableau 5. L'organisation proposée aux mères par le service Prado s'inscrit dans le cadre de ces recommandations.

Tableau 5 –
Recommandations de suivi selon les types d'accouchements

VOLUME ANNUEL D'ACCOUCHEMENTS	RÉPARTITION DES ACCOUCHEMENTS	RECOMMANDATIONS HAS 13 MARS 2014
ACCOUCHEMENTS PHYSIOLOGIQUES 569 600 séjours / DMS : 4,18 jours	Sorties précoces (< 72 h) 30 752 séjours / DMS : 2,28 jours	3 visites (dont 1 ^{re} dans les 24 h)
	Sorties standards (entre 72 h et 96 h) et plus 538 428 séjours / DMS : 4,29 jours	2 visites de SF (dont 1 ^{re} dans les 48 h)
CÉSARIENNES SANS COMPLICATION 130 162 séjours / DMS : 6,01 jours	Sorties précoces (durée < 96 h) 5 217 séjours / DMS : 3,32 jours	3 visites (dont 1 ^{re} dans les 24 h)
	Séjours standards (entre 96 h et 120 h) et plus 124 945 séjours / DMS : 6,12 jours	2 visites de SF (dont 1 ^{re} dans les 48 h)
CÉSARIENNES AVEC COMPLICATIONS 32 126 séjours / DMS : 10,25 jours	32 126 séjours DMS : 10,25 jours	Pas de recommandation à ce jour
AUTRES ACCOUCHEMENTS PATHOLOGIQUES 61 714 séjours / DMS : 6,58 jours	61 714 séjours DMS : 6,58 jours	Pas de recommandation à ce jour
TOTAL	793 602 séjours	

Source : Atih (PMSI 2012)

Les freins à lever pour réduire la durée de séjour

Poursuivre la réduction de la durée de séjour en maternité est possible, comme le montre l'exemple de nombreux autres pays, mais suppose de mieux structurer la prise en charge à domicile :

- d'une part, en étendant l'accompagnement à domicile post-hospitalisation, de façon à sécuriser les mères et assurer le suivi du nouveau-né. De ce point de vue, le programme Prado, qui couvrira en 2014 près de 40 % des accouchements physiologiques, constitue une base solide pour assurer un service homogène sur le territoire. Il a vocation, sur la base des recommandations de la HAS, à s'étendre notamment aux césariennes sans complications (125 000 séjours), pour lesquelles la durée moyenne de séjour est supérieure aux recommandations (6 jours versus 4 à 5 jours) ;

- d'autre part, en étendant l'accompagnement à domicile post-hospitalisation aux sorties précoces en assurant, par une organisation adaptée à prévoir :
 - la réalisation dans de bonnes conditions des tests de dépistage qui sont aujourd'hui effectués par les établissements dans les jours qui suivent l'accouchement (par exemple le test de Guthrie, test de dépistage de la phénylcétonurie, ainsi que d'autres dépistages néonataux de maladies génétiques),
 - la prévention du risque d'ictère par la surveillance de la coloration et la mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine.

Par ailleurs, le nombre d'accouchements étant stable ou en légère baisse, un alignement progressif de la durée de séjour sur la moyenne de l'OCDE implique un pilotage concomitant de l'offre hospitalière pour ajuster les organisations.

2.2 L'insuffisance rénale chronique terminale

Un problème de santé publique majeur et en forte augmentation

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une maladie grave qui entraîne une détérioration irréversible de la capacité des reins à filtrer le sang. Au stade terminal, elle nécessite des techniques de suppléance qui peuvent être la dialyse ou la greffe de rein.

En 2012, 72 000 patients souffrent d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) pour le seul régime général (soit, si l'on extrapole à l'ensemble de la population¹², de l'ordre de 84 000 personnes au total).

Parmi les 72 000 patients affiliés au régime général, 39 000 sont dialysés et 33 000 greffés.

Malgré le nombre limité de patients, les dépenses d'assurance maladie liées à l'insuffisance rénale chronique terminale représentent un coût important : 3,5 milliards d'euros en 2012, dont 2,8 milliards d'euros pour la dialyse et 0,5 mil-

liard d'euros pour la transplantation rénale et le suivi de la greffe. En effet les coûts de traitement sont élevés, environ 40 000 euros en moyenne par patient, dont 63 000 euros en cas de dialyse, 53 000 euros pour les transplantations et 11 000 euros annuels pour le suivi de la greffe. Il s'agit en grande partie de soins hospitaliers, auxquels s'ajoutent pour les patients dialysés les frais de transport (Tableau 6).

Un peu plus de 3 000 greffes sont réalisées chaque année (tous régimes).

L'IRCT est une des pathologies pour lesquelles on observe les plus fortes progressions, en lien notamment avec la progression du diabète dont c'est une complication majeure (42 % des patients débutant un traitement pour IRCT sont diabétiques d'après le registre Rein ; sur les 72 000 patients en IRCT du régime général, 34 % ont un diabète). Le nombre de malades a progressé de 4,5 % par an entre 2010 et 2012, et les dépenses de 4,9 %.

Tableau 6 –

IRCT : dépenses annuelles moyennes remboursées par patient en 2012, par grands postes de dépenses

	MÉDICAMENTS	SOINS DE MÉDECINS	SOINS INFIRMIERS	TRANSPORTS	AUTRES SOINS DE VILLE	HÔPITAL (tous secteurs)	PRESTATIONS EN ESPÈCES	TOTAL
IRCT	4 379 €	199 €	609 €	7 135 €	594 €	26 691 €	872 €	40 479 €
IRCT ET DIALYSE CHRONIQUE	2 587 €	255 €	1 056 €	12 110 €	745 €	45 301 €	555 €	62 610 €
IRCT ET TRANSPLANTATION RÉNALE	9 969 €	149 €	263 €	6 045 €	777 €	34 015 €	2 054 €	53 273 €
IRCT ET SUIVI DE TRANSPLANTATION RÉNALE	6 209 €	131 €	62 €	813 €	384 €	2 059 €	1 180 €	10 837 €

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière

Source : Cnamts (cartographie 2012)

Les modalités de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale

Les modalités de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale sont la dialyse, avec deux types de dialyse, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale, et la greffe de rein.

La technique de l'hémodialyse consiste en un échange entre le sang du patient et une solution de dialyse de composition proche du sang normal. Cet échange se fait à travers une membrane contenue dans un filtre appelé aussi hémodialyseur. Les séances de dialyse durent en moyenne 4 heures et ont lieu 3 fois par semaine. Ce traitement peut être réalisé :

- en centre d'hémodialyse, c'est-à-dire dans une structure hospitalière avec une présence médicale permanente ;
- en unité de dialyse médicalisée (UDM), où la présence médicale n'est pas continue pendant la séance de traitement ;
- en unité d'autodialyse, qui constitue un substitut du domicile, avec l'aide d'un(e) infirmier(re) ;
- à domicile, pour des patients ayant l'autonomie nécessaire.

La dialyse péritonéale utilise le péritoine (membrane naturelle qui entoure les organes abdominaux) comme membrane de dialyse à travers laquelle s'effectuent les échanges entre le sang à épurer et un liquide de dialyse stérile. Il s'agit d'une technique réalisée tous les jours à domicile.

12. Extraposition en appliquant la part du régime général dans la population totale sans tenir compte d'éventuelles différences de prévalence entre les régimes.



La part de la dialyse en centre diminue légèrement depuis quelques années mais reste très majoritaire. La dialyse à domicile (dialyse péritonéale ou hémodialyse) est très peu développée (Figure 18).

Les greffes de rein peuvent être réalisées avec des greffons provenant de donneurs décédés ou de donneurs vivants. En 2013, environ 400 greffes ont été effectuées à partir de donneurs vivants, soit 13 % des greffes rénales.

Figure 18 –
Répartition selon les modes de traitements

	HÉMODIALYSE				DIALYSE PÉRITONÉALE	
	En centre	En UDM	Autodialyse	À domicile	Automatisée	Continue
Effectif	22 700	5 900	7 800	200	1 000	1 400
	58 %	15 %	20 %	1 %	3 %	4 %

Source : registre Rein (au 31 décembre 2011)

Un dépistage et une prévention de l'IRCT insuffisants

Le diabète et l'hypertension artérielle sont les principales causes de l'insuffisance rénale chronique terminale. En 2012, 42 % des nouveaux malades ont un diabète à l'initiation du traitement de suppléance ; la maladie rénale à l'origine de leur IRCT est une néphropathie liée à l'hypertension dans 26 % des cas et au diabète dans 22 % des cas¹³.

La prévention de l'insuffisance rénale passe notamment par une amélioration du suivi des patients diabétiques, dont le nombre croît de 5,4 % par an. La détection précoce des atteintes de la fonction rénale reste en effet insuffisante chez ces patients : si 80 % bénéficient d'un dosage annuel de la créatinine, seulement 30 % ont un dosage de micro-albuminurie (une augmentation très faible de l'albumine dans les urines étant la première manifestation décelable de la néphropathie diabétique et donc permettant la détection la plus précoce).

C'est pourquoi une campagne de sensibilisation des médecins traitants sur la prévention et le dépistage de l'insuffisance rénale chronique a été réalisée à partir de mi-2012 par les délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et les médecins-conseil, sur la base d'un mémo validé par la Haute Autorité de santé (HAS) (près de 22 000 visites sur le suivi du diabète ont été réalisées sur 2012 et 2013). Dans le cadre du programme d'accompagnement sophia pour les patients diabétiques, l'importance de cet examen annuel de contrôle de la fonction rénale est aussi rappelée aux assurés.

L'hypertension artérielle est aussi un facteur de risque d'IRCT et devrait également faire l'objet d'une meilleure détection et prise en charge du risque d'insuffisance rénale chronique.

L'intensification du dépistage de l'insuffisance rénale chronique permettrait de mettre en place des mesures visant à :

- éviter la dialyse ou augmenter la durée de vie sans dialyse en ralentissant l'évolution;
- préserver le bon état général jusqu'à la dialyse surtout lorsqu'une greffe est envisagée.

De nombreuses études et méta analyses ont montré le bénéfice de la réduction de la pression artérielle sur la progression de l'insuffisance rénale. Un dépistage précoce permettrait d'améliorer la prise en charge cardio-vasculaire des patients et de leur proposer une éducation thérapeutique afin de favoriser l'observance du traitement, la limitation de l'automédication et le respect des régimes.

Une relative stabilité du nombre de greffes face à des besoins croissants

L'Agence de la biomédecine estime le nombre de malades porteurs d'un greffon rénal fonctionnel à 33 300 personnes au 31 décembre 2012. Parmi les bénéficiaires du régime général, en 2012, les patients greffés représentent 46 % du total des patients en insuffisance rénale chronique terminale.

Le nombre de greffes n'augmente que très peu, face à des besoins croissants (Tableau 7 page suivante).

13. Rapport annuel du registre Rein 2012. Ces pourcentages peuvent être sous-estimés, la nature de la maladie rénale initiale étant inconnue pour 16 % des patients à l'initiation du traitement de suppléance.

Tableau 7 – Nombre de patients en liste d'attente et de greffes rénales

Évolution 2007 - 2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MALADES RESTANT EN ATTENTE AU 1 ^{ER} JANVIER	6 162	6 490	6 881	7 594	8 459	9 064	9 835
MALADES EN ATTENTE AU 1 ^{ER} JANVIER ET EN CIT ^(a)	1 084	1 500	1 838	2 266	2 677	3 145	3 787
PART DES MALADES EN CIT PARMI LES MALADES EN ATTENTE AU 1 ^{ER} JANVIER	18 %	23 %	27 %	30 %	32 %	35 %	38 %
NOUVEAUX INSCRITS DANS L'ANNÉE	3 551	3 731	3 901	4 158	4 006	4 265	
TOTAL EN ATTENTE AU 1 ^{ER} JANVIER + NOUVEAUX INSCRITS DANS L'ANNÉE	9 713	10 221	10 782	11 752	12 465	13 329	
TOTAL EN ATTENTE AU 1 ^{ER} JANVIER + NOUVEAUX INSCRITS DANS L'ANNÉE, HORS CIT	8 604	8 728	8 924	9 474	9 758	10 157	
DÉCÉDÉS EN ATTENTE DANS L'ANNÉE	153	220	212	224	223	211	
SORTIS DE LISTE D'ATTENTE	158	183	150	177	202	239	
GREFFES	2 912	2 937	2 826	2 892	2 976	3 044	
<i>dont greffes avec donneur vivant</i>	236	222	223	283	302	357	
<i>dont greffes avec donneur décédé après arrêt cardiaque</i>	43	52	70	79	65	81	
RATIO GREFFES / TOTAL CANDIDATS À LA GREFFE HORS CIT	33,8 %	33,6 %	31,7 %	30,5 %	30,5 %	30,0 %	

(a) CIT : contre-indication temporaire

Source : Agence de la biomédecine

La France est en retard par rapport à d'autres pays sur les délais d'accès à la greffe et même sur les délais d'inscription sur les listes d'attente¹⁴, qui montrent des écarts importants selon les territoires : 85 % des patients dialysés de moins de 60 ans sont inscrits sur la liste nationale d'attente en Franche-Comté (87 % en Île-de-France), mais seulement 36 % en Paca et 37 % dans le Nord. L'accès à la greffe dépend aussi fortement du niveau d'instruction et de la catégorie socio-professionnelle.

Cette situation renvoie à des enjeux d'équité, de transparence, de communication auprès du grand public, mais aussi de formation des équipes de greffe et de leur maillage territorial (sur ce dernier plan, la DGOS a entrepris un travail avec l'Agence de la biomédecine pour améliorer ce maillage des équipes de prélèvement et de greffe).

Un des moyens d'améliorer l'accès à la greffe est de développer les greffes à partir de donneurs vivants : elles ne représentent que 13 % des greffes de rein en France, contre 38 % au Royaume-Uni, 23 % en Allemagne, 45 % en Suède et 37 % aux États-Unis.

Une forte prédominance de la dialyse en centre et un développement insuffisant de la dialyse à domicile

Le choix des patients concernant leur modalité de dialyse est aujourd'hui restreint par la prééminence de la dialyse en centre lourd, qui est parfois la seule possibilité proposée.

La dialyse à domicile en général et la dialyse péritonéale en particulier sont peu développées en France. Les modalités d'organisation et de financement des centres de dialyse n'y sont pas très favorables, et il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques pour orienter le choix des patients. Le taux de dialyse péritonéale stagne à 7 %, et l'on observe même un recul dans certaines régions pionnières (cas de la Franche-Comté qui est passée de 23 % à 19 %).

Dans les autres pays, la situation est très variable (Tableau 8 page suivante). Six d'entre eux se singularisent par un recours élevé à la dialyse à domicile : la Nouvelle-Zélande loin devant (52 %), puis l'Australie (29 %), la Suède (25 %), les Pays-Bas (21 %), le Canada (20 %) et le Royaume-Uni (19 %). L'Allemagne a le plus faible taux (6 %), la France est au voisinage de ce taux.

La majorité des pays pratiquent à la fois la dialyse péritonéale et l'hémodialyse à domicile, toutefois, la part de l'hémodialyse parmi les dialyses à domicile reste très faible, sauf en Nouvelle-Zélande et en Australie, où respectivement 27 % et 10 % des hémodialysés sont pris en charge à domicile.

14. 32 % des patients dialysés en France sont inscrits sur la liste nationale d'attente de greffe, contre 66 % en Norvège par exemple.



Tableau 8 –
Développement de la dialyse à domicile dans différents pays

PAYS	DÉVELOPPEMENT DE LA DIALYSE À DOMICILE
NOUVELLE-ZÉLANDE	52 % des dialysés sont pris en charge à domicile, dont 33 % en dialyse péritonéale et 19 % en hémodialyse. L'hémodialyse à domicile représente 27 % des hémodialyses totales (2011).
AUSTRALIE	29 % des patients dialysés sont pris en charge à domicile, dont 21 % en dialyse péritonéale et 8 % en hémodialyse. Les patients hémodialysés à domicile représentent 10 % de l'ensemble des hémodialysés. 70 % des hémodialysés à domicile bénéficient d'une dialyse nocturne (2011).
SUÈDE	25 % des patients dialysés sont pris en charge à domicile, dont 22 % en dialyse péritonéale et 3 % en hémodialyse, et 75 % sont en hémodialyse en centre (2010).
PAYS-BAS	21 % des patients dialysés sont pris en charge à domicile, dont 18 % en dialyse péritonéale et 3 % en auto-hémodialyse (2010).
CANADA	En moyenne, 20 % des dialysés canadiens sont en dialyse à domicile, dont 19 % en dialyse péritonéale et 1 % en auto-hémodialyse. Selon la province, le taux de dialyse à domicile varie entre 12 et 32 % (2010).
ROYAUME-UNI	19 % des patients dialysés sont dialysés à domicile, dont 14,2 % en auto-dialyse péritonéale, 1,3 % en dialyse péritonéale assistée et 3,5 % en hémodialyse (2011).
BELGIQUE	10 % des dialysés sont pris en charge à domicile, 66 % en hémodialyse en centre médicalisé hospitalier et 24 % en centre satellite (2009).
ITALIE	10 % des dialysés sont en dialyse péritonéale, 90 % en hémodialyse en centre (2010).
AUTRICHE	9 % des patients sont en dialyse péritonéale, 91 % en hémodialyse en centre (2010). <i>L'hémodialyse à domicile n'ayant commencé qu'en 2011, il n'y a pas encore de relevés statistiques disponibles à ce sujet.</i>
ÉTATS-UNIS	10 % des dialysés sont pris en charge à domicile, dont 9 % en dialyse péritonéale et 1 % en auto-hémodialyse (2010).
PORTEUGAL	7 % des patients sont en dialyse péritonéale à domicile, 93 % en hémodialyse en centre (2011).
ALLEMAGNE	6 % des patients sont dialysés à domicile, dont 5 % en dialyse péritonéale et 1 % en hémodialyse (2011).

Sources : Allemagne : rapport qualité de la dialyse 2010 ; Angleterre, Italie, Portugal, Suède : ministères de la Santé ; Australie et Nouvelle-Zélande : système d'information sur la dialyse « ANZDATA » ; Autriche : rapport du Fonds hospitalier de la Styrie, données Autriche entière ; Belgique : KCE ; Canada : plan dialyse Colombie-Britannique ; États-Unis : rapport au Congrès, mars 2011

Les facteurs explicatifs de ces situations hétérogènes sont divers. Dans certains pays de faible densité démographique (pays nordiques, Australie), la dialyse à domicile peut constituer une solution privilégiée du fait des grandes distances entre le domicile et le centre le plus proche. D'autres (Royaume-Uni, Canada) connaissent un déficit en places d'hémodialyse en centre. Mais le développement de la dialyse à domicile correspond aussi à une politique volontariste : les pays aux fort taux de recours ont mis en place une organisation spécifique, en termes de structures et d'équipes dédiées, voire une planification propre, et des dispositifs de support et d'accompagnement.

Dans certains pays, la dialyse à domicile s'inscrit dans une organisation des soins graduée : au Royaume-Uni, en Australie, au Canada, en Italie, en Nouvelle-Zélande, en Suède, il est recommandé que les patients stables et indépendants soient pris en charge à domicile, les patients relativement autonomes dans un centre ambulatoire autonome ou un centre satellite du centre principal gérés par des paramédicaux, et les cas complexes (comorbidité, dépendance) nécessitant une surveillance médicale continue en centre hospitalier spécialisé. Ces pays ont développé des référentiels pour guider le choix entre hémodialyse et dialyse

péritonéale. La Nouvelle-Zélande est le seul pays à mettre en œuvre une politique stricte de dialyse péritonéale en première intention.

En revanche, dans les pays où, comme en France, la dialyse en centre est plus avantageuse sur le plan financier pour les offreurs de soins (Belgique, États-Unis), la dialyse à domicile a du mal à se développer.

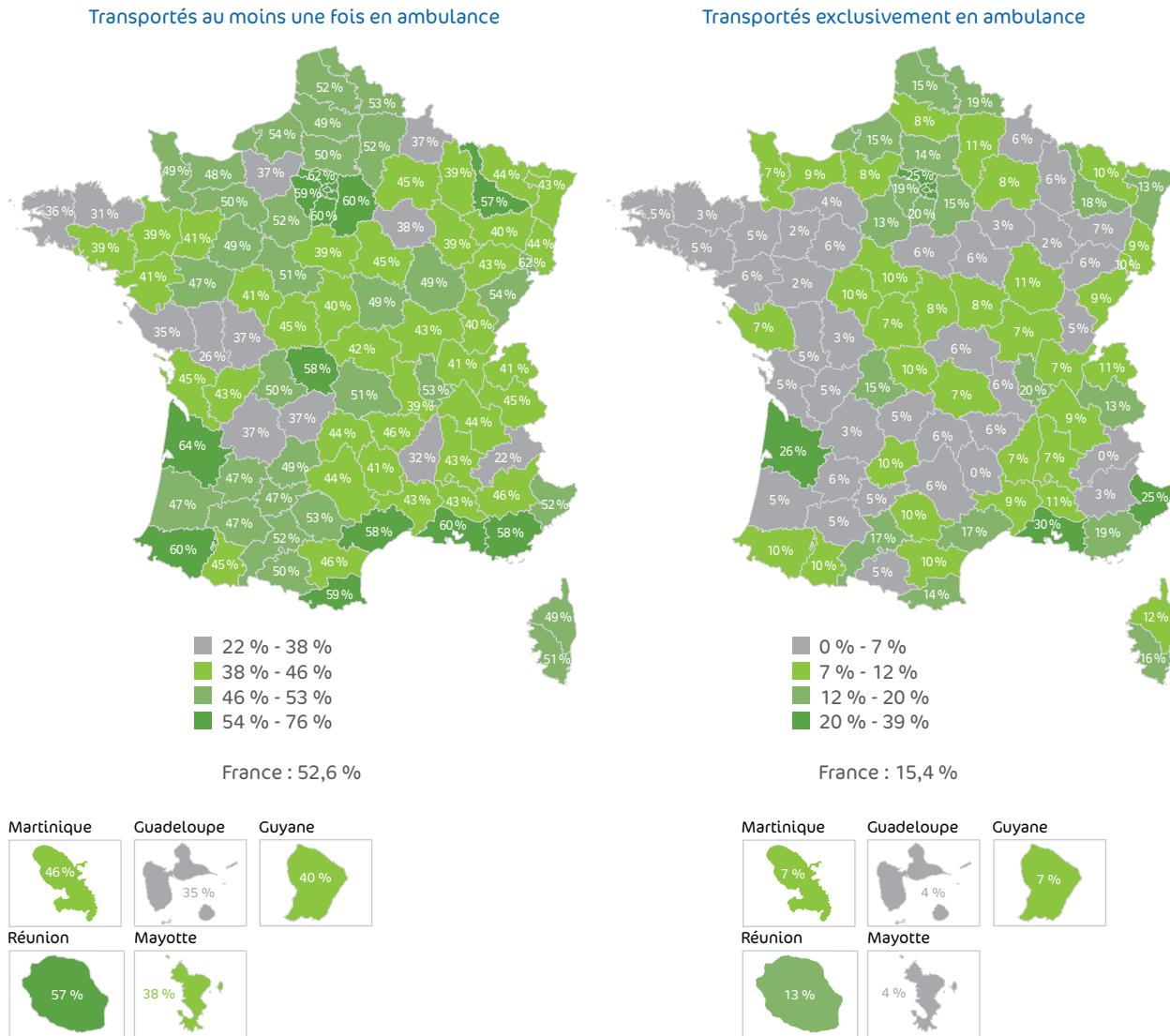
Ces comparaisons internationales montrent qu'il est possible de développer la prise en charge hors centre et notamment à domicile, aujourd'hui en dialyse péritonéale et de façon plus marginale en hémodialyse. Cette évolution est nécessaire pour répondre à la demande des patients de plus d'autonomie : les États généraux du rein, organisés en juin 2013, ont pointé « l'absence de libre choix » du patient, mal informé et dépendant du « pouvoir discrétionnaire du médecin », et dénoncé les iniquités dans l'accès à la dialyse péritonéale et aux techniques autonomes, qui ressortent comme une attente forte avec la greffe. Le développement de l'hémodialyse à domicile devrait par ailleurs être favorisé par l'évolution des technologies et l'arrivée sur le marché, à partir de 2014/2015, d'appareils plus petits. L'enjeu est donc d'accompagner et d'anticiper ces évolutions en levant les freins qui apparaissent aujourd'hui au développement de la dialyse hors centre.

Le coût des différentes modalités de dialyse est par ailleurs très variable : le prix d'une séance d'hémodialyse en centre est de 340 à 380 euros, celui d'une séance en autodialyse ou UDM de 200 à 250 euros, celui d'une semaine de dialyse péritonéale est de 550 à 700 euros. L'écart de coût annuel est de 13 300 euros entre un patient en hémodialyse en centre et en dialyse péritonéale.

La rémunération de la dialyse en centre est supérieure à son coût de revient selon les données de l'Atih, quel que soit le statut de l'établissement. C'est un des freins au développement d'alternatives à ce mode de dialyse. Le décret d'application de l'article 43 de la LFSS 2014, qui permet d'expérimenter un parcours de soins des patients en dialyse, est en cours d'élaboration.

Figure 19 –
Part des patients dialysés transportés en ambulance

En 2012



Des dépenses de transport qui peuvent être optimisées

Le précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie, en juin 2013, a mis en évidence que si les malades dialysés ont besoin d'être transportés, en revanche la variabilité que l'on constate entre zones géographiques concernant l'utilisation des différents modes de transport (ambulance, véhicule sanitaire léger – VSL –, taxi) n'a pas de justification médicale et renvoie à des logiques d'optimisation de leur offre par les transporteurs. Rappelons que 30 % des patients dialysés dans les Bouches-du-Rhône circulent exclusivement en ambulance, 37 % à Paris, 39 % dans le Val-de-Marne, alors qu'à l'inverse ils sont moins de 5 % dans 17 départements, et aucun en Lozère ou dans les Hautes-Alpes (Figure 19).



Les coûts de transport sont aussi fonction de l'implantation des postes de dialyse et des distances à parcourir qu'elle implique pour les patients. Il est parfois possible de réduire ces distances, même dans des zones géographiques de faible densité : ainsi, en 2010, le coût moyen par patient hémodialysé était de plus de 24 000 euros dans la Creuse, et l'analyse de la caisse primaire d'assurance maladie a montré que ce montant très élevé s'expliquait par l'éloignement des postes de dialyse. Ceci a conduit à une réflexion avec l'agence régionale de santé (ARS) du Limousin sur l'implantation de postes d'unité de dialyse médicalisée à Guéret.

Un plan d'action à redynamiser

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique est une des priorités de la gestion du risque des ARS depuis 2010, autour de trois orientations majeures qui sont celles qui viennent d'être évoquées : le dépistage et la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale, le développement de la greffe rénale et l'optimisation de la prise en charge de la dialyse avec le développement de la dialyse péritonéale.

Les actions doivent être non seulement poursuivies, mais également renforcées, si l'on veut produire des changements conséquents dans la qualité de la prise en charge des patients et la maîtrise des coûts. Il est possible en effet dans ce domaine de conjuguer les deux, en offrant la possibilité de modalités plus légères que la dialyse en centre pour les patients qui le peuvent et le souhaitent et en améliorant l'accès à la greffe.

Plusieurs freins persistent toujours à la mise en œuvre de ces actions, pour développer l'accès à la greffe, mais aussi la dialyse à domicile : le niveau de rémunération de la dialyse en centre n'incite pas au développement des modalités alternatives de dialyse ; la gestion des autorisations et les freins réglementaires rendent le système peu souple.

Les demandes des patients (Etats généraux du rein organisés par l'association Renaloo en juin 2013) et les évolutions des techniques (hémodialyse à domicile) constituent pourtant des opportunités pour faire évoluer la prise en charge en France.

2.3 Les opérations de chirurgie orthopédique

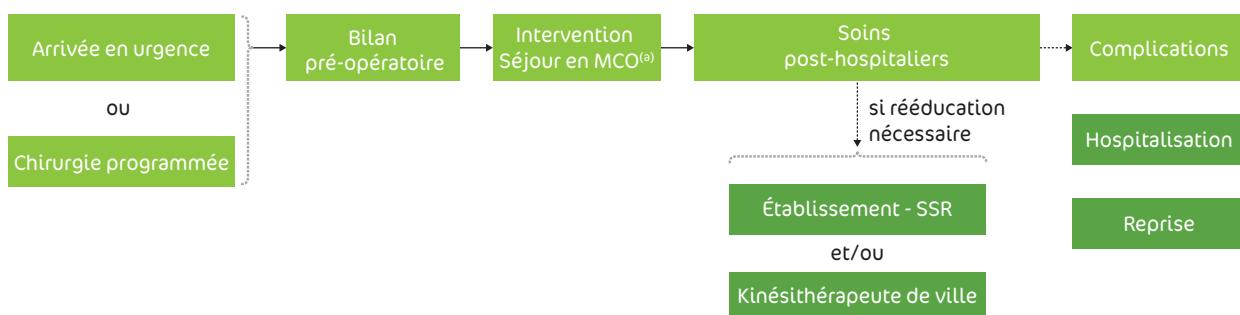
La répartition des dépenses par pathologie, détaillée au Chapitre 1, montre la part importante dans la dépense totale, des hospitalisations dites « ponctuelles », c'est-à-dire des épisodes hospitaliers qui ne sont en rapport avec aucune des pathologies chroniques identifiées. Parmi ceux-ci, la chirurgie orthopédique (catégorie majeure de diagnostic « Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif ») est le premier poste en dépenses (25 % de la dépense totale d'hospitalisation de court séjour relative à ces séjours ponctuels).

Les coûts d'hospitalisation représentent à eux seuls 7 milliards d'euros, dont 5,2 milliards d'euros pour les séjours en chirurgie

et 1,8 milliard d'euros pour les soins de suite et de réadaptation (SSR)¹⁵, pour 1,8 million d'opérations chirurgicales. Pour les deux interventions majeures que sont les prothèses de genou et de hanche, le coût total (incluant également les soins de ville, les médicaments et les arrêts de travail) a été estimé à 2,3 milliards d'euros¹⁶.

Ces deux interventions ont fait l'objet d'une analyse détaillée dans les deux précédents rapports de propositions de l'Assurance Maladie. L'analyse qui suit complète ces premières approches par une vision plus large de l'ensemble de l'activité d'orthopédie et des épisodes de soins correspondants (Figure 20) :

Figure 20 –
Schéma des épisodes de soins pour la chirurgie orthopédique



(a) MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Source : Cnamts

15. Coûts évalués à partir des points IVA.

16. Coûts estimés dans les deux précédents rapports de propositions de l'Assurance Maladie, pour les années 2010 et 2011 respectivement.

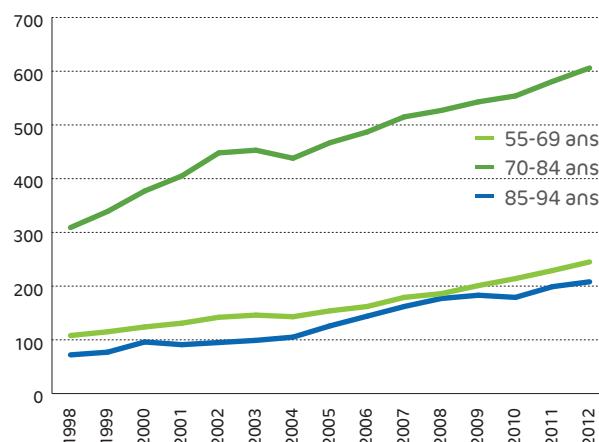
Une activité qui s'accroît à la fois du fait du vieillissement et de la diffusion des interventions

L'activité de chirurgie fonctionnelle se développe en raison de la croissance et du vieillissement de la population française, mais surtout parce que ces techniques se diffusent, notamment aux âges élevés, du fait de l'allégement des techniques opératoires et des progrès de l'anesthésie.

Les exemples des prothèses de genou et de hanche illustrent bien cette dynamique. Sur les quinze dernières années (de 1998 à 2012), le nombre de prothèses de genou a été multiplié par 2,7, soit une **croissance du nombre d'opérations de plus de 7 % par an**. L'augmentation de la population et son vieillissement expliquent une très faible part (0,6 point) de cette croissance annuelle, l'essentiel venant du fait qu'à âge identique, on opère beaucoup plus qu'il y a quinze ans, avec notamment une progression très rapide chez les plus de 85 ans (multiplication par trois du taux d'interventions - Figure 21).

Figure 21 –
Évolution des taux de prothèses de genou pour 100 000 personnes selon la tranche d'âge

1998 - 2012

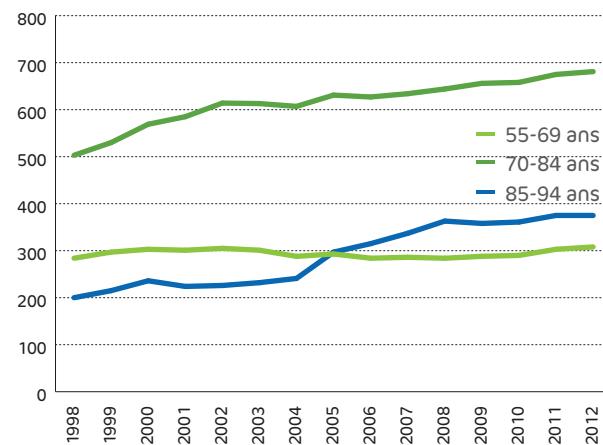


Sources : Atih (PMSI MCO) et Insee, traitements Cnamts

Pour la pose de prothèse de hanche, intervention plus fréquente, plus ancienne et aujourd'hui banalisée, l'augmentation du nombre de séjours est moins rapide (+60 % entre 1998 et 2012, soit +3,3 % par an), mais là encore, la croissance vient à 80 % de l'augmentation du recours à cette chirurgie, en particulier chez les personnes les plus âgées : le taux d'intervention a augmenté de 8 % pour les 55-69 ans, de 35 % pour les 70-84 ans et de près de 90 % pour les 85-94 ans (Figure 22).

Figure 22 –
Évolution des taux de prothèses de hanche pour 100 000 personnes selon la tranche d'âge

1998 - 2012



Sources : Atih (PMSI MCO) et Insee, traitements Cnamts

Même si le rythme d'élargissement des indications se ralentit dans l'avenir, une croissance de l'activité est à prévoir sur ces deux interventions et plus largement sur l'ensemble du champ de l'orthopédie. L'enjeu est de pouvoir assurer cette croissance dans le cadre d'une progression financière globalement limitée sur les trois ans à venir.

1,8 million d'opérations par an réalisées dans près de 900 établissements

Au total, 1,8 million d'interventions de chirurgie orthopédique ont été réalisées en 2012 dans 868 établissements. La chirurgie prothétique de la hanche et du genou représente à elle seule 38 % des journées d'hospitalisation, pour 14 % des séjours (Tableau 9 page suivante).

Le niveau d'activité des établissements est variable. 93 établissements (11 %) ont réalisé en 2012 moins de 500 interventions dans l'année, soit moins de dix par semaine. Ils sont notamment positionnés sur la famille d'interventions « chirurgie de la peau et des tissus mous ». Ils réalisent peu de séjours en traumatologie (15,7 % de leurs séjours, contre 27 % pour l'ensemble), sauf pour quelques-uns (9 établissements réalisent plus de 50 % de leur activité en traumatologie).

Près d'un tiers des établissements ont réalisé moins de 1 000 interventions (Figure 23 page 33).



Tableau 9 –
Chirurgie orthopédique : nombre de séjours et durée moyenne de séjour

Par famille d'actes, en 2012

FAMILLE D'INTERVENTIONS	NOMBRE DE SÉJOURS	DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (en jours)	EN POURCENTAGE DES SÉJOURS	EN POURCENTAGE DES JOURNÉES
ACTE SUR LES ARTICULATIONS MÉTATARSO-PHALANGIENNES (hallux valgus, orteils en griffe...)	79 293	2,2	4 %	3 %
CHIRURGIE DE L'ÉPAULE NON OSSEUSE OU TRAUMATIQUE	100 562	3,3	6 %	5 %
CHIRURGIE DU CANAL CARPIEN	120 273	0,1	7 %	0 %
CHIRURGIE DU POIGNET ET DE LA MAIN NON OSSEUSE OU TRAUMATIQUE	193 242	0,4	11 %	1 %
CHIRURGIE DU POIGNET ET DE LA MAIN TRAUMATIQUE (OSSEUSE OU NON)	43 269	0,7	2 %	0 %
CHIRURGIE DU RACHIS	92 420	5,9	5 %	9 %
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE DE LA HANCHE	149 866	9,7	8 %	24 %
<i>dont hors traumatologie</i>	115 778	9,1	6 %	18 %
<i>dont traumatologie</i>	34 088	12,0	2 %	7 %
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE DU GENOU	91 873	9,1	5 %	14 %
CHIRURGIE TISSULAIRE OU SANS LOCALISATION	173 989	1,4	10 %	4 %
MÉNISCECTOMIE / NETTOYAGE DU GENOU / SUTURE OU RECONSTRUCTION DES LIGAMENTS CROISÉS	182 740	1,4	10 %	4 %
RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE ET OSTÉOSYNTHÈSE DE FRACTURE ET/OU DE LUXATION TRAUMATIQUE DE MEMBRE	382 347	3,8	21 %	24 %
AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR LE PIED	55 480	2,5	3 %	2 %
AUTRES INTERVENTIONS SUR LE MEMBRE SUPÉRIEUR	55 229	1,6	3 %	1 %
AUTRES INTERVENTIONS SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR	67 842	5,0	4 %	6 %
TÊTE	1 316	0,7	0 %	0 %
TOTAL	1 789 741	3,3	100 %	100 %

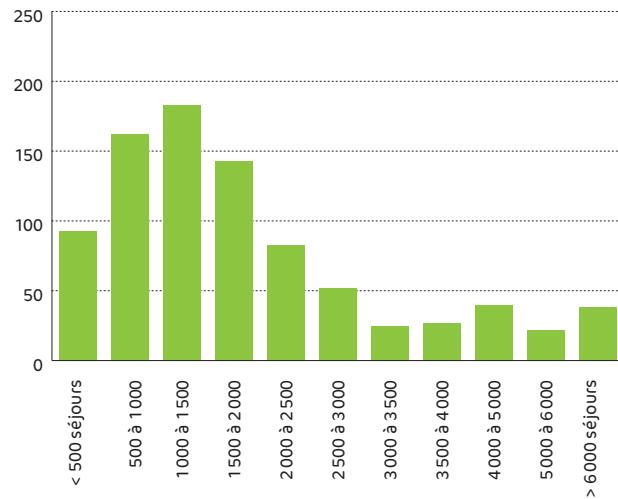
Remarque : dans le tableau ci-dessous, chaque famille d'actes regroupe un ensemble d'actes et de groupes homogènes de séjour (GHS). Par exemple, la famille « chirurgie prothétique de la hanche » hors traumatologie comprend les prothèses de hanche, mais aussi les reprises, les interventions multiples, les interventions pour infections ostéo-articulaires, ...

Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

Figure 23 –

Répartition du nombre d'établissements selon le nombre d'interventions d'orthopédie réalisées

En 2012



Champ : établissements ayant réalisé au moins 52 séjours d'orthopédie en 2012, tous régimes - France entière
Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts

Des durées de séjour en chirurgie hétérogènes

Les durées de séjour les plus longues s'observent pour la famille des interventions de chirurgie prothétique de la hanche (9,7 jours en moyenne, dont 12,0 pour la traumatologie et 9,1 hors traumatologie) et du genou (9,1 jours). Si l'on se limite aux groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents de la famille qui sont les poses de prothèses de niveau 1 à 3 (hors traumatologie), les durées moyennes de séjour (DMS) sont respectivement de 8,4 jours et 8,8 jours.

Cette moyenne recouvre cependant des situations très hétérogènes selon les établissements. Ainsi, pour la chirurgie prothétique de la hanche (hors traumatologie) :

- si l'on ne considère que les établissements réalisant plus de 50 interventions dans l'année (soit 562 sur un total de 789 établissements ayant réalisé au moins une intervention en 2012),
- et en tenant compte de la structure d'âge de la patientèle.

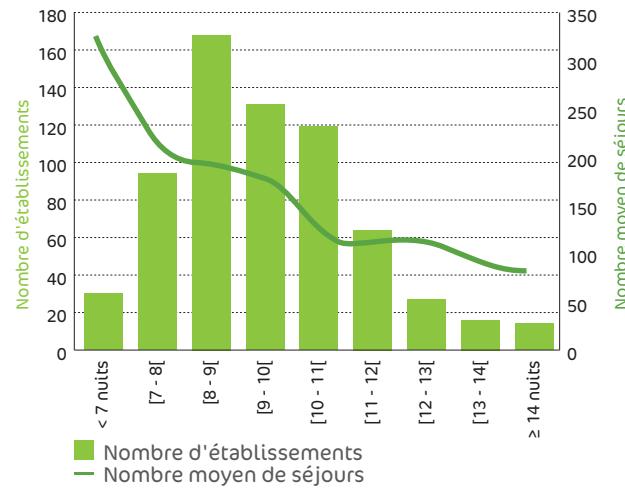
On observe que près de 20 % des établissements ont des DMS inférieures à 8 jours, tandis qu'une proportion équivalente est au-delà de 11 jours (Figure 24). On note que les établissements qui ont des durées de séjour longues ont en moyenne un volume d'activité plus faible.

On observe de la même manière une forte dispersion des DMS sur la chirurgie prothétique du genou et un lien avec le volume d'activité moyen (Figure 25). On voit aujourd'hui certains établissements commencer à réaliser des prothèses de hanche en ambulatoire. Même s'il s'agit d'une pratique émergente, cela montre qu'il y a des marges pour réduire une durée de séjour qui s'établit aujourd'hui en moyenne à 8,4 jours, avec une forte dispersion.

Figure 24 –

Répartition du nombre d'établissements selon la durée moyenne de séjour (DMS) pour la chirurgie prothétique de la hanche en 2012

Hors traumatologie - Après standardisation sur l'âge de la patientèle



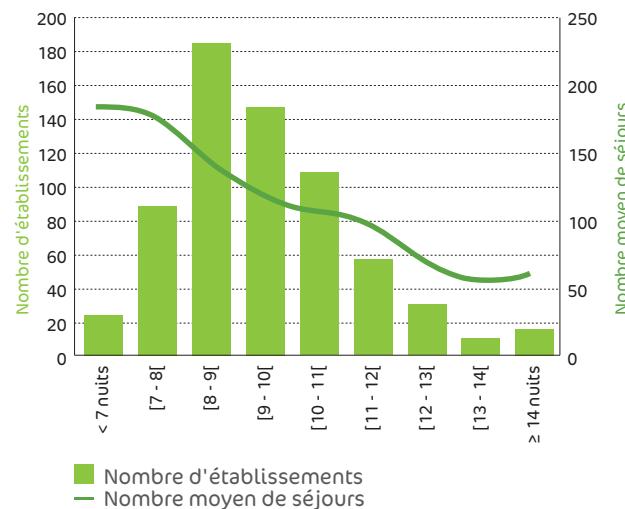
Champ : tous régimes - France entière

Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts

Figure 25 –

Répartition du nombre d'établissements selon la durée moyenne de séjour pour la chirurgie prothétique du genou en 2012

Hors traumatologie - Après standardisation sur l'âge de la patientèle



Champ : tous régimes - France entière

Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts



Des taux de complications variables selon le niveau d'activité et la spécialisation de l'établissement

Un certain nombre de complications peuvent survenir à la suite d'une intervention de chirurgie orthopédique, telles que :

- allergie, choc ou complications cardiaques;
- hématome (hémarthrose...), hémorragie;
- luxation et complications mécaniques;
- lésion nerveuse, tendineuse, vasculaire, ou autre péri-articulaire;
- infection;
- phlébite, embolie;
- désunion de la cicatrice, ...

Si la totalité des complications n'est pas identifiable dans les bases de données disponibles (Sniiram et PMSI), il est possible d'en repérer un certain nombre, soit à partir des diagnostics posés en cours d'hospitalisation (au cours du séjour initial ou d'une réhospitalisation ultérieure), soit à partir d'actes marqueurs.

Cette analyse a été menée pour les actes principaux que

sont les prothèses de hanche et de genou, en excluant les interventions de traumatologie. Des complications relevant de cinq grandes catégories ont pu être identifiées, au cours du séjour ou lors de séjours ayant eu lieu dans les trois mois suivant l'intervention :

- infection;
- thrombophlébite et embolie;
- autre complication générale dont cardio-vasculaire et perte de sang;
- complication de prothèses;
- autres complications sur zone d'intervention en dehors de l'infection.

Les décès ont été pris en compte séparément.

L'analyse a porté sur 360 000 séjours pour prothèse de hanche ou de genou (hors traumatologie) ayant eu lieu sur la période de juin 2010 à juin 2012 dans 793 établissements¹⁷ (soit en moyenne 462 prothèses de genou/hanche par établissement).

Le taux de complications ainsi qu'il est décrit ci-dessus ressort sur l'ensemble des établissements à 10,4 % (Tableau 10).

Tableau 10 –

Prothèses de hanche et de genou : nombre et taux de complications pendant l'hospitalisation initiale et ultérieurement

	AU MOINS UNE COMPLICATION LORS DE L'HOSPITALISATION INITIALE	AU MOINS UNE COMPLICATION LORS DE LA RÉHOSPITALISATION	AU MOINS UNE COMPLICATION (initiale + réhospitalisation)
NOMBRE DE SÉJOURS	25 365	14 946	38 209
TAUX (rapporté à 367 066 séjours)	6,9 %	4,0 %	10,4 %

Champ : tous régimes - France entière

Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

Des publications nord-américaines ayant montré l'existence d'un gradient du taux de complications en fonction à la fois du volume d'activité des établissements et de la spécialisation (les établissements les plus spécialisés et/ou réalisant le plus d'actes ayant des complications moins fréquentes)¹⁸, la même analyse a été menée sur les données françaises.

Les établissements ont été classés en quatre catégories selon leur volume d'activité (moins de 100 interventions, de 100 à 250, de 250 à 750 et plus de 750) et en trois catégories selon la part que représentent les prothèses de hanche et de genou dans l'ensemble de l'activité de chirurgie orthopédique (Figure 26 et Tableau 11 page suivante).

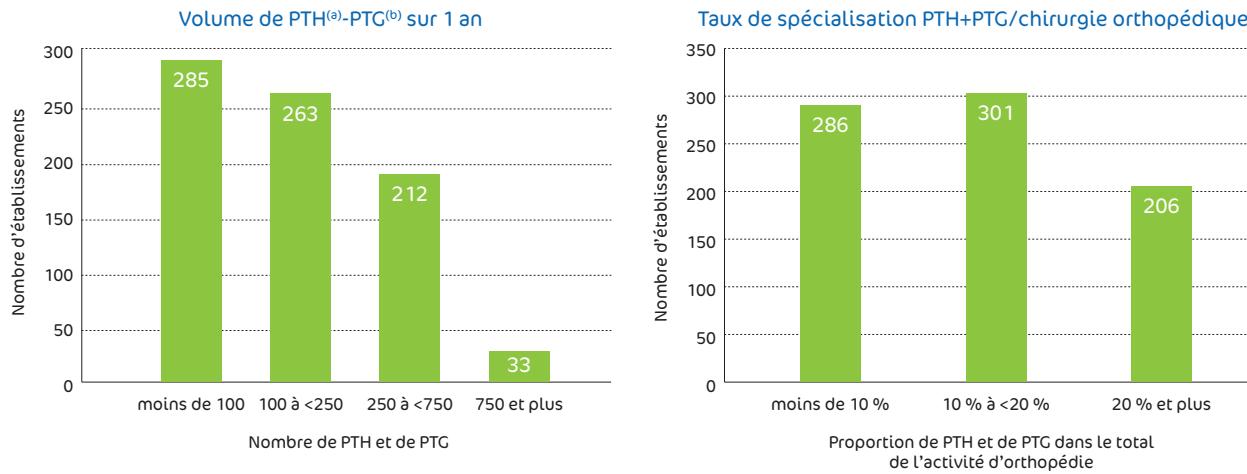
17. L'analyse initiale avait repéré 812 établissements avec une activité PTH-PTG sur la période, mais l'étude ne porte que sur 793 établissements.

Les établissements qui ont fusionné ont été conservés mais non les établissements qui disparaissaient en cours d'étude. Par ailleurs, l'AP-HP n'est pas incluse dans l'étude, et il s'agit des établissements au sens juridique (les HCL et l'AP-HM sont donc comptabilisés chacun comme un seul établissement).

18. Hagen et Coll, Relation between hospital orthopaedic specialisation and outcomes in patients aged 65 and older : retrospective analysis of US Medicare data, BMJ, 2010.

Figure 26 —

Prothèses de hanche et de genou : répartition des établissements en fonction du volume d'activité et de la spécialisation



(a) PTH : prothèse de hanche
(b) PTG : prothèse de genou

Champ : 793 établissements sur la période de juin 2011 à juin 2012, tous régimes - France entière
Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

Tableau 11 —

Prothèses de hanche et de genou : répartition du nombre d'établissements et de séjours en fonction du volume d'activité et de spécialisation

NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALISATION (part activité hanche – genou)			Total
	<10 %	10 % à <20 %	20 % et plus	
FAIBLE ACTIVITÉ <100 INTERVENTIONS	206	63	16	285
MOYENNE ACTIVITÉ 100 à <250	53	154	56	263
FORTE ACTIVITÉ 250 à <750	26	72	114	212
TRÈS FORTE ACTIVITÉ 750 ET PLUS	1	12	20	33
TOTAL	286	301	206	793

NOMBRE DE SÉJOURS POUR POSE DE PROTHÈSE DE HANCHE OU DE GENOU ^(a)	SPÉCIALISATION (part activité hanche – genou)			Total
	<10 %	10 % à <20 %	20 % et plus	
FAIBLE ACTIVITÉ <100 INTERVENTIONS	17492	8210	1953	27 655
MOYENNE ACTIVITÉ 100 à <250	17003	51950	21419	90 372
FORTE ACTIVITÉ 250 à <750	20465	60611	93299	174 375
TRÈS FORTE ACTIVITÉ 750 ET PLUS	1732	23700	40947	66 379
TOTAL	56 692	144 471	157 618	358 781

(a) Tous établissements hors AP-HP

Remarque : la catégorie croisant forte activité et faible spécialisation ne comprend qu'un seul établissement qui est un CHU. Le résultat concernant cette sous-catégorie est donc à interpréter avec prudence.

Champ : tous régimes - France entière
Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts



L'analyse en fonction du volume d'activité montre effectivement que le taux de complications a tendance à décroître (de 11,5 % à 9,5 %) quand l'activité augmente, la corrélation étant nette surtout pour les réhospitalisations (Tableau 12).

La même observation vaut pour la spécialisation : plus la part de prothèses de hanche et de genou est importante dans l'activité, moins la fréquence des complications est élevée (de 12,1 % à 9,5 %), à la fois pendant le séjour et en cas de réhospitalisation (Tableau 13).

Au total, lorsque l'on croise volume et spécialisation, le taux de complications varie de 8,5 % pour les établissements à fort volume et forte spécialisation à 12,6 % pour les établissements à faible activité et forte spécialisation (Tableau 14 page suivante). Toutefois, le gradient ne s'observe pas systématiquement dans chaque catégorie. Notamment la sous-catégorie « très forte activité/faible spécialisation » ne comprend qu'un seul établissement qui est un CHU. Le résultat correspondant à cette sous-catégorie est donc à prendre avec prudence.

Tableau 12 –

Prothèses de hanche et de genou : taux de complications en fonction du volume d'activité

	AU MOINS UNE COMPLICATION LORS DE L'HOSPITALISATION INITIALE	AU MOINS UNE COMPLICATION LORS DE LA RÉHOSPITALISATION	AU MOINS UNE COMPLICATION (initiale ou réhospitalisation)
FAIBLE ACTIVITÉ <100 INTerventions	1904 (6,9 %)	1467 (5,3 %)	3 193 (11,5 %)
MOYENNE ACTIVITÉ 100 à <250	6 719 (7,4 %)	4 048 (4,5 %)	10 200 (11,3 %)
FORTE ACTIVITÉ 250 à <750	12 017 (6,9 %)	6 642 (3,8 %)	17 692 (10,1 %)
TRÈS FORTE ACTIVITÉ 750 ET PLUS	4 286 (6,5 %)	2 359 (3,6 %)	6 313 (9,5 %)
TOTAL	24 926 (6,9 %)	14 516 (4,0 %)	37 398 (10,4 %)

Champ : hors AP-HP, tous régimes - France entière

Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

Tableau 13 –

Prothèses de hanche et de genou : taux de complications en fonction de la spécialisation

	AU MOINS UNE COMPLICATION LORS DE L'HOSPITALISATION INITIALE	AU MOINS UNE COMPLICATION LORS DE LA RÉHOSPITALISATION	AU MOINS UNE COMPLICATION (initiale ou réhospitalisation)
<10 % (N = 56 692)	4 349 (7,7 %)	2 907 (5,1 %)	6 835 (12,1 %)
10 % à <20 % (N = 144 471)	10 564 (7,3 %)	5 869 (4,1 %)	15 591 (10,8 %)
20 % et plus (N = 157 618)	10 013 (6,4 %)	5 740 (3,6 %)	14 972 (9,5 %)
TOTAL	24 926 (6,9 %)	14 516 (4,0 %)	37 398 (10,4 %)

Champ : hors AP-HP, tous régimes - France entière

Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

Tableau 14 –

Prothèses de hanche et de genou : taux de complications en fonction du volume d’activité et de la spécialisation

NOMBRE D’ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALISATION (part activité hanche - genou)			
	<10 %	10 % à <20 %	20 % et plus	Total
FAIBLE ACTIVITÉ <100 INTERVENTIONS	2070 (11,8 %)	877 (10,7 %)	246 (12,6 %)	3 193 (11,5 %)
MOYENNE ACTIVITÉ 100 à <250	2 009 (11,8 %)	5 630 (10,8 %)	2 561 (12,0 %)	10 200 (11,3 %)
FORTE ACTIVITÉ 250 à <750	2 598 (12,7 %)	6 407 (10,6 %)	8 687 (9,3 %)	17 692 (10,1 %)
TRÈS FORTE ACTIVITÉ 750 ET PLUS	158 (9,1 %)	2 677 (11,3 %)	3 478 (8,5 %)	6 313 (9,5 %)
TOTAL	6 835 (12,1 %)	15 591 (10,8 %)	14 972 (9,5 %)	37 398 (10,4 %)

Champ : hors AP-HP, tous régimes - France entière

Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

Pour vérifier que ces écarts ne résultent pas de différences dans la patientèle accueillie, un modèle statistique a été réalisé en ajustant les caractéristiques de cette patientèle en termes de structure démographique (âge et sexe) et de comorbidité¹⁹. Les résultats confirment le sens des corrélations ci-dessus :

- un établissement qui réalise moins de 250 interventions par an a une probabilité de complication supérieure de 19 % à un établissement qui réalise plus de 750 interventions par an (à patientèle comparable);
- un établissement faiblement spécialisé a une probabilité de complication supérieure de 28 % à un établissement très spécialisé (à patientèle comparable);
- si l’on croise les deux critères, un établissement ayant un volume d’activité faible et peu spécialisé a une probabilité de complication supérieure de 37 % à un établissement important et très spécialisé²⁰.

Au total, il semble donc bien exister un gradient de qualité (au sens de la probabilité de survenue d’une complication), d’une part, en fonction du volume d’activité, d’autre part, en fonction du degré de spécialisation de l’établissement. Évidemment, il convient d’être prudent dans l’interprétation de ces chiffres : d’une part, il s’agit d’une corrélation et non d’une causalité, et, d’autre part, si les résultats sont nets lorsque l’on analyse séparément chacune de ces deux dimensions, ils le sont moins quand on les croise. Notons également au passage que les écarts apparaissent plus limités que dans l’étude nord-américaine, ce qui suggère que la qualité est plus homogène dans notre pays.

Une activité par chirurgien orthopédiste variable et croissante avec le volume global d’interventions

En pondérant chaque acte chirurgical réalisé par sa cotation CCAM (classification commune des actes médicaux) en nombre de points travail, on obtient une quantification de l’activité tenant compte de la lourdeur et de la durée des actes.

Ce nombre de points travail a été calculé pour chaque établissement et rapporté au nombre de chirurgiens orthopédistes équivalents temps plein en activité dans cet établissement, tels que déclarés dans l’enquête sur la statistique annuelle des établissements (SAE²¹) (Figure 27 page suivante).

Les résultats sont à prendre avec précaution, car les données de la SAE souffrent de certaines inexactitudes (qui ont conduit d’ailleurs à enlever certaines valeurs extrêmes). Ils montrent néanmoins que la production par chirurgien est plus faible dans établissements qui ont peu d’activité.

19. L’indicateur de comorbidité est l’indice de Charlson, scores utilisés dans de nombreuses études cliniques

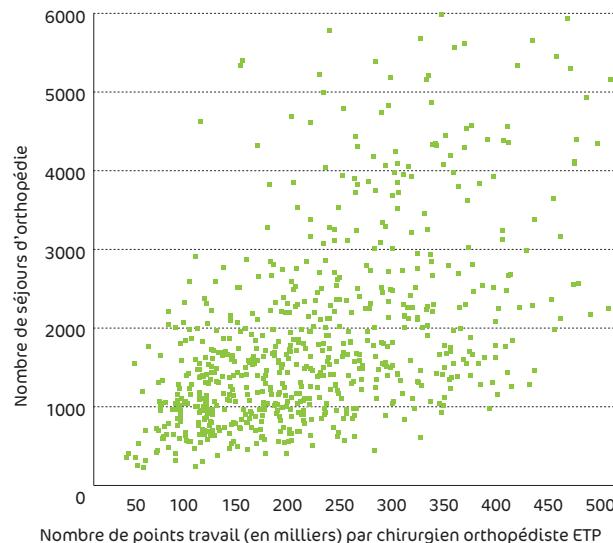
20. Toutefois, comme cela a été indiqué plus haut, le gradient ne s’observe pas systématiquement dans toutes les classes de volume et de spécialisation.

21. La statistique annuelle des établissements fournit des effectifs et un nombre d’équivalents temps plein (ETP) par spécialité (dont la chirurgie orthopédique) pour les établissements publics ; les praticiens hospitalo-universitaires sont comptabilisé pour 0,5 ETP et les internes n’ont pas été pris en compte. Dans les établissements privés, on dispose uniquement dans la SAE des effectifs par spécialité avec la mention temps plein / temps partiel. On a considéré 1 ETP pour les chirurgiens orthopédistes exerçant à temps plein dans un seul établissement, 0,5 ETP pour ceux à temps partiel dans un seul établissement et 0,5 ETP pour ceux qui interviennent dans 2 établissements (15 % des chirurgiens orthopédistes libéraux).

**Figure 27 –**

Nombre de points travail par chirurgien orthopédiste équivalent temps plein (ETP) en 2012

En milliers



Champ : établissements ayant réalisé au moins 52 séjours d'orthopédie en 2012 et ayant 1 ETP de chirurgien orthopédiste, tous régimes - France entière

Sources : Atih (PMSI 2012) pour les points travail et Drees (SAE 2012) pour les effectifs, traitements Cnamts

Des pratiques d'adressage en SSR très variables

Sur les 1,8 million de séjours d'orthopédie, 246 700, soit 14 %, donnent lieu ensuite à un séjour en service ou établissement de soins de suite et de réadaptation (Tableau 15 page suivante). Ces séjours sont réalisés dans 1 592 établissements et représentent 20 % de l'activité totale de SSR.

Les prothèses de hanche et de genou représentent plus de la moitié (52 %) de ces séjours : 46 % des patients ont une rééducation en établissement après une prothèse de hanche, 64 % après une prothèse de genou, pour des durées respectives de 29 et 26 jours en moyenne.

22 % des séjours sont consécutifs à une réduction orthopédique et ostéosynthèse de fracture et/ou de luxation traumatique de membre. 15 % des patients opérés sont ensuite adressés en SSR où ils séjournent en moyenne 46 jours.

Tableau 15 –

Taux d'adressage en SSR et durée moyenne de séjour par famille d'interventions

FAMILLE D'INTERVENTIONS	NOMBRE DE SÉJOURS CHIRURGIE	TAUX D'ADRESSAGE EN SSR	NOMBRE DE SÉJOURS EN SSR	DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SSR	% DES SÉJOURS EN SSR	% DES JOURNÉES EN SSR
ACTE SUR LES ARTICULATIONS MÉTATARSO-PHALANGIENNES (hallux valgus, orteils en griffe...)	79 293	2,0 %	1 606	25,6	1 %	1 %
CHIRURGIE DE L'ÉPAULE NON OSSEUSE OU TRAUMATIQUE	100 562	15,4 %	15 467	34,7	6 %	7 %
CHIRURGIE DU CANAL CARPIEN	120 273	0,7 %	782	21,0	0 %	0 %
CHIRURGIE DU POIGNET ET DE LA MAIN NON OSSEUSE OU TRAUMATIQUE	193 242	0,8 %	1 501	27,9	1 %	1 %
CHIRURGIE DU POIGNET ET DE LA MAIN TRAUMATIQUE (OSSEUSE OU NON)	43 269	0,9 %	368	29,9	0 %	0 %
CHIRURGIE DU RACHIS	92 420	16,2 %	15 002	29,3	6 %	5 %
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE DE LA HANCHE	149 866	46,2 %	69 220	29,3	28 %	25 %
<i>dont hors traumatologie</i>	115 778	41,8 %	48 440	26,6	20 %	16 %
<i>dont traumatologie</i>	34 088	61,0 %	20 780	35,4	8 %	9 %
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE DU GENOU	91 873	64,1 %	58 877	25,7	24 %	19 %
CHIRURGIE TISSULAIRE OU SANS LOCALISATION	173 989	2,0 %	3 484	37,4	1 %	2 %
MÉNISCECTOMIE / NETTOYAGE DU GENOU / SUTURE OU RECONSTRUCTION DES LIGAMENTS CROISÉS	182 740	6,3 %	11 460	24,8	5 %	3 %
RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE ET OSTÉOSYNTHÈSE DE FRACTURE ET/OU DE LUXATION TRAUMATIQUE DE MEMBRE	382 347	14,5 %	55 304	45,7	22 %	31 %
AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR LE PIED	55 480	4,1 %	2 294	38,8	1 %	1 %
AUTRES INTERVENTIONS SUR LE MEMBRE SUPÉRIEUR	55 229	3,4 %	1 862	34,3	1 %	1 %
AUTRES INTERVENTIONS SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR	67 842	14,0 %	9 482	43,1	4 %	5 %
TÊTE	1 316	0,4 %	5	27,8	0 %	0 %
TOTAL	1 789 741	13,8 %	246 714	32,9	100 %	100 %

Champ : tous régimes

Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts

Là encore, au-delà des moyennes, on retrouve une forte dispersion, même lorsque l'on tient compte de l'âge de la patientèle.

