

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses

Propositions
de l'Assurance Maladie
pour 2016

2 juillet 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 2016 (loi du 13 août 2004)

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie prévoit que la Cnamts élabore chaque année des propositions relatives à l'évolution de ses charges et produits. Elle apporte ainsi sa contribution à la définition puis à la mise en œuvre des mesures permettant d'atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

Au fil des années, les rapports présentés par la Cnamts se sont enrichis. Ils s'appuient sur des analyses de plus en plus précises et objectivées, mobilisant à la fois les bases de données disponibles, les expériences de terrain et les comparaisons internationales. Ils mettent en évidence, année après année, des pistes d'amélioration pour gagner à la fois en qualité des soins et en efficience : l'enjeu est en effet de promouvoir le « juste soin », pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de la manière la plus efficiente possible, en évitant de gaspiller des ressources sans valeur ajoutée pour la santé.

Les constats des rapports successifs confortent ainsi la maîtrise médicalisée de la dépense de santé, telle que la développe l'Assurance Maladie. Ils démontrent que des actions renforcées d'amélioration de la prévention, de la prise en charge des malades, de l'accès aux soins permettent de mieux soigner tout en maîtrisant les coûts dans la durée.

Chaque édition du rapport « charges et produits » vise à éclairer des pans différents du fonctionnement du système de soins. Elle ne saurait viser à l'exhaustivité. Ce rapport de propositions pour 2016 documente ainsi des sujets pour lesquels des analyses spécifiques, conduites au cours de l'année écoulée, permettent un apport original – qu'il s'agisse de prévention, de parcours de soins analysés sur des cohortes de patients, d'usage des médicaments en vie réelle, etc. – aboutissant à des propositions d'actions opérationnelles.

Comme chaque année, le rapport estime les économies qui pourraient être générées par les mesures proposées. Ces pistes d'économies sont d'autant plus utiles qu'elles sont précisément documentées et pourront, pour la plupart, se déployer au titre des actions de gestion du risque que l'Assurance Maladie met en œuvre dans la durée. Des bilans de ces actions figurent d'ailleurs dans le corps du rapport ou en annexe.

En revanche, ces propositions n'ont pas vocation, à elles seules, à assurer le respect de l'Ondam, ce d'autant que le plan triennal 2015-2017 pour l'amélioration de l'efficience du système de soins a déjà arrêté les conditions d'atteinte de cet objectif.

Les mesures identifiées dans ce rapport viennent conforter les axes de ce plan triennal, qu'il s'agisse d'améliorer la qualité et l'efficience de la dépense hospitalière, d'accompagner le virage ambulatoire, de mieux maîtriser les prix des produits de santé et développer les génériques, de renforcer enfin la pertinence et le bon usage des soins.

L'Assurance Maladie est ainsi pleinement dans son rôle, celui de contribuer activement au respect des objectifs d'évolution des dépenses et de tracer des pistes nouvelles pour déployer ses actions au service d'un système de santé performant, accessible à tous et soutenable dans la durée.

*Nicolas Reuel,
directeur général de la Cnamts*

Sommaire

CHAPITRE 1	
Cartographie des dépenses de soins et des pathologies	2
1.1. Une pathologie chronique, un traitement chronique ou un événement de santé pour près d'une personne sur deux en 2013	3
1.2. La polypathologie et son évolution de 2011 à 2013	5
1.3. L'analyse médicalisée des dépenses d'assurance maladie en 2013	7
1.4. Evolution 2011-2013 des dépenses remboursées (régime général) par pathologie	12
CHAPITRE 2	
Enjeux de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques	16
2.1. L'obésité : l'enjeu des pratiques cliniques préventives et les questions soulevées par le développement du traitement chirurgical	17
2.2. La prévention du diabète chez les personnes à risque : quelles leçons des expériences étrangères ?	27
2.3. Les accidents vasculaires cérébraux : des parcours de soins à optimiser	32
2.4. L'insuffisance rénale chronique : retarder et mieux prendre en charge le passage au stade de l'insuffisance terminale	36
2.5. Prévenir les réhospitalisations par une meilleure prise en charge après une fracture pour fragilité osseuse	41
CHAPITRE 3	
Accès aux soins des populations vulnérables	48
3.1. Un éclairage sur les bénéficiaires de l'ACS : état de santé, recours aux soins, restes à charge	49
3.2. Des actions pour améliorer l'accès aux droits et aux soins	59
3.3. La prise en charge des soins dentaires	63
CHAPITRE 4	
Les produits de santé : des efforts à poursuivre sur l'efficience de la prescription, mais aussi de nouveaux enjeux	66
4.1. La conjoncture des produits de santé délivrés à des patients ambulatoires : forte croissance des médicaments de spécialité, poursuite de la dynamique de la LPP	67
4.2. Des gains d'efficience qui restent à faire dans la prescription de produits de santé courants	71
4.3. De nouveaux enjeux	82
CHAPITRE 5	
Bon usage des soins et maîtrise des dépenses	90
5.1. Pertinence des stratégies diagnostiques et thérapeutiques	91
5.2. Les dépenses de transports	103
5.3. Les dépenses d'arrêts de travail et leur évolution	109
CHAPITRE 6	
Favoriser le virage ambulatoire	116
6.1. Les programmes de retour à domicile, un levier pour le virage ambulatoire : retour sur cinq années d'expérience et perspectives	117
6.2. La réhabilitation améliorée en chirurgie, une transformation des pratiques de soins de nature à accélérer le virage ambulatoire	122
6.3. Des marges pour optimiser les processus de chirurgie ambulatoire : l'exemple de la cataracte	126
CHAPITRE 7	
Synthèse des propositions et des économies associées	130
7.1. Le contexte : le plan 2015-2017 pour l'efficience et la performance du système de soins	131
7.2. Les grands axes des propositions de l'Assurance Maladie	131
ANNEXES	136
Annexe 1	
Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2015	137
Annexe 2	
Bilan des négociations entre l'Uncam et les professionnels de santé	142
Annexe 3	
La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) trois ans après	147
Annexe 4	
Méthodologie de la cartographie médicale pour les années 2011-2012-2013	156
INDEX DES FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRÉS	172
GLOSSAIRE	178

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016

Prévention et prise en charge de l'obésité

Proposition 1 Mettre en place dans des territoires prioritaires des expérimentations d'actions d'accompagnement et de prise en charge des enfants en surpoids et obèses et de leur famille 25

Proposition 2 Mieux encadrer les conditions de réalisation de la chirurgie bariatrique, actualiser les évaluations et les recommandations en fonction de l'évolution des techniques et garantir la pertinence des interventions 26

Proposition 3 Améliorer le suivi de l'ensemble des patients opérés 26

Prévention du diabète

Proposition 4 Mettre en place une expérimentation à grande échelle de programmes intensifs de prévention du diabète par le changement des habitudes de vie 31

Prise en charge des accidents ischémiques transitoires et prévention des accidents vasculaires cérébraux

Proposition 5 Éviter ou diminuer les récidives en prenant mieux en charge les patients pendant et après l'hospitalisation 35

Prise en charge précoce des patients insuffisants rénaux chroniques

Proposition 6 Mobiliser les patients et l'ensemble des professionnels pour améliorer la prise en charge dès le stade 3b de la maladie 40

Suivi des patients après fracture pour fragilité osseuse

Proposition 7 Mettre en place une prise en charge globale de la fracture dans le programme de retour à domicile Prado orthopédie existant 46

Améliorer l'accès aux droits et aux soins

Proposition 8 Déployer nationalement la démarche Planir après évaluation d'un ensemble d'actions menées 62

Accès aux soins dentaires

Proposition 9 Explorer dans la négociation conventionnelle avec les chirurgiens-dentistes une option permettant une modération des tarifs des soins prothétiques 65

Usage plus efficient des produits de santé courants

Proposition 10 Au-delà de l'objectif général actuel, aller vers des objectifs individualisés pour les établissements en termes de prescription dans le répertoire des médicaments délivrés en ville, pour les classes à fort potentiel 80

Proposition 11 Promouvoir auprès des médecins hospitaliers et des libéraux une prescription de qualité et efficiente, respectueuse des recommandations, des antidiabétiques les plus récents (gliptines, AGLP1) 81

Proposition 12 Favoriser le développement de l'orthèse d'avancée mandibulaire dans le traitement de l'apnée du sommeil 81

Organisation de la diffusion des innovations thérapeutiques coûteuses

Proposition 13 Créer un dispositif de veille mutualisé afin de mieux anticiper les médicaments innovants qui sont susceptibles d'arriver sur le marché à court et moyen termes 87

Proposition 14 Veiller à l'efficience de la prescription pour les médicaments particulièrement coûteux en actualisant de manière réactive les recommandations et les prix en fonction des populations traitées 87

Proposition 15 _ Renforcer le contrôle des prescriptions effectuées dans le cadre de dispositifs dérogatoires du droit commun (ATU, post-ATU, RTU) afin de faire respecter tant les règles d'encadrement de la prescription que la fourniture de données pour participer à l'évaluation	88	
Proposition 16 _ Évoluer vers un remboursement <i>ex post</i> de la différence entre le prix ATU / post-ATU et le prix réel (au lieu du prix facial)	89	
Proposition 17 _ Gérer la liste en sus par indication thérapeutique	89	
Améliorer la pertinence des actes diagnostiques et thérapeutiques		
Proposition 18 _ Poursuivre les programmes d'action pertinence, avec des actions incitatives plus fortes pour les établissements n'ayant pas modifié leurs pratiques (MSAP, contractualisation tripartite)	101	
Proposition 19 _ Déployer une stratégie en collaboration avec la Société française d'anesthésie et de réanimation pour faire évoluer les comportements des prescripteurs et réduire les examens préanesthésiques superflus	101	
Proposition 20 _ Intensifier les actions de maîtrise médicalisée sur les analyses biologiques à partir de référentiels précisant les bonnes pratiques en termes d'indication, de fréquence de réalisation et d'associations, et responsabiliser les prescripteurs	101	
Améliorer la pertinence des transports de malades		
Proposition 21 _ Mettre à disposition un cahier des charges national d'organisation d'une plateforme d'appel des transporteurs	108	
Proposition 22 _ Déployer la carte de transport assis après évaluation de l'expérimentation	108	
Proposition 23 _ Aligner les tarifs des taxis sur les VSL pour les entreprises spécialisées dans le transport sanitaire qui ont une flotte de véhicules diversifiée	108	
Proposition 24 _ Expérimenter une enveloppe de transports pour les établissements	108	
Indemnités journalières		
Proposition 25 _ Apporter des outils aux médecins pour la prescription d'arrêts de travail	115	
Proposition 26 _ Faire évoluer les processus de gestion et de contrôle des arrêts de travail pour une meilleure efficience	115	
Proposition 27 _ Évaluer des actions pilotes menées en direction des entreprises en vue de leur diffusion éventuelle	115	
Appuyer le virage ambulatoire par les programmes Prado		
Proposition 28 _ Développer le programme de retour à domicile Prado pour organiser une coordination ville-hôpital en appui du médecin traitant	121	
Réhabilitation améliorée après chirurgie		
Proposition 29 _ Promouvoir la réhabilitation améliorée après chirurgie, qui permet de répondre au virage ambulatoire en garantissant la sécurité et la qualité des soins, auprès des établissements de santé et des patients	125	
Proposition 30 _ Sur la base d'une évaluation médico-économique, réfléchir à une politique incitative pour encourager son développement	125	
Efficience des processus en chirurgie ambulatoire		
Proposition 31 _ Définir un modèle d'organisation optimale intégrant les évolutions techniques chirurgicales et anesthésiques et ajuster les tarifs en conséquence	129	

CHAPITRE

1

Cartographie des dépenses de soins et des pathologies

L'analyse médicalisée de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) que l'Assurance Maladie développe depuis quelques années permet d'appréhender le poids des pathologies pour la population, et les dépenses correspondantes pour le système de santé.

De nouvelles estimations de la fréquence des pathologies traitées sont présentées ici pour les années 2011, 2012 et 2013¹ (partie 1.1.), avec un focus particulier sur la polypathologie (partie 1.2.). La répartition des dépenses remboursées par patho-

logie est ensuite analysée (partie 1.3.), ainsi que l'évolution de ces dernières entre 2011 et 2013 (partie 1.4.).

Ces données, qu'il s'agisse des dépenses ou des effectifs, ne peuvent être directement comparées à celles de 2012 figurant dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie précédent (publié en juillet 2014), car des améliorations de méthode ont été apportées à la fois par rapport à la constitution des effectifs, au repérage des pathologies et à la répartition des dépenses (annexe 4).

1.1 Une pathologie chronique, un traitement chronique ou un événement de santé ponctuel pour près d'une personne sur deux en 2013

En 2013, sur les 56 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie², 34 % ont un recours aux soins signant l'existence d'au moins une pathologie chronique ou un traitement chronique, tel qu'un psychotrope, un anti-hypertenseur ou un hypolipémiant. Si l'on considère de plus les événements de santé qui constituent une maternité ou une hospitalisation ponctuelle non liée à l'une de ces pathologies chroniques, ainsi que les traitements chroniques par anti-inflammatoires, corticoïdes ou antalgiques, ce sont alors 45 % des personnes qui sont concernées. *A contrario*, 55 % (soit 31 millions de personnes pour le régime général) ont donc reçu uniquement des soins qualifiés de courants en 2013³.

Les effectifs par groupe de pathologies (pour le régime général uniquement) sont détaillés dans la **figure 1**.

Entre 2011 et 2013, la croissance du nombre de patients traités pour certaines pathologies reste soutenue, entre + 3,2 % et + 3,6 % par an (**figure 2**). Il s'agit :

– soit de pathologies fréquentes, comme les pathologies cardio-neurovasculaires et le diabète, lesquelles concernent respectivement 3,5 millions et 2,9 millions de personnes en 2013 ;

- soit de pathologies un peu moins fréquentes comme le groupe des pathologies inflammatoires, rares et du VIH, qui inclut 0,9 million de personnes ;
- soit de pathologies beaucoup plus rares comme l'insuffisance rénale chronique terminale, qui concerne 71 000 personnes, mais représente un coût très élevé.

Les pathologies neurologiques ou dégénératives progressent également (+ 2,7 %), elles concernent 1,2 million de personnes en 2013.

Il convient de rester prudent sur l'interprétation des évolutions pour les pathologies psychiatriques, qui touchent 1,8 million de personnes en 2013 : la croissance relativement élevée constatée (+ 2,7 %) reflète encore probablement la montée en charge du PMSI-psychiatrie (programme de médicalisation du système d'information en psychiatrie).

Les effectifs de patients pris en charge pour cancer évoluent plus faiblement (+ 0,7 %) et concernent 2,5 millions de personnes. Enfin, on observe toujours une baisse des effectifs de femmes recevant des soins au titre de la maternité (- 2,1 %), soit 1,3 million de femmes en 2013 (**figure 2**).

(1) Au-delà de ces résultats globaux, des informations plus détaillées seront mises à disposition sur le site www.ameli.fr :

- fiches-pathologies décrivant pour chacun des 56 groupes de pathologies, traitements chroniques et maternité les effectifs et taux par âge, sexe et région de résidence, les taux de décès et fréquence des comorbidités, les dépenses afférentes aux pathologies et les dépenses moyennes des patients pris en charge pour ces pathologies, ainsi que les évolutions des effectifs de patients et des dépenses afférentes ;

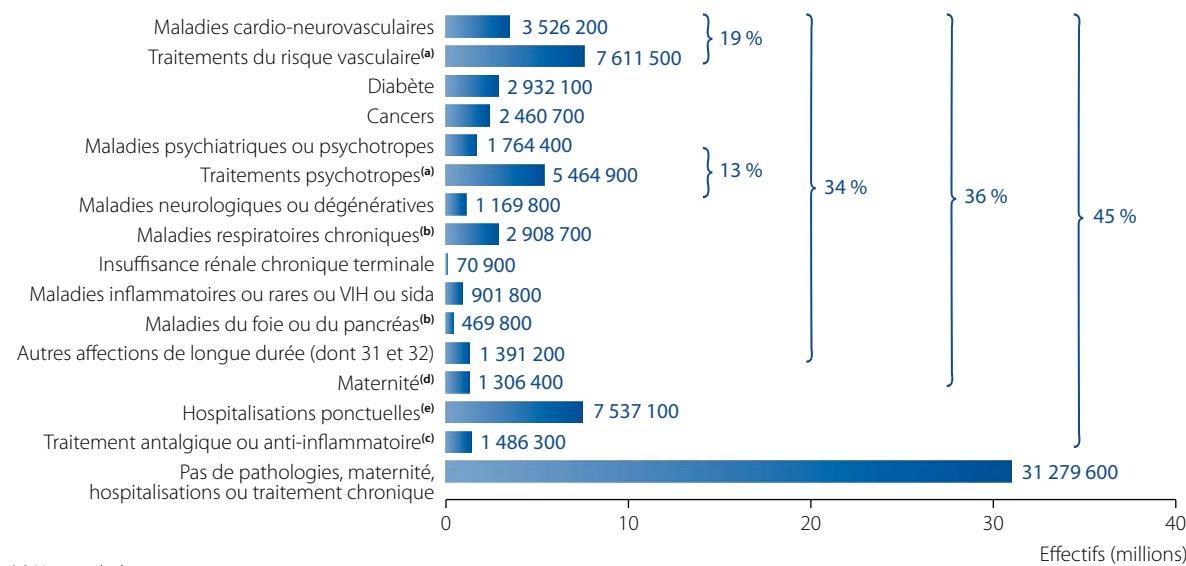
- tableaux régionaux des effectifs et taux de patients par âge et sexe, selon différents regroupements de pathologies ;

- méthodologie détaillée de construction des 56 algorithmes définissant les groupes de pathologies, traitements chroniques et événements de santé.

(2) L'amélioration du système d'information a permis, à compter de 2011, le chaînage des assurés du régime général avec un identifiant unique, c'est-à-dire qu'il est devenu possible de repérer comme étant un même individu une personne qui a bénéficié de soins au titre de différents ouvrants droit au cours de sa vie. Ce chaînage, efficace dans 99 % des cas pour le régime général stricto sensu, n'est pour le moment possible que dans 19 % des cas pour les bénéficiaires des sections locales mutualistes. Cette amélioration permet d'éviter des doubles comptes, et c'est pourquoi on comptabilise, pour l'année 2011, 56,0 millions de bénéficiaires du régime général de l'Assurance Maladie, alors qu'en décomptait 58,8 millions précédemment.

(3) Les résultats détaillés par pathologie comportent des différences avec les données présentées dans les rapports précédents. En effet, outre l'amélioration liée à l'identifiant unique déjà citée, les nombreux tests réalisés, ainsi que la consultation d'experts cliniciens et épidémiologistes dans le cadre d'une expertise demandée par la Cnamts sur le repérage de pathologies dans le système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram), ont conduit à affiner les algorithmes qui concernent plusieurs pathologies chroniques. Pour exemple, le repérage des pathologies psychiatriques a été étendu aux personnes hospitalisées pour pathologies psychiatriques dans les cinq ans, et non plus seulement deux ans, si elles reçoivent dans l'année en cours un traitement psychotrope. Le repérage des différents cancers a aussi été affiné afin de mieux attribuer au cancer d'origine les atteintes d'autres organes par métastases et de considérer les patients traités par chimiothérapie orale comme ayant un cancer en phase active et non plus comme étant sous simple surveillance.