Pour les prothèses de hanche et de genou, qui représentent la moitié des séjours de rééducation, hors traumatologie, à

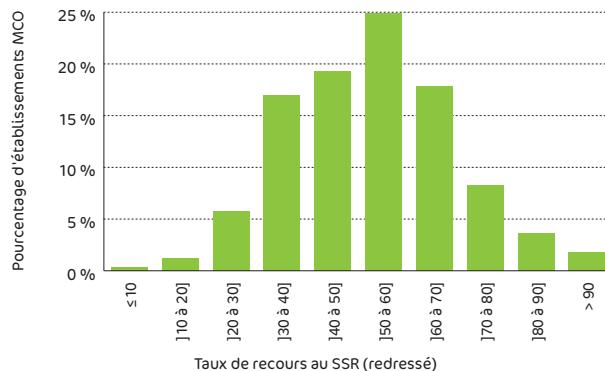
âge identique et à structure d'activité comparable, 24 % des établissements adressent moins de 40 % des patients en SSR et 9 % en adressent moins de 30 %. À l'opposé, près **d'un tiers des établissements adressent plus de 60 % de leurs patients et 14 % plus de 70 %**²² (Figure 28 page suivante).

²². Les établissements réalisant moins d'un acte par semaine (moins de 53 actes sur l'année) ont été exclus.



Figure 28 –
Répartition des établissements MCO^(a)
par taux d'adressage en SSR
pour les prothèses de hanche et de genou

Hors traumatologie - À structure d'activité et âge de la patientèle identiques



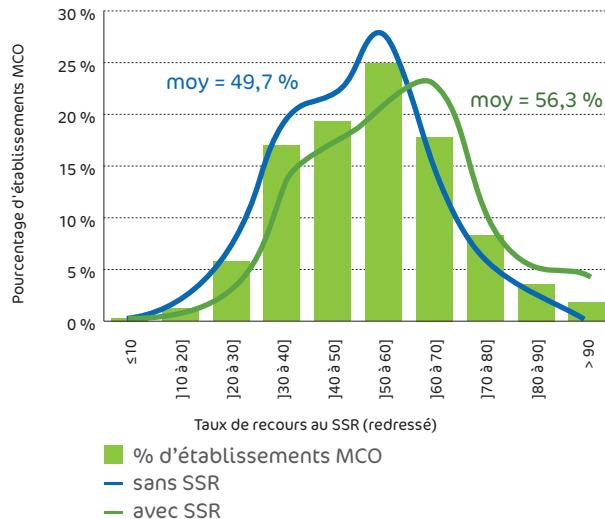
(a) MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Champ : établissements dont le nombre de séjours MCO hanche + genou est supérieur à 52, tous régimes - France entière
Source : Atih (PMSI 2012), traitement Cnamts

Le fait d'avoir un service de SSR directement rattaché à l'établissement incite à la rééducation en centre : à structure d'âge et d'activité comparable, la part des patients adressés en SSR y est supérieure de 7 points (Figure 29). L'écart serait peut-être même plus important si l'on prenait en compte les établissements appartenant à un même groupe ou liés par des accords de partenariat avec des établissements de rééducation.

Figure 29 –
Pourcentage d'établissements MCO en fonction de leur taux de recours au SSR

Hors traumatologie - Redressé sur la structure nationale hanche et genou et la structure d'âge

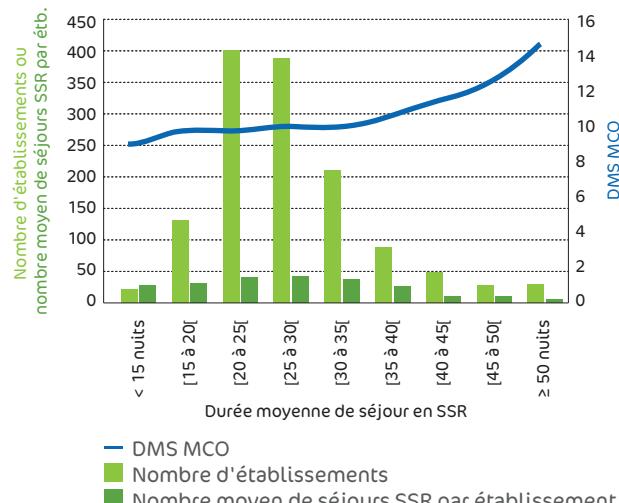


Champ : établissements dont le nombre de séjours MCO hanche + genou est supérieur à 52, tous régimes - France entière
Source : Atih (PMSI 2012), traitement Cnamts

Les durées de séjour en SSR sont également très variables selon les établissements (Figure 30 et Figure 31).

Figure 30 –
Séjours en SSR pour prothèses de hanche (hors traumatologie) : répartition du nombre d'établissements en fonction de la durée moyenne de séjour (DMS) en SSR

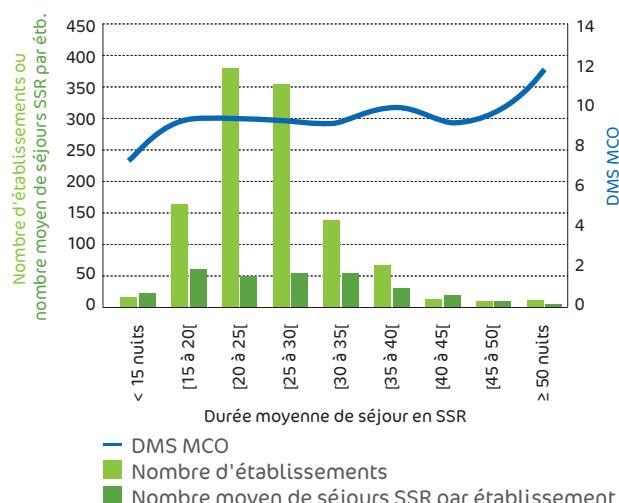
Nombre moyen de séjours SSR et DMS MCO des séjours SSR



Champ : tous régimes
Source : Atih (PMSI 2012), traitement Cnamts

Figure 31 –
Séjours en SSR pour prothèses de genou (hors traumatologie) : répartition du nombre d'établissements en fonction de la durée moyenne de séjour en SSR

Nombre moyen de séjours SSR et DMS MCO des séjours SSR



Champ : tous régimes
Source : Atih (PMSI 2012), traitement Cnamts

Un potentiel de séjours évitables en SSR

Les données recueillies dans le PMSI SSR contiennent une codification du niveau de dépendance des patients la première semaine de leur séjour, pour 6 variables de dépendance :

- quatre variables de dépendance physique : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence ;
- deux variables de dépendance cognitive : comportement, relation et communication.

L'analyse de ces données la première semaine du séjour montre que :

- 10 % des patients sont indépendants (toutes les variables de dépendance valent 1) ;

- 14 % nécessitent la supervision d'un tiers pour au moins une action et sont légèrement dépendants (au moins une variable de dépendance vaut 2 et elles sont toutes inférieures à 3) ;
- 76 % des patients nécessitent l'assistance d'un tiers pour au moins une action (au moins une variable de dépendance vaut 3 ou 4).

Avec un accompagnement au moment du retour à domicile (comme l'organise le programme Prado, y compris en prévoyant en cas de besoin des services d'aide à domicile comme les portages de repas, etc.), on peut estimer que 17 % des patients pourraient éviter un séjour en SSR (l'essentiel des patients non dépendants et une fraction des patients avec une légère dépendance). 41 500 séjours seraient ainsi évitables (Tableau 16).

 **Tableau 16 –**
Nombre de séjours SSR évitables par famille d'interventions

FAMILLE D'INTERVENTIONS	NOMBRE DE SÉJOURS	DURÉE MOYENNE DE SÉJOURS EN JOURS	NOMBRE DE SÉJOURS ÉVITABLES	TAUX DE SÉJOURS ÉVITABLES
ACTE SUR LES ARTICULATIONS MÉTATARSO-PHALANGIENNES (hallux valgus, orteils en griffe...)	1 606	25,6	613	38 %
CHIRURGIE DE L'ÉPAULE NON OSSEUSE OU TRAUMATIQUE	15 467	34,7	2 642	17 %
CHIRURGIE DU CANAL CARPIEN	782	21,0	261	33 %
CHIRURGIE DU POIGNET ET DE LA MAIN NON OSSEUSE OU TRAUMATIQUE	1 501	27,9	553	37 %
CHIRURGIE DU POIGNET ET DE LA MAIN TRAUMATIQUE (osseuse ou non)	368	29,9	125	34 %
CHIRURGIE DU RACHIS	15 002	29,3	4 855	32 %
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE DE LA HANCHE	69 220	29,3	9 023	13 %
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE DU GENOU	58 877	25,7	10 359	18 %
CHIRURGIE TISSULAIRE OU SANS LOCALISATION	3 484	37,4	730	21 %
MÉNISCECTOMIE / NETTOYAGE DU GENOU / SUTURE OU RECONSTRUCTION DES LIGAMENTS CROISÉS	11 460	24,8	4 881	43 %
RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE ET OSTÉOSYNTHÈSE DE FRACTURE ET/OU DE LUXATION TRAUMATIQUE DE MEMBRE	55 304	45,7	4 378	8 %
AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR LE PIED	2 294	38,8	560	24 %
AUTRES INTERVENTIONS SUR LE MEMBRE SUPÉRIEUR	1 862	34,3	524	28 %
AUTRES INTERVENTIONS SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR	9 482	43,1	1 985	21 %
TÊTE	5	27,8	4	80 %
TOTAL	246 714	33,0	41 493	17 %

Champ : tous régimes

Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts



2.4 Les opérations pouvant être réalisées en chirurgie ambulatoire

Une pratique de la chirurgie ambulatoire en progrès

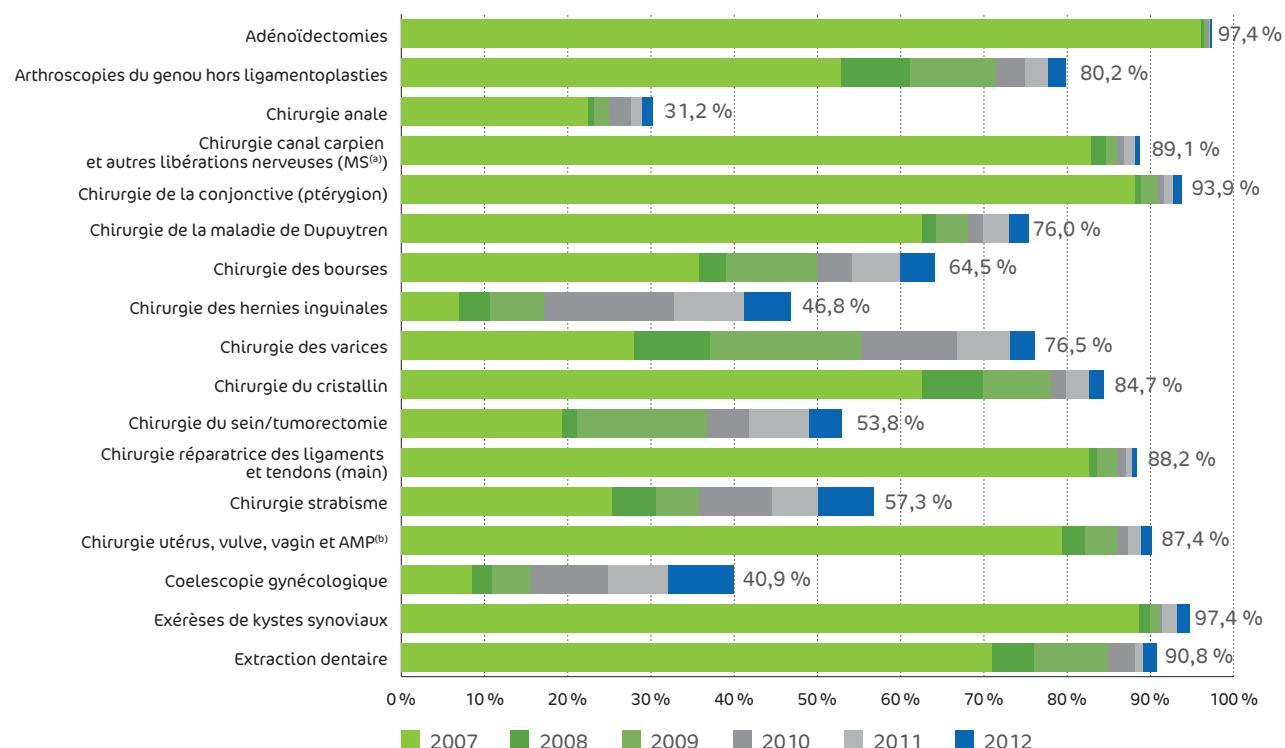
Le taux de chirurgie ambulatoire s'est accru de plus de 10 points en six ans (32,3 % en 2007, 40,8 % en 2012, 42,7 % en 2013). Sur les gestes chirurgicaux pour lesquels la pratique courante de cette chirurgie fait consensus (17 retenus en 2009, élargis à 38 depuis), les taux de chirurgie ambulatoire atteignent respectivement 83 % et 75 % en 2012 (Figure 32). Pour certains de ces actes, la progression en cinq ans a été très rapide : par exemple, la chirurgie des varices est réalisée à 77 % en ambulatoire en 2012, contre 28 % en 2007 (Figure 33).

Figure 32 –
Évolution du taux de chirurgie ambulatoire de 2007 à 2012

En %



Figure 33 –
Évolution des taux de chirurgie ambulatoire pour 17 gestes chirurgicaux



(a) MS : membre supérieur

(b) AMP : aide médicale à la procréation

Champ : France entière
Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts

Plusieurs mesures ont été prises pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire :

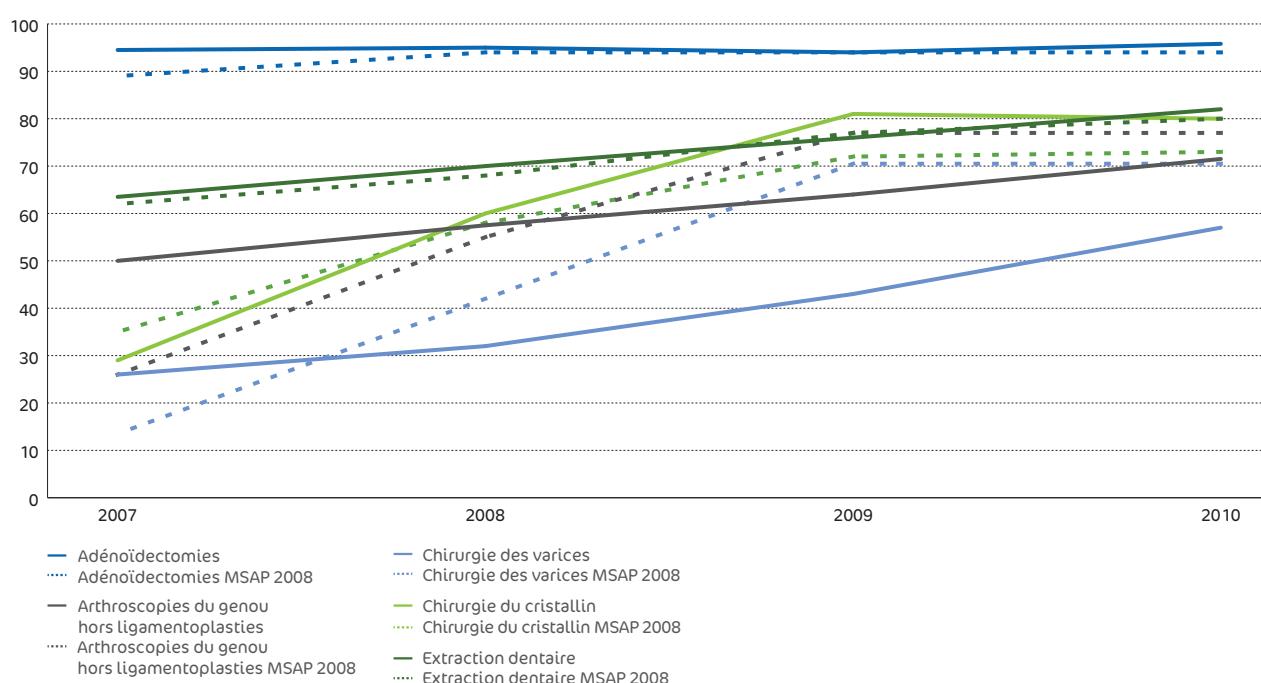
- des incitations financières :
 - application de tarifs identiques entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète de niveau 1 (d'abord limité à certains groupes homogènes de malades (GHM), ce mécanisme est généralisé en 2014, le tarif unique étant fixé de manière différente selon le degré de développement),
 - suppression des bornes basses pour certains GHM afin d'encourager les pratiques innovantes pour les actes pour lesquels la chirurgie ambulatoire est encore peu développée.
- un dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) par l'Assurance Maladie, ciblant les établissements accusant un retard significatif de développement de cette pratique. Ce dispositif, mis en place en 2008, impose aux établissements concernés, pendant une période pouvant aller

jusqu'à six mois, un accord préalable explicite de l'Assurance Maladie pour pouvoir facturer un séjour en hospitalisation complète pour les gestes chirurgicaux ciblés. Il s'agit d'un dispositif particulièrement incitatif, car les séjours avec hébergement (et les honoraires afférents en clinique) non autorisés ne sont facturables ni à l'Assurance Maladie ni au patient.

En complément des incitations tarifaires, ce dispositif a constitué un levier puissant pour pousser les établissements à opérer les réorganisations nécessaires au développement de cette pratique. L'impact a d'ailleurs été très significatif sur l'évolution de leurs taux de chirurgie ambulatoire, qui en peu de temps ont rattrapé et souvent dépassé celui des autres établissements. Le constat fait en 2010, après deux ans de MSAP sur les 5 premiers gestes (Figure 34), se confirme en 2012 pour les établissements mis sous accord préalable en 2011 (exemple de la chirurgie des hernies inguinales, Tableau 17 page suivante).

 **Figure 34 –**

Évolution entre 2007 et 2010 des taux de chirurgie ambulatoire des établissements mis sous accord préalable (MSAP) en 2008 et des autres établissements



Champ : France entière

Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts

Tableau 17 –

Évolution entre 2010 et 2012 du taux de chirurgie ambulatoire des établissements mis sous accord préalable en 2008 et des autres établissements pour la chirurgie des hernies inguinales chez l'adulte

ANNÉES	ÉTABLISSEMENTS NON MSAP		ÉTABLISSEMENTS MSAP		ÉCART EN POINTS
	NOMBRE DE SÉJOURS	TAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	NOMBRE DE SÉJOURS	TAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	
2010	103 180	35 %	1931	24 %	-11
2011	105 437	43 %	2 068	41 %	-2
2012	103 849	48 %	2 039	56 %	8

Champ : France entière

Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts

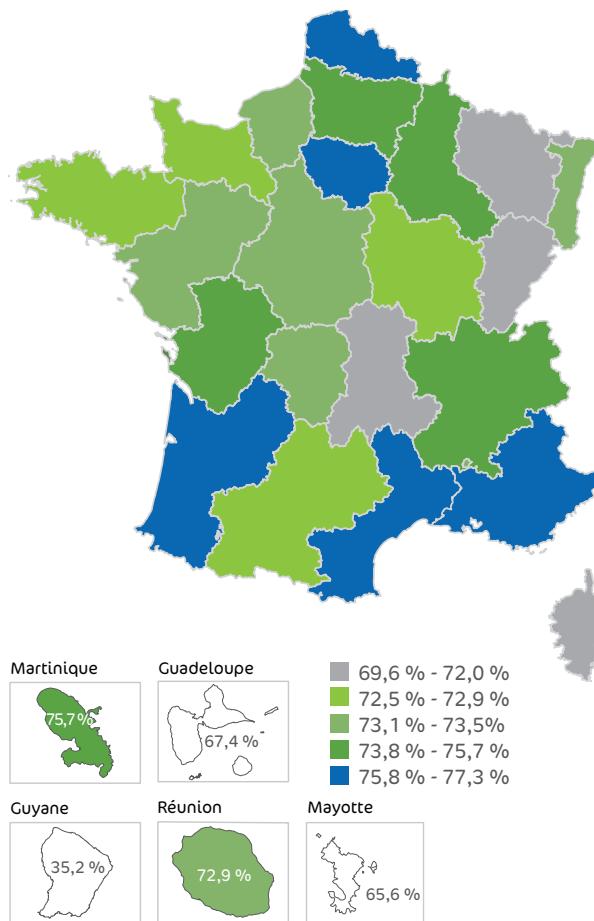
Un développement qui reste inégal

Les taux de chirurgie ambulatoire restent néanmoins hétérogènes, avec 10 points d'écart entre régions extrêmes sur le champ des 38 gestes chirurgicaux marqueurs (Figure 35).

Ils sont également très hétérogènes selon les établissements, comme l'illustre la Figure 36 (page suivante) pour quelques GHM. Cette hétérogénéité existe même pour des actes qui sont déjà très largement réalisés en chirurgie ambulatoire : pour la cataracte, les 10 % d'établissements où cette pratique est la moins développée ont un taux inférieur à 72 %, tandis qu'à l'autre extrémité, 10 % des établissements ont un taux supérieur à 98 %. Mais les écarts sont encore plus importants lorsque la chirurgie ambulatoire est moins diffusée (par exemple pour les hernies, 10 % versus 68 %).

Figure 35 –
Taux de chirurgie par région en 2012

En %



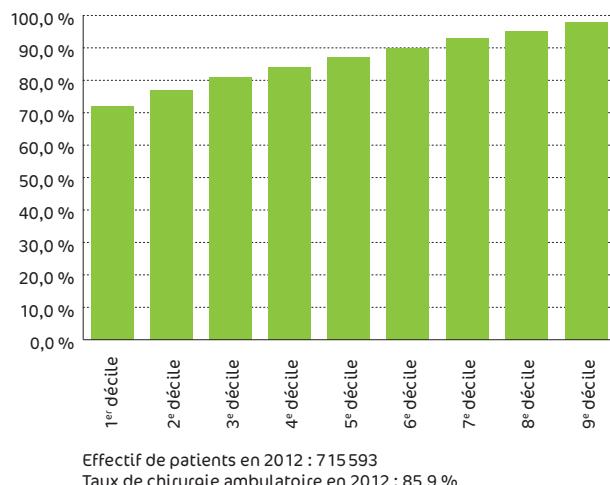
Champ : 38 gestes chirurgicaux marqueurs - France entière
Source : Atih (PMSI 2012 - Berf)

Figure 36 –

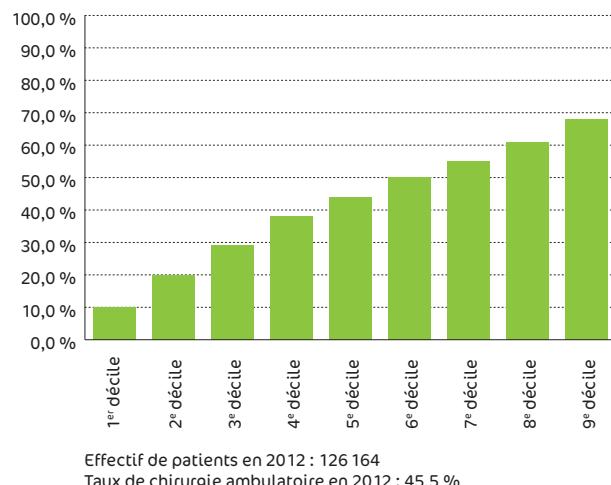
Répartition du taux de chirurgie ambulatoire par décile d'établissements

Illustration sur quelques GHM

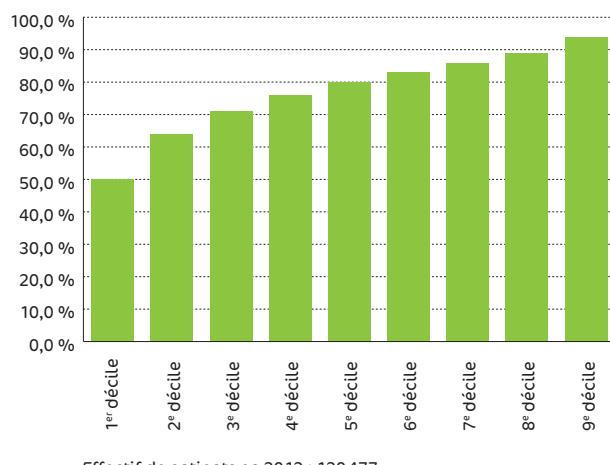
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie



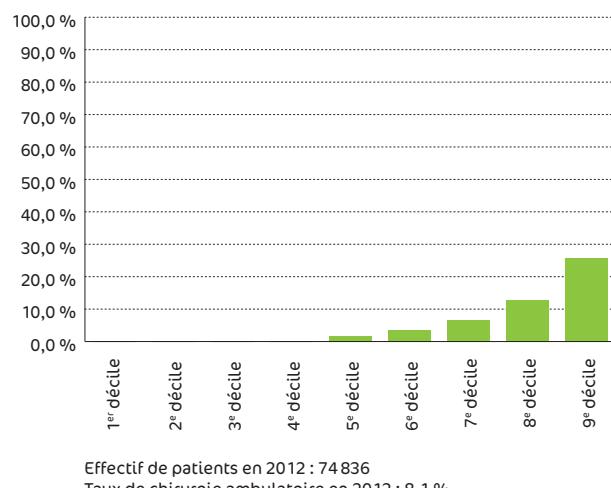
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans



Ligatures de veines et éveinages



Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës



Champ : France entière

Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts

Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire à l'horizon 2017

Quel potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire peut-on attendre ? Le chiffre de 80 % (pour toute la chirurgie) a été avancé comme une possibilité à long terme. La Fédération hospitalière de France estime pour sa part que dans les hôpitaux publics, un taux de 55 à 60 % est un objectif plus réaliste à moyen terme.

Les estimations varient évidemment selon l'horizon considéré et le rythme de progression que l'on estime possible. Si l'on se situe dans le cadre pluriannuel défini par le programme de stabilité, donc à l'horizon de 2017, un objectif ambitieux mais réa-

lisable consiste à réduire l'hétérogénéité des pratiques constatée aujourd'hui, en considérant que tous les établissements qui sont en dessous d'un certain niveau de chirurgie ambulatoire sont en mesure de progresser jusqu'à ce niveau en trois ans. Le taux cible retenu est celui que dépassent aujourd'hui 20 % des établissements (ce seuil étant fixé GHM par GHM).

Cet objectif ne paraît pas irréaliste : on peut estimer que si un établissement sur cinq est aujourd'hui en mesure d'avoir une part de chirurgie ambulatoire supérieure à cette borne, les autres ont la capacité, en se réorganisant, de l'atteindre en trois ans. Les cibles à atteindre sont données dans le Tableau 18 page suivante pour les quatre GHM pris en exemple ci-dessus.



Tableau 18 –
Taux actuel et taux cible de chirurgie ambulatoire pour quatre exemples de GHM

INTERVENTIONS CHIRURGICALES	NOMBRE DE SÉJOURS (2012)	TAUX MOYEN DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (2012)	SEUIL À ATTEINDRE POUR LES 80 % D'ÉTABLISSEMENTS QUI SONT EN DESSOUS (borne inférieure du 8 ^e décile)
INTERVENTIONS SUR LE CRISTALLIN AVEC OU SANS VITRECTOMIE	715 593	86 %	95 %
LIGATURES DE VEINES ET ÉVEINAGES	120 477	77 %	89 %
INTERVENTIONS RÉPARATRICES POUR HERNIES INGUINALES ET CRURALES, ÂGE SUPÉRIEUR À 17 ANS	126 164	45 %	61 %
CHOLECYSTECTOMIES SANS EXPLORATION DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE À L'EXCEPTION DES AFFECTIONS AIGUËS	64 836	8 %	12 %

Champ : France entière

Source : Atih (PMSI 2012), traitements Cnamts

Sur la base de ces hypothèses, on peut estimer que sur les 5,4 millions de séjours de chirurgie, **10 %, soit environ 540 000, pourraient basculer de l'hospitalisation complète à la chirurgie ambulatoire.**

Outre cet objectif de rattrapage des établissements moins avancés, une extension du champ de la pratique de la chirurgie ambulatoire peut être anticipée, notamment pour la chirurgie des tumeurs malignes du sein, ce qui porterait le potentiel de séjours évités à 580 000.

Le taux de chirurgie ambulatoire pourrait ainsi progresser d'un peu plus de 10 points en trois ans, ce qui amènerait à un taux de l'ordre de 55 % en 2017.

Les marges de réduction des coûts et des tarifs

La décision a été prise, à partir de 2009, d'aligner le tarif de la chirurgie ambulatoire sur celui de l'hospitalisation complète pour un certain nombre de GHM, afin d'inciter les établissements à développer ce mode de prise en charge. Le choix a été en faveur d'une incitation positive, c'est-à-dire une sur-rémunération de la chirurgie ambulatoire par rapport à son coût, plutôt que négative (pénalisation financière de l'hospitalisation complète). Il s'agissait de laisser une marge par rapport aux coûts de fonctionnement pour amener les établissements à faire les investissements organisationnels nécessaires.

Au fur et à mesure que ce mode de prise en charge se développe, il devient légitime de réduire ces marges et de désinciter à l'hospitalisation complète tout en continuant à favoriser la chirurgie ambulatoire. C'est le sens des évolutions des dernières campagnes tarifaires et notamment celle de 2014, qui fixe des tarifs uniques à des niveaux différents selon le degré de développement de la chirurgie ambulatoire :

- à la moyenne des coûts²³ lorsque le taux est supérieur à 80 %;

- à la moyenne des tarifs pondérée par le taux prévisionnel 2016 de chirurgie ambulatoire lorsque le taux est compris entre 50 % et 80 % ;
- à la moyenne des tarifs pondérée par le taux observé lorsque celui-ci est compris entre 10 % et 50 % ;
- au tarif de niveau 1 pour toutes les activités pour lesquelles le taux observé de chirurgie ambulatoire est de moins de 10 %.

Dans l'avenir, l'ampleur des gains économiques pour l'ensemble du système de soins (et des gains financiers pour l'Assurance Maladie) liés à l'augmentation de la part de chirurgie ambulatoire dépendra directement :

- de la façon dont les tarifs seront fixés par rapport aux coûts de revient de la chirurgie complète et de la chirurgie ambulatoire ;
- et de la manière dont on positionnera le curseur entre incitations positives à l'ambulatoire et désincitations à l'hospitalisation complète (c'est-à-dire pénalisation financière).

Par ailleurs, au-delà des mécanismes tarifaires, la question est de savoir s'il existe des marges d'optimisation des processus de soins qui permettraient de réduire encore les coûts de la chirurgie ambulatoire par rapport à ceux observés aujourd'hui. Ces deux aspects sont développés ci-dessous.

1. L'impact des politiques tarifaires

Pour donner des ordres de grandeur, on peut se situer entre deux extrêmes :

- à un extrême, si les tarifs uniques des couples ambulatoire / hospitalisation sont figés, la croissance de la part de la chirurgie ambulatoire ne génère aucune économie (puisque elle est payée au même prix que la chirurgie en hospitalisation complète) ;
- à l'autre extrême, si l'on alignait, pour tous les GHM, à la fois le tarif d'hospitalisation complète²⁴ et le tarif de chirurgie ambulatoire sur le coût²⁵ (et non pas le tarif actuel) de la chirurgie ambulatoire, l'impact en termes d'économies pour l'assurance maladie serait de 645 millions d'euros.

23. Il ne s'agit pas tout à fait des coûts de revient, mais de ce qu'on appelle les tarifs issus des coûts (TIC). En application du principe de « neutralité tarifaire » préconisé par les rapports de l'Igas, de l'IGF et de la Mecss (c'est-à-dire une hiérarchie des tarifs qui respecte la hiérarchie des coûts), ces tarifs issus des coûts sont calculés en appliquant l'échelle de coûts à la masse financière définie par l'Ondam.

24. Séjours de niveau de gravité 1.

25. Il s'agit non pas du coût, mais du tarif issu des coûts (Note 23).

Entre ces deux extrêmes, des politiques plus ou moins strictes peuvent être menées. Les règles mises en œuvre pour la campagne 2014 en sont un exemple : la part de la désincitation à l'hospitalisation complète augmente à mesure que la pratique de la chirurgie ambulatoire se diffuse et qu'elle devient le modèle dominant, et corrélativement l'ampleur des marges sur cette activité est réduite.

Mais il est évidemment possible d'imaginer d'autres combinaisons. À titre d'exemple, dans un scénario dans lequel on considérerait qu'à partir du moment où la chirurgie ambulatoire devient majoritaire (plus de 50 %), elle est payée à son coût de revient (sans marge supplémentaire) et l'hospitalisation complète est payée également à ce même tarif (pour pousser les établissements à diminuer cette part d'hospitalisation complète), l'économie pour l'Assurance Maladie serait de 145 millions d'euros.

2. Des marges de réduction des coûts

Dans les simulations évoquées ci-dessus, les tarifs sont fixés en relation avec les coûts de revient actuels de la chirurgie

ambulatoire, observés sur l'échantillon de l'étude nationale de coûts (ENC). Or :

- on peut penser que des gains d'efficience peuvent être obtenus sur les processus de chirurgie ambulatoire, que les établissements n'ont pas été poussés à rechercher jusqu'à présent du fait des marges consenties par les mesures tarifaires (alignement sur le tarif de l'hospitalisation complète). Quelques analyses de coût de revient menées dans des établissements bien organisés et réalisant une activité importante suggèrent que ces coûts optimisés pourraient être inférieurs aux tarifs issus des coûts actuels (qui sont appliqués pour la cataracte en 2014);
- il serait d'ailleurs plus facile de définir des objectifs d'efficience si l'on disposait d'une meilleure information sur la distribution des coûts de revient; or, aujourd'hui, le faible nombre d'établissements inclus dans l'ENC ne permet de raisonner que sur des moyennes, sans pouvoir prendre comme référence (pour une cible à terme) les établissements les plus efficaces.

2.5 Le cancer du sein

Le cancer du sein est un cancer fréquent. Il représente 33 % de l'ensemble des cancers incidents féminins et près de 15 % de l'ensemble des cancers incidents tous sexes confondus en 2011.

Chaque année en France, 48 800 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués et 12 000 décès par cancer du sein sont observés. Si l'incidence du cancer du sein tend à diminuer, ce cancer reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme en France malgré des diagnostics plus précoce.

Le taux de survie en France à cinq ans est de 86 %, il est légèrement supérieur à celui observé pour les pays de l'OCDE qui est de 84,3 %.

L'incidence de ce cancer, qui a beaucoup augmenté entre 1980 et 2005 (56,3 cas pour 100 000 personnes-années en 1980, 97,8 en 2005), est en diminution depuis (88,0 pour 100 000 personnes-années en 2012, soit une baisse de 1,5 % par an sur les sept dernières années).

La mortalité est restée relativement stable jusqu'aux alentours de 1995 malgré une forte augmentation de l'incidence durant cette période, puis a diminué significativement jusqu'en 2012.

En 2012, près de 600 000 femmes sont atteintes d'un cancer du sein pour le seul régime général, dont 171 000 ont un cancer du sein en phase active, c'est-à-dire ayant nécessité une hospitalisation ou une prise en charge en affection de longue durée (ALD) dans les deux années précédentes.

Les dépenses d'assurance maladie liées au cancer du sein représentent 2,3 milliards d'euros en 2012, dont 1,3 milliard d'euros pour le traitement des cancers en phase active. Le coût de traitement en phase active est de 9 820 euros en moyenne par patiente et par an (Tableau 19 page suivante). Les soins hospitaliers représentent un peu plus de la moitié des dépenses remboursées.

**Tableau 19 –**

Cancer du sein : dépenses annuelles moyennes remboursées par patiente en 2012

Par grand poste de dépenses

	MÉDICA-MENTS	SOINS DE MÉDECINS	SOINS D'INFIR-MIERS	TRANS-PORTS	AUTRES SOINS DE VILLE ^(a)	TOTAL HOSPITALI-SATIONS	TOTAL PRESTATIONS EN ESPÈCES ^(b)	TOTAL
CANCER DU SEIN DE LA FEMME ACTIF	1 143 €	1 045 €	121 €	848 €	358 €	5 293 €	1 011 €	9 820 €
CANCER DU SEIN DE LA FEMME SOUS SURVEILLANCE	351 €	185 €	30 €	38 €	177 €	78 €	247 €	1 106 €

(a) Comprend les autres soins de ville non détaillés dont, notamment : soins dentaires, soins de kinésithérapie, soins des autres professionnels de santé, biologie, autres produits de santé (LPP)...

(b) Comprend les indemnités journalières maladie/AT-MP mais aussi les indemnités journalières maternité et les prestations d'invalidité

Champ : régime général - France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

Le parcours de soins le plus fréquent des femmes ayant un cancer du sein

Ce parcours est schématisé Figure 37 page suivante.

La prise en charge fait l'objet de nombreux référentiels et s'inscrit dans une offre de soins graduée. Elle comprend :

- une phase de pré-diagnostic et d'adressage ;
- une phase de confirmation du diagnostic, de préparation du traitement jusqu'à l'intervention chirurgicale ;
- une intervention chirurgicale ;
- une phase de traitement curatif adjuvant : chimiothérapie et radiothérapie ;
- une phase de réhabilitation et de suivi évolutif.

L'organisation de ce parcours de soins est amenée à évoluer fortement sous l'effet de l'évolution des techniques médicales : développement de la médecine personnalisée

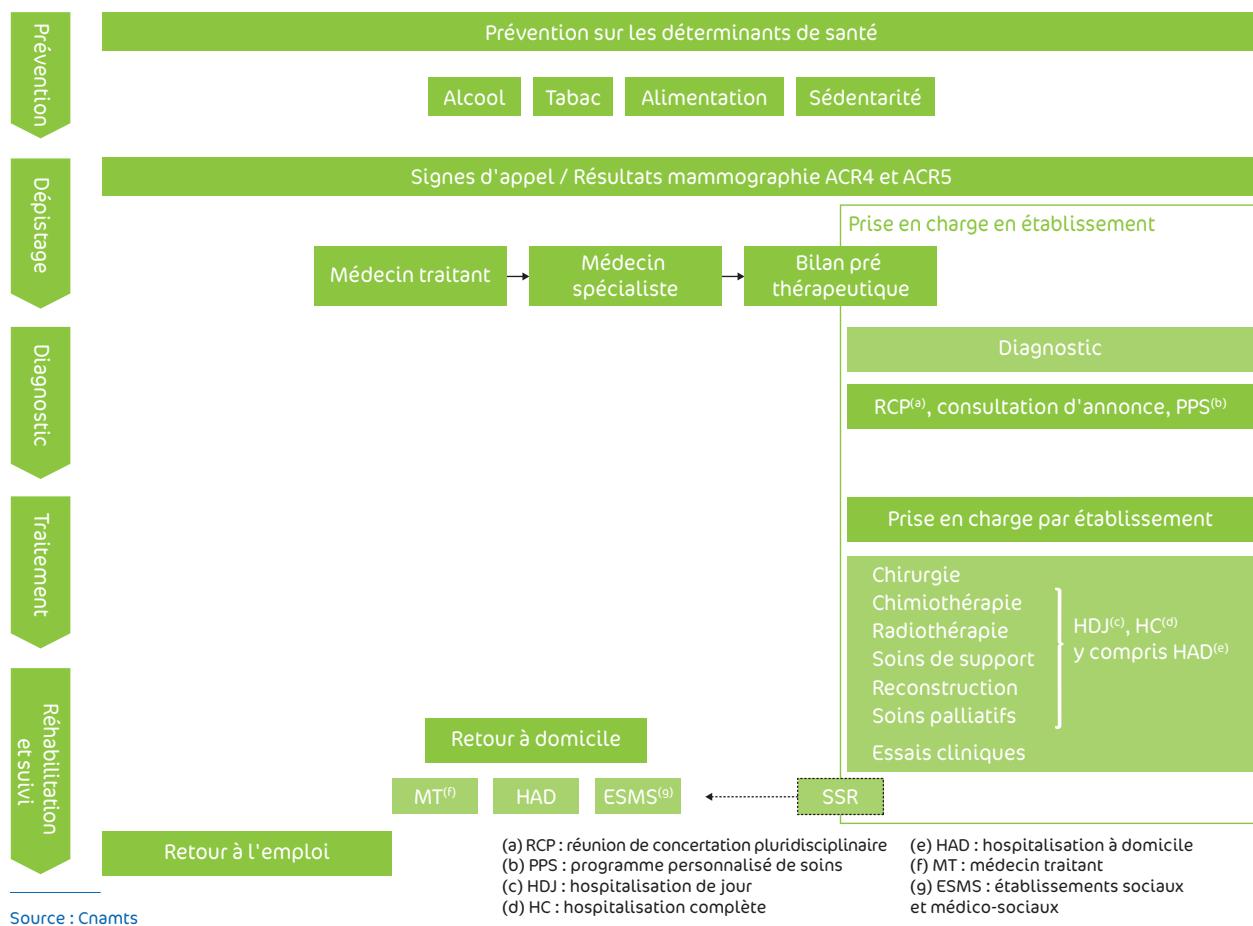
(caractérisation des tumeurs et thérapies ciblées pour une meilleure efficacité), progression de la chirurgie ambulatoire, diffusion de la chimiothérapie à domicile, réduction du nombre de séances de radiothérapie. Ces évolutions vont avoir un impact majeur sur l'organisation des prises en charge, qui seront moins centrées sur le séjour hospitalier et plus orientées vers une prise en charge ambulatoire, avec en conséquence un enjeu accru de bonne coordination et d'intégration des soins ; elles auront aussi pour corollaire un nécessaire redéploiement des moyens.

Pour explorer les marges d'amélioration des prises en charge dans cette pathologie qui représente un enjeu de santé publique majeur, une analyse des parcours de soins de toutes les femmes hospitalisées pour un cancer du sein en 2012 (soit 75 814 patientes) a été réalisée, en incluant les soins reçus en 2011 et 2012²⁶.

26. L'étude a été réalisée à partir des données du PMSI et du Sniiram. Les critères d'inclusion sont un groupe homogène de malades (GHM) en '09C', '09M' ou '28Z', un diagnostic principal ou relié cancer du sein : 'C500',..., 'C509' ou 'D050',..., 'D059' ou 'C773' ou 'D486', et les actes concernés (biopsie/ponction, curage axillaire, ganglion sentinel, exérèse, pose de repère, tumorectomie, mastectomie, chirurgie reconstructrice, anatomopathologie, radiologie, radiothérapie...).

Figure 37 –

Schéma du parcours de soins d'une femme ayant un cancer du sein



Un taux de participation au dépistage insuffisant et une organisation qui pourrait être améliorée

La détection précoce, grâce à des programmes organisés de dépistage, combinée à un traitement efficace, demeure le meilleur outil disponible pour continuer à réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes. Selon les référentiels internationaux et européens, le taux de participation cible au dépistage organisé du cancer du sein est de 70 % pour permettre une détection précoce et une réduction de la mortalité.

La recommandation est un dépistage tous les deux ans pour les femmes de 50 à 75 ans (soit 9 millions de femmes). Dans le cadre du programme de dépistage organisé, les femmes sont invitées par leur médecin traitant ou par la structure de gestion du dépistage organisé. Le dépistage comprend une mammographie bilatérale interprétée par un premier radiologue et une seconde lecture systématique des clichés normaux par un deuxième radiologue. L'objectif est de détecter précolement les tumeurs au stade pré-clinique (tumeurs de petite taille, sans envahissement ganglionnaire), ce qui permet des traitements moins lourds et plus efficaces, une amélioration de la qualité de vie et, à terme, une baisse de la mortalité.

Sur 2012-2013, le taux de dépistage (organisé ou individuel) s'établit à 60 % pour le régime général, avec une légère tendance à la baisse²⁷.

Sur la période 2012-2013, le dépistage a été effectué :

- dans le cadre du dépistage organisé pour 52,1 % des femmes;
- dans le cadre du dépistage individuel pour 9 % des femmes.

La comparaison des deux types de dépistage montre que :

- 40 % des échographies sont réalisées après une mammographie normale en dépistage individuel, versus 21,6 % dans le dépistage organisé ;
- en dépistage individuel, un nombre plus important de femmes sont classées en ACR 3²⁸ (4,5 %, versus 2 % en dépistage organisé) qui s'avéreront de faux positifs, générant des actes complémentaires invasifs et inutiles.

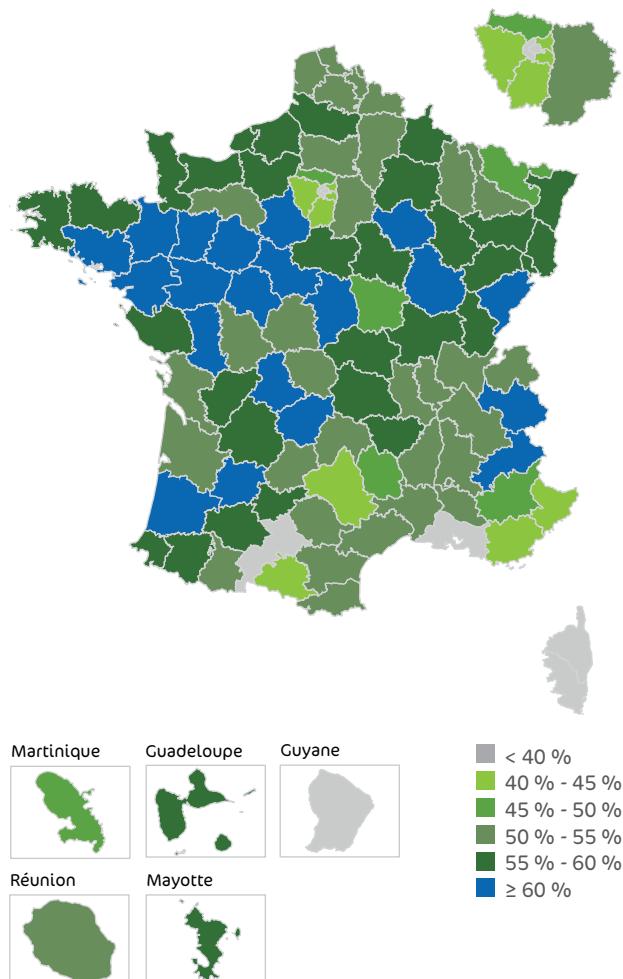
La participation au dépistage organisé semble en légère baisse par rapport à la période 2011-2012 (52,7 %). Elle varie fortement selon les départements (Figure 38 page suivante). La participation est proche de l'objectif du Plan cancer dans certains départements avec un taux de participation supérieur à 60 % (l'objectif du Plan cancer était de 65 %), elle est faible dans d'autres départements avec des taux de participation inférieurs à 45 %.

27. Comme en témoigne l'indicateur de la rémunération sur objectif de santé publique des médecins (Rosp) qui est en recul de 0,9 point en décembre 2013 par rapport à décembre 2012.

28. ACR 3 : anomalie bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée.


Figure 38 –
 Programme de dépistage organisé
 du cancer du sein

Taux de participation départementaux 2012 - 2013



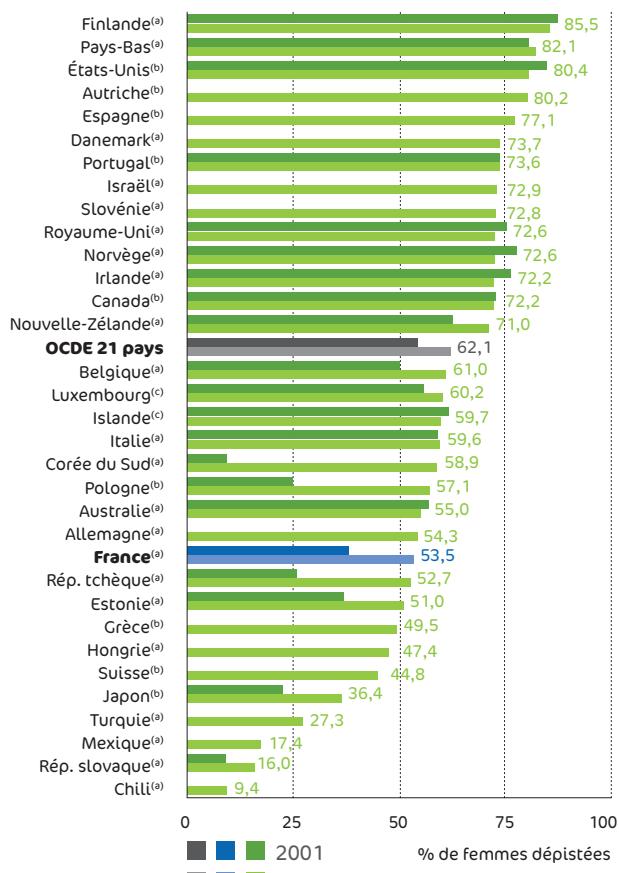
Source : InVS (données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein)

Dans le domaine du dépistage, la France ne semble pas bien placée au plan international (Figure 39). Il faut noter cependant qu'il ne s'agit que du dépistage organisé ; si l'on inclut le dépistage individuel, la France est dans la moyenne. Cependant, beaucoup de pays parviennent à obtenir des taux beaucoup plus élevés.

Des résultats confirment l'efficacité du dépistage : les taux de cancers détectés par le programme étaient de 6,8 % en 2009 et 2010, soit 16 000 cancers détectés par an. En 2010, 15,2 % des cancers étaient *in situ*. Parmi les cancers invasifs, 38,2 % avaient une taille inférieure ou égale à 10 mm et 76,0 % de ceux dont le statut ganglionnaire était connu ne comportaient pas d'envahissement.

Figure 39 –
 Dépistage par mammographie parmi les femmes de 50 à 69 ans dans les pays de l'OCDE

2001 à 2011 (ou année la plus proche)



(a) Programme
 (b) Enquête
 (c) Moyenne sur trois ans

Source : OCDE (Panorama de la santé 2013)

Dans le dépistage organisé, l'organisation de la seconde lecture pourrait également être optimisée au plan organisationnel. La transmission sur films par les structures de gestion n'est pas une procédure optimale, elle allonge les délais (30 structures sur 89 ont un délai supérieur à 15 jours pour la double lecture) et coûte 7 millions d'euros de frais d'acheminement des clichés. Le parc d'appareils étant majoritairement numérique (85 %), une numérisation de l'ensemble de la chaîne mammographique de la première à la seconde lecture pourrait être organisée, à l'instar de certains pays qui ont adopté le tout-numérique dès 2007 comme l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, l'Espagne, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, la Suisse et la Suède.

Des délais d'accès à la chirurgie

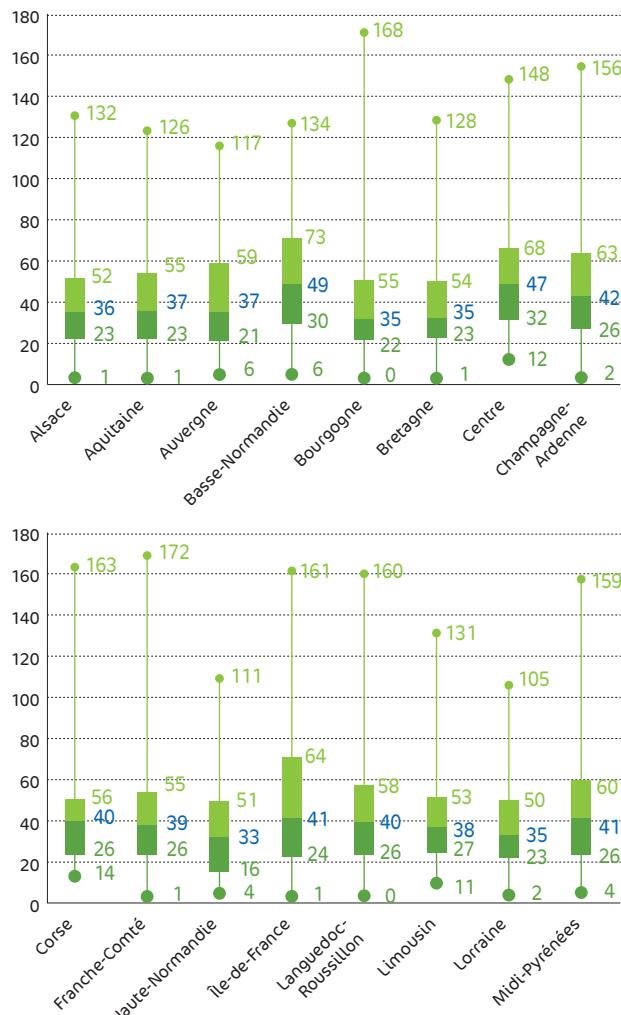
En 2011, l'Inca a réalisé un état des lieux des délais de prise en charge du cancer du sein dans huit régions et a constaté un délai moyen de 23 jours entre le compte rendu anatomo-pathologique et la chirurgie, avec une médiane à 21 jours.

Dans le cadre de l'étude du parcours de soins menée par la Cnamts en 2014, une analyse exhaustive des délais entre la mammographie et la procédure chirurgicale a été réalisée. Il s'agit d'un indicateur différent de celui mesuré par l'Inca, mais qui est assez proche de ceux utilisés dans la littérature internationale. Ce délai s'établit en moyenne à 49 jours en 2012, avec une médiane à 38 jours et un troisième quartile à 57 jours (Figure 40).

Les délais moyens sont hétérogènes selon les régions, avec une fourchette de 41 à 59 jours.

Figure 40 –
Délai d'accès à la chirurgie selon la région en 2012

Médiane et interquartiles (en jours)

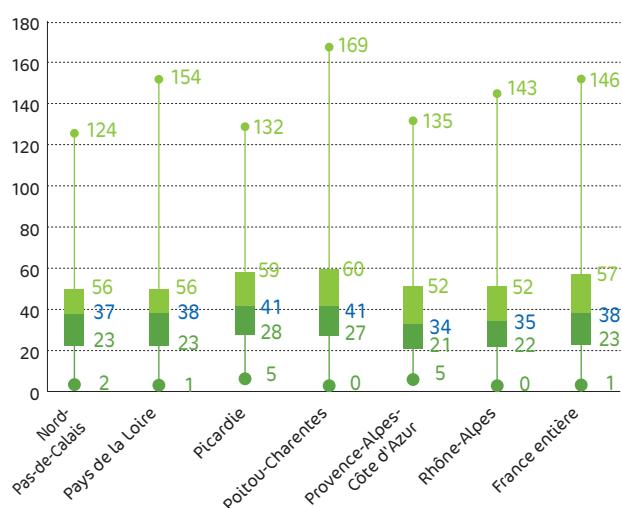


Lecture : les chiffres de bas en haut représentent respectivement : le 5^e percentile, le 1^{er} quartile, la médiane, le 3^{er} quartile et le 95^e percentile. Par exemple, en Alsace, 5% des femmes ont un délai d'accès à la chirurgie supérieur à 132 jours, les 3/4 ont un délai inférieur à 52 jours, la moitié a un délai inférieur à 36 jours.

Champ : tous régimes, en date de soins 2011/2012 liquidés au plus tard le 1^{er} juillet 2013 - France entière
Sources : Atih (PMSI 2011, 2012) et Cnamts (Sniram), traitements Cnamts

Les données montrent également que selon les caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique, des différences peuvent être enregistrées sur les délais : le délai d'accès à la chirurgie est allongé pour les établissements autorisés pour les trois modalités thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) par rapport à ceux autorisés seulement pour la chirurgie et la chimiothérapie.

Au regard des recommandations publiées dans certains pays (par exemple Cancer Care Ontario recommande un délai maximum de 28 jours entre la décision de traitement et la procédure chirurgicale, le NHS (National Health Service) un délai de 30 jours entre la confirmation du diagnostic et la procédure chirurgicale), les délais moyens observés dans certaines régions sont élevés. Selon les données de la littérature internationale, l'initiation des traitements au-delà de 30 jours a une incidence sur le taux de survie spécifique indépendamment d'autres facteurs (âge, comorbidités).





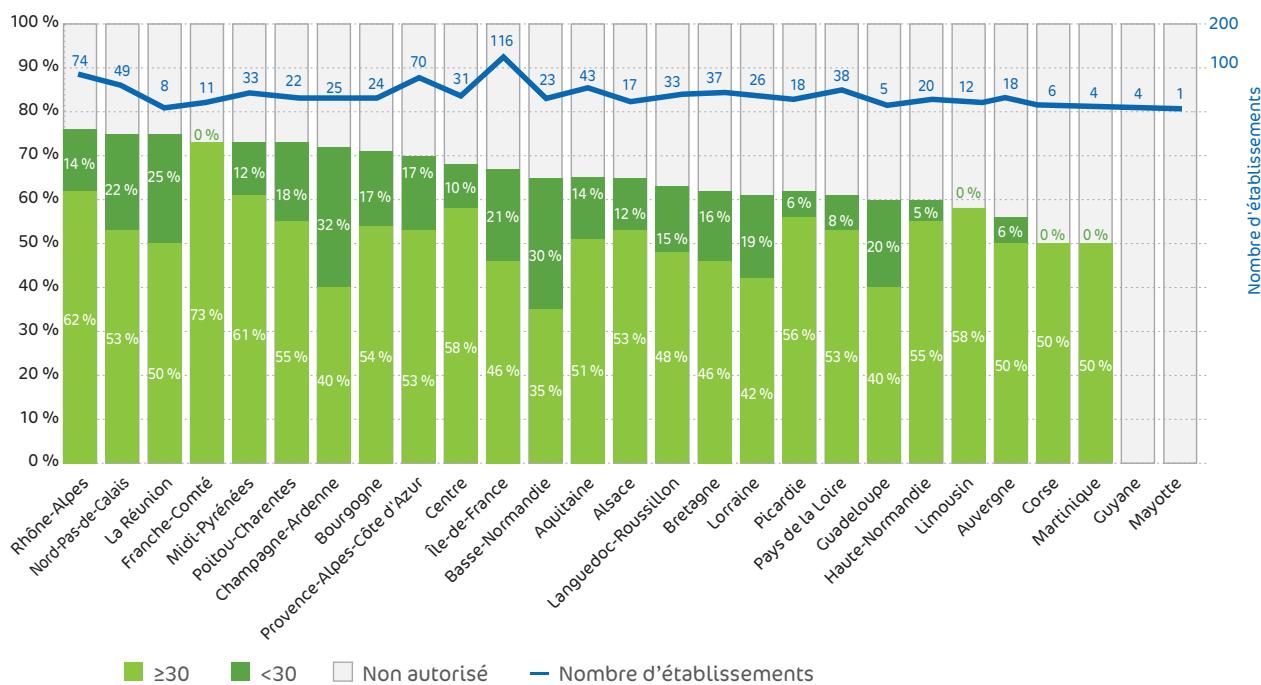
Un certain nombre d'établissements n'atteignent pas le seuil de 30 interventions mais ils couvrent une part faible de la chirurgie

La prise en charge du cancer du sein est essentiellement hospitalière. L'offre de soins est structurée et graduée par un dispositif d'autorisations spécifiques. Ce dispositif, instauré en 2007, repose sur des conditions transversales de qualité, des critères d'agrément pour les principales thérapeutiques du cancer et des seuils d'activité minimale à atteindre pour certains traitements (le seuil minimal d'activité pour la chirurgie mammaire est de 30 interventions ou patientes par an). Les autorisations ont été délivrées en

2009 par les agences régionales de l'hospitalisation, assorties d'un délai de 18 mois pour une mise en conformité. Elles ont été renouvelées en 2013 par les agences régionales de santé et retirées pour 4,5 % d'entre elles.

En 2012, 75811 patientes ont été traitées pour un cancer du sein dans 768 établissements, dont 67 % avec autorisation en chirurgie mammaire (Figure 41 pour la répartition régionale). Néanmoins, les établissements au dessus du seuil minimal de 30 interventions par an (51 % des établissements) concentrent l'essentiel de l'activité : ils ont traité 95 % des femmes en 2012 (Figure 42 page suivante pour la répartition régionale).

 **Figure 41 –**
Distribution des établissements par région selon le seuil minimum d'intervention et autorisation en chirurgie mammaire

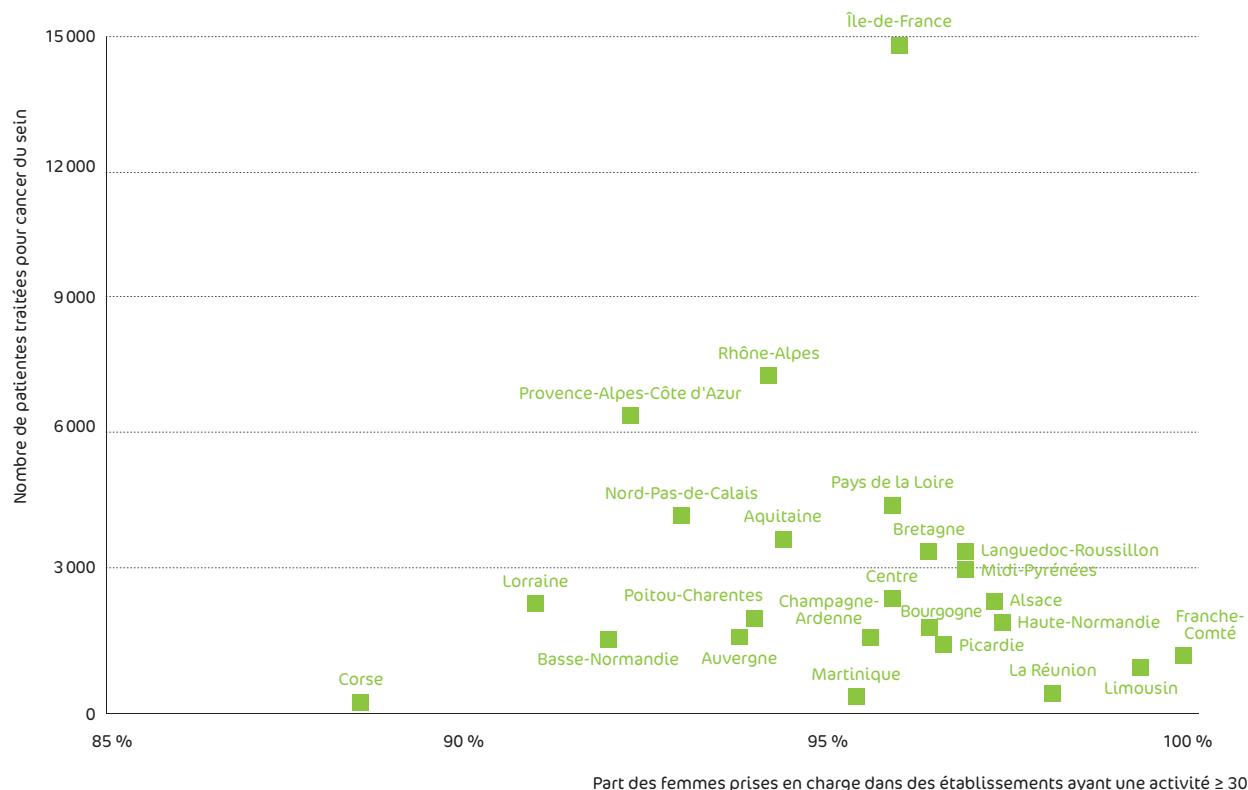


Lecture : en Rhône-Alpes, 62 % des établissements ont une activité supérieure au seuil minimum de 30.