► FIGURE 1

**Effectifs de personnes prises en charge pour pathologies,
traitements et événements de santé en 2013**

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(d) Avec ou sans pathologies

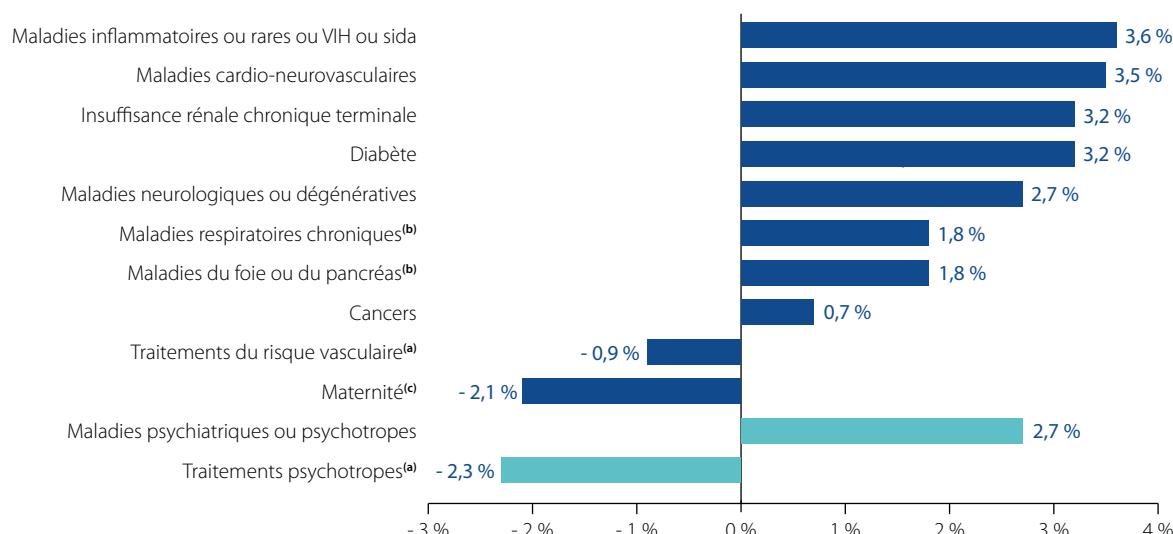
(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

Remarque : les effectifs détaillés ne se cumulent pas, une personne pouvant avoir plusieurs pathologies, traitements, événements de santé au cours de l'année.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie 2013)

► FIGURE 2

Évolution annuelle moyenne des effectifs entre 2011 et 2013

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Avec ou sans pathologies

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie 2013)

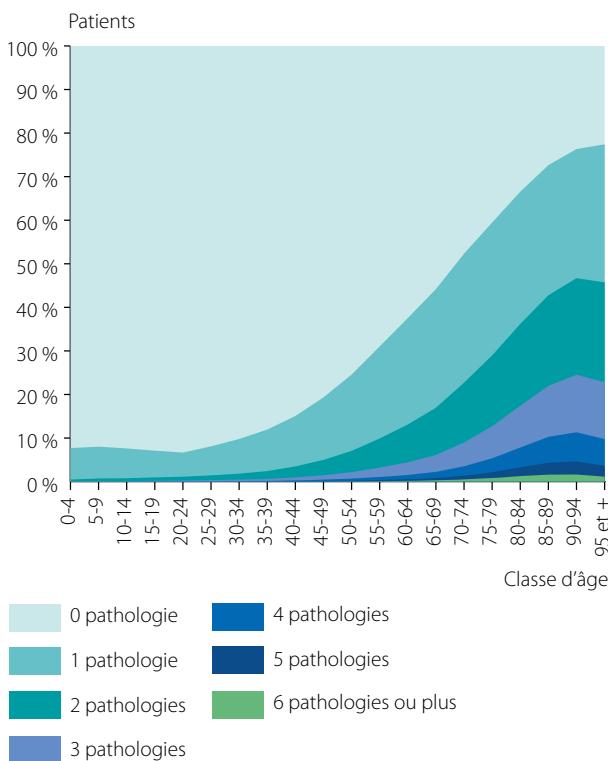
1.2 La polypathologie et son évolution de 2011 à 2013

L'espérance de vie s'allonge, et c'est pour une part le fruit des progrès médicaux qui permettent de prévenir, dépister précocement et mieux prendre en charge un certain nombre de maladies chroniques, mais ces maladies demeurent et se multiplient au fur et à mesure de l'avancée en âge. Cet accroissement de la polypathologie pose des défis aux systèmes de soins tels que : nécessité de coordonner au long cours les interventions de professionnels multiples, difficulté d'appliquer des recommandations conçues par maladie et de prioriser avec le patient, risques de iatrogénie.

La fréquence des pathologies multiples augmente avec l'âge et s'élève rapidement à partir de 50 ans (**figure 3**)⁴, plus encore chez les hommes que chez les femmes : 8 % des hommes entre 50 et 54 ans et 29 % entre 70 et 74 ans cumulent au moins deux pathologies, contre 6 % et 17 % des femmes respectivement. Au moins trois pathologies sont retrouvées chez 18 % des hommes entre 75 et 79 ans (9 % pour les femmes), et chez 30 % des hommes entre 85 et 89 ans (18 % pour les femmes - **figure 4**).

La polypathologie, au sens de l'association d'au moins deux maladies chroniques, est également plus fréquente chez les personnes vivant dans les communes les plus défavorisées d'un point de vue socio-économique⁵. Ce gradient social apparaît dès 30 ans, lorsque la fréquence de la polypathologie s'accentue (**figure 5**). Il augmente rapidement jusqu'à 60-64 ans, particulièrement chez les hommes : à cet âge, l'écart est de 7 % entre groupes extrêmes (21 % versus 14 %), et de 5 % chez les femmes (13 % versus 8 %). Le gradient social disparaît aux âges les plus élevés, l'âge étant alors un élément encore plus déterminant dans l'existence de la polypathologie. Les pathologies concernées correspondent essentiellement aux maladies cardio-neurovasculaires, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques.

► **FIGURE 3**
Nombre de maladies chroniques^(a), selon l'âge, en 2013



(a) Pathologies chroniques exclusivement (hors traitements chroniques, hors hospitalisations ponctuelles et hors maternité)

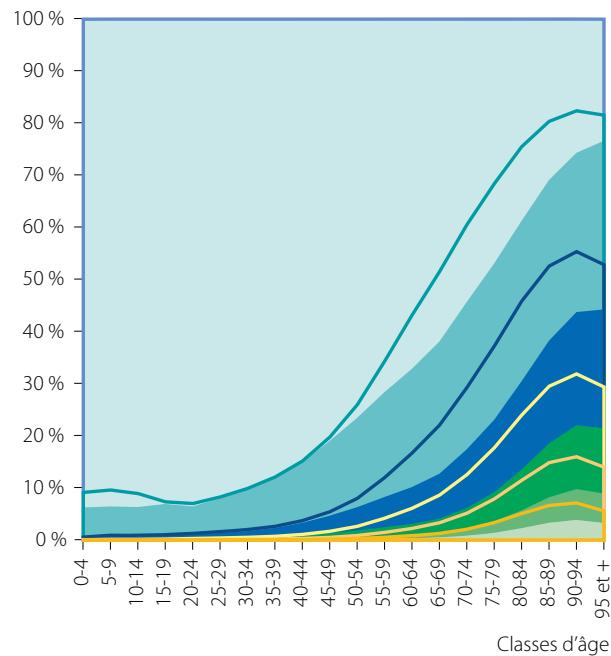
Champ : régime général - France entière

Source : Cnamts (cartographie 2013)

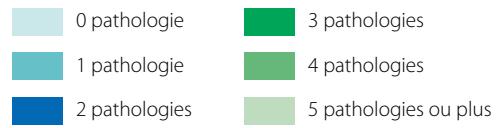
(4) Afin d'étudier l'association de pathologies chroniques, une analyse spécifique a été réalisée sur les 49 groupes de pathologies chroniques appartenant aux maladies cardio-neurovasculaires, au diabète, aux cancers, aux maladies neurologiques ou dégénératives, aux maladies respiratoires chroniques, aux maladies rares ou inflammatoires, au VIH, aux maladies du foie ou du pancréas, aux maladies psychiatriques et aux autres prises en charge pour affections de longue durée. La prise en charge pour maternité, les hospitalisations dites ponctuelles et les traitements, qu'il s'agisse des psychotropes, antihypertenseurs, hypolipémiants et antalgiques ou anti-inflammatoires, n'ont pas été considérés.

(5) L'indicateur utilisé ici est un indicateur dit «de défavorisation» mis au point par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui permet de classer les communes de résidence selon leurs caractéristiques socio-économiques : taux de chômage, revenus moyens des ménages, niveau moyen d'études et proportion d'ouvriers. La population est classée en dix groupes d'effectifs de patients égaux, en fonction de la résidence dans une commune allant des plus favorisés socialement aux moins favorisés.

► FIGURE 4
Nombre de maladies chroniques^(a),
selon l'âge et le sexe, en 2013



Femmes



Hommes

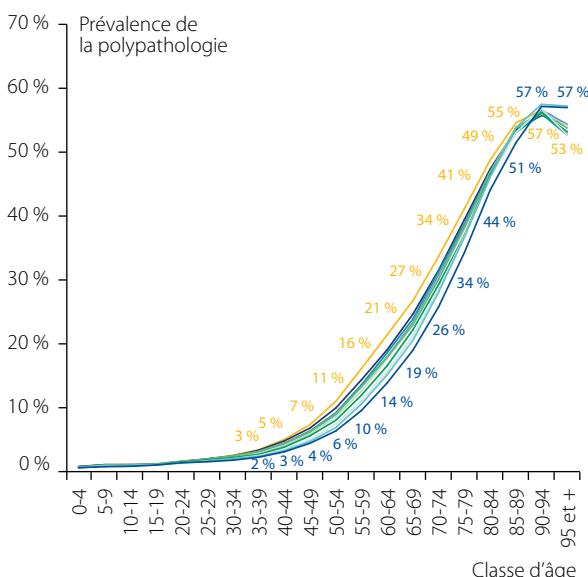


(a) Pathologies chroniques exclusivement (hors traitements chroniques, hors hospitalisations ponctuelles et hors maternité)

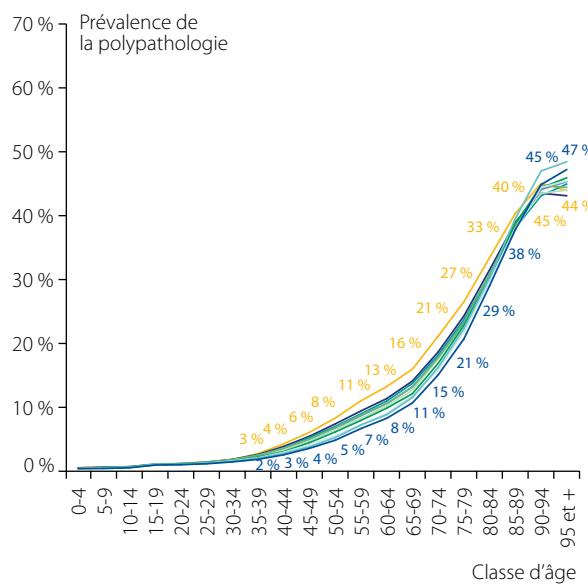
Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)

► FIGURE 5
Fréquence de la polypathologie, selon l'âge
et le niveau socio-économique en 2013
(indice géographique de défavorisation
de la commune de résidence^(a))

Hommes



Femmes



(a) Définition de l'indicateur en note de bas de page n°5

Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)

1.3 L'analyse médicalisée des dépenses d'assurance maladie en 2013

1.3.1 / Fréquence et coût des grandes catégories de pathologies, traitements et événement de santé

Les dépenses dans le champ de l'Ondam se sont élevées à 173,8 milliards d'euros en 2013. L'analyse médicalisée des dépenses ne portant pas sur la totalité de ce champ, les dépenses réparties s'élèvent à 147 milliards d'euros⁶ (**figure 6**).

En termes de pathologies, les maladies cardio-neurovasculaires et les cancers 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 affection de longue durée – ALD – et les traitements réguliers par psychotropes) représente 15 % (**figure 7**)⁷.

1.3.2 / Répartition des dépenses par poste

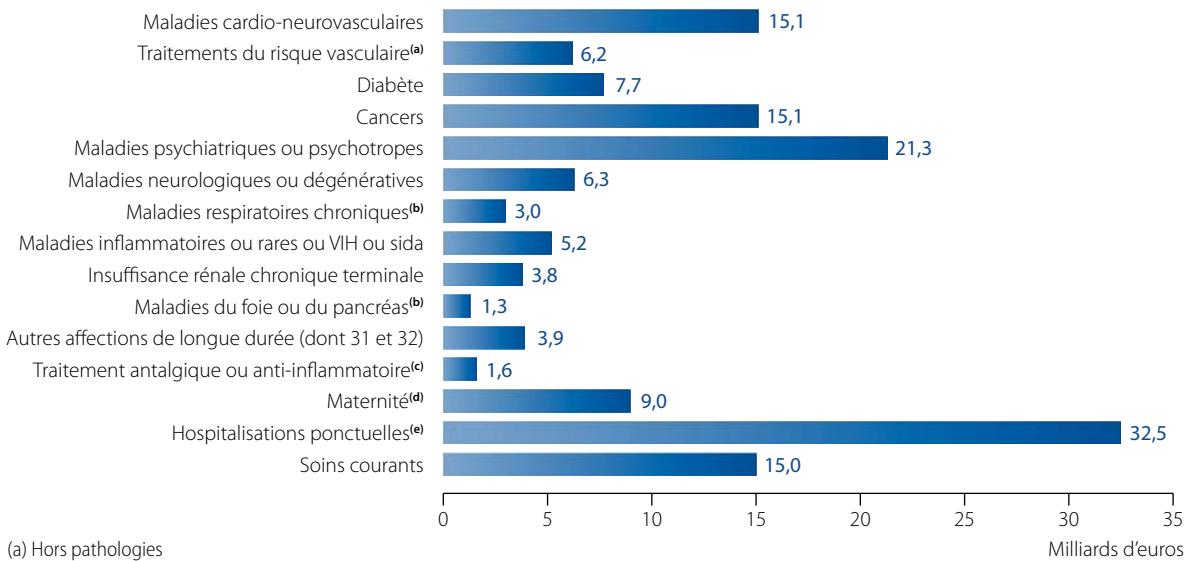
Le poids des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prestations en espèces (indemnités journalières, invalidité) varie selon les pathologies et situations de soins (**figure 8**).

Les prestations en espèces représentent 43 % des dépenses de maternité, plus d'un tiers des dépenses des personnes sous traitement régulier par antalgiques ou anti-inflammatoires, et 22 % des dépenses pour les maladies psychiatriques et traitements par psychotropes (dont plus de la moitié correspond à des prestations d'invalidité).

Les dépenses d'hospitalisation sont évidemment prédominantes dans les épisodes hospitaliers ponctuels (77 %), mais aussi dans l'insuffisance rénale chronique terminale (68 %),

► FIGURE 6

Répartition des dépenses en 2013 par groupe de pathologies, traitement et événements de santé



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

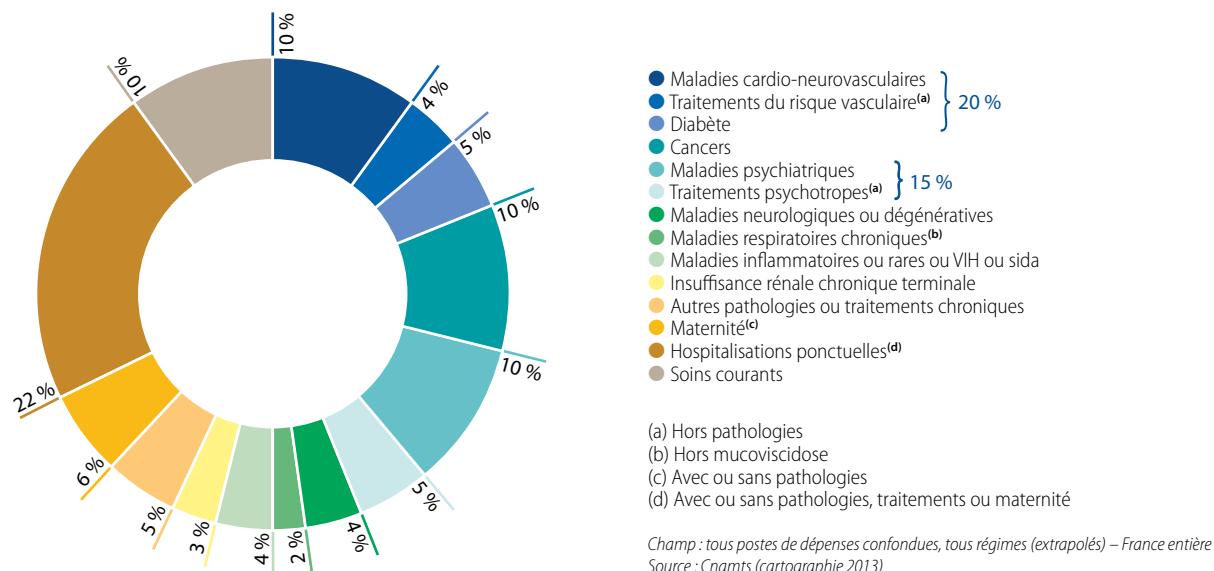
Champ : tous postes de dépenses confondues, tous régimes (extrapolés) – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)

(6) Certaines dépenses ne sont pas individualisables par patient et ne pourraient donc être affectées que de manière conventionnelle, 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 du champ de l'Ondam (indemnités journalières maternité, invalidité) sont incluses dans l'analyse (voir détail dans l'**encadré 1**).

(7) Cette répartition des dépenses pour 2013 entre les grands groupes de population considérées est similaire à celle qui figure dans le précédent rapport, pour les dépenses de l'année 2012, et cela malgré les évolutions intervenues sur le système d'information et les modifications méthodologiques apportées, qui ont impacté à la fois les effectifs et les montants affectés aux différents sous-groupes de population considérées.

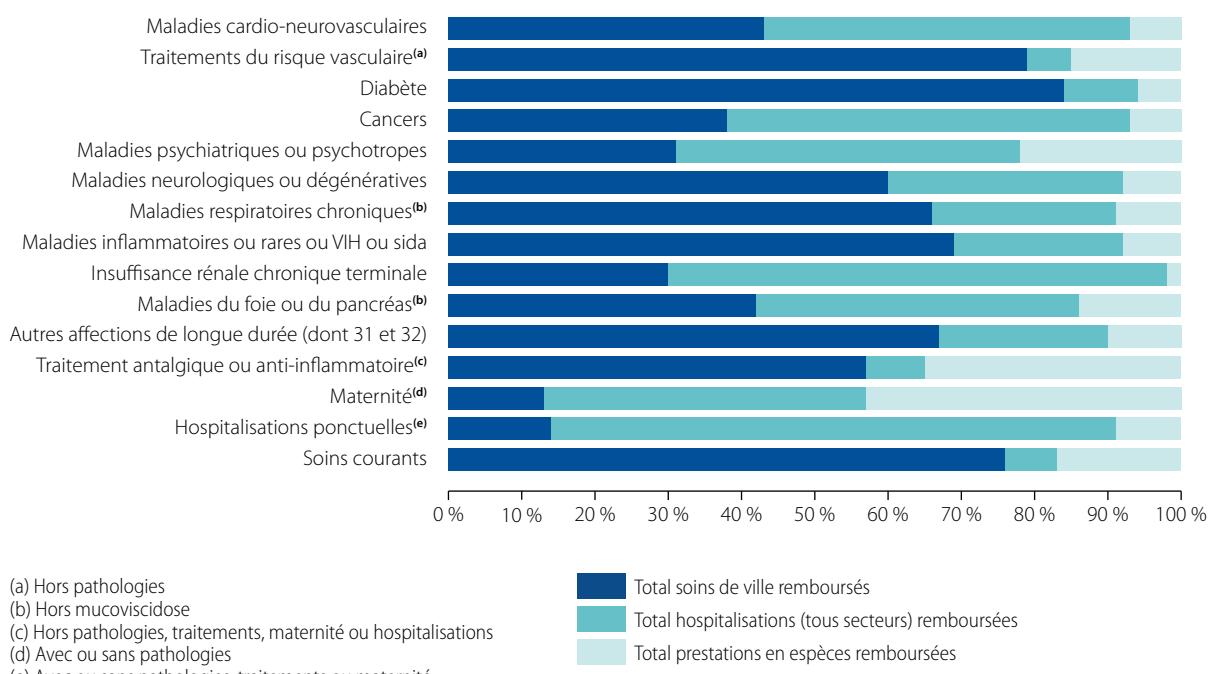
► FIGURE 7

Répartition des dépenses selon les pathologies, traitements et événements de santé en 2013



► FIGURE 8

Structure des dépenses par groupe de pathologies, traitements et événements de santé en 2013



les cancers (55 %), les pathologies cardio-neurovasculaires (50 %), la maternité (44 %) et la santé mentale (47 % au global), mais plus des deux tiers de la dépense liée aux pathologies psychiatriques.

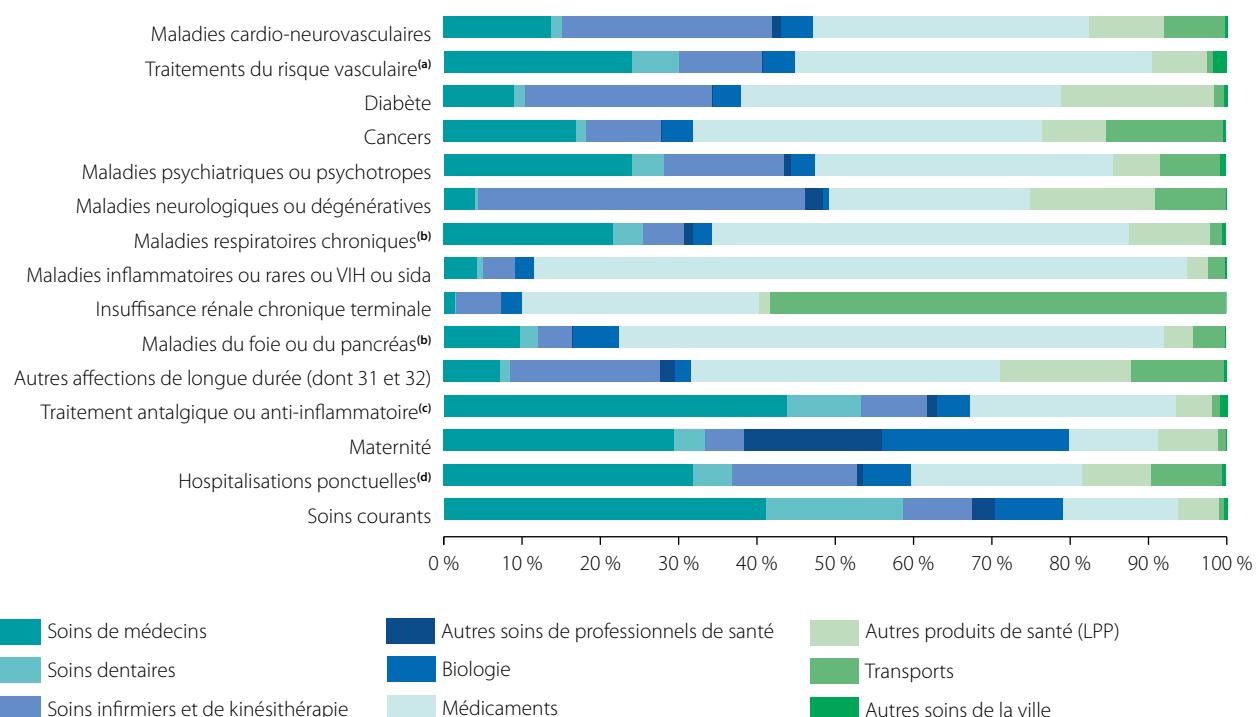
Pour les autres pathologies, les soins de ville constituent le poste le plus important⁸.

Parmi les soins de ville, la structure des dépenses (**figure 9**) varie selon les sous-groupes de population considérés, même si le médicament est souvent le principal poste de dépense, comme pour le groupe des maladies inflammatoires, des maladies rares et du VIH ou les maladies du foie et du pancréas. Pour l'insuffisance rénale chronique terminale (et en particulier pour la prise en charge des personnes dialysées), ce sont les dépenses liées aux transports qui sont prépondérantes (58 % des dépenses de

soins de ville, 18 % de l'ensemble des dépenses remboursées). Les soins de kinésithérapie ou d'infirmiers représentent une part importante des dépenses de soins de ville pour les maladies neurodégénératives, et dans une moindre mesure pour le diabète et les pathologies cardio-neurovasculaires. Les soins de médecins sont prépondérants pour les patients traités de façon chronique par antalgiques ou anti-inflammatoires (hors pathologies), ainsi que pour ceux n'ayant aucune pathologie, aucune hospitalisation ponctuelle ou maternité

La répartition par poste de dépenses peut également être analysée selon une grille de lecture inverse, c'est-à-dire en regardant pour chaque poste quelles sont les pathologies les plus fréquentes (cf. en parties 5.2. et 5.3. sur les transports et les indemnités journalières).

► FIGURE 9
Structure des dépenses de soins de ville par groupe de pathologies, traitements et événements de santé en 2013



(a) Traitements pour hypertension ou hyperlipidémie, hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(d) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)

(8) Pour les groupes « traitements psychotropes », « traitements antalgiques ou anti-inflammatoires » et « hors pathologie, maternité, hospitalisation ponctuelles, antalgiques », pour lesquels par construction (cf. algorithmes) il n'y a pas de séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et/ou en psychiatrie, les dépenses du poste « hospitalisation » correspondent aux dépenses induites par les actes et consultations externes et/ou à celles des soins de suite et de réadaptation (SSR) qui font l'objet d'une affectation par proratisation.

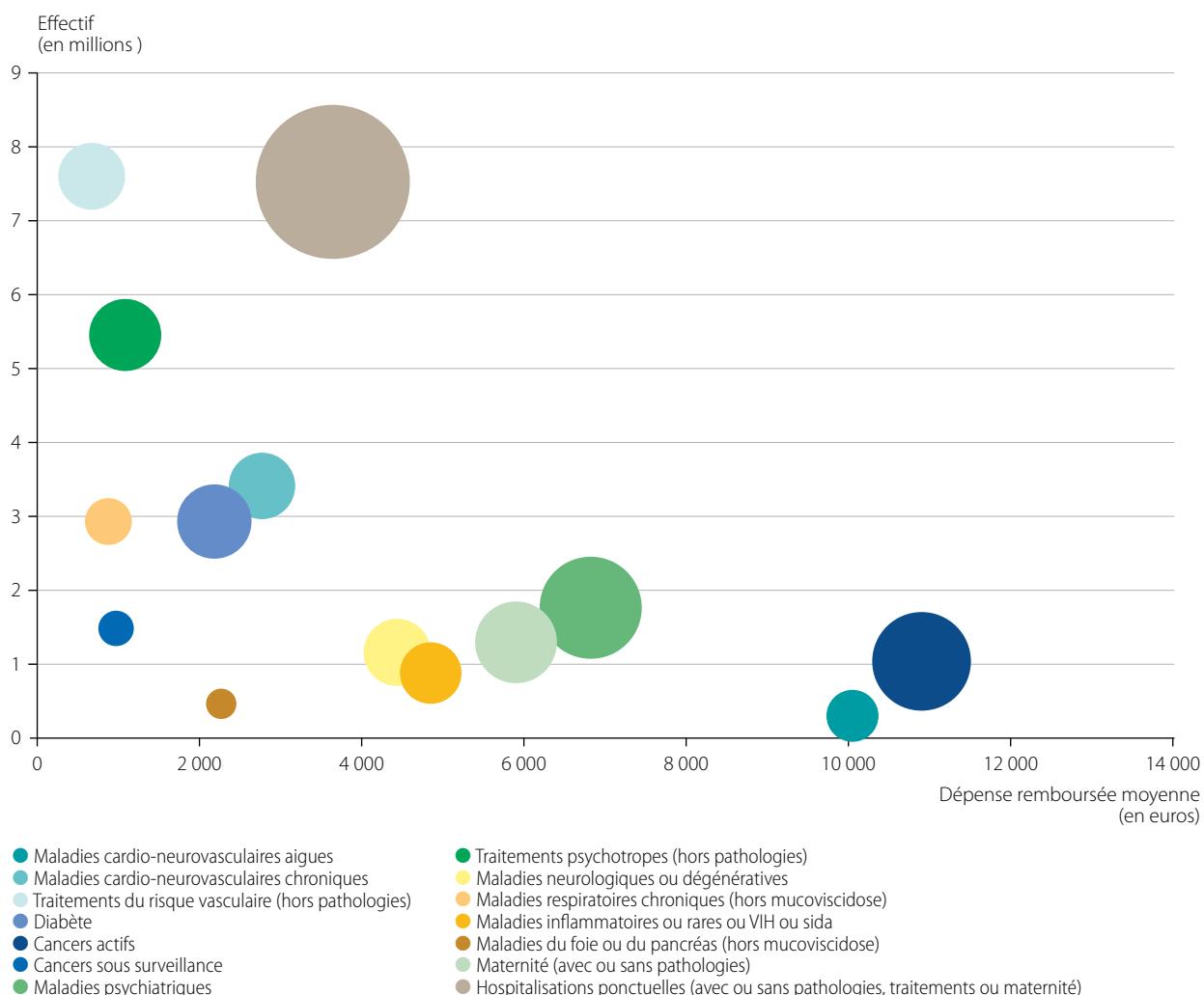
1.3.3 / Dépenses totales, effectifs et dépenses annuelles moyennes par patient

Les dépenses annuelles moyennes par patient⁹ sont variables selon le groupe de pathologies, et selon que celles-ci sont en phase aiguë ou chronique ([tableau 1](#)).

La dépense totale de chaque pathologie est la résultante de sa prévalence (les effectifs de patients concernés) et de ses coûts moyens ([figure 10](#)).

► **FIGURE 10**

Effectifs, dépenses remboursées totale et moyenne par groupe de pathologies, traitements et événements de santé en 2013



Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées. Seuls ont été représentés les principaux groupes de population considérés afin de ne pas alourdir le graphique. Bien que le poids de l'insuffisance rénale terminale soit important malgré les faibles effectifs, cette pathologie n'a pas été représentée en raison d'une dépense moyenne (environ 44 900 € par patient par an) très supérieure à celles des autres pathologies représentées, et donc hors champ du graphique.

Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)

(9) Ces dépenses moyennes concernent les patients du régime général, y compris les sections locales mutualistes.

► TABLEAU 1

**Effectifs et dépenses moyennes remboursées par an par patient en 2013
pour les groupes de pathologies, traitements et événements de santé considérés**

	Effectifs	Dépense moyenne globale	<i>dont soins de ville</i>	<i>dont hospitalisations</i>	<i>dont prestations en espèces</i>
Pathologies cardio-neurovasculaires	3 526 200	3 569 €	1 517 €	1 808 €	243 €
<i>dont :</i>					
• <i>Pathologies cardio-neurovasculaires aiguës</i>	310 800	10 045 €	1 401 €	8 386 €	259 €
• <i>Pathologies cardio-neurovasculaires chroniques</i>	3 418 300	2 768 €	1 437 €	1 103 €	228 €
Traitements du risque vasculaire ^(a)	7 611 500	679 €	538 €	43 €	98 €
Diabète	2 932 100	2 174 €	1 812 €	222 €	140 €
Cancers	2 460 700	5 155 €	1 936 €	2 867 €	352 €
<i>dont :</i>					
• <i>Cancers actifs</i>	1 031 700	10 893 €	3 685 €	6 663 €	544 €
• <i>Cancers surveillés</i>	1 499 700	966 €	642 €	120 €	204 €
Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes	7 229 200	2 493 €	769 €	1 188 €	536 €
<i>dont :</i>					
• <i>Maladies psychiatriques</i>	1 764 400	6 815 €	1 252 €	4 614 €	949 €
• <i>Traitements psychotropes</i>	5 464 900	1 097 €	614 €	81 €	402 €
Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	666 300	3 767 €	2 455 €	1 253 €	59 €
Maladies neurologiques	530 900	5 061 €	2 754 €	1 591 €	716 €
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	2 908 700	870 €	575 €	217 €	78 €
Maladies inflammatoires, rares et VIH	901 800	4 845 €	3 354 €	1 106 €	385 €
Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	71 000	44 880 €	13 309 €	30 691 €	881 €
<i>dont :</i>					
• <i>Dialyse chronique</i>	39 400	65 091 €	17 296 €	47 211 €	584 €
• <i>Transplantation rénale</i>	2 600	75 270 €	18 326 €	54 663 €	2 281 €
• <i>Suivi de transplantation rénale</i>	29 000	14 713 €	7 444 €	6 110 €	1 159 €
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	469 800	2 264 €	953 €	1 006 €	305 €
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire ^(c)	1 486 300	926 €	526 €	71 €	329 €
Maternité	1 306 400	5 902 €	772 €	2 677 €	2 453 €
Hospitalisations ponctuelles ^(c)	7 537 100	3 635 €	498 €	2 797 €	340 €

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

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, hospitalisations ponctuelles ou maternité

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie 2013)

1.4 Évolution 2011-2013 des dépenses remboursées (régime général) par pathologie

Entre 2011 et 2013, les dépenses totales (régime général, y compris les sections locales mutualistes) ont augmenté de 2,4 % en moyenne par an (sur le champ des dépenses réparties – encadré 1), mais ce taux moyen recouvre des situations très contrastées selon les sous-groupes considérés (figure 11).

C'est pour les maladies inflammatoires, les maladies rares et le VIH que la dynamique des dépenses est la plus soutenue (+5,8 % par an), tant en raison de l'augmentation des effectifs (+3,6 % par an) que de l'augmentation soutenue des coûts moyens de prise en charge (+2,1 %).

Les dépenses liées aux cancers et à l'insuffisance rénale chronique terminale évoluent dans une fourchette de +4 à +5 % par an. Pour l'insuffisance rénale chronique terminale, l'augmentation résulte notamment d'une croissance soutenue des dépenses de transports (+7,6 % par an), qui ont un poids important dans le total des dépenses remboursées pour cette pathologie (17 %).

L'évolution annuelle des dépenses liées aux maladies neuro-dégénératives, aux maladies cardio-neurovasculaires et au

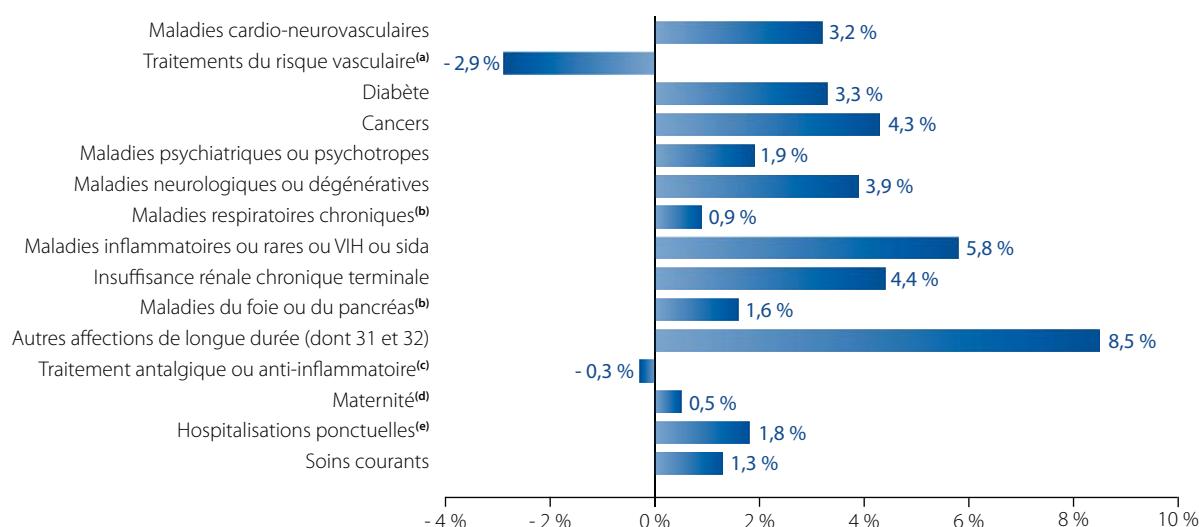
diabète est légèrement plus faible (respectivement +3,9 %, +3,2 % et +3,3 %).

Les dépenses liées aux hospitalisations ponctuelles, aux soins courants, à la santé mentale, aux maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) et à la maternité, qui concernent toutes un grand nombre de personnes, évoluent à un taux de l'ordre de 0,5 % à 2 %.

À l'inverse, l'évolution de la dépense globale est ralentie par la baisse des dépenses affectées à la prise en charge du risque vasculaire (-2,9 % par an) ainsi que par celle affectée à la prise en charge des personnes traitées de façon chronique par antalgique ou anti-inflammatoire (sans pathologie, ni hospitalisation ponctuelle, ni maternité). Ces deux groupes de population représentent environ 5 % des dépenses remboursées. Les baisses observées sont notamment liées à la diffusion des médicaments génériques, ce qui se traduit par une diminution marquée des dépenses remboursées de médicaments (-8,9 % pour le sous-groupe « traitements du risque vasculaire » et -4,7 % pour le sous-groupe de population « traitement par antalgique ou anti-inflammatoire »).

► FIGURE 11

Taux de croissance annuel moyen des dépenses entre 2011 et 2013 par groupe de pathologies, traitements et événements de santé



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)

Les évolutions observées sur les dépenses affectées aux pathologies (**figure 12**) sont le résultat non seulement des évolutions observées en termes d'effectifs (partie 1.1.), mais également des évolutions dans les coûts moyens de prise en charge des pathologies, avec parfois des effets de structure induits par des évolutions différentes et contrastées au sein des regroupements considérés.

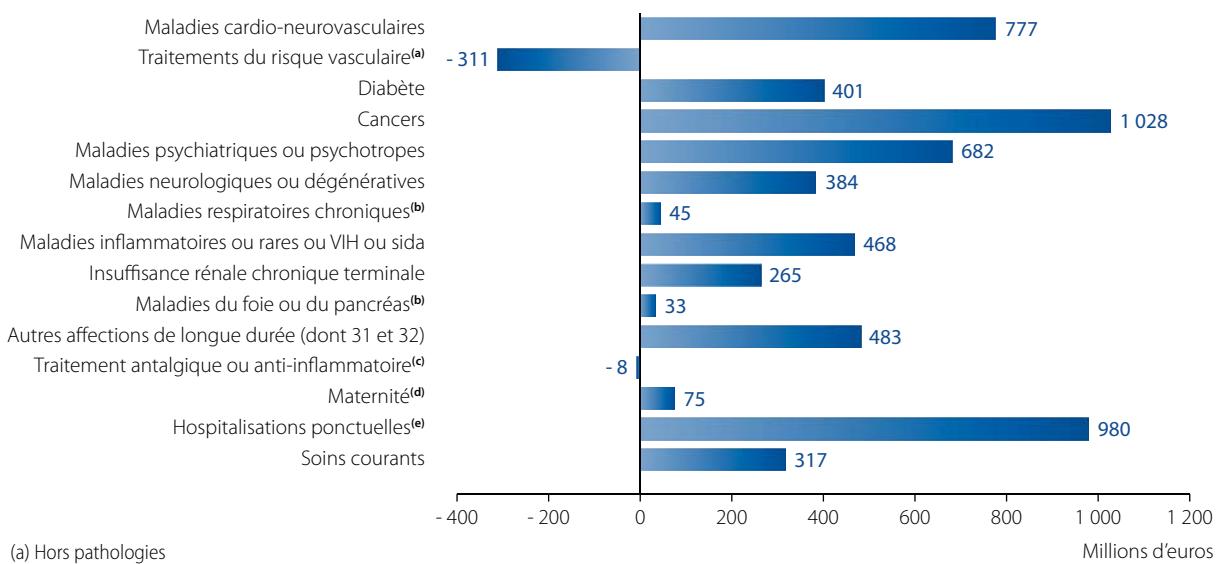
Ainsi, certains groupes de pathologies ou traitements ont vu leur coût moyen de prise en charge annuel baisser sur la période. C'est le cas du risque vasculaire (- 2 % par an), mais aussi dans une moindre mesure des maladies respiratoires chroniques (- 0,9 % par an), des pathologies cardio-neurovasculaires (- 0,3 % par an) et des maladies du foie ou du pancréas (- 0,2 % par an).

Six grandes catégories ont vu leur coût moyen de prise en charge annuelle augmenter sur la période mais de façon moins soutenue que l'Ondam ou avec un taux d'évolution proche. C'est le cas de la prise en charge des maladies inflammatoires ou rares ou VIH/sida (+ 2,1 % par an), des maladies neurologiques (+ 2 % par an), de l'insuffisance rénale chronique terminale (+ 1,2 % par an), des traitements anti-inflammatoires ou antalgiques (+ 1 % par an), des hospitalisations ponctuelles (+ 0,7 % par an), des maladies dégénératives (+ 0,2 % par an).

Enfin, trois grandes catégories ont vu leur coût moyen de prise en charge augmenter avec des taux de croissance annuels moyens supérieurs à 2,5 % : les cancers (+ 3,6 % par an), les maladies psychiatriques ou traitements par psychotropes (+ 3,1 % par an) et la maternité (+ 2,7 % par an).

► FIGURE 12

Évolution des dépenses remboursées entre 2011 et 2013 par groupe de pathologies, traitements et événements de santé



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie 2013)

► ENCADRÉ 1

Correspondance entre le champ Ondam^(a) et celui de la cartographie médicalisée des dépenses en 2013

	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 2013	prises en compte dans la cartographie		
Soins de ville (y compris indemnités journalières maladie AT-MP ^(b))	79,2	72,05	91 %	Permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM ^(c) , FAC ^(d) , aides à la télétransmission
Établissements de santé	76,1	65,3	86 %	Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG...) Migac ^(e) , HAD ^(f)
Établissements et services médico-sociaux	17,1	0	0 %	Tous
Autres prises en charge (FMESPP ^(g) , Fiqcs ^(h) ...)	1,3	0	0 %	FMESPP, Fiqcs
Total Ondam	173,8	137,3	79 %	
Postes hors champ Ondam (indemnités journalières maternité et invalidité)		9,7		
Total dépenses de la cartographie		147,0		

(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

CHAPITRE

2

Enjeux de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques

2.1 L'obésité : l'enjeu des pratiques cliniques préventives et les questions soulevées par le développement du traitement chirurgical

En 2012, 32,3 % des Français adultes (plus de 18 ans) sont en surpoids et 15 % sont obèses, soit 7 millions de personnes¹⁰. Cette proportion continue à augmenter, mais de manière ralenti sur la période récente. Chez les plus jeunes, l'obésité concerne 3,5 % des enfants de 5-6 ans (en 2012-2013) et environ 4 % des adolescents des classes de CM2 et troisième (en 2008-2009). Elle est stable chez ces derniers et diminue chez les plus jeunes depuis une quinzaine d'années.

L'obésité touche différemment les différentes classes de la société : elle est deux fois plus importante chez les personnes ayant un niveau d'éducation court que chez celles ayant un niveau d'études supérieur au bac + 2. Elle est aussi beaucoup plus fréquente dans certaines régions, en particulier le Nord de la France et les départements d'outre-mer.

2.1.1 / L'enjeu de la prise en charge du surpoids chez l'enfant

D'après l'Enquête nationale de santé réalisée en milieu scolaire, 8,7 % des élèves scolarisés en grande section de maternelle

(5-6 ans) en 2012-2013 étaient en surpoids et 3,5 % étaient obèses. À cet âge, la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée pour les filles (respectivement 9,7 % et 3,8 %) que pour les garçons (7,3 % et 3,1 %).

Les enquêtes réalisées en 2007-2008 auprès des classes de CM2 et des adolescents des classes de troisième (2008-2009) rapportent que respectivement 14,8 % et 13,7 % étaient en surpoids et que l'obésité concernait 4,0 % et 3,9 % des élèves (**tableau 2**).

Ces enquêtes mettent en évidence de fortes inégalités sociales, la prévalence du surpoids et de l'obésité étant toujours de 3 à 4 fois plus élevée parmi les enfants dont le père est ouvrier que parmi ceux dont le père est cadre ou de profession intermédiaire (**tableau 3**).

Malgré l'abondante littérature dans ce domaine montrant le lien entre environnement social et économique d'une part et activité physique et alimentation d'autre part, les données probantes sont rares et soulignent la nécessité de développer la recherche interventionnelle en santé des populations. Une expertise collective de l'Inserm¹¹ insiste notamment sur

► TABLEAU 2

Prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité selon le sexe en grande section de maternelle, CM2 et troisième

Classes	Dernière année de recueil	Sexe	Surcharge pondérale	Surpoids	Obésité
Grandes sections de maternelle	2012-2013	Ensemble	11,9 %	8,7 %	3,2 %
		Garçons	10,4 %	7,3 %	3,1 %
		Filles	13,5 %	9,7 %	3,8 %
CM2	2007-2008	Ensemble	18,9 %	14,8 %	4,0 %
		Garçons	18,7 %	14,5 %	4,2 %
		Filles	19,0 %	15,2 %	3,8 %
Troisième	2008-2009	Ensemble	17,6 %	13,7 %	3,9 %
		Garçons	17,9 %	13,8 %	4,1 %
		Filles	17,3 %	13,5 %	3,8 %

Champ : France

Source : Drees-DGESCO (enquêtes nationales de santé auprès des élèves)

(10) Données de l'enquête « Obépi », 2012.