Source : Atih (PMSI 2011, 2012), traitements Cnamts

Figure 42 —

Nombre et part de patientes traitées pour un cancer du sein dans les établissements autorisés ayant une activité supérieure au seuil



Lecture : en Rhône-Alpes, 94 % des 7 473 patientes traitées pour un cancer du sein l'ont été dans un établissement autorisé où l'activité est supérieure au seuil minimum de 30 interventions par an.

Source : Atih (PMSI 2011, 2012), traitements Cnamts

Notons que, selon les recommandations européennes, un centre de chirurgie mammaire doit avoir deux chirurgiens spécialisés dans la chirurgie du sein. L'agrément à la chirurgie mammaire presuppose que le chirurgien opère au moins 50 nouvelles patientes par an. Seuls 37 % des établissements ont une activité supérieure ou égale à 107 patientes par an.

Les stratégies chirurgicales

En 2012, sur les 74 598 interventions, les tumorectomies représentent 21 % des procédures chirurgicales, 71 % des interventions sont des mastectomies. 3 % des tumorectomies sont suivies d'une mastectomie. 1 % des interventions sont des doubles mastectomies. 1,25 % des interventions sont des reconstructions mammaires. 55 % de ces procédures sont associées à un curage axillaire. Le stade des tumeurs n'étant pas disponible dans les bases utilisées, l'analyse des pratiques par rapport aux référentiels n'a pas pu être conduite. Cependant, les stratégies chirurgicales observées posent question sur les pratiques et le respect des référentiels. Le dépistage organisé permet une détection plus précoce des tumeurs, pourtant les stratégies chirurgicales observées en 2012 sont majoritairement des mastectomies alors que le traitement des stades précoces est un traitement conservateur.

La technique du ganglion sentinel permet d'éviter un nombre important de curages axillaires et les complications qui en découlent (douleur, lymphœdème, impotence fonctionnelle). Le recours à cette technique est un indicateur de bonnes pratiques selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et les recommandations européennes.

28 062 femmes ont bénéficié de cette technique (soit 38 % des interventions) : 23 % dans les établissements publics et PSPH et 15 % dans les établissements privés (ex-OQN). Cependant il est possible que ces chiffres ne reflètent pas totalement la réalité dans la mesure où il peut y avoir un défaut de codage notamment dans les établissements privés. Une distinction de cette technique dans les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) apparaît souhaitable.

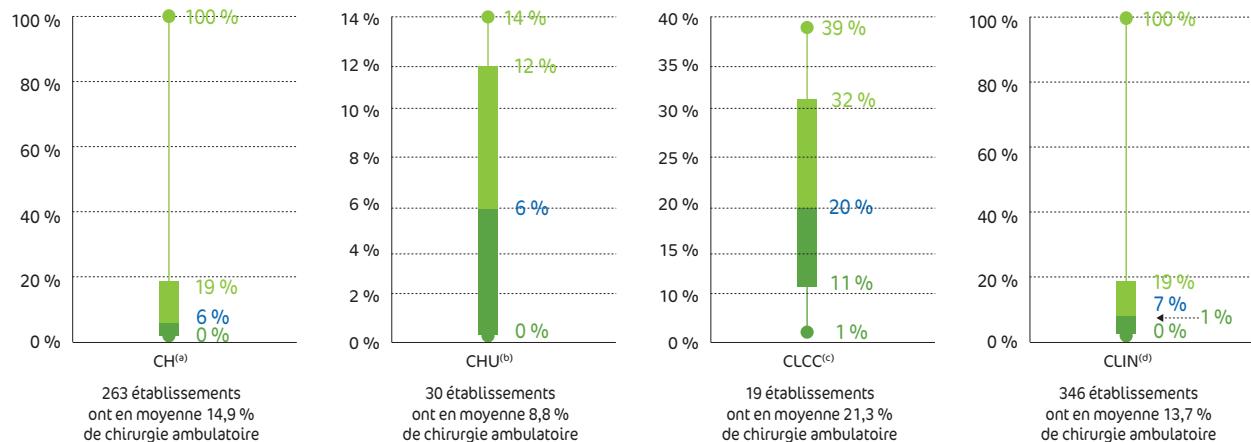
L'évolution des modes de prise en charge vers l'ambulatoire

En 2012, 15,4 % des femmes opérées pour un cancer du sein ont bénéficié d'une chirurgie ambulatoire.

Ce taux national recouvre une dynamique contrastée selon les régions, avec des taux de chirurgie ambulatoire variant de 9,8 à 71,6 %, et selon les types d'établissements (Figure 43 page suivante).

**Figure 43 –**

Distribution du taux de chirurgie ambulatoire selon la catégorie d'établissements en 2012



(a) CH : centres hospitaliers

(b) CHU : centres hospitaliers universitaires

(c) CLCC : centres de lutte contre le cancer

(d) CLIN : cliniques

Lecture : ces boîtes à moustaches permettent d'obtenir une vision rapide de l'activité par typologie d'établissements.
Les chiffres de bas en haut représentent respectivement : le 5^e percentile, le 1^{er} quartile (seulement pour les CLCC et les cliniques), la médiane, le 3^e quartile et le 95^e percentile.

Sources : Atih (PMSI 2012) et Cnamts (Sniiram), traitements Cnamts

Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ont le positionnement le plus fort en matière de chirurgie ambulatoire avec un taux moyen de chirurgie ambulatoire de 21,3 %, une médiane à 20 % et un 3^e quartile à 32 %. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) ont le taux moyen de chirurgie ambulatoire le plus faible à 8,8 %, avec une médiane à 6 % et un 3^e quartile à 12 %. Les centres hospitaliers (CH) et cliniques ont peu développé la chirurgie ambulatoire, leurs taux moyens en chirurgie ambulatoire sont respectivement de 15 et 14 %.

En 2012, le seul geste marqueur « QEFA004 » (tumorectomie du sein) a un taux de chirurgie ambulatoire de 53,8 %.

En 2014, dans le cadre des incitations tarifaires pour le développement de la chirurgie ambulatoire, sept groupes homogènes de malades (GHM) de chirurgie mammaire ont été concernés par la suppression de bornes basses.

Le potentiel de chirurgie ambulatoire pour le cancer du sein est estimé à 50 % à l'horizon 2020.

D'autres évolutions viendront renforcer ce déplacement des soins hospitaliers vers l'ambulatoire :

- la réduction du nombre de séances de radiothérapie grâce à des techniques plus performantes : hypofractionnement, radiothérapie per opératoire ;
- les évolutions concernant la chimiothérapie, qui permettront de plus en plus au patient d'être soigné chez lui grâce au développement des traitements oraux. La proportion de traitements médicamenteux par voie orale pourrait passer des 25 % actuels à 50 %, et les chimiothérapies intraveineuses diminuer de 25 %²⁹.

29. Étude « Unicancer : quelle prise en charge des cancers en 2020 ? », 2013.

2.6 La dépression et les troubles anxieux

7,3 millions d'assurés sont concernés par les soins de santé mentale

En 2012, on compte 7,3 millions de personnes ayant eu des soins en rapport avec la santé mentale, pour un total de 22 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie. Le champ de la santé mentale recouvre toutefois des réalités très différentes en termes de sévérité de la pathologie, de modes de prise en charge et de coût. On peut distinguer, d'une part, les patients ayant pu être identifiés comme souffrant d'une pathologie psychiatrique proprement dite (à partir d'un code diagnostic d'affection de longue durée – ALD – psychiatrique ou d'hospitalisation) et, d'autre part, les patients qui consomment régulièrement des psychotropes (plus de trois délivrances dans l'année) mais sans qu'un code diagnostic de pathologie n'ait pu être identifié dans le Sniiram³⁰.

Le premier groupe concerne seulement un quart des patients, soit 1,7 million, mais ceux-ci ont un recours aux soins très important, tout particulièrement aux soins hospitaliers en psychiatrie. En 2012, 355 000 patients sont identifiés comme souffrant, par exemple, de troubles psychotiques (Figure 44 page suivante). Cette pathologie qui concerne plutôt des jeunes (deux tiers ont moins de 55 ans) conduit à une dépense remboursée de plus de 5 milliards d'euros, dont 80 % sont des soins hospitaliers. Plus nombreux, les patients identifiés comme souffrant de troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles dépressifs) sont 753 000 et induisent une dépense de plus de 4 milliards d'euros, dont 50 % sont des soins hospitaliers et 25 % des prestations en espèces.

Au total, les pathologies psychiatriques identifiées (hospitalisation, ALD) induisent deux tiers des dépenses remboursées dans le champ de la santé mentale (14,6 milliards d'euros), dont 10 milliards d'euros de soins hospitaliers.

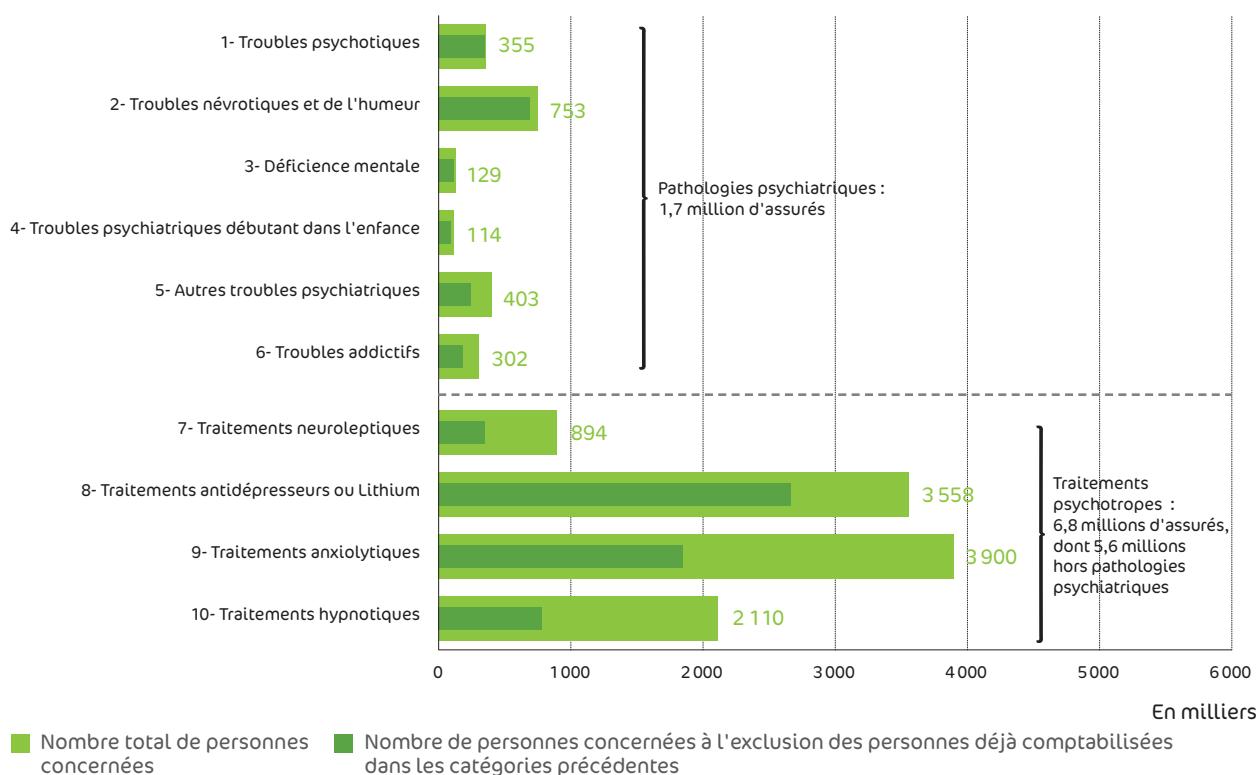
Le second groupe (identifié par sa consommation de psychotropes, hors pathologies psychiatriques identifiées) rassemble les trois quarts des effectifs (5,6 millions). Ces patients sont plus âgés (deux tiers ont plus de 55 ans), sont plus souvent des femmes (68 %) et induisent une dépense dans le champ de la santé mentale de l'ordre de 7,4 milliards d'euros. Parmi ces dépenses, 35 % sont des prestations en espèces, 22 % des remboursements de médicaments et 17 % des remboursements de soins de médecins.

Les principaux postes de dépenses de santé mentale sont ainsi, d'une part, les soins hospitaliers (38 %), dont l'importance est liée à la sévérité des pathologies prises en charge (schizophrénie, déficience mentale, trouble bipolaire), et d'autre part, des prestations en espèce (20 %) et des remboursements des médicaments (12 %), dont les montants élevés sont davantage liés au nombre important de patients concernés (Figure 45 page suivante).

³⁰. Dans l'ensemble de cette partie sur la santé mentale, on fera référence aux pathologies psychiatriques quand celles-ci ont pu être identifiées à travers le code diagnostic d'une ALD psychiatrique ou d'une hospitalisation pour un motif psychiatrique survenu dans l'année en cours ou l'année précédente, que ce soit dans le PMSI MCO ou le PMSI psychiatrique. Les consommateurs réguliers de médicaments psychotropes sont, quant à eux, ceux qui se sont vu délivrer au moins trois fois des médicaments psychotropes dans l'année, mais n'ont pas de prise en charge par ALD ou d'hospitalisation dans les deux ans avec un code diagnostic de pathologie psychiatrique.

Figure 44 –
Répartition des effectifs dans le champ de la santé mentale en 2012

En milliers

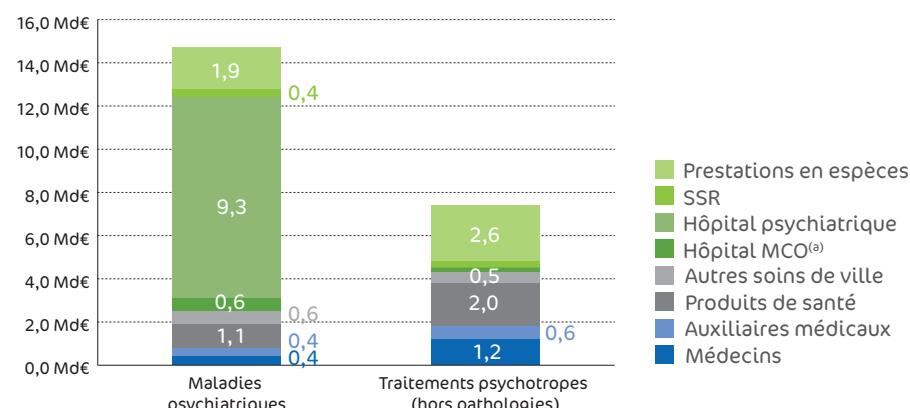


Lecture : les histogrammes vert clair représentent le décompte de tous les patients de la catégorie mentionnée sachant qu'il peut y avoir des doubles comptes entre plusieurs catégories. Par exemple, un patient peut être à la fois compté dans la catégorie 2 (troubles névrotiques et de l'humeur), mais aussi dans la catégorie 8 en tant que consommateur régulier d'antidépresseurs et dans la catégorie 9. Les histogrammes vert foncé représentent le décompte des patients de la catégorie mentionnée à l'exclusion de tous les patients comptés dans les catégories précédentes. Par exemple, on compte 2,7 millions d'assurés dans la catégorie 8 qui ne sont dans aucune des catégories numérotées de 1 à 7.

Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)

Figure 45 –
Répartition des dépenses dans le champ de la santé mentale en 2012

En milliards d'euros



(a) MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2012)

Une utilisation large des antidépresseurs

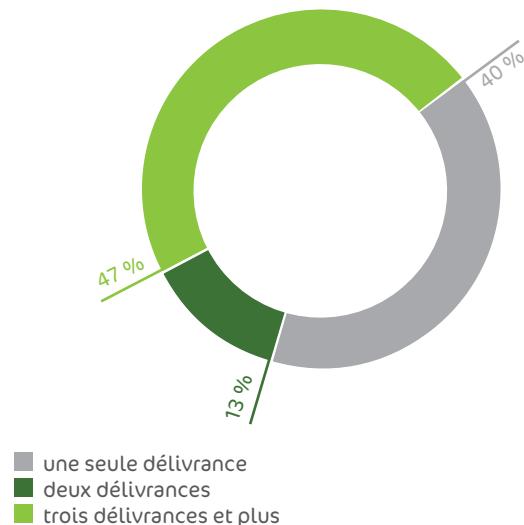
En France, les antidépresseurs sont privilégiés dans la prise en charge de la dépression. Une étude récente de la Drees³¹ a ainsi montré qu'ils sont proposés par deux tiers des médecins généralistes. Les antidépresseurs sont en effet conseillés par les dernières recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)³² (datant de 2002). Dans la prise en charge des épisodes dépressifs d'intensité légère à modérée, ainsi que modérée et sévère.

Ils sont également indiqués dans la prise en charge des troubles anxieux, des paniques et des troubles obsessionnels compulsifs. Au total, leur consommation représente une dépense de 560 millions pour l'Assurance Maladie en 2012.

Les données de recours aux soins de l'assurance maladie semblent toutefois montrer un usage non optimal de ces médicaments. Alors que la HAS et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)³³ recommandent une durée de traitement d'au moins six mois et un arrêt progressif, plus de la moitié des nouveaux patients (régime général) qui ont débuté un traitement antidépresseur en 2011 n'ont eu qu'une à deux délivrances d'antidépresseurs (correspondant à un ou deux mois de traitement³⁴ – Figure 46).

Ces écarts entre les durées de traitement recommandées et observées peuvent en partie s'expliquer par l'abandon du traitement, spontané ou à la suite d'effets indésirables, mais aussi par la complexité dans l'établissement du diagnostic de la

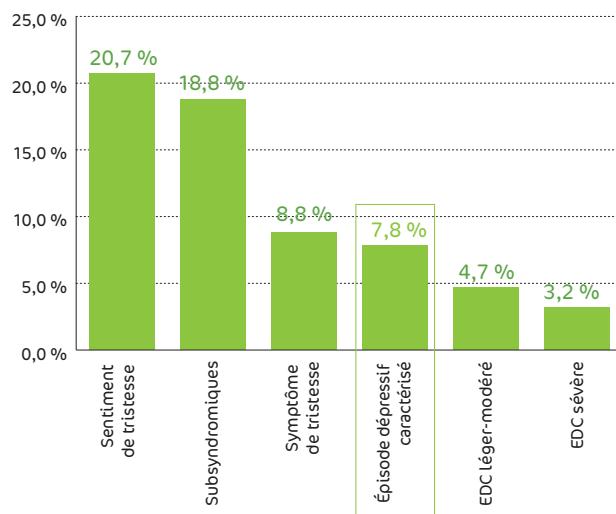
Figure 46 -
Nombre de délivrances d'antidépresseurs chez les patients initiant un traitement en 2011



Champ : régime général hors SLM - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

dépression. En effet, de nombreuses personnes présentent certains symptômes sans avoir toutes les caractéristiques cliniques de l'épisode dépressif, comme l'indiquent les résultats du baromètre santé³⁵ (Figure 47). Une enquête récente sur la prescription par les médecins généralistes en Champagne-Ardenne³⁶ montre à cet égard que 55 % des patients sous antidépresseurs ne présentaient pas toutes ces caractéristiques. La difficulté à différencier la dépression des symptômes ou sentiments de tristesse peut conduire à des prescriptions non appropriées.

Figure 47 –
Prévalence des troubles et symptômes dépressifs



Source : Inpes (enquête Baromètre santé 2005)

De même, le guide de bon usage des antidépresseurs de l'ANSM recommande un suivi rapproché du patient après l'instauration du traitement, l'ANSM conseillant de revoir le patient quelques jours après la prescription, puis à 2 semaines pour évaluer le risque suicidaire, la tolérance et l'observance. Or, on observe que le délai moyen entre le début d'un traitement antidépresseur et la consultation suivante est de 54 jours (médiane à 28 jours) chez les médecins généralistes (qui initient 90 % des traitements).

Enfin, les pratiques en matière de prescription sont très hétérogènes sur le territoire, le taux d'instauration de traitement variant du simple au double d'un département à l'autre (Figure 48 page suivante). On peut noter que les départements présentant les plus forts taux d'initiation de traitement sont souvent ceux pour lesquels la part des arrêts après un ou deux mois est la plus élevée.

Il semble donc que les antidépresseurs ne soient pas toujours prescrits de façon efficiente du fait d'un diagnostic et/ou d'un suivi insuffisant. La question de la pertinence de la

31. Dumesnil et al, *La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville*, Études et résultats, Drees, septembre 2012.

32. Anaes, Recommandations pour la pratique clinique, *Prise en charge de l'épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*, mai 2002.

33. Afssaps, *Mise au point, Bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte*, avril 2005 ; Afssaps, *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte*, Recommandations, octobre 2006.

34. Les délivrances d'antidépresseurs sont essentiellement des boîtes destinées à un traitement d'un mois (ou quatre semaines).

35. Enquête Baromètre santé, Inpes, 2005.

36. Rombi J., *Enquête sur la prescription des antidépresseurs par les médecins généralistes en région Champagne-Ardennes*, thèse de doctorat en médecine, 2009.

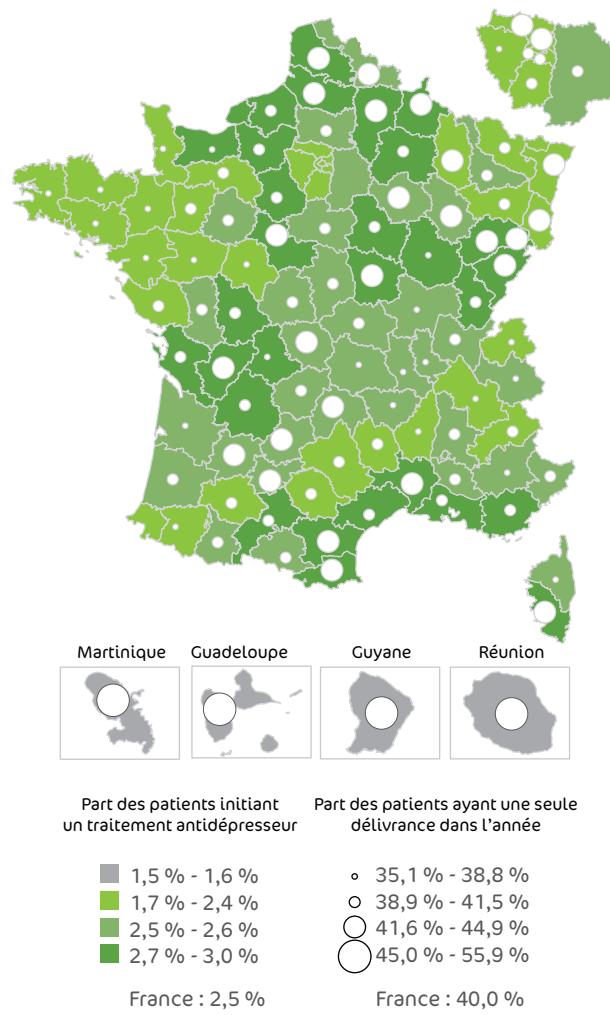


prescription est encore accentuée par les débats sur l'efficacité dans la prise en charge des dépressions légères et modérées. Des publications semblent en effet montrer que pour les dépressions les moins sévères, ces médicaments ne font pas mieux que le placebo³⁷. Au Royaume-Uni, le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) recommande d'ailleurs en première intention des thérapies non médicamenteuses pour le traitement des formes légères et modérées. Ces guidelines (2009) sont toutefois plus récentes que les dernières recommandations françaises (2002).

Figure 48 –

Pourcentage de patients initiant un traitement antidépresseur et de patients n'ayant qu'une seule délivrance dans l'année

En 2011 - Taux standardisés



Champ : régime général hors SLM - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

Un recours aux soins spécialisés qui paraît insuffisant pour les patients ayant été hospitalisés ou en arrêt de travail long (6 mois ou plus) pour dépression

L'analyse des parcours de soins des patients souffrant de dépression ou de troubles anxieux donne à penser que leur suivi est insuffisant dans certaines circonstances.

Ainsi, 45 % des patients hospitalisés pour troubles anxieux ou pour autres troubles de l'humeur³⁸ n'ont pas consulté de médecin généraliste libéral dans le mois suivant l'hospitalisation ; la grande majorité d'entre eux (80 à 90 %) n'ont pas consulté de psychiatre, que ce soit en médecine libérale ou de secteur. Or 10 à 15 % de ces patients seront réhospitalisés en urgence pour motif psychiatrique dans l'année qui suit leur sortie et les données montrent qu'à caractéristiques identiques, le fait de consulter un psychiatre libéral dans le mois suivant la sortie de l'hôpital est associé à un risque moindre d'être réhospitalisé³⁹.

À l'étranger (aux États-Unis et en Allemagne notamment), des programmes de transition ont été initiés entre l'hôpital et la ville pour assurer la continuité des soins et tenter de prévenir des réhospitalisations évitables, notamment **en prenant rendez-vous avec un psychiatre avant même la sortie du patient de l'hôpital**.

De même, il est frappant de constater que 32 % des personnes en arrêt de travail de plus de six mois pour dépression n'ont pas consulté de psychiatre libéral et n'ont pas été hospitalisées pour motif psychiatrique dans l'année précédent ou suivant leur arrêt. Toutefois, certaines personnes peuvent avoir bénéficié de consultations hospitalières ou en centres médico-psychologiques (CMP) (non tracées dans le système d'information). En 2011, 84 000 patients étaient concernés par un arrêt de plus de six mois pour dépression, dont 34 000 (41 %) nouveaux patients. Or, les arrêts longs constituent un risque de désinsertion professionnelle, préjudiciable pour la santé psychologique et le bien-être de l'individu.

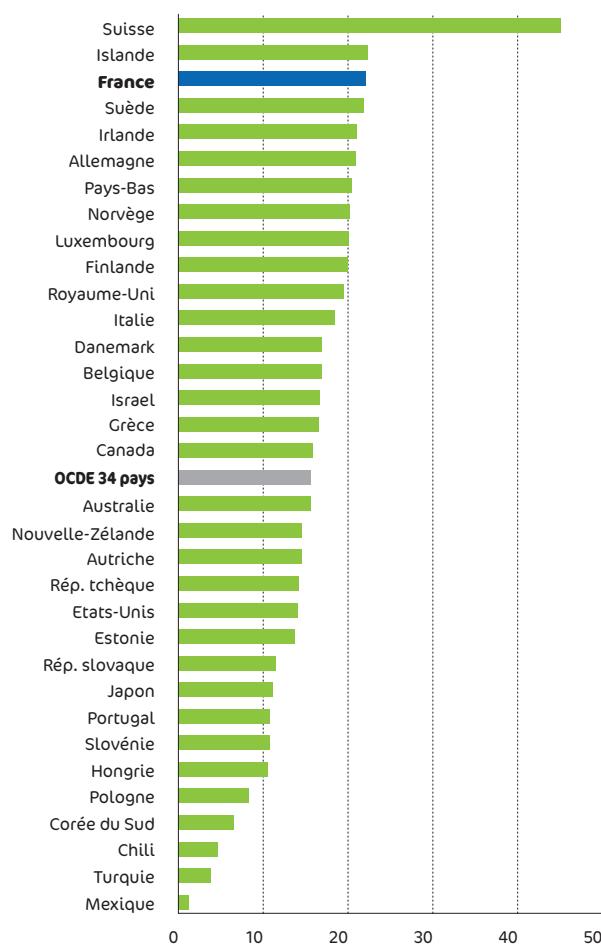
- 37. Kirsch I. et al, *Initial severity and antidepressant benefits : a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration*, PLoS Med 2008; Fournier J., De Rubeis R., Hollon S., Dimidjian S., Amsterdam J., Shelton R., Fawcett J., *Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis*, JAMA, 2010; Barbui C. et al, *Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression : systematic review and meta-analysis*, British Journal of Psychiatry, 2011.
- 38. Les autres troubles de l'humeur regroupent les épisodes maniaques, les épisodes dépressifs, les troubles dépressifs récurrents, les troubles de l'humeur (affectifs) persistants, les autres troubles de l'humeur (affectifs) et les troubles de l'humeur (affectifs) sans précision ; à l'exception des troubles bipolaires.
- 39. L'étude a porté sur 61 938 patients sortis d'une hospitalisation temps plein pour motif psychiatrique au quatrième trimestre 2010 et suivis pendant un an, dont 14 880 (24 %) pour autres troubles de l'humeur et 8 325 (13 %) pour troubles anxieux.

Des différences importantes en termes d'activité et de répartition des psychiatres

Avec 14 000 psychiatres dont 6 300 libéraux, la France dispose d'une **densité de psychiatres parmi les plus élevées des pays de l'OCDE** (Figure 49). La plus faible densité de psychiatres dans d'autres pays est parfois compensée par l'intervention d'autres professionnels de santé (infirmières spécialisées en psychiatrie et psychologues notamment). En Suisse, où la densité de psychiatres est près de deux fois supérieure, c'est l'ensemble de l'offre en santé mentale qui a fortement augmenté depuis les années 1980⁴⁰. La dotation en psychiatres des cantons est par ailleurs très inégale.

Figure 49 –
Densité de psychiatres pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE

En 2011



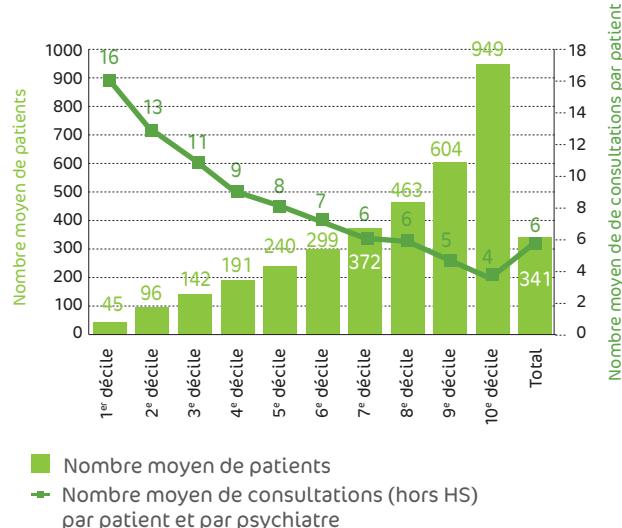
Source : OCDE (Panorama de la santé 2013)

Les disparités sur le territoire sont relativement importantes, tout particulièrement pour les médecins libéraux, avec des densités élevées dans les grands centres urbains (Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Toulouse) et dans le Sud de la France. Les psychiatres salariés permettent de rééquilibrer les densités territoriales, mais il demeure toutefois un déficit d'offre dans les départements les plus ruraux. Ces déséquilibres ne sont pas sans conséquence sur l'activité même des psychiatres. À titre d'exemple : les psychiatres libéraux parisiens, dont la densité est de 60 pour cent mille habitants, ont en moyenne 253 patients dans l'année, alors que les psychiatres du Puy-de-Dôme (10 pour cent mille) voient en moyenne 939 patients par an.

On observe ainsi une **forte disparité dans l'activité et la patientèle des psychiatres libéraux**. Les 10 % de médecins ayant le plus de patients (950 en moyenne) réalisent 4 consultations remboursées en moyenne par patient par an (Figure 50). À l'opposé, les médecins présentant la patientèle la moins nombreuse voient leurs patients 16 fois par an en moyenne. Néanmoins, le nombre de consultations ne compense pas le faible nombre de patients suivis : les libéraux exclusifs réalisent en moyenne 9 consultations par jour mais 30 % d'entre eux ne font que 5 consultations remboursées par jour. Cette faible activité remboursée s'accompagne parfois de dépassements élevés (60 % des psychiatres parisiens sont en secteur 2, contre 31 % en moyenne nationale).

Figure 50 –
Répartition des consultations des psychiatres libéraux par décile de patients en 2013

Hors honoraires de surveillance (HS)



Lecture : les 10 % de psychiatres ayant le moins de patients ont 45 patients en moyenne et chacun de ces patients consulte 16 fois par an en moyenne.

Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnamts (Sniiram)

40. Observatoire suisse de la santé.



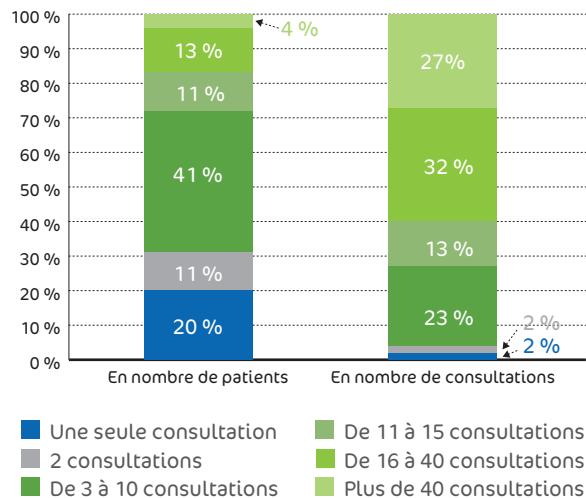
Une activité remboursable des psychiatres libéraux concentrée sur les patients récurrents

Environ 1,4 million de personnes a eu recours à un psychiatre libéral au moins une fois en 2012, soit 2,4 % des assurés du régime général (y compris SLM). 24 % de cette patientèle sont des assurés souffrant d'une pathologie psychiatrique identifiée par un code diagnostic (ALD, hospitalisation) et 36 % sont des consommateurs réguliers de psychotropes (au moins trois délivrances, sans pathologie psychiatrique identifiée). A contrario, près de 40 % de la patientèle des psychiatres libéraux n'ont apparemment ni pathologie psychiatrique, ni traitement régulier⁴¹.

En termes d'activité, les psychiatres reçoivent surtout des patients qu'ils voient fréquemment (les trois quarts des consultations des psychiatres libéraux se font avec des patients qui consultent plus de dix fois dans l'année – Figure 51). À l'opposé, les patients ne consultant qu'une ou deux fois ne représentent que 4 % de l'activité annuelle des psychiatres libéraux. Les patients récurrents sont pour 40 % des personnes souffrant de pathologies psychiatriques et pour 35 % des assurés consommant régulièrement des psychotropes (sans pathologie psychiatrique).

Figure 51 –
Répartition de la patientèle et de l'activité des psychiatres libéraux en fonction de la fréquence de consultation de leur patient

En 2012



Lecture : les patients consultant plus de 40 fois un psychiatre en 2012 représentent 4 % de la patientèle totale mais 27 % du total des consultations.

Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

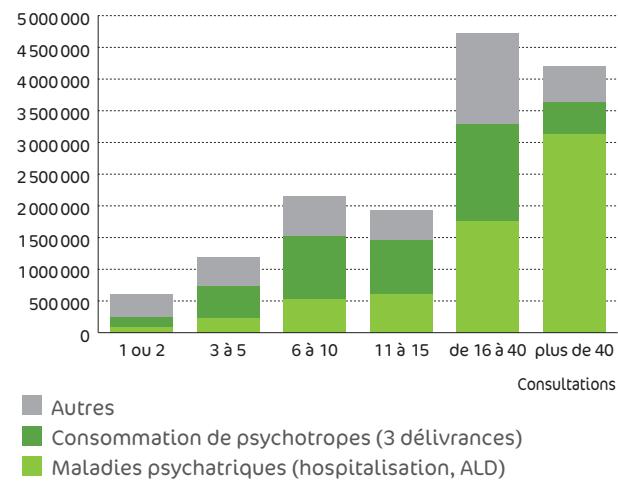
Aux extrêmes, les très longues séries (plus de 40 consultations dans l'année) ne concernent que 4 % des effectifs de patients mais 27 % des consultations des psychiatres libéraux. Deux tiers de ces patients sont en ALD ou ont été hospitalisés dans les deux ans pour des motifs psychiatriques (essentiellement pour trouble dépressif); le tiers restant est constitué de patients traités par psychotropes (16 %) ou autres (17 % – Figure 52).

Ainsi, le recours aux psychiatres libéraux concerne une partie relativement limitée des patients identifiés dans la cartographie sur la santé mentale (12 % des 7,3 millions de personnes). Que ce soit pour des pathologies sévères ou apparemment plus modérées, leur activité est en effet résolument tournée vers le suivi de patients récurrents (plus de dix consultations), dont une part non négligeable est suivie au long cours (plus de 40 consultations). Au-delà de la prise en charge des patients les plus lourds nécessitant un suivi rapproché, il est vraisemblable qu'une part significative des soins remboursés pour les patients récurrents relève de la psychothérapie.

En revanche, les consultations ponctuelles (une ou deux consultations) visant à confirmer des diagnostics ou faire le bilan de prise en charge, si elles représentent presque un tiers de leur patientèle, ne génèrent que 4 % de leur activité.

En Australie, le programme « Better Access to Mental Health Care », introduit en 2006, a fait de l'accès aux soins de psychiatres un de ses principaux axes d'action pour renforcer la qualité et l'efficience des soins en santé mentale. Les mesures ont visé principalement à inciter les psychiatres à voir plus de nouveaux patients afin d'augmenter la qualité des diagnostics et évaluer précisément la sévérité des épisodes dépressifs caractérisés.

Figure 52 –
Répartition des consultations de psychiatres libéraux en fonction de la fréquence de consultation de leur patient et de leur pathologie



Lecture : 3,1 millions de consultations émanent de patients souffrant de pathologies psychiatriques et consultant plus de 40 fois le psychiatre dans l'année.

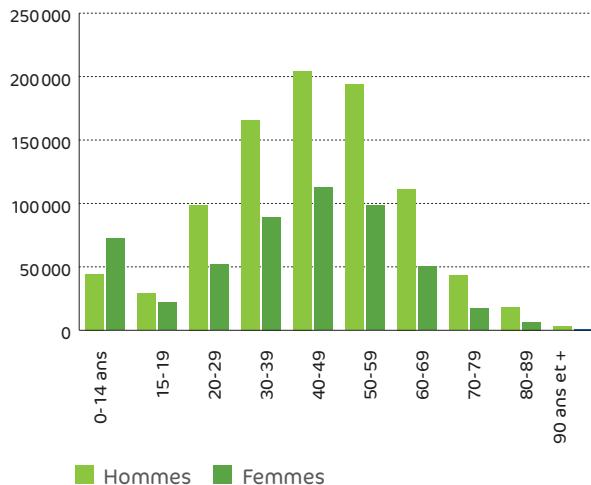
Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

⁴¹. Rappelons qu'il s'agit des pathologies que l'on peut identifier dans les bases de données à partir des diagnostics posés en cas d'hospitalisation ou d'ALD.

Figure 53 –

Répartition des patients des psychiatres libéraux selon leur classe d'âge et leur sexe

En 2012



Note : les psychiatres libéraux ont une patientèle relativement jeune (43 ans en moyenne) et majoritairement féminine (64 %).

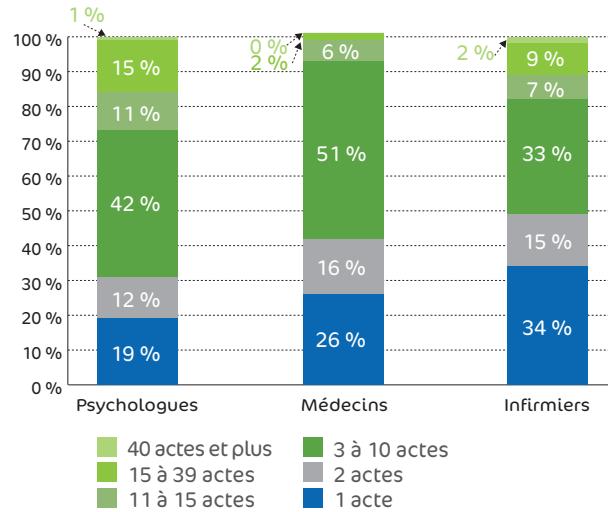
Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

Entre l'hôpital et la prise en charge des médecins libéraux, les 3 800 CMP et les autres structures ambulatoires de secteur⁴² proposent une prise en charge pluridisciplinaire en ambulatoire. Les patients sont pris en charge par des infirmiers (qui assurent 38 % de l'activité), des médecins (30 %), des psychologues (19 %) et d'autres professionnels (assistant social, personnel de rééducation,...). Les patients qui le souhaitent peuvent y accéder directement (et sans avance de frais). Les médecins généralistes sont toutefois peu nombreux (6 %) à adresser leurs patients vers un CMP⁴³. 1,9 million d'assurés y a eu recours en 2012, dont 600 000 pour troubles névrotiques et de l'humeur et près de 200 000 pour troubles psychotiques.

Figure 54 –

Répartition par intervenant (psychologues, médecins et infirmiers) du nombre de patients, en fonction de leur fréquence d'acte, en centre médico-psychologique

En 2012



Champ : tous régimes - France entière
Source : Atih (RIM-P 2012), traitements Cnamts

Comme le souligne le rapport de la Cour des comptes⁴⁴, si l'accès territorial ne pose pas de difficulté en raison d'une proximité relativement raisonnable, il est souvent entravé par des délais d'attente avant un premier rendez-vous. Selon une enquête nationale de la Drees⁴⁵, les délais d'attente minimum pour un premier rendez-vous en CMP avec un médecin atteignent plus de deux semaines dans 70 % des cas.

42. Consultations externes, interventions à domicile, établissements pénitentiaires...

43. Dumesnil et al, La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, Études et résultats, Drees, septembre 2012.

44. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010, Cour des comptes, décembre 2011.

45. Enquête nationale (Rapsy - rapport d'activité de la psychiatrie) réalisée en 2009 par la Drees auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie en 2008.



La nécessité d'une meilleure pertinence des soins et d'un ajustement de l'offre aux besoins

La question de la pertinence des soins délivrés reste un enjeu majeur : il s'agit à la fois de promouvoir un juste accès pour tous à des soins de qualité, d'éviter les traitements ou les actes inutiles, porteurs de risques pour les patients, et d'allouer les ressources à des soins qui présentent un réel bénéfice pour la population.

Au-delà de la pertinence d'actes diagnostiques et thérapeutiques spécifiques ou de prescriptions médicamenteuses

(Parties 3.1 à 3.3), c'est aussi d'un usage judicieux des différentes ressources du système que peuvent venir les gains d'efficience nécessaires pour offrir des soins de qualité à tous en maîtrisant la progression des dépenses : utilisation des différents niveaux de plateaux techniques (hospitalisation, hospitalisation à domicile – HAD –, soins ambulatoires), mais aussi des ressources humaines, ce qui renvoie aux problèmes de démographie des professions de santé (Parties 3.4 et 3.5).

3.1 La pertinence des actes chirurgicaux

Des démarches qui se développent

L'Assurance Maladie a commencé à travailler sur des questions relatives à la pertinence de la chirurgie il y a une dizaine d'années (avec une première initiative sur la chirurgie de l'obésité en 2003) et des démarches ont été développées depuis, articulant l'action du ministère de la Santé, des agences régionales de santé (ARS), de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Assurance Maladie :

- des référentiels ont été progressivement publiés par la HAS depuis 2012 sur les indications opératoires d'un certain nombre d'actes (appendicectomie, chirurgie du canal carpien, césarienne, cholécystectomie, amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie chez l'enfant), d'autres sont en cours d'élaboration ;
- un guide méthodologique a été publié par la direction générale de l'offre de soins en 2013 pour préconiser des démarches régionales auprès des professionnels ;
- la Cnamts a développé et testé des outils de ciblage afin de repérer les établissements atypiques et de proposer une mise en œuvre graduée des actions.

Cette méthodologie de ciblage est fondée sur l'utilisation d'un faisceau d'indicateurs dont la combinaison alerte sur la possibilité qu'une partie des actes pratiqués ne soient pas pertinents. Les premiers travaux ont porté sur l'appendicectomie et la chirurgie du canal carpien, interventions fréquentes pour lesquelles les analyses en régions avaient mis en évidence des établissements atypiques.

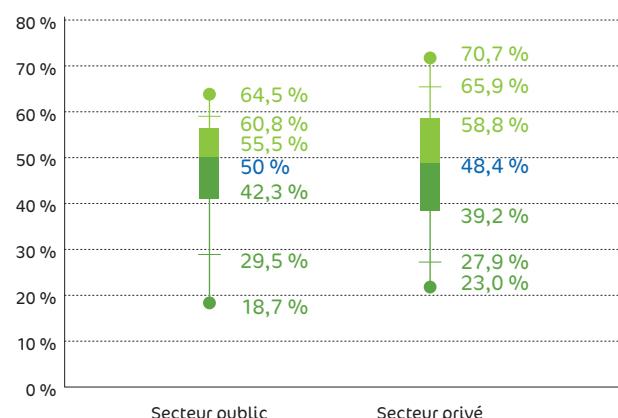
Ces indicateurs présentent l'avantage d'être facilement mobilisables au travers des bases de données disponibles⁴⁶. Pour l'appendicectomie, par exemple, ils comprennent la part des appendicectomies, dans l'activité de chirurgie digestive et l'évolution de cette activité dans les dernières années, la part des patients de moins de 20 ans, la répartition hommes/femmes, la part des appendicectomies sans complications de niveau 1 et la durée de séjour, le programme opératoire hebdomadaire (pour détecter des concentrations sur certains jours de la semaine, s'agissant d'actes qui sont normalement réalisés en urgence) et la réalisation d'explorations diagnostiques avant l'interven-

tion. Pour la chirurgie du canal carpien, ont été retenues en première approche l'évolution de l'activité, la part des 65 ans et plus, la part de ces interventions dans l'activité d'orthopédie, la part des patients ayant eu un électromyogramme (EMG) et des traitements conservateurs.

Ces faisceaux d'indicateurs se sont révélés très discriminants entre établissements – voir ci-dessous l'exemple de l'indicateur « part des patients de moins de 20 ans » (Figure 55), et l'analyse de leur distribution a permis de définir des seuils d'alerte.

Figure 55 –

Appendicectomies : distribution des établissements sur l'indicateur « part des patients de moins de 20 ans »



Lecture : les chiffres de bas en haut représentent respectivement le 5^e percentile, le 10^e percentile, le 1^{er} quartile, la médiane, le 3^e quartile, le 90^e percentile et le 95^e percentile.

Champ : données 2012 - France entière
Source : Cnamts (PMSI, Sniram)

⁴⁶. Ces indicateurs de ciblage ont été élaborés à partir des diagnostics faits en régions en 2009, d'une analyse statistique et des avis d'experts du conseil scientifique de la Cnamts.



Une approche confortée par les tests sur dossiers médicaux

À partir de ces résultats, les établissements ont été classés en trois groupes selon le niveau d'alerte, le niveau A ne présentant aucune alerte et le niveau C étant *a contrario*

une cible prioritaire (Tableau 20). Un exemple est donné ci-dessous pour l'appendicectomie :

Tableau 20 –
Répartition des établissements en fonction du score de risque de non pertinence

SEGMENTS DU CIBLAGE	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS PAR SEGMENT DE CIBLAGE « APPENDICECTOMIE »		
	Segment A	Segment B	Segment C
TOTAL 2013	274	258	29
(2012)	(241)	(280)	(33)
PART RELATIVE DES SEGMENTS EN 2013	48,8 %	50,6 %	5,2 %
(2012)	(43,5 %)	(50,5 %)	(6,0 %)

Champ : France entière

Sources : Atih (PMSI MCO 2012 et 2011) et Cnamts (Sniram)

Les tests menés en 2013 confirment la pertinence de ce faisceau d'indicateurs.

Pour un échantillon de patients opérés dans des établissements des segments A et C, des médecins conseil sont retournés aux dossiers médicaux pour vérifier le respect des référentiels de la HAS parus en juin et septembre 2012.

L'algorithme utilisé a combiné des éléments témoignant :

- de la pertinence *a priori*: douleur abdominale et présence de la triade de la HAS (défense abdominale, hyperleucocytose $\geq 10000/\text{ml}$, CRP $> 8 \text{ mg/l}$), ou douleur abdominale et triade incomplète si un examen réalisé est contributif (échographie abdominale, scanner, IRM, cœlioscopie);
- de la pertinence *a posteriori*, si l'atteinte inflammatoire était jugée irréversible, d'après le compte rendu opératoire et le compte rendu histologique⁴⁷.

Globalement, dans un nombre non négligeable de cas, les recommandations de la HAS ne sont pas respectées :

- chez les patients ne présentant aucun signe de la triade, près de 50 % ont été opérés sans examen d'imagerie préopératoire, alors que dans ces cas, la HAS recommande une surveillance (faible probabilité);
- chez les patients présentant la triade incomplète (un ou deux signes), près de 35 % n'ont pas eu d'examen d'imagerie préopératoire alors que dans ces cas, la HAS recommande de réaliser un examen d'imagerie diagnostique (probabilité intermédiaire);
- chez les patients présentant les trois signes de la triade, plus de 75 % ont eu un (ou deux) examens d'imagerie préopératoires (80 % chez les femmes et 72 % chez les hommes), alors que pour ces derniers, la HAS ne recommande pas d'examen d'imagerie préopératoire (forte probabilité).

Néanmoins, il faut souligner que les recommandations sont parues à la fin de l'année d'étude des dossiers et que, d'autre part, ces résultats sont entachés d'un biais lié au défaut de traçabilité des signes préopératoires ou des examens d'imagerie préopératoire dans un certain nombre de dossiers médicaux incomplets.

Le taux de pertinence global retrouvé sur l'échantillon global de dossiers, tel que défini à partir des critères ci-dessus, est de 73,2 % ; le taux de pertinence *a priori* est plus faible (54,6 %). Il faut souligner que ce résultat ne reflète en rien la situation nationale, l'échantillon n'ayant pas vocation à être représentatif puisqu'il s'agissait de tester la validité des indicateurs de ciblage. Précisément, de ce point de vue, le taux de pertinence est significativement différent entre les segments A et C, ce qui conforte la validité du faisceau d'indicateurs, qui peuvent bien être utilisés comme « clignotants » signalant potentiellement des comportements atypiques, et de manière plus large pour alimenter des retours d'information sur la situation des différents établissements (Tableau 21 page suivante).

Il faut souligner cependant qu'il existe de très fortes disparités au sein des catégories. Globalement, sur l'ensemble des établissements inclus dans l'échantillon, le taux de pertinence « globale » varie de 24 % à 100 %, le taux de pertinence « *a priori* » de 0 % à 98 %.

47. Forme irréversible macroscopique : appendicite suppurée, abcédée, phlegmoneuse, gangrénouse, forme tumorale.

Forme irréversible microscopique, selon la classification d'Arc et Arcu : groupe I (formes aiguës typiques), groupe II (formes graves) et groupe V (formes tumorales ou pseudo tumorales). En cas de doute, les atteintes inflammatoires limitées à la muqueuse et la sous-muqueuse ont été classées en formes réversibles.

Tableau 21 –
Taux de pertinence selon le segment

	SEGMENT A	SEGMENT C	ENSEMBLE
TAUX DE PERTINENCE GLOBALE	89,1	55,6	73,2
TAUX DE PERTINENCE A PRIORI	74,6	32,4	54,6

Champ : établissements testés, dossiers 2012

Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

Une estimation d'un potentiel de réduction du nombre de séjours

Pour cinq interventions chirurgicales (chirurgie du canal carpien, appendicectomie, cholécystectomie, thyroïdectomie, amygdalectomie) dont la pertinence peut parfois être questionnée, les taux de recours régionaux (standardisés sur la structure démographique) varient dans des proportions plus ou moins importantes selon les actes (fourchette de 1 à 1,2 pour l'appendicectomie, la cholécystectomie, la thyroïdectomie ; de 1 à 1,3 pour le canal carpien ; de 1 à 1,4 pour les amygdalectomies).

Si toutes les régions aujourd'hui au-dessus du taux moyen rejoignaient ce taux, cela représenterait une diminution de 33 000 séjours (Tableau 22), représentant un coût estimé de l'ordre de 43 millions d'euros.

Tableau 22 –
Diminution du nombre de séjours dans l'hypothèse où les régions dont le taux de recours est supérieur à la moyenne nationale rejoindraient ce niveau

THÈME	NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES
CHIRURGIE DU SYNDROME DU CANAL CARPIEN	14 703
APPENDICECTOMIE	4 178
THYROÏDE	3 779
CHOLÉCYSTECTOMIE	3 882
AMYGDALECTOMIE	6 750
TOTAL GÉNÉRAL	33 292

Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts



3.2 La pertinence des actes diagnostiques

Une croissance rapide des actes d'IRM

L'imagerie est, avec les actes techniques médicaux, le poste qui contribue le plus à l'évolution des dépenses de soins techniques des médecins (relevant de la classification commune des actes médicaux – CCAM).

Sur le total des 8 milliards d'euros remboursés en 2013 au titre de la CCAM, près de la moitié concernent des actes d'imagerie, qui contribuent pour plus d'un tiers à la croissance totale (Tableau 23). À elle seules, les échographies

et les IRM représentent un quart de la dépense totale, et la progression des dépenses liées à ces deux types d'actes est soutenue :

- les échographies progressent de 4,5 % en nombre d'actes et de 4,3 % en montants remboursés. Cette augmentation est notamment due aux échographies cardiaques qui évoluent de 4,9 % en volume et de 6,2 % en montants ;
- les IRM augmentent de 9,1 % en nombre d'actes et de 5,8 % en remboursements.

Tableau 23 –

Activité libérale cotée en CCAM : évolution du nombre d'actes et des dépenses en 2013

	ACTES ^(a)			MONTANT REMBOURSÉ ^(b)			CONTRIBUTION À LA CROISSANCE
	NOMBRE	EN %	ÉVOLUTION PAR RAPPORT À 2012	EN MILLIERS D'EUROS	EN %	ÉVOLUTION PAR RAPPORT À 2012	
IMAGERIE	67 842 986	46,3 %	2,0 %	378 1448	46,8 %	2,8 %	1,3
RADIOGRAPHIE	31 990 447	21,8 %	-0,5 %	944 176	11,7 %	0,1 %	0,0
ÉCHOGRAPHIE	26 347 813	18,0 %	4,5 %	1242 942	15,4 %	4,3 %	0,7
SCANOGRAPHIE	47 549 84	3,2 %	0,8 %	578 037	7,1 %	1,1 %	0,1
IRM	326 1712	2,2 %	9,1 %	642 628	7,9 %	5,8 %	0,4
SCINTIGRAPHIE	80 8489	0,6 %	4,8 %	261 804	3,2 %	4,8 %	0,2
AUTRE IMAGERIE	67 9541	0,5 %	-3,2 %	111 860	1,4 %	-1,4 %	0,0
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	63 062 073	43,0 %	5,2 %	239 1837	29,6 %	5,8 %	1,7
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX DIAGNOSTIQUES	44 228 561	30,2 %	5,2 %	124 4930	15,4 %	4,4 %	0,7
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX THÉRAPEUTIQUES	18 833 512	12,9 %	5,1 %	114 6906	14,2 %	7,4 %	1,0
ACCOUCHEMENTS ET ACTES OBSTÉTRICAUX	242 783	0,2 %	-3,4 %	111 603	1,4 %	-2,2 %	0,0
ACTES CHIRURGICAUX	589 7544	4,0 %	3,5 %	156 8904	19,4 %	2,4 %	0,5
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE	9 504 999	6,5 %	4,0 %	233 734	2,9 %	5,1 %	0,1
TOTAL CCAM	146 550 385	100,0 %	3,5 %	808 7525	100,0 %	3,6 %	

(a) Hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) Y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

Champ : tous régimes hors certains régimes spéciaux - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

Sur les 3,3 millions d'IRM réalisées en 2013, plus d'un million sont des IRM du membre inférieur et 830 000 des IRM des os et des articulations du cou et du tronc, dont le nombre a augmenté de 11 % en 2013 (Tableau 24). Les IRM de l'appareil digestif et du membre supérieur, qui représentent ensemble 20 % du total des actes, augmentent également très rapidement.

Cette croissance extrêmement rapide de l'IRM s'accélère encore sur le début de l'année 2014 : sur les trois premiers mois, le nombre d'actes a augmenté de 11,5 %, les dépenses de 9,3 %. Le nombre d'IRM des os et des articulations du cou et du tronc augmente de 13,5 %, celui des IRM de l'appareil digestif de 15,2 % (Tableau 25).

Tableau 24 –
Évolution du nombre d'actes et des dépenses par type d'examen IRM en 2013

	ACTES ^(a)			MONTANT REMBOURSÉ ^(b)			CONTRIBUTION À LA CROISSANCE
	NOMBRE	EN % DU TOTAL CCAM	ÉVOLUTION PAR RAPPORT À 2012	EN MILLIERS D'EUROS	EN % DU TOTAL CCAM	ÉVOLUTION PAR RAPPORT À 2012	
IRM (y compris forfaits techniques)	3 261 712	2,2 %	9,1 %	642 628	7,9 %	5,8 %	0,4
IRM DU MEMBRE INFÉRIEUR	1 005 616	0,7 %	6,7 %	193 107	2,4 %	2,2 %	0,1
IRM DES OS ET DES ARTICULATIONS DU COU ET DU TRONC	829 643	0,6 %	10,9 %	164 159	2,0 %	8,4 %	0,2
IRM DU SYSTÈME NERVEUX	634 986	0,4 %	7,6 %	127 618	1,6 %	5,3 %	0,1
IRM DE L'APPAREIL DIGESTIF	327 695	0,2 %	12,4 %	65 941	0,8 %	9,8 %	0,1
IRM DU MEMBRE SUPÉRIEUR	278 834	0,2 %	11,2 %	54 562	0,7 %	7,0 %	0,0
AUTRES IRM	184 938	0,1 %	11,6 %	37 241	0,5 %	7,0 %	0,0

(a) Hors suppléments, forfaits techniques et anesthésies

(b) Y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

Champ : tous régimes hors certains régimes spéciaux - France entière
Source : Cnamts (Sniram)

Tableau 25 –
Évolution du nombre d'actes et des dépenses par type d'examen IRM au premier trimestre 2014

	ACTES ^(a)			MONTANT REMBOURSÉ ^(b)			CONTRIBUTION À LA CROISSANCE
	NOMBRE	EN % DU TOTAL CCAM	ÉVOLUTION PAR RAPPORT AU PREMIER TRIMESTRE 2013	EN MILLIERS D'EUROS	EN % DU TOTAL CCAM	ÉVOLUTION PAR RAPPORT AU PREMIER TRIMESTRE 2013	
IRM (y compris forfaits techniques)	895 579	2,3 %	11,5 %	207 415	9,5 %	9,3 %	0,9
IRM DU MEMBRE INFÉRIEUR	264 032	0,7 %	6,4 %	59 447	2,7 %	2,3 %	0,1
IRM DES OS ET DES ARTICULATIONS DU COU ET DU TRONC	228 504	0,6 %	13,5 %	53 404	2,4 %	12,4 %	0,3
IRM DU SYSTÈME NERVEUX	173 415	0,4 %	8,5 %	40 840	1,9 %	8,0 %	0,1
IRM DE L'APPAREIL DIGESTIF	92 381	0,2 %	15,2 %	21 923	1,0 %	14,7 %	0,1
IRM DU MEMBRE SUPÉRIEUR	77 310	0,2 %	9,9 %	17 524	0,8 %	5,1 %	0,0
AUTRES IRM	59 937	0,2 %	37,0 %	14 278	0,7 %	35,8 %	0,2

(a) Hors suppléments, forfaits techniques et anesthésies

(b) Y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

Champ : tous régimes hors certains régimes spéciaux - France entière
Source : Cnamts (Sniram)



Un questionnement sur la pertinence des IRM ostéo-articulaires

La fréquence très élevée des actes d'IRM des membres inférieurs pose la question de la pertinence de leurs indications. L'utilisation de l'IRM pour l'exploration des lésions des membres est d'ailleurs très supérieure en France aux moyennes observées en Europe et dans les pays nord-américains : les IRM ostéo-articulaires représentent 40 % des examens en France, 24 % aux États-Unis et au Canada, 25 % en Belgique, 8,2 % en Allemagne.

L'évaluation de l'exploration ostéo-articulaire des membres par IRM par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2012 conclut que l'IRM constitue un examen spécialisé et de seconde ligne d'exploration des membres, devant essentiellement compléter des explorations radiographiques initiales jugées non concluantes. « *S'insérant ainsi surtout dans une démarche diagnostique complexe car en plusieurs temps, l'IRM ne doit être prescrite et réalisée que par des praticiens ayant une expérience particulière en ce domaine.* »

Or l'analyse du parcours de soins des patients ayant une IRM ostéo-articulaire du membre inférieur amène à penser que le généraliste est à l'origine de la demande d'exploration dans plus de la moitié des cas. En effet, même s'il

n'est pas possible d'identifier précisément le prescripteur, une majorité de patients (56 %) n'ont vu que leur généraliste dans le mois et demi précédent l'examen et n'ont eu aucune consultation de rhumatologie, d'orthopédie ou de médecine physique et de réadaptation. Par ailleurs, seuls 40 % des bénéficiaires ayant eu une IRM du membre inférieur prescrite *a priori* par un médecin généraliste sont orientés ensuite vers une consultation spécialisée, majoritairement orthopédique (Tableau 26). À l'inverse, 60 % des patients n'ont pas de prise en charge spécialisée.

L'analyse des autres explorations réalisées avant et après l'IRM ostéo-articulaire montre que les recommandations de la HAS – qui indiquent que ce n'est pas un examen de première intention et qu'il doit être précédé de radiographies qui permettent d'éliminer des diagnostics de lésions osseuses – ne sont pas appliquées : 61 % des bénéficiaires n'ont pas eu de radiographie préalable, et 52 % n'en ont pas eu dans les trois mois précédent ou suivant l'IRM (Tableau 27).

Il y a répétition d'actes d'IRM du membre inférieur pour 6 % des patients et une échographie articulaire a complété le bilan dans 14 % des cas.