(11) Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, Inserm, Expertise collective, ITMO Santé publique – Aviesan, avril 2014.

► TABLEAU 3

Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe social des parents

Groupe social des parents	Grandes sections de maternelle (2012-2013)		CM2 (2007-2008)		Troisième (2008-2009)	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Cadres	5,9 %	1,3 %	8,8 %	0,8 %	10,2 %	2,3 %
Professions intermédiaires	7,8 %	2,4 %	14,2 %	2,2 %	12,6 %	2,1 %
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	9,0 %	4,8 %	17,5 %	3,9 %	15,3 %	3,9 %
Employés	9,5 %	4,8 %	16,6 %	4,4 %	14,9 %	5,0 %
Ouvriers	9,8 %	5,8 %	17,5 %	7,0 %	15,7 %	6,5 %
Ensemble	8,4 %	3,5 %	14,8 %	4,0 %	14,2 %	3,4 %

Champ : France

Source : Drees-DGESCO (enquêtes nationales de santé auprès des élèves)

le rôle des facteurs psychosociaux¹², sur les ressources cognitives, émotionnelles et motivationnelles dans le domaine de l'alimentation et de l'exercice physique ainsi que sur la nécessité de mettre en place des stratégies visant à soutenir les capacités des individus à développer leur propre motivation au changement, notamment par l'appui des proches.

Une obésité dans l'enfance et l'adolescence est associée à un excès de mortalité cardio-vasculaire à l'âge adulte

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'obésité serait responsable en moyenne de 6 % des dépenses de santé et de 10 à 13 % des décès¹³. Elle est un déterminant de la santé qui expose les personnes concernées à de nombreuses maladies cardio-vasculaires, métaboliques, articulaires¹⁴.

Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématûre à l'âge adulte, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardio-vasculaire, estimée entre 50 % et 80 %.

Le poids pendant l'enfance est un élément prédictif du poids à l'âge adulte. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 % à 50 % avant la puberté, à 50 % à 70 % après la puberté. Inversement, la majorité des adultes obèses ne l'étaient pas avant la puberté.

Les profils d'enfants à risque sont associés à un poids de naissance élevé, à une absence d'allaitement maternel, à une évolution défavorable de l'indice de masse corporelle et à une obésité des parents.

Les différents types d'actions

On distingue classiquement trois niveaux d'actions de prévention : la prévention universelle, qui vise la population dans son ensemble (cela recouvre par exemple les actions du programme national nutrition santé – PNNS, pour tous, sur l'information et l'éducation nutritionnelle sur les repères de consommation) ; la prévention sélective, qui s'adresse aux groupes à risque élevé de prise de poids ; et la prévention ciblée, s'intéressant aux sujets présentant déjà un surpoids.

La prévention de l'obésité doit par ailleurs s'accompagner d'une réflexion sur sa prise en charge¹⁵.

D'après les résultats du Baromètre santé 2009, les médecins généralistes ne sont que 33 % à considérer que le surpoids est un sujet « tout à fait » facile à aborder avec les patients (alors qu'ils déclarent être davantage à l'aise pour aborder le risque cardio-vasculaire (59 %) ou le tabac (50 %)¹⁶).

Une étude portant sur l'analyse des dossiers des enfants pris en charge dans un réseau de prévention et de prise en charge

(12) Comme par exemple : les attitudes et croyances relatives au comportement concerné, les normes sociales intériorisées et également le sentiment de contrôle ou d'auto-efficacité à mettre en œuvre.

(13) Branca F., Nikogosian H., Lobstein T., *Le défi de l'obésité dans la région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte*, résumé du rapport de l'OMS, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 2007.

(14) Recommandations de la HAS sur le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, septembre 2011.

(15) Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge, Inserm, Expertise collective, 2006.

(16) Gautier A., *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Saint-Denis, Inpes, Coll. Baromètre santé, 2011.

de l'obésité pédiatrique (RéPPop)¹⁷ a évalué à sept années en moyenne le délai entre le début du surpoids et la demande de prise en charge chez l'enfant¹⁸.

Les actions de l'Assurance Maladie auprès des professionnels de santé aux niveaux national et local

En cohérence avec les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2011, l'Assurance Maladie a mis en place dès 2010 des actions d'accompagnement des médecins généralistes pour les inciter à systématiser le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et son report sur les courbes de corpulence pour tous les enfants. Cette action avait pour objectif de repérer les enfants à risque de développer une obésité et de leur proposer une prise en charge la plus précoce possible.

La première campagne de visites des délégués de l'Assurance Maladie, d'octobre 2010 à avril 2011, a concerné plus de 23 000 médecins généralistes et a été relayée auprès des pédiatres lors d'échanges confraternels. Une seconde campagne, fin 2013, encore davantage centrée sur l'utilisation des courbes de corpulence et sur l'intérêt du repérage précoce des enfants à risque de devenir obèses, a été réalisée auprès de plus de 20 000 médecins généralistes. L'évaluation de cette action en 2014 montre une évolution dans leurs pratiques de dépistage : ils déclarent davantage calculer l'IMC pour tous les enfants (52 % en 2014 versus 45 % en 2011) et être plus attentifs au rebond d'adiposité précoce (48 % en 2014 versus 35 %). Ces résultats contrastent avec la stabilité de leur connaissance de la définition du rebond d'adiposité, où, comme en 2011, seulement 4 médecins sur 10 le situent correctement, vers l'âge de 6 ans. Ces visites ont également souligné l'attente des médecins en matière de soutien dans la prise en charge des enfants et de leur famille.

En parallèle, l'Assurance Maladie a soutenu la mise en place d'actions locales, notamment auprès des populations précaires et dans des quartiers en difficulté, par la diffusion de trois référentiels :

- en centres de protection maternelle et infantile (PMI), sur la base d'un cahier des charges national ;
- en centres d'examens de santé, en tant qu'offre de service aux médecins traitants ;
- dans le cadre d'actions locales, sur la base des orientations données pour les programmes financés par le Fond national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS) en 2012.

En 2014, une quarantaine d'actions sur le surpoids de l'enfant ont été soutenues, parmi lesquelles une vingtaine propose un volet « prise en charge » comportant, conformément aux recommandations de la HAS, des ateliers collectifs (diététique ou accompagnement psychologique) et/ou des consultations diététiques ou psychologiques associant éventuellement une offre de pratique d'activité physique.

En 2015, afin d'optimiser les actions locales financées dans le cadre du FNPEIS sur la thématique du surpoids de l'enfant, un cahier des charges a été diffusé pour :

- favoriser la mise en œuvre d'actions/de programmes répondant aux critères de qualité et aux recommandations ;
- soutenir leur évaluation, en proposant des outils communs d'évaluation qui permettront une analyse comparative des différentes interventions et de leurs résultats.

Une réflexion est par ailleurs menée sur des parcours de prise en charge des enfants souffrant d'obésité complexe dans les centres spécialisés de l'obésité.

2.1.2 / Les questions soulevées par le développement de la chirurgie bariatrique

L'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC = poids/taille²) supérieur à 30 kg/m². Au-delà de 35 kg/m², on parle d'obésité sévère, au-delà de 40 kg/m² on parle d'obésité morbide ou massive, ce qui concerne plus d'un demi-million de personnes (550 000) en France en 2012. Les recommandations de bonne pratique, en France comme à l'étranger¹⁹, indiquent la chirurgie de l'obésité (aussi appelée chirurgie bariatrique) en deuxième intention après l'échec d'un traitement médical, diététique et psychologique bien conduit, chez des patients dont l'IMC est supérieur ou égal à 40 kg/m² ou supérieur ou égal à 35 kg/m² lorsque l'obésité s'accompagne d'une comorbidité (diabète de type 2, apnée du sommeil, hypertension artérielle, etc.) (**tableau 4**).

(17) Les RéPPop ont été mis en place à partir de 2003. En 2011, il en existe dix en France. Financés essentiellement par le biais du Fiqcs, ils assurent une coordination territoriale des soins en proposant un parcours de soins coordonné à l'enfant et à sa famille. L'équipe assure l'organisation de la formation des partenaires du réseau et la cohérence entre les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge.

(18) Nicolet M., *Journées d'accueil au RéPPop Franche-Comté. Analyse descriptive et statistique, évaluation à distance*, Thèse de médecine, université de Franche-Comté, 2007.

(19) Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, HAS, 2009; Conseil suédois des technologies de santé (SBU, 2002); Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children, 2007; Dutch guidelines for obesity, 2008; Arrêté royal belge du 12 juin 2010, etc.

► TABLEAU 4

Des recommandations de bonne pratique similaires dans un grand nombre de pays

	Suède 2002	Autriche 2006	Canada 2007	Pays-Bas 2008	France 2009	Belgique 2010
Obésité	IMC ≥ 40	IMC ≥ 40	IMC ≥ 40 + mesure du tour de taille	IMC ≥ 40 + mesure du tour de taille	IMC ≥ 40	IMC ≥ 40
Obésité + comorbidité(s)	IMC ≥ 35	IMC ≥ 35	IMC ≥ 35 + mesure du tour de taille	IMC ≥ 35	IMC ≥ 35	IMC ≥ 35
Autres conditions:						
Tentative sérieuse de perte de poids	Oui		Oui	Oui	Oui (6-12 mois)	Oui (1 an)
Décision opération sur bilan pluridisciplinaire	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Suivi de long terme	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Sources : Conseil suédois des technologies de santé (SBU, 2002) ; Evidenz basierte Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für Adipositaschirurgie zur chirurgischen Therapie der Adipositas, 2006 ; Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children, 2007 ; Dutch guidelines for obesity, 2008 ; Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, HAS, 2009 ; Arrêté royal belge du 12 juin 2010.

La littérature internationale met en évidence l'efficacité de la chirurgie bariatrique, avec un recul de vingt ans²⁰. L'efficacité de l'intervention chirurgicale est toujours supérieure à la prise en charge médicale. L'intervention permet tout d'abord une perte de poids rapide et importante, pouvant atteindre 60 % de l'excès de poids initial²¹, bien supérieure à celle occasionnée par une prise en charge hygiéno-diététique.

Mais elle peut également avoir un impact sur le métabolisme, soit directement par la perte de poids, soit dans le cas de chirurgie malabsorptive par des mécanismes métaboliques plus complexes. Elle réduit l'incidence des comorbidités liées à l'obésité (diabète de type 2, apnée du sommeil, hypertension artérielle, arthrose, atteinte hépatique non alcoolique, etc.)²² et peut occasionner des rémissions quand ces pathologies sont déjà présentes. Enfin, l'opération entraîne une amélioration de la qualité de vie des patients, peut rendre possibles les grossesses

et peut limiter le nombre d'arrêts de travail et de situations d'invalidité.

L'efficience des interventions est également désormais solidement établie. En fonction des hypothèses retenues (horizon temporel, impact sur les comorbidités à long terme, coûts pris en compte), elle apparaît soit moins chère, soit plus chère²³ avec un ratio différentiel coûts-résultats faible²⁴, et donc toujours efficiente. La chirurgie est encore plus efficiente chez certains patients : c'est le cas des patients diabétiques de type 2, et de ceux avec un IMC très élevé ($> 50 \text{ kg/m}^2$)²⁵. Les recommandations de certains pays, notamment l'Allemagne et l'Angleterre, évoluent progressivement vers des indications métaboliques, c'est-à-dire la réalisation d'une chirurgie, chez des personnes obèses ayant un IMC le moins élevé (30-35 kg/m²) mais qui ont développé des anomalies métaboliques²⁶ et en particulier un diabète (tableau 5).

(20) *The Lancet*, 2014; Sjöström, « Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery », *Journal of internal medicine*, 2012.

(21) Buchwald et al., « Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis », *JAMA*, 2004.

(22) Booth et al., « Incidence of type 2 diabetes after bariatric surgery : population-based matched cohort study », *The Lancet*, 2014.

(23) Wise J., « Audit shows that bariatric surgery is cost effective », *British medical journal*, 2014; Mäklin et al., « Cost-utility of bariatric surgery for morbid obesity in Finland », *British journal of surgery*, 2011; Hoerger et al., « Cost-effectiveness of bariatric surgery for severely obese adults with diabetes », *Diabetes care*, 2010; Crémieux et al., « Return on investment for bariatric surgery », *American journal of managed care*, 2008; Finkelstein et al., « A cost-benefit simulation model of coverage for bariatric surgery among full-time employees », *American journal of managed care*, 2005.

(24) Pollock et al., « Evaluating the cost-effectiveness of laparoscopic adjustable gastric banding versus standard medical management in obese patients with type 2 diabetes in the UK », *Diabetes obesity metabolic*, 2013; Keating et al., « Cost-effectiveness of surgically induced weight loss for the management of type 2 diabetes: modeled lifetime analysis », *Diabetes care*, 2009; Salem et al., « Cost-effectiveness analysis of laparoscopic gastric bypass, adjustable gastric banding, and nonoperative weight loss interventions », *Surgical obesity related diseases*, 2008; Ackroyd et al., « Cost-effectiveness and budget impact of obesity surgery in patients with type-2 diabetes in three European countries », *Obesity surgery*, 2006; Clegg et al., « Clinical and cost effectiveness of surgery for morbid obesity: a systematic review and economic evaluation », *International journal of obesity related metabolic disorders*, 2003.

(25) Mäklin et al., « Cost-utility of bariatric surgery for morbid obesity in Finland », *British journal of surgery*, 2011; Hoerger et al., « Cost-effectiveness of bariatric surgery for severely obese adults with diabetes », *Diabetes care*, 2010; Chevallier et al., « Medicoeconomic evaluation of the treatment of morbid obesity by Swedish adjustable gastric banding (SAGB) », *Annales de chirurgie*, 2006.

(26) Les recommandations allemandes (AWMF) depuis 2011, anglaises (Nice) et européennes (EASO) depuis 2014, préconisent par exemple d'opérer à partir d'un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$ associé à un diabète de type 2.

► TABLEAU 5

Des recommandations récentes qui évoluent vers la chirurgie métabolique

	Allemagne 2011	États-Unis 2013	Angleterre 2014	EASO(a) 2014	Suisse 2014
Obésité	IMC ≥ 40	IMC ≥ 40	IMC ≥ 40	IMC ≥ 40	IMC ≥ 35
Obésité + comorbidité(s)	IMC ≥ 35 IMC ≥ 30 pour le diabète	IMC ≥ 35 IMC ≥ 30 pour réduction des facteurs de risque MCV(b) et diabète	IMC ≥ 35 IMC ≥ 30 pour le diabète	IMC ≥ 35 IMC ≥ 30 pour le diabète	IMC ≥ 35
Autres conditions :					
Tentative sérieuse de perte de poids	Oui (6-12 mois)	Oui	Oui	Oui	Oui (2 ans)
Décision opération sur bilan pluridisciplinaire	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Suivi de long terme	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

(a) EASO : European Asylum Support Office

(b) MCV : maladie cardio-vasculaire

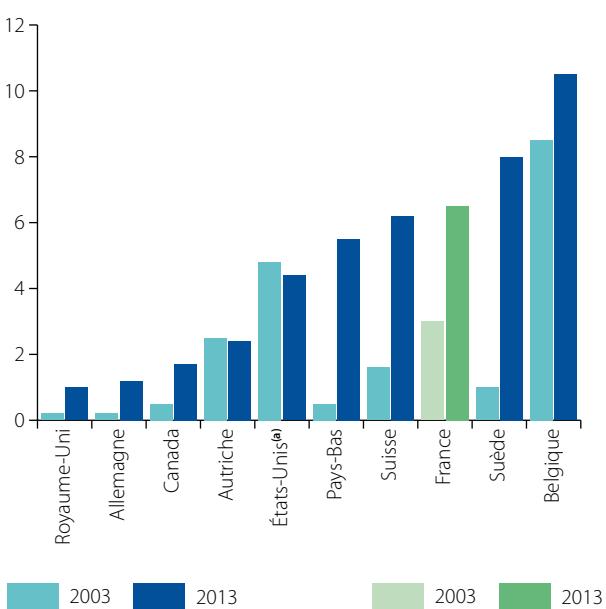
Sources : AWMF Leitlinien S3 Chirurgie der Adipositas, 2011, American Society for Bariatric and Metabolic Surgery, 2013 (il existe par ailleurs des recommandations de l'American heart association, 2013, et du National institute of diabetes and digestive and kidney diseases, 2011); Nice clinical guidelines 189, 2014; Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery, 2014; Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité, Smob, 2014

Enfin, de même que l'impact positif de la chirurgie bariatrique est bien documenté dans la littérature scientifique, ses complications le sont aussi. Le taux de mortalité post-opératoire n'est pas nul pour une pathologie qui n'engage pas à court terme le pronostic vital, et les complications opératoires existent même après pose d'anneau (migration, infection...). L'échec ou la reprise de poids, les troubles psychiatriques ainsi que les conséquences des modifications apportées sur le système digestif (gastrite, ulcère digestif, cholécystite, dénutrition, *dumping syndrome*, hypoglycémies, carences vitaminiques, perte de la masse musculaire...) peuvent retentir fortement sur la qualité de vie. Les conséquences à long terme ne sont pas complètement connues, bien que le recul sur certaines techniques (anneau et bypass) dépasse maintenant vingt années. Par ailleurs, une ou des interventions peuvent être nécessaires à long terme. Dans ce cas, les indications opératoires et le type de chirurgie ne sont pas encore bien décrits.

Une pratique en pleine expansion

La preuve de l'efficacité de la chirurgie sur la perte de poids et le métabolisme expliquent le développement quasi exponentiel de la pratique. Dans les pays de l'OCDE, le nombre total d'opérations a été multiplié par trois entre 2003 et 2011 (figure 13). La France compte parmi les pays où la chirurgie bariatrique est maintenant la plus développée, avec un taux de 6,5/10 000 habitants : c'est six fois plus qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni et plus également qu'aux États-Unis, mais moins qu'en Suède ou en Belgique.

► FIGURE 13
Nombre d'opérations de chirurgie bariatrique pour 10 000 habitants en 2003 et 2013



(a) Données 2011 pour les États-Unis : Buchwald H., Oien D.M., «Metabolic/bariatric Surgery worldwide 2011», *Obesity Surgery*, 2013

Sources : Buchwald H., Oien D.M., *Metabolic/bariatric Surgery worldwide 2003*, *Obesity Surgery*, 2004 (données 2003) et Cnamts (données 2013)

Entre 2006 et 2013, on estime que 190 000 personnes ont été opérées en France, dont 42 000 en 2013. Si l'on extrapolait la tendance observée entre 2011 et 2013 jusqu'en 2017, cela porterait à 450 000 le nombre de personnes opérées.

En 2013, les patients opérés sont essentiellement des femmes (82 %), dont l'âge moyen est de 40 ans, et issus d'une population plus défavorisée socialement : 16 % bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) contre 7 % de la population de même âge et sexe. Leur obésité est souvent marquée : 58 % ont un IMC entre 40-49 kg/m² et 10 % supérieur ou égal à 50 kg/m². Ils ont fréquemment des comorbidités : 11 % sont diabétiques, un quart ont un traitement antihypertenseur, 10 % un traitement de l'asthme ou de la bronchite chronique et 16 % un traitement antidépresseur.

Plus de 2 000 patients âgés de 60 ans et plus, dont près de 600 ont plus de 65 ans, ont été opérés en 2013. La balance bénéfice-risque de ces populations n'est pas connue selon la HAS et l'indication doit être posée au cas par cas. Il s'agit en effet de patients ayant de nombreuses comorbidités : un tiers sont diabétiques, 40 % sont appareillés pour un syndrome d'apnée du sommeil.

Une évolution rapide des techniques

Trois techniques principales existent dans la chirurgie de l'obésité : l'anneau gastrique (seule technique réversible) et la

sleeve consistent à réduire le volume de l'estomac, le bypass associe quant à lui une réduction de volume à une dérivation induisant une malabsorption. Il n'existe pas de consensus sur une technique plus efficace que les autres : l'anneau implique des temps d'opération plus courts, moins de complications graves, mais présente une plus faible efficacité de perte de poids et conduit à des réopérations plus fréquentes que le bypass et la sleeve.

La méthode restrictive d'anneau gastrique ajustable diminue rapidement au profit du bypass, mais aussi et surtout de la sleeve (**figure 14**). En France, entre 2006 et 2013, la pose d'anneau a chuté de 75 % à 15 %, la part des bypass a augmenté de 15 % à 30 % et la part des sleeves a augmenté de 8 % à 55 %. Toutefois les pratiques régionales restent très hétérogènes, avec par exemple davantage de bypass réalisés en Bretagne, d'anneaux en Rhône-Alpes et de sleeves en Languedoc-Roussillon. À l'étranger, on constate également un abandon de l'anneau et un glissement vers le bypass (de 50 % des actes pratiqués en Allemagne, à 92 % en Suède), mais non vers la sleeve.

De nouvelles techniques se développent par ailleurs, à l'instar du mini-bypass. Les effets à long terme de ces techniques ne sont pas évalués et, à ce titre, elles ne sont pas recommandées par la HAS ni inscrites à la nomenclature.

Des résultats sur données françaises qui confirment l'impact observé dans d'autres pays

En France, tous régimes d'assurance maladie confondus, 18 000 personnes ont été opérées pour la première fois en 2009. Afin de pouvoir suivre, à partir des données du système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram), leurs parcours de soins et événements de santé, ces personnes ont été regroupées en une cohorte dont l'étude a été autorisée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

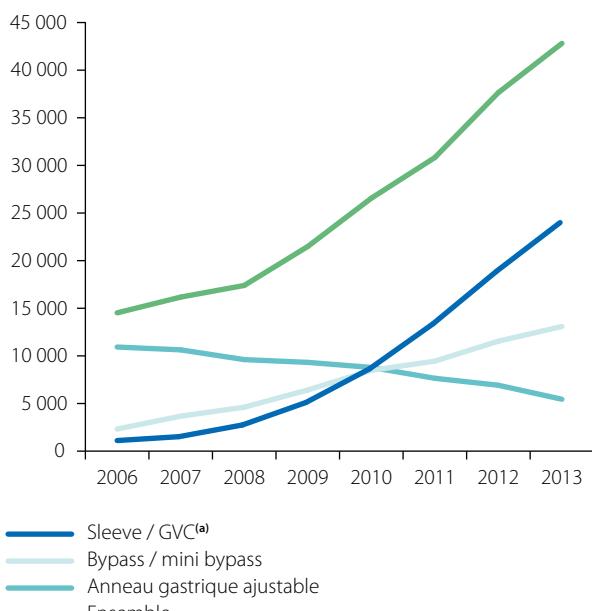
Parmi ces patients, 92 sont décédés (quelle que soit la cause, dont 16 dans les trente jours suivant l'intervention) au 30 juin 2013, soit des taux bruts de décès de 3,6 pour 1 000 patients après anneau, 6,4 pour 1 000 après sleeve et 9,4 pour 1 000 patients après bypass, lesquels sont compatibles avec ceux de la littérature et reflètent probablement en partie l'état de santé du patient.

Les taux de réinterventions à trois ans sont très élevés après pose d'un anneau gastrique ajustable, de 22 % au total, dont au moins 15 % pour ablation ou repositionnement. Ils sont de 5 % après intervention pour sleeve et 1,6 % pour bypass.

Une chute des remboursements de certains traitements est observée après chirurgie, ce qui suggère une diminution de la fréquence des pathologies correspondantes et va dans le sens d'une confirmation de l'impact de cette chirurgie, du moins à court-moyen terme, puisque le recul n'est que de trois ans.

► FIGURE 14

Évolution du nombre d'interventions de chirurgie bariatrique selon la technique utilisée



(a) GVC : gastroplastie verticale calibrée

Champ : tous régimes - France
Source : Atih (PMSI)

Encadrement des pratiques de chirurgie bariatrique en France et à l'étranger

Il existe une grande variabilité dans les moyens déployés pour garantir le respect des recommandations de bonne pratique, c'est-à-dire pour garantir une prise en charge en amont et en aval de l'opération et respecter les indications (**figure 15**).

Certains pays ont par exemple choisi de mettre l'accent sur la prise en charge pluriprofessionnelle de l'obésité pour encourager la perte de poids par l'exercice physique et une alimentation équilibrée. C'est le cas de l'Écosse et de l'Angleterre, qui ont déployé des programmes de prise en charge préopératoire, qu'il est obligatoire d'avoir suivi assidûment pour être candidat à l'opération chirurgicale.

Les Pays-Bas, la Suède et la Suisse, qui opèrent comme la France un nombre élevé de patients, se sont quant à eux dotés de centres spécialisés dans lesquels les patients se font nécessairement opérer. Ces hôpitaux doivent réaliser un nombre minimal d'opérations par an. En Suisse et en Suède, il existe également des centres experts chargés d'opérer les patients les plus complexes (IMC > 50 kg/m², âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 60 ans, plusieurs comorbidités, etc.).

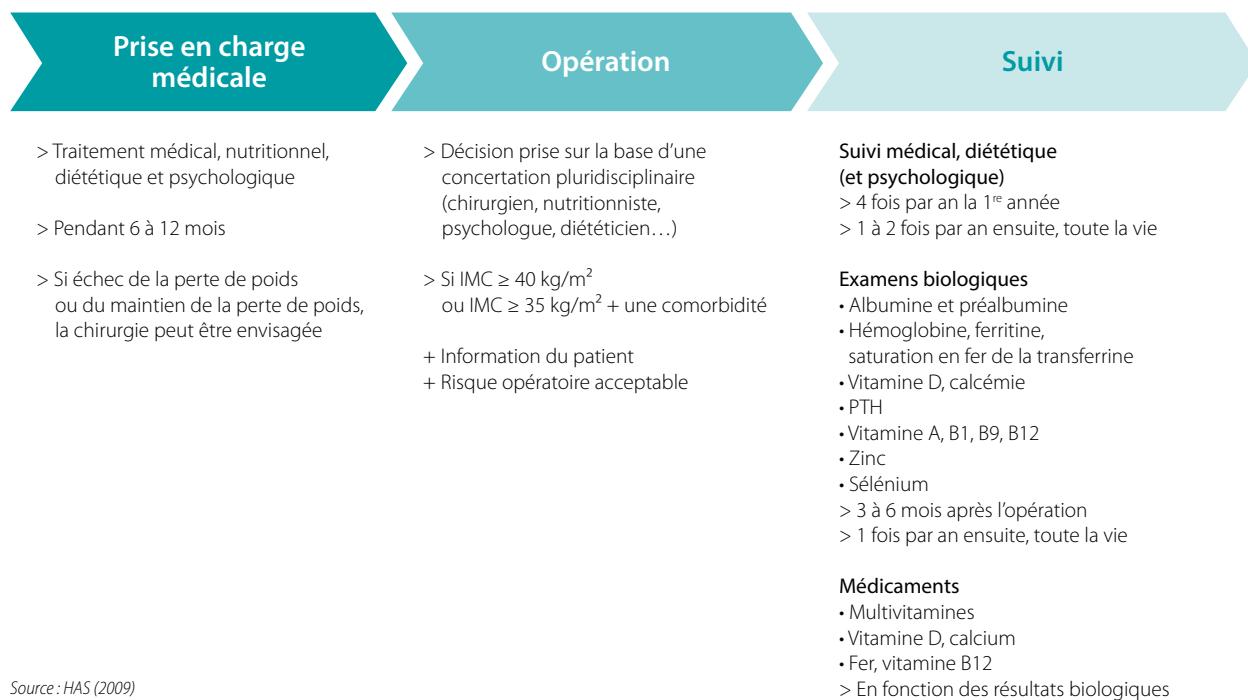
En termes de régulation, l'administration régionale de santé suédoise et les assureurs suisses ont mis en place un système de contrôle du respect des recommandations de bonne pratique qui conditionne la prise en charge financière.

Enfin, aux Pays-Bas, l'organisation du suivi a été repensée pour prendre en charge dans la durée des patients qui sont de plus en plus nombreux : 60 % des hôpitaux externalisent cette prise en charge vers des structures ambulatoires et pluri-professionnelles spécifiques (cliniques de l'obésité).

La France mène depuis une quinzaine d'années une politique forte de lutte contre l'obésité, à la fois grâce aux plans nationaux Obésité, Nutrition et Santé, qui maintenant sont regroupés, et au programme national pour l'alimentation. L'épidémie d'obésité se poursuit, avec une légère inflexion pour certaines populations, et la chirurgie bariatrique poursuit son développement avec pour encadrement :

- une recommandation de bonne pratique de la HAS («Obésité : "prise en charge chirurgicale" chez l'adulte» de 2009), la recommandation chez l'enfant étant en cours d'élaboration, à la demande de la Cnamts;
- une organisation des soins en trois niveaux selon le choix de la mission Obésité de la DGOS : 37 centres spécialisés de l'obésité (CSO) «maillent» le territoire avec la mission de prendre en charge de façon pluridisciplinaire l'obésité sévère et d'organiser des filières de soins dans les régions avec des centres partenaires. Cependant, le recours à ce type de centres n'est pas obligatoire ; ce qui explique que seules 20 % des interventions sont actuellement pratiquées en CSO. Bien qu'on constate un léger accroissement du nombre de centres pratiquant la chirurgie bariatrique en France (425 établissements en 2011 versus 433 en 2013), on observe également une relative concentration des actes pratiqués : en effet, 65 % en 2011 et 75 % des opérations en 2013 ont été pratiquées dans des établissements réalisant plus de 100 actes par an ;

► FIGURE 15
Recommandations du parcours de chirurgie bariatrique



Source : HAS (2009)

- un programme « pertinence », en lien avec les agences régionales de santé (ARS), dans le cadre de l'action « sur la variabilité des pratiques », susceptible de porter des actions auprès des structures selon leur position dans la méthode de ciblage de la Cnamts : accompagnement, contractualisation tripartite, mise sous accord préalable (MSAP)…;
- une action de « mise sous accord préalable » sur ces actes dans une dizaine d'établissements ciblés par an, mise en place par la Cnamts depuis 2010, qui permet de donner un accord sur la pertinence de l'intervention au regard des recommandations de la HAS.

Encadrement spécifique de la chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans

La chirurgie bariatrique n'est pas recommandée chez l'adolescent, la HAS considérant en effet qu'elle doit être réservée à des cas exceptionnels. De manière quasi stable depuis 2011, une centaine d'adolescents sont opérés annuellement en France, alors qu'en 2009 on comptait 53. En 2013, en plus des 114 mineurs opérés, on constate par ailleurs qu'un nombre important de jeunes (640) est opéré peu de temps après la majorité, à 18-19 ans.

Globalement, les interventions chez les adolescents apparaissent moins nombreuses à l'étranger et surtout beaucoup plus encadrées qu'en France. Un dispositif spécifique vient souvent compléter le cadre existant : un comité d'éthique en Allemagne ou une intégration dans le cadre d'essais cliniques en Suède. Les opérations sont généralement réalisées dans des centres pédiatriques de référence ; c'est le cas par exemple en Angleterre, en Suède et en Suisse. Les opérations de chirurgie bariatrique chez les adolescents sont enfin interdites en Écosse et aux Pays-Bas.

Les procédures pratiquées sont variables : anneau en France et en Suisse, bypass en Autriche et en Suède, où la procédure domine par ailleurs chez les adultes, sleeves en Angleterre. En France, l'anneau reste majoritairement pratiqué bien qu'on semble évoluer progressivement vers davantage de bypass et de sleeves.

Les autorités françaises se sont saisies de ce sujet et devraient prochainement élaborer des recommandations de bonne pratique pour la chirurgie de l'obésité chez l'enfant. Elles devraient également rendre obligatoire l'avis pluridisciplinaire d'un centre spécialisé de l'obésité (CSO) attestant de la nécessité de l'intervention chez l'enfant.

La question du suivi post-opératoire

Dans leurs recommandations, les institutions françaises et internationales soulignent l'importance d'un suivi post-opératoire par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, avec prise en charge hygiénico-diététique, prolongé la vie durant. Sur le terrain en revanche, et dans de nombreux pays, le suivi des patients est rendu difficile par l'augmentation croissante

des effectifs que les chirurgiens n'ont plus le temps de suivre à moyen et long termes. À cet égard, l'expérience néerlandaise des cliniques de l'obésité pour assurer le suivi des patients en ambulatoire est intéressante, elle semble toutefois constituer une expérience isolée.

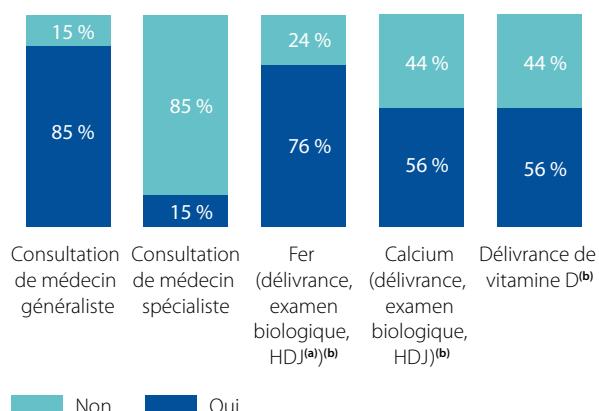
En France, parmi les 16 000 personnes opérées pour la première fois en 2009 et pour lesquelles le suivi ambulatoire est complet jusqu'en 2013 :

- 88 % ont consulté leur médecin généraliste dans l'année suivant l'intervention, et 85 % la quatrième année (**figure 16**), en moyenne quatre ou cinq fois chaque année ;
- environ un quart des patients ont vu dans l'année suivant l'intervention un endocrinologue ou un interniste ou ont eu une hospitalisation de jour en relation avec la chirurgie bariatrique, et 15 % la quatrième année.

Parmi les compléments nutritionnels et vitaminiques recommandés, le fer, la vitamine D, la vitamine B12 et le calcium sont actuellement remboursés. Leur prescription est particulièrement nécessaire après chirurgie malabsorptive. Or, parmi les patients opérés d'un bypass :

- 57 % seulement ont reçu au moins une délivrance de fer (remboursée) l'année suivant l'intervention, et 46 % la quatrième année de suivi. Toutefois, ces pourcentages peuvent être sous-estimés, car certains substituts vitaminiques non remboursés incluent du fer. En faisant l'hypothèse que les patients reçoivent une substitution en fer quand ils ont eu un dosage biologique relatif au métabolisme du fer, ou une numération sanguine permettant de dépister une anémie, ou une hospitalisation de jour en lien avec la chirurgie bariatrique, ce sont alors les trois quarts (76 %) des patients qui auraient reçu une substitution en fer ;

► FIGURE 16
Suivi médical quatre ans après l'opération



(a) HDJ : hôpital de jour
(b) Après chirurgie malabsorptive uniquement

Champ : cohorte de patients opérés en 2009, tous régimes
Source : Cnamts (Sniiram)

- selon un calcul similaire, la quatrième année après bypass, 19 % seulement des patients ont reçu au moins une délivrance de calcium, et 56 % une délivrance de calcium ou un dosage de calcémie ou une hospitalisation de jour en lien avec la chirurgie bariatrique;
- de la vitamine D, conditionnée individuellement, a été délivrée au moins une fois aux deux tiers (67 %) des personnes dans l'année qui suit une intervention par bypass et chez un peu plus de la moitié (56 %) quatre ans après.

La supplémentation nutritionnelle et vitaminique paraît donc aujourd'hui insuffisante. Il convient de surcroît de noter que certains compléments nutritionnels nécessaires après chirurgie malabsorptive ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie; il est donc probable qu'ils soient peu consommés.

Propositions

sur la prévention et la prise en charge de l'obésité

Proposition 1

_ Mettre en place dans des territoires prioritaires des expérimentations d'actions d'accompagnement et de prise en charge des enfants en surpoids et obèses et de leur famille

Compte tenu des besoins non couverts, la priorité doit porter sur le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

L'Assurance Maladie propose de construire, dans un ensemble de territoires prioritaires, compte tenu de leurs caractéristiques socio-économiques, une expérimentation visant à modéliser des programmes d'actions d'accompagnement et de prise en charge des enfants en surpoids et obèses et de leur famille, d'en analyser les résultats et les coûts, de façon à pouvoir ensuite déployer plus largement les modalités d'actions qui auront été évaluées comme efficaces et efficientes.

En effet, si certaines expériences ont montré des résultats intéressants (tels que le programme de promotion de l'alimentation et de l'activité physique – Pralimap – ou les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique – RéPPop), on est encore loin de pouvoir définir les modalités de prise en charge ayant la meilleure efficacité et le meilleur rapport coût-efficacité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle d'ailleurs que «le peu de données factuelles disponibles pour témoigner de l'efficacité des interventions dans la modification des modes de vie et la réduction de la prévalence de l'obésité reste un obstacle majeur à la prise de décision reposant sur des données factuelles».

C'est d'ailleurs dans cette perspective de pouvoir mieux utiliser les expériences existantes que l'Assurance Maladie a défini un cahier des charges des actions locales qui sont financées dans le cadre du Fond national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS), notamment en soutenant leur évaluation pour permettre une analyse comparative des contenus des interventions et des résultats.

Il s'agit de prolonger et d'amplifier cette démarche, en structurant une expérimentation d'ici la fin de l'année 2016 sur quelques territoires, pilotée nationalement, mais déclinée en un ensemble d'actions de terrain.

Le contenu des programmes devra prendre en compte l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, les aspects psychologiques et socio-économiques et impliquer les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent. Ces programmes pourront comporter des ateliers collectifs (diététique et/ou accompagnement psychologique) et/ou des consultations diététiques ou psychologiques associant éventuellement une offre de pratique d'activité physique. Ces programmes pourront être proposés en tant qu'offre de service aux médecins traitants pour leurs jeunes patients en surpoids et leur famille ou en lien avec des actions de repérage d'enfants en surpoids en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI).

L'évaluation sera organisée au plan national et confiée à des équipes de recherche. Cette évaluation devra permettre d'apprécier les résultats de différentes modalités d'interventions ainsi que la faisabilité et les conditions d'une extension des expériences, avec une perspective opérationnelle de déploiement plus important, au moins dans certains territoires.

Proposition 2

_ Mieux encadrer les conditions de réalisation de la chirurgie bariatrique, actualiser les évaluations et les recommandations en fonction de l'évolution des techniques et garantir la pertinence des interventions

Le développement très rapide de cette pratique chirurgicale incite à être vigilant sur les conditions de réalisation de ces actes. En effet, même si les résultats conduisent à penser que ces interventions ont un impact positif sur les comorbidités associées à l'obésité, elles ne sont pas sans risque (comme en témoignent les taux de mortalité et de réinterventions), et la diffusion rapide de nouvelles techniques non évaluées est problématique.

Pour garantir aux patients une qualité de prise en charge et des conditions optimales de réalisation de ces actes, pratiqués dans de nombreux établissements, il est proposé :

- que les interventions les plus complexes soient réalisées dans les centres spécialisés de l'obésité (obésités avec des comorbidités importantes, réinterventions, personnes âgées, jeunes...); le seuil d'interventions fixé pour ces centres serait de ce fait amené à évoluer à la hausse;
- que le mini-bypass soit évalué par un protocole de recherche clinique afin d'en évaluer les risques et les effets à court et long termes et, s'il y a lieu, que la Haute Autorité de santé (HAS) soit saisie pour l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique;
- qu'un registre national soit mis en place pour encadrer et surveiller au long cours la chirurgie chez les jeunes de moins de 20 ans;
- que la HAS formule des recommandations sur les indications et les techniques chirurgicales à suivre en cas de réintervention, à distance d'une première intervention bariatrique.

De son côté, la Cnamts intensifiera ses actions pour s'assurer de la pertinence de la chirurgie bariatrique. En effet, dans les régions qui ont choisi ce thème pour les actions de mise

sous accord préalable, les résultats sur les dernières années (15 % d'interventions jugées inappropriées au regard des recommandations de la HAS dans la quinzaine d'établissements ciblés) conduisent à penser qu'une vigilance doit être exercée sur l'ensemble du territoire, notamment en direction des établissements ciblés comme présentant des risques de non pertinence.

Les profils d'établissements réalisés par la Cnamts à partir d'un ensemble d'indicateurs permettent la mise en œuvre d'un programme « pertinence » en lien avec les agences régionales de santé (ARS), pour porter des actions auprès des structures selon leur positionnement : accompagnement, contractualisation tripartite, mise sous accord préalable (MSAP)...

Proposition 3

_ Améliorer le suivi de l'ensemble des patients opérés

Les risques de complications et de carences nutritionnelles rendent nécessaire un suivi post-chirurgical à long terme. L'enjeu pour le système de soins est à la fois quantitatif (au rythme de diffusion actuel de ces actes, 450 000 personnes auront été opérées en 2017) et qualitatif (la supplémentation nutritionnelle et vitaminique paraît insuffisante pour une fraction des patients).

Compte tenu des effectifs, le suivi à long terme des patients opérés ne peut plus être fait par les centres chirurgicaux ayant réalisé les opérations et devra être assuré par les médecins traitants. Il convient d'accompagner ce relais :

- en proposant aux médecins traitants des formations spécifiques sur le suivi des patients opérés, notamment pour les sensibiliser à l'importance d'un suivi régulier tout au long de la vie;
- en permettant pour ces patients le remboursement des compléments nutritionnels nécessaires, sur prescription du médecin traitant.

2.2 La prévention du diabète chez les personnes à risque : quelles leçons des expériences étrangères ?

Les effectifs de personnes diabétiques (tous types) et les coûts liés au diabète augmentent annuellement d'environ 3,2 %. Le diabète de type 2, qui représente plus de 90 % des cas de diabète, a pour principaux facteurs de risque la génétique, le surpoids et l'obésité ainsi que la sédentarité.

Dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2013, la Cnamts a analysé le parcours de soins des patients diabétiques et proposé d'expérimenter des programmes de prévention du diabète de type 2 chez des personnes à haut risque. On constate en effet que, si différents dispositifs d'accompagnement des personnes diabétiques et de prévention secondaire des complications (sophia, Asalée, réseaux) ont été développés, il n'existe à ce jour en France aucun programme ciblé de prévention primaire de la maladie. Pourtant, à l'étranger, différents dispositifs, expérimentaux ou partiellement déployés, visant à accompagner des personnes à risque pour les aider à modifier leurs habitudes de vie ont montré qu'il était possible de prévenir, ou pour le moins retarder, l'apparition du diabète. Le diabète de type 2 est en effet précédé d'une phase qui se caractérise par une glycémie élevée, sans toutefois atteindre les valeurs définissant un diabète.