Tableau 26 –

Répartition des consultations avant et après la date de l'IRM du membre inférieur

	AVANT L'IRM		TROIS MOIS APRÈS L'IRM	
	EFFECTIF	TAUX	EFFECTIF	TAUX
BÉNÉFICIAIRES AYANT VU UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE	280 566 ^(a)	100 %	228 781	82 %
donc ayant eu une consultation de :				
<i>rhumatologie</i>	12 614 ^(b)	4 %	28 936	10 %
<i>orthopédie</i>	17 094 ^(b)	6 %	77 560	28 %
<i>médecine physique et de réadaptation</i>	2 430 ^(b)	1 %	5 140	2 %

(a) Dans les 45 jours avant l'IRM

(b) Dans les trois mois avant l'IRM

Champ : bénéficiaires ayant eu un examen IRM du membre inférieur entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 juin 2012 (443 242 personnes)

Source : Cnamts (Sniiram)

Tableau 27 –

Réalisation des actes d'imagerie avant et après une IRM du membre inférieur

Rappel de la population de référence : 280 566 bénéficiaires ayant vu un médecin généraliste dans les 3 mois précédent l'IRM

	TROIS MOIS AVANT L'IRM		TROIS MOIS APRÈS L'IRM	
	EFFECTIF	TAUX	EFFECTIF	TAUX
RADIOGRAPHIE DU MEMBRE INFÉRIEUR	109 939	39 %	35 215	13 %
SCANNER DU MEMBRE INFÉRIEUR	3 052	1 %	6 468	2 %
ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE	30 761	11 %	8 986	3 %
IRM DU MEMBRE INFÉRIEUR	3 008	1 %	14 467	5 %

Source : Cnamts (Sniiram)

La réalisation d'actes thérapeutiques en ambulatoire concerne peu de patients (14 %), les actes d'infiltration intra articulaires sans guidage prédominent (Tableau 28). Ils sont réalisés par des médecins spécialistes, rhumatologues ou orthopédistes.

Un très faible taux d'hospitalisation pour pathologies ostéo-articulaires est observé dans les trois mois qui suivent la réalisation d'une IRM du membre inférieur et dans la moitié des cas, il s'agit d'une intervention sur les ménisques (Tableau 28).

Tableau 28 –

Actes thérapeutiques réalisés en ambulatoire et hospitalisations pour pathologies ostéo-articulaires dans les trois mois avant et après une IRM du membre inférieur

Rappel de la population de référence : 280 566 bénéficiaires ayant vu un médecin généraliste dans les 3 mois précédant l'IRM

	TROIS MOIS AVANT L'IRM		TROIS MOIS APRÈS L'IRM	
	EFFECTIF	TAUX	EFFECTIF	TAUX
TOTAL DES ACTES THÉRAPEUTIQUES EN AMBULATOIRE	13 193	5 %	25 353	9 %
CONFECTION D'UNE CONTENTION SOUPLE DU GENOU	2 008	1 %	405	0 %
PONCTION D'UNE ARTICULATION DU MEMBRE INFÉRIEUR	959	0 %	2 573	1 %
ÉVACUATION DE COLLECTION ARTICULAIRE	2 772	1 %	5 050	2 %
INJECTION THÉRAPEUTIQUE DANS UNE ARTICULATION SANS GUIDAGE	7 879	3 %	21 697	8 %
INJECTION THÉRAPEUTIQUE DANS UNE ARTICULATION AVEC GUIDAGE	317	0 %	1 789	1 %
TOTAL DES HOSPITALISATIONS POUR PATHOLOGIES OSTÉO-ARTICULAIRES	2 952	1,05 %	23 631	8,42 %
MÉNISCECTOMIE SOUS ARTHROSCOPIE	437	0,16 %	11 884	4,24 %
INTERVENTIONS SUR LES LIGAMENTS CROISÉS	49	0,02 %	2 776	0,99 %
AUTRES ARTHROSCOPIES DU GENOU	132	0,05 %	2 487	0,89 %
PROTHÈSES DE GENOU	21	0,01 %	988	0,35 %

Source : Cnamts (Sniram)

En résumé, sur la population totale ayant eu une IRM du membre inférieur prescrite a priori par un médecin généraliste :

- moins de 24 % des patients ont eu une prise en charge par un spécialiste : 9,5 % une intervention et 14 % un geste thérapeutique plus léger réalisé en ambulatoire;
- 60 % n'ont pas eu de prise en charge spécialisée alors que l'IRM est un examen de deuxième intention qui s'inscrit dans une démarche diagnostique complexe selon la HAS;
- 52 % n'ont pas eu de radiographies alors qu'il s'agit d'un examen de première intention;
- 6 % ont eu une répétition d'actes d'IRM.

On peut estimer, en première approche, qu'une réduction de 15 % du nombre d'IRM des membres inférieurs pourrait être obtenue sans perte de chance pour les patients compte tenu des données observées sur les bases de l'Assurance Maladie (pratique clinique non conforme aux recommandations de la HAS), soit une économie de l'ordre de 30 millions d'euros.

La même analyse a été réalisée pour les IRM du rachis (un peu moins d'un million d'actes en 2012, dont 77 % réalisés en secteur libéral). Pour ces examens :

- 53 % sont *a priori* prescrits par un médecin généraliste ;
- 27 % des patients ont eu une prise en charge par un spécialiste (10,1 % une hospitalisation et 1 % une infiltration réalisée par un rhumatologue);
- 65 % n'ont pas eu de radiographies au cours de ce segment de soins, alors qu'il s'agit d'un examen de première intention en dehors des cas de compression médullaire ;
- 12 % ont eu un examen scanner et 5 % ont eu une répétition d'actes IRM.

Là aussi, on peut penser qu'une partie des actes d'IRM du rachis n'est pas prescrite à bon escient, et qu'on pourrait réduire le nombre d'actes d'un ordre de grandeur similaire (15 % des actes), pour un montant équivalent (de l'ordre de 30 millions d'euros).



Une augmentation rapide du parc des IRM qui est un facteur de croissance des dépenses

Le parc d'équipements a longtemps été jugé insuffisant en France et les délais d'accès à l'IRM trop longs (même si le nombre d'exams par habitant ne paraît pas si décalé par rapport à d'autres pays).

Sur la base de ce diagnostic, une politique volontariste d'augmentation du nombre de machines a été poursuivie, dans le cadre du Plan cancer 2. En Île-de-France par exemple, il est prévu que le taux d'équipement passe de 13 par million d'habitants en 2013 à 18 à la fin du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), soit une augmentation de près de 40 %.

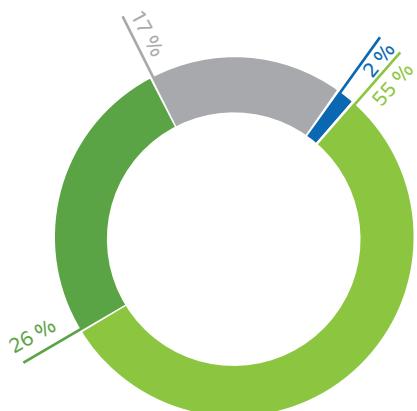
Cette croissance très rapide du parc risque d'encourager la multiplication d'examens, y compris pour des indications qui, comme on vient de le voir sur l'ostéo-articulaire, sont discutables en termes de pertinence de la prescription.

En tout état de cause, il n'est pas étonnant d'assister à une croissance très rapide des dépenses dans un contexte de fort développement de l'offre : la question de la cohérence de cette expansion avec les contraintes financières qui seront celles de l'Ondam dans les trois ans qui viennent mérite d'être posée.

Pertinence des analyses de laboratoire

795 millions d'actes de biologie cotés en B ont été remboursés en 2012 pour une dépense de 3,4 milliards d'euros (tous régimes). 55 % des prescriptions sont le fait des médecins généralistes, 26 % des spécialistes libéraux (dont 8 % pour les gynécologues et 2 % pour les anesthésistes libéraux). 17 % proviennent des établissements de santé (Figure 56) et ces prescriptions sont celles qui augmentent le plus rapidement (Figure 57).

Figure 56 –
Répartition des montants remboursables de biologie par type de prescripteur en 2012



Champ : en date de soins, y compris les soins externes, hors prélèvements, y compris actes de dispositions générales, tous régimes - France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniiram)

Figure 57 –
Évolution des montants remboursables de biologie par type de prescripteur

En milliards d'euros



Champ : en date de soins, actes codés de biologie, hors prélèvements, y compris actes de dispositions générales, tous régimes - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

Les analyses de biologie médicale sont des examens courants très largement prescrits. Dans la cartographie des dépenses par pathologie, 20 % des dépenses remboursées sont imputables aux soins courants (non liés à une pathologie spécifique), contre 10 % en moyenne sur l'ensemble des dépenses. La biologie médicale est en effet notamment mobilisée dans le suivi gynécologique (jeunes femmes, six premiers mois de maternité), le dépistage individuel (dosage de PSA, glycémie, bilan lipidique, etc.), et elle est répartie sur une large population.

La quasi-totalité des médecins libéraux prescrit au moins une fois dans l'année des actes de biologie médicale, et il y a relativement peu de prescripteurs atypiques.

Les dix actes les plus couramment prescrits représentent à eux seuls 44 % des montants remboursables (Tableau 29 page suivante).

Tableau 29 –
Actes de biologie représentant les dépenses les plus élevées en 2012

ACTES DE BIOLOGIE	CODE ACTE	MONTANT REMBOURSABLE (en millions d'euros)	PART DANS L'ENSEMBLE DES ACTES DE LA SPÉCIALITÉ (en montant remboursable)	NOMBRE D'ACTES
HEMOGRAMME Y COMPRIS PLAQUETTES (NFS, NFP)	1 104	315,9	10 %	37 647 229
SANG : EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE	996	168,0	6 %	20 513 729
EX. MICROBIO URINES (ECBU)	5 201	145,5	5 %	8 234 705
TSH	1 208	127,5	4 %	12 850 924
DOSAGE VITAMINE D : 25-HYDROXYCHOLÉCALCIFÉROL	1 139	122,6	4 %	6 906 993
INR : TEMPS DE QUICK EN CAS DE TRAITEMENT PAR AVK	127	104,3	3 %	19 323 885
FERRITINE	1 213	93,4	3 %	8 648 919
HBA1C	1 577	89,4	3 %	9 607 327
IONOGRAMME (NA+K+ éventuellement CL)	1 609	85,0	3 %	21 003 962
TRANSAMINASES (ALAT et ASAT, TGP et TGO)	522	81,9	3 %	21 544 991

Champ : en date de soins, hors prélèvements, hors actes de dispositions générales, actes de biologie des professionnels libéraux actifs conventionnés au 31 décembre 2012, tous régimes - France métropolitaine

Source : Cnamts (Sniram)

Des gains d'efficience sont possibles en concentrant les actions sur les généralistes et les actes les plus prescrits : groupes sanguins, dosage de la vitamine D, dosages thyroïdiens... On a pu montrer en effet que la pertinence de ces prescriptions est discutable dans une partie des cas.

Prescription et réalisation des actes d'immuno-hématologie

Les actes d'immuno-hématologie (IH) comprennent la détermination du groupe sanguin (GS) et/ou d'anticorps anti-érythrocytaires (communément nommés « RAI »). Le nombre de ces examens apparaît élevé au regard de leur justification médicale.

Ces examens d'IH ont en effet essentiellement pour but d'éviter les accidents transfusionnels et de prévenir les problèmes d'allo-immunisation chez les femmes enceintes et/ou les polytransfusés. En 2007, le coût de l'IH, toutes activités confondues et tous secteurs confondus public et privé, a été estimé à plus de 310 millions d'euros (pour un total de 28 millions d'actes) pour une population ayant bénéficié effectivement de ces actes dans ces indications de moins de 500 000 transfusés et 800 000 femmes enceintes⁴⁸.

En 2012, l'activité d'IH a représenté environ 161 millions d'euros en montant remboursable et 122 millions d'euros en montant remboursé, pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie (environ 15,4 millions d'actes), sans le champ des établissements publics de santé.

La fréquence excessive de réalisation des groupes sanguins (GS) est liée notamment :

- aux bilans préopératoires systématiques avant toute intervention chirurgicale, même lorsque la probabilité de transfusion est faible, voire nulle (prescriptions « médico-légales » dans les établissements de santé);
- à la répétition au-delà des deux déterminations réglementaires des groupes sanguins (Groupe ABO RH1, phénotype standard RH 2, 3, 4, Kell), alors que ces éléments sont immuables dans le temps pour un même patient adulte;
- dans une moindre mesure, à la réalisation et au remboursement par l'Assurance Maladie de GS prescrits et réalisés en dehors des contextes transfusionnels et périnataux (GS exigés par des établissements scolaires, des clubs sportifs, lors de régimes amaigrissants, de voyages à l'étranger, etc.).

L'Assurance Maladie a rédigé en 2013 un mémo qui a été validé par la HAS afin de rappeler aux prescripteurs les conditions de prise en charge de ces examens immunohématologiques.

Le dosage de la vitamine D

Huit millions de dosages de la vitamine D ont été facturés à l'Assurance Maladie en 2012 (100 millions d'euros remboursés); le nombre de ces dosages (vitamine D ou 25 OH hydroxycholécalciférol) a augmenté de 250 % entre 2007 et 2009 et a été multiplié par 10 depuis 2005 (avec un impact

⁴⁸. Rapport de l'INTS de septembre 2009 sur le thème « Activité en matière de GS et des pratiques en matière de sécurité immuno-hématologique des transfusions sanguines en France ».



de la presse grand public sur la demande de la population). Or ces dosages en routine de la vitamine D n'ont aucune utilité dans un grand nombre de situations cliniques. La HAS a émis des recommandations en octobre 2013 limitant très fortement les indications de ces dosages. Ils sont recommandés dans certaines situations particulières uniquement : diagnostic de rachitisme et d'ostéomalacie, personnes âgées faisant des chutes répétées, suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de trois mois après transplantation, traitement chirurgical de l'obésité chez l'adulte, traitement par des médicaments dont la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) préconise la réalisation de ce dosage.

La Cnamts a enclenché deux actions parallèlement pour accompagner ces recommandations :

- une modification de la nomenclature des actes de biologie médicale (en cours de publication) pour inscrire de façon limitative les six indications reconnues par la HAS ;
- une action d'accompagnement avec diffusion d'un mémo de bonne pratique – en cours de validation par la HAS – en direction des généralistes, principaux prescripteurs de ces dosages.

Le dosage des hormones thyroïdiennes

Les prescriptions d'examens biologiques explorant la thyroïde sont également extrêmement fréquentes : 20 millions de dosages par an, soit environ 190 millions d'euros tous régimes. Or, d'une part, il n'y a pas lieu de dépister systématiquement la population générale asymptomatique (un dépistage ciblé est recommandé dans les populations à risque), d'autre part, la recommandation est de prescrire en première intention un dosage isolé de la TSH, alors que l'on constate de nombreux dosages d'emblée de T4 libres et T3 libres (et pourtant les indications du dosage de T3 libres sont exceptionnelles).

Un mémo de bonnes pratiques a été réalisé pour rappeler, d'une part, l'inutilité du dépistage systématique, et d'autre part, la réalisation en première intention dans de nombreuses situations cliniques du seul dosage de TSH.

Une analyse des pratiques dans d'autres pays⁴⁹ montre qu'ils rencontrent les mêmes problématiques d'encadrement des indications de ces deux types d'analyse.

Pour le dosage de la vitamine D, dans tous les pays étudiés, la prescription n'est pas recommandée en dépistage systématique et doit être proposée à des populations à risque définies de manière variable selon les pays (prématurés, enfants, femmes enceintes, personnes qui ont la peau noire, personnes âgées, en cas de traitement de l'ostéoporose, ostéopénie, rachitisme, pathologies rénales, difficultés d'absorption).

En ce qui concerne l'exploration biologique thyroïdienne, dans tous les pays étudiés, la prescription d'examens de laboratoire à visée d'exploration biologique de la thyroïde n'est pas recommandée en dépistage systématique. La prescription est uniquement recommandée dans des populations à risques (en fonction de l'anamnèse, des antécédents familiaux et/ou personnels). La stratégie de réalisation de ces examens est le plus souvent de recommander en première intention le seul dosage de la TSH.

Pour ces deux thèmes, dans la plupart des pays étudiés, des recommandations récentes existent et des actions ont été menées en direction des prescripteurs pour limiter la prescription d'actes inutiles : mise en place de sites Internet pour améliorer la prescription avec arbres décisionnels, systèmes d'autorisation préalable de prescriptions, etc.

3.3 La pertinence de l'usage des produits de santé

Depuis plusieurs années, la modération des dépenses de médicaments contribue à la maîtrise de la dépense globale de soins de ville et au respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Après une progression de 5 à 7,5 % sur la période 2000-2005, les taux d'évolution se sont établis autour de 2 à 4 % entre 2008 et 2010, puis l'année 2011 a connu une stabilité des dépenses suivie d'une baisse en 2012 et 2013. Les baisses de prix, la maîtrise médicalisée, la substitution générique sur des classes thérapeutiques importantes en volume se conjuguent pour ralentir l'évolution de ce poste.

Si elles ont permis, sur la période récente, de contrebalancer la dynamique d'augmentation des dépenses liées à l'introduction de produits nouveaux et onéreux, ces derniers restent cependant un moteur de la croissance ; de ce point de vue, l'arrivée de nouvelles molécules prévue sur les prochaines années fait peser un risque d'évolution à la hausse de ce premier poste

des dépenses de soins de ville et rend nécessaire la poursuite des efforts pour mobiliser les marges de manœuvre sur la pertinence et l'efficience de la prescription médicamenteuse.

Une baisse des dépenses de médicaments de ville en 2013 pour la deuxième année consécutive

Pour la deuxième année consécutive, les remboursements de médicaments de ville ont enregistré une baisse en 2013 : -0,4 %, après -0,8 % en 2012. Cette évolution résulte de plusieurs facteurs qui jouent dans des sens différents (Tableau 30 page suivante) :

Jouent à la baisse :

- les baisses tarifaires significatives du prix des médicaments (-3,8 % au total) ; les économies ainsi engendrées par les baisses de prix ont réduit les dépenses de 853 millions d'euros en 2013 par rapport à 2012, dont 818 millions d'euros sur les médicaments délivrés en officine ;

⁴⁹. Pays analysés dans l'étude : Royaume-Uni, Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, États-Unis, Finlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal et Suisse.

- la dynamique de la substitution générique, qui a contribué à infléchir les dépenses de 2,2 % en 2013. Initiée mi-2012 par le renforcement du dispositif « tiers payant contre génériques » et par la mise en place de la rémunération sur objectifs des pharmaciens, cette dynamique s'est consolidée en 2013 et le taux de substitution s'est stabilisé autour de 82 %. Les économies imputables aux génériques s'élèvent à 1,6 milliard d'euros en 2013.

À l'inverse, certains facteurs augmentent la dépense :

- une hausse des volumes de prescriptions en 2013 par rapport à 2012. Cet accroissement des quantités prescrites (+1,2 %) s'explique cependant en partie par le contexte épidémiologique défavorable de l'hiver 2013 (épidémie de grippe, de gastroentérite...) ;
- la tendance à prescrire, à nombre de boîtes égales, des médicaments de plus en plus onéreux (phénomène dit d'effet de structure), qui reste le facteur majeur de croissance, contribuant à accroître de 3,1 % le poids des dépenses en 2013. Ils sont cette année singulièrement élevés au sein de classes comme les traitements du cancer, les antiagrégants-antithrombotiques et les antidiabétiques ;
- un taux de prise en charge plus élevé, contribuant à une augmentation des dépenses de 1,2 % en 2013. Cette tendance résulte principalement de l'augmentation du poids des médicaments pris en charge à 100 %.

Tableau 30 –

Décomposition de la croissance des remboursements de médicaments de ville en 2013 et 2012

	2013	2012
DÉPENSES REMBOURSÉES ^(a)	-0,4 pt	-0,8 pt
dont effet tarifaire	-3,8 pts	-3,6 pts
dont effet substitution générique	-2,2 pts	-1,8 pt
dont effet volume	1,2 pt	-1,3 pt
dont effet taux de remboursement	1,2 pt	1,4 pt
dont effet de structure	3,1 pts	4,5 pts

(a) Y compris rétrocession hospitalière

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière
Source : Cnamts (Snüram)

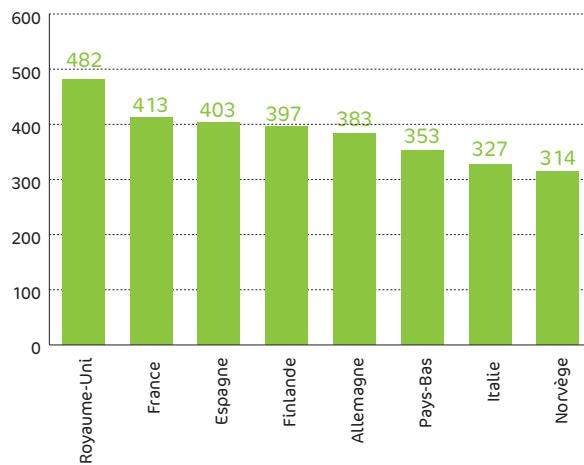
La poursuite d'un rapprochement avec nos principaux voisins européens

Si la consommation de médicaments en France demeure parmi les plus élevées d'Europe, tant en termes de volumes par habitant (deuxième rang des huit pays considérés – Figure 58) que de dépenses par habitant (premier rang des huit pays considérés – Figure 59), l'écart avec les principaux pays européens continue de se réduire sur les classes thérapeutiques les plus courantes. Ainsi, par rapport à 2009, l'écart en volumes avec l'Espagne se réduit de 3 %, de 11 % avec l'Allemagne, de 13 % avec les Pays-Bas et de 9 % avec l'Italie.

Figure 58 –

Nombre d'unités standards par habitant en 2013

Pour les huit classes thérapeutiques les plus courantes^(a)



(a) Antibiotiques, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, antihypertenseurs, inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), hypolipémiants, anti-asthmatiques, anxiolytiques et hypnotiques

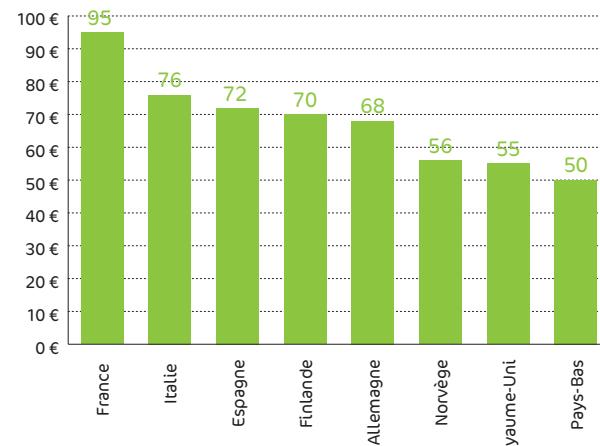
Source : IMS Health MIDAS 2013, traitement Cnamts

En dépense, l'écart par rapport à 2009 se réduit de 24 % avec l'Allemagne et de 20 % avec le Royaume-Uni. L'écart ne s'est accru qu'avec les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, l'Espagne. Cette convergence relative vers nos homologues européens résulte à la fois de la diminution importante des prix des médicaments depuis 2009 et d'une modération dans la croissance des volumes consommés plus prononcée que chez nos voisins.

Figure 59 –

Coût moyen par habitant en 2013

Pour les huit classes thérapeutiques les plus courantes, en euros



Source : IMS Health MIDAS 2013, traitement Cnamts

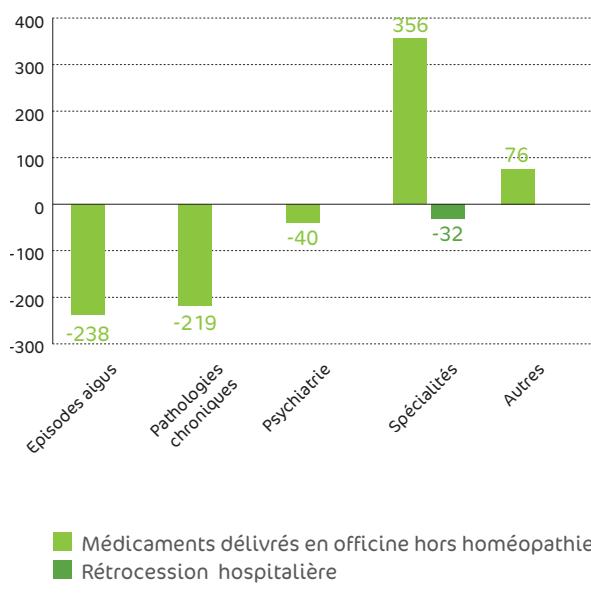


Les médicaments de spécialité restent un moteur de la croissance

Les médicaments de spécialité (traitement du VIH, du cancer, de la sclérose en plaques ou de la dégénérescence maculaire liée à l'âge – DMLA – ...) continuent d'être les principaux moteurs d'augmentation des dépenses (Figure 60). Ils s'accroissent de 324 millions d'euros en 2013 par rapport à 2012 (dont 356 millions d'euros pour les médicaments délivrés en officine, tandis que les médicaments rétrocédés reculent de 32 millions d'euros en raison de l'inscription en ville de plusieurs spécialités à fort remboursement depuis fin 2012).

Figure 60 –
Croissance des dépenses par segment de marché entre 2012 et 2013

En millions d'euros



Parmi ces médicaments de spécialité :

- les traitements du cancer sont ceux qui ont enregistré la plus forte croissance en 2013 (+8,1 % soit 135 millions d'euros). Cette classe thérapeutique a été marquée par l'arrivée sur le marché de plusieurs nouveaux produits depuis 2012, d'abord admis sur la liste rétrocension puis progressivement inscrits en ville;
- les médicaments antirhumatismaux spécifiques sont la seconde classe en termes de croissance des dépenses en 2013 (+11,2 % soit 79 millions d'euros en plus par rapport à 2012). Les volumes remboursés sur cette classe thérapeutique connaissent une croissance de 5 % par rapport à 2012;
- la classe des traitements de la sclérose en plaque connaît une croissance notable de ses dépenses en 2013 (+19,4 % soit 66 millions d'euros en plus par rapport à 2012). Cette croissance est liée à la montée en charge de nouveaux traitements apparus fin 2011 et en 2013;

- les produits de la DMLA continuent à être l'une des principales classes de médicaments qui affichent une croissance importante de leurs dépenses (+12,9 % soit 51 millions d'euros de plus par rapport à 2012).

En revanche, les médicaments des épisodes aigus (grippe, gastroentérite, antiacides...) enregistrent une nouvelle fois une baisse significative (-238 millions d'euros), plus importante que celle relevée l'an dernier (-143 millions d'euros), impactant fortement la croissance des dépenses.

Sur la même pente décroissante, les montants liés aux traitements des pathologies chroniques (asthme, diabète, hypertension...) diminuent de 219 millions d'euros, après une baisse importante déjà intervenue l'an dernier (473 millions d'euros). Ces deux catégories de médicaments (épisodes aigus et traitements des pathologies chroniques) sont fortement impactées par des générifications et des baisses de tarifs. Néanmoins, dans les traitements des pathologies chroniques, on observe de fortes dynamiques pour certains produits :

- les médicaments antidiabétiques connaissent toujours une croissance importante en comparaison du reste du marché (+6 % soit +78 millions d'euros);
- les remboursements des antiagrégants, antithrombotiques, tirés par la croissance des nouveaux anticoagulants oraux (Naco), connaissent eux-aussi une forte progression (+8,7 % soit 75 millions d'euros). Néanmoins, on observe depuis l'été 2013 un palier dans la croissance de ces spécialités, dont l'Assurance Maladie avait souligné fin 2013 la forte dynamique et alerté sur la nécessité d'une vigilance accrue dans leur utilisation. Une campagne de visites des délégués de l'Assurance Maladie a été conduite à partir de l'été auprès des médecins généralistes et se poursuit auprès des prescripteurs cardiaques et hospitaliers en 2014.

L'enjeu des médicaments onéreux va être majeur dans les années qui viennent

Des traitements de l'hépatite C (VHC) très attendus par les médecins arrivent aujourd'hui sur le marché. Le premier (Sovaldi®), en cours d'inscription au remboursement, pourrait avoir un impact financier considérable. En effet, la population cible estimée par la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) est d'environ 130 000 patients et le coût actuel du médicament (dans le cadre de son autorisation temporaire d'utilisation – ATU) est de 19 000 euros par mois.

Les négociations sur les tarifs par le Ceps doivent permettre de réduire l'impact, mais l'enjeu reste majeur, d'autant plus qu'un éventuel dépistage systématique pourrait conduire à une très forte augmentation de la population traitée. On estime en effet à 230 000 personnes la population atteinte de VHC chronique, dont 59 % diagnostiquées aujourd'hui (130 000 patients, 5 000 nouveaux patients par an).

Le risque financier est par ailleurs accentué par les nouveaux schémas thérapeutiques à venir associant plusieurs de ces nouveaux produits

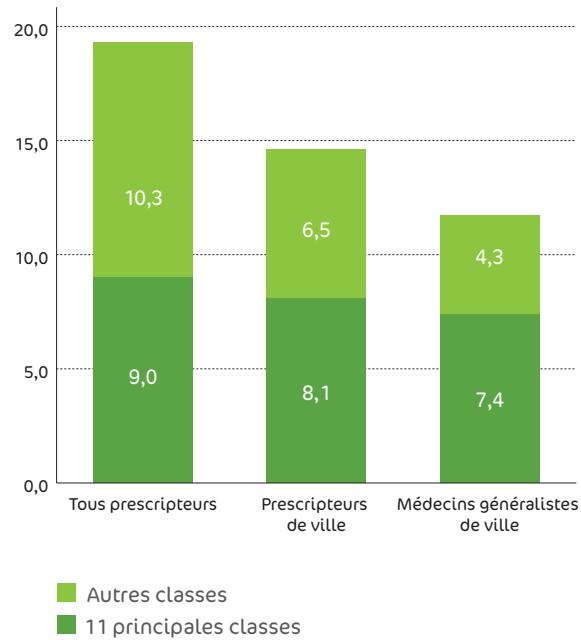
Pour intégrer ces innovations thérapeutiques dans le cadre financier contraint des prochains exercices, il faudra s'assurer du respect strict des recommandations concernant les indications de ce médicament, d'une part, et d'autre part dégager les marges de manœuvre qui existent encore sur l'efficience de l'usage des produits de santé des autres classes.

Un potentiel d'économies important demeure sur la prescription médicamenteuse en médecine générale

60 % des dépenses de médicaments délivrés en ville en 2012 sont prescrits par des médecins généralistes. Onze classes de médicaments en concentrent à elles seules près des deux tiers : traitements de l'hypertension artérielle (HTA), hypolipémiants, antidouleurs, traitement de l'asthme et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), anti-ulcéreux (dont les inhibiteurs de la pompe à protons – IPP), antibiotiques, antidiabétiques et insulines, antidépresseurs, tranquillisants / hypnotiques, médicaments de la motricité digestive (Figure 61 et Figure 62). La plupart de ces classes ont fait l'objet d'actions de maîtrise médicalisée dans les dernières années.

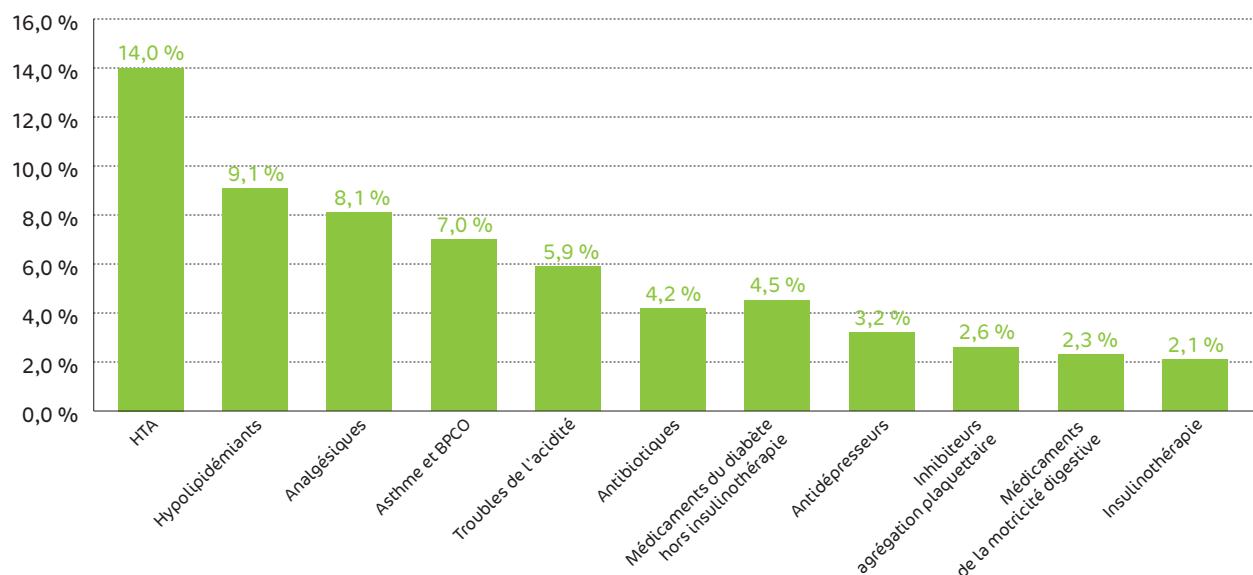
Figure 61 –
Répartition des prescriptions selon le type de prescripteur et les groupes de classes en 2012

En milliards d'euros



Champ : régime général hors SLM, en montants remboursables
Source : Cnamts (Medic'AM)

Figure 62 –
Part de chaque classe thérapeutique dans la prescription des médecins généralistes en 2012



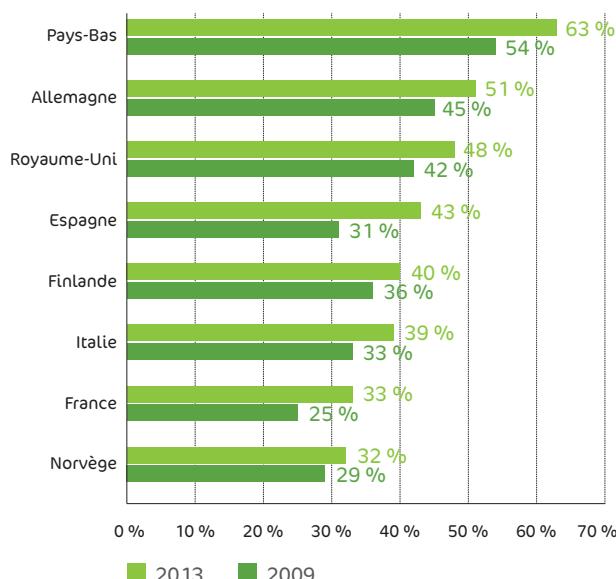
Champ : régime général hors SLM, en montants remboursables
Source : Cnamts (Medic'AM)



Néanmoins, une part importante de la prescription des médecins généralistes se porte encore vers des médicaments qui ne disposent pas de génériques (prescription hors répertoire). Ainsi, bien que le taux de substitution ait fortement augmenté depuis 2012 dans le champ du répertoire des génériques, la part de marché des génériques en France reste très inférieure à celles observées chez nos principaux voisins européens, en particulier les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Allemagne (Figure 63).

Figure 63 –
Part de marché des génériques^(a) en 2009 et 2013

Part mesurée en unités standards



(a) Selon la définition du générique d'IMS, hors paracétamol

Source : IMS Health MIDAS 2013, traitement Cnamts

Ce résultat est bien le témoin de la tendance à prescrire en dehors du répertoire des spécialités qui ne peuvent donc pas être substituées par un générique. Cette pratique représente un coût non négligeable pour l'Assurance Maladie. Sur neuf classes représentant 70 % des prescriptions de médecine générale⁵⁰, un transfert de 1 point des prescriptions hors répertoire vers des produits génériques induirait une économie voisine de 14 millions d'euros, dont 3,3 millions d'euros sur les traitements de l'asthme et de la BPCO ainsi que le paracétamol, qui ne sont pas à ce jour inscrits au répertoire même si une offre générique est disponible. Si l'on extrapole à l'ensemble du marché du médicament remboursable, on peut estimer à **25 millions d'euros l'économie globale par point de prescription supplémentaire dans le répertoire** (Tableau 31).

Tableau 31 –
Rendement d'un point de prescription supplémentaire dans le répertoire pour 11 classes thérapeutiques

En millions d'euros

CLASSES THÉRAPEUTIQUES	RENDEMENT D'UN POINT DE PRESCRIPTION DANS LE RÉPERTOIRE
ANTIHYPERTENSEURS	1,1
dont sartans	0,4
dont inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)	0,3
dont diurétiques	0,3
dont antagonistes calciques	0,2
STATINES	3,9
ANTIDIABÉTIQUES ORAUX	4,1
ANTIBIOTIQUES	0,9
ANTIACIDE	0,0
ANTIDÉPRESSEUR	0,3
UROLOGIE	0,2
Sous-total	10,5
ASTHME BPCO	2,7
PARACÉTAMOL	0,6
TOTAL (y compris les classes thérapeutiques hors répertoire)	13,7
EXTRAPOLATION TOUTES CLASSES	25,0

Champ : estimation tous régimes

Source : Cnamts (Sniiram)

Sachant que le répertoire représente à ce jour 40 % des volumes dans le total du marché, le gain maximal potentiel procuré par une prescription accrue dans le répertoire serait de 500 millions d'euros si la part du répertoire était portée à 60 %, soit un niveau comparable à nos voisins européens les plus performants. Une cible plus ambitieuse de 85 %, correspondant à la part de marché en volumes des médicaments de médecine généraliste engendrerait une économie de 1,1 milliard d'euros.

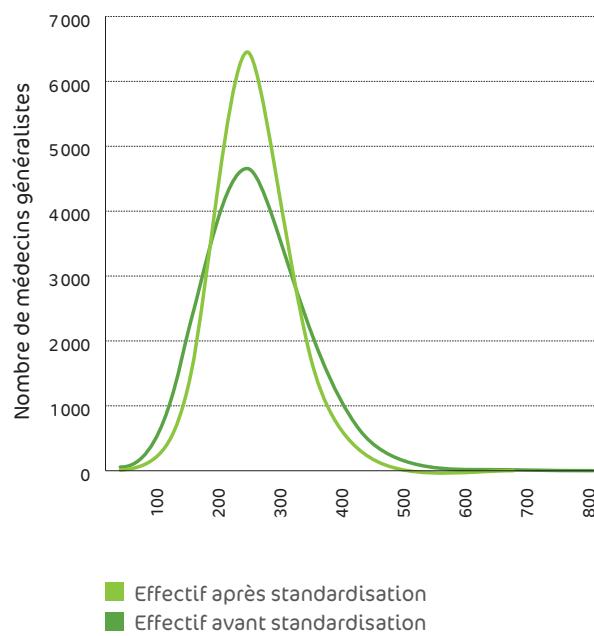
En matière de prescription médicamenteuse comme d'autres pratiques, on observe par ailleurs une grande variabilité : sur le champ des médicaments de médecine générale (47 classes de médicaments qui représentent plus de 80 % de la prescription des généralistes en montants remboursables), 40 % des médecins prescrivent moins de 200 euros de médicaments par patient en moyenne, tandis que 23 % prescrivent plus de 300 euros.

Certes, une partie de cette variabilité peut s'expliquer par des différences de patientèle, par exemple plus de personnes âgées ou de malades chroniques. En les prenant en compte, on voit effectivement que la distribution est plus

50. Traitements de l'hypertension artérielle, hypolipémiants, traitements de l'asthme et de la BPCO, antidouleurs, antidiabétiques oraux, antibiotiques, anti-ulcéreux (dont IPP), antidépresseurs et urologie.

resserrée (Figure 64). Néanmoins, elles n'expliquent pas tout et il reste une dispersion non négligeable : pour en prendre la mesure, on peut indiquer que si tous les médecins dont le montant moyen de prescription est au-dessus du troisième quartile de la distribution (soit un peu moins de 300 euros) modifiaient leur pratique pour s'aligner sur ce niveau, le montant des économies générées pour l'Assurance Maladie serait de 400 millions d'euros.

Figure 64 –
Distribution des médecins en fonction de leur montant moyen par patient avant et après standardisation en 2012



Lecture : la courbe vert foncé représente la distribution brute, la courbe vert clair la distribution après correction des différences de patientèles.

Champ : estimation tous régimes
Source : Cnamts (Sniiram)

Tableau 32 –
Nombre et proportion de patients ayant plus de dix molécules délivrées

Parmi les patients de plus de 75 ans ou âgés de 66 à 75 ans avec au moins une ALD

	PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS OU DE 66 À 75 ANS AVEC AU MOINS UNE ALD	PART DE PATIENTS	NOMBRE DE PATIENTS
PAR MOIS	Patients ayant plus de dix molécules délivrées dans le mois quel que soit le prescripteur	10,3 %	533 000
	Patients ayant plus de dix molécules délivrées dans le mois avec le médecin traitant comme prescripteur	8,3 %	430 000
PAR ORDONNANCE	Patients ayant plus de dix molécules délivrées sur au moins une ordonnance dans le mois quel que soit le prescripteur	5,3 %	272 000
	Patients ayant plus de dix molécules délivrées sur au moins une ordonnance dans le mois avec le médecin traitant comme prescripteur	4,2 %	220 000

Source : Cnamts (Sniiram)

Des marges également en termes de qualité

La iatrogénie médicamenteuse (IA) est un problème de santé publique majeur. Le risque d'événements indésirables est particulièrement élevé parmi les personnes âgées, chez qui il augmente proportionnellement au nombre de médicaments prescrits. Les principaux facteurs explicatifs sont la polymédication et la comorbidité plus fréquemment observée dans cette population, rendant les sujets âgés plus sensibles à l'action et aux effets indésirables potentiels de certains médicaments. Or une proportion importante de patients de plus de 75 ans (ou de plus de 65 ans avec affection de longue durée – ALD) se voit délivrer plus de dix molécules par mois, voire même plus de dix molécules sur une même ordonnance (Tableau 32). Chez ces personnes, la iatrogénie est un des quatre facteurs majeurs d'hospitalisation avec la dénutrition, la dépression et les chutes.

Ces événements indésirables pourraient être réduits par une prescription plus appropriée. Plusieurs actions ont d'ores et déjà été menées pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse (recommandations de la HAS, accompagnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) par l'Assurance Maladie, incitations financières dans la rémunération de santé publique pour les benzodiazépines à demi-vie longue) et il est prévu d'intensifier ces actions dans le cadre du plan de lutte contre la iatrogénie chez les personnes âgées.

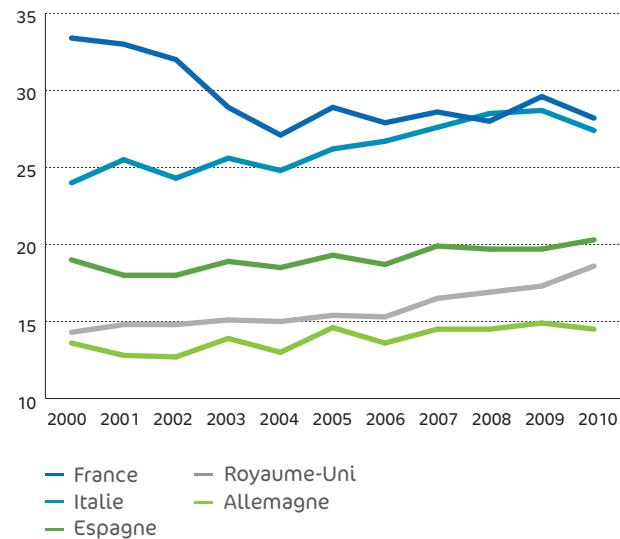


En termes de bon usage des antibiotiques, la France se distingue toujours de ses voisins européens par l'importance de sa consommation. Ainsi, la France est loin devant l'Allemagne, le Royaume-Uni et l'Espagne en nombre de doses définies journalières (DDJ) (Figure 65).

Si on observe une relative stabilité de la consommation en nombre de boîtes au cours des années 2010, on constate une augmentation moyenne de l'ordre de 2 % si on compte en DDJ, liée tout particulièrement à une augmentation de l'intensité du dosage.

Figure 65 –
Comparaison des consommations d'antibiotiques de ville dans plusieurs pays européens

Apprécierées en DDJ pour 1 000 habitants et par jour



Source : European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe, 2010. in rapport de l'ANSM sur l'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012 (p. 27)

3.4 L'ajustement de la démographie des professionnels de santé aux besoins

Les analyses précédentes montrent que les pratiques des professionnels et les processus de soins pourraient être optimisés pour gagner en qualité, en pertinence, en efficience. Mais cette rationalisation des parcours de soins renvoie à la question des ressources en main-d'œuvre du système de santé : médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, etc., avec une double problématique :

- l'implantation géographique, avec des zones qui manquent de professionnels et d'autres très médicalisées dans lesquelles une induction de la demande par l'offre peut se produire pour certains types de soins ;
- les effectifs globaux, pour atteindre un juste équilibre entre l'offre et la demande pour les différentes catégories de professionnels de santé et mettre en ligne la capacité de production de soins avec les besoins actuels et futurs.

C'est dans l'un et l'autre cas un exercice difficile. Pour la répartition territoriale, certaines initiatives commencent à porter leurs fruits et il importe de les consolider. Pour les flux globaux, il faudrait pouvoir anticiper l'évolution des besoins à moyen et long terme pour éviter des politiques de stop and go sur les capacités de formation, dans un environnement rendu complexe par la circulation des professionnels entre pays.

La répartition territoriale, des initiatives à consolider

Au-delà des dispositifs d'incitation financière déjà existants, le ministère de la Santé a mis en place, pour inciter les médecins à s'installer dans les territoires manquant de professionnels, des postes de « praticiens territoriaux de médecine générale ». 180 installations ont eu lieu en 2013, 200 nouvelles installations sont prévues pour 2014.

L'implantation de maisons de santé est également favorisée pour retenir les médecins dans des zones peu attractives, en leur proposant un exercice collectif et pluri-professionnel et des conditions de travail qui satisfont les aspirations des jeunes générations de praticiens.

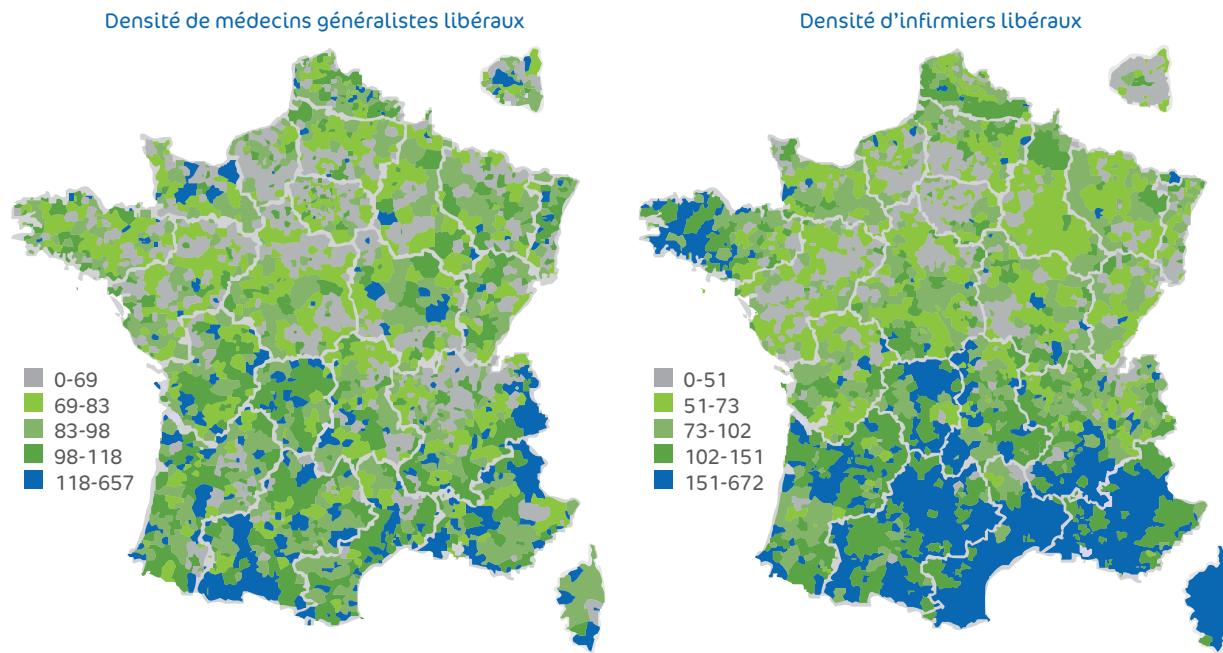
Les accords conventionnels de régulation démographique portent également leurs fruits. Ainsi, pour les infirmières, sur la base d'un diagnostic de répartition très inégalitaire sur le territoire (plus que pour les médecins généralistes libéraux – Figure 66 page suivante), une disposition conventionnelle entrée en vigueur en avril 2009 prévoit des aides à l'installation dans les zones très sous-dotées et à l'inverse une régulation des installations dans les zones surdotées, toute demande de conventionnement étant conditionnée par le départ d'un infirmier de la zone.

L'impact de ce dispositif a été renforcé par l'avenant signé en 2011, qui double le nombre de zones « très sous-dotées » (304) et « surdotées » (464), dans le cadre de l'évolu-

tion du zonage. Et de fait, l'inégalité de répartition se réduit progressivement au fil des années (Tableau 33).

Figure 66 – Répartition des médecins généralistes libéraux et des infirmiers libéraux par bassin de vie en 2008

Densité pour 100 000 habitants par bassin de vie ou « canton-ou-ville »



Champ : médecins généralistes libéraux non remplaçants travaillant en cabinet ou exerçant dans une société - France métropolitaine
Sources : Insee (base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008; base des bassins de vie et « cantons ou villes », définition 2008; population municipale 2007) et Drees (répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2008), traitements Drees

Tableau 33 – Indice d'inégalité de répartition entre bassins de vie (indice de Gini)

Évolution depuis 2007 pour les généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers libéraux

	31/12/2007	31/12/2008	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011	31/12/2012 ^(a)	31/12/2012 ^(b)	31/12/2013
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	0,255	0,256	0,258	0,260	0,262	0,269	0,269	0,270
INFIRMIERS	0,356	0,355	0,349	0,344	0,340	0,336	0,335	0,329
GÉNÉRALISTES	0,184	0,187	0,186	0,188	0,189	0,187	0,191	0,194

(a) Bassins 2009, population 2006

(b) Bassins 2012, population 2009

Lecture : l'indice de Gini est compris entre 0 et 1 et mesure le degré d'inégalité d'une distribution ; plus il est élevé, plus la distribution est inégalitaire.

Source : Cnamts (Snüram)

Un dispositif similaire a été négocié avec les sages-femmes, puis avec les masseurs-kinésithérapeutes. Pour cette dernière profession, il a été annulé par le Conseil d'État, qui a néanmoins maintenu les revalorisations qui avaient été prévues par l'accord en même temps que cet engagement de la profession à participer à la régulation démographique.

Cette annulation nous prive des moyens de rééquilibrage d'une offre de soins pour laquelle on voit que, spontanément, l'inégalité de la distribution géographique a tendance à s'accroître.



L'évolution des effectifs globaux de professionnels

Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, un accroissement rapide du nombre de professionnels en exercice dans le système de soins est génératrice de tensions.

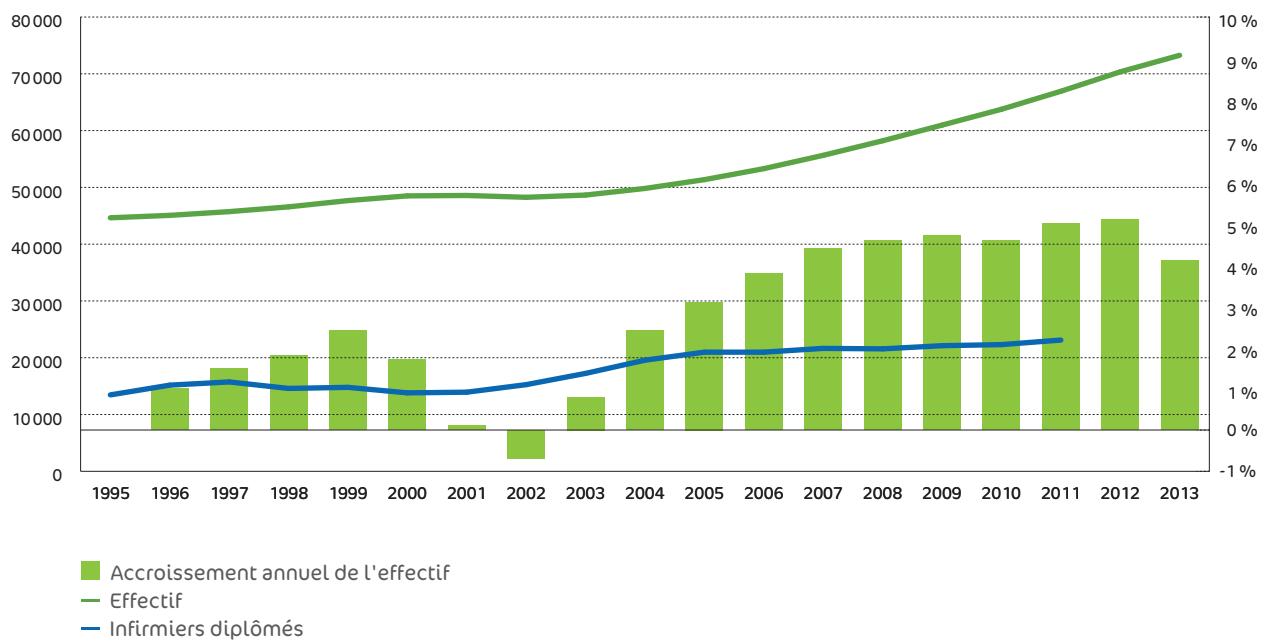
Ainsi depuis des années, le nombre d'infirmiers libéraux progresse de 5 % par an (Figure 67), et le volume des soins infirmiers de ville de 6 % par an. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux progresse, lui, de 3 % par an en moyenne depuis 2003.

Il paraît donc nécessaire d'approfondir la réflexion sur l'évolution des besoins de soins pour ces professionnels, y compris en considérant l'impact d'éventuelles réorganisations souhaitables dans la prise en charge (virage ambulatoire, soins à domicile...), afin de guider les décisions en matière d'admission aux études. La difficulté est liée aussi, pour certaines professions, aux flux de nouveaux professionnels

formés dans d'autres pays : la question se pose notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Pour les médecins, la question se pose différemment aujourd'hui, mais compte tenu de la longueur des études médicales, une anticipation à long terme est nécessaire. D'une crainte de la pléthora qui a alimenté de nombreux rapports dans les années 1990, on est passé dans les années 2000 à une crainte de la pénurie. Mais globalement aujourd'hui, contrairement à ce qui était annoncé, le nombre total de médecins ne diminue pas : l'impact de la baisse du *numerus clausus* a été compensé par l'arrivée de médecins à diplôme étrangers (ils représentent 25 % des premières inscriptions à l'Ordre en 2012) et dans une moindre mesure par des départs à la retraite plus tardifs. Si l'effectif des médecins généralistes est en légère baisse, celui des spécialistes, lui, continue à augmenter, y compris dans des disciplines pour lesquelles une baisse sensible était projetée.

 **Figure 67 –**
Évolution du nombre d'infirmiers libéraux de 1995 à 2013



Champ : population d'infirmiers libéraux APE et non APE
Sources : Cnamts (Snir) et Drees

4

Propositions

La cartographie médicalisée des dépenses met en évidence des enjeux épidémiologiques – l'ampleur des problèmes de santé traités par le système de soins –, mais aussi les enjeux économiques qui leurs sont associés. Schématiquement :

- les cancers et les pathologies cardiovasculaires représentent chacun 10 % des dépenses totales (20 % si l'on regroupe les pathologies cardiovasculaires avec le diabète, l'hypertension et l'excès de cholestérol);
- les pathologies psychiatriques représentent également 10 % des dépenses et, si l'on y ajoute les problèmes psychiques qui conduisent à des traitements réguliers par psychotropes, ce sont 15 % des dépenses qui sont associées à l'enjeu majeur de la santé mentale;
- à côté des pathologies chroniques, des épisodes de soins lourds mais plus ponctuels représentent aussi un enjeu économique majeur : 25 % pour les épisodes hospitaliers non liés aux pathologies chroniques, 6 % pour la maternité.

Les dynamiques d'évolution sont variables ; on observe ainsi une diffusion rapide de certaines interventions chirurgicales, comme les prothèses de hanche et de genou, à la fois du fait du vieillissement de la population mais aussi de la diffusion de ces interventions y compris aux âges élevés, grâce à l'allégement des techniques opératoires et des progrès de l'anesthésie. La prévalence de certaines pathologies chroniques augmente également fortement, comme le diabète (+3,6 % d'effectifs de patients traités annuellement entre 2010 et 2012 pour le régime général) ou l'insuffisance rénale chronique terminale (+4,5 %).

C'est dire l'**importance de développer une politique de prévention active** : prévention primaire, pour éviter la survenue des maladies en réduisant les facteurs de risque, mais aussi prévention secondaire, pour les détecter précocement et les traiter plus facilement et tertiaire pour retarder l'aggravation de maladies déjà installées, ce qui constitue un enjeu majeur du fait de

la progression des maladies chroniques évolutives. La première orientation stratégique du projet de loi santé présentée par la ministre le 19 juin 2014 est d'ailleurs d'inscrire la prévention comme un des socles de notre politique de santé.

Les analyses menées dans ce rapport ont pris appui sur ces constats de façon à **formuler des propositions structurelles** sur des sujets dont les enjeux sont majeurs pour la soutenabilité financière du système de santé, du fait de l'ampleur et/ou de la dynamique des dépenses observées, mais aussi du point de vue des patients, de la qualité de leur prise en charge et de leur vie avec la maladie.

Ces propositions s'articulent autour de quelques principes structurants :

- **la nécessité de faire des choix**, notamment en termes d'organisation, si l'on veut garder des marges de manœuvre dans un contexte financier contraint ; c'est ce que peuvent permettre le virage ambulatoire et la recherche d'une meilleure pertinence des actes ;
- le développement de la contractualisation avec les offreurs de soins, pour promouvoir collectivement et individuellement **un usage plus pertinent des ressources médicales et des produits de santé** ;
- la recherche, même si c'est dans un cadre strict du point de vue financier, d'une **meilleure qualité des soins et qualité de vie des patients**, ce qui n'est pas contradictoire avec la recherche de gains d'efficience dans les processus de soins ;
- la **juste fixation des tarifs**, condition de l'accès de la population au progrès médical dont elle peut bénéficier.

Les efforts pour améliorer la qualité des soins et leur efficience doivent être partagés entre les différents acteurs du système de santé et contractualisés avec une perspective pluriannuelle, en cohérence avec les engagements pris par le gouvernement au travers du programme de stabilité des finances publiques et de la Stratégie nationale de santé.

4.1 La nécessité de faire des choix

La France est aujourd’hui dans une situation économique contrainte, qui implique des perspectives rigoureuses pour l’objectif national des dépenses d’assurance maladie (Ondam) sur les prochaines années : +2 % en moyenne sur les années 2015-2017. Sur cette période, le système de santé devra faire face à des besoins croissants, du fait de l’augmentation et du vieillissement de la population ainsi que de la progression de certaines pathologies, comme le diabète ou l’insuffisance rénale par exemple.

La solution qui consisterait, dans l’objectif de maîtriser les dépenses, à raboter uniformément les crédits sans favoriser dans le même temps l’évolution des organi-

sations ne peut pas répondre à cette demande croissante, tout en préservant, voire en améliorant, la qualité des soins et le service rendu à la population : **il faut maintenant faire des choix** et promouvoir activement l’optimisation des organisations et des processus de soins pour lesquels des marges d’efficience existent.

Les deux premiers axes de propositions traduisent cette volonté de faire des choix clairs de réorganisation : il s’agit, d’une part, de **prendre résolument le virage ambulatoire** et, d’autre part, de déployer des stratégies actives pour s’assurer que les soins effectués sont **pertinents et ajustés aux besoins**.

1 — Le virage ambulatoire

Le virage ambulatoire est un élément de transformation de tous les systèmes de santé qui consiste, chaque fois que cela est possible, à écourter ou à éviter les séjours en milieu hospitalier, en offrant les services au patient au plus près de son milieu de vie. Cette évolution, qui est rendue possible par le progrès technique, permet de répondre à une attente de la population d’être soi-

gnée le plus possible à domicile, tout en générant des économies par l’utilisation au plus juste des plateaux techniques hospitaliers et des lits d’aval.

Trois domaines font l’objet de propositions en ce sens : la maternité, la chirurgie orthopédique et l’ensemble des interventions pouvant être réalisées en chirurgie ambulatoire.

Proposition 1 — Rejoindre en cinq ans la moyenne de l’OCDE pour la durée de séjour en maternité

La Haute Autorité de santé (HAS), dans les recommandations qu’elle a publiées en mars 2014, considère que pour des couples mère-enfant sans risque particulier, une durée de séjour de 72 heures (3 jours) après un accouchement par voie basse et de 96 heures (4 jours) après un accouchement par césarienne sont des durées standard⁵¹. En-dessous de ces seuils, elle considère qu’il s’agit de sorties précoce. Une telle appréciation est évidemment variable en fonction des usages des différents pays de l’OCDE (Partie 2.1).

En se laissant le temps de l’adaptation, et en favorisant l’accompagnement et le volontariat, il serait donc possible, sans risque pour la santé des mères et des enfants, de viser à moyen terme un objectif de 3 jours pour les accouchements physiologiques (71 % de l’ensemble des accouchements), ce qui nous rapprocherait de la moyenne actuelle des pays de l’OCDE (certains pays nordiques ou anglo-saxons ayant d’ailleurs des durées moyennes de séjour (DMS) beaucoup plus

basses) ; un objectif différent devrait être fixé pour les césariennes sans complications (tel que 5 jours en moyenne au lieu de 6 jours actuellement).

L’objectif de passage de 4,2 à 3 jours pourrait être atteint progressivement sur cinq ans (avec un point d’étape à 3,5 jours en 2017). Corrélativement, les gains d’efficience dégagés par l’évolution de la prise en charge permettraient, au-delà de la diminution des coûts pour les établissements, des économies importantes sur l’Ondam et les comptes de l’Assurance Maladie, correspondant à un peu moins de 800 000 journées d’hospitalisation évitées.

Cette évolution n’implique pas nécessairement de restructuration du tissu des maternités, au sens d’une concentration des établissements : celle-ci a d’ailleurs déjà été largement opérée. Elle n’impacte pas non plus le dimensionnement des blocs obstétricaux, le nombre d’accouchements étant globalement stable. Elle suppose, en revanche, un ajustement des organisations en aval des blocs, en ville comme à l’hôpital.

⁵¹. Il s’agit des bornes basses, les fourchettes étant respectivement de 3 à 4 jours et de 4 à 5 jours pour les accouchements par voie basse et les césariennes.

La condition préalable à un raccourcissement des durées de séjour en maternité est l'assurance donnée aux femmes **d'une continuité du suivi lorsqu'elles reviennent à leur domicile** avec leur enfant. La HAS recommande d'ailleurs cet accompagnement au retour à domicile pour toutes les femmes à bas risque qui sortent de la maternité après une durée de séjour standard ou une sortie précoce, et a protocolisé ce suivi en termes de nombre de visites, de délai et de paramètres de surveillance. Ce suivi, déclenché par l'équipe médicale de l'établissement, doit aussi comporter en tant que de besoin un **volet d'accompagnement social** pour prendre en compte la diversité des situations sociales.