2.2.1 / Des expériences probantes de programmes ciblés de prévention du diabète de type 2

Des résultats très encourageants de plusieurs essais cliniques de référence

Les projets de mise en œuvre de programmes ciblés de prévention du diabète de type 2 dans des populations à haut risque trouvent leur origine dans des essais cliniques importants, menés dans différents pays durant les années 1980 et 1990. Ces derniers ont démontré qu'il est possible de réduire très considérablement l'incidence du diabète de type 2 chez ces personnes en les accompagnant dans le cadre de programmes

intensifs de changement de mode de vie. Dans la quasi-totalité des expériences, les interventions avaient pour rôle d'accompagner les personnes pour atteindre cinq objectifs : une perte de poids de l'ordre de 5 à 7 % du poids initial, une augmentation progressive de l'activité physique pour atteindre un seuil minimal de 150 minutes d'activité modérée par semaine, une réduction de l'apport énergétique en graisse, une réduction des graisses saturées et une augmentation de l'apport en fibres.

Les études randomisées contrôlées ont montré des réductions considérables de l'incidence, comprises entre 30 % et 75 % par rapport aux groupes témoins (**tableau 6**). Les pertes de poids moyennes variaient, selon les essais et les populations concernées, entre 1 % et 7 % du poids initial. Trois expérimentations ont été plus largement commentées :

- la première a été réalisée en Chine à partir du milieu des années 1980 (étude *Da-Qing*) et a montré une diminution de l'incidence chez les personnes bénéficiant de l'intervention de près de 40 % six ans après le début de l'expérimentation ;
- les deux autres études, le *Diabetes Prevention Program* (DPP) aux États-Unis et le *Diabetes Prevention Survey* (DPS) en Finlande, ont obtenu des résultats similaires : une réduction de 58 % de l'incidence du diabète à trois ans environ, pour une perte de poids moyenne de 5 % sur cette période.

En outre, lorsque ces études incluaient aussi le test d'un traitement médicamenteux, ce dernier s'avérait efficace mais le programme de changement de mode de vie gardait une très nette supériorité. Par exemple, l'étude américaine a mis en évidence une efficacité de l'intervention sur les habitudes de vie deux fois plus importante qu'une stratégie de prophylaxie par metformine, un antidiabétique oral (**figure 17**).

De surcroît, l'effet bénéfique de l'intervention sur l'incidence du diabète paraît persister longtemps après sa fin, et ce, malgré une reprise partielle du poids. Ainsi dans le DPS finlandais, à neuf ans du début de l'essai, l'incidence cumulée du diabète restait inférieure de 43 % dans le groupe intervention (**figure 18**).

► TABLEAU 6

Réduction du risque relatif

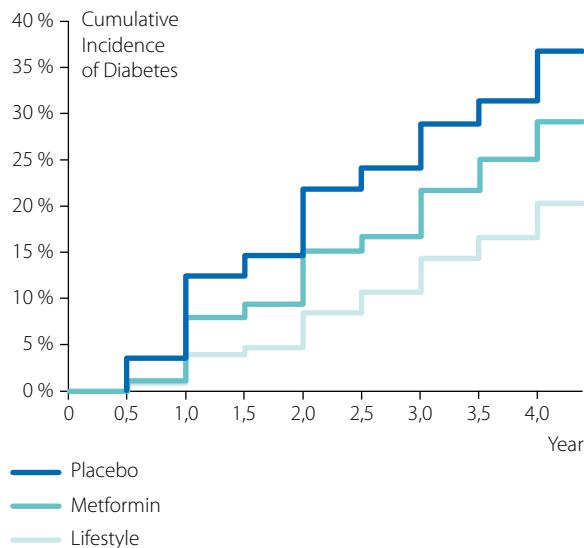
Programme	Chine (DQS)	Etats-Unis (DPP)	Finlande (DPS)	Japon (JDPP)	Italie (ADPP)	Inde (IDPP)	Suède (VIP)
Réduction du risque relatif (RRR)	38 %	58 %	58 %	68 %	75 %	29 %	74 %
À quel horizon	à 6 ans	à 3 ans	à 3 ans	nr	nr	nr	nr

nr : durée de l'étude pour calcul du RRR non renseignée

Source : Baker et al., 2011

► FIGURE 17

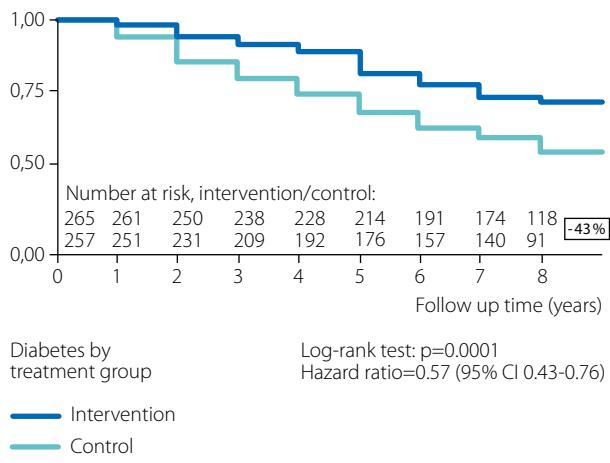
Diabetes Prevention Program – Comparaison de l'incidence cumulée du diabète dans les groupes de patients avec placebo, metformine ou intervention sur les modes de vie



Source : *New England Journal of Medicine*, 2002 ; 346 : 393-403

► FIGURE 18

Diabetes Prevention Survey – Évolution à 9 ans de la probabilité de ne pas développer un diabète



Source : *Lancet*, 2006

Ce résultat pourrait être dû à la fois au maintien d'un mode de vie équilibré et aux gains prolongés liés à l'amélioration de la glycémie pendant la durée de l'intervention. En revanche, seule l'étude chinoise, pour laquelle on dispose d'une durée d'observation de vingt-trois ans, montre un impact sur la mortalité (cardio-vasculaire et «toutes causes»), ce qui est peut-être lié au recul encore insuffisant des deux autres grands essais²⁷.

Le déploiement des essais «en vie réelle»

Un corpus d'études tend à prouver que la transposition de ces programmes «en vie réelle» est possible, sans toutefois pouvoir atteindre le niveau d'efficacité observé lors des essais cliniques initiaux. Dans une population moins sélectionnée et avec des moyens d'accompagnement plus faibles que dans les essais, la perte de poids varie en moyenne, selon les revues de littérature, de 2,4 % à 4 % du poids initial chez les personnes qui suivent un programme; la plupart des auteurs considère néanmoins que ces chiffres restent cliniquement significatifs.

Les facteurs clés de réussite résident dans l'intensité de l'accompagnement (nombre de séances, heures passées avec un coach), sa durée, son assise sur des théories et techniques de changement de comportement validées et le travail sur le maintien de la motivation. Se fondant sur ces résultats, le *National Institute for Health and Care Excellence* (Nice) a recommandé la mise en place d'un tel dispositif et élaboré un référentiel de bonne pratique de mise en œuvre (**encadré 2**).

Au-delà de l'efficacité, la question est celle du coût et du rapport coût-efficacité de ce type d'intervention. Ici encore, les différentes expérimentations en vie réelle montrent que l'on peut abaisser les coûts de dispensation sans dégrader la qualité des programmes. Notamment, alors que les séances étaient systématiquement dispensées de manière individuelle dans le cadre des essais cliniques de référence, il est possible de les organiser en groupe de 10 à 15 personnes (recommendations du Nice). De même, très largement animées par des professions médicales dans les essais cliniques, les sessions «en vie réelle» peuvent être animées par des infirmiers, diététiciens, éducateurs sportifs, ou acteurs associatifs s'ils sont correctement formés. En outre, les programmes dispensés à distance (téléphone, SMS, courriels, internet) apparaissent également efficaces.

Ainsi, le coût médian des interventions en vie réelle aux États-Unis est de 424 dollars par participant, alors que celui du DPP était de l'ordre de 1 200 dollars. Ce coût unitaire reste néanmoins élevé, et l'intervention est susceptible de concerner une population importante : en France, l'étude nationale nutrition santé (ENNS) estimait en 2006 que 6,4 % de la population des 18-54 ans et 11,4 % de celle des 55-74 ans était à risque.

(27) La mortalité «toutes causes» est de 10 points inférieure dans le groupe intervention (28,1 %) par rapport au témoin (38,4 %). La mortalité cardio-vasculaire est également inférieure. Toutefois, dans les deux cas, cette réduction n'est significative que chez les femmes (le risque «toutes causes» est réduit de 53 % et le risque cardio-vasculaire de 70 %).

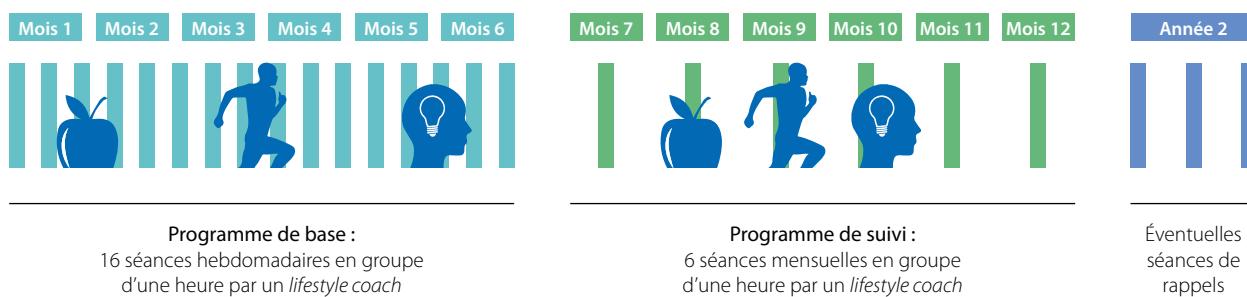
Au regard de ces données, la question du rapport coût-efficacité apparaît cruciale. Plusieurs études économiques convergent pour montrer le caractère coût-efficace de ces interventions, mais elles laissent cependant entrevoir de larges disparités de résultats.

Certains pays ont commencé à déployer ces programmes à grande échelle sur tout ou partie du territoire, comme l'Australie,

les États-Unis, le Royaume-Uni, la Finlande (qui a commencé ce déploiement dès le milieu des années 2000). Aux États-Unis, le ministère de la Santé a confié aux *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) un rôle de développement et d'habilitation de programmes qui se montent localement à l'initiative d'acteurs divers (plus de 530 programmes labellisés début 2015) (**figure 19**).

► **FIGURE 19**

Modèle standard du programme habilité par les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis



► **ENCADRÉ 2**

Les recommandations du Nice (synthèse)

1. Mettre à disposition des programmes de changement des habitudes de vie pour des groupes de 10-15 personnes à haut risque.
2. Impliquer les acteurs locaux (santé, associations, activités sportives...) pour concevoir et mettre en œuvre les programmes.
3. Mettre en place un système de labellisation et d'assurance qualité des programmes.
4. Les programmes doivent développer des approches centrées sur la personne et fondées sur l'empathie.
5. Les différentes composantes du programme doivent être dispensées avec une démarche de progression logique.
6. Les groupes devraient se réunir au moins huit fois sur une période comprise entre neuf et dix-huit mois, cumulant au moins seize heures de contacts avec les intervenants.
7. Les programmes doivent comprendre une première phase intensive, puis réduire la fréquence des séances dans le temps afin de permettre un développement plus autonome des habitudes de vie.
8. Les séances doivent être suffisamment espacées pour permettre aux personnes de modifier progressivement leurs habitudes de vie.
9. Les programmes doivent être adaptés aux populations auxquelles ils s'adressent et devraient être mis en place dans des lieux diversifiés (lieux de travail, espaces de loisirs, soins ambulatoires, etc.).
10. Le programme doit pouvoir orienter les personnes vers une prise en charge spécialisée si nécessaire (traitement de l'obésité par exemple pour les personnes concernées qui ne parviennent pas à suivre le programme).
11. Les programmes devraient offrir des sessions de maintien des acquis à intervalle de temps espacé (tous les trois mois par exemple) pendant deux ans.

Source : Leicester Diabetes Centre, 2014

2.2.2 / Une réflexion sur la mise en œuvre de tels programmes en France

Plusieurs initiatives ont été conduites ou sont en cours en France, dont :

- en région Nord-Pas-de-Calais, une expérimentation d'un programme de prévention chez des femmes ayant développé un diabète gestationnel durant leur grossesse ;
- en Seine-Saint-Denis, plusieurs expériences visant à proposer aux personnes obèses avec un risque accru de diabète des séances d'activité physique hebdomadaires, des consultations diététiques, des groupes de parole, un accompagnement psychologique personnalisé, un suivi infirmier, des contacts avec les familles ;
- à La Réunion, un programme de prévention destiné aux personnes en situation de précarité, en surpoids ou obèses, développé au cœur de quartiers vulnérables, et basé sur des ateliers d'activité physique modérée régulière, de cuisine, des groupes de parole et d'autres ateliers d'expression ;
- dans trois régions, repérage par un test de dépistage sous la forme d'un questionnaire de personnes à risque, à qui il est proposé quatre consultations annuelles d'éducation pour la santé sur une durée de trois ans.

Les enseignements qui se dégagent de ces expérimentations sont la difficulté de maintenir la motivation et la participation des personnes, ainsi que la lourdeur de l'organisation à mettre en place (coordination des sessions et des intervenants, relance des participants pour maintenir la motivation, recueil des données pour suivre leur progression et évaluer le dispositif...). Enfin, certains soulignent aussi la difficulté de recruter des populations plus vulnérables, qui sont plus souvent concernées par un niveau de risque élevé.

Sur la base de l'expérience française et internationale, un groupe de travail²⁸ s'est réuni à la Cnamts de 2013 à 2015 pour étudier l'opportunité et les modalités de mise en œuvre d'une expérimentation française à grande échelle. Ce groupe a approfondi le bilan des connaissances à partir de la littérature et a organisé un séminaire international. La conclusion de cette réflexion est que, si les difficultés rencontrées sont bien réelles, elles n'apparaissent cependant pas rédhibitoires et les programmes doivent en tenir compte dans leur conception. Elles appellent toutefois à définir un cadre méthodologique rigoureux visant à optimiser la qualité et l'efficacité des programmes, ainsi qu'à mettre en place une évaluation rigoureuse.

2.2.3 / Les grands principes qui doivent guider la structure générale de programmes ciblés de prévention du diabète

En amont de recommandations plus techniques en cours de définition, le groupe s'est accordé sur quelques grands principes qui doivent guider la structure générale des programmes ciblés de prévention du diabète :

- les programmes visent à une perte de poids modérée (environ 5 à 7 % du poids initial) par une modification des habitudes alimentaires (moins de graisses, moins de graisses saturées et plus de fibres) et une augmentation de l'activité physique (au moins 150 minutes par semaine) ;
- ce sont des programmes intensifs qui s'inscrivent dans la durée, les séances devant être rapprochées au début, puis espacées dans le temps ;
- ils s'adressent exclusivement à une population à haut risque, a priori de 45 à 70 ans avec les facteurs de risque suivants : score de risque élevé, IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, glycémie à jeun $\geq 110 \text{ mg/dl}$. D'autres facteurs de risque tels qu'un antécédent de diabète gestationnel peuvent inciter à considérer l'accès aux programmes de personnes plus jeunes ;
- le médecin traitant apparaît comme un acteur central du dispositif par son rôle en matière de dépistage, de dispensation d'une première information, d'orientation de ses patients vers des programmes et leur suivi et du maintien de la motivation ;
- les programmes sont centrés sur la personne :
 - ils sont structurés autour d'un processus d'accompagnement du changement en mobilisant des techniques validées,
 - ils sont pragmatiques : ils s'adaptent aux contextes locaux (ressources et populations), ils s'adaptent aux besoins et évolutions des participants au fil du programme,
 - ils incluent un soutien motivationnel ;
- en amont de la mise en place des programmes, une très large communication doit être organisée, au sein des territoires concernés, à destination des personnes potentiellement à risque (utilisation de questionnaires auto-administrés permettant de calculer un score de risque), afin de les sensibiliser, de les informer sur l'existence des programmes et de les orienter vers leur médecin traitant. Cette mobilisation géographique est aussi nécessaire pour mobiliser l'ensemble de la population autour de la problématique et pour soutenir la motivation des participants et des professionnels de santé ;

(28) Réunissant des diabétologues, des généralistes, des associations de patients, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et des experts de la Cnamts.

– des actions visant à informer, voire à former les professionnels de santé apparaissent également indispensables ;

– les expériences étrangères montrent que les programmes peuvent être efficacement dispensés en contacts individuels ou en groupes, en présentiel ou à distance, ou en mixant ces différentes possibilités. Toutefois, les considérations économiques doivent conduire à rechercher les solutions les plus efficientes. Des groupes de 10 à 15 personnes sont recommandés par le Nice ;

– les programmes peuvent être dispensés par un éventail assez large d'intervenants : professionnels de santé, diététiciens-nutritionnistes, éducateurs sportifs, acteurs associatifs..., à la condition de remplir des critères de compétence et de qualification, et d'être formés ;

– une forte implantation locale des programmes apparaît nécessaire. D'une part, les facteurs de risque liés à l'obésité et au diabète sont plus marqués dans les catégories sociales défavorisées, et il est important d'être au plus près des populations pour les informer et les convaincre de l'intérêt de ces programmes. À cet égard, le tissu associatif peut constituer un média utile, et la proximité est aussi un facteur facilitant le maintien de la motivation. Par ailleurs, il est essentiel de pouvoir s'appuyer sur une offre d'activités physiques adaptées et de proximité. Les programmes ciblés de prévention du diabète devront de plus fournir un ensemble de données afin de permettre une évaluation médico-économique de qualité et de juger de la pertinence d'une généralisation.

Proposition

sur la prévention du diabète

Proposition 4

Mettre en place une expérimentation à grande échelle de programmes intensifs de prévention du diabète par le changement des habitudes de vie

Cette expérimentation sera organisée sur plusieurs territoires sélectionnés sur des critères de prévalence élevée du diabète et qui ont accueilli des projets dans ce domaine (par exemple en Seine-Saint-Denis, dans le Nord-Pas-de-Calais ou à La Réunion). Copilotée par le ministère (DGS) et la Cnamts, elle sera menée en partenariat avec les agences régionales de santé (ARS) dans les territoires qui seront retenus. Elle mobilisera notamment des financements du Fond national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS).

Le groupe de travail réuni à l'initiative de la Cnamts, et qui associe des généralistes, des endocrinologues, des associations de patients, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et des experts, finalisera à l'automne 2015 un cadre méthodologique pour la mise en œuvre de ce programme, qui servira de base pour définir le cahier des charges de l'expérimentation.

Un appel à projets sera effectué sur la base de ce cahier des charges au début de l'année 2016.

Une durée de trois années est nécessaire pour disposer d'un recul suffisant permettant d'observer les effets attendus sur l'incidence du diabète.

Cette expérimentation visera à tester à la fois :

- la capacité à mobiliser et à coordonner les différents acteurs concernés : représentants institutionnels, médecins traitants, autres professionnels de santé, acteurs associatifs, responsables d'activités sportives, etc.,
- leur efficacité (impact sur les habitudes de vie, le poids, l'incidence du diabète),
- et leur efficience (rapport entre le coût et les résultats).

Elle devra permettre aussi de tirer des enseignements sur la manière d'optimiser l'organisation du repérage des personnes à risques et sur les modalités de dispensation des programmes les plus pertinentes.

Enfin, une évaluation médico-économique, élaborée selon une méthodologie scientifique rigoureuse, accompagnera l'expérimentation.

2.3 Les accidents vasculaires cérébraux : des parcours de soins à optimiser

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des pathologies fréquentes et invalidantes. En 2008, sur la base d'une enquête déclarative²⁹, la proportion de la population ayant eu un AVC a été estimée à 1,6 % tous âges confondus, 6,1 % entre 75 et 84 ans et 9,5 % à partir de 85 ans. Plus de la moitié (55 %) des personnes ayant déclaré un antécédent d'AVC rapportaient une limitation sévère de leur activité (contre 9 % pour celles n'ayant pas eu d'AVC). L'AVC est la cause de 6 % des décès en France, soit 32 000 en 2012³⁰.

Il existe plusieurs types d'AVC. Les AVC ischémiques ou infarctus cérébraux totalisent la moitié (52 %) des hospitalisations. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) représentent 23 % des séjours. Les AIT sont des infarctus cérébraux qui entraînent une symptomatologie rapidement régressive vers la normale, mais qui nécessitent une prise en charge rapide et constituent des signaux d'alerte de survenue prochaine d'un AVC ischémique. Enfin, les AVC hémorragiques totalisent 16 % des hospitalisations en 2013. L'étiologie n'est pas précisée ou correspond à des cas particuliers pour les 9 % restant.

L'épidémiologie des AVC diffère selon les pays. Certains observent une diminution de l'incidence et de la mortalité liée à l'AVC, ce qui est relié, entre autres facteurs, à une meilleure prévention, en particulier à une meilleure hygiène de vie (baisse des apports en sel), et à un recours plus fréquent aux médicaments antihypertenseurs, antithrombotiques et hypolipémiants. Toutefois, le vieillissement de la population impacte fortement la fréquence de cette pathologie de la personne âgée, et des facteurs de risque vasculaire comme le tabagisme et la contraception orale de la femme y contribuent également chez les personnes moins âgées.

La cartographie des pathologies permet d'actualiser certains éléments épidémiologiques : 625 000 bénéficiaires du régime général ont été pris en charge en 2013 pour un AVC, dont :

- 93 000 dans une phase aiguë, c'est-à-dire qu'ils ont subi un premier AVC ou une récidive durant l'année ;
- et 532 000 pris en charge pour des séquelles d'AVC³¹.

Ces effectifs ont une croissance moyenne très dynamique, estimée à +4,6 % par an entre 2011 et 2013.