Le programme Prado, qui organise la liaison avec la sage-femme choisie par la maman pour réaliser les visites à domicile, offre la garantie d'assurer l'organisation de cet accompagnement de manière homogène sur tout le territoire avec une possibilité de montée en charge rapide. Le protocole Prado prévoit d'ores et déjà deux visites de sages-femmes pour les sorties suite à une durée de séjour standard. Au-delà des accouchements physiologiques sans complications avec durées de séjour standard (540 000 accouchements, dont 40 % devraient d'ores et déjà être couverts par le programme en 2014), il peut aisément être étendu aux sorties précoces après accouchement physiologique (dont le nombre aujourd'hui est limité, 30 000 séjours, mais va s'accroître dans le cadre d'une évolution vers une DMS à 3 jours) et aux césariennes sans complications (130 000 séjours). La densité des sages-femmes permet dans la plupart des territoires d'offrir cet accompagnement; dans les départements identifiés comme pouvant être en tension en 2012, on constate une amélioration dans la période récente avec

de nouvelles installations, qui peuvent être soutenues grâce aux aides à l'installation mises en place par l'avenant (par exemple dans la Creuse ou en Picardie).

L'extension aux sorties précoces, impliquant une coordination plus étroite entre les différents intervenants, s'accompagnera d'une organisation adaptée prévoyant également la réalisation par les sages-femmes des tests de dépistage actuellement effectués par les établissements dans les jours qui suivent l'accouchement (par exemple le test de Guthrie, test de dépistage de la phénylcétonurie, ainsi que d'autres dépistages néonataux de maladies génétiques) ainsi que la surveillance du risque d'ictère.

Le programme pourra ainsi évoluer pour prendre en compte ces nouvelles situations. Il a d'ores et déjà prévu d'intégrer dans les conventions avec les établissements l'utilisation de la fiche de liaison recommandée par la HAS.

↳ **Économies attendues :**

- une baisse de la DMS de 4,2 jours à 3 jours pour les accouchements physiologiques (et une baisse de 6 à 5 jours pour les césariennes sans complications) représente, à horizon de 5 ans, un potentiel d'économies de 425 millions d'euros en termes de coût pour les maternités (soit 85 millions d'euros d'économies annuelles);
- la généralisation de l'accompagnement sur les 700 000 accouchements à bas risque (avec l'hypothèse d'un taux d'option de 80 %) coûterait 60 millions d'euros à l'horizon de 5 ans et 40 millions d'euros en 2017, dont 20 millions d'euros sont déjà financés, soit un surcoût de 20 millions d'euros;
- le gain net est de 235 millions d'euros à 3 ans et 405 millions d'euros à 5 ans, dont 79 millions d'euros en 2015.

Proposition 2 — Ajuster la durée moyenne de séjour pour les prothèses de hanche et de genou, hors traumatologie

L'analyse de l'activité d'orthopédie fait apparaître **la variabilité des durées de séjour selon les établissements**, notamment pour les actes les plus fréquents que sont les prothèses de hanche et de genou : sur la chirurgie prothétique de la hanche, près de 20 % des établissements ont des durées moyennes de séjour (DMS) inférieures à 8 jours, tandis qu'une proportion équivalente est au-delà de 11 jours. La même variabilité est constatée pour la chirurgie prothétique du genou.

Une réduction des durées moyennes de séjour, notamment dans les établissements où elles sont les plus longues, apparaît donc possible. Compte tenu du nombre important d'opérations en jeu, elle permettrait de baisser les coûts de revient pour les établissements, et de baisser corrélativement les dépenses d'assurance maladie.

Des objectifs raisonnables pourraient être, à titre d'exemple, d'atteindre dans un premier temps une durée moyenne de séjour de 6 jours pour la prothèse de hanche et de genou (au lieu de 8,4 et 8,8 aujourd'hui, pour les séjours de niveaux 1, 2 et 3 hors traumatologie). Comme pour la maternité, ceci suppose parallèlement de **veiller à la juste prise en charge en aval de la chirurgie**, par des professionnels de ville, en coordination avec l'hôpital dès l'amont.

Des recommandations sur un volume minimal d'activité pourraient contribuer à cette baisse des DMS, qui sont plus longues dans les établissements de petite taille (Proposition 8).

Proposition 3 — Piloter l'offre de chirurgie orthopédique pour atteindre un volume minimal d'activité pour les plateaux techniques (productivité / qualité)

La réduction des durées de séjour serait favorisée par une mise en commun des moyens des établissements, dont un certain nombre ont un niveau d'activité faible, et se trouvent aussi être ceux où les durées de séjour sont les plus longues.

Cette réorganisation irait dans le sens de l'efficience, car la productivité des équipes s'accroît avec le volume d'activité, mais aussi dans le sens de la qualité, car les établissements qui ont un niveau d'activité plus élevé ont en règle générale une moindre fréquence de complications.

Il faut bien sûr veiller à ce que les conditions d'accès aux soins chirurgicaux restent bonnes, notamment

pour la traumatologie, mais l'observation montre qu'aujourd'hui, les services d'orthopédie sont les services hospitaliers pour lesquels les distances et les temps d'accès sont les plus faibles.

Une telle évolution est à piloter par le ministère de la Santé et les agences régionales de santé, notamment dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins. La définition et la promotion, en partenariat avec les sociétés savantes, de référentiels de qualité incluant éventuellement une notion de seuil minimal d'activité pourraient aussi constituer un levier de changement (une telle démarche a été menée aux Pays-Bas par exemple).

Proposition 4 — Améliorer la pertinence du recours aux soins de suite et de réadaptation et favoriser la rééducation à domicile en application des recommandations de la Haute Autorité de santé

L'analyse des patients actuellement pris en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour une rééducation post-chirurgie orthopédique montre qu'au minimum 15 à 20 % d'entre eux pourraient bénéficier d'une rééducation en ville plutôt qu'en établissement, sous réserve que les conditions d'organisation soient réunies pour une telle prise en charge.

Il faut rappeler que l'alternative de la rééducation en ambulatoire est moins coûteuse non seulement pour l'Assurance Maladie, mais également pour le patient, comme cela a été montré dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2014 : pour une prothèse de hanche, par exemple, le reste à charge moyen est de 563 euros pour une rééducation en SSR, de 358 euros pour une rééducation en ambulatoire.

Le développement du service Prado, dans un premier temps sur l'ensemble de la chirurgie orthopédique, permettra de promouvoir la rééducation hors centre. Il serait nécessaire de l'inscrire dans l'outil « Trajectoires », qui est utilisé par les hôpitaux pour l'orientation des patients mais ne propose actuellement qu'un aval vers des établissements de rééducation. Les patients seraient par ailleurs d'autant plus incités à opter pour une rééducation en ville si, dans le cadre de Prado, leurs frais de transport étaient mieux pris en charge ; cet aspect sera à régler au-delà des expérimentations qui sont prévues,

dans le cadre de l'article 48 de la LFSS 2013, dans les territoires retenus pour les projets d'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Parallèlement, l'Assurance Maladie renforcera la mise sous accord préalable des établissements (qui à partir de 2014 est opérée sur les services de médecine, chirurgie, obstétrique – MCO – et non plus de SSR) de manière à modifier certaines pratiques et à homogénéiser les écarts de taux d'adressage en SSR à patientèle identique.

Pour que ces gains d'efficience se traduisent par des économies pour l'Assurance Maladie, un ajustement des dotations est nécessaire (ou alternativement la mise en place de la tarification à l'activité – T2A – SSR), ainsi qu'une évolution en corollaire des organisations et, le cas échéant, des capacités des établissements.

↳ Économies attendues :

- 85 millions d'euros à échéance de 2017 sur la réduction des durées moyennes de séjour (de 9 à 6 jours pour les prothèses de hanche et les prothèses de genou) ;
- 146 millions d'euros à échéance de 2018 en réorientant 16 % des patients de SSR vers le domicile (38 000 séjours évités) ;
- 21 millions d'euros additionnels avec la réduction des taux d'adressage élevés par la mise sous accord préalable (6 700 séjours évités).

Proposition 5 — Définir un objectif volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire et faire évoluer les tarifs sur une période pluriannuelle en fonction de cet objectif

Le scénario tarifaire envisagé est l’alignement des tarifs de l’hospitalisation de niveau 1 et de l’ambulatoire sur le tarif issu des coûts de l’ambulatoire dès lors que le taux de chirurgie ambulatoire dépasse 40 %, sur la base de gains de productivité sur les processus de chirurgie ambulatoire évalués à 5 % en trois ans.

↳ Économies attendues :

400 millions d’euros sur les 645 millions d’euros décrits dans la Partie 2.4.

Proposition 6 - Développer la mise sous accord préalable pour promouvoir la chirurgie ambulatoire et renforcer son effectivité

La mise sous accord préalable (MSAP) des établissements dans lesquels la chirurgie ambulatoire est insuffisamment développée participe, on l’a vu, de la palette des leviers mobilisables pour accroître la diffusion de ce mode de prise en charge; elle a montré son caractère très incitatif pour les établissements concernés, qui font l’effort nécessaire pour rejoindre (et souvent dépasser) les taux observés pour les autres établissements.

Au fur et à mesure que la chirurgie ambulatoire se diffuse pour de nouveaux actes, elle a vocation à étendre corrélativement son champ d’intervention pour envoyer un signal aux établissements et aux praticiens les plus en retard sur leurs pairs.

Il est ainsi prévu d’élargir la liste des gestes marqueurs à raison de cinq gestes par an.

Pour que cette procédure reste efficace, il faut également garantir son effectivité, c’est-à-dire que les établissements qui font l’objet d’une MSAP ne puissent pas s’exonérer de solliciter l’accord du médecin-conseil pour opérer les patients en hospitalisation complète pour les gestes concernés. L’Assurance Maladie doit donc pouvoir, en tant que de besoin et pour les établissements qui ne respecteraient pas la procédure de MSAP, de prononcer des pénalités financières, ce qui nécessite une modification du code de la Sécurité sociale.

↳ Économies attendues :

La MSAP participe à l’atteinte de l’objectif global ci-dessus.

Pour réussir le virage ambulatoire, une bonne organisation de la médecine de ville et une bonne coordination des professionnels avec l’hôpital et entre eux, appuyée sur **une circulation et un partage de l’information**, sont des éléments essentiels.

La ministre de la santé a réaffirmé l’enjeu de cette circulation de l’information dans sa présentation des orientations du projet de loi de santé : la nécessité pour les patients qui sortent de l’hôpital de disposer rapidement d’une lettre de liaison, l’importance du dossier médical partagé, outil de coordination dont la maîtrise d’œuvre sera confiée à l’Assurance Maladie.

D’ores et déjà, dans le cadre des Prado orthopédie et insuffisance cardiaque, une ouverture et une alimenta-

tion du dossier médical partagé vont être expérimentées, sous réserve du consentement du patient, dans les territoires Prado de cinq régions (Alsace, Aquitaine, Centre, Île-de-France, Picardie).

La négociation en cours sur les soins de proximité, en application des orientations de l’Uncam du 4 avril 2014, doit aussi favoriser la coordination interprofessionnelle pour renforcer la prévention des facteurs de risque, améliorer la prise en charge des pathologies chroniques et prévenir ou mieux gérer les situations de « rupture » dans le parcours de soins. La structuration des soins de proximité et le travail en équipe sont de nature à permettre une meilleure coordination avec les établissements hospitaliers et à organiser l’aval de l’hospitalisation.

2 — L'amélioration de la pertinence des actes et des prescriptions

Optimiser les processus de soins – par exemple, comme on vient de le voir, en substituant des soins ambulatoires proches du domicile à des hospitalisations – est une voie pour gagner en efficience, mais il faut aussi que ces soins, quel que soit leur lieu de réalisation, soient pertinents, c'est-à-dire utiles, conformes aux bonnes pratiques et apportant au patient un bénéfice suffisant par rapport au risque que comporte tout traitement médical.

De ce point de vue, on le sait, des marges de manœuvre existent. La variabilité des pratiques médicales selon les territoires reste très importante, des écarts existent avec les recommandations de bonne pratique. Les patients sont parfois sur diagnostiqués et sur traités,

notamment aux âges élevés : même si cette problématique du rapport bénéfice / risque est complexe et relève aussi de choix individuels, certains aspects comme la iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les sujets âgés, peuvent clairement être améliorés. Inversement, on peut constater des cas d'insuffisance de prise en charge. La difficulté est cependant, on le sait, de passer du constat à des actions efficaces sur les changements de comportement.

Des accords pluriannuels liant les prix et les volumes de certaines prescriptions permettraient une visibilité réciproque et pourraient être un levier pour aligner les intérêts des offreurs de soins sur cet objectif de pertinence et d'efficience des activités et des prescriptions.

Proposition 7 — Mettre en place un accord prix-volume global permettant d'optimiser la dépense de médicaments sur les trois prochaines années

La situation du marché du médicament s'est profondément modifiée depuis une dizaine d'années : l'arrivée des génériques pour des molécules utilisées de façon très large (statines, hypertension, IPP...) a permis de baisser considérablement les prix des traitements de certaines maladies ou facteurs de risque courants en médecine de ville. Combinée avec les baisses de prix et la maîtrise médicalisée, cette évolution a conduit à un ralentissement très net de la croissance des dépenses de médicaments par rapport au début des années 2000. De fait, le poste médicaments, qui a tiré pendant longtemps la dynamique des dépenses totales, contribue fortement à leur modération sur les dernières années.

Mais les évolutions en cours indiquent que cette situation va se modifier à nouveau dans les années qui viennent ; l'effet modérateur de la mise sur le marché des génériques va s'atténuer et, à l'inverse, on voit arriver, parmi les médicaments de spécialité qui sont restés un secteur de croissance dynamique, **de nouveaux traitements extrêmement coûteux** (à l'instar du sofosbuvir). Pour pouvoir offrir l'accès à ces traitements, il est nécessaire de mobiliser toutes les

marges d'efficience encore disponibles tout en veillant à introduire ces traitements à **des prix qui soient raisonnables**.

Dans un tel contexte, la mise en œuvre d'un mécanisme d'accord prix-volume global pluriannuel, tel que celui qui a été mis en œuvre avec les syndicats de biologistes, pourrait constituer un levier puissant. En liant, par exemple sur une période de trois ans, les prix et les volumes dans le cadre **d'une stratégie mieux affirmée de santé publique**, ce mécanisme aurait l'intérêt de mieux aligner les intérêts médico-économiques de la profession sur ceux des pouvoirs publics dans la recherche d'une meilleure pertinence de la prescription et du bon usage du médicament, les progrès dans ce domaine permettant à la fois des gains de qualité de prise en charge et de moindres baisses tarifaires. Pour les industriels du médicament comme pour les pouvoirs publics, il donnerait une garantie et une visibilité à moyen terme.

Les priorités de santé publique seraient issues de la Stratégie nationale de santé et renforceraient de plus les objectifs conventionnels négociés entre l'Assurance Maladie et les offreurs de soins.

Proposition 8 — Accompagner cet accord d'outils permettant, au sein de l'enveloppe, d'optimiser la prescription

Dans le cadre de cet accord global, il conviendrait de renforcer parallèlement les stratégies et les leviers pour améliorer l'efficience de la prescription. Plusieurs actions peuvent être déployées à court terme.

- Dans le cadre du **plan de lutte contre la iatrogénie chez les personnes âgées**, des entretiens confraternels sont programmés auprès de 6000 médecins traitants ayant des patients de plus de 75 ans (ou de

plus de 65 ans avec affection de longue durée) avec plus de dix molécules (action prioritaire sur la dépression, le sommeil et l'anxiété); l'action sera renforcée en 2015 pour faire connaître et diffuser l'outil START-STOPP (outil favorisant une bonne prescription) en lien avec les agences régionales de santé.

- Une analyse des **prescriptions contenant des associations contre-indiquées** est en cours; elle permettra de cibler les médecins dont les pratiques de prescription peuvent être améliorées de ce point de vue et de mener une action auprès d'eux (retour d'information, entretiens confraternels, contrôles).
- Une action de contrôle des médecins ayant un **fort taux d'utilisation de la mention « non substituable »**. Si une augmentation d'un point du taux de substitution représente 25 millions d'euros d'économies, le potentiel d'économies bute actuellement sur le niveau stabilisé de la mention « non substituable » (NS). Celui-ci est de 5 %, mais 592 médecins ont un taux de NS supérieur ou égal à 29 %, et les remontées de terrain des caisses primaires indiquent que certains utilisent la mention NS de façon manifestement abusive. Or, si la possibilité de recourir à cette mention NS doit être préservée lorsque les médecins l'estiment nécessaire pour des patients particuliers, il faut lutter contre l'usage abusif qui en est fait par une petite fraction des praticiens. Une première vague de contrôle sur ces 592 médecins sera réalisée dans le second semestre 2014 et pourra déboucher pour certains sur des pénalités financières.
- Au-delà, la question de l'encadrement des possibilités d'utiliser le NS, des conditions d'inscription des médicaments d'ASMR⁵² dispensés par les collectivités, la promotion de listes préférentielles de médicaments validées, d'objectifs de prescription sur les médicaments bio-similaires, **la mise en place**

d'une nouvelle option conventionnelle permettant au médecin traitant de gérer plus globalement ses prescriptions en fonction de sa patientèle (Partie 3.3) devraient être envisagées.

- La procédure de mise sous accord préalable de la rosuvastatine, qui avait été proposée dans le rapport de l'année dernière en s'inspirant des exemples de l'Autriche et de la Norvège, pourrait ainsi être mise en œuvre en s'appuyant notamment sur les référentiels de la Haute Autorité de santé et en définissant le processus de demande d'accord préalable et son traitement par le service du contrôle médical.

Il est également essentiel – la Cnamts avait déjà fait cette proposition l'an dernier – d'agir sur la prescription à l'hôpital : il y a en effet un conflit entre l'intérêt des établissements, qui est d'acheter les médicaments au prix le moins cher possible, et l'intérêt global du système de soins. Car l'hôpital exerce une influence sur la prescription de ville et les laboratoires pharmaceutiques consentent parfois des prix très bas aux établissements avec la perspective de générer ensuite un chiffre d'affaires en prescription ambulatoire à des tarifs beaucoup plus élevés (avec des volumes beaucoup plus élevés, par exemple les quantités de statines délivrées en ville dans la zone d'influence d'un centre hospitalier universitaire – CHU – sont en moyenne 300 fois supérieures à celles achetées par ce CHU). La possibilité devrait être étudiée de sortir certaines molécules, coûteuses et sans amélioration du service médical rendu, de la liste des produits agréés à l'usage des collectivités.

↳ **Économies attendues :**

Voir Proposition 22 – les actions déployées permettent de respecter l'objectif financier défini pluriannuellement.

Proposition 9 — Étendre les plans d'actions sur la pertinence de la chirurgie et mettre en place une stratégie graduée vis-à-vis des établissements en fonction de leur positionnement sur les indicateurs de pertinence

Le constat d'importantes disparités interdépartementales des taux de recours aux soins non expliquées par les indicateurs démographiques ou sanitaires a conduit à s'interroger sur la pertinence de certains actes chirurgicaux. Des référentiels ont été progressivement publiés par la Haute Autorité de santé depuis 2012 sur les indications opératoires d'un certain nombre d'actes et, parallèlement, la Cnamts a développé et testé des outils de ciblage afin de repérer les établissements atypiques et de proposer une mise en œuvre graduée des actions.

Sur ces bases, les prochaines étapes à mettre en œuvre sont :

- d'une part, **l'extension du champ du ciblage à d'autres actes chirurgicaux** au fur et à mesure que des référentiels solides de pertinence sont disponibles (au total, l'action portera à l'horizon 2015 sur les actes suivants : appendicectomie, syndrome du canal carpien, thyroïdectomie, cholécystectomie et chirurgie ORL [amygdalectomie +/- adénoïdectomie], chirurgie bariatrique);

52. L'amélioration du service médical rendu (ASMR) est cotée selon 5 niveaux, le niveau 5 correspondant à l'absence de progrès par rapport aux traitements ou à la prise en charge existants.

- d'autre part, le déploiement d'une stratégie avec des actions ciblées selon le classement de l'établissement :

- dans le cadre du programme relatif à la pertinence des actes et des soins, avec déclinaison des actions d'amélioration au travers des plans régionaux de gestion du risque mis en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec l'Assurance Maladie,
 - avec des actions complémentaires menées par l'Assurance Maladie (sur les établissements ou les professionnels de santé) : mise sous accord préalable (MSAP) ou mise sous objectif (MSO) pour les actes urgents, actions contentieuses.

La stratégie globale proposée mobiliserait **trois niveaux d'intervention** :

- **1^{er} niveau (segment A) : pas de suspicion de non-pertinence**

Accompagnement de tous les établissements, notamment dans les régions où le taux de recours est important.

- **2^e niveau (segment B) :**

1. Accompagnement par l'Assurance Maladie et l'ARS.
2. Proposition de formation spécifique (développement professionnel continu – DPC).
3. Autoévaluation +/- MSO.

- **3^e niveau (segment C) : suspicion de non-pertinence**

1. Accompagnement par les pairs.
2. Incitation forte à une formation spécifique (DPC).
3. Autoévaluation + MSO (envoi des fiches à l'ARS).
4. MSAP pour gestes hors urgence (ainsi du syndrome du canal carpien prévu fin 2014).
5. Si persistance de l'atypie l'année suivante avec confirmation après retour aux dossiers : contractualisation par recours aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec sanction financière si non-atteinte des objectifs / actions contentieuses envers l'établissement et/ou le professionnel de santé / interdiction de réaliser le geste sans accord préalable d'un établissement de santé de référence.

↳ Économies attendues :

43 millions d'euros à l'horizon 2015

Proposition 10 — Élaborer et mettre en œuvre un programme sur la pertinence des examens préanesthésiques (ou préopératoires)

Un travail commun est en cours avec la Société française d'anesthésie-réanimation (Sfar), qui a actualisé son référentiel sur les examens préanesthésiques en 2012, pour mettre en place des actions envers les prescripteurs d'examens préanesthésiques non pertinents, ces examens étant dans certains cas inutiles et réalisés de façon systématique.

Cinq situations pour lesquelles certains examens préanesthésiques étaient jugés inappropriés (car pour certains gestes chirurgicaux non pertinents de façon systématique, mais uniquement dans certaines situations à risque bien identifiées) :

- prescription de TP/TCA/plaquettes avant les gestes d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie chez l'enfant ayant acquis l'âge de la marche (de 2 ans à 18 ans);
- prescription d'un bilan biologique d'hémostase chez l'adulte (TP/TCA/plaquettes) pour tous les gestes chirurgicaux;
- prescription du groupe sanguin et des agglutinines irrégulières pour certains gestes chirurgicaux;

- réalisation d'un ionogramme sanguin (natrémie, calcémie, glycémie, urée et créatinine) pour certaines interventions chirurgicales mineures réalisées sous anesthésie;
- réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires et gazométrie avant tout type de chirurgie, sauf les interventions de chirurgie trachéale et parenchymateuse pulmonaire et celles de chirurgie cardiaque.

Un ciblage des établissements sur la base de la méthode élaborée pour la pertinence des actes chirurgicaux est en cours de validation par les sociétés savantes et des actions d'accompagnement pourraient être déployées dès 2015.

↳ Économies attendues :

Sur la base des premières analyses menées, on estime la proportion d'actes non pertinents selon certains examens de 15 à 50 %, ce qui permettrait par exemple de générer une économie de l'ordre de 10 millions d'euros sur les seules prescriptions de bilan d'hémostase.

Proposition 11 — Déployer un plan d'actions pour améliorer la pertinence des IRM des membres inférieurs et du rachis

Une action doit être entreprise sur l'utilisation des IRM ostéo-articulaires dont la croissance est très rapide (+8 % par an) ; l'analyse des parcours de soins des patients pour les IRM des membres inférieurs (plus d'un million d'actes en 2013) soulève la question de la pertinence de la prescription par les médecins généraliste pour certains de ces actes : faible proportion de patients ayant une intervention ou un geste thérapeutique (25 %), 60 % sans prise en charge spécialisée alors que l'IRM est un examen de deuxième intention qui s'inscrit dans une démarche diagnostique complexe, 52 % sans radiographies préalables qui sont des examens de première intention...).

Il est proposé :

- d'élaborer conjointement avec la Haute Autorité de santé (HAS) un **algorithme décisionnel** à l'usage des médecins généralistes ;

- de mener une campagne d'accompagnement des médecins généralistes et des radiologues pour diffuser les recommandations de pratique clinique de la HAS sur les lésions méniscales et celles du ligament croisé antérieur ;
- d'introduire éventuellement des indicateurs de bonne pratique dans le cadre de la Rosp pour les médecins généralistes.

Le même type de démarche pourrait être mené sur l'IRM du rachis.

↳ Économies attendues :

29 millions d'euros sur l'IRM des membres inférieurs et 30 millions d'euros sur les IRM du rachis (hypothèse de 15 % d'actes pouvant être évités pour des actes valant respectivement 192 et 198 euros)

Proposition 12 — Renforcer les actions de maîtrise médicalisée sur les analyses biologiques

L'accord prix-volume pluriannuel conclu avec les syndicats de biologistes donne une garantie d'évolution des dépenses jusqu'à 2015 (+0,25 % par an) et permet **une visibilité à moyen terme** à la fois en termes de revenus pour les professionnels et de dépenses pour l'Assurance Maladie. Les deux partenaires ont un intérêt commun, dans le cadre de cette enveloppe de dépenses, à améliorer la pertinence des analyses et à réduire les prescriptions inutiles pour éviter des baisses de prix.

Une part importante de la dépense d'analyses de biologie médicale étant concentrée sur un nombre réduit d'examens, très majoritairement prescrits par les généralistes, les actions prioritaires à mener concernent ceux de ces actes pour lesquels l'analyse montre que la prescription n'est pas toujours pertinente. Les premières priorités sont les groupes sanguins, le dosage de la vitamine D, les dosages thyroïdiens.

Des documents d'information, mémos... ont été préparés pour ces trois types d'analyses pour **rappeler leurs indications et conditions de prise en charge**, et vont être diffusés aux prescripteurs et aux biologistes par divers canaux, dont des visites des délégués de l'Assurance Maladie. La nomenclature des actes de biologie médicale est parallèlement en cours de modification pour le dosage de la vitamine D afin d'inscrire de façon limitative les six indications reconnues comme éligibles pour la prise en charge par la Haute Autorité de santé (rapport d'octobre 2014).

↳ Économies attendues :

- 60 millions d'euros pourraient être économisés (la majeure partie sur le dosage de la vitamine D, dont le nombre pourrait être réduit de 5 millions s'il y a un respect strict des indications désormais prises en charge).
- Cette économie relative à la maîtrise des volumes des actes de biologie médicale permet ainsi le respect de l'accord pluriannuel, en modulant les baisses tarifaires selon les résultats obtenus.

Proposition 13 — Veiller à la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail

Comme pour les prestations en nature, les prestations en espèces et tout particulièrement les arrêts de travail doivent être prescrits conformément à des référentiels validés permettant de réduire les hétérogénéités de pratiques pour des situations médicales et de postes de travail comparables.

Dans ce contexte, la diffusion des référentiels auprès des prescripteurs et le contrôle de leur application

devront être renforcés. Une attention particulière sera parallèlement portée sur les arrêts de travail courts mais répétitifs.

Il convient par ailleurs de rappeler que le gouvernement s'est engagé à réduire de 200 à 150 le nombre d'heures travaillées dans le trimestre afin de permettre l'ouverture d'un droit aux arrêts de travail aux salariés ayant une petite activité au 1^{er} janvier 2015.

Proposition 14 — Redonner une base légale au dispositif de régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes ayant fait l'objet d'un accord conventionnel des partenaires (avenant n° 3)

Le Conseil d'État a annulé, dans son arrêt du 17 mars dernier, les dispositions prévues par l'avenant n° 3 à la convention entre syndicats représentatifs des masseurs-kinésithérapeutes et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui instituait une limitation du nombre de professionnels susceptibles d'être conventionnés dans les zones sur dotées. Le Conseil d'État a estimé que cette disposition touchait aux principes fondamentaux de la Sécurité sociale et nécessitaient une habilitation expresse du législateur.

Il est nécessaire de modifier par la loi les dispositions du code de la Sécurité sociale relatives aux conditions de conventionnement des masseurs-kinésithérapeutes, pour permettre une habilitation expresse des partenaires conventionnels à procéder à une adaptation du conventionnement fondée sur des critères géographiques, pour pouvoir réintroduire le dispositif de régulation tel qu'il a été prévu initialement par les partenaires.

Proposition 15 — Mener une réflexion sur les flux démographiques des professionnels et leur cohérence avec les besoins et les objectifs financiers

La gestion des flux démographiques des différentes professions et la planification des ressources humaines nécessaires au système de santé de demain sont des exercices difficiles dans tous les pays. La difficulté à anticiper suffisamment se traduit souvent par des politiques de *stop and go*, notamment pour la profession médicale, dont les durées de formation initiale demanderaient des visions à très long terme.

Néanmoins, il est tout aussi évident qu'il n'est pas possible de disjoindre la question des objectifs de progression des dépenses d'assurance maladie de celle de l'évolution quantitative et qualitative des ressources humaines du système. En médecine de ville, la croissance rapide et continue des effectifs des professions paramédicales (infirmières libérales et à un

moindre degré masseurs-kinésithérapeutes) induit une pression sur les dépenses de soins correspondantes. Si cette problématique des médecins est différente aujourd'hui, il faut aussi, comme rappelé ci-dessus, anticiper les évolutions de long terme.

Ces questions sont d'autant plus complexes que l'impact des décisions nationales peut être contrebalancé par les possibilités de formation à l'étranger et la circulation des professionnels au sein de l'Union Européenne (exemple des masseurs-kinésithérapeutes formés dans les pays limitrophes ou en Europe de l'Est).

Il serait souhaitable d'améliorer la réflexion collective sur cette question (besoins en main-d'œuvre, impact sur les soins des évolutions démographiques actuelles et projetées).

4.2 Optimiser les processus en améliorant la qualité des soins et la qualité de vie des patients

Les propositions qui précèdent – veiller à ce que les soins soient pertinents, développer les prises en charge en ambulatoire quand c'est possible – doivent permettre des gains d'efficience dans la délivrance des soins. L'objectif n'est pas seulement de maîtriser la dépense, il est avant tout de continuer à répondre, dans le cadre d'une croissance limitée des ressources disponibles, à des besoins qui évoluent du fait de l'augmentation de la population, de son vieillissement, de la progression de certaines pathologies chroniques, et ce tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins. La raison d'être du système de santé est bien en effet d'améliorer la santé de la population et de fournir aux personnes malades des soins de qualité, conformes à l'état de l'art.

De ce point de vue, des marges de progression existent dans la prise en charge de certaines pathologies, comme le montrent les analyses menées dans

le Chapitre 2 de ce rapport sur l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), le cancer du sein ou les dépressions légères et modérées traitées en ville.

Ces améliorations peuvent concerner les soins et les modalités de traitement : possibilités de dialyse hors centre pour l'IRCT, délais de prise en charge du cancer du sein, qualité de la prescription médicamenteuse et du suivi pour la dépression... Mais des progrès sont aussi à réaliser dans la prévention, par exemple pour réduire les disparités géographiques et sociales de dépistage du cancer du sein ou accroître la détection et la prise en charge précoces de l'insuffisance rénale pour retarder l'évolution vers le stade terminal. Dans les deux cas, ces améliorations peuvent être porteuses de gains d'efficience en évitant ou retardant les traitements les plus lourds et les plus coûteux.

Proposition 16 — Améliorer le dépistage de l'insuffisance rénale chronique et la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est une pathologie grave qui a des répercussions lourdes en termes de diminution de la survie et de qualité de vie des personnes, notamment lorsqu'elles sont traitées par dialyse. Retarder la progression de la maladie rénale chronique et son arrivée à ce stade terminal est donc un enjeu de santé publique majeur. C'est aussi un enjeu économique, compte tenu du coût des traitements (63 000 euros en moyenne par an pour la dialyse).

Pour ralentir l'aggravation de la maladie rénale chronique et en réduire les complications, des recommandations ont été élaborées par les sociétés savantes et la Haute Autorité de santé.

Le premier objectif est **d'améliorer la détection et la prise en charge de la maladie à des stades précoce**s parmi les populations à risque (au premier rang desquels le diabète et l'hypertension). En présence d'une maladie rénale, le médecin traitant doit adapter la posologie des médicaments à élimination rénale, éviter certains médicaments toxiques (tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens – AINS), prescrire des mesures hygiéno-diététiques. Chez les personnes avec un diabète ou une hypertension, un traitement par IEC ou ARA 2 est préco-

nisé. Le contrôle de la pression artérielle et de l'alimentation (protéines) est essentiel pour ralentir l'évolution de la maladie ; l'information du patient et son implication dans la gestion de sa santé sont, comme dans beaucoup d'autres pathologies chroniques, des facteurs clés (surveillance de la tension, modification des habitudes alimentaires, vigilance concernant l'automédication...).

Une première campagne de sensibilisation des médecins traitants sur le dépistage de l'insuffisance rénale chronique (IRC) chez les patients diabétiques a été réalisée en 2012 et 2013. Il est proposé de mener une nouvelle action d'accompagnement sur l'importance de cette identification des stades précoce de la maladie rénale chronique en élargissant les populations à risque, notamment aux patients hypertendus, et des recommandations sur la conduite à tenir (contrôle de la tension, importance du choix des antihypertenseurs, ...).

Des objectifs concernant le dépistage de l'IRC chez les patients à risque (diabète et hypertension artérielle) pourraient également être intégrés à la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) des médecins traitants, sur la base d'indicateurs pouvant être mesurés à partir des données de remboursement.

À moyen terme, le projet de cohorte CKD-Rein (*Chronic Kidney Disease - Rein*), lancé en mars 2012 et qui doit suivre l'évolution de la maladie sur dix ans pour 3 600 patients, devrait permettre de mieux comprendre les facteurs influençant l'évolution de la maladie rénale chronique jusqu'au stade de l'IRCT et de modéliser l'efficacité des mesures de prévention, afin d'améliorer l'efficacité des stratégies poursuivies.

En complément, la Cnamts constituera à partir des bases de remboursement une cohorte rétrospective permettant de retracer le parcours de soins des malades avant l'arrivée au stade de la suppléance. Sous réserve de

l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les données pourraient être mobilisées rétrospectivement depuis 2006. Cette cohorte sera mise à disposition des équipes de recherche pour modéliser l'impact d'actions de prévention sur la survenue de l'IRCT.

↳ **Économies attendues :**

Les économies sont potentiellement importantes, mais attendues uniquement à moyen terme. Un objectif d'infléchissement du nombre de patients incidents en IRCT pourrait être visé à partir de 2018. Les modélisations médico-économiques auront pour objectif d'identifier les actions ayant le meilleur rapport coût-efficacité.

Proposition 17 — Améliorer l'accès à la greffe rénale

Par rapport à la dialyse, la greffe de rein apporte une amélioration de la qualité et de la durée de vie et réduit les coûts de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale. C'est donc la stratégie à mettre en œuvre en priorité, et il y a un consensus sur cet objectif. Mais **le nombre de greffons disponibles ne permet pas de faire face aux besoins** : ainsi, en 2012, parmi 13 329 candidats à une greffe rénale, seuls 3 044 ont été greffés et, chaque année, le nombre de greffes rénales est inférieur à celui des nouveaux malades inscrits sur la liste d'attente.

Cette problématique n'est pas nouvelle et un nouveau plan greffes a été lancé pour la période 2012-2016, après celui de 2000-2003, pour développer les dons et les greffes. Le plan a pour objectifs d'augmenter le nombre de greffes réalisées à la fois à partir de donneurs décédés et de donneurs vivants, ainsi que d'améliorer le suivi à long terme des patients greffés et des donneurs vivants prélevés.

Une campagne de communication grand public sur les donneurs vivants a été menée par l'Agence de la biomédecine fin 2013.

Deux actions complémentaires pourraient être proposées pour :

1. **réduire les inégalités territoriales** dans ce domaine : à partir d'une analyse par centre de dia-

lyse du nombre d'inscrits, il serait souhaitable de fixer des objectifs de réduction des écarts concernant les taux et délais d'inscription sur la liste d'attente des greffe et d'améliorer la transparence sur la gestion de cette liste ;

2. **faciliter les conditions du don d'organe** pour les donneurs vivants : améliorer la prise en charge des dons pour supprimer le reste à charge et organiser un soutien des donneurs par l'Assurance Maladie (aide dans les démarches, en cas de question ou de difficultés rencontrées pour les prestations liées au don).

↳ **Économies attendues :**

Compte tenu des coûts moyens observés l'année de la greffe et les années ultérieures pour le suivi (coût moyen qui intègre des complications pour une fraction des patients), une augmentation du nombre de greffes sur donneurs vivants de 80 par an sur cinq ans généreraient à cinq ans 49 millions d'euros d'économies. L'enjeu financier est limité du fait du petit nombre de patients concernés. Pour mémoire, le nombre de greffes sur donneurs vivants s'est élevé à 400 en 2013 et il a augmenté d'environ 40 en moyenne tous les ans depuis quatre ans ; l'objectif de 80 greffes supplémentaires par an est donc ambitieux, même s'il ne paraît pas hors de portée.

Proposition 18 — Optimiser la prise en charge de la dialyse

L'objectif largement partagé est **d'accroître la part des modalités alternatives à la dialyse en centre** : la dialyse péritonéale, l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM), l'autodialyse et l'hémodialyse à domicile dont le développement va être favorisé par les développements technologiques. Il s'agit d'offrir un choix plus large aux patients, la possibilité d'être plus autonomes,

et de permettre les soins les plus proches possibles de leur domicile. Ces enjeux de qualité des soins rejoignent par ailleurs des enjeux économiques, l'hémodialyse en centre étant la modalité de dialyse la plus chère et entraînant des coûts de transports très élevés.

Les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) ont souligné, lors du bilan des actions de gestion

du risque dans ce domaine, la nécessité de **baisser progressivement les tarifs en centre** pour laisser de la place aux techniques à domicile et appuyer leur action locale.

Plusieurs leviers sont à mobiliser conjointement.

- **Ajuster les tarifs de la dialyse en centre et réduire les capacités en centre pour favoriser le développement des techniques alternatives**

Le niveau élevé de la rémunération de la dialyse en centre et les marges qu'elle procure aux établissements et aux praticiens n'incitent pas au développement des modalités hors centre. Les forfaits des structures devraient donc être revus et la rémunération des néphrologues rééquilibrée pour éviter de favoriser la modalité la plus coûteuse. Les évolutions tarifaires ont été timides jusqu'à présent (-1,6 % en 2013 pour le public et -2,6 % pour le privé) et pourraient être plus importantes.

Ces ajustements devraient être opérés dans le cadre d'une refonte plus globale de la tarification des différentes modalités de dialyse (structure et honoraires) sur un mode de forfait hebdomadaire, en incluant dans ce nouveau schéma de tarification les nouvelles techniques (notamment l'hémodialyse quotidienne, rémunérée à la séance dans le mode de tarification actuel).

Parallèlement, des plans d'actions devraient être mis en place par les ARS pour accompagner la réduction des capacités en centre d'hémodialyse.

- **Permettre aux prestataires de service à domicile d'intervenir dans le domaine de la dialyse à domicile à l'instar de la prise en charge de l'oxygénothérapie**

L'objectif est de faciliter le développement de la dialyse à domicile en levant notamment les freins liés à la logistique et à la disponibilité des dialysats à domicile tout en optimisant leur coût.

L'article 43 de la LFSS 2014 a déjà modifié l'article L. 4211-1 du code de la santé publique pour étendre la dérogation de dispensation par une pharmacie à usage intérieur (PUI), aux dialysats (à l'instar des gaz à usage médical) afin que le prestataire puisse les distribuer sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'Ordre. Cette possibilité a cependant été limitée à quelques territoires dans un cadre expérimental, pour quatre ans. Cette limitation en termes de territoires et de durée n'incite pas les prestataires à investir ce champ.

Il serait donc souhaitable de permettre plus largement l'intervention des prestataires, en créant une prestation de dialyse ambulatoire au titre I de la liste des produits et prestations (LPP) pour garantir son contenu (évaluation de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé) et son tarif (Comité économique des produits de santé); un forfait plus réduit devrait être créé pour l'établissement de santé pour tenir compte des missions assumées par le prestataire et celles restant, le cas échéant, à la charge de l'établissement.

- **Permettre la prise en charge d'une prestation réalisée par une infirmière libérale dans le cadre de la dialyse à domicile**

Aujourd'hui, la facturation d'une infirmière n'est pas possible dès lors qu'un forfait est versé à l'établissement, alors que l'assistance d'une infirmière est parfois nécessaire pour certains patients. Il s'agirait de lever un frein en permettant le recours à une infirmière libérale mais en ajustant le forfait versé à l'établissement.

- **Revoir le dispositif des autorisations par les ARS**

Les autorisations d'activité de dialyse sont délivrées par les agences régionales de santé selon un schéma régional d'organisation sanitaire spécifiquement établi pour l'insuffisance rénale chronique terminale (volet IRCT des schémas régionaux d'organisation sanitaire – Sros). Ces autorisations ne sont délivrées qu'à des établissements de santé qui doivent proposer au moins les trois modalités de dialyse en centre, en unité d'autodialyse et à domicile. Il est proposé de simplifier ce régime d'autorisation pour faciliter le développement de la dialyse à domicile. À court terme, les ARS devraient vérifier que les établissements proposent bien la dialyse à domicile et des pénalités en cas de non-respect de l'obligation d'offrir les différentes techniques de dialyse pourraient être envisagées. Une réflexion devrait être menée avec le ministère de la Santé sur la suppression de l'autorisation préalable de la dialyse à domicile au profit de contrôles du respect de la qualité.

- **Élargir les forfaits de rémunération pour la dialyse péritonéale aux nouvelles techniques de dialyse à domicile**

Ce forfait permettra notamment de financer des solutions de télésurveillance conçues d'emblée pour les nouveaux appareils de dialyse à domicile. Il pourrait être financé par redéploiement dans le cadre du rééquilibrage entre les différentes modalités de dialyse.

Ces nouvelles techniques de dialyse à domicile devront être évaluées par la Haute Autorité de santé dans des délais rapides.

- **Mieux informer les patients pour leur donner le choix et former les professionnels de santé à ces techniques de prise en charge à domicile**

Moins de 30 % des patients dialysés s'estiment bien informés sur la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse à domicile. Des documents d'information sur les différentes modalités de traitement devraient être élaborés, remis à chaque patient et relayés sur les sites d'information aux patients.

La formation initiale et continue des néphrologues, des urgentistes et des paramédicaux à la dialyse autonome en hors centre devrait également être développée (travail avec les universités, priorité du développement professionnel continu, relais au travers des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de cet engagement de formation au sein des centres de dialyse).

↓ Économies attendues :

- Une baisse de 10 % des tarifs en centre sur trois ans représenterait 110 millions d'euros (37 millions d'euros par an).
- Si l'on parvenait, sur cinq ans, à diminuer la part de l'hémodialyse en centre de 10 % au profit de l'UDM (+4 %), de l'autodialyse (+4 %) et de la dialyse péritonéale (+2 %),

le montant économisé serait de 100 millions d'euros. L'ordre de grandeur serait le même avec +6 % en UDM et seulement +2 % en autodialyse (on constate en effet une certaine désaffection des patients pour ce mode de traitement). Cette estimation comprend les économies sur les forfaits mais aussi sur les coûts de transport.

Proposition 19 — Maîtriser les dépenses de transport pour la dialyse en centre

L'augmentation des prises en charge à domicile ou à proximité du domicile est un premier levier pour réduire les coûts de transport : les **choix d'implantation des unités de dialyse médicalisées et des unités d'autodialyse** peuvent permettre dans certains cas de réduire les distances parfois très longues parcourues par les patients (Proposition 18).

Au-delà, les actions de maîtrise médicalisée auprès des prescripteurs de transport des centres de dialyse doivent être poursuivies, car les **variations géographiques relatives au type de véhicule utilisé** ne correspondent pas à une réalité médicale et les pratiques doivent converger vers un recours aux véhicules strictement adaptés aux besoins du patient. Elles devront être suivies dans un deuxième temps de procédures de mise sous objectifs pour les centres pour lesquels on ne constate pas d'évolution suffisante des pratiques.

Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2014 avait proposé d'expérimenter une « carte de transport » pour les patients ayant besoin de transports répétitifs, sur la base d'une évaluation faite par le

médecin-conseil de l'état du patient et du type de véhicule adapté. Une expérimentation de ce dispositif a été lancée dans une vingtaine de départements ; il faudra faire un bilan de son fonctionnement et de ses résultats pour l'améliorer le cas échéant à partir de ces premières expériences, et il sera nécessaire de lui donner une base juridique pour permettre l'opposabilité aux transporteurs.

Le choix d'utiliser un véhicule personnel doit également être encouragé lorsqu'il est compatible avec l'état de santé du patient. Des propositions ont été faites en ce sens dans le précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie (simplification du processus de remboursement, prise en charge des frais de parking) et sont en cours d'expérimentation avec les centres de lutte contre le cancer et les centres de dialyse. L'information des patients est à renforcer pour faire connaître cette possibilité.

↓ Économies attendues :

30 millions d'euros en 2016 (uniquement sur le type de transport utilisé – l'économie de transport liée à la réduction de la dialyse en centre est incluse dans les estimations précédentes)

Proposition 20 — Optimiser l'organisation du dépistage du cancer du sein

La parution des recommandations de la Haute Autorité de santé sur l'identification des femmes à haut risque et les modalités de dépistage donne l'opportunité de renforcer la sensibilisation des médecins traitants au dépistage organisé du cancer du sein pour favoriser la participation et la fidélisation des femmes au programme organisé de dépistage.

À l'instar d'autres pays, la France a adopté le principe d'une seconde lecture dans le dépistage organisé. La gestion de cette seconde lecture n'est pas optimale ; il pourrait être expérimenté, à l'échelle locale voire régionale, une numérisation de l'ensemble de la chaîne mammographique de la première à la seconde lecture, avec l'identification d'un centre de référence en sénologie défini selon les référentiels européens. Ce centre de sénologie, unité d'imagerie interventionnelle, comprendrait au minimum le mammographe numérique, l'échographie et la biopsie guidée par imagerie sur

place et avec un accès à l'IRM mammaire voire au PET scan, sur place ou en lien avec un établissement. Ce centre de référence serait sollicité en cas de discordance entre la première et la seconde lecture.

Au-delà de l'optimisation de l'organisation, l'enjeu est d'accroître le taux de dépistage et surtout de réduire les inégalités, en amenant les femmes des milieux défavorisés à se faire dépister plus régulièrement. À titre d'exemple, 41 % seulement des femmes de plus de 50 ans bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire font réaliser un dépistage du cancer du sein tous les deux ans, contre 63 % pour l'ensemble de la population. En tant qu'assureur solidaire en santé, l'Assurance Maladie a pour objectif de garantir l'accès de tous aux soins et à la prévention, et cherche à réduire ces écarts par des démarches plus proactives qu'elle sera amenée à renforcer encore dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion.

Proposition 21 — Renforcer le respect des seuils de chirurgie du cancer

Le Plan cancer 2, en introduisant des seuils minimaux d'activité pour certaines activités en cancérologie, avait pour objectif de garantir qualité et équité de traitement dans les établissements autorisés en cancérologie. Un seuil minimal d'activité pour la chirurgie mammaire a ainsi été fixé à 30 interventions ou patientes par an.

En 2012, 78 % des établissements autorisés ont une activité supérieure au seuil minimum et traitent 95 % des patientes. Il reste néanmoins 5 % de femmes qui sont aujourd'hui prises en charge dans des établissements dont l'activité est inférieure à 30 interventions par an.

Les seuils préconisés par les référentiels européens et internationaux sont supérieurs : 50 patientes par an et par chirurgien dans les centres de chirurgie mammaire dont les équipes chirurgicales sont composées d'au moins deux chirurgiens.

Il serait souhaitable de mener une étude sur une cohorte de femmes afin de renforcer les preuves scientifiques sur le lien entre les résultats et les niveaux d'activité, et d'en tirer éventuellement des conséquences en termes de révision du seuil minimum d'activité.

Proposition 22 — Évaluer la pertinence des mastectomies

En 2012, sur près de 75 000 interventions chirurgicales pour cancer du sein, 71 % sont des mastectomies.

Les analyses de l'Inca sur les trajectoires des femmes atteintes d'un cancer du sein montrent de grandes dis-

parités dans les pratiques chirurgicales. En lien avec l'Inca, une action de contrôle de la pertinence de ces techniques sera menée par les praticiens-conseil pour des établissements ciblés, sur la base d'un retour au dossier pour un échantillon de patientes.

Proposition 23 — Faire la transparence sur les délais de prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein

Les premiers résultats de l'analyse du parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein montrent une diversité des délais de prise en charge selon les établissements et les régions. Cette diversité est multifactorielle, l'organisation des soins et la gestion des différentes phases du traitement étant des facteurs explicatifs régulièrement identifiés dans les études internationales.

Les délais de prise en charge doivent être considérés comme des indicateurs de qualité des établissements de santé. Ils devraient faire l'objet d'une action auprès des établissements (retour d'information, dialogue sur les voies d'amélioration, suivi des résultats des actions menées) et ils ont **vocation à être rendus publics** dans une perspective de transparence vis-à-vis des patients, comme le prévoit le Plan cancer 3.

Proposition 24 — Améliorer le diagnostic et le traitement de la dépression

La prise en charge des épisodes dépressifs légers et modérés, qui sont en général traités en médecine de ville, n'est pas toujours optimale. Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé, les indications thérapeutiques et les durées des traitements antidépresseurs sont dans certains cas inadaptés; le suivi après instauration du traitement semble parfois insuffisant pour assurer la surveillance d'effets indésirables éventuels, l'adhésion du patient au traitement, s'assurer de son efficacité et tenter d'éviter le passage à l'acte. Si deux tiers des médecins déclarent être confrontés fréquemment

à un état dépressif chez leurs patients, seulement un quart des patients est pris en charge de façon adaptée⁵³. Une première initiative a été prise en 2010 par l'Assurance Maladie pour diffuser des échelles de mesure de la sévérité de la dépression auprès des médecins traitants. Une démarche de ce type pourrait être reprise et renforcée avec :

- une action d'accompagnement des médecins généralistes pour promouvoir l'utilisation de ces outils de diagnostic et pour diffuser les recommandations sur les traitements antidépresseurs (durée, suivi des patients), à partir d'un retour d'information aux praticiens sur leur patientèle;

53. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, Études et Résultats n° 810, Drees, septembre 2012 : « moins d'une personne sur quatre souffrant de dépression et ayant consulté un médecin généraliste est diagnostiquée et traitée de façon appropriée (Briffault et al., 2009) ».

- la possibilité d'inclure dans la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) des indicateurs spécifiques de qualité du diagnostic et du traitement de la dépression (utilisation des outils de diagnostic, délai de revoyure, durée de traitement) pour mobiliser les médecins sur l'amélioration de la qualité des soins dans ce domaine important;
- une action de sensibilisation des établissements sur le renforcement de la coordination hôpital-ville et de la prise en charge ambulatoire des patients à la sortie de l'hôpital. Des expériences ont montré que ce relais avait plus de chance de fonctionner si une prise de rendez-vous est programmée en amont de la sortie de l'hôpital.

Proposition 25 — Expérimenter une organisation de soins coordonnée pour les dépressions légères et modérées

La prise en charge des troubles mentaux fréquents (dépressions légères et modérées, troubles anxieux...) se heurte aujourd'hui à un certain nombre de difficultés :

- les médecins généralistes, qui prennent en charge l'essentiel de ces troubles très fréquents mais souvent mal perçus, jugent eux-mêmes insatisfaisante la réponse au patient; beaucoup rencontrent des difficultés pour accéder au spécialiste et obtenir un avis;
- l'activité des psychiatres libéraux est en effet concentrée sur une file active limitée de patients qu'ils voient de manière récurrente;
- le secteur psychiatrique est mobilisé prioritairement sur les pathologies psychiatriques les plus lourdes et les délais d'accès aux structures ambulatoires (centres médico-psychologiques) des personnes présentant des troubles plus légers sont longs dans certains endroits;
- or c'est essentiellement dans ce cadre que les patients peuvent bénéficier de psychothérapies remboursées (considérées comme efficaces par la Haute Autorité de santé – HAS) dans l'épisode dépressif léger à modéré, notamment pour les thérapies cognitivo-comportementales.

La prise en charge de ce type de trouble a fait l'objet, dans plusieurs pays, de programmes innovants visant à améliorer la coordination des soins et le suivi des patients. Les modèles de type « collaborative care » développés aux États-Unis et au Royaume-Uni associent médecins généralistes, infirmières, psychologues et « care managers » afin d'assurer une prise en charge intégrée du patient. En complément, des approches de prise en charge graduées, « stepped care », se sont développées (Australie, Pays-Bas, Royaume-Uni) avec pour objectif l'amélioration de la

qualité du diagnostic, une évaluation régulière et une prise en charge adaptée du patient en fonction de la sévérité de la pathologie.

Il est proposé d'**expérimenter**, à l'échelle locale, en collaboration avec des agences régionales de santé, un (des) modèle(s) de prise en charge coordonnée de la dépression associant les médecins généralistes traitants, les psychiatres libéraux et le secteur psychiatrique. Ces expérimentations permettraient de **tester les modalités d'un accès gradué à des thérapies non médicamenteuses**, dans un cadre structuré et encadré sur le plan financier, en s'inspirant d'initiatives menées dans d'autres pays. Elles prendront en compte les recommandations qui doivent être actualisées par la HAS sur la prise en charge de la dépression.

De ce point de vue, la charte qui vient d'être signée par le collège de la médecine générale et la psychiatrie de secteur afin de tisser des liens entre ces deux acteurs des soins en santé mentale (accès facilité au psychiatre de secteur, information réciproque, coordination des interventions, échanges et connaissance mutuelle) peut être un point d'appui.

↳ Économies attendues :

Il n'y a pas d'économies à attendre à court terme mais une meilleure allocation des ressources et une meilleure prise en charge des patients (la diminution des traitements trop brefs par antidépresseurs du fait d'un meilleur diagnostic pouvant être compensée par des prises en charge de patients aujourd'hui non diagnostiqués). Une évaluation médico-économique de l'expérimentation sera à conduire ; dans certains pays, des réductions d'arrêts de travail ont été obtenues par la mise en place de prises en charge mieux adaptées.

4.3 Une juste fixation des tarifs et des sous-enveloppes de l'Ondam

L'ensemble des propositions de réformes structurelles, pour qu'elles puissent être mises en œuvre, nécessitent d'être accompagnées par une politique tarifaire adaptée et la fixation de sous-enveloppes de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) cohérentes avec la volonté de favoriser le transfert d'activités vers l'ambulatoire.

En premier lieu, les établissements de soins doivent pouvoir **disposer d'une visibilité plus importante, pluriannuelle**, sur les évolutions tarifaires envisagées de la tarification à l'activité (T2A), de manière à pouvoir adapter en conséquence leur stratégie, tant au niveau médical qu'en termes économiques. Inversement, la politique tarifaire doit permettre d'envoyer des signaux plus clairs sur les choix d'organisation privilégiés par les pouvoirs publics, notamment en encourageant les activités ambulatoires et en désincitant, par conséquent, le maintien d'activités non pertinentes en hospitalisation complète.

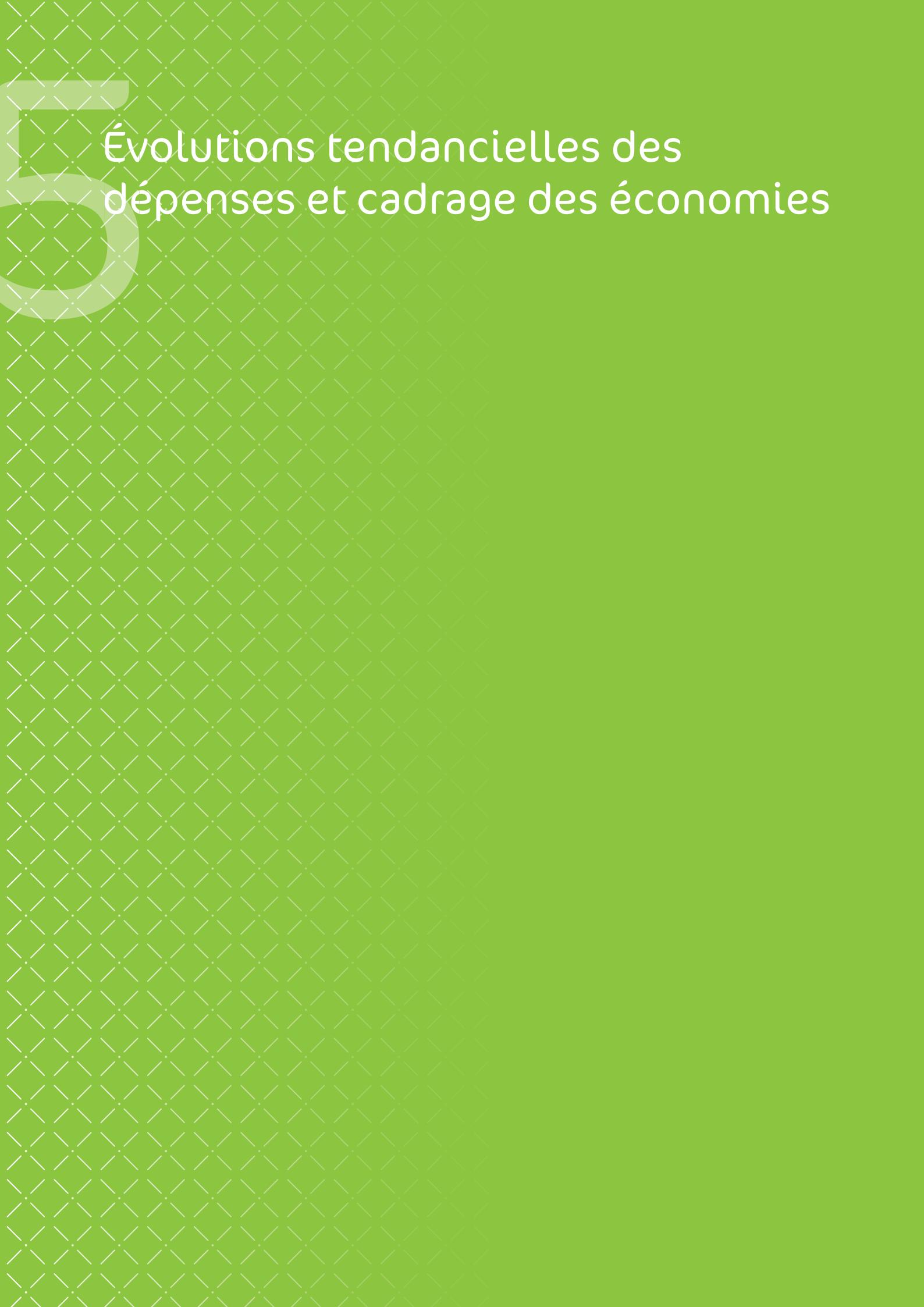
La gestion active des tarifs doit veiller à **éviter de favoriser la constitution de rentes**, qui représentent souvent une barrière à l'entrée des techniques innovantes, en particulier en l'absence de possibilités ouvertes à de nouveaux acteurs de proposer ces techniques. Ceci est valable tant pour les tarifs des établissements ou des produits de santé que pour ceux des soins dispensés par les professionnels de santé libéraux.

À cet égard, la **régulation des tarifs libres**, et par conséquent des dépassements d'honoraires, constitue un impératif économique et social dans un marché de la santé imparfait, susceptible, si l'on n'y prend garde, de tensions tarifaires. Toutefois, cette régulation doit s'accompagner d'un pilotage économique des tarifs opposables afin de ne pas sacrifier le long terme à une contrainte financière de court terme.

Enfin, la politique tarifaire doit certes permettre d'encourager l'innovation, mais elle ne peut aucunement conduire à préempter l'intégralité des marges de manœuvre financières au profit d'un ou plusieurs acteurs sans fondement économique au regard de la juste rémunération des fonds propres et du risque pris pour mettre au point cette innovation.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie se félicite de **l'initiative commune**, lancée par la France lors de la réunion des ministres européens de la Santé du 20 juin 2014 à Luxembourg et soutenue par 14 partenaires européens ainsi que par la Commission européenne, pour favoriser un compromis adéquat entre l'accès aux soins contre l'hépatite C et les profits de l'industrie pharmaceutique.

Le prix de ces nouveaux traitements doit en effet être substantiellement ajusté pour assurer l'accès aux soins en Europe et éviter des effets délétères sur la recherche sur les autres pathologies.



Évolutions tendancielles des dépenses et cadrage des économies

5.1 Évolutions tendancielles des dépenses

La prévision des dépenses en 2015 prend en compte des évolutions tendancielles en volume remboursable sur les différents postes et incorpore les effets des mesures qui sont d'ores et déjà connues. Elle prend comme hypothèses de réalisation 2014 la prévision de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2014 et la rectification de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) 2014 proposée en projet de loi de financement rectificatif de la sécurité sociale (PLFRSS) pour 2014, soit 178,3 milliards d'euros (Tableau 34).

Prévisions tendancielles Ondam

L'évolution des dépenses remboursées au titre des soins de ville s'établirait à +4,7 %.

Compte tenu des hypothèses retenues pour les autres postes, l'évolution tendancielle de l'Ondam serait de 3,7 % pour 2014. Le montant des économies à réaliser pour respecter un Ondam à 2,1 % est donc de 2,9 milliards d'euros.

Tableau 34 –
Réalisations prévisionnelles champ Ondam 2014

	BASE 2004	OBJECTIF 2014 ARRÊTÉ	TAUX D'ÉVOLUTION
SOINS DE VILLE	78,8	80,7	2,4 %
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	73,7	75,2	2,1 %
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	17,1	17,6	2,8 %
FIR ^(a)	2,9	3,1	7,6 %
AUTRES PRISES EN CHARGE	1,6	1,7	5,6 %
ONDAM TOTAL	174,0	178,3	2,4 %

(a) FIR : Fonds d'indemnisation régional

Sources : PLFRSS pour 2014 et CCSS juin 2014



5.2 Mesures proposées pour respecter un Ondam progressant de 2,1 % en 2015

Tableau 35 –
Mesures proposées pour respecter un Ondam progressant de 2,1 % en 2015

	IMPACT SUR L'ONDAM 2015	IMPACT SUR LE RÉGIME GÉNÉRAL 2015	ACTIONS MENÉES ET COMMENTAIRES
VIRAGE AMBULATOIRE	326	277	Évolution de la durée de séjour en maternité et en chirurgie orthopédique, développement de la rééducation en ville après orthopédie, développement de la chirurgie ambulatoire Économies supplémentaires à attendre du développement des programmes en cours (Prado insuffisance cardiaque, BPCO, plaies chroniques et prévention des escarres)
MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS	700	595	Actions contre la iatrogénie, contrôle du non substituable (NS), mise en place d'une nouvelle option conventionnelle, mise sous accord préalable de la rosuvastatine, actions sur les transports et la régulation des prescriptions de sortie d'hôpital, sur les analyses de biologie (TSH, groupes sanguins, vitamine D...)
DÉVELOPPEMENT DES GÉNÉRIQUES	100	85	
PERTINENCE DES INTERVENTIONS (chirurgie, IRM, examens pré-anesthésiques...)	40	34	Programmes sur les interventions chirurgicales (l'appendicectomie, canal carpien, thyroïdectomie, cholecystectomie, chirurgie ORL), les IRM ostéo-articulaires, et les examens pré-anesthésiques
GAINS D'EFFICIENCE SUPPLÉMENTAIRES SUR LES MÉDICAMENTS	600	510	Dans le cadre de l'enveloppe négociée
AJUSTEMENT DES TARIFS OU DES VOLUMES DES DISPOSITIFS MÉDICAUX	80	68	Notamment pompe à insuline et autres dispositifs médicaux
AJUSTEMENT DES TARIFS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	150	127,5	Protocole imagerie, accord biologie et autres professionnels de santé
OPTIMISATION DES PROCESSUS DE TRAITEMENT	67	57	IRCT (développement de la greffe, de la dialyse en UDM ou à domicile)
AMÉLIORATION DES PRESCRIPTIONS À L'HÔPITAL	150	128	Liste en sus, développement des biosimilaires, liste préférentielle des médicaments...
EFFICIENCE HOSPITALIÈRE SUR LES ACHATS, LOGISTIQUE...	300	255	Programme Phare (900 M€ sur trois ans sur les achats), optimisation de l'organisation avec les contrats performance de l'Anap
LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET LES ABUS	150	128	Médicaments à l'exportation, transport et indemnités journalières avec mise sous objectif (MSO) ou mise sous accord préalable (MSAP)...
AJUSTEMENTS DES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES	200	170	Prélèvement sur réserve CNSA, convergence tarifaire des établissements...
TOTAL	2863	2434	

Source : Cnamts

5
X X X X X



Annexe 1 – Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2014

Chaque proposition pour 2014 (en gras) est suivie de son bilan au 3 juillet 2014 (précédé de puces vertes).

1 – Éclairer le patient dans ses choix, favoriser la prévention et la pertinence des soins

Proposition 1 – Renforcer la lutte contre le tabagisme

Renforcer le rôle de prévention des médecins généralistes sur la thématique du tabac et du sevrage tabagique

- Des outils pratiques sont en cours de réactualisation et de conception avec l'Inpes ;
- des visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) auprès des médecins généralistes sont programmées pour fin 2014. Elles seront poursuivies par une action auprès des sages-femmes et des professionnels de la protection maternelle et infantile (PMI).

Faciliter l'aide à l'arrêt du tabac en optimisant la prise en charge des traitements nicotiniques de substitution dans le cadre d'un programme d'accompagnement

- L'information des professionnels de santé sur les différents forfaits, dont l'élargissement du forfait à 150 euros pour les jeunes de 20 à 25 ans dès 2014 sera faite dans le cadre des visites DAM ;
- pour les patients atteints de maladie chronique, une articulation entre sophia et Tabac info service (TIS) a été initiée afin de permettre une prise de rendez-vous direct avec les tabacologues de TIS par les conseillères en santé sophia ;
- les patients atteints de BPCO peuvent, dans les centres d'examen de santé, participer à un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dont une place importante est consacrée au tabac.

Expérimenter une offre d'accompagnement au sevrage du tabac, notamment pour les jeunes, en complémentarité avec Tabac info service et mesurer leur intérêt par rapport ou en articulation avec des stratégies d'accompagnement présentielle, en fonction des publics concernés

- Travaux en cours avec les sociétés savantes et l'Inpes.

Proposition 2 – Développer l'information sur la qualité, le bon usage du système de soins et le médicament à destination des usagers du système de santé

- Mise en place du site de la base de données du médicament par le ministère de la Santé en octobre 2013 ;
- mise en place d'un travail conjoint entre ameli-santé et Thesorimed pour compléter l'information du patient sur le médicament : la liste des médicaments associés a été intégrée dans 67 thèmes d'ameli-santé fin avril 2014.

Proposition 3 – Développer les outils d'aide à la décision pour les patients pour leur permettre un choix mieux éclairé

- Une action a été menée en lien avec la HAS sur la prise en charge du syndrome du canal carpien avec la mise à disposition en ligne sur ameli-santé début 2014 :
 - d'un auto-questionnaire « syndrome du canal carpien » ;
 - d'un guide patient « syndrome du canal carpien ».
 Ces guides sont diffusés auprès des médecins et établissements de santé pour une remise directe aux patients (campagne lancée au deuxième trimestre 2014).
- D'autres guides patients ont été élaborés et seront mis à disposition après avis de la HAS (nodules thyroïdiens, lithiasè vésiculaire / cholécystectomie).

Proposition 4 – Élargir et renforcer les programmes d'amélioration de la pertinence des soins, notamment pour les interventions chirurgicales

Appendicectomie, canal carpien, thyroïdectomie

- Poursuite de l'élaboration d'indicateurs de ciblage d'établissements atypiques en 2013 : validation et actualisation des indicateurs pour l'appendicectomie, le canal carpien et la thyroïdectomie ;
- mise en place pour 2014 d'actions d'accompagnement vers les professionnels de santé (en ville et en établissements de santé) sur les parcours canal carpien et nodule thyroïdien (y compris dosages biologiques) ;
- proposition d'une stratégie de graduation des actions en fonction des analyses réalisées et de l'évolution des données dans le temps, avec une possibilité de mise sous objectifs ou sous accord préalable des établissements (rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2015) ;
- travaux en cours avec le ministère de la santé dans le cadre du PLFSS 2015 pour définir les modalités d'action en rapport avec la pertinence des actes.



2 – Améliorer la qualité des soins et optimiser les processus de soins

Proposition 5 – Accompagner la structuration des équipes de soins de proximité pour améliorer la prise en charge des parcours des patients dans le cadre de la stratégie nationale de santé

- Engagement des négociations le 28 mai 2014 avec les représentants de l'UNPS dans le cadre de l'accord-cadre interprofessionnel (L. 162-1-13 CSS) ainsi que de l'ensemble des organisations syndicales représentatives des professions de santé et centres de santé dans le cadre des accords conventionnels interprofessionnels (L. 162-14-1 II CSS), sur la base des orientations votées le 4 avril 2014 par le conseil de l'Uncam.

Proposition 6 – Chirurgie de la cataracte : ajuster progressivement les tarifs pour tenir compte des gains de productivité réalisés, dans le cadre d'une contractualisation globale

- Engagement des travaux de construction d'un coût de la chirurgie de la cataracte en ambulatoire avec des établissements et des sociétés savantes, en se fondant sur l'analyse des bonnes pratiques et non des coûts moyens constatés;
- analyses de ces coûts et comparaison avec les coûts observés et les tarifs actuels des GHS à partir du troisième trimestre 2014.

Proposition 7 – Prothèse de hanche : mettre en place un retour d'information aux établissements sur les reprises d'interventions en orthopédie et une responsabilisation financière dans une deuxième étape

- Travail en cours sur les indicateurs d'information pertinents.

Proposition 8 – Optimiser la rééducation post-opératoire

- Généralisation du Prado Orthopédie à l'ensemble du territoire fin 2013 avec élargissement du champ aux suites de 23 interventions de chirurgie orthopédique : en juin 2014, 53 départements et 123 établissements proposent le service et plus de 1 500 patients ont été accompagnés;
- poursuite de l'élaboration de référentiels (deux mémos) validés par la HAS sur la prise en charge en ville après intervention en chirurgie orthopédique pour les MK et les Idel;
- travaux engagés avec le ministère de la Santé pour l'intégration de l'orientation en ville au sein des logiciels d'orientation des patients (LOP) de type Trajectoire;
- démarche complémentaire et coordonnée entre Prado et la MSAP SSR pour six interventions de chirurgie orthopédique mise en place en 2014 avec l'évolution de la MSAP qui porte sur les établissements MCO « prescripteurs » et non plus sur les SSR.

3 – Améliorer les parcours des personnes âgées et leur prise en charge

Proposition 9 – Améliorer la prise en charge des personnes âgées en sortie d'hospitalisation

- Mise en place des expérimentations Paerpa ;
- généralisation du programme de retour à domicile Prado orthopédie, extension du volet Insuffisance cardiaque en juin 2014 et expérimentation du volet BPCO prévue avant fin 2014 ;
- mise en place d'une expérimentation Prado pour les personnes de plus de 75 ans dans deux territoires Paerpa prévue au troisième trimestre 2014.

Proposition 10 – Améliorer la prévention et le traitement des plaies chroniques (ulcères de jambe et escarres) par des programmes spécifiques

- Renforcement des plans de gestion du risque pour la prévention des escarres à l'hôpital (programme pilote de l'ARS Île-de-France) ;
- élaboration en cours d'un nouveau volet plaies chroniques (escarres, ulcères de jambe et plaies du pied diabétique) du Prado, avec notamment les sociétés savantes ;

- amélioration de la prescription des dispositifs de prévention : mémos de bonnes pratiques sur la prescription des pansements notamment, en cours de validation à la HAS et qui seront diffusés par une campagne DAM.

Proposition 11 – Poursuivre le moratoire sur le tarif global dans l'attente d'un meilleur équilibrage de l'allocation des ressources aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

- La Cnamts a réalisé une étude à partir des données Résidéhpard pour comparer le coût annuel moyen pour l'Assurance Maladie des quatre différentes situations tarifaires des Ehpad (TG avec ou sans PUI, TP avec ou sans PUI) : ces données ont été transmises à l'Igas qui a recommandé dans son rapport un meilleur équilibrage de l'allocation des ressources et ces préconisations ont été prises en compte par le ministère de la Santé dans le cadre d'une réouverture du tarif global en Ehpad dans des conditions maîtrisées en 2014.



4 – Mobiliser les marges de manœuvre dans les différents secteurs d'offre de soins

Proposition 12 – Ajuster les incitations tarifaires de la chirurgie ambulatoire et mettre en œuvre des seuils minimums d'activité pour la chirurgie

- Dans le cadre de la campagne tarifaire 2014, le ministère de la santé a mis en place un tarif unique pour 111 interventions de chirurgie, en ambulatoire et avec hospitalisation complète. Les modalités de fixation de ce tarif unique étant différentes selon le niveau de développement de la chirurgie ambulatoire, les tarifs de l'hospitalisation complète ont ainsi été diminués pour environ 100 interventions ;
- la Cnamts a engagé en 2014 une démarche de calcul des coûts fondée sur les bonnes pratiques pour la chirurgie de la cataracte en ambulatoire ;
- production d'une analyse sur le nombre d'interventions réalisées par établissement dans le cadre de la chirurgie carcinologique digestive avec comparaison au seuil d'autorisation ;
- mise en place de seuils dans le cadre du plan Cancer : poursuite des travaux de la Cnamts sur les relations seuil d'activité/indicateurs de résultat en chirurgie orthopédique, pour l'œsophagectomie, ainsi que sur le cancer du sein en comparaison avec les seuils défini par l'Inca.

Proposition 13 – Alléger les normes pour la pratique de certains actes

Proposition non aboutie à ce jour.

Proposition 14 – Revoir le prix de la rosuvastatine en cohérence avec l'ensemble de la classe des statines compte tenu du service médical rendu équivalent ou, à défaut, instaurer une procédure d'entente préalable sur cette molécule

- Baisse du PFHT de Crestor® programmée jusqu'à la généralisation de la rosuvastatine afin d'assurer la convergence vers les prix cibles des molécules inscrites au répertoire (une première baisse de 6,8 % est intervenue en avril 2014) ;
- action d'accompagnement lancée en juin 2014 auprès des médecins généralistes à partir des recommandations publiées par l'ANSM et la HAS, avec mémo de bonnes pratiques ;
- procédure de mise sous accord préalable à l'étude.

Proposition 15 – Poursuivre le rapprochement des prix des génériques avec les autres pays

- Des baisses de prix des génériques ont été mises en œuvre par le Ceps au 1^{er} février 2014 dans une logique de convergence européenne similaire à celle mise en œuvre en mars 2013. Lorsque les prix constatés en France étaient systématiquement plus élevés que ceux pratiqués

dans les quatre pays comparateurs européens usuellement retenus par le Ceps (Allemagne, Italie, Espagne et Royaume-Uni), la mesure a consisté à aligner le prix français sur le prix maximum du couloir diminué de 20 % en plafonnant toutefois la décote à 25 %. Cette mesure a concerné une vingtaine de molécules non soumises à TFR pour un rendement en année pleine de 72 millions d'euros.

Proposition 16 – Faire progresser la part des génériques et des prescriptions dans le répertoire

- Suivi et accompagnement des médecins pour faire progresser les indicateurs d'efficience définis dans la rémunération sur objectifs de santé publique ;
- lancement d'un programme national de contrôle, après ciblage, des médecins utilisant de façon abusive la mention « non substituable » ;
- la proposition d'agir sur la prescription à l'hôpital n'a, à ce stade, pas été mise en œuvre mais des travaux sont en cours avec le ministère de la Santé dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques (EPP) sur les génériques.

Proposition 17 – Réduire significativement le prix du Lucentis®

- Des baisses de prix sont programmées au 1^{er} mai et au 15 juillet 2014 (-8 % puis -1 % supplémentaire).

Proposition 18 – Mieux encadrer la prescription des nouveaux anticoagulants oraux (Naco)

- À partir des recommandations publiées par l'ANSM et la HAS, une campagne d'accompagnement a été lancée en juin 2013 auprès des médecins généralistes ;
- des entretiens confraternels ont été réalisés auprès des cardiologues (ville et établissement de santé) sur la base des résultats d'une étude réalisée par la Cnamts sur les caractéristiques des patients sous Naco. Les actions à l'hôpital et en Ehpad se poursuivent jusqu'à l'automne 2014 ;
- des entretiens confraternels seront menés à l'automne 2014 auprès des généralistes qui ont des patients âgés sous Naco pour prévenir les risques.

Proposition 19 – Favoriser l'usage des médicaments biosimilaires

- Action de sensibilisation et d'accompagnement en cours de réalisation par l'Assurance Maladie dans les établissements de santé sur le thème des EPO avec un message pour favoriser la prescription des biosimilaires.



Proposition 20 – Baisser les tarifs sur certains produits de la LPP et se donner les moyens d'éviter le détournement des lignes génériques de la LPP

Baisse tarifaires

- Des baisses de tarifs de plusieurs produits de la LPP ont été réalisées en 2013. Le montant des économies en année pleine s'élève à 97 millions d'euros;
- une baisse de tarif de l'insulinothérapie par pompe externe a également été réalisée. L'économie en année pleine s'élève à 3,1 millions d'euros.

Détournement des lignes génériques

- Une lettre-réseau de la Cnamts va mettre en place un dispositif de remontée au niveau national des anomalies significatives détectées par les caisses primaires et le service médical dans le champ de la LPP en matière de non-respect des spécifications techniques des lignes génériques;
- l'exploitation de ces signalements doit permettre d'identifier et de prioriser les lignes génériques de la LPP justifiant la mise en œuvre de contrôles par l'ANSM.

Proposition 21 – Négocier un accord pluriannuel avec les biologistes portant sur les volumes et les prix afin de permettre une stabilité de la dépense sur trois ans

- Signature d'un protocole d'accord pluriannuel le 10 octobre 2013 instaurant une régulation prix/volume des dépenses de biologie et garantissant une évolution maîtrisée de ces dépenses (+0,25 % par an).

Proposition 22 – Renforcer les actions médicalisées sur les arrêts de travail

- À destination des professionnels :
 - renforcement des contrôles des durées d'arrêt de travail préconisés par une fiche repère après interventions chirurgicales;
 - élaboration de profils IJ pour les chirurgiens orthopédistes libéraux et hospitaliers et campagne d'accompagnement au premier semestre 2014.
- Diffusion aux assurés d'informations sur les durées indicatives d'arrêt de travail, sur les conditions de reprise des activités (guides-patients, portails ameli) et sur les dispositifs facilitant le retour au travail (campagne nationale de courriers).

Proposition 23 – Ouvrir des droits aux indemnités journalières pour les salariés ayant une petite activité

- Un projet de décret pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2015 abaissant les conditions d'ouverture de droit (150heures au lieu de 200heures) afin de permettre une ouverture de droits aux IJ aux « petits cotisants » est en cours de finalisation à la suite d'une annonce de réforme par le Premier ministre en janvier 2014.

Proposition 24 – Expérimenter la mise en place dans quelques départements volontaires d'une « carte de transport assis » pour les patients chroniques qui ont des transports itératifs

- Expérimentation conduite par 22 Cnamts à partir de septembre 2014.

Proposition 25 – Faciliter le recours au véhicule personnel

- Expérimentation lancée début 2014 de deux actions :
 - mise à disposition d'un imprimé de prise en charge simplifié pour les patients dialysés;
 - prise en charge des frais de parking pour les patients suivis en CLCC.

Proposition 26 – Accompagner les établissements de santé sur la gestion des sorties de patients et simplifier la mécanique des contrats prévus par la LFSS 2010

- La Cnamt de Roubaix-Tourcoing expérimente une action d'accompagnement d'établissements de santé pour améliorer l'organisation de la prescription des transports en sortie d'établissement : une évaluation en 2014 permettra d'élargir ce dispositif d'ici la fin de l'année.

Proposition 27 – Mettre en œuvre un programme permettant de développer l'autonomie des patients insulino-dépendants

- Mise en place d'une expérimentation en septembre 2014 dans le Nord-Pas-de-Calais pour tester un programme visant à diminuer les soins infirmiers au long cours pour les patients insulinodépendants pouvant être autonomisés.



Annexe 2 – Bilan des négociations entre l’Uncam et les professionnels de santé

La présente annexe dresse un bilan des négociations menées en 2013/2014 avec les professionnels de santé en présentant les principaux textes conclus.

Médecins

Faire progresser la qualité des soins et la prévention

✗ La rémunération sur objectifs de santé publique

Un tournant majeur est opéré avec la généralisation de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) qui s'est appliquée dans un premier temps pour les médecins généralistes puis a été étendue à d'autres spécialités en 2012 et 2013.

Pour les médecins généralistes, la rémunération sur objectifs comporte 29 indicateurs, 24 pour la pratique médicale et 5 pour le volet organisation du cabinet qui s'applique à tous les médecins (1 300 points au total).

Pour les médecins cardiaques (avenant n° 7 signé le 14 mars 2012 – JO du 31/05/2012), 9 indicateurs de santé publique spécifiques (340 points) s'ajoutent aux 250 points pour les indicateurs d'organisation du cabinet.

Pour les gastro-entérologues et hépatologues (avenant n° 10 signé le 14 février 2013 – JO du 7 juin 2013), 8 indicateurs de santé publique spécifiques (300 points) s'ajoutent aux 250 points pour les indicateurs d'organisation du cabinet.

Des premiers bilans ont été dressés (Annexe 3).

Des travaux sont en cours pour étendre ce dispositif à d'autres spécialités, notamment aux endocrinologues.

✗ La valorisation des actes

Une priorité a été donnée à des consultations à haute valeur ajoutée médicale avec un impact de santé publique comme la visite pour les patients atteints de maladies neuro dégénératives, la consultation de dépistage du cancer de la peau, ou encore à des consultations et visites pour le suivi des patients en post-hospitalisation (pour les patients insuffisants cardiaques ou à forte comorbidité, issues de l'avenant n° 8 à la convention médicale et entrées en vigueur au 1^{er} juillet 2013 pour les médecins de secteur 1 et le 1^{er} décembre 2013 pour les médecins de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins).

D'autres mesures ont revalorisé la prise en charge périnatale, la prise en charge psychiatrique, notamment pour les enfants, ainsi que certains actes complexes.

Conforter l'accès aux soins

✗ Les mesures relatives à la démographie médicale

Face aux difficultés rencontrées dans certaines zones déficitaires en médecins, deux nouvelles options ont été créées pour prolonger et élargir le dispositif précédent : l'option « démographie » et l'option « santé solidarité territoriale ».

Ces nouveaux dispositifs d'aide conventionnelle sont entrés en vigueur dans les régions au fur et à mesure de la publication des nouveaux zonages par les agences régionales de santé (ARS) qui se sont échelonnés au cours de l'année 2012 et jusqu'à janvier 2013.

Au regard des difficultés relevées dans certaines régions pour la mise en place de l'option démographie, un avenant conventionnel a été signé pour adapter le critère d'activité requis dans le cadre de l'option (avenant n° 9 signé le 14 février 2013).

Dans le cadre de la campagne de paiement des aides au titre de l'année 2013 versées au cours du mois de juin 2014 ont été recensées :

- 1 732 adhésions à l'option démographie (1 658 adhésions de médecins exerçant en groupe et 74 adhésions de médecins membres d'un pôle de santé), soit un taux d'adhésion de 39 % par rapport aux éligibles;
- 22 adhésions à l'option santé solidarité territoriale.

La montée en charge de ces dispositifs se poursuit en 2014.

✗ Le développement du tiers payant

La convention poursuit le développement du tiers payant social obligatoire au profit des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) et étend la possibilité pour le médecin traitant d'accorder ponctuellement le tiers payant à ses patients aux revenus les plus modestes.

Dans le cadre de la mise en place de la stratégie nationale de santé, des travaux sont en cours pour mettre en place à l'horizon du 1^{er} janvier 2015 un dispositif de tiers payant intégral (part AMO/part AMC) au profit des bénéficiaires de l'ACS (à l'instar du dispositif existant pour la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C).

✗ Les mesures en faveur de l'activité à tarif opposable de tous les médecins

Les négociations engagées en juillet 2012 ont abouti à la signature le 25 octobre 2012 de l'**avenant n° 8 à la convention médicale** (JO du 7/12/2012). Cet avenant a été signé par l'Uncam, l'Unocam, la CSMF, le SML et MG France.



Pour mémoire, cet accord s'articule autour de quatre points principaux :

- garantir l'accès aux soins à tarifs opposables pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'ACS et ce, quel que soit le secteur d'exercice du médecin consulté (secteur 1 et secteur 2) : pour faciliter la mise en œuvre de cette mesure, des actions d'accompagnement ont été mises en place, notamment pour inciter les patients à présenter leur attestation de droit à l'ACS aux médecins (diffusion d'affiches à apposer dans les salles d'attente notamment) dans l'attente de l'inscription de la donnée ACS dans la carte Vitale (prévue dans le cadre de la généralisation du tiers payant ACS part AMO/part AMC à l'horizon de début 2015) ;
- mettre en place un contrat d'accès aux soins pour les médecins de secteur 2 (et médecins avec droit à dépassement permanent) permettant :
 - de mieux rembourser leurs patients,
 - de stabiliser leur taux de dépassement et leur pratique tarifaire sur la durée du contrat (trois ans),
 - de développer et mieux valoriser leur activité à tarif opposable ;
- développer des nouveaux modes de rémunération et valoriser la pratique clinique et les actes techniques des médecins de secteur 1 et de ceux adhérant au contrat d'accès aux soins ;
- mettre en place une procédure de sanctions conventionnelles pour inciter à la disparition progressive des pratiques tarifaires excessives qui remettent en cause l'accès aux soins de tous.

La mise en œuvre du contrat d'accès aux soins

Avec la signature de l'avenant n° 8 à la convention médicale, les partenaires conventionnels ont souhaité, par la mise en place du contrat d'accès aux soins, apporter une réponse structurelle aux difficultés rencontrées par les assurés sociaux pour accéder aux soins des médecins de secteur 2.

Dans le cadre de ce contrat, les médecins de secteur 2 s'engagent à maintenir ou à faire progresser leur part d'activité à tarif opposable et à stabiliser leur taux de dépassement d'honoraires constaté en 2012 (et recalculé sur la base de remboursement du secteur 1).

Compte tenu de l'augmentation de la base de remboursement de certaines consultations et actes techniques (application des différentes majorations applicables au secteur 1 ou modificateurs de la CCAM sur les actes techniques), le taux de dépassement recalculé diminue par rapport à celui observé en 2012 dès lors que le médecin ne modifie pas ses tarifs, conformément à son engagement.

Dans tous les cas, dans le cadre du contrat d'accès aux soins, les médecins s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires.

L'Assurance Maladie s'engage, quant à elle, à aligner le niveau de remboursement des patients de ces médecins sur ceux des médecins exerçant en secteur 1 et à les faire béné-

ficié des différentes revalorisations de l'activité clinique et technique applicables aux médecins de secteur 1. En outre, leur activité réalisée à tarifs opposables sera valorisée par la prise en charge d'une partie des cotisations sociales sur les honoraires correspondants.

L'avenant n° 8 prévoit, de façon encadrée dans le temps, selon des modalités particulières et sous réserve de disposer des titres pour accéder au secteur 2 (anciens chefs de clinique, anciens assistants des hôpitaux généraux et spécialisés, praticiens hospitaliers, médecins militaires), la possibilité d'adhérer au contrat d'accès aux soins pour les médecins de secteur 1 installés et exerçant dans ce secteur d'exercice antérieurement au 1^{er} janvier 2013. En effet, en raison de l'évolution des dispositions conventionnelles de la convention de 1990, les médecins installés antérieurement au 1^{er} décembre 1989 et disposant des titres permettant l'installation en secteur 2 mais ayant choisi le secteur 1 se sont vu supprimer le droit d'opter à nouveau pour le secteur 2, alors que les médecins nouvellement installés conservaient cette option.

Le seuil fixé dans l'avenant n° 8 pour l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins, à savoir l'adhésion du tiers des médecins éligibles ayant été atteint, le contrat est entré en vigueur le 1^{er} décembre 2013 (avec la publication au Journal officiel du 30/11/2013 de l'avenant n° 11 à la convention médicale signé le 23 octobre 2013).

Au 30 mai 2014, près de 11 000 médecins ont souscrit au contrat d'accès aux soins.

Les médecins adhérents bénéficient des revalorisations sur l'activité clinique et technique mises en œuvre par l'avenant n° 8 au profit des médecins de secteur 1 et notamment de deux nouvelles rémunérations forfaitaires, l'une valorisant le rôle du médecin traitant dans le suivi de ses patients qui ne sont pas en affection de longue durée (ALD) (forfait médecin traitant – FMT) et l'autre rémunérant les médecins pour leur suivi spécifique des personnes âgées (forfait majoration personnes âgées – MPA).

Le paiement du forfait FMT s'effectue chaque trimestre pour chaque médecin au titre du suivi des patients (hors ALD et suivi post ALD) dont la date anniversaire de déclaration du médecin traitant auprès dudit médecin intervient au cours de ce trimestre civil. Ainsi, un médecin traitant ne peut percevoir le forfait FMT pour un patient donné que s'il suit ce patient depuis au moins un an. En effet, ce forfait a été mis en place pour rémunérer le suivi annuel des patients.

Les partenaires conventionnels ont estimé que cette règle « de fidélité » de suivi pendant au moins un an pénalisait les médecins nouvellement installés. C'est pourquoi, il a été décidé, dans le cadre de **l'avenant n° 11 à la convention médicale signé le 23 octobre dernier** (paru au JO le 30/11/2013) de mettre en place une mesure correctrice visant à verser le forfait FMT au médecin nouvellement installé au titre de sa première année d'exercice en considérant sa patientèle de médecin traitant constituée au cours de sa première année d'exercice. Cette règle de gestion dérogatoire va être intégrée au cours de l'année 2014.



Le forfait MPA (majoration personnes âgées) est versée aux médecins au titre des consultations et visites réalisées auprès de leurs patients âgés de 85 ans et plus (depuis le 1^{er} juillet 2013) puis 80 ans et plus (depuis le 1^{er} juillet 2014) pour tenir compte de leurs comorbidités et de la complexité du suivi des traitements, en veillant notamment à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

Cette rémunération forfaitaire a été mise en place à compter du 1^{er} juillet 2013 pour les médecins de secteur 1. Pour les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins, la MPA s'applique à compter de l'entrée en vigueur dudit contrat soit le 1^{er} décembre 2013.

Trois nouvelles majorations sont également mises en place pour le suivi après une hospitalisation des patients insuffisants cardiaques et des patients polypathologiques et, enfin, pour le suivi par le pédiatre des enfants grands prématurés ou atteints d'une maladie congénitale grave.

Enfin, certains actes de la CCAM sont revalorisés conformément aux tarifs cibles en trois étapes (1^{er} juillet 2013, 1^{er} mars 2014 et 1^{er} janvier 2015).

Les différentes mesures de revalorisation évoquées ci-dessus sont entrées en vigueur au 1^{er} juillet 2013 pour les médecins de secteur 1 ; pour les médecins de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins, elles sont entrées en vigueur à compter du 1^{er} décembre 2013.

Mise en œuvre de la procédure de régulation des pratiques tarifaires excessives

Dans le cadre de l'avenant n° 8, les partenaires conventionnels se sont accordés pour mettre en place un dispositif conventionnel de régulation pour sanctionner les médecins qui ne respecteraient pas le pacte conventionnel sur la garantie de l'accès aux soins en ayant une pratique tarifaire excessive. Les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) ont envoyé, fin février 2013, un courrier d'information générale à tous les médecins de secteur 2 pour leur présenter ce dispositif.

Les directeurs de Cpam se sont ensuite entretenus (à partir de mai 2013) avec ceux qui avaient une pratique tarifaire considérée comme potentiellement excessive sur l'année 2012.

Les premiers courriers d'avertissement ont été envoyés par les Cpam à partir de juin 2013, et ce en plusieurs vagues successives, pour garantir un maximum de sécurité juridique à la procédure conventionnelle en assurant une profondeur de données suffisante⁵⁴, tout en engageant le dispositif le plus précocement.

Des premiers relevés de constatations (en cas de maintien de la pratique tarifaire après les avertissements notifiés) préalablement à la saisine des commissions paritaires régionales ont ensuite été adressés en fin d'année 2013, début 2014. Les premières décisions de sanctions conventionnelles après avis des commissions paritaires régionales (CPR) sont intervenues au printemps 2014.

L'avenant n° 9 à la convention médicale signé le 14 février 2013 (JO du 07/06/2013) et entré en vigueur le 8 décembre 2013 (règle des six mois définie à l'article L. 162-14-1-1 du CSS) prévoit :

- une rémunération forfaitaire pour le médecin traitant pour le suivi des patients en post ALD (40 euros par an et par patient) ;
- la revalorisation du montant du forfait thermal suite à la fin des contrats de bonne pratique ;
- l'extension de la participation de l'Assurance Maladie à la prise en charge des cotisations sociales sur le montant des revenus perçus par les médecins conventionnés dans le cadre d'activités non salariées réalisées dans des structures incluant la rémunération des professionnels (HAD, SSR, Ehpad, etc.). Cette mesure intervient à compter des revenus de l'année 2013.

L'avenant n° 11 à la convention médicale (signée le 23 octobre 2013) et publié au JO du 30/11/2013 a, comme évoqué précédemment, acté l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins, défini les tarifs issus de la mise en place d'une nouvelle CCAM pour les actes d'anatomo-cytopathologistes (ACP) et enfin défini les conditions de la mise en place de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire au 1^{er} juin 2014 pour les médecins stomatologues (transposition des dispositions définies pour les chirurgiens-dentistes).

Pharmaciens

La convention nationale des pharmaciens a été signée le 4 avril 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens : la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et l'Union nationale des pharmacies de France. Publiée au JO du 06/05/2012, la convention est entrée en vigueur le 7 mai 2012. L'Unocam a également fait part de son adhésion à la convention le 16 mai 2012.

La convention marque une véritable évolution du métier de pharmacien avec l'ambition de revaloriser son rôle en santé publique et de faire progresser la santé.

Cette reconnaissance du rôle du pharmacien se traduit par la création de modes de rémunération diversifiés portant notamment sur des engagements individualisés de qualité de la dispensation, d'efficience et de modernisation de l'officine.

Plusieurs avenants ont été conclus en 2013/2014 (Tableau 36 page suivante).

⁵⁴. Il s'agissait de disposer d'une vision la plus fidèle possible de la pratique du médecin, et donc de prendre en compte la vitesse de liquidation des actes, qui dépend notamment de la proportion de feuilles de soins papier et de feuilles de soins électroniques.

 **Tableau 36 –**
Avenants conclus en 2013/2014, par thème

THÈMES	NATURE DU TEXTE	DATE DE SIGNATURE	APPROBATION MINISTÉRIELLE	PARUTION AU JO
ACCOMPAGNEMENT AVK	Avenant n° 1 à la convention	10/01/2013		27/06/2013
Rosp GÉNÉRIQUE 2013	Avenant n° 2 à la convention	21/05/2013		15/11/2013
OBJECTIF NATIONAL DE SUBSTITUTION ET TPCG 2013	Avenant n° 7 à l'accord national générique	21/05/2013		15/11/2013
Rosp GÉNÉRIQUE 2014	Avenant n° 3 à la convention	21/05/2014	En cours	
OBJECTIF NATIONAL DE SUBSTITUTION ET TPCG 2014	Avenant n° 8 à l'accord national générique	21/05/2014	En cours	
ACCOMPAGNEMENT ASTHME ET DIVERSES MESURES	Avenant n° 4 à la convention	21/05/2014	En cours	
HONORAIRES DE DISPENSATION	Avenant n° 5 à la convention	21/05/2014	En cours	

L'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques

Les patients sous anticoagulants oraux

L'objectif de cet accompagnement qui concerne dans un premier temps les patients sous AVK est de réduire les risques iatrogéniques.

Le suivi régulier ainsi mis en place va faire l'objet d'une rémunération annuelle de 40 euros par patient inscrit, en fonction du respect des engagements individuels de santé publique : réaliser un entretien à l'instauration du traitement et au moins deux entretiens par an, s'assurer de la réalisation de l'INR et, en cas de besoin, prendre contact avec le prescripteur avec le consentement du patient.

Les patients asthmatiques

Le suivi régulier qui va prochainement être mis en place au bénéfice, dans un premier temps, des patients en initiation de traitement de fond par corticoïde inhalé vise à s'assurer de la bonne prise du traitement et de l'observance.

L'avenant prévoit, dans ce cadre, une rémunération de 40 euros par patient inscrit, en fonction du respect des engagements individuels de santé publique : réaliser au moins deux entretiens par an et s'assurer de la bonne utilisation des dispositifs d'inhalation; en cas de besoin, prendre contact avec le prescripteur avec le consentement du patient.

Il est prévu à terme d'articuler ce dispositif d'accompagnement avec sophia asthme.

L'efficience de la dispensation des spécialités génériques

Les avenants n° 2 et 3 à la convention nationale et les avenants n° 7 et 8 à l'accord national relatif aux génériques, valorisent l'engagement de la profession dans la délivrance des médicaments génériques en l'intégrant à la rémunération sur objectifs.

Le pharmacien perçoit une rémunération complémentaire en fonction du taux de génériques délivrés par rapport à des indicateurs d'efficience portant sur une liste de molécules ciblées et le reste du répertoire. Pour 2013, 30 indicateurs ont été définis et l'objectif national de substitution a été fixé à **85 %**. L'objectif a été quasiment atteint en 2012 et 2013 puisque le taux de substitution **a progressé de 71,4 % en mai 2012 à 83,7 % au 31 décembre 2012 et 82,5 % au 31 décembre 2013**.

La rémunération moyenne des pharmaciens s'est élevée à 3 228 euros pour 2012 et à 5 700 euros pour 2013.

Pour 2014, **30 indicateurs ont été définis et le taux national de substitution de 85 % a été reconduit**.

Parallèlement, le dispositif « tiers payant contre génériques » a été renforcé.

La création d'honoraires de dispensation

L'avenant n° 5 à la convention nationale portant création des honoraires de dispensation prévoit l'instauration d'une rémunération des ordonnances complexes (cinq lignes et plus) et l'introduction de la garantie d'un minimum de rémunération par boîte de médicaments remboursables délivrées de 0,80 euro en 2015 puis de 1 euro en 2016. Le financement de cette réforme s'appuie sur une redéfinition des paramètres de la marge dégressive lissée avec pour éléments principaux le transfert du forfait par boîte vers le champ conventionnel et un plafonnement des marges sur les médicaments onéreux.

Cette réforme déconnecte ainsi davantage la rémunération des pharmaciens de l'évolution des prix. L'avenant manifeste en outre la volonté des parties signataires de mettre en place à moyen terme des honoraires de dispensation par ordonnance, afin de déconnecter davantage la rémunération officinale des volumes de médicaments délivrés. Cette évolution est toutefois conditionnée par la mise en place de la prescription électronique de médicaments.



Sage-femmes

L'avenant n° 1 à la convention de 2007 a été signé le 9 janvier 2012 entre l'Uncam, et les deux syndicats représentatifs de la profession, l'UNSSF et l'ONSSF et a été publié le 14 mars 2012 au *Journal officiel*.

Il porte en premier lieu sur l'amélioration de l'accès aux soins avec la mise en place d'un dispositif d'incitation et de régulation dans les zones « sans sages-femmes », « très sous-dotées », « sous-dotées » et « surdotées ».

Des mesures destinées à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes sont proposées à travers la création d'un « contrat incitatif sage-femme ». Dans les zones « surdotées » en sages-femmes libérales, l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une sage-femme libérale conventionnée cesse définitivement son activité dans la zone ou réduit celle-ci d'au moins 50 % par rapport à son activité des deux années précédentes.

Ce dispositif visant à améliorer l'accès aux soins est en vigueur depuis le 15 septembre 2012 et est effectif dans 25 régions.

Au 31 décembre 2013, 281 sages-femmes libérales ont adhéré au contrat incitatif.

L'avenant acte la participation des sages-femmes au programme d'accompagnement au retour à domicile (Prado) après l'accouchement. Le programme a été généralisé en 2013, avec un taux d'adhésion de 82 % et la participation de 3649 sages-femmes sur cette année.

Plus de 138 000 femmes ont bénéficié du programme en 2013 et elles devraient être plus de 210 000 en 2014.

Des mesures d'adaptation de la nomenclature à l'évolution du rôle des sages-femmes dans le système de soins ont également été mises en place (par exemple, valorisation des frottis, DIU, revalorisation des actes d'échographie et d'accouchements en vue d'une convergence tarifaire avec les médecins...) par la publication de décisions Uncam modifiant la NGAP (décisions des 2 octobre 2012 et 14 février 2013).

Par ailleurs, ces dispositions ont été accompagnées de revalorisations tarifaires de la consultation et de la visite, ainsi que des valeurs des lettres clés SF, KE, IK et IFD. Ces mesures sont entrées en vigueur, concernant les lettres-clés, à partir du 15 septembre 2012.

Pour ce qui est des consultations et des visites, ces revalorisations ont eu lieu en deux étapes successives : passage de 17 à 21 euros au 1^{er} septembre 2012, puis de 21 à 23 euros depuis le 1^{er} septembre 2013.

Par ailleurs, **l'avenant n° 2 à la convention nationale des sages-femmes** a été signé le 6 décembre 2013, par l'Uncam, l'ONSSF et l'UNSSF, et a été publié le 27 février 2014 au *Journal officiel*. Cet accord s'inscrit principalement dans le cadre de la démarche de simplification administrative et de dématérialisation des échanges entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé.

Il intègre notamment l'engagement de développer la solution de télétransmission des ordonnances numérisées intégrée aux postes des professionnels de santé, en attendant la dématérialisation de la prescription à la source. Il organise cette démarche en articulant sa mise en œuvre autour de deux phases :

1. une phase expérimentale fondée sur le protocole d'accord signé par la profession ;
2. une phase de généralisation prévue par l'avenant, décidée après avis des instances conventionnelles paritaires, au vu d'un bilan de l'expérimentation.

La phase d'expérimentation est toujours en cours pour les sages-femmes. Au 15 juin 2014, 36 sages-femmes ont émis une télétransmission Scor.

Cet accord comporte également des mesures portant sur :

- la prise en charge par l'Assurance Maladie des cotisations sociales pour les revenus des professionnels de santé libéraux conventionnés tirés de l'activité en établissement sanitaire ou médico-social lorsque le financement de ces structures inclut leur rémunération, conformément aux dispositions de la loi Fourcade d'août 2011 et de l'accord-cadre interprofessionnel du 15 mai 2012 ;
- la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 161-35 du code de la Sécurité sociale instaurant une obligation de transmission électronique des documents de facturation des actes et prestations pour les professionnels de santé, et prévoyant les sanctions conventionnelles (définition des critères et modalités des sanctions) ;
- la mise en place dès janvier 2014 d'un groupe de travail en vue de l'insertion de l'activité des sages-femmes au sein de la CCAM.

Chirurgiens-dentistes

Dans le prolongement de la signature de l'avenant n° 2 du 16 avril 2012, dans lequel les partenaires conventionnels ont affirmé leur volonté de mettre en œuvre, dès l'année 2013, la CCAM pour l'activité bucco-dentaire, un avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes a été signé le 31 juillet 2013 par la CNSD, l'Uncam et l'Unocam, et publié au *Journal officiel* le 30 novembre 2013.

Cet accord prévoit **l'intégration de l'activité bucco-dentaire au sein de la CCAM**, pour une mise en œuvre effective au 1^{er} juin 2014. Dans ce cadre, certains actes de soins conservateurs, chirurgicaux et médicaux ont été revalorisés (par exemple, évacuation d'un abcès parodontal, certains actes de restaurations d'angles...).



Il prévoit également les modalités de mise en œuvre de l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes, instauré par l'avenant n° 2, avec une prise en charge à 100 % de l'examen avec dispense d'avance des frais. Cette mesure est effective depuis février 2014.

Par ailleurs, cet avenant a été l'occasion d'intégrer l'Unocam au sein de la Commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes (CPN), via la création d'une formation spécifique (CPN plénière) où l'Unocam dispose d'une voix délibérative.

La procédure conventionnelle pour non-respect des règles conventionnelles a aussi été aménagée par cet avenant, afin de prendre en compte la spécificité des chirurgiens-dentistes spécialistes en orthopédie dento-faciale, dont le mode de facturation est semestriel.

Enfin, des revalorisations tarifaires ont été prévues pour les visites spécialistes (VS) en France métropolitaine, ainsi que les consultations spécialistes (CS) et des visites spécialistes (VS) dans les départements d'outre-mer. Ces revalorisations sont effectives au 1^{er} juin 2014.

Auxiliaires médicaux

Dans le cadre de la démarche de simplification administrative et de dématérialisation des échanges, différents accords conventionnels ont été négociés et signés en 2013 entre l'Uncam et différents syndicats représentatifs des auxiliaires médicaux :

- un avenant n° 4 à la convention nationale des **masseurs-kinésithérapeutes** a été signé le 25 juin 2013 avec la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (JO du 19/09/2013);
- un avenant n° 14 à la convention nationale des **orthophonistes** a été signé le 30 septembre 2013 avec la Fédération nationale des orthophonistes (JO du 17/12/2013);
- un avenant n° 10 à la convention nationale des **orthoptistes libéraux** a été signé le 17 octobre 2013 avec le Syndicat national autonome des orthoptistes et le Syndicat des orthoptistes de France (JO du 11/01/2014);
- un avenant n° 4 à la convention nationale des **infirmiers** a été signé le 19 décembre 2013 avec Convergence Infirmière, la Fédération nationale des infirmiers et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (JO du 19/03/2014).

Ces accords conventionnels intègrent notamment l'engagement de développer la solution de télétransmission des ordonnances numérisées intégrée aux postes des professionnels de santé, en attendant la dématérialisation de la prescription à la source. Ces accords conventionnels ainsi que des protocoles d'accord associés sur cette thématique organisent la démarche, en articulant sa mise en œuvre autour de deux phases :

1. une phase expérimentale fondée sur le protocole d'accord signé par la profession;
2. une phase de généralisation prévue par l'avenant, décidée après avis des instances conventionnelles paritaires, au vu d'un bilan de l'expérimentation.

Expérimenté à partir du 19 décembre 2013 par les masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes et orthoptistes, le bilan a permis la généralisation du dispositif pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmières :

- généralisation à compter du 7 avril 2014 pour les masseurs-kinésithérapeutes (décision actée par les membres de la commission socioprofessionnelle nationale qui s'est tenue en mars 2014) : 16418 masseurs-kinésithérapeutes ont effectué une télétransmission Scor au 15 juin 2014;
- généralisation à compter du 1^{er} mai 2014 pour les infirmiers (décision actée par les membres de la commission paritaire nationale d'avril 2014) : 20774 infirmiers ont effectué une télétransmission Scor au 15 juin 2014.

Les autres professions sont encore en phase d'expérimentation à ce jour.

Les accords conventionnels mentionnés plus haut comportent également des mesures portant sur :

- la prise en charge par l'Assurance Maladie des cotisations sociales pour les revenus des professionnels de santé libéraux conventionnés tirés de l'activité en établissement sanitaire ou médico-social lorsque le financement de ces structures inclut leur rémunération (ex : Ehpad, SSIAD, HAD, autre...), conformément aux dispositions de la loi Fourcade d'août 2011 et de l'accord-cadre interprofessionnel du 15 mai 2012;
- la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 161-35 du code de la Sécurité sociale instaurant une obligation de transmission électronique des documents de facturation des actes et prestations pour les professionnels de santé, et prévoyant les sanctions conventionnelles (définition des critères et modalités des sanctions).

À noter que ces dernières dispositions avaient, pour les orthophonistes et orthoptistes, déjà fait l'objet de négociations en 2012. L'obligation de transmission électronique des documents de facturation des actes et prestations est en effet inscrite dans l'avenant n° 13 à la convention nationale des orthophonistes et dans l'avenant n° 10 à la convention nationale orthoptistes.



Transporteurs sanitaires

L'Uncam et trois des syndicats représentatifs de la profession (la Fédération nationale des transporteurs sanitaires, la Fédération nationale des ambulanciers privés, la Fédération nationale des artisans ambulanciers) ont signé, le 25 mars 2014, l'avenant n° 7 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés. Il devrait entrer en vigueur à la fin du deuxième trimestre 2014. Comme mentionné dans l'accord, les mesures de revalorisation tarifaire des VSL et la mise en place d'une option conventionnelle, seront applicables à compter du 1^{er} janvier 2015.

Les mesures de cet avenant sont :

- la revalorisation tarifaire qui correspond à l'intégration de la hausse de la TVA de 5,5 % à 10 % dans les tarifs des

véhicules sanitaires légers (VSL) permettant le relais du contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) qui prend fin le 31 décembre 2014;

- le suivi par l'Observatoire économique du transport sanitaire des mesures prises depuis 2012 avec une estimation de la situation économique des entreprises à la fin du deuxième trimestre 2014;
- la création d'une option conventionnelle permettant la poursuite d'une incitation à la géolocalisation et au transport partagé qui vise à remplacer le contrat de bonne pratique (CBP) dont la base légale n'existe plus;
- le développement des téléservices visant la réduction des charges de gestion pour les entreprises et la fiabilisation de la prise en charge.

Taxis

L'article L. 322-5 du code de la Sécurité sociale subordonne le remboursement des frais de transport en taxi à la signature d'une convention conforme à un modèle-type approuvé par décision Uncam.

La convention entre une entreprise de taxi et une caisse primaire, bien que conforme au modèle-type fixé par décision de l'Uncam du 8 septembre 2008 publiée au *Journal officiel* du 23/09/2008, est signée individuellement entre l'entreprise et la caisse.

Seule la décision de l'Uncam est établie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives

du secteur des taxis. Dans la pratique, les caisses ont négocié la convention avec les syndicats considérés comme représentatifs au niveau local. Elle n'est pas signée par les syndicats mais, par chaque entreprise de taxi individuellement, comme le prévoit le modèle-type.

Les conventions locales signées entre les caisses primaires et les entreprises de taxi à partir d'avril 2008 arrivant à échéance au cours de l'année 2013 ou 2014, des négociations ont été engagées localement pour définir une convention locale pour une nouvelle période maximale de cinq ans. Toutes les conventions locales ont été renégociées et entrent en vigueur au plus tard en juillet 2014.

Établissements thermaux

La mise en œuvre de l'article 66 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014

L'article 66 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité sociale prévoit la modification du mode de financement des établissements thermaux.

Les négociations avec le syndicat majoritaire représentatif des établissements thermaux ont débuté au cours du dernier trimestre 2013. L'avenant n° 10 à la convention nationale thermale a été signé le 22 janvier 2014 entre l'Uncam et le Conseil national des exploitants thermaux (CNETH) avec une publication au JO le 01/03/2014 et une entrée en vigueur au lendemain de cette publication.

Cet avenant marque une véritable réforme tarifaire du secteur. **Un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) et un prix limite de facturation (PLF)** sont créés. Ce nouveau schéma se substitue à l'ancien forfait thermal. Désormais, les établissements thermaux facturent un TFR (ancien forfait thermal) et un complément tarifaire (écart entre le PLF et le TFR). Ils ne peuvent facturer au-delà du PLF.

Chaque année, les PLF sont établis en appliquant un coefficient de revalorisation calculé en tenant compte d'indices d'évolution représentatifs des charges d'exploitation des établissements thermaux et, le cas échéant, de coefficients correcteurs permettant de tenir compte des évolutions réglementaires ou conventionnelles impactant les charges d'exploitation de ces établissements. Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ne peuvent se voir appliquer le PLF.

À ce jour, 59 établissements thermaux nous ont fait part des prix limites de facturation appliqués au sein de leur établissement.

Autre mesure de cet accord, **une expérimentation sur les cures thermales des enfants** sera mise en place afin d'évaluer l'intérêt thérapeutique du fractionnement du séjour en deux séquences. Au terme de cette expérimentation, un bilan sera établi.



Centres de santé

L'accord national signé le 19 novembre 2002 et publié au *Journal officiel* du 19/04/2003 est reconduit tacitement depuis le 20 avril 2013 pour cinq ans. Un nouvel accord national est en cours de négociation depuis la fin du mois de mai 2014. Les grands axes de la négociation sont les suivants :

- développer la prévention et la participation aux actions de santé publique;
- assurer la qualité de la prise en charge des patients, notamment pour le suivi et l'évolution des pathologies chroniques;
- favoriser l'exercice pluriprofessionnel de premier recours

en facilitant le travail en équipe des professionnels de santé, tant à l'intérieur du centre qu'en ce qui concerne l'articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social, afin d'assurer la continuité des parcours et d'éviter des hospitalisations par une prise en charge de qualité en ville;

- contribuer à améliorer l'accessibilité aux soins des patients et conforter ou stabiliser l'offre de soins de proximité dans les territoires en difficulté.

La négociation a été ouverte officiellement le 22 mai 2014, la signature de l'accord étant escomptée pour le mois d'octobre 2014.

Soins de proximité

Dans le cadre de la stratégie nationale de la santé annoncée par le ministre, le conseil de l'Uncam a voté le 4 avril 2014 des orientations relatives aux négociations sur les soins de proximité.

Ces négociations ont pour objet de favoriser la coordination interprofessionnelle des soins pour améliorer l'efficience de la prise en charge des patients autour des quatre objectifs suivants :

1. renforcer la prévention des facteurs de risque au moyen, notamment, de nouveaux services offerts au patient (dépistage, vaccination, éducation à la santé...);
2. améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, pour éviter ou retarder l'apparition de complications grâce à un meilleur suivi clinique et paraclinique de l'affection;
3. prévenir et gérer les situations de « rupture » dans le parcours de soins ou l'état de santé des patients. Il s'agit notamment d'éviter des hospitalisations, notamment en urgence, grâce à une prise en charge efficace en ville, d'assurer la continuité et l'efficience des parcours de soins en organisant l'amont et l'aval des hospitalisations;
4. participer à la structuration des soins de proximité sur le territoire et améliorer l'accès aux soins en pérennisant les expérimentations des nouveaux modes de rémunération qui arrivent à leur terme fin 2014.

Plusieurs réunions de travail se sont tenues au cours des mois de mai et juin 2014 et devraient prochainement permettre de lancer officiellement les négociations dans le cadre des deux vecteurs juridiques disponibles pour les négociations interprofessionnelles : avenant à l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) signé le 15 mai 2012 avec l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) et un ou plusieurs accords conventionnels interprofessionnels (ACI) avec les syndicats représentatifs de tout ou partie des professions suivantes : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, biologistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues, transporteurs sanitaires, audioprothésistes, opticiens, professionnels de l'appareillage (oculistes, épithésites, orthoprotéthistes, podo-orthésistes) et les représentants des centres de santé.



Annexe 3 – La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) deux ans après

Deux ans après sa mise en place, la Rosp connaît globalement une dynamique de progression

Entre 2012 et 2013, le taux d'atteinte des objectifs pour les omnipraticiens (généralistes et MEP) est passé de 51,1 % à 59,7 %. Cette progression de presque 9 points en un an permet d'accréditer la pertinence du dispositif et des objectifs définis en amont entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux.

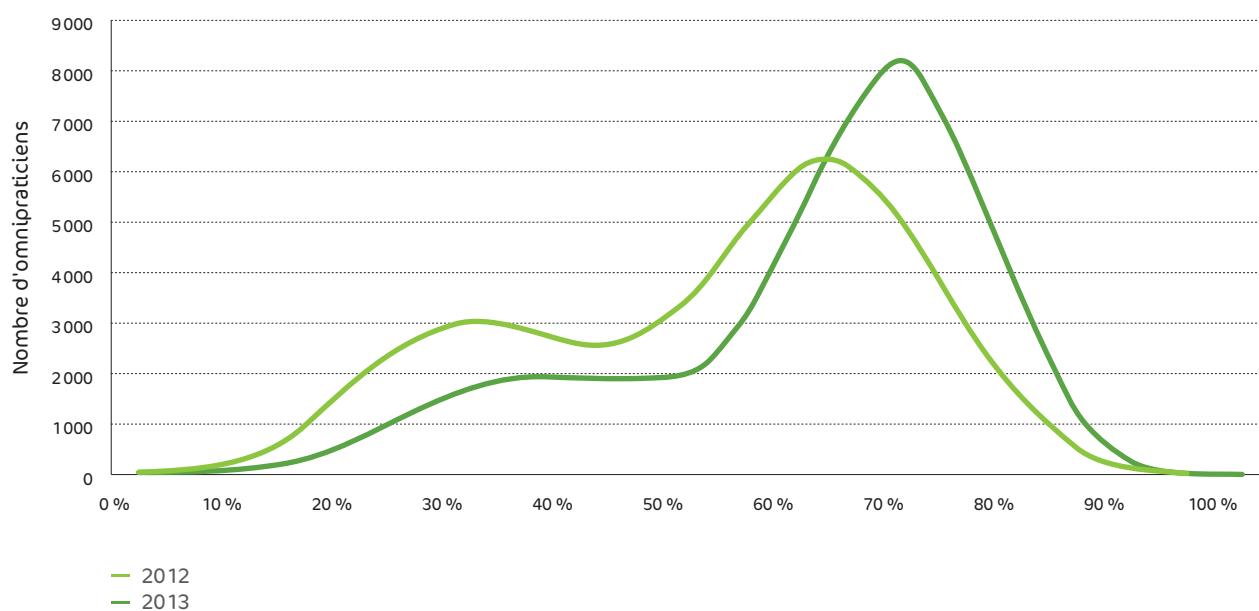
La courbe des résultats 2013 présentée ci-dessous (Figure 68) se déplaçant globalement vers la droite par rapport à la courbe 2012⁵⁵, montre que sur la période, l'ensemble des omnipraticiens progressent. De surcroît, cette progression

se fait à la faveur d'une plus grande homogénéité des pratiques des médecins.

Dans le détail, on constate que, sur l'ensemble des omnipraticiens rémunérés depuis deux ans, 85 % ont amélioré leur taux d'atteinte des objectifs. En outre, la part de ceux qui obtiennent des résultats supérieurs à 60 % progresse significativement.

On note enfin que les 10 % de médecins les plus performants atteignent au moins 78 % des objectifs en 2013.

 **Figure 68 –**
Évolution des taux d'atteinte 2012 et 2013



Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle MT \geq 200 patients - France entière
Source : Cnamts (bases de rémunération Rosp 2012 et 2013)

⁵⁵. Courbes des taux d'atteinte des objectifs de 2012 et 2013 des omnipraticiens ayant une patientèle de plus de 200 patients, hors nouveaux installés.



La Rosp a comme ambition première de servir les objectifs de santé publique tout en améliorant l'efficience du système de soins. Pour cela, elle compte quatre volets distincts : 1/ le suivi des maladies chroniques ; 2/ la prévention ; 3/ l'optimisation des prescriptions et l'efficience ; 4/ l'organisation du cabinet et la qualité des soins⁵⁶.

Fin 2013, **tous les volets progressent** (Tableau 37). La Rosp fait bouger les lignes dans la bonne direction et certaines, comme l'organisation du cabinet, de façon extrêmement dynamique.

Tableau 37 –
Taux d'atteinte de la Rosp par volet

RÉSULTATS	TAUX D'ATTEINTE 2012	TAUX D'ATTEINTE 2013	PROGRESSION 2012/2013
LE SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES	49,5 %	56,1 %	6,6 points
LA PRÉVENTION	34,5 %	40,0 %	5,5 points
LA PRESCRIPTION	55,1 %	63,3 %	8,2 points
ORGANISATION DU CABINET	58,3 %	70,3 %	12,0 points

Champ : omnipraticiens
Source : Cnamts

Sur cinq ans, les tendances de fond d'abord observées avec la mise en place du Capi se confirment avec la Rosp.

S'il n'est pas possible d'effectuer un bilan complet sur l'ensemble des indicateurs de la Rosp⁵⁷, la **mise en perspective des 12 indicateurs communs que celle-ci partage avec le Capi met en lumière la dynamique sur la durée** et apporte des éléments d'analyse et des enseignements nouveaux.

Sur les 12 indicateurs communs aux deux dispositifs, la progression est la même depuis 2009. Ainsi, le taux

de patients diabétiques ayant bénéficié dans l'année de 3 à 4 dosages d'HbA1c **progresse de façon régulière entre 2009 et 2013 : il gagne 12 points** en cinq ans.

Avec cinq ans de recul, **l'effet vertueux ne se perd pas**. Cette vision à plus long terme nous permet de prendre la pleine mesure des progrès accomplis depuis le lancement de la rémunération sur objectifs de santé publique, quelle qu'en soit la forme, et ils sont notables. **Ceci confirme non seulement la pertinence des indicateurs retenus tout en témoignant aussi de l'acceptation générale du dispositif.**

Focus sur les progrès dans le suivi des maladies chroniques sur cinq ans

La part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages d'HbA1c dans l'année est, par exemple, passée de 40 % en 2009 à 52 % à la fin de l'année 2013, soit une augmentation de 12 points en cinq ans.

La part des patients diabétiques traités par anti-hypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine a évolué de 53 % en 2009 à 60 % fin 2013, soit une augmentation de 7 points en cinq ans.

56. Tous les indicateurs de la Rosp ont été élaborés à partir des référentiels des autorités de santé, sur la base de consultations des sociétés savantes et soumises à des discussions exigeantes lors des négociations conventionnelles. Ce fut le cas tant pour les généralistes que pour les deux nouvelles spécialités qui se sont vu assigner des objectifs d'amélioration de leur pratiques, en 2012 pour les cardiologues, et en 2013 pour les gastroentérologues.

57. La Rosp compte 29 indicateurs alors que le Capi n'en comportait que 15. De plus, les modalités de suivi des indicateurs diffèrent parfois entre les deux. Ainsi, le calcul de la progression dans la prescription dans le répertoire des génériques s'effectuait par rapport aux trois derniers mois pour le Capi contre douze derniers mois pour la Rosp ; ces différences impactant les résultats notamment au moment du changement de système en 2012.



Cependant, des disparités géographiques perdurent (Figure 69).

Une des ambitions guidant la Rosp consiste à encourager l'homogénéisation des pratiques entre les médecins. Car, même si toute décision thérapeutique relève d'un arbitrage face à un cas individuel, il existe des différences significatives de pratiques entre certains professionnels de santé.

Pour le professionnel de santé, le fait de disposer de points de comparaison par rapport à ses confrères constitue un outil pour revisiter la pertinence de ses pratiques : la Rosp, à l'instar des profils de prescription présentés aux médecins, a le mérite d'apporter des repères par rapport aux pratiques de ses pairs. Et de

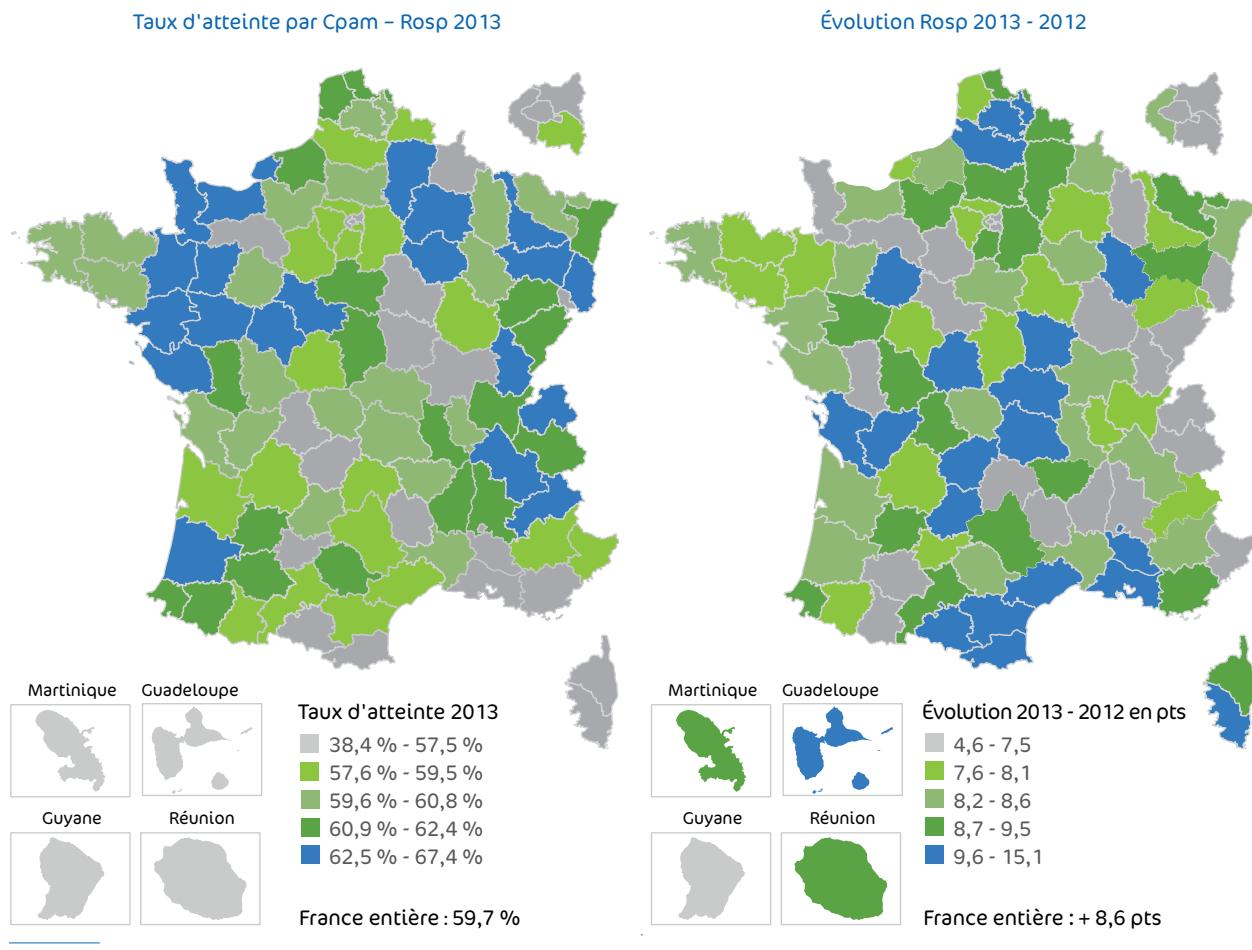
prendre la mesure des écarts pouvant exister, notamment territoriaux.