Le nombre de séjours hospitaliers pour AVC ou AIT augmente en effet régulièrement, de 147 000 en 2009 à 165 000 en 2013³². La part de la population âgée de 18 ans et plus concernée par ces hospitalisations augmente aussi, passant de 26,9 pour 10 000 habitants en 2011 à 27,9 en 2012, puis 28,7 en 2013. La durée moyenne de séjour lors d'une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) est de dix jours, mais elle varie selon le niveau de sévérité de l'AVC et du handicap.

Les données confirment aussi que, même si les patients sont âgés (76 ans en moyenne), la fréquence des AVC chez les adultes plus jeunes augmente. Entre 2011 et 2013, ces fréquences ont en effet augmenté de 4,6 à 5,1 pour 10 000 personnes âgées de 18 à 50 ans, et de 16,3 à 17,8 pour la tranche 50 à 59 ans.

Les dépenses de l'Assurance Maladie liées à l'AVC sont estimées à 3,5 milliards d'euros en 2013, dont 1,4 milliard attribuables à la phase aiguë³³, c'est-à-dire à la prise en charge des personnes hospitalisées pour AVC en cours d'année. Les 2,1 milliards de dépenses attribuables à la phase dite chronique se répartissent entre l'hôpital (570 millions d'euros, dont 87 % en soins de suite et de réadaptation), les soins de ville (1,2 milliard d'euros, dont 330 millions d'euros en soins infirmiers et 240 millions d'euros en pharmacie) et les prestations en espèces (dont 220 millions d'euros en invalidité).

2.3.1 / Le plan national d'actions AVC

En France, un plan national d'actions sur l'AVC a été élaboré et déployé à l'initiative du ministère de la Santé de 2010 à 2014. Parmi les principaux axes d'actions de ce plan figuraient notamment :

- l'amélioration de la prévention et de l'information de la population avant, pendant et après l'AVC ;
- la mise en place de filières territoriales de prise en charge coordonnées, organisées dans le cadre des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale : accueil des urgences, unités neuro-vasculaires (UNV), soins de suite et de réadaptation (SSR), maillage et réseaux pour retour à domicile.

(29) Enquête « Handicap santé », auprès des ménages et des personnes vivant en institution, âgées de 18 ans et plus, menée par l'Insee et le ministère de la Santé (Drees).

(30) Source CepiDC.

(31) Il s'agit des personnes prises en charge pour affection de longue durée pour accident vasculaire cérébral invalidant, ou hospitalisées au moins une fois pour AVC durant les cinq dernières années, à l'exclusion de celles hospitalisées dans l'année qui sont considérées comme étant en phase aiguë. Par rapport aux chiffres publiés précédemment, les AIT ne sont pas pris en compte.

(32) Tous régimes d'assurance maladie confondus.

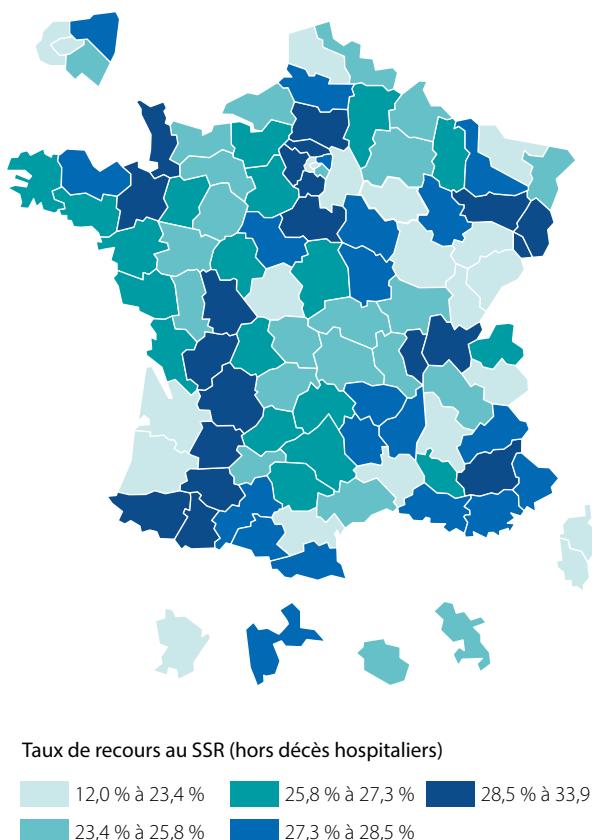
(33) Dont 88 % sont des coûts hospitaliers.

Dans le cadre du plan AVC, la Cnamts a constitué des cohortes de patients hospitalisés pour un premier AIT en 2010 ou un premier AVC en 2012 afin d'analyser le parcours de soins de ces patients au moment de la phase aiguë, mais surtout après cette phase.

2.3.2 / La prise en charge hospitalière pour AVC ou AIT en unité neuro-vasculaire et en soins de suite et réadaptation en 2013

Le développement de filières de soins constituait un élément important du plan d'actions national, il concernait en particulier la prise en charge en unité neuro-vasculaire (UNV) en phase aiguë, puis en service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Le recours à l'unité neuro-vasculaire a effectivement augmenté pendant la durée du plan d'actions. Un quart (25 %)

► FIGURE 20
Taux de recours au service de soins de suite et réadaptation (SSR) après un accident vasculaire cérébral, par département en 2013



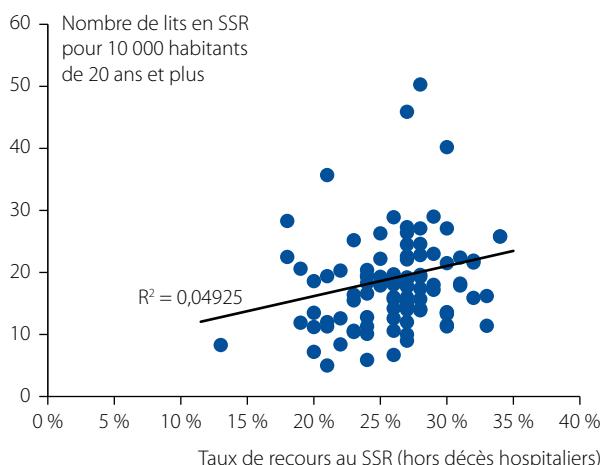
Champ : tous régimes – France entière (hors Hautes-Alpes et Paris)
Source : Atih (PMSI-MCO 2013 et PMSI-SSR 2013), traitements Cnamts

des séjours pour AVC ou AIT incluaient un passage en unité neuro-vasculaire en 2010, 36 % en 2013. Toutefois, cette proportion varie toujours fortement selon le type d'AVC et l'âge du patient : elle s'élève à environ 45 % des patients ayant subi un AVC ischémique ainsi que chez ceux âgés de moins de 50 ans. Elle varie aussi selon le département.

Entre 2009 et 2013, le taux de recours au SSR après la sortie des services de soins aigus a en revanche peu évolué, de 29 % à 31 %. Il existe là aussi des variations importantes selon le type d'AVC et l'âge du patient : ce sont cette fois les patients les plus graves (ceux ayant subi un AVC hémorragique, les plus âgés) qui sont plus fréquemment transférés en SSR. Huit patients sur dix ont d'ailleurs un groupe de dépendance codé dans le PMSI-SSR (programme de médicalisation des systèmes d'information dans les établissements de soins de suite et de réadaptation) en niveau 3, c'est-à-dire qu'ils nécessitent à l'admission en SSR l'assistance d'un tiers pour au moins une action de la vie courante sur six. Pendant le séjour en SSR, ce score de dépendance s'améliorera pour seulement 15 % des patients.

Le recours au SSR varie aussi en fonction du département, de 13 % à 35 % (figure 20), ces variations semblant peu corrélées à l'offre de SSR (en nombre de lits en SSR par habitant) (figure 21).

► FIGURE 21
Taux de recours au service de soins de suite et de réadaptation (SSR) départemental en fonction du nombre de lits de SSR pour 10 000 habitants de 20 ans et plus, en 2013



Champ : tous régimes – France entière hors département des Hautes-Alpes (taux de recours = 28 %, 77,5 lits/10 000 habitants) et de Paris (taux de recours = 21 %, 94,7 lits/10 000 habitants)
Sources : Insee (2014), SAE (2013) et Atih (PMSI-MCO et PMSI-SSR 2013), traitements Cnamts

Par ailleurs, les SSR sont plus ou moins spécialisés. Or une étude a observé une meilleure évolution de l'état fonctionnel du patient et une fréquence plus importante de sortie à domicile lorsque le patient a été admis en SSR avec une spécialisation neurologique, à caractéristiques égales des patients³⁴. Dans l'ensemble, en 2013, 37 % des patients séjournant en SSR après AVC bénéficient d'un séjour dans une structure spécialisée dans les affections du système nerveux.

2.3.3 / Le parcours de soins après une première hospitalisation pour AIT en 2010

L'AIT constitue un signal fort, mais régressif, du risque élevé de constituer à court et moyen termes un AVC. Il est alors recommandé d'hospitaliser en urgence le patient afin de poser le diagnostic et d'investiguer l'étiologie de l'AIT, d'y remédier lorsque cela est possible, et de mettre en place un traitement préventif.

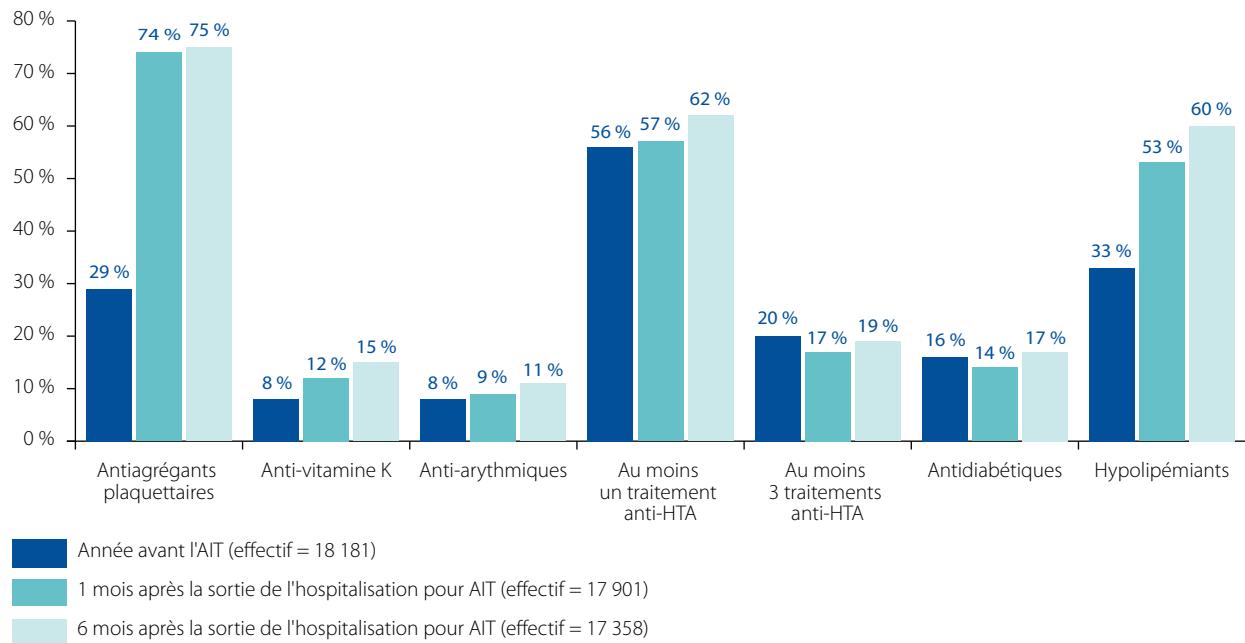
La Cnamts a analysé la prise en charge des patients assurés du régime général *stricto sensu* hospitalisés pour la première

fois pour AIT en 2010, soit plus de 18 000 personnes, âgées en moyenne de 69 ans, dont 55 % de femmes.

Lors de leur première hospitalisation pour AIT, un quart (25 %) des personnes ont séjourné dans une UNV, à une période (2010) où celles-ci étaient moins développées qu'actuellement. Comme il est recommandé, les trois quarts (76 %) ont eu une imagerie cérébrale codée (scanner ou IRM principalement) lors du séjour, et 29 % une IRM cérébrale. Même en prenant en compte le défaut d'exhaustivité du recueil des actes d'imagerie dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en 2010, la fréquence de réalisation rapide de l'IRM, acte recommandé, paraît faible.

Un mois après cette première hospitalisation pour AIT, les traitements des facteurs de risque sont fortement intensifiés (**figure 22**) : les trois quarts (74 %) des personnes ont reçu un traitement par antiagrégant plaquettaire, 12 % par anti-vitamine K, 9 % un anti-arythmique, 57 % au moins une classe d'antihypertenseurs (37 % au moins deux et 17 % au moins trois), 53 % un hypolipémiant, et 14 % un traitement antidiabétique. La stabilité de la fréquence de recours à un

► FIGURE 22
Prise en charge médicamenteuse avant et après le séjour hospitalier pour accidents ischémiques transitoires (AIT)



(34) Schnitzler A, Woimant F, Nicolau J, Tuppin P, de Peretti C, «Effect of rehabilitation setting on dependence following stroke : an analysis of the French inpatient database», *Neurorehabil Neural Repair*, 2014; 28:36-44.

antidiabétique avant et après le séjour pour AIT laisse supposer que le diabète est déjà dépisté et pris en charge à un âge où il est particulièrement fréquent. Néanmoins, par rapport aux recommandations, le recours aux traitements antihypertenseurs, aux anticoagulants ou aux antiagrégants plaquettaires apparaît encore insuffisant.

L'AIT représente un événement de santé grave, même lorsqu'il est pris en charge par une hospitalisation. Ainsi, 3 % des patients ont été à nouveau hospitalisés au moins une fois le mois suivant pour AIT et 1,9 % pour un AVC ischémique, soit 5,2 % au total, et 1,5 % sont décédés. À trois ans, ces chiffres s'élèvent respectivement à 7,2 %, 5 %, 13 % et 16 % de décès.

Ce constat souligne donc d'une part la possibilité de repérer les patients à haut risque afin de les informer sur la conduite à tenir et d'optimiser la prise en charge de leurs facteurs de risque, et d'autre part la nécessité d'une prise en charge urgente et intensive de cet événement de santé, immédiatement régressif, mais potentiellement grave à court et moyen termes.

Des travaux sont également en cours sur une cohorte de patients ayant eu un AVC en 2012 afin d'analyser leur parcours de soins, notamment après la phase aiguë.

Proposition

sur la prise en charge des accidents ischémiques transitoires et la prévention des accidents vasculaires cérébraux

Proposition 5

Éviter ou diminuer les récidives en prenant mieux en charge les patients pendant et après l'hospitalisation

La bonne prise en charge d'un accident ischémique transitoire (AIT), accident transitoire mais qui signale un risque de constituer à court et moyen termes un accident vasculaire cérébral (AVC), est un élément important de prévention secondaire. Or l'analyse du parcours de soins de ces patients suggère que tant l'exploration que la prise en charge médicamenteuse après l'hospitalisation pourraient être améliorées.

Pour éviter ou diminuer les complications après un AIT (6 % de réhospitalisations pour AIT ou AVC dans les trois mois, 12 % dans les trois ans, et 3 % et 16 % de décès respectivement), il faut renforcer l'information des patients et des médecins traitants sur la prise en charge recommandée, sur les risques de récidive et sur l'importance des traitements du risque vasculaire et de la thrombose.

Par ailleurs, les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sur le parcours de soins des patients ayant connu un épisode d'AVC mettent en avant la nécessité de renforcer la coordination entre les acteurs de ville et d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire. Des travaux avec les sociétés savantes et le Collège de médecine générale seront menés pour identifier et mettre en œuvre un parcours optimisé en sortie d'hospitalisation d'ici la fin de l'année 2015.

2.4 L'insuffisance rénale chronique : retarder et mieux prendre en charge le passage au stade de l'insuffisance terminale

Un ensemble de propositions de l'Assurance Maladie pour 2015 concernait l'insuffisance rénale chronique (IRC), qui s'accroît depuis de nombreuses années, notamment en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de fréquence de facteurs de risque tels que le diabète et l'hypertension artérielle. Il s'agit d'une maladie grave qui entraîne une détérioration plus ou moins rapide de la capacité des reins à filtrer le sang. Au stade terminal, elle nécessite des techniques de suppléance contraignantes pour le patient et coûteuses.

Les modalités de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale sont d'une part la dialyse, avec deux types de dialyse, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale, et d'autre part la greffe de rein. 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 quatre heures et ont lieu trois 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(ère);
- 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.

En 2013, 71 000 patients sont pris en charge pour insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) par le régime général d'assurance maladie (soit, si l'on extrapole à l'ensemble de la population, environ 84 000 personnes tous régimes). Parmi les 71 000 patients affiliés au régime général, 39 000 sont dialysés et 32 000 greffés.

Les dépenses correspondantes représentent 3,8 milliards d'euros en 2013, dont 3,1 milliards d'euros sont attribuables à la dialyse et 0,7 milliard d'euros à la greffe rénale et au suivi de greffe. Les coûts de traitement sont en effet élevés, environ 45 000 euros en moyenne par an et par patient. Les soins

hospitaliers et les transports sont à l'origine de la majeure partie des coûts moyens de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (respectivement 68 % et 18 % des dépenses).

2.4.1 / Des réflexions récentes sur la qualité et l'efficience des parcours de soins des patients

Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2015 avait souligné des points d'amélioration dans la prévention et la prise en charge de cette maladie :

- un dépistage et une prévention insuffisants, notamment chez les patients diabétiques ou avec une hypertension artérielle;
- une relative stabilité du nombre de greffes face à des besoins croissants et une faible proportion de donneurs vivants de rein;
- une forte prédominance de la dialyse en centre et un développement insuffisant de la dialyse à domicile;
- des dépenses de transport pouvant être optimisées.

La Haute Autorité de santé (HAS) a d'autre part réalisé avec l'agence de la biomédecine, à la demande de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé et de la Cnamts, une évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)³⁵. Les principales conclusions sont :

- que les stratégies fondées sur le développement de la transplantation sont toujours plus efficaces que les autres stratégies, quel que soit l'âge;
- que, par rapport à la stratégie fondée sur les pratiques actuelles, la plupart des stratégies évaluées sont aussi efficaces et moins coûteuses (les stratégies récentes – hémodialyse quotidienne à bas débit de dialyse, recours à la télémédecine... – n'ont cependant pas été prises en compte).

Ainsi, à titre d'exemple, le développement de la dialyse péritonéale non assistée pour les patients âgés de 18 à 44 ans acceptant un traitement à domicile permettrait une économie de 50 à 100 euros par mois et par patient par rapport à la stratégie fondée sur les données observées à partir du registre «Rein» (**tableau 7**). Pour les patients âgés de 18 à 44 ans ne souhaitant ou ne pouvant pas bénéficier d'un traitement à domicile, le développement de l'autodialyse permettrait une économie de 200 euros par mois par patient.

(35) Rapport d'octobre 2014 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1775180/fr/evaluation-medico-economique-des-strategies-de-prise-en-charge-de-l-insuffisance-renale-chronique-terminale-en-france.

► TABLEAU 7

Stratégies à privilégier pour améliorer l'efficience : synthèse du rapport de la HAS

	Patient souhaitant un traitement à domicile	Patient ne souhaitant pas un traitement à domicile
18-44 ans	Dialyse péritonéale non assistée (- 50 à - 100 € / mois / patient)	Autodialyse (- 200 € / mois / patient)
45-69 ans	Dialyse péritonéale non assistée (- 100 € / mois / patient) <i>Sinon privilégier autodialyse ou unité de dialyse médicalisée (UDM)</i>	Autodialyse ou UDM (- 200 € / mois / patient)
70 ans et plus	Dialyse péritonéale assistée (- 50 € à - 100 € / mois / patient) <i>Sinon, privilégier UDM</i>	UDM et préparer le retour en centre au-delà de 5 ans (- 300 € / mois / patient)

Source : HAS

2.4.2 / La mise en place d'une cohorte rétrospective de patients commençant un traitement de suppléance

Dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2015, outre l'amélioration de l'accès à la greffe et l'optimisation des modalités de prise en charge de la dialyse, les propositions formulées mettaient l'accent sur l'amélioration de la détection et de la prise en charge de la maladie rénale à des stades précoces.

L'objectif est de retarder l'initiation du traitement de suppléance, d'éviter de démarrer la dialyse dans un contexte d'urgence, d'améliorer la survie et, éventuellement, de préparer une greffe préemptive, c'est-à-dire en évitant la dialyse. Ainsi, 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 HAS. Néanmoins, des études rapportent en France une proportion relativement importante de patients commençant une dialyse sans prise en charge spécifique en amont ou trop tardive. Par exemple, une étude réalisée auprès de néphrologues en 2009 sur 2 089 patients en insuffisance rénale chronique (IRC) retrouvait un délai moyen élevé (1,5 an) entre le diagnostic de la néphropathie et la première consultation par un néphrologue. Elle concluait que, si la protection des néphrons et le traitement des complications de l'IRC étaient satisfaisants, la préparation aux traitements de suppléance ne l'était pas car trop tardive et principalement orientée vers l'hémodialyse³⁶.

Néanmoins les informations sur ce sujet sont parcellaires. La cohorte CKD-Rein (*Chronic Kidney Disease - Rein*), lancée en mars 2012, pour 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, comme elle l'avait proposé dans le rapport de propositions précédent, a constitué une cohorte rétrospective permettant de retracer le parcours de soins des malades un à deux ans avant l'initiation d'un traitement de suppléance afin de repérer des carences possibles dans ce parcours et de les pallier. Il s'agit donc de patients ayant probablement une maladie rénale chronique à un stade avancé, c'est-à-dire un stade 3b ou 4 selon la codification actuelle. La maladie rénale chronique, qui touche près de 3 millions de personnes en France, est en effet classée en cinq stades de sévérité, le stade 5 étant celui de la suppléance, avec 10 000 patients mis en dialyse chaque année ; on estime à 1 million le nombre de patients au stade 3b de la maladie, et à 40 000 ceux au stade 4.