Une analyse fine, département par département, montre que hors DOM-TOM, le taux d'atteinte est partout supérieur à 50 %.

On observe cependant d'importants écarts entre les départements sur l'ensemble des indicateurs. Le taux d'atteinte oscille selon les départements de 51,2 %, à Paris à 67,4 % à Reims, soit un différentiel de 16,2 points (versus 17,5 points en 2012).

Les dix départements ayant enregistré les meilleurs taux d'atteinte en 2012 restent sensiblement les mêmes qu'en 2013. Près de 15 % des territoires ont enregistré une progression du taux d'atteinte supérieure à 10 points.

Figure 69 –
Taux d'atteinte et évolution par Cnamts pour les omnipraticiens





Indicateurs de la Rosp et population défavorisée

Outre les disparités géographiques, l'Assurance Maladie s'est attachée à étudier **l'existence d'un lien entre la précarité et l'atteinte des objectifs de la Rosp** via la proportion de patients CMU-C au sein de la patientèle⁵⁸ des omnipraticiens.

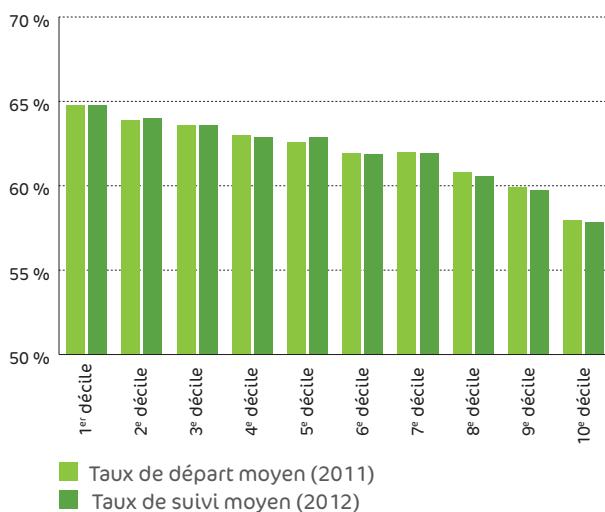
L'analyse révèle que le lien existe pour les deux seuls volets de la prévention et du suivi des malades chroniques (mais pas pour les autres, notamment les indicateurs d'optimisation de la prescription), entre le résultat de certains indicateurs et les indices de précarité⁵⁹.

Populations précaires et suivi des maladies chroniques

On observe d'abord que la part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un **suivi ophtalmologique** est moins élevée chez les médecins ayant un fort taux de patients CMU-C dans leur patientèle (déciles 8 à 10 – Figure 70). On note également que le nombre de patients ayant bénéficié du **suivi glycémique** recommandé par les autorités de santé est également moins élevé s'agissant des catégories les plus défavorisées.

La Figure 70 indique la part des patients diabétiques ayant eu un fond d'œil en 2011 (taux de départ moyen) et en 2012 (taux de suivi moyen) selon l'importance de la patientèle CMU-C chez les médecins.

Figure 70 –
Part des patients diabétiques ayant eu un fond d'œil
selon l'importance de la patientèle CMU-C



Lecture : chez les 10 % de médecins ayant la part la moins importante de patients CMU-C (1^{er} décile), 65 % des patients diabétiques ont bénéficié d'un fond d'œil en 2012.

Champ : France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniiram)

58. Pour observer le lien entre précarité et atteinte des objectifs de la Rosp, on utilise le pourcentage de patients CMU-C parmi la patientèle globale du médecin, et pas seulement dans sa patientèle en tant que médecin traitant.

59. Les professionnels de santé ont été segmentés en déciles en fonction de la part de CMU-C dans leur patientèle. Le décile 1 correspond au 10 % des médecins ayant le moins de patients CMU-C parmi leur patientèle. À l'opposé, le décile 10 correspond aux 10 % des médecins ayant le plus de patients CMU-C parmi leur patientèle totale. Pour chaque décile, pour chaque indicateur, a été calculée la moyenne brute des professionnels des niveaux de départ (31 décembre 2011), des niveaux de suivi (31 décembre 2012), et des évolutions 2012-2011.

Populations précaires et prévention

Deux indicateurs sur le volet prévention font apparaître une corrélation entre une patientèle plus précaire et des taux moindres d'atteinte des objectifs : **il s'agit du taux de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus**. Pour ces deux indicateurs clés en termes d'enjeux de santé publique, on observe chez les patientes les moins favorisées (le dernier décile de la Figure 71), un moindre recours au dépistage.

La Figure 71 indique la part des patientes ayant bénéficié d'une mammographie selon l'importance de la patientèle CMU-C chez les médecins.

Figure 71 –
Part des patientes de 16 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie selon l'importance de la patientèle CMU-C



Lecture : chez les 10 % de médecins ayant la part la moins importante de patients CMU-C (1^{er} décile), 70 % des patientes de 16 à 74 ans ont bénéficié d'une mammographie en 2012.

Champ : France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniiram)

Ces conclusions seront partagées et analysées dans le détail avec les représentants des professions de santé, afin de voir avec eux comment renforcer les efforts faits en direction des médecins concernés (dans le cadre de la Rosp et au-delà) et les aider à surmonter les difficultés qu'ils rencontrent auprès des populations fragiles, aussi bien en matière de prévention que de suivi des pathologies chroniques.



Les résultats détaillés par volet témoignent d'une réelle amélioration des pratiques

Les objectifs de santé publique et la qualité du service au patient ont été mis au premier rang des effets assignés à la Rosp et tous les indicateurs ont été précisément choisis et négociés avec les syndicats en ce sens (rappel des indicateurs et des objectifs cible en Encadré 3).

Ils incitent les médecins à **mieux prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques**, conformément aux référentiels de bonnes pratiques stabilisés par les autorités de santé. Ils s'attachent également à favoriser les actions en faveur d'une **progression de la prévention et du dépistage**, notamment pour les catégories de populations les plus à risque. Ils ont, enfin, vocation à **optimiser les prescriptions et autres décisions thérapeutiques** au regard des référentiels et du rapport bénéfice/risque, fondement de toute démarche de soins.

Les résultats des indicateurs nationaux 2011, 2012 et 2013 pour les médecins traitants (généralistes et MEP essentiellement) sont présentés, par volet de la Rosp, en Encadré 4.

Le suivi des pathologies chroniques

Le diabète constitue une priorité de santé publique, tant du fait du nombre de personnes concernées (trois millions, et le nombre de personnes traitées a doublé en dix ans) que de par les implications de cette pathologie grave, aux effets secondaires très sérieux (risques cardio-vasculaires, perte de la vue, insuffisance rénale...). **À ce titre, cette pathologie concentre à elle seule 8 indicateurs dans le cadre de la Rosp** construits à partir des recommandations de la Haute Autorité de santé en janvier 2013⁶⁰. C'est le cas de la périodicité recommandée du contrôle glycémique (dosages d'hémoglobine glyquée) et des objectifs cibles à atteindre (par les dosages HbA1c) du diabète de type 2.

Ces deux indicateurs permettent d'assurer un bon suivi des patients et une maîtrise du risque. Les indicateurs prennent également en compte les recommandations de suivi clinique.

Les progressions sur ce volet observées en 2012 **se poursuivent en 2013** :

- ainsi, les indicateurs pour les **dosages d'hémoglobine glyquée ont augmenté de 6 points en deux ans** ;
- le **suivi des diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine à faible dosage a progressé de 4,5 points** sur la même période ;
- après deux ans de mise en place de la Rosp, **plus de 185 000 personnes diabétiques supplémentaires** ont pu bénéficier, sur deux ans, des dosages d'hémoglobine glyquée recommandés, et **plus de 50 000 patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire** ont été mis sous traitement par statines et par aspirine à faible dosage ou sous anticoagulant.

Deux autres indicateurs relatifs au suivi des patients diabétiques sont restés stables durant la période observée.

- la part de patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un **examen du fond d'œil** au cours des deux dernières années a ainsi été constante sur deux ans, soit autour de 61 %, alors que l'objectif cible est de 80 %. Ce résultat montre que l'effort doit être poursuivi. En effet, cet examen constitue à terme un bénéfice notable pour le patient, car il permet de surveiller les lésions rétinianes avant même que la vision ne soit altérée ;
- il en est de même pour les **patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire** : 60 % des patients bénéficient toujours du traitement recommandé par statines, alors que l'objectif cible est de 75 %.

Focus sur le dispositif de suivi de la rétinopathie

Afin de faire face à cet enjeu majeur de santé publique qu'est la rétinopathie diabétique – première cause de malvoyance et de cécité évitable en France chez les moins de 70 ans –, l'Assurance Maladie a souhaité prendre en charge une **nouvelle modalité de dépistage de cette pathologie par rétinographie avec lecture différée** (modalité désormais inscrite au rem-

boursement dans les conditions définies par la Haute Autorité de santé depuis le 10 mars 2014), en lançant une expérimentation valorisée dans plusieurs départements pilotes.

Il s'agit là du **premier acte de télémédecine** remboursé en ville. Il repose sur la **coopération étroite entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste**.

⁶⁰. Source : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_synth_diabete_type_2_objectif_glycemique_messages_cles.pdf



La prévention

La prévention est au cœur des priorités de santé publique dont les bénéfices ne sont envisageables qu'à terme. Or, sur cet item, comme pour l'année 2012, le constat est mitigé.

Tous les indicateurs concernant le dépistage et la vaccination contre la grippe n'évoluent pas favorablement.

L'exemple le plus significatif est celui concernant la vaccination antigrippale. La part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière a baissé de 2,8 points au cours des deux dernières années. Celle des patients adultes de 16 à 64 ans en ALD a, quant à elle, diminué de 1,4 point. Or, la vaccination contre la grippe saisonnière est une priorité de santé publique : on a observé l'an dernier 800 cas graves qui ont été admis en service de réanimation et plus de 150 décès⁶¹. C'est pourquoi l'Assurance Maladie a mis en œuvre au cours du dernier trimestre 2013 une campagne destinée à inciter notamment les populations à risque (soit quelque 10 millions de personnes âgées de plus 65 ans ou atteintes de maladies chroniques) à se protéger. Cette campagne s'est inscrite dans un **contexte de baisse préoccupante et continue de la vaccination en France** : il est donc crucial de relancer le réflexe de la vaccination antigrippale, les résultats obtenus étant encore loin de l'objectif cible, soit une couverture vaccinale égale ou supérieure à 75 %.

Les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus connaissent également un recul. La part de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années a diminué en 2013. La tendance sur deux ans est la même concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus : le nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans qui ont effectué un frottis cervico-vaginal, a reculé de 1,2 % sur la période observée.

Certains actes de prévention semblent pâtir aujourd'hui du climat de défiance et/ou d'interrogation dans l'opinion publique.

C'est le cas de la **vaccination antigrippale** dont le recul est à mettre en lien avec les interrogations sur la vaccination, nourries par les controverses concernant la vaccination contre le vaccin contre le virus H1N1 et contre l'hépatite B. Il est vraisemblable que celles-ci viennent affecter le bon suivi des recommandations vaccinales, y compris celle de la grippe saisonnière.

Par ailleurs, les **dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus** font l'objet d'un certain nombre de freins : ainsi, on observe une difficulté à informer les femmes issues de populations défavorisées pour les inciter à se faire dépister. Par ailleurs, les débats actuels à propos des mammographies et des vaccins contre les papillomavirus, destinés à prévenir le cancer du col de l'utérus, tendent à brouiller les repères des patients. Ces débats compliquent le travail de

conviction des médecins car ils génèrent de l'attentisme de la part des patientes concernées.

On observe au contraire **une amélioration** sur certains indicateurs destinés à lutter contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de 65 ans et plus, qui entraîne chaque année un nombre élevé d'hospitalisations pour les patients⁶².

Sur ces indicateurs, la progression est indiquée par une baisse de la consommation. La baisse d'utilisation est ainsi notable sur l'item relatif aux benzodiazépines à demi-vie longue. Ils sont aujourd'hui prescrits à 11,3 % des patients de plus de 65 ans contre 12,1 % en décembre 2012 et 13,7 % en décembre 2011. La baisse de 2,4 points du pourcentage des patients de plus de 65 ans traités par **benzodiazépines à demi-vie longue** constitue donc un progrès surtout si on compare ce pourcentage au taux de 15 % enregistré en mars 2009. De janvier 2012 à décembre 2013, **240 000 patients ont donc cessé de consommer des benzodiazépines à demi-vie longue**, permettant de limiter leurs effets délétères (interactions médicamenteuses, augmentation des chutes...).

En ce qui concerne enfin **le nombre de prescriptions d'antibiotiques** pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD, il a ainsi baissé de 2,2 points pour atteindre un ratio de 43 prescriptions pour 100 patients. **Ceci représente environ 650 000 prescriptions en moins sur 2 ans.** Cet effort doit se poursuivre pour tendre vers l'objectif cible de moins de 37 prescriptions pour 100 patients. Cet objectif de diminution participe de la lutte contre l'émergence de souches bactériennes résistantes et fait l'objet d'un important travail de mobilisation de tous les acteurs de santé publique depuis plus de dix ans.

Optimisation et efficience des prescriptions

Ce volet de la Rosp vise à concilier efficience économique et respect des bonnes pratiques dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses, encouragée par l'Assurance Maladie.

En matière d'optimisation, les taux progressent. La prescription d'**aspirine à faible dosage** parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires a augmenté de +2,4 points pour atteindre un taux de 84,4 %, tout proche de l'objectif cible de 85 %. Ce chiffre représente 100 000 patients supplémentaires depuis 2 ans, pour les médecins concernés. Le **recours aux IEC** plutôt qu'aux sartans reste, quant à lui, relativement stable, avec un taux de 40,4 % qui était de 39,6 % en 2012.

Le recours aux génériques, quant à lui, progresse de façon nette, au service de l'efficience globale du système de soins. En 2013, l'ensemble des résultats concernant le recours aux génériques sur les 5 classes de médi-

61. Source : InVS sur les données de 2012.

62. On l'évalue à 130 000 hospitalisations par an et à 10 000 décès par an. La loi de santé publique de 2004 l'avait inscrite dans ses priorités et sa prévention fait donc l'objet d'une mobilisation de l'Assurance Maladie depuis presque dix ans.

Source : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000115/0000.pdf>



caments progresse, plus ou moins fortement, et tend à se rapprocher des objectifs cibles. Les prescriptions des génériques des médicaments antiulcéreux (IPP) et de statines ont beaucoup augmenté, de respectivement 13,2 points et 11,5 points, dépassant même l'objectif cible fixé à 85 % pour les IPP.

La part des prescriptions de statines réalisées par le biais de molécules disposant d'un générique se situe à 65,3 % fin 2013, en ligne avec l'objectif défini (supérieur ou égal à 70 %). Les prescriptions relatives aux antihypertenseurs évoluent également favorablement (+15,8 points) puisque, pour la deuxième année, l'objectif cible (65 %) est à nouveau dépassé, atteignant 79,9 %.

Comme précisé l'année dernière, ce phénomène est en partie dû aux entrées dans le répertoire d'IPP, de statines et d'antihypertenseurs en 2012.

L'organisation du cabinet et la qualité de service

Les indicateurs relatifs à l'« organisation du cabinet et la qualité de service » ne répondent pas uniquement à des objectifs organisationnels, ils visent aussi une **amélioration de la qualité du suivi et de la prise en charge des patients** (aide au déploiement des logiciels métier et d'aide à la prescription).

L'informatisation accrue fluidifie les échanges de données entre professionnels de santé autour du dossier médical du patient. Elle simplifie la coordination des soins entre toutes les spécialités et les différentes catégories d'acteurs concernés.

Sur ce volet, la progression est notable, et les 5 indicateurs progressent tous significativement.

Ces indicateurs témoignent de l'appropriation par le médecin des logiciels dans sa pratique quotidienne pour gérer ses données médicales individuelles de suivi et analyser globalement sa pratique sur l'ensemble de sa patientèle.

L'usage des **logiciels d'aide à la prescription** a progressé de **64 % en 2012 à 72 % en 2013** (+8 points) pour les médecins généralistes remplissant les pré requis du bloc organisation.

La croissance du taux d'équipement de ces logiciels a été facilitée par le **nombre croissant de logiciels certifiés par la HAS⁶³**. Ils sont désormais au nombre de 37 (contre 24 fin 2012 et 2 fin 2011).

Ces outils logiciels présentent l'avantage de simplifier la pratique du médecin en automatisant certaines vérifications pouvant être longues pour anticiper d'éventuelles interactions médicamenteuses. À ce titre, ils constituent un outil précieux d'aide à la décision.

De plus, la progression significative de l'indicateur « synthèse médicale » (+8 points) pour les médecins traitants est un signal de mobilisation fort. **À la fin 2013, ce sont près de 8 médecins sur 10 (78 %) qui la réalisaient, contre 71 % un an auparavant.**

Cette synthèse, à partir du dossier médical informatisé, permet ainsi au médecin traitant de disposer d'une vision globale de ses patients et de réévaluer sa prise en charge de façon complète. Elle permet également de planifier la prise en charge en coordination avec les autres professionnels de santé impliqués dans le suivi du patient.

La mobilisation des médecins sur ce volet pose les bases d'une médecine moderne, coordonnée et efficiente, capitalisant sur les avancées des nouvelles technologies.

63. Source : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_672760/fr/logiciels-d-aide-a-la-prescription-pour-la-medecine-ambulatoire-logiciels-certifies-selon-le-referentiel-de-la-has-et-logiciels ayant-postule-a-la-certification

L'extension du dispositif aux médecins spécialistes

Médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

Pour les **médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires**, l'avenant concernant la rémunération sur objectifs de santé publique a été publié le 31 mai 2012. La Rosp des médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires comprend :

- quatre indicateurs portant sur le volet « organisation du cabinet », communs à tous les médecins ;
- neuf indicateurs de santé publique spécifiques, dont sept mesurables et deux déclaratifs.

Au 31 décembre 2013, 4 200 cardiologues libéraux sont concernés par le dispositif. Le degré partiel d'atteinte des objectifs témoigne, pour une part, du caractère récent de cette mise en place (Tableau 38).

Tableau 38 –
Suivi des indicateurs pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

INDICATEURS	OBJECTIF CIBLE	RÉSULTATS À FIN DÉCEMBRE 2012	RÉSULTATS À FIN DÉCEMBRE 2013	ÉVOLUTION EN POINTS DÉC. 2012 – DÉC. 2013
PART DE PATIENTS AVEC ANTÉCÉDENT D'INFARCTUS DU MYOCARDE DANS LES DEUX ANS PRÉCÉDENTS, TRAITÉS PAR BÉTABLOQUANT, STATINE ET IEC OU SARTANS	80 %	65 %	63 %	-2
PART DE PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE TRAITÉS PAR BÉTABLOQUANTS, DIURÉTIQUES ET IEC OU SARTANS	80 %	62 %	63 %	+1
PART DES PATIENTS EN TRITHÉRAPIE ANTI HTA DONT UN DIURÉTIQUE	90 %	65 %	67 %	+2
PART DES PATIENTS EN TRITHÉRAPIE ANTI HTA AVEC AU MOINS UN DOSAGE DU POTASSIUM ET DE LA CRÉATININE	90 %	87 %	88 %	0
PART DES PATIENTS HYPERTENDUS AVEC AU MOINS UNE MAPA OU AUTO MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE	70 %	Non disponible	69 %	Non disponible
PART DE PATIENTS TOUJOURS TRAITÉS PAR CLOPIDOGREL, DUOPLAVIN®, PRASUGREL OU TICAGRELOR APRÈS DEUX ANS	40 %	81 %	78 %	-3
PART DES PATIENTS DE MOINS DE 85 ANS EN POST IDM AYANT UN TAUX DE LDL CHOLESTÉROL INFÉRIEUR À 1G/L	60 %	ND	77 %	Non disponible
PART DES BOÎTES D'ANTIHYPERTENSEURS PRESCRITES DANS LE RÉPERTOIRE DES GÉNÉRIQUES	80 %	75 %	80 %	+6
PART DES BOÎTES DE STATINES PRESCRITES DANS LE RÉPERTOIRE DES GÉNÉRIQUES	70 %	56 %	55 %	-1

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnamts (Snélram)



Médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie

Concernant les **médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie**, l'avenant relatif à la rémunération sur objectifs de santé publique a été publié le 7 juin 2013 et comprend :

- quatre indicateurs portant sur le volet « organisation du cabinet », communs à tous les médecins ;

- huit indicateurs de santé publique spécifiques, dont six mesurables et deux déclaratifs. Pour ces derniers, les résultats ne sont pas encore connus.

Le dispositif a été présenté aux professionnels par les délégues de l'Assurance Maladie à l'automne 2013. De ce fait, l'action des médecins pour progresser dans l'atteinte des objectifs de santé publique n'a pu réellement concerner que les trois derniers mois de l'année 2013 (Tableau 39).

Tableau 39 –
Suivi des indicateurs pour les médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie

THÈMES	INDICATEURS	OBJECTIFS CIBLE	DONNÉES À FIN DÉCEMBRE 2012	DONNÉES À FIN DÉCEMBRE 2013	ÉVOLUTION EN POINTS DÉC. 2012 - DÉC. 2013
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Nombre de patients ayant eu, au moins une fois tous les six mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	80 %	66 %	67 %	+2
	Nombre de patients ayant eu, au moins une fois tous les trois mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	50 %	25 %	25 %	0
	Nombre de patients atteints de Mici, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie / Nombre de patients atteints de Mici sous traitement par 5-ASA au long cours	40 %	19 %	24 %	+4
	Nombre de patients atteints de Mici, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins trois dosages par an de NFS et plaquettes / Nombre de patients atteints de Mici sous traitement par Azathioprine au long cours	90 %	71 %	71 %	0
PRÉVENTION	Nombre de patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisées en année N / N-1 / N-2 / Nombre de patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	1,30 %	3 %	3 %	0
	Nombre de patients avec contrôle d'éradication d'HP par TRU / Nombre de patients traités pour éradication d'HP	50 %	39 %	45 %	+6

Indicateurs décroissant

Champ : médecins traitants actifs et conventionnés à la fin de la période étudiée - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)



Les rémunérations versées

Mixité des modes de rémunérations

En matière de **rémunération des médecins**, l'orientation générale de l'Assurance Maladie est de tendre vers **une mixité des modes de rémunération**.

En généralisant la rémunération sur objectifs de santé publique, l'Assurance Maladie et les partenaires conventionnels se sont attachés à investir sur la qualité des soins pour améliorer la prise en charge des patients, développer la prévention et renforcer l'efficience du système de soins.

Cette réforme structurelle, qui introduit un nouveau mode de rémunération en complément du paiement à l'acte et au forfait, correspond à un engagement fort de l'Assurance Maladie et des médecins pour une véritable action de santé publique et d'efficience du système de soins

Elle doit permettre d'inciter les médecins traitants à gérer plus activement leur patientèle, tout en favorisant les prescriptions les plus économies compatibles avec l'état de santé de leurs patients. **La Rosp est ainsi un dispositif qui permet aux patients de bénéficier d'un meilleur suivi, aux médecins traitants de voir leur engagement valorisé et à l'Assurance Maladie d'investir à bon escient.**

Les rémunérations versées en 2013

L'ensemble des médecins rémunérés cette année (85 187 médecins) perçoivent en moyenne chacun une somme annuelle de **4 003 euros**, calculée en fonction de leur taux d'atteinte des différents indicateurs.

Parmi eux, les **omnipraticiens** sont rémunérés à hauteur de **5 480 euros** en moyenne.

Les **médecins généralistes** perçoivent pour leur part **5 774 euros** en moyenne. Ce complément de rémunération vient saluer les **efforts significatifs** des médecins généralistes bénéficiaires, valorisant ainsi leur activité de médecin traitant, au centre du système de soins actuel.

Pour les médecins spécialistes, qui sont dans leur très grande majorité uniquement concernés par le volet « organisation », la rémunération moyenne annuelle se situe à **1 082 euros**.

Au total, l'ensemble de la rémunération sur objectifs de santé publique représente une dépense brute d'un peu moins de **341 millions d'euros pour 2013**, intégralement provisionnée dans l'Ondam au titre de cette même année, dans un contexte par ailleurs marqué par la sous-exécution significative de ce dernier. **À ce montant, il convient de déduire près de 40 millions d'euros de suppression du Capi et 34 millions d'euros de suppression d'aides pérennes à la télétransmission.**

Cet investissement est un investissement d'avenir, au service de la santé, en ce qu'il va permettre d'accroître très nettement, année après année, l'efficience du système de soins au bénéfice des patients. De fait, les économies réalisées sur les prescriptions permettent de mieux financer les actions de prévention et de suivi des pathologies chroniques. Grâce à cette dynamique vertueuse, **les cabinets se modernisent, la santé progresse, les patients sont mieux suivis.**

Au terme de deux années de mise en œuvre de la rémunération sur objectifs de santé publique, **les résultats obtenus sont significatifs** : ils mettent en lumière une réelle amélioration de la qualité des soins tout en contribuant à une meilleure connaissance de la patientèle et à son suivi.

↓ Encadré 3 –

Rappel des indicateurs de la Rosp et des objectifs cible

Les thèmes du volet « qualité de la pratique médicale » pour les médecins généralistes

✗ Suivi des pathologies chroniques

Cet axe se décline en 9 indicateurs (250 points).

Diabète :

- 65 % des patients diabétiques ayant eu trois ou quatre 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 statines ;

- 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 à faible dosage ou anticoagulant ;
- 90 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée est inférieur à 8,5 % ;
- 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 1,5 g/l ;
- 80 % des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de LDL cholestérol est inférieur à 1,3 g/l.



Hypertension artérielle :

- 60 % des patients hypertendus ayant une pression artérielle inférieure ou égale à 140/90 mmHg.

➤ Prévention

Cet axe se décline en 8 indicateurs (250 points).

Vaccination contre la grippe saisonnière :

- 75 % des patients âgés de 65 ans et plus vaccinés ;
- 75 % des patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés.

Dépistage du cancer du sein :

- 80 % des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans.

Dépistage du cancer du col de l'utérus :

- 80 % des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années.

Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse :

- 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 longue (anxiolytiques ou hypnotiques dont l'élimination est plus lente) ;
- limiter à 12 % la proportion de patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à douze semaines. Cet indicateur est relatif aux initiations de traitement. Il doit permettre de limiter la durée des traitements pour ces médicaments, efficaces mais dont l'utilisation ne doit pas être supérieure à douze semaines.

Antibiothérapie :

- moins de 37 prescriptions d'antibiotique pour 100 patients pour les patients de 16 à 65 ans sans ALD. L'objectif est de diminuer l'utilisation inappropriée des antibiotiques et de ce fait les résistances bactériennes qui constituent une préoccupation majeure aujourd'hui.

➤ Optimisation des prescriptions / efficience

Cet axe se décline en 7 indicateurs (400 points).

Développer le recours à des médicaments disposant d'un générique :

- antidépresseurs (taux de prescription dans le répertoire : 80 %) ;
- antibiotiques (90 %) ;
- IPP (85 %) ;
- antihypertenseurs (65 %) ;
- statines (70 %).

Hiérarchiser les prescriptions selon les recommandations de la Haute Autorité de santé :

- privilégier la prescription des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) par rapport à celle des sartans dans l'hypertension artérielle (65 %) ;
- privilégier l'aspirine à faible dosage pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires (85 %).

Les thèmes du volet « qualité de la pratique médicale » pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

➤ Suivi des pathologies chroniques

- part de patients avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les deux ans précédents, traités par bétabloquants, statines et IEC ou sartans : objectif cible de 80 % ;
- part de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par bétabloquants, diurétiques, et IEC ou sartans : objectif cible de 80 %.

➤ Prévention

- part des patients en trithérapie anti HTA dont un diurétique : objectif cible de 90 % ;
- part des patients en trithérapie anti HTA avec au moins un dosage du potassium et de la créatinine : objectif cible de 90 % ;
- part des patients hypertendus avec au moins une Mapa ou auto-mesure de la pression artérielle (indicateur déclaratif) : objectif cible de 70 % ;
- part de patients toujours traités par clopidogrel, Duoplatin®, prasugrel ou ticagrelor après deux ans : objectif cible de 40 % ;
- part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1 g/l (indicateur déclaratif) : objectif cible de 60 %.

➤ Efficience des prescriptions

- part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques : objectif cible de 80 % ;
- part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques : objectif cible de 70 %.

Les thèmes du volet « qualité de la pratique médicale » pour les médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie

➤ Suivi des pathologies chroniques

- surveillance par imagerie après cancer colorectal : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les six mois un acte d'imagerie la première année suivant l'intervention pour CCR : objectif cible de 80 % ;
- surveillance biologique après cancer colorectal : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les trois mois un dosage de l'ACE la première année suivant l'intervention pour CCR : objectif cible de 50 % ;
- surveillance biologique de patients atteints de Mici sous 5-ASA : nombre de patients atteints de Mici traités par 5-ASA au long cours ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie : objectif cible de 40 % ;
- surveillance biologique de patients atteints de Mici sous azathioprine : nombre de patients atteints de Mici traités par azathioprine au long cours ayant bénéficié d'au moins trois dosages par an de NFS et plaquettes : objectif cible de 90 %.



✖ Prévention

- surveillance par coloscopie après polypectomie : nombre de patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année (N, N-1, N-2) / nombre de patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N : objectif cible de 1,3 %;
- contrôle après traitement d'éradication d'hélicobactère pylori : nombre de patients avec contrôle d'éradication d'HP par TRU / Nombre de patients traités pour éradication d'HP : objectif cible de 50 %;
- contrôle de la qualité de la coloscopie : nombre de patients avec détection d'un adénome au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles / nombre de patients ayant une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif : objectif cible de 20 %.

✖ Optimisation des prescriptions / efficience

- coordination et suivi à après coloscopie avec polypectomie : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie / nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie : objectif cible de 90 %.

Les thèmes du volet « organisation du cabinet et qualité de service »

Les indicateurs de ce volet « organisation du cabinet » s'adressent à l'ensemble des médecins à l'exception de l'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une fiche de synthèse annuelle intégrée au dossier médical informatisé, réservé aux médecins traitants pour le suivi de leurs patients.

La rémunération de l'ensemble des indicateurs de ce socle « organisation du cabinet et qualité de service » est déclenchée selon deux conditions :

- il faut que le médecin dispose d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publié par le GIE Sesam-Vitale ;
- il faut que le médecin atteigne un taux de télétransmission en feuilles de soins électroniques supérieur ou égal aux deux tiers de l'ensemble de ses feuilles de soins.

✖ Organisation du cabinet et qualité de service

Cet axe se décline en 5 indicateurs (400 points) dont un réservé aux médecins traitants.

- Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du **dossier médical informatisé** et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle (75 points);
- mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un **logiciel d'aide à la prescription** certifié (50 points);
- mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de **télétransmettre** et d'utiliser les **téléservices** (75 points);
- affichage dans le cabinet médical et sur le site ameli-direct (en 2013) des **horaires de consultations** et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients (50 points);
- élaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une **synthèse annuelle** par le médecin traitant pour ses patients (150 points).



↳ Encadré 4 –

Résultats des indicateurs nationaux 2011, 2012 et 2013 pour les médecins traitants (généralistes et MEP essentiellement), par volet de la Rosp

↳ Suivi des maladies chroniques

Indicateurs déclaratifs cliniques 2012 et 2013

	PART DE PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 AYANT EU UN DOSAGE HbA1C INFÉRIEUR À 8,5 %	PART DE PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 AYANT EU UN DOSAGE HbA1C INFÉRIEUR À 7,5 %	PART DE PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 AYANT EU UN DOSAGE LDL-CHOLESTÉROL INFÉRIEUR À 1,5 G/L	PART DE PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 AYANT EU UN DOSAGE LDL-CHOLESTÉROL INFÉRIEUR À 1,3 G/L	PART DES PATIENTS TRAITÉS PAR ANTIHYPERTENSEURS DONT LA PRESSION ARTÉRIELLE EST < OU = À 140/90 MM D'HG
FIN DÉC. 2012	84,8 %	74,4 %	83,6 %	73,8 %	81,7 %
FIN DÉC. 2013	88,3 %	77,9 %	86,1 %	76,9 %	84,0 %
ÉVOLUTION EN POINTS	+3,6	+3,4	+2,5	+3,1	+2,2

Champ : professionnels de santé (PS) éligibles à la rémunération, hors refus, y compris les PS en cessation d'activité dans l'année étudiée - France entière
Source : Cnamts (bases de rémunération Rosp 2012 et 2013)

↳ Suivi des maladies chroniques

Indicateurs cliniques calculés 2011, 2012, 2013

	INDICATEURS	OBJECTIFS CIBLES	RÉSULTATS			ÉVOLUTION (en points)			
			À FIN DÉC. 2011	À FIN DÉC. 2012	À FIN DÉC. 2013	DÉC. 2012 - DÉC. 2011	DÉC. 2013 - DÉC. 2011	DÉC. 2013 - DÉC. 2012	
SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES	HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu trois ou quatre dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	≥ 65 %	45,9 %	48,7 %	51,9 %	2,7	6,0	3,2
	Suivi ophtalmologique	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	≥ 80 %	61,3 %	61,5 %	61,4 %	0,1	0,0	-0,1
	Diabétiques à haut risque cardio-vasculaire sous statines	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine	≥ 75 %	58,3 %	59,9 %	60,0 %	1,7	1,7	0,1
	Diabétiques à haut risque cardio-vasculaire sous statines et aspirine faible dose	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine à faible dosage ou anticoagulant	≥ 65 %	51,6 %	53,5 %	56,1 %	1,9	4,5	2,6

Champ : médecins traitants (généralistes et MEP essentiellement) actifs et conventionnés à la fin de la période étudiée - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)



Prevention

Indicateurs cliniques calculés 2011, 2012, 2013

		INDICATEURS	OBJECTIFS CIBLES	RÉSULTATS			ÉVOLUTION (en points)			Indicateurs à objectif descendant
				À FIN DÉC. 2011	À FIN DÉC. 2012	À FIN DÉC. 2013	DÉC. 2012 - DÉC. 2013	DÉC. 2013 - DÉC. 2011	DÉC. 2013 - DÉC. 2012	
PRÉVENTION DU RISQUE ATROGÈNE	Vaso-dilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année	≤ 5 %	10,6 %	7,1 %	1,3 %	-3,5	-9,3	-5,8	
	Benzo-diazépines à demi-vie longue	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	≤ 5 %	13,7 %	12,1 %	11,3 %	-1,6	-2,4	-0,8	
	Durée de traitement par benzodiazépines	Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à douze semaines	≤ 12 %	15,0 %	15,9 %	14,8 %	+0,9	-0,2	-1,1	
	Antibio-thérapie	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	≤ 37	45,7	44,3	43,5	-1,4	-2,2	-0,7	
PRÉVENTION VACCINATION / DÉPISTAGE	Grippe 65 ans et +	Part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75 %	57,8 %	56,4 %	55,0 %	-1,4	-2,8	-1,4	
	Grippe 16-64 ans hors ALD	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne et vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75 %	35,4 %	35,0 %	34,0 %	-0,5	-1,4	-0,9	
	Cancer du sein	Part des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	≥ 80 %	64,9 %	64,8 %	63,9 %	-0,1	-1,0	-0,9	
	Cancer du col de l'utérus	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	≥ 80 %	58,7 %	57,5 %	57,5 %	-1,2	-1,2	+0,1	

Champ : médecins traitants (généralistes et MEP essentiellement) actifs et conventionnés à la fin de la période étudiée - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

↓ Efficience des prescriptions

Indicateurs cliniques calculés 2011, 2012, 2013

		INDICATEURS	OBJECTIFS CIBLES	RÉSULTATS			ÉVOLUTION (en points)		
				À FIN DÉC. 2011	À FIN DÉC. 2012	À FIN DÉC. 2013	DÉC. 2012 - DÉC. 2011	DÉC. 2013 - DÉC. 2011	DÉC. 2013 - DÉC. 2012
EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS	Anti-biotiques	Part de prescriptions d'antibiotiques réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 90 %	78,6 %	80,9 %	81,5 %	2,3	+2,9	+0,5
	IPP	Part de prescriptions d'IPP réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 85 %	71,3 %	83,1 %	96,3 %	+11,8	+25,0	+13,2
	Statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 70 %	38,2 %	53,8 %	65,3 %	+15,6	+27,1	+11,5
	Antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 65 %	64,1 %	72,6 %	79,9 %	+8,5	+15,8	+7,3
	Antidépresseurs	Part de prescriptions d'antidépresseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 80 %	66,0 %	66,5 %	68,2 %	0	+2,2	+1,7

Champ : médecins traitants (généralistes et MEP essentiellement) actifs et conventionnés à la fin de la période étudiée - France entière
Source : Cnamts (Sniram)

↓ Optimisation des prescriptions

Indicateurs cliniques calculés 2011, 2012, 2013

		INDICATEURS	OBJECTIFS CIBLES	RÉSULTATS			ÉVOLUTION (en points)		
				À FIN DÉC. 2011	À FIN DÉC. 2012	À FIN DÉC. 2013	DÉC. 2012 - DÉC. 2011	DÉC. 2013 - DÉC. 2011	DÉC. 2013 - DÉC. 2012
OPTIMISATION DES PRESCRIPTIONS	IEC-sartans	Part des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boîtes)	≥ 65 %	39,4 %	39,6 %	40,4 %	+0,1	+0,9	+0,8
	AAP	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires	≥ 85 %	82,0 %	83,3 %	84,4 %	+1,3	+2,4	+1,1

Champ : médecins traitants (généralistes et MEP essentiellement) actifs et conventionnés à la fin de la période étudiée - France entière
Source : Cnamts (Sniram)



Annexe 4 – Méthodologie de la cartographie des pathologies et traitements

La méthodologie utilisée pour la cartographie des pathologies et traitements comprend deux étapes :

- pour chaque bénéficiaire du régime général (anonymisé), on caractérise toutes les pathologies traitées, traitements et/ou épisodes de soins, à l'aide d'un ensemble d'algorithmes (Partie 1);

- en fonction des dépenses observées, poste par poste, pour chacune des combinaisons possibles, une répartition est ensuite opérée pour imputer des coûts de traitement à chacun de ces pathologies/traitements/épisodes de soins (Partie 2).

1. Caractérisation des pathologies, traitements et épisodes de soins

1.1. Algorithmes utilisés pour identifier les pathologies et traitements

À partir des données médico-administratives du Sniiram⁶⁴, chaînées⁶⁵ à celles du programme de médicalisation du système d'information (PMSI)⁶⁶, nous avons cartographié les 58 millions de bénéficiaires du régime général (sections locales mutualistes comprises) en 2010, 2011 et 2012 en fonction de pathologies, conditions ou traitements fréquents, et/ou graves, et/ou coûteux.

Parmi l'ensemble de ces bénéficiaires, 13 grandes catégories non exclusives de pathologies ont été formées, correspondant à 56 groupes non exclusifs. Pour exemple, un bénéficiaire souffrant d'un cancer et d'une affection psychiatrique fera partie des deux groupes de pathologies correspondants.

Les algorithmes qui définissent ces 56 groupes de pathologies utilisent certains des éléments suivants :

- codes CIM-10 des affections de longue durée (ALD);
- médicaments quasi spécifiques de certaines pathologies;
- codes CIM-10 des diagnostics des hospitalisations (diagnostics principaux, reliés, associés du PMSI-MCO et diagnostics principaux et associés du PMSI-Psychiatrique);
- et parfois des actes, forfaits ou GHS.

L'encadré 5 (pages 146-147) récapitule les sources de données utilisées dans la construction des algorithmes.

Les cartographies 2010, 2011 et 2012 ont été développées en utilisant la même méthodologie. Aucun chaînage n'a été pour le moment effectué entre les trois bases annuelles (à l'exception de la construction des groupes de patients pris en charge pour insuffisance rénale chronique terminale). Une étude de la persistance ou non des pathologies chez un même patient au travers des trois bases de données annuelles est en cours.

CATÉGORIE 1. MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES

L'épisode aigu d'une maladie cardio-neurovasculaire est défini uniquement dans le PMSI-MCO par un code en diagnostic principal (DP) durant l'année N, ou par un DP d'un des résumés d'unité médicale (RUM) lorsque le séjour était constitué de plusieurs RUM (et que ce DP est devenu un diagnostic associé – DA – dans le résumé de sortie anonymisé ou RSA). L'épisode chronique est défini dans le PMSI-MCO par les codes en DP ou DR (diagnostic relié) recherchés sur les cinq dernières années, ou par un code en DA recherché uniquement sur l'année N, ainsi que par les ALD. La distinction entre les épisodes aigus et chroniques n'est réalisée que pour les pathologies coronaires, l'accident vasculaire cérébral et l'insuffisance cardiaque. L'embolie pulmonaire n'est considérée que pour sa phase aiguë. Les autres pathologies regroupent les phases aiguës et chroniques. Le groupe des autres affections cardio-neurovasculaires non individualisées est défini uniquement sur la présence d'une ALD. L'épisode aigu est défini sur un an, et il prime sur la maladie chronique, ce qui veut dire qu'une hospitalisation l'année N pour syndrome coronaire aigu chez une personne en ALD pour maladie coronaire conduit à classer ce patient dans le groupe « syndrome coronaire aigu » et à l'exclure du groupe « maladie coronaire ». Les DP des RUM ont été utilisés uniquement pour les maladies cardio-neurovasculaires.

1. Syndrome coronaire aigu (SCA)

Personnes hospitalisées l'année N pour cardiopathies ischémiques aigües (DP), ou DP d'un des RUM.

⁶⁴. Prescriptions, prestations et actes remboursés réalisés en ambulatoire ainsi que leur date ; affections de longue durée (ALD) ; statut vital avec la date du décès (l'antériorité est de trois ans plus l'année en cours).

⁶⁵. Numéro d'identification anonyme et unique pour chaque personne.

⁶⁶. Diagnostics principal (DP), relié (DR), associés (DA), et actes de la classification commune des actes médicaux.



2. Maladie coronaire chronique

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N avec codes CIM-10 de cardiopathies ischémiques, et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour ces mêmes motifs (DP ou DR) et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une cardiopathie ischémique comme complication ou morbidité associée (et sans hospitalisation pour syndrome coronaire aigu l'année N).

3. Accident vasculaire cérébral aigu (AVC)

Personnes hospitalisées l'année N pour maladies cérébrovasculaires aigües (DP). L'épisode aigu d'AVC prime sur la séquelle d'accident vasculaire cérébral et accident ischémique transitoire.

4. Séquelle d'accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N avec codes CIM-10 de maladies cérébrovasculaires, et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour maladies cérébrovasculaires, accidents ischémiques cérébraux transitoires (à l'exclusion de l'amnésie globale transitoire) et phlébite/thrombophlébite intracrânienne (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une maladie cérébrovasculaire comme complication ou morbidité associée (et sans hospitalisation pour accident vasculaire cérébral aigu l'année N).

5. Insuffisance cardiaque (IC) aiguë

Personnes hospitalisées l'année N pour insuffisance cardiaque (DP), ou pour cardiopathie hypertensive avec IC, cardionéphropathie hypertensive avec IC ou sans précision, foie cardiaque ou œdème aigu pulmonaire (DP) avec un DA ou DR d'insuffisance cardiaque. L'épisode aigu d'IC prime sur l'IC chronique.

6. Insuffisance cardiaque (IC) chronique

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N avec codes CIM-10 d'insuffisance cardiaque, cardiopathie hypertensive ou cardionéphropathie hypertensive, et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour insuffisance cardiaque (DP ou DR), ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour cardiopathie hypertensive avec IC, cardionéphropathie hypertensive avec IC ou sans précision, foie cardiaque ou œdème aigu pulmonaire (DP) avec un DA ou DR d'insuffisance cardiaque, et/ou hospitalisées l'année N pour tout autre motif avec une IC comme complication ou morbidité associée (DA) (et sans hospitalisation pour insuffisance cardiaque aiguë l'année N).

7. Artériopathie oblitérante du membre inférieur (Aomi)

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N avec codes CIM-10 d'athérosclérose des artères distales ou autres maladies vasculaires périphériques, et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années

pour athérosclérose des artères distales ou claudication intermittente et spasme artériel (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une athérosclérose des artères distales ou claudication intermittente et spasme artériel comme complication ou morbidité associée.

8. Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N avec codes CIM-10 de troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour les mêmes motifs (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N pour tout autre motif avec un trouble du rythme ou de la conduction cardiaque comme complication ou morbidité associée (DA).

9. Maladie valvulaire

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de maladies valvulaires (à l'exclusion des affections congénitales) au 31/12 de l'année N, et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour les mêmes motifs (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une maladie valvulaire comme complication ou morbidité associée.

10. Embolie pulmonaire aiguë

Personnes hospitalisées durant l'année N pour une embolie pulmonaire (DP).

11. Autres affections cardiovasculaires

Bénéficiaires des ALD numéros 1, 3, 5, 12 et 13 au 31/12 de l'année N, y compris les affections valvulaires congénitales et les troubles vasculaires de l'intestin.

CATÉGORIE 2. TRAITEMENTS DU RISQUE VASCULAIRE (HORS PATHOLOGIES)

12. Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année N (à différentes dates), et en cas de grands conditionnements au moins un grand et un petit, ou deux grands, mais n'étant pas identifiées comme ayant une insuffisance cardiaque ou maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral – ni aigus ni chroniques –, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète.

La liste comprend l'ensemble des médicaments ayant une indication thérapeutique remboursable dans le traitement de l'hypertension artérielle (et l'historique depuis le 1^{er} janvier 2000). Sont exclus les médicaments à action anti-hypertensive des classes ATC C02, C07, C08, C09 n'ayant pas d'indication selon l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement de l'hypertension artérielle.



Classes de médicaments indiqués dans le traitement de l'hypertension artérielle :

- sartan : codes ATC commençant par C09C et C09D ;
- inhibiteur de l'enzyme de conversion : codes ATC commençant par C09A, C09B + code C10BX04 ;
- autres SRA : classe ATC C09X et C09DX02 ;
- diurétique :
 - codes ATC commençant par C03 et codes C02LA01, C07B, C07BA02, C07BB, C07BB02 à C07BB52, C07CA03, C07DA06, C09BA01 à BA15, C09DA01 à DA08, C09DX01, C09XA52 ;
 - thiazidiques : codes ATC C02LA01, C03AA01 à C03AA03, C03BA04 à BA11, C03BX03, C03EA à C03EA04, C07B, C07BA02, C07BB, C07BB02 à C07BB52, C07CA03, C07DA06, C09BA01 à C09BA15, C09DA01 à C09DA08, C09DX01, C09XA52 ;
 - anti-aldostéron (spironolactone, canréonate de potassium, éplérénone, amiloride, et association à thiazidique ou furosémide) : codes ATC commençant par C03D ou C03E et code C07DA06 ;
 - diurétiques agissant au niveau de l'anse de Henlé (furosémide, bumétanide, pirétanide) : codes ATC commençant par C03C + code C03EB01 .
- bêtabloquant : codes ATC commençant par C07 ;
- inhibiteur calcique : codes ATC C07FB02 et C07FB03, codes commençant par C08, C09BB, C09DB et code C10BX03 ;
- autre médicament à action antihypertensive : codes ATC commençant par C02 à l'exclusion de Vidora indiqué dans la migraine (code C02CA02).

[Il existe par ailleurs un groupe supplémentaire correspondant aux personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année N (à différentes dates) et en cas de grands conditionnements au moins un grand et un petit, ou deux grands, qu'une pathologie associée soit ou non présente.]

13. Traitements hypolipémiants (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année (à différentes dates), et en cas de grands conditionnements au moins un grand et un petit, ou deux grands, mais n'étant pas identifiées comme ayant une insuffisance cardiaque ou maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral – ni aigus ni chroniques –, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète.

La liste comprend l'ensemble des médicaments ayant une indication thérapeutique remboursable comme traitement hypolipémiant. Sont extraits tous les médicaments avec les codes ATC4 suivants :

- C10AA, C10BA, C10BX : statines (en association si code C10BA ou C10BX). [C10AA01 et C10BA02 : simvastatine ; C10AA03 et C10BX02 : pravastatine ; C10AA04 : fluvasstatine ; C10AA05 et C10BX03 : atorvastatine ; C10AA06 : cerivastatine ; et C10AA07 : rosuvastatine] ;

- C10AB : fibrates ;
- C10AC, C10AD, C10AX : autres hypolipémiants (colestyraridine, acide nicotinique, probucol, tiadénol, benfluorex jusqu'à 2008 inclus, triglycérides Omega3, ezétimibe).

[Il existe par ailleurs un groupe supplémentaire correspondant aux personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année N (à différentes dates) et en cas de grands conditionnements au moins un grand et un petit, ou deux grands, qu'une pathologie associée soit ou non présente.]

CATÉGORIE 3. DIABÈTE

14. Diabète

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins deux en cas d'au moins un grand conditionnement) dans l'année N et/ou dans l'année N-1, et/ou bénéficiaires en ALD n° 8 « Diabète » au 31/12 de l'année N. À noter que la condition pour inclure les personnes ayant trois antidiabétiques oraux / insuline délivrés l'année N-1 était que la personne devait être aussi considérée comme « consommate » (ayant eu des soins remboursés) durant l'année N au régime général, sections locales mutualistes comprises. [Ce groupe peut par ailleurs être divisé en deux sous-groupes supplémentaires exclusifs « diabète insulino-traité » et « diabète non insulino-traité », afin de différencier des autres personnes diabétiques celles ayant reçu au moins trois délivrances d'insuline dans l'année].

Médicaments spécifiques du traitement du diabète

code ATC : A10AB01, A10AB03, A10AB04, A10AB05, A10AB06, A10AC01, A10AC03, A10AC04, A10AD01, A10AD03, A10AD04, A10AD05, A10BX02, A10BX04, A10BX07, A10AE01, A10AE02, A10AE03, A10AE04, A10AE05, A10AE30, A10BA02, A10BB01, A10BB03, A10BB04, A10BB06, A10BB07, A10BB09, A10BB12, A10BD02, A10BD03, A10BD05, A10BD07, A10BD08, A10BD10, A10BF01, A10BF02, A10BG02, A10BG03, A10BH01, A10BH02, A10BH03, A10BX02.

CATÉGORIE 4. CANCERS

Un cancer actif est défini sur deux ans à partir du PMSI-MCO (DP ou DR spécifiques du cancer y compris les formes in situ, ainsi que les codes en Z de chimiothérapie et radiothérapie) et/ou des ALD apparues sur les deux ans. Un cancer sous surveillance est défini à partir du PMSI-MCO (DP ou DR spécifiques dans les cinq ans, ou DA dans l'année N ou N-1) et/ou des ALD. Un cancer est donc considéré comme actif s'il a donné lieu à une hospitalisation dans les deux ans pour traitement, à l'exclusion des hospitalisations pour bilan seul.

Un cancer classé comme actif prime sur un cancer en surveillance quand il s'agit d'une même localisation. Par exemple, une femme en ALD « tumeur maligne du sein » depuis plus de deux ans qui a une hospitalisation l'année N ou N-1 pour cancer du sein, chimiothérapie ou radiothérapie est incluse dans le groupe « cancer du sein actif » et exclue du groupe « cancer du sein sous surveillance ».



Les cas de double cancer associant un cancer du poumon sont attribués à l'autre cancer lorsque la source identifiant le cancer du poumon est le PMSI, afin de prendre en compte les hospitalisations pour métastase pulmonaire. Une exception est faite pour les tumeurs de l'encéphale qui peuvent être plus fréquemment des localisations secondaires d'un cancer du poumon.

15. Cancer du sein de la femme actif

Bénéficiaires de sexe féminin en ALD avec codes CIM-10 de cancer du sein (y compris les formes *in situ*) avec une date de début l'année N ou N-1, et/ou femmes hospitalisées pour cancer du sein durant l'année N ou N-1 (DP ou DR). Le cancer actif prime sur le cancer surveillé. Toutefois, les femmes identifiées comme ayant un cancer du sein dans le PMSI-MCO durant l'année N ou N-1, et hospitalisées pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (DP ou DR), ont été reclassées dans le groupe surveillance si elles n'ont pas eu au cours de l'année N ou N-1 de séance de radiothérapie et/ou de chimiothérapie.

16. Cancer du sein de la femme sous surveillance

Bénéficiaires de sexe féminin en ALD avec codes CIM-10 de cancer du sein (y compris les formes *in situ*) avec date de début postérieure à l'année N-1, et/ou patientes hospitalisées pour cancer du sein durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR, ou DA de l'année N ou N-1).

17. Cancer du côlon actif

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de cancer du côlon, de la jonction resto-sigmoïdienne ou du rectum (y compris les formes *in situ*) avec date de début l'année N ou N-1, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant l'année N ou N-1 (DP ou DR). Le cancer actif prime sur le cancer sous surveillance. Toutefois, les personnes identifiées comme ayant un cancer du côlon dans le PMSI-MCO durant l'année N ou N-1, et hospitalisées pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (DP ou DR), ont été reclassées dans le groupe surveillance si elles n'ont pas eu au cours de l'année N ou N-1 de séance de radiothérapie et/ou de chimiothérapie.

18. Cancer du côlon sous surveillance

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de cancer du côlon, de la jonction resto-sigmoïdienne ou du rectum (y compris les formes *in situ*) avec date de début postérieure à l'année N-1, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR, ou DA de l'année N ou N-1).

19. Cancer du poumon actif

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de cancer du poumon ou des bronches (y compris les formes *in situ*) avec date de début l'année N ou N-1, et/ou personnes hospitalisées pour cancer du poumon ou des bronches durant l'année N ou N-1 (DP ou DR). Le cancer actif prime sur le cancer sous surveillance. Toutefois, les personnes identifiées

comme ayant un cancer du poumon dans le PMSI-MCO durant l'année N ou N-1, et hospitalisées pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (DP ou DR), ont été reclassées dans le groupe surveillance si elles n'ont pas eu au cours de l'année N ou N-1 de séance de radiothérapie et/ou de chimiothérapie.

20. Cancer du poumon sous surveillance

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de cancer du poumon ou des bronches avec date de début postérieure à l'année N-1, et/ou personnes hospitalisées pour cancer du poumon ou des bronches durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR, ou DA pour l'année N ou N-1). Une fois les groupes « cancer du poumon » construits, les effectifs trouvés ont été croisés avec les autres groupes « cancer », afin de prendre en compte les localisations secondaires ayant pu être codées en cancer du poumon lors des hospitalisations. Les algorithmes suivants ont été utilisés :

Cancer du poumon actif

- cancer du poumon actif seul => cancer du poumon actif;
- cancer du poumon actif + un autre cancer actif => cancer actif du deuxième cancer (on les supprime du cancer poumon actif);
- cancer du poumon actif + un autre cancer surveillé => cancer actif du deuxième cancer (on les supprime du cancer du poumon actif et du deuxième cancer surveillé);
- cancer du poumon actif + deux autres cancers actifs et/ou surveillés => conservation des deux autres cancers (on les supprime du cancer poumon actif).

Cancer du poumon surveillé

- cancer du poumon surveillé seul => cancer du poumon surveillé;
- cancer du poumon surveillé + un autre cancer actif => cancer actif du deuxième cancer (on les supprime du cancer poumon surveillé);
- cancer du poumon surveillé + un autre cancer surveillé => cancer surveillé du deuxième cancer (on les supprime du cancer du poumon surveillé);
- cancer du poumon surveillé + deux autres cancers actifs => cancers actifs des deux autres (on les supprime du cancer poumon surveillé);
- cancer du poumon surveillé + deux autres cancers surveillés => cancers surveillés des deux autres (on les supprime du cancer poumon surveillé);
- cancer du poumon surveillé + un autre cancer actif + un autre cancer surveillé => conservation des deux autres cancers (on les supprime du cancer poumon surveillé).

Une exception a été faite pour les associations cancer du poumon et cancer du système nerveux central codes CIM10 C70 (tumeurs malignes des méninges, C71 (encéphale) et C72 (moelle épinière) : ce deuxième cancer a alors été considéré comme une localisation secondaire du cancer du poumon (ce qui ne s'applique que pour le groupe « autre cancer » avec DP ou DR sur l'année N ou N-1).



21. Cancer de la prostate actif

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de cancer de la prostate (y compris les formes *in situ*) avec date de début l'année N ou N-1, et/ou hommes hospitalisés pour cancer de la prostate durant l'année N ou N-1 (DP ou DR). Le cancer actif prime sur le cancer sous surveillance. Toutefois, les hommes identifiés comme ayant un cancer de la prostate dans le PMSI-MCO durant l'année N ou N-1, et hospitalisés pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (DP ou DR), ont été reclassés dans le groupe surveillance s'ils n'ont pas eu au cours de l'année N ou N-1 de séance de radiothérapie et/ou de chimiothérapie.

22. Cancer de la prostate sous surveillance

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de cancer de la prostate avec date de début postérieure à l'année N-1, et/ou hommes hospitalisés pour cancer de la prostate durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR, ou DA pour l'année N ou N-1).

23. Autres cancers actifs

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 d'autres cancers (à l'exclusion des cancers du sein chez la femme, du côlon, de la jonction resto-sigmoïdienne, du rectum, du poumon, des bronches, de la prostate et des tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue) avec date de début l'année N ou N-1, et/ou personnes hospitalisées pour autres cancers durant l'année N ou N-1 (DP ou DR), et patients de sexe masculin atteints de cancers du sein. Le cancer actif prime sur le cancer sous surveillance. Toutefois, les personnes identifiées comme ayant un autre cancer dans le PMSI-MCO durant l'année N ou N-1, et hospitalisées pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (DP ou DR), ont été reclassées dans le groupe surveillance si elles n'ont pas eu au cours de l'année N ou N-1 de séance de radiothérapie et/ou de chimiothérapie.

24. Autres cancers sous surveillance

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 d'autres cancers (à l'exclusion des cancers du sein chez la femme, du côlon, de la jonction resto-sigmoïdienne, du rectum, du poumon, des bronches, de la prostate et des tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue) avec date de début postérieure à l'année N-1, et/ou personnes hospitalisées pour d'autres cancers durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR, ou DA pour l'année N ou N-1). Les patients de sexe masculin atteints de cancers du sein sont inclus dans ce groupe.

CATÉGORIE 5. MALADIES PSYCHIATRIQUES

25. Troubles psychotiques

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants persistants, troubles psychotiques aigus et transitoires, trouble délirant induit, troubles schizo-affectifs, autres troubles psychotiques non organiques, psychose non organique sans précision, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs – dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) – durant au moins une des deux dernières années.

26. Troubles névrotiques et de l'humeur

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de troubles névrotiques ou de l'humeur, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs – dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) – durant au moins une des deux dernières années.

[Il existe par ailleurs trois sous-groupes supplémentaires non exclusifs, afin d'identifier spécifiquement les troubles maniaques et bipolaires ; la dépression et autres troubles de l'humeur ; et les troubles névrotiques liés au stress et somatoformes.]

27. Déficience mentale

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de déficience mentale, et/ou personnes hospitalisées pour ce même motif – dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) – durant au moins une des deux dernières années.

28. Troubles addictifs

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs – dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) – durant au moins une des deux dernières années.

29. Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de troubles du développement psychologique, troubles du comportement ou troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs – dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) – durant au moins une des deux dernières années.

30. Autres troubles psychiatriques

Bénéficiaires en ALD avec codes CIM-10 de syndrome amnésique, délirium, autres troubles liés à une lésion cérébrale ou à un dysfonctionnement cérébral, et à une maladie somatique, troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, trouble mental organique ou symptomatique sans précision ; syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ; troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ou trouble mental sans précision, et/ou PMSI-MCO DP ou DR et/ou RIM-P DP ou DA pour ces mêmes motifs. Les patients hospitalisés l'année N dans un établissement psychiatrique (RIM-P) mais sans diagnostic mentionné de troubles psychiatriques sont identifiés dans ce groupe. Les patients ayant une démence en rapport avec une infection par le VIH sont exclus de ce groupe et placés dans le groupe « VIH ou sida ».



CATÉGORIE 6. TRAITEMENTS PSYCHOTROPES (HORS PATHOLOGIES)

31. Traitements antidépresseurs ou lithium (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances d'antidépresseurs ou de lithium au cours de l'année N (à différentes dates) d'un médicament de la classe ATC3 N06A à l'exception de la lévotonine, mais qui n'ont pas d'ALD, ni d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique durant les deux dernières années dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) ou psychiatrique (DP ou DA).

[Il existe par ailleurs un groupe supplémentaire correspondant aux personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année N (à différentes dates), qu'une pathologie psychiatrique soit ou non présente.]

32. Traitements neuroleptiques (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances de neuroleptiques au cours de l'année N (à différentes dates) d'un médicament dont le code ATC débute par N05A, à l'exception :

- d'Agréal® (utilisée dans les bouffées de chaleur mais retiré du marché le 24/10/2007) : code ATC N05AL06 ;
- des spécialités à base de lithium (utilisé comme thymorégulateur), code ATC N05AN01 ;
- de Neuriplège® (myorelaxant), code CIP7 = 3289633 ;

mais qui n'ont pas d'ALD, ni d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique durant les deux dernières années dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) ou psychiatrique (DP ou DA).

[Il existe par ailleurs un groupe supplémentaire correspondant aux personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année N (à différentes dates), qu'une pathologie psychiatrique soit ou non présente.]

33. Traitements anxiolytiques (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances d'anxiolytiques au cours de l'année N (à différentes dates) d'un médicament dont le code ATC est dans la liste suivante : N05BA01, N05BA02, N05BA03, N05BA04, N05BA05, N05BA06, N05BA07, N05BA08, N05BA09, N05BA10, N05BA11, N05BA12, N05BA13, N05BA14, N05BA15, N05BA16, N05BA17, N05BA18, N05BA19, N05BA20, N05BA21, N05BA22, N05BA23, N05BB01, N05BB02, N05BC01, N05BE01, N05BX03, mais qui n'ont pas d'ALD, ni d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique durant les deux dernières années dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) ou psychiatrique (DP ou DA).

[Il existe par ailleurs un groupe supplémentaire correspondant aux personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année N (à différentes dates), qu'une pathologie psychiatrique soit ou non présente.]

34. Traitements hypnotiques (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances d'hypnotiques au cours de l'année N (à différentes dates) d'un médicament dont le code ATC est dans la liste suivante : N05CD02, N05CD03, N05CD04, N05CD05, N05CD06, N05CD07, N05CD08, N05CD09, N05CD10, N05CD11, N05CF01, N05CF02, N05BC51, N05CM11, N05CM16, N05CX, mais qui n'ont pas d'ALD, ni d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique durant les deux dernières années dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) ou psychiatrique (DP ou DA).

[Il existe par ailleurs un groupe supplémentaire correspondant aux personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année N (à différentes dates), qu'une pathologie psychiatrique soit ou non présente.]

CATÉGORIE 7. MALADIES NEUROLOGIQUES OU DÉGÉNÉRATIVES

35. Démences (dont maladie d'Alzheimer)

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 de démences, et/ou ayant reçu au moins deux délivrances de médicaments des classes N06DA, N06DX01 au cours de l'année N (à différentes dates), et/ou personnes hospitalisées pour maladie d'Alzheimer ou autres démences durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une démence comme complication ou morbidité associée, à l'exclusion de la démence en lien avec l'infection par le VIH.

36. Maladie de Parkinson

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec code CIM-10 de maladie de Parkinson, et/ou ayant reçu au moins trois délivrances d'un médicament spécifique au cours de l'année N (à différentes dates), et/ou personnes hospitalisées pour maladie de Parkinson durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une maladie de Parkinson comme complication ou morbidité associée.

Sont extraits tous les médicaments avec CIP7, nom de produit ou codes ATC suivants : CIP7 3328439 : Lisuride 0,5 mg (Dopergine 0,5 mg®), indiqué exclusivement dans la maladie de Parkinson) - « N04BA02 » : Levodopa - « N04BA03 » : association Levodopa et entacapone (Stalevo®) - « N04BC01 » : Bromocriptine (codée Parkinson correspondant aux dosages 5 et 10 mg) - « N04BC02 » : pergolide - Variable « produit » = « REQUIP » ou génériques du ropinirole indiqués seulement dans la maladie de Parkinson - « N04BC07 » sauf CIP7 3005943 : Apomorphine - « N04BD01 » : Selegiline - « N04BD02 » : Rasagiline - « N04BX01 » : Tolcapone - « N04BX02 » : Entacapone

Sont exclus : les anticholinergiques et les médicaments indiqués dans les syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques, l'inhibition de la lactation ou le syndrome des jambes sans repos. Apomorphine Chabre (CIP7 3005943) est exclu car utilisé dans la dépendance alcoolique.



37. Sclérose en plaques

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec code CIM-10 de SEP, et/ou personnes hospitalisées pour sclérose en plaques durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR).

38. Paraplégie

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec code CIM-10 de paraplégie, et/ou personnes hospitalisées pour paraplégie durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR).

39. Myopathie ou myasthénie

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 d'affections musculaires ou neuromusculaires, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR).

40. Épilepsie

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 d'épilepsie, ou d'état de mal épileptique et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR).

41. Autres affections neurologiques

Bénéficiaires en ALD n° 9, 20 et 25 (à l'exclusion de la démence, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, paraplégie, myopathie, myasthénie, épilepsie), ainsi que les personnes avec ALD pour séquelles de poliomérite ou pour certaines malformations congénitales du système nerveux, au 31/12 de l'année N.

CATÉGORIE 8. MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES (HORS MUCOVISCIDOSE)

42. Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 de maladies pulmonaires obstructives chroniques, asthme, état de mal astmatique, emphysème, bronchite chronique, bronchectasie ou insuffisance respiratoire et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR), et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs l'année N (DA), et/ou bénéficiaires ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) dans l'année de médicaments spécifiques de la classe R03. Les personnes ayant une mucoviscidose sont exclues de ce groupe.

CATÉGORIE 9. MALADIES INFLAMMATOIRES OU RARES OU VIH OU SIDA

43. Maladies chroniques inflammatoires de l'intestin

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 de maladie de Crohn, arthropathie au cours de la maladie de Crohn, recto-colite hémorragique ou arthropathie au cours de colite ulcéreuse, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des

cinq dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une maladie chronique inflammatoire de l'intestin comme complication ou morbidité associée.

44. Polyarthrite rhumatoïde

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 d'arthrite rhumatoïde, arthropathies psoriasiques ou entéropathies, arthrites juvéniles, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une arthrite rhumatoïde comme complication ou morbidité associée.

45. Spondylarthrite ankylosante

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 de spondylarthrite ankylosante ou autres spondylopathies inflammatoires, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs et spondylarthrite ankylosante juvénile durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une arthrite rhumatoïde comme complication ou morbidité associée.

46. Autres maladies inflammatoires chroniques

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 de lupus érythémateux, autres affections localisées du tissu conjonctif, périartérite noueuse ou affections apparentées, autres vasculopathies nécrosantes et lupus érythémateux disséminé, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une autre maladie inflammatoire comme complication ou morbidité associée.

47. Maladies métaboliques héréditaires

Bénéficiaires en ALD n° 17 « Maladies métaboliques héréditaires » au 31/12 de l'année N.

48. Mucoviscidose

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N avec code CIM-10 de fibrose kystique, et/ou personnes hospitalisées pour fibrose kystique durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une fibrose kystique comme complication ou morbidité associée.

49. Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 de carence héréditaire en facteur VIII ou facteur IX, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N (DA) pour tout autre motif avec une hémophilie ou trouble de l'hémostase grave comme complication ou morbidité associée.

50. VIH ou sida

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 de maladies dues au virus de l'immunodéficience



humaine, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année N pour tout autre motif avec un VIH/sida comme complication ou morbidité associée (DA), et/ou personnes ayant eu une délivrance à trois dates différentes d'au moins un médicament spécifiques au traitement du VIH/sida dans l'année N.

Médicaments spécifiques

Codes CIP7 : 3659403, 3420843, 3483967, 3421009, 3420990, 3421015, 3565932, 3417870, 3417864, 3440751, 3535173, 3777605, 4169670, 3461718, 3461693, 3575965, 3556407, 3556399, 3556436, 3640645, 3640639, 3640467, 3640450, 3640438, 3848794, 3848788, 3692524, 3783184, 3959536, 3959513, 3931383, 3931408, 2678870, 2670495, 3634159, 3388424, 3388051, 3388045, 3407601, 3537456, 3537433, 3537427, 3537278, 3518051, 3437364, 3437358, 3437097, 3437080, 3674153, 3597607, 3597599, 3437128, 3437105, 3413381, 3413375, 3413352, 3413323, 3413300, 3414529, 3414512, 3584881, 2237700, 2237663, 3610905, 3610897, 3585001, 3634484, 3622564, 3941298, 2243965, 2189898, 4950856, 3461144, 3517703, 3517689, 3517695, 3585188, 3599664, 2740965, 2194669, 3874260, 2194729, 2226412, 2679059, 4194509, 3466271, 3657284, 3656563, 3610928, 3830699, 2194735, 4940964, 3844201, 3761001, 3760993, 3566819, 3566802, 3566794, 3622185, 3830848, 3823498, 3823481.

Code UCD : 9119659, 9124442, 9153691, 9153716, 9153722, 9153739, 9154182, 9157364, 9164708, 9164714, 9177579, 9177585, 9177591, 9177616, 9180802, 9180819, 9181664, 9183195, 9183203, 9183976, 9185923, 9185946, 9192432, 9196424, 9196476, 9200692, 9201065, 9203383, 9211359, 9211425, 9212011, 9212028, 9212548, 9214599, 9217362, 9217379, 9217385, 9217391, 9223581, 9223598, 9223730, 9225901, 9229141, 9229158, 9236247, 9236891, 9239228, 9240562, 9241082, 9247357, 9256221, 9256238, 9258697, 9258705, 9261908, 9261966, 9264930, 9268052, 9273426, 9274182, 9275891, 9280596, 9286995, 9295008, 9299420, 9303877, 9308679, 9312072, 9312907, 9316874, 9317276, 9317282, 9328050, 9328067, 9339177, 9339183, 9339295, 9352410, 9366116, 9375440, 9375635, 9375641, 9378131, 9380470, 9382730, 9386573, 9386596, 9387868, 9391025, 9391108, 9391410.

CATÉGORIE 10. INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE TERMINALE⁶⁷

51. Dialyse chronique

Personnes hospitalisées pour dialyse (ou ayant des forfaits de dialyse) quelle que soit la modalité, ayant 45 séances de dialyse l'année N, et/ou 45 séances de dialyse l'année N-1 et au moins une séance de dialyse l'année N. La dialyse péritonéale et hémodialyse ne sont pas différenciées.

52. Transplantation rénale

Personnes identifiées par un groupe homogène de malades – GHM – de transplantation rénale (quel que soit le niveau de sévérité), et/ou par un acte CCAM de transplantation du rein, du pancréas et du rein, par laparotomie. La transplantation dans l'année puis le suivi de greffe priment sur la dialyse.

53. Suivi de transplantation rénale

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) de médicaments immunosuppresseurs dont le code ATC débute par L04 ainsi que le code L01BA01 (qui sont utilisés après transplantation contre le rejet de greffe), et [hospitalisées pour surveillance de greffe de rein (quel que soit le niveau de sévérité), et/ou hospitalisées avec un DP ou DR ou DA de greffe de rein durant l'année N et/ou les deux années antérieures, et/ou en ALD au 31/12 de l'année N pour insuffisance rénale chronique, et/ou transplantation rénale l'année N-2 ou N-1]. Une fois constitué, ce groupe a été croisé avec les personnes ayant des codes CIM-10 allant de N00 à N99 (maladies de l'appareil génito-urinaire) du groupe « Autres ALD » afin de ne conserver dans le groupe « Autres ALD » que des patients atteints de maladies génito-urinaires non dialysées. Le suivi de greffe prime sur la dialyse.

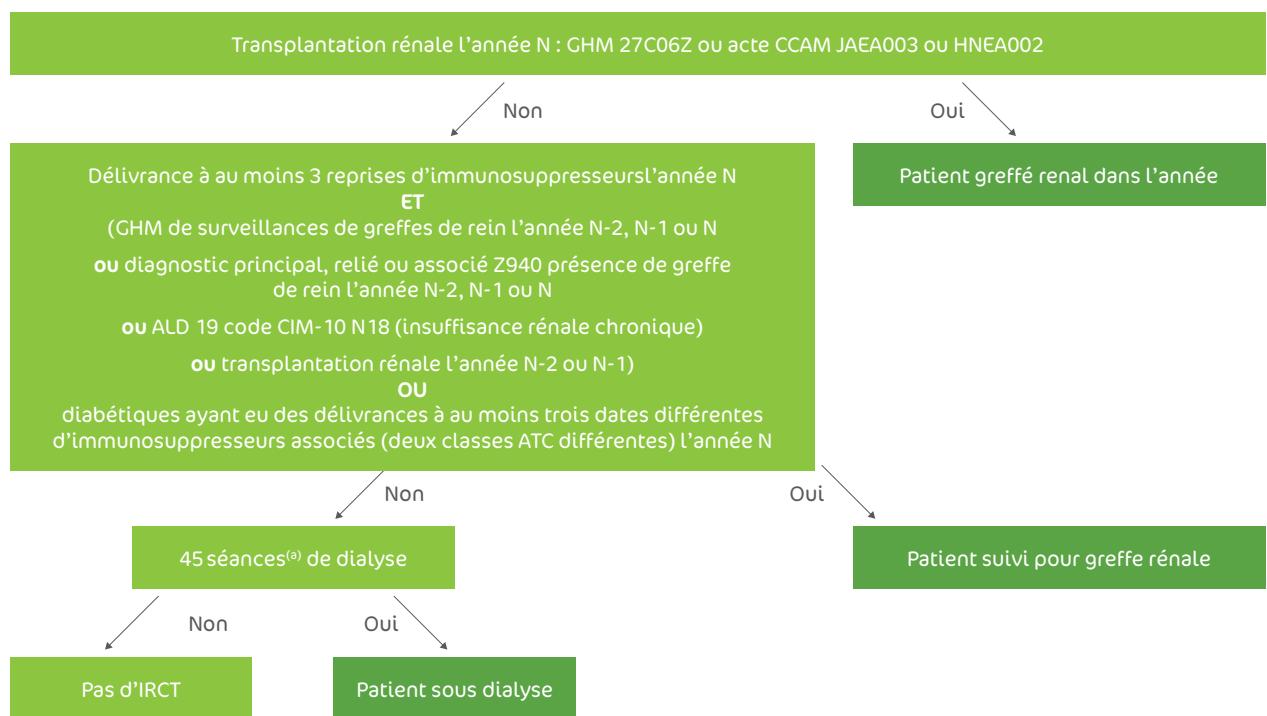
Les groupes IRCT sont incrémentés sur trois années, c'est-à-dire que l'année 2011 tient compte de l'année 2010 et de l'année 2009.

La transplantation dans l'année puis le suivi de greffe priment sur la dialyse.

Les personnes incluses dans un de ces trois groupes ont été exclues du groupe « Autres ALD » si cette autre ALD était en rapport avec un code CIM-10 allant de N00 à N99 (maladies de l'appareil génito-urinaire).

⁶⁷. Champ : France entière. Période allant de 2006 à 2009 (régime général hors SLM) et de 2010 à 2011 (régime général y compris SLM).

Figure 72 –
Identification des patients avec IRCT



(a) 45 séances de dialyse l'année N, et/ou 45 séances de dialyse ou greffe rénale ou suivi de greffe rénale l'année N-1 ET au moins une séance de dialyse l'année N



Tableau 40 –

Liste des GHM, diagnostics, actes et forfaits liés à la transplantation rénale ou à la dialyse

Libellé	
TRANSPLANTATIONS RÉNALES	
GHM	
(27C06Z	<i>Transplantations rénales)^(a)</i>
27C061	Transplantations rénales, niveau 1
27C062	Transplantations rénales, niveau 2
27C063	Transplantations rénales, niveau 3
27C064	Transplantations rénales, niveau 4
(24M39Z	<i>Surveillances de greffes de rein : séjours de moins de deux jours)</i>
11M171	Surveillances de greffes de rein, niveau 1
11M172	Surveillances de greffes de rein, niveau 2
11M173	Surveillances de greffes de rein, niveau 3
11M174	Surveillances de greffes de rein, niveau 4
Diagnostic (principal, relié ou associé)	
Z940	Présence de greffe de rein
CCAM	
JAEA003	Transplantation du rein
HNEA002	Transplantation du pancréas et du rein par laparotomie
SÉANCES DE DIALYSE	
GHM	
28Z01Z	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances
28Z02Z	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances
28Z03Z	Entraînements à l'hémodialyse, en séances
28Z04Z	Hémodialyse, en séances
(28Z05Z	<i>Dialyse péritonéale automatisée, en séances)^(a)</i>
(28Z06Z	<i>Dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances)^(a)</i>
CCAM	
JVJB001	Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour insuffisance rénale chronique
JVFJ004	Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique
JVFJ008	Séance d'épuration extrarénale par hémodiafiltration, hémofiltration ou biofiltration sans acétate pour insuffisance rénale chronique
JVRP004	Séance d'entraînement à l'hémodialyse
JVRP007	Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée
JVRP008	Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire

FORFAITS DE DIALYSE		
(2121)	d01	Hémodialyse en centre ou en unité de dialyse médicalisée) ^(a)
(2122)	d02	Autodialyse simple ou assistée) ^(a)
(2123)	d03	Entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse) ^(a)
(2124)	d04	Entraînement à la dialyse péritonéale automatisée - DPA) ^(a)
(2125)	d05	Entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire - DPCA) ^(a)
(2126)	d06	Hémodialyse à domicile) ^(a)
(2127)	d07	Dialyse péritonéale automatisée - DPA) ^(a)
(2128)	d08	Dialyse péritonéale continue ambulatoire - DPCA) ^(a)
2129	d09	Forfait d'hémodialyse en centre
2131	d10	Forfait d'hémodialyse en centre pour enfant
2132	d11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée
2134	d12	Forfait d'autodialyse simple
2135	d13	Forfait d'autodialyse assistée
2136	d14	Forfait d'autodialyse à domicile
2137	d15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)
2138	d16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)
2139	d17	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et autodialyse
2140	d18	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée
2142	d19	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire
2143	D20	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée à domicile
2144	D21	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire à domicile
2145	D22	Forfait de dialyse péritonéale automatisée pour hospitalisation de 3 à 6 jours
2146	D23	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire pour hospitalisation de 3 à 6 jours
2334	fse/sns	Forfait de dialyse (séance d'hémodialyse)
2163 ^(b)	DIP	Supplément journalier dialyse péritonéale

(a) Ces codes ne sont plus utilisés en 2010

(b) Afin d'éviter les doublons, ce code n'a pas été pris en compte dans nos algorithmes



CATÉGORIE 11. MALADIES DU FOIE OU DU PANCRÉAS

54. Maladies du foie ou du pancréas

Bénéficiaires en ALD au 31/12 de l'année N, avec codes CIM-10 d'affections hépatiques ou pancréatiques au 31/12 de l'année N, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs ou varices œsophagiennes durant au moins une des cinq dernières années et/ou hospitalisées l'année N pour tout autre motif avec une affection hépatique ou pancréatique comme complication ou morbidité associée (DP ou DR, ou DA pour l'année N), et/ou personnes ayant eu une délivrance à trois dates différentes d'au moins un médicament spécifiques au traitement des hépatites chroniques dans l'année N. Les personnes ayant une mucoviscidose sont exclues de ce groupe.

Médicaments spécifiques du traitement des hépatites chroniques

Code UCD : 9212525, 9212531, 9246642, 9288304, 9288310, 9288327, 9300956, 9208570, 9250187, 9274408, 9298610, 9362940, 9362992, 9367587, 9369126, 9373122, 9373381, 9373398, 9374682, 9374699, 9396465.

CIP7 : 3519694, 3519671, 3615676, 3762928, 3762911, 3762897, 3799357, 3620045, 3620039, 3615914, 3615908, 3658668, 3732778, 3748466, 3748472, 3519731, 3519725, 3519719, 3777976, 3777953, 4168475, 4168452, 4168446, 4168280, 4168274, 4168239, 4168191, 4168156, 4168311,

4158844, 4158838, 4158821, 4158815, 4155277, 4155231, 4155194, 4155159, 3999056, 3999027, 3999010, 4168216, 2662521, 2662515, 2662538, 2160417, 2169588, 2670957, 2226814, 2670940, 2670934, 2670928, 2160423, 2169571, 2169565, 2192498, 2173785, 4194679.

CATÉGORIE 12. AUTRES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (DONT 31 ET 32)

55. Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)

Autres bénéficiaires en ALD et non présents dans les 55 groupes précédents au 31/12 de l'année N. Toutefois, les personnes incluses dans un des groupes d'IRCT ont été exclues du groupe « Autres ALD » si cette autre ALD était en rapport avec un code CIM-10 allant de N00 à N99 (maladies de l'appareil génito-urinaire).

CATÉGORIE 13. MATERNITÉ (AVEC OU SANS PATHOLOGIES)

56. Maternité (avec ou sans pathologies)

Femmes âgées entre 15 et 49 ans, prises en charge pour le risque maternité à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement (à l'exclusion des congés d'adoption et sans prise en compte des congés paternité), et/ou ayant une hospitalisation l'année N avec une racine de GHM⁶⁸ d'accouchement ou césarienne (14C02, 14C03, 14Z02 pour 2010 et 2011 ; 14C06, 14C07, 14C08, 14Z09, 14Z10, 14Z11, 14Z12, 14Z13, 14Z14 pour 2012).

1.2. Méthodologie de rattachement des séjours hospitaliers en MCO aux différentes pathologies

Le rattachement des séjours hospitaliers en MCO aux différentes pathologies intervient après la constitution des 56 groupes non exclusifs de personnes prises en charge pour certaines pathologies, conditions ou traitements fréquents, et/ou graves, et/ou coûteux. En pratique, il a concerné 52 pathologies ou traitements (les quatre groupes de patients traités par psychotropes n'ayant, par construction, pas d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique).

À partir essentiellement des diagnostics principaux et reliés, et plus rarement pour certaines pathologies spécifiques à partir des actes médicaux (transplantation rénale et suivi), des GHM (maladie coronaire, maladie valvulaire, troubles du rythme et de la conduction, accouchements, dialyse, VIH ou sida) et des forfaits de dialyse, nous avons distingué les séjours liés à une pathologie chronique de ceux qui sont sans lien direct avec celles-ci. L'attribution de séjours pour traitements antihypertenseurs et hypolipémiant s'est faite respectivement à partir des codes CIM-10 d'hypertension artérielle (I10 à I15), et d'anomalies du métabolisme des lipoprotéines et autres lipidémies (E78, à l'exception de E78.6 Déficit en lipoprotéines). Un séjour ne peut être affecté qu'à une seule des 56 pathologies, ou à aucune.

Il est parfois arrivé qu'un même séjour puisse être attribué à deux groupes de pathologies. Des règles de gestion ont été définies pour gérer ces cas en donnant la priorité au groupe de pathologies qui paraissait le plus spécifique. Par exemple, un séjour qui pouvait être rattaché à la fois au groupe « autres affections de longue durée (dont 31 et 32) » et au groupe « autres affections cardio-vasculaires » a été en définitive attribué au groupe « autres affections cardiovasculaires ». Quand il s'est agi d'un rattachement à deux groupes considérés comme spécifiques (par exemple « troubles psychotiques » et « maladies du foie ou du pancréas »), l'attribution s'est faite sur la base du diagnostic principal. Au sein de la catégorie 5 « Maladies psychiatriques », quand la double attribution impliquait deux groupes de cette catégorie, la priorisation de rattachement a été donnée aux troubles psychotiques, puis aux troubles névrotiques et de l'humeur, aux troubles addictifs, aux troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et, enfin, à la déficience mentale. Les séjours correspondant à des manifestations pulmonaires ou digestives (intestinales, hépatobiliaires ou pancréatiques) de personnes atteintes de mucoviscidose ont été rattachés exclusivement à la mucoviscidose.

⁶⁸. Regroupement des racines de GHM en version 11c jusqu'au 1^{er} mars 2012 et en version 11d à partir du 1^{er} mars 2012.



1.3. Méthodologie d'identification des patients avec épisodes hospitaliers ponctuels

Les séjours non affectés aux différentes pathologies ont été regroupés en tant qu'« épisodes hospitaliers ponctuels ». Les séjours hospitaliers ponctuels correspondent donc en général à :

- des patients ayant des pathologies chroniques identifiées mais hospitalisés pour des pathologies autres que celles-ci (exemple des infections pulmonaires, de la traumatologie, etc.);
- des patients n'ayant aucune pathologie identifiée.

Ces deux groupes de patients peuvent être séparés dans la cartographie.

Toutefois, certaines hospitalisations en rapport avec des pathologies chroniques peuvent persister dans le groupe des hospitalisations dites ponctuelles. En effet, si le DP (ou DR) a été principalement utilisé pour classer les séjours, les groupements de GHM indiquent parfois un acte thérapeutique qui signe l'existence d'une pathologie (en particulier l'existence d'une pathologie cardio-vasculaire, avec par exemple un remplacement valvulaire ou un cathétérisme). Quand ces cas ont pu être identifiés, les séjours ont été rattachés à la pathologie du patient. Mais dans certains cas, les patients n'avaient pas de marqueur de cette pathologie (pas de DP, ni de DR, ni de DA). Dans d'autres cas les séjours n'ont pas été identifiés (petit nombre de cas). De plus, des séjours en rapport avec des pathologies chroniques peuvent persister dans ce groupe du fait de l'existence d'autres pathologies chroniques et/ou lourdes et/ou coûteuses que celles incluses dans les 56 groupes. C'est le cas en particulier de certaines pathologies rhumatologiques chroniques. Il a donc été défini un groupe de patients traités par médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires (six délivrances dans l'année) (Partie 1.5 page suivante).

L'exploration des épisodes hospitaliers ponctuels s'est ensuite faite selon leur caractère « urgent » ou pas, le type de prise en charge (ambulatoire, hospitalisation de jour et hospitalisation complète) et la classification OAP (outil d'analyse du PMSI).

Répartition des patients selon le caractère « urgent » versus « non urgent » des séjours MCO

Cette répartition se fait à partir d'un algorithme développé et mis à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) :

Mode d'entrée = '8' (domicile) et Provenance = '5' (avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement)

OU

Type d'autorisation de la première unité médicale dans le tableau ci-dessous (Tableau 41) :

Tableau 41 –
Type d'autorisation de la première unité médicale

CODE	LIBELLÉ
1	Réanimation hors pédiatrie
2	Soins intensifs hors unité neurovasculaire
3	Surveillance continue hors pédiatrie
4	Néonatalogie sans soins intensifs
5	Néonatalogie avec soins intensifs
6	Néonatalogie et réanimation périnatale
7	Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
13	Réanimation pédiatrique
14	Surveillance continue pédiatrique
18	Soins intensifs en unité neurovasculaire

Répartition des patients selon le type de prise en charge (ambulatoire, hospitalisation de jour et hospitalisation complète)

Cette répartition se fait à l'aide du sixième caractère du groupe homogène de malades :

- le « J » représente les séjours réalisés en ambulatoire. Pour cette étude, nous n'avons pas agrégé à ce groupe les séjours de très courte durée « T » (0, 1 ou 2 jours);
- le « 1, 2, 3, 4 » représente les séjours de médecine et de chirurgie;
- le « A, B, C, D » représente les séjours d'obstétrique, de naissances et VIH;
- le « E » représente les séjours se terminant par un décès;
- le « Z » représente les séjours non segmentés.



Répartition des patients selon la classification OAP (outil d'analyse du PMSI)

Les séjours ont été traités en version 11c de la classification des groupes homogènes de malades (GHM)⁶⁹. En fonction de l'objectif poursuivi, la classification OAP classe les quelques 611 racines de GHM en 29 domaines d'activité permettant de se caler sur la spécialité ; 70 groupes de planification (GP) permettant de repérer les disciplines suivies au niveau des autorisations et de la planification ; 199 groupes d'activité (GA) permettant une description plus fine de l'activité hospitalière, notamment au sein des services et des pôles.

Pour cette étude, ce sont les GA qui ont été utilisés. Toutefois, ont été exclus de l'analyse les GA G117 (accouche-

ments par voie basse), G118 (césariennes), G119 (IVG), G120 (affections de l'ante partum), G121 (affections du post partum), G122 (interruptions médicale de grossesse), G124 (nouveau-nés de poids de 2500 g et plus), G125 (nouveau-nés de poids de 1500 g à 2499 g), G126 (Nouveau-nés de poids < 1500 g), G198 (Mort-nés) et G999 (séjours en erreur).

Répartition des patients selon l'âge en années

Cette répartition s'est faite selon 6 classes d'âge, en lien avec le découpage de la cartographie des pathologies et des traitements, soit classe 1 (00 à 14 ans), classe 2 (15 à 34 ans), classe 3 (35 à 54 ans), classe 4 (55 à 64 ans), classe 5 (65 à 74 ans) et classe 6 (>75 ans).

1.4. Méthodologie d'identification de personnes sans « pathologie, ni maternité, ni hospitalisation »

Il s'agit du groupe composé de personnes sans pathologie identifiée dans la cartographie, et sans séjour dans un éta-

blissement de santé MCO l'année N, quel que soit le motif.

1.5. Méthodologie d'identification de personnes traitées par antalgiques ou anti-inflammatoires

Un sous-groupe particulier de la cartographie comprend les personnes ayant reçu au moins six délivrances (à différentes dates) d'antalgiques, et/ou six délivrances d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, et/ou six délivrances de corticoïdes, dans l'année N, mais qui n'ont pas de pathologie identifiée, ni de maternité, ni d'hospitalisation l'année N. Ce groupe comprend donc les personnes pouvant avoir une patholo-

gie chronique qui n'a pas été identifiée, en particulier une pathologie rhumatologique.

[Il existe par ailleurs un groupe supplémentaire correspondant aux personnes ayant reçu au moins six délivrances de médicaments spécifiques dans l'année N (à différentes dates), qu'une pathologie, maternité ou hospitalisation soit ou non présente dans l'année.]

1.6. Méthodologie d'identification des personnes n'ayant « pas de pathologie, ni de maternité, ni d'hospitalisation ou de traitement antalgique ou anti-inflammatoire »

Il s'agit d'un groupe composé des personnes sans pathologie identifiée dans la cartographie, sans séjour dans un établissement de santé MCO l'année N quel qu'en soit le

motif et sans traitement antalgique ou anti-inflammatoire. Ce groupe correspond *a priori* aux personnes sans pathologie connue.

⁶⁹. Source : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002500031FF>



↳ Encadré 5 –

Tableau récapitulatif : sources des données utilisées dans la construction des algorithmes

N°	PATHOLOGIES, ÉTATS DE SANTÉ ET TRAITEMENTS	PMSI DP, AVEC OU SANS DR, SUR CINQ ANS	PMSI DP L'ANNÉE N	PMSI DP/DR LES ANNÉES N ET N-1	PMSI DA L'ANNÉE N	ALD30 DE L'ANNÉE N	MÉDICAMENTS SPÉCIFIQUES DE L'ANNÉE N	ACTES CCAM DE L'ANNÉE N
1	Syndrome coronaire aigu	-	+	-	-	-	-	-
2	Maladie coronaire chronique	+	-	-	+	+	-	-
3	Accident vasculaire cérébral aigu	-	+	-	-	-	-	-
4	Séquelle d'accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire	+	-	-	+	+	-	-
5	Insuffisance cardiaque aiguë	-	+	-	+ ^(a)	-	-	-
6	Insuffisance cardiaque chronique	+	-	-	+	+	-	-
7	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	+	-	-	+	+	-	-
8	Trouble du rythme ou de la conduction cardiaque	+	-	-	+	+	-	-
9	Maladie valvulaire	+	-	-	+	+	-	-
10	Embolie pulmonaire aigüe	-	+	-	-	-	-	-
11	Autres ALD pour maladies cardio-vasculaires	-	-	-	-	+	-	-
12	Traitemen antihypertenseur (hors pathologies)	-	-	-	-	-	+	-
13	Traitemen hypolipémiant (hors pathologies)	-	-	-	-	-	+	-
14	Diabète	-	-	-	-	+	+ (N ou N-1)	-
15	Cancer du sein de la femme actif	-	-	+	-	+ (apparu N ou N-1)	-	-
16	Cancer du sein de la femme sous surveillance	+	-	-	+ (N ou N-1)	+	-	-
17	Cancer du côlon actif	-	-	+	-	+ (apparu N ou N-1)	-	-
18	Cancer du côlon sous surveillance	+	-	-	+ (N ou N-1)	+	-	-
19	Cancer du poumon actif	-	-	+	-	+ (apparu N ou N-1)	-	-
20	Cancer du poumon sous surveillance	+	-	-	+ (N ou N-1)	+	-	-
21	Cancer de la prostate actif	-	-	+	-	+ (apparu N ou N-1)	-	-
22	Cancer de la prostate sous surveillance	+	-	-	+ (N ou N-1)	+	-	-
23	Autres cancers actifs	-	-	+	-	+ (apparu N ou N-1)	-	-
24	Autres cancers sous surveillance	+	-	-	+ (N ou N-1)	+	-	-
25	Troubles psychotiques	-	-	+ (+RIM-P DP DA)	-	+	-	-
26	Troubles névrotiques et de l'humeur	-	-	+ (+RIM-P DP DA)	-	+	-	-
27	Déficience mentale	-	-	+ (+RIM-P DP DA)	-	+	-	-
28	Troubles addictifs	-	-	+ (+RIM-P DP DA)	-	+	-	-



N°	PATHOLOGIES, ÉTATS DE SANTÉ ET TRAITEMENTS	PMSI DP, AVEC OU SANS DR, SUR 5 ANS	PMSI DP L'ANNÉE N	PMSI DP/DR LES ANNÉES N ET N-1	PMSI DA L'ANNÉE N	ALD30 DE L'ANNÉE N	MÉDICAMENTS SPÉCIFIQUES DE L'ANNÉE N	ACTES CCAM DE L'ANNÉE N
29	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	-	-	+ (+RIM-P DP DA)	-	+	-	-
30	Autres troubles psychiatriques	-	-	+ (+RIM-P DP DA)	-	+	-	-
31	Traitements antidépresseurs ou lithium (hors pathologies)	-	-	-	-	-	+	-
32	Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	-	-	-	-	-	+	-
33	Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	-	-	-	-	-	+	-
34	Traitements hypnotiques (hors pathologies)	-	-	-	-	-	+	-
35	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	+	-	-	+	+	+	-
36	Maladie de Parkinson	+	-	-	+	+	+	-
37	Sclérose en plaques	+	-	-	-	+	-	-
38	Paraplégie	+	-	-	-	+	-	-
39	Myopathie ou myasténie	+	-	-	-	+	-	-
40	Épilepsie	+	-	-	-	+	-	-
41	Autres ALD pour maladies neurologiques	-	-	-	-	+	-	-
42	Maladies respiratoires chroniques	+	-	-	+	+	+	-
43	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	+	-	-	+	+	-	-
44	Polyarthrite rhumatoïde	+	-	-	+	+	-	-
45	Spondylarthrite ankylosante	+	-	-	+	+	-	-
46	Autres ALD pour maladies inflammatoires chroniques	+	-	-	+	+	-	-
47	Maladies métaboliques héréditaires	-	-	-	-	+	-	-
48	Mucoviscidose	+	-	-	+	+	-	-
49	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	+	-	-	+	+	-	-
50	VIH ou sida	+	-	-	+	+	+	-
51	Dialyse chronique	///	///	///	///	///	///	///
52	Suivi de transplantation rénale	///	///	///	///	///	///	///
53	Transplantation rénale	///	///	///	///	///	///	///
54	Maladies du foie ou du pancréas	+	-	-	+	+	+	-
55	Autres ALD (dont 31, 32)	-	-	-	-	+	-	-
56	Maternité ^(b)	///	///	///	///	///	///	///

+ : donnée utilisée

- : donnée non utilisée

/// : se référer aux critères d'inclusion dans l'algorithme spécifique

(a) Se référer aux définitions pour une description plus détaillée

(b) Maternité (1^{er} jour du 6^e mois et accouchements)

2. Affectation des dépenses aux pathologies

Étape 1 : Constitution des combinaisons

Chaque bénéficiaire (du régime général) a une combinaison de pathologies, traitements et épisodes de soins.

Toutes les combinaisons existantes sont repérées (en théorie si n est le nombre de pathologies élémentaires caractérisées comme indiqué supra, il y a 2^n combinaisons possibles, mais en pratique, il y en a beaucoup moins), avec pour chacune les effectifs concernés.

Le Tableau 42 propose des exemples de combinaisons.

 **Tableau 42 –**
Exemples de combinaisons

COMBINAISON	DIABÈTE	DÉMENCE	PARKINSON	...	CANCER PROSTATE	CANCER SEIN	EFFECTIF
A	0	1	1	...	0	0	NA : effectif de consommateurs avec les deux pathologies Alzheimer et Parkinson
B	1	0	0	0	0	0	NB : effectif de consommateurs avec la seule pathologie diabète
...
Z	0	0	0	0	0	0	NZ : effectif de consommateurs sans aucune pathologie



Étape 2 : Affectation des montants par poste de dépenses pour chaque combinaison

Les dépenses sont connues pour chaque bénéficiaire, par poste, à partir :

- du Sniiram pour les dépenses des soins de ville et des cliniques privées;
- du PMSI pour les dépenses des séjours hospitaliers des différents segments de l'hospitalisation publique (MCO, SSR, RIM-P).

Les dépenses relatives aux séjours hospitaliers en MCO et en psychiatrie font l'objet d'un traitement spécifique (cf. infra, Étapes 3 et 4).

Par sommation, on obtient les montants de dépenses, par poste, pour chaque combinaison.

Évolutions/améliorations 2015

- **Améliorations de l'affectation de certaines dépenses aux individus.** En 2013, quelques postes de dépenses (comme certains honoraires par exemple) n'avaient pu être affectés directement aux individus concernés. Le montant correspondant (environ 1 milliard d'euros) avait donc été incorporé au moment du calage (Étape 6) et réparti de façon uniforme sur l'ensemble des individus. Cette année, les montants correspondant à ces honoraires ont pu être directement affectés aux individus concernés par la dépense, ce qui améliore de fait l'estimation des dépenses affectées aux pathologies.
- **Améliorations de l'affectation des dépenses à certains postes.** À titre d'exemple, les dépenses relatives aux (forfaits techniques) IRM/scanners réalisés en ville ou lors de soins externes en établissements

MCO OQN, ont été cette année basculées à juste titre dans les soins de ville, alors que dans la version précédente ils avaient été laissés dans les honoraires des séjours MCO OQN. Cette amélioration conduit à une augmentation des dépenses de soins ville (environ +500 millions d'euros pour 2012) et à une diminution des dépenses MCO OQN d'un montant équivalent.

- **Sortie des IJ maladie/AT-MP des soins de ville.** Dans la version précédente, les IJ maladie/AT-MP étaient incluses dans les soins de ville, comme dans l'Ondam. Cette année, il a été décidé, pour une meilleure lisibilité et cohérence en termes de nature de la dépense, de les sortir des soins de ville et de les regrouper dans un poste « prestations en espèces » avec les IJ maternité et les dépenses d'invalidité.

Étape 3 : Rattachement des séjours hospitaliers en MCO

Les informations sur les hospitalisations en MCO, et en particulier les diagnostics principaux (DP) et reliés, permettent de distinguer les séjours qui sont liés à une pathologie chronique de ceux qui sont des épisodes hospitaliers ponctuels sans lien direct avec une pathologie chronique ou lourde. Ceci permet donc d'affecter les dépenses des séjours soit à une des 52 pathologies ou traitements (les quatre groupes de patients traités par psychotropes n'ayant, par construction, pas d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique), soit de les affecter à une catégorie « épisode hospitalier ponctuel » qui regroupe les hospitalisations sans rapport avec ces 52 pathologies et traitements.

Lorsque les algorithmes pathologie et traitement utilisent une liste de codes CIM-10 pour repérer les patients dans le PMSI MCO, ce sont ces mêmes listes de codes qui permettent d'affecter chaque séjour à l'un des 52 tops pathologies et traitements si le diagnostic principal (DP) et/ou le diagnostic relié (DR) du séjour est dans la liste des motifs médicaux en CIM-10 du top. Dans certains cas (VIH et diabète), c'est le groupe homogène de malades (GHM) qui a permis de classer le séjour comme appartenant à ces tops pathologies. Ont également été utilisés les forfaits de dialyse (insuffisance rénale chronique terminale), voire parfois certains actes médicaux.



Un même séjour ne peut être attribué qu'à un seul top pathologie ou traitement⁷⁰. Si le DP et/ou le DR du séjour n'est dans aucun des motifs médicaux des 52 tops, alors le séjour est classé dans la catégorie « épisode hospitalier ponctuel » et les personnes concernées auront, en plus de leurs éventuelles pathologies chroniques, un « top » épisode hospitalier ponctuel.

Toutes les hospitalisations MCO des individus n'ayant aucune des pathologies ou traitements identifiés sont basculées dans le top « épisode hospitalier ponctuel ».

Par convention, les hospitalisations MCO des nouveaux-nés sont rattachées directement aux dépenses MCO du top maternité.

Étape 4 : Traitement des séjours en établissements psychiatriques et en établissement de soins de suite et de réadaptation

La valorisation

Les établissements psychiatriques et ceux de SSR utilisent un système de recueil d'informations spécifique (respectivement le RIMP et le PMSI SSR) qui permet de décrire leur activité et de rattacher les séjours, de façon générale, aux bénéficiaires de soins grâce au même numéro d'identification que celui utilisé dans le Sniiram. À la différence du secteur MCO, ces recueils d'activités ne sont pas associés à des tarifs de séjour et on ne peut donc pas valoriser les séjours directement à partir de ces seules données. Toutefois, pour chacun des établissements psychiatriques et SSR, on dispose d'un tarif journalier de prestation (TJP) qui varie selon les disciplines médico-tarifaires (DMT). Les DMT se déclinent dans les secteurs psychiatriques et SSR. Ces données TJP et DMT constituent la base à partir de laquelle les dotations globales versées aux établissements sont réparties entre les différents régimes et risques.

En utilisant ces informations (TJP et DMT), un coût moyen journalier est calculé et utilisé pour valoriser les séjours identifiés dans le RIM-P.

Pour les séjours en SSR, une valorisation théorique est effectuée en multipliant le nombre de points IVA du séjour par la valeur nationale du point IVA l'année N.

Évolutions/améliorations 2015

Les améliorations apportées aux algorithmes de repérage des pathologies ou traitements ou épisodes de soins affectent directement le rattachement des séjours hospitaliers en MCO aux 52 tops pathologie ou traitement ou au top « épisode hospitalier ponctuel » puisque le rattachement ou non d'un séjour se fait sur la base des mêmes informations.

Le rattachement des séjours en établissements psychiatriques

Dans le RIM-P, les motifs de recours sont codés en CIM-10 ce qui permet, au-delà de la valorisation, de rattacher directement à chaque séjour les motifs médicaux précis et de s'en servir dans l'élaboration des tops pathologies ainsi que pour rattacher directement les dépenses aux bénéficiaires.

Évolutions/améliorations 2015

- **Améliorations du codage du RIM-P :** ces améliorations du codage permettent non seulement un meilleur repérage des pathologies en lien avec la santé mentale mais aussi du rattachement des séjours, et donc des dépenses liées à ces pathologies.
- **Absence de valorisation nationale du point IVA pour 2012 :** les séjours en SSR pour 2012 ont donc été valorisés sur la base de la valeur nationale du point IVA pour 2011 (hypothèse implicite : valeur 2012 identique à celle de 2011).

70. Règles de gestion des doubles appartenances d'un même séjour à deux tops, par ordre de priorité :

1. les séjours avec en diagnostic principal (DP) un code du chapitre XXI de la CIM-10 (Z00-Z99, facteurs influant sur l'état de santé) => utilisation du diagnostic relié (DR) pour l'attribution du séjour au top;
2. les séjours avec en DP/DR un code du chapitre XIX (S00-T98, lésions traumatiques et empoisonnements) de la CIM-10 => attribution du séjour au top hospitalisations ponctuelles;
3. les séjours avec en DP/DR un code du chapitre XVIII (R00-R99, symptômes, signes et résultats anormaux d'examen) de la CIM-10 => attribution au top spécifique quand il existe (hormis pour les tops autres ALD et IRCT), et par défaut au top hospitalisations ponctuelles. Il en résulte une inadéquation très marginale pour les tops spécifiques médicaments;
4. les séjours avec en DP/DR un code du chapitre XVII (Q00-Q99, malformations congénitales) de la CIM-10 => attribution top IRCT (car il s'agit essentiellement de malformations rénales), et par défaut au top hospitalisations ponctuelles;
5. les séjours avec en DP/DR un code du chapitre XV (O00-O99, obstétrique) de la CIM-10 => attribution au top maternité quand il existe, et par défaut au top hospitalisations ponctuelles (car il s'agit essentiellement de fausses couches, PMA...);
6. codes N00 à N39.9 (maladies de l'appareil génito-urinaire) => attribution au top IRCT, et par défaut au top hospitalisations ponctuelles.



Étape 5 : Affectation individuelle d'un montant de dépenses correspondant à la consommation courante de soins

Indépendamment des soins pour des pathologies lourdes ou chroniques et des recours à l'hospitalisation, les assurés consomment des soins dits « courants » pour soigner les pathologies bénignes (infections virales bénignes, angines, gastro-entérites sans gravité...). Afin de ne pas surestimer les dépenses de soins de ville affectées à une pathologie donnée, la nouvelle méthodologie adoptée conduit, avant toute affectation de dépense à une pathologie donnée, à retrancher aux dépenses par poste (soins de ville uniquement) de chaque individu (consommant du poste) un montant correspondant aux dépenses pour « soins courants » sur le poste considéré.

Pour déterminer les montants forfaitaires des dépenses pour « soins courants » à retrancher de chaque poste, on se fonde sur les dépenses des bénéficiaires qui n'ont que des soins courants (i.e. qui n'ont aucune des pathologies ou situations de recours aux soins repérées comme indiqué ci-dessus). Ces dépenses sont ventilées par poste et sont analysées par âge et par sexe.

L'analyse de la distribution de ces dépenses (par âge, sexe, poste) permet de définir le montant par poste à retrancher pour « soins courants » sur la base du deuxième décile.

Le montant retranché varie ainsi selon l'âge et le sexe des individus, ainsi que selon les postes considérés.

La méthodologie a été appliquée pour l'ensemble des postes « soins de ville » à l'exception du poste « transport » qui a été considéré comme non pertinent. En effet, le recours aux transports chez les « consommateurs de soins courants » est globalement très faible, et vraisemblablement peu induit par des soins courants. Ont été également exclus les postes relatifs aux indemnités journalières (IJ) maternité et à l'invalidité (en revanche, la méthodologie a été appliquée aux IJ maladie/AT-MP, dont on peut penser qu'une partie peut être induite par les soins courants).

Le montant total correspondant à la consommation courante de soins a ainsi été isolé dans la cartographie des dépenses ainsi que les effectifs correspondants⁷¹. Toutefois, dans les tableaux et graphiques de résultats présentés dans la première partie de ce rapport, ces dépenses ont été ajoutées par convention à celles des consommateurs sans pathologie, ni traitement, ni maternité ou épisode hospitalier ponctuel identifiés, l'ensemble constituant les dépenses correspondants aux « soins courants ».

Étape 6 : Calage sur les grands agrégats de l'Ondam et extrapolation tous régimes

Les tableaux des postes Ondam et de leur regroupement dans la cartographie des dépenses

L'objectif principal de la cartographie est de rattacher les dépenses d'assurance maladie à des personnes en fonction des pathologies et des recours aux soins. Certaines dépenses qui sont dans le périmètre de l'Ondam comme par exemple les Migac hospitalières ou encore les dépenses des établissements publics médico-sociaux, sont au moins jusqu'en 2012 non individualisables et ne peuvent donc pas, de fait, être rattachées à un bénéficiaire de soins. Ces dépenses, présentes dans l'Ondam mais non individuali-

sables, sont donc de fait exclues du champ de notre cartographie des dépenses. De manière symétrique, certaines des dépenses financées par l'Assurance Maladie ne sont pas strictement dans l'Ondam mais sont toutefois affectables individuellement et donc intéressantes à intégrer. C'est le cas des IJ maternité (qui comprennent également les IJ versées pour adoption et congés paternité) (hors IJ versées pour adoption et congés paternité) et des prestations en espèces versées pour invalidité. Ces dépenses, bien que hors champ de l'Ondam, ont été prises en compte dans notre cartographie (Tableau 43 page suivante).

⁷¹ Toute personne d'un âge et d'un sexe donné qui consomme dans un poste un montant correspondant au deuxième décile de la distribution est isolée dans la catégorie « soins ambulatoires courants ».



Tableau 43 –
Correspondance entre le champ Ondam^(a) et celui de la cartographie médicalisée des dépenses en 2012

	DÉPENSES REMBOURSÉES (en milliards d'euros)		PART DES DÉPENSES DU CHAMP ONDAM PRISES EN COMPTE DANS LA CARTOGRAPHIE	POSTES ONDAM HORS CHAMP DE LA CARTOGRAPHIE
	CONSTATÉES EN 2012	PRISES EN COMPTE DANS LA CARTOGRAPHIE		
SOINS DE VILLE (y compris indemnités journalières maladie AT-MP ^(b))	77,9	71,03	91 %	Permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM ^(c) , FAC ^(d) , aides à la télétransmission
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	75,5	65,5	88 %	Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG...), Migac ^(e) , HAD ^(f)
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	16,5	0	0 %	Tous
AUTRES PRISES EN CHARGES (FMESPP ^(g) , Fiqcs ^(h) ...)	1,2	0	0 %	FMESPP, Fiqcs
TOTAL ONDAM	170,1	136,5	80 %	
POSTES HORS CHAMPS ONDAM (indemnités journalières maternité et invalidité)		9,4		
TOTAL DÉPENSES DE LA CARTOGRAPHIE		145,9		

(a) Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie

(b) AT-MP : accident du travail - maladie professionnelle

(c) PAM : praticiens et auxiliaires médicaux

(d) FAC : Fonds d'actions conventionnelles

(e) Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

(f) HAD : hospitalisation à domicile

(g) FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

(h) Fiqcs : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

Source : Cnamts

Évolutions/améliorations 2015

Certaines des dépenses individualisables relevant du champ de l'Ondam, mais induites spécifiquement par certaines pathologies, ont été exclues du champ de la cartographie dans cette nouvelle version car elles ne pouvaient être réparties directement uniquement sur les pathologies auxquelles elles se rapportent. Ainsi, dans la version précédente, compte tenu de notre méthodologie d'affectation des dépenses, ces dépenses se retrouvaient réparties uniformément entre l'ensemble des tops. Dans cette nouvelle version, il a été jugé préférable d'exclure ces dépenses du champ de la cartographie, ce qui a conduit à réduire le montant des dépenses réaffectées aux pathologies.

De même, des améliorations ont été apportées dans la gestion des exclusions du champ de notre cartographie des dépenses non individualisables incluses dans l'Ondam, tant du côté des soins de ville (Capi...) que de l'hôpital (forfaits divers...).

Il n'est donc pas possible de comparer directement les résultats présentés dans le rapport publié en juillet 2013

avec ceux du présent rapport. Toutefois, afin de pouvoir disposer d'évolutions, les dépenses 2010 et 2011 réaffectées aux pathologies ont été recalculées en intégrant les modifications de champ apportées dans cette nouvelle version.

Les postes de l'Ondam exclus du champ de la cartographie cette année sont principalement les suivants :

- les forfaits annuels urgences, prélèvements..., qui sont des dépenses présentes dans l'Ondam mais non individualisables;
- les dépenses induites par l'hospitalisation à domicile (HAD), qui sont des dépenses individualisables mais qui contrairement aux dépenses des séjours MCO ne peuvent pas être rattachées directement à une pathologie;
- les dépenses correspondant à la dotation annuelle de financement des centres hospitaliers anciennement « hôpitaux locaux » en raison du manque d'exhaustivité des données relatives à ces établissements dans le PMSI;
- les dépenses de soins de ville non individualisables (Capi, permanence des soins...).



Le calage

Les montants issus de la sommation des dépenses des bénéficiaires font ensuite l'objet d'un calage sur les grands agrégats de l'Ondam, ce qui permet également l'extrapolation à tous les régimes.

En pratique, on fait une sommation globale par poste et on applique à chaque montant de la combinaison un facteur correctif correspondant au rapport entre le montant de référence de l'agrégat de l'Ondam et la sommation sur toutes les combinaisons.

Étape 7 : Réaffectation aux pathologies des différents postes de dépenses

La méthodologie utilisée pour réaffecter aux pathologies les dépenses des différents postes est la suivante :

Calcul des montants pour les combinaisons à « pathologie unique »

Lorsqu'un bénéficiaire a une seule pathologie chronique identifiée (ou un seul épisode hospitalier ponctuel), on défalque du montant de ses dépenses le montant moyen correspondant aux soins courants (estimé comme indiqué ci-dessus) et le solde est affecté à la pathologie ou à l'épisode de soins.

Pour les autres combinaisons

Lorsqu'un bénéficiaire a plusieurs pathologies et/ou épisodes de soins ponctuels, ses dépenses (hors soins courants) sont réparties au prorata des dépenses moyennes par pathologie ou épisode, telles qu'elles sont observées pour les bénéficiaires n'ayant que cette unique situation de recours aux soins.

L'affectation des dépenses est donc faite de manière descendante, en répartissant les montants remboursés pour chacun des postes de soins (soins de généralistes, spécialistes, médicaments, hospitalisation en court séjour...), ces dépenses par poste étant calées sur l'Ondam.

Cas particulier des dépenses d'hospitalisation MCO

Pour les hospitalisations MCO, les dépenses hospitalières sont affectées aux différentes pathologies sur la base des diagnostics principaux et reliés (Étape 4). Ainsi, nous distinguons deux cas :

- si l'hospitalisation est associée à une seule des 56 pathologies, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté au poste dépenses hospitalières de la pathologie (en distinguant frais de séjour, dispositifs médicaux implantables et médicaments en sus);
- si le diagnostic principal et le diagnostic relié ne font pas partie de ceux conduisant aux « tops pathologie », alors nous classons ce séjour et les dépenses associées dans un poste « épisodes hospitaliers ponctuels ».

Évolutions 2015 : améliorations de l'affectation des dépenses aux « épisodes hospitaliers ponctuels »

Par rapport à la version précédente, la méthode d'affectation des dépenses aux épisodes hospitaliers ponctuels a été améliorée.

Dans la version précédente, les méthodes d'affectation des dépenses aux « épisodes hospitaliers ponctuels » ont été différentes de celles appliquées aux tops pathologies ou traitements (cf. supra). En effet, à l'exclusion des dépenses MCO qui ont, comme pour les tops pathologies ou traitement, fait l'objet d'une affectation directe (Étape 3), les dépenses des autres postes correspondaient à la somme des dépenses des individus ayant eu une hospitalisation ponctuelle, mais sans pathologie ni

traitement ni maternité. Pour les individus ayant en plus d'une hospitalisation ponctuelle, une pathologie ou un traitement, les dépenses en lien avec une hospitalisation ponctuelle ont été affectées par proratisation uniquement aux autres pathologies ou traitements de l'individu.

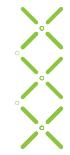
Dans cette nouvelle version, les « épisodes hospitaliers ponctuels » ont été considérés comme un top à part entière et ont donc fait l'objet d'une affectation des dépenses par proratisation identiques à celles des autres tops (cf. supra). Cette modification de méthodologie a induit, toutes choses égales par ailleurs, une augmentation des dépenses affectées aux « épisodes hospitaliers ponctuels » et une diminution, à l'inverse, des dépenses affectées aux pathologies ou aux traitements (lesquelles incluaient dans la version précédente les dépenses induites par les épisodes hospitaliers ponctuels).

Étape 8 : Calcul des montants par pathologie

Au total, le montant de dépenses affectées à une pathologie est calculé par sommation :

- des dépenses des patients n'ayant que cette pathologie (une fois retranché le montant forfaitaire pour soins courants);

- de la fraction imputable à cette pathologie (selon la méthode exposée ci-dessus) des dépenses des patients ayant plusieurs pathologies (ou traitements ou épisodes de soins);
- des dépenses hospitalières pour les séjours dont les diagnostics sont caractéristiques de cette pathologie.



5-ASA : acide 5-aminosalicylique	CHU : centre hospitalier universitaire
AAP : antiagrégants plaquettaires	CIM : classification internationale des maladies
ACE : antigène carcino-embryonnaire	CIM-10 : 10 ^e révision de la CIM
ACI : accord conventionnel interprofessionnel	CIT : contre-indication temporaire
Acip : accord-cadre interprofessionnel	CKD : <i>Chronic Kidney Disease</i>
ACP : anatomo-cytopathologie	CLCC : centre de lutte contre le cancer
ACR (classification) : <i>American College of Radiology</i>	CMD : catégorie majeure de diagnostic
ACS : aide complémentaire santé	CMP : centre médico-psychologique
Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien	Cnamts : Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés
ALD : affection de longue durée	Cnedimts : Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
AMC : assurance maladie complémentaire	CNETH : Conseil national des exploitants thermaux
AMO : assurance maladie obligatoire	Cnil : Commission nationale informatique et libertés
Anaes : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (regroupée avec d'autres commissions au sein de la HAS en 2004)	CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Anap : Agence nationale d'appui à la performance	Cpam : caisse primaire d'assurance maladie
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	CPN : commission paritaire nationale
Aomi : artériopathie oblitérante du membre inférieur	Cpom : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
AP-HM : Assistance publique - Hôpitaux de Marseille	CPR : commission paritaire régionale
AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris	CS : consultation de spécialiste
ARA 2 : antagoniste du récepteur de l'angiotensine II	CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
ARS : agence régionale de santé	CSS : code de la Sécurité sociale
ASMR : amélioration du service médical rendu	DA : diagnostic associé
AT-MP : accident du travail - maladie professionnelle	DAM : délégué de l'Assurance Maladie
ATC (classification) : anatomique, thérapeutique et chimique	DCIR : données de consommation interrégimes
Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	DDJ : dose définie journalière
ATU : autorisation temporaire d'utilisation	DG ARS : directeur général de l'agence régionale de santé
AVC : accident vasculaire cérébral	DGOS : direction générale de l'offre de soins au ministère de la Santé
AVK : alternative aux anti-vitamines K	DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge
Berf : base établissement référentiel	DMP : dossier médical partagé
BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive	DMS : durée moyenne de séjour
Capi : contrat d'amélioration des pratiques individuelles	DMT : discipline médico-tarifaire
Caqcs : contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins	DP : diagnostic principal
CBP : contrat de bonne pratique	DPA : dialyse péritonéale automatisée
CCAM : classification commune des actes médicaux	DPC : développement professionnel continu
CCR : cancer colorectal	DPCA : dialyse péritonéale continue ambulatoire
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale	DR : diagnostic relié
Ceps : Comité économique des produits de santé	Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
CH : centre hospitalier	ECBU : examen cytobactériologique des urines
	Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes



EMG : électromyogramme
ENC : étude nationale de coût
EPO : érythropoïétines
EPP : évaluation des politiques publiques
ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux
ETP : éducation thérapeutique du patient
ETP : équivalent temps-plein
FAC : Fonds d'actions conventionnelles
Fiqcs : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR : Fonds d'intervention régional
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FMT : forfait médecins traitants
GA : groupe d'activité
GDR : gestion du risque
GHM : groupe homogène de malades
GHS : groupe homogène de séjour
GIE : groupement d'intérêt économique
GP : groupe de planification
GS : groupe sanguin
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HbA1c : hémoglobine glyquée
HC : hospitalisation complète
HCL : Hospice civil de Lyon
HDJ : hôpital de jour
HP : hélicobacter pylori
HTA : hypertension artérielle
IA : iatrogénie médicamenteuse
Idel : infirmier diplômé d'état libéral
IDM : infarctus aigu du myocarde
IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion
IFD (lettre clé) : indemnité forfaitaire de déplacement
Igas : Inspection générale des affaires sociales
IGF : Inspection générale des finances
IH : immuno-hématologie
IJ : indemnités journalières
IK (lettre clé) : indemnités kilométriques
Inca : Institut national du cancer
Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INR : International Normalized Ratio

Insee : Institut national des statistiques et des études économiques
INTS : Institut national de la transfusion sanguine
InVS : Institut de veille sanitaire
IPP : inhibiteurs de la pompe à protons
IRC : insuffisance rénale chronique
IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVA : indice de valorisation de l'activité
IVG : interruption volontaire de grossesse
JO : *Journal officiel*
KE (lettre clé) : actes d'échographies
LDL : *Low Density Lipoprotein* (lipoprotéine de densité faible)
LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
LOP : logiciel d'orientation des patients
LPP : liste des produits et prestations
Mapa : mesure ambulatoire de la pression artérielle
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
Mecss : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale
MEP : mode d'exercice particulier
MG : médecin généraliste
MG France : Syndicat des médecins généralistes
Mici : maladies inflammatoires chroniques du côlon et de l'intestin
Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MK : masseur-kinésithérapeute
MPA : majoration personnes âgées
MSAP : mise sous accord préalable
MSO : mise sous objectif
MT : médecin traitant
Naco : nouveaux anticoagulants oraux
NGAP : nomenclature générale des actes professionnels
NHS : National Health Service
NICE : National Institute for health Care Excellence
NS : non substituable
OAP : outil d'analyse du PMSI
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONSSF : Organisation nationale des syndicats des sages-femmes



OQN : objectifs quantifiés nationaux	de l'Assurance Maladie
ORL : oto-rhino-laryngologie	sophia : service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les malades chroniques
Paerpa : personnes âgées en risque de perte d'autonomie	Sros : schéma régional d'organisation sanitaire
PAM (régime des) : praticiens et auxiliaires médicaux	SSA : service de santé des armées
PET : <i>Positron Emission Tomography</i> (tomographie par émission de positrons)	Ssiad : service de soins infirmiers à domicile
PFHT : prix fabricant hors taxe	SSR : soins de suite et de réadaptation
Phare : programme harmonisé d'aide au réseau	T2A : tarification à l'activité
PLF : prix limite de facturation	TFR : tarif forfaitaire de responsabilité
PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale	TG : tarif global de soins
PLFRSS : projet de loi de financement rectificative de la Sécurité sociale	TIC : tarif issu des coûts
PMA : procréation médicalement assistée	TIS : Tabac info service
PMI : protection maternelle et infantile	TJP : tarif journalier de prestation
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information	TP : tarif partiel de soins
PPS : programme personnalisé de soins	TP/TCA : taux de prothrombine/temps de céphaline activée
Prado : programme d'accompagnement du retour à domicile	TPCG : tiers-payant contre générique
PS : professionnel de santé	TRU : test respiratoire à l'urée
PSA : <i>Prostate-specific Antigen</i> (antigène prostataque spécifique)	TSH : <i>Thyroid-stimulating Hormone</i> (thyroéstimuline)
PSPH (établissement privé) : participant au service public hospitalier	UDM : unité de dialyse médicalisée
PTG : prothèse totale de genou	UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
PTH : prothèse totale de hanche	Uncam : Union nationale des caisses d'assurance maladie
PUI : pharmacie à usage intérieur	Unocam : Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
RAI : anticorps anti-érythrocytaires	UNPS : Union nationale des professionnels de santé
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire	UNSSF : Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises
Rein (registre) : réseau épidémiologie et information en néphrologie	VHC : virus de l'hépatite C
RG : régime général	VIH : virus de l'immunodéficience humaine
RIM-P : recueil d'information médicalisée en psychiatrie	VS : visite de spécialiste
Rosp : rémunération sur objectifs de santé publique	VSL : véhicule sanitaire léger
RUM : résumé d'unité médicale	
SAE : statistique annuelle des établissements de santé	
SCC : syndrome du canal carpien	
Scor : scannérisation des ordonnances	
SF (lettre clé) : actes des sages-femmes	
Sfar : Société française d'anesthésie-réanimation	
sida : syndrome d'immunodéficience acquise	
SLM : section locale mutualiste	
SML : Syndicat des médecins libéraux	
Sniiram : système national d'information interrégimes	

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés
50 avenue du Professeur André Lemierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