Cette cohorte permet notamment d'observer la conformité des prises en charge à un ensemble de recommandations formulées par la HAS, concernant la préparation à la suppléance, les examens systématiques et complémentaires, le suivi médical et biologique du patient avant suppléance, les traitements à administrer ou à éviter, la préparation de l'hémodialyse.

(36) Daugas E, Dussol B, Henri P, Joly D, Juillard L, Michaut P, Mourad G, Stroumza P, Touam M, « Prepare: cross-sectional study on management of chronic kidney disease by nephrologists before dialysis in France », *Nephrol Ther*, nov. 2012; 8(6):439-50.

2.4.3 / Une situation hétérogène selon les patients

En 2013, 7 351 assurés du régime général ont commencé un traitement de suppléance par dialyse et 309 ont bénéficié d'une greffe préemptive. Parmi les personnes âgées de moins de 60 ans ayant commencé une dialyse, une sur cinq (22 %) est bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit près de trois fois plus qu'au sein de l'ensemble de population du régime général de même âge. Les patients ayant commencé un traitement de suppléance par dialyse sont âgés en moyenne de 66 ans, et le sur-risque masculin est retrouvé : 39 % seulement des patients sont des femmes.

Hypertension artérielle et diabète sont les deux principaux pourvoyeurs de l'insuffisance rénale. Les patients ont en effet reçu au moins un remboursement de traitement antihypertenseur dans les six mois précédents pour 88 % d'entre eux, et dans un cas sur deux une trithérapie (**tableau 8**). Toutefois, seuls les deux tiers des patients (66 %) ont reçu un inhibiteur du système rénine-angiotensine comme recommandé. La moitié (54 %) a par ailleurs reçu un traitement hypolipémiant et plus du tiers (36 %) un traitement antidiabétique, comme il est attendu. Le recours au traitement par inhibiteur du système rénine-angiotensine peut donc probablement être renforcé.

Le mois précédent la dialyse, 8 % des patients ont séjourné en réanimation, la dialyse a donc probablement débuté pour ces patients dans un contexte d'urgence, ce qui peut être lié à une dégradation brutale et imprévisible de la fonction ou à un défaut du parcours de soins. Si l'on exclut ce premier mois, la proportion de personnes hospitalisées dans l'année précédant la dialyse est très élevée, 77 % au total, et cette proportion s'élève encore à 69 % si l'on considère seulement les personnes pour lesquelles un diagnostic néphrologique est associé au séjour.

Concernant les consultations médicales, 14 % des patients n'ont pas eu de contact avec un médecin généraliste entre zéro et six mois avant la dialyse, et 15 % entre sept et douze mois (**tableau 9**). Toutefois, 87 % l'ont consulté au moins deux fois dans l'année. Le recours au néphrologue libéral ou en consultation externe hospitalière, qui signe la programmation du suivi spécialisé et qui est recommandé, est estimé à 68 % entre zéro et six mois avant la dialyse, et 54 % entre sept et douze mois avant, soit 74 % dans l'année précédente ; 64 % l'ont consulté au moins deux fois dans l'année. Toutefois, cette programmation peut aussi être organisée via une hospitalisation programmée. Si l'on considère l'existence d'au moins une consultation par un néphrologue ou une hospitalisation avec un diagnostic néphrologique, alors 70 % des patients ont eu a priori un contact spécialisé dans les un à six mois précédant la dialyse et 76 % dans les un à douze mois. Reste donc qu'un quart des patients semblent échapper à cette programmation.

Pour les patients commençant une hémodialyse comme premier mode de suppléance, 60 % n'ont pas eu de fistule créée au moins un mois avant leur première dialyse comme cela est recommandé.

En ce qui concerne la recherche de médicaments ou produits remboursés pouvant détériorer la fonction rénale chez ces patients qui ont probablement une fonction rénale déjà très altérée, 14 % des patients ont reçu au moins une délivrance d'anti-inflammatoire non stéroïdien dans l'année précédant la suppléance, 9 % un produit de contraste iodé et 5 % du gadolinium pour imagerie.

Au total, les éléments marquants qui se dégagent de cette première analyse d'une cohorte rétrospective de patients ayant débuté un traitement de suppléance en 2013 sont :

- la fréquence élevée de comorbidités (hypertension artérielle – HTA, diabète) et une population plus souvent défavorisée (20 % de bénéficiaires de la CMU-C) ;
- la fréquence élevée du recours à l'hospitalisation dans l'année précédent la dialyse (si l'on exclut le mois précédent la suppléance, les deux tiers des patients dans les six mois, près de huit sur dix dans les douze mois) ;
- une proportion significative de patients (8 %) ayant un passage en réanimation avec diagnostic néphrologique dans le mois précédent ;
- des contacts et suivis avec des néphrologues qui apparaissent insuffisants pour une partie des patients (23 % des patients dialysés n'auraient pas été pris en charge par un néphrologue dans les un à douze mois précédents, et 28 % dans les un à six mois) ;
- un remboursement fréquent de certains médicaments contre-indiqués en présence d'une insuffisance rénale chronique : un anti-inflammatoire non stéroïdien chez 14 % des patients, un produit de contraste iodé chez 9 % et du gadolinium chez 5 % ;
- une préparation de la fistule insuffisante (37 % un mois avant la suppléance) ;
- au total, une certaine hétérogénéité de la qualité des prises en charge, certains patients étant très bien suivis et d'autres moins bien.

► TABLEAU 8

**Fréquence des traitements (une délivrance ou plus) avant suppléance
de l'insuffisance rénale chronique terminale en 2013**

	0-6 mois		7-12 mois	
	Dialyse	Greffé préemptive	Dialyse	Greffé préemptive
Antihypertenseur	88 %	95 %	85 %	94 %
Inhibiteur du système rénine-angiotensine	59 %	72 %	63 %	76 %
dont :				
• IEC	27 %	36 %	28 %	38 %
• Sartan	38 %	45 %	41 %	46 %
Diurétique	57 %	51 %	55 %	49 %
dont :				
• Diurétique de l'anse	49 %	41 %	44 %	38 %
Hypolipémiant	54 %	50 %	55 %	50 %
Antidiabétique	36 %	20 %	36 %	20 %

Champ : population âgée de 18 ans et plus, régime général hors SLM – France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

► TABLEAU 9

Fréquence du suivi médical avant suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale en 2013

	Nombre de recours	0-6 mois		7-12 mois		0-12 mois	
		Dialyse	Greffé préemptive	Dialyse	Greffé préemptive	Dialyse	Greffé préemptive
Généraliste	0	14 %	22 %	15 %	20 %	8 %	10 %
	2 et plus	76 %	65 %	75 %	62 %	87 %	80 %
Néphrologue ambulatoire	0	32 %	20 %	46 %	25 %	26 %	13 %
	2 et plus	54 %	63 %	37 %	55 %	64 %	79 %
Néphrologue ou séjour avec diagnostic néphrologique (1 ^{er} mois avant suppléance exclu)	1 et plus	70 %	79 %			76 %	90 %

Champ : population âgée de 18 ans et plus, régime général hors SLM – France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

Proposition

sur la prise en charge précoce des patients insuffisants rénaux chroniques

Proposition 6

Mobiliser les patients et l'ensemble des professionnels pour améliorer la prise en charge dès le stade 3b de la maladie

Dans la période récente, des campagnes de sensibilisation ont été menées par l'Assurance Maladie auprès des médecins traitants sur l'importance du dépistage de la maladie rénale chronique à des stades précoce chez des patients à risque. D'autres professionnels de santé peuvent être mobilisés, en relais du néphrologue. Il est notamment proposé :

- de promouvoir auprès des laboratoires de biologie la production de pentes de créatinémie, avec un système d'alerte vers le patient et le médecin prescripteur;
- d'impliquer les pharmaciens pour informer les patients sur la néphrotoxicité des médicaments acquis dans le cadre de l'automedication (par exemple les anti-inflammatoires non stéroïdiens – AINS);
- d'impliquer les établissements de santé en leur apportant un retour d'information sur le parcours des patients dans les mois précédent leur passage à la dialyse. Compte tenu de la fréquence importante du recours à l'hospitalisation dans cette période, ils sont en effet bien placés pour repérer les patients à haut risque, protéger la fonction rénale résiduelle et préparer à l'évolution vers la suppléance.

Le rôle du patient lui-même est évidemment essentiel dans cette stratégie de prévention. Dans l'insuffisance rénale, l'éducation thérapeutique tient en effet une place importante, car il est démontré qu'elle permet de ralentir l'entrée en dialyse en favorisant l'observance médicamenteuse, notamment des antihypertenseurs, et en limitant les erreurs diététiques et l'automedication. La Haute Autorité de santé (HAS) insiste sur cet aspect dans ses recommandations sur le parcours de soins des patients ayant une maladie rénale chronique (février 2012).

L'éducation thérapeutique existe dans les structures de dialyse et dans les hôpitaux mais pour une population restreinte et trop souvent à un stade avancé de la pathologie. Il conviendrait de l'élargir à des patients pris en charge en ville et à une phase plus précoce de leur maladie.

● Économie attendue :

la prévention ferait baisser l'évolution globale des dépenses de 0,2 point (passant de 4,9 à 4,7 % par an). Pour la première année, il s'agit de retarder le traitement de suppléance pour 10 % des patients incidents; l'effort est accentué sur les deux années suivantes pour éviter 480 mises en dialyse ou greffes au terme de trois ans, soit près de 130 millions d'euros d'économies à moyen terme.

2.5 Prévenir les réhospitalisations par une meilleure prise en charge après une fracture pour fragilité osseuse

2.5.1 / Un problème de santé publique

L'ostéoporose est une pathologie chronique, fréquente, silencieuse et diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux, responsable d'une augmentation du risque de fracture.

Elle est le plus souvent liée à l'âge : à partir de 50 ans, une femme sur trois et un homme sur cinq subiront une fracture au cours du reste de leur vie. Mais elle peut être induite par certains traitements, en particulier la corticothérapie prolongée, ou par certaines pathologies.

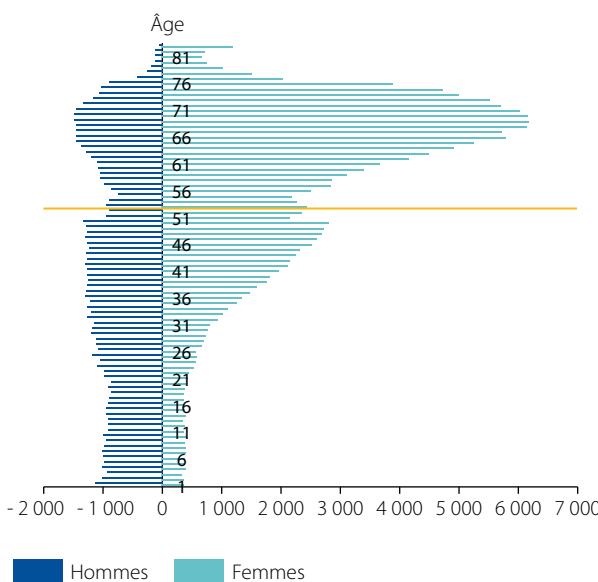
En France, elle est responsable chaque année de fractures vertébrales, de l'extrémité supérieure du fémur et du poignet. Leur incidence augmente avec l'âge. Ces fractures surviennent à la suite d'un traumatisme mineur dit à basse énergie en raison de la fragilité osseuse, et une cascade fracturaire suit rapidement.

Il n'est pas possible de connaître précisément le nombre de fractures imputables à l'ostéoporose, mais en première approche

on peut estimer que les fractures chez des personnes de plus de 50 ans et concernant des sites anatomiques tels que fémur, vertèbres, bassin, poignets sont le plus souvent liées à une fragilité osseuse. Le nombre de personnes fracturées pour ces sites augmente sensiblement à partir de 50 ans, et de façon encore plus importante à partir de 75 ans (**figure 23**).

Pour les plus de 50 ans, le nombre de séjours hospitaliers en chirurgie pour ces fractures liées le plus souvent à une fragilité osseuse est de plus de 165 000 en 2013, et il a augmenté de 10 % en deux ans (**tableau 10**). Environ 30 % de ces personnes sont orientées en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) en sortie de chirurgie (principalement des personnes plus âgées et/ou des fractures du fémur). Au total, si l'on ajoute les hospitalisations en service de chirurgie, les séjours en services de soins de suite et de réadaptation et les soins délivrés en ville, le coût de ces épisodes de soins s'élève à 1,1 milliard d'euros (**tableau 11**).

► **FIGURE 23**
Pyramides des âges des personnes hospitalisées pour fracture liée le plus souvent à une fragilité osseuse en 2013



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

► **TABLEAU 10**
Nombre de personnes hospitalisées en MCO^(a) pour fracture le plus souvent associée à une fragilité osseuse

	2011	2012	2013
Nombre de personnes	150 453	155 810	165 249

(a) MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Champ : régime général – France entière
Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

► **TABLEAU 11**
Coûts des épisodes de soins pour fractures le plus souvent associées à la fragilité osseuse en 2013

Catégorie de soins	Montant
Hospitalisations MCO ^(a)	770 M€
Séjours en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) faisant suite à une hospitalisation MCO	340 M€
Soins de ville faisant suite à une hospitalisation MCO	5 M€
Total	1,1 milliard €

(a) MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (Sniram)

2.5.2 / Le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose en France

L'examen de diagnostic : l'ostéodensitométrie

La confirmation du diagnostic d'ostéoporose est faite par l'ostéodensitométrie osseuse (DMO), prise en charge par l'Assurance Maladie depuis le 1^{er} juillet 2006. Les conditions de remboursement sont précisées par un référentiel de la Haute Autorité de santé (HAS)³⁷ : l'examen est pris en charge pour des personnes ayant un antécédent de fracture suspecte d'ostéoporose et présentant un ou plusieurs facteurs de risque (indice de masse corporelle faible, ménopause précoce, antécédent de corticothérapie de plus de trois mois consécutifs...), et il n'est indiqué que si le résultat entraîne une modification de la prise en charge thérapeutique.

Entre 2011 et 2013, on constate chaque année une baisse d'environ 6 % des ostéodensitométries réalisées : 571 500 ont été réalisées en 2013, contre 683 000 en 2011³⁸.

Le nombre total d'ostéodensitométries remboursées depuis 2006 est de l'ordre de 4 millions, ce qui correspond à peu près à la population cible estimée alors par la HAS, mais sans pour autant que les conditions de réalisation de l'examen apparaissent conformes aux recommandations :

- 70 % des personnes ayant réalisé une ostéodensitométrie en 2013 n'ont pas de traitement spécifique à l'ostéoporose ni un an avant, ni six mois après l'examen ;
- les 30 % restants se répartissent de la façon suivante :

- 14 % ont un traitement spécifique un an avant et six mois après l'examen, alors que l'ostéodensitométrie n'est pas un examen de suivi ;
- 6 % ont un traitement spécifique un an avant l'ostéodensitométrie mais pas de traitement spécifique dans les six mois qui suivent ;
- 11 % ont initié un traitement spécifique dans les six mois suivant l'examen. Seule cette dernière situation semble correspondre aux référentiels HAS.

Le traitement

En 2013, 26 % de la population des plus de 50 ans était traitée (tous traitements confondus), et 38 % des femmes. Le nombre de personnes traitées augmente entre 2011 et 2013 (**tableau 12**).

Les traitements médicamenteux sont de deux catégories :

- les traitements aspécifiques (calcium, vitamine D, THM) ;
- les traitements spécifiques (biphosphonates, SERM – modulateur sélectif des récepteurs des œstrogènes, ranélate de strontium, dénosumab, tériparatide).

Environ 80 % des personnes traitées ne consomment que du calcium et/ou de la vitamine D. Seules 15 % reçoivent un traitement spécifique de l'ostéoporose, et 3 % des THM (**figure 24 et tableau 13**).

Seuls les traitements spécifiques de l'ostéoporose font l'objet de recommandations^{39,40}; l'autorisation de mise sur le marché (AMM) indique l'utilisation des traitements aspécifiques en appoint ou en association en cas de carence (calcium, vitamine D).

► TABLEAU 12
Effectif et part de la population de plus de 50 ans traitée

	Femmes		Hommes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
2011	4 100 665	32,0	745 175	7,0	4 845 840	20,7
2012	4 618 413	35,5	1 003 436	9,3	5 621 849	23,5
2013	4 995 902	37,9	1 263 031	11,5	6 258 933	25,9

*Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (Sniiram)*

(37) La HAS a publié des référentiels sur l'ostéoporose en 2006 et en 2014 :

Année	Textes de référence	Points principaux
2014	<i>Fiche de bon usage du médicament : les médicaments de l'ostéoporose</i> http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fs_osteoporose_v2.pdf	La HAS se positionne sur les traitements, sur les conduites à tenir (fracture ou non évocatrice d'ostéoporose, ostéoporose cortico-induite)
Juin 2006	Ostéodensitométrie [absorptiométrie osseuse] sur deux sites, par méthode biphotonique http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteodensitometrie_rapport.pdf	Ce texte précise les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie de l'ostéodensitométrie

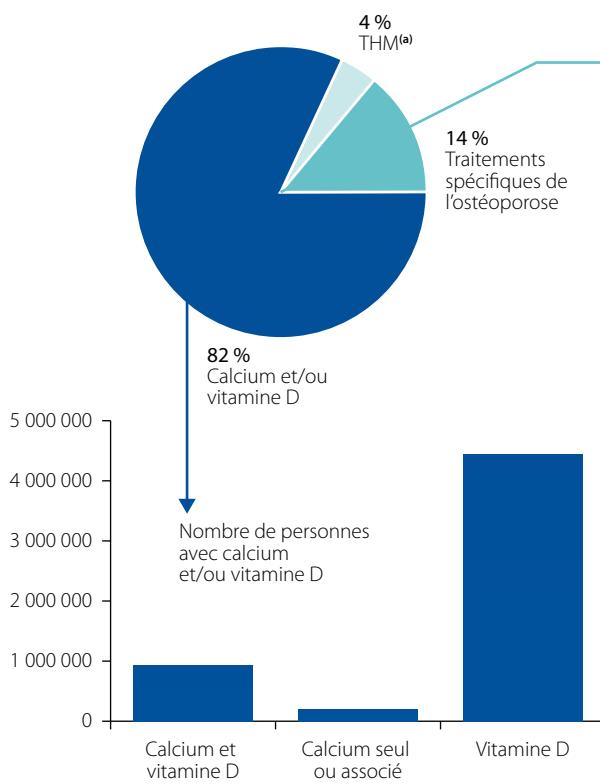
(38) Actes réalisés en établissements privés et actes externes des établissements publics, tous régimes.

(39) *Fiche de bon usage du médicament : les médicaments de l'ostéoporose*, HAS, juin 2014.

(40) *Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. Note de synthèse*, HAS, juillet 2006.

► FIGURE 24

Répartition des traitements de l'ostéoporose en 2013

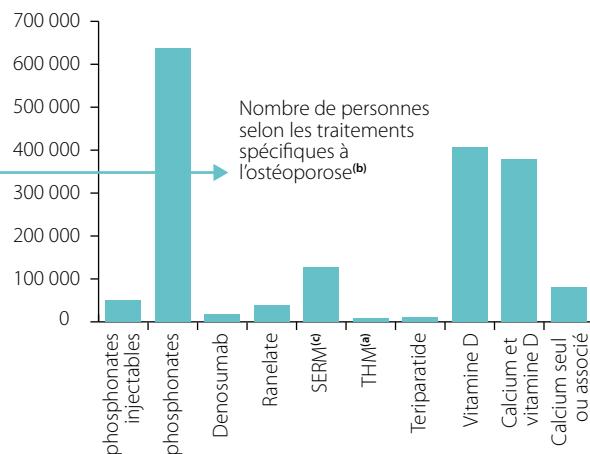


(a) THM : traitement hormonal de la ménopause

(b) Possibilité de traitements associés

(c) Serm : modulateurs sélectifs des récepteurs des estrogènes

Champ : patients de plus de 50 ans, régime général – France entière
Source : Cnamts (Sniiram)



► TABLEAU 13

Répartition par type de traitement en 2013

	Nombre de personnes de plus de 50 ans	Coûts en 2013
Traitements aspécifiques (calcium et/ou vitamine D)	5 M	68 M€
Traitements spécifiques de l'ostéoporose	845 000	124 M€
THM ^(a)	241 000	6 M€
Total tous traitements confondus	6,1 M	197 M€

(a) THM : traitement hormonal de la ménopause

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

2.5.3 / Des soins insuffisants à la suite d'une hospitalisation pour fractures liées à une fragilité osseuse

L'étude des parcours de soins pré- et post-hospitalisation (un an avant l'hospitalisation et un mois, six mois et douze mois après l'hospitalisation) des personnes ayant une fracture le plus souvent liée à une fragilité osseuse met en évidence une prise en charge non optimale au regard des référentiels.

Parcours un an avant hospitalisation

Parmi les 155 810 personnes hospitalisées en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en 2012, 12 % étaient traitées spécifiquement pour ostéoporose avant leur hospitalisation

pour fracture, et peu ont eu une ostéodensitométrie (3 %). En revanche, 40 % des patients fracturés avaient un traitement inducteur d'ostéoporose, une proportion supérieure à la population générale de même âge et de même sexe⁴¹ (figure 25).

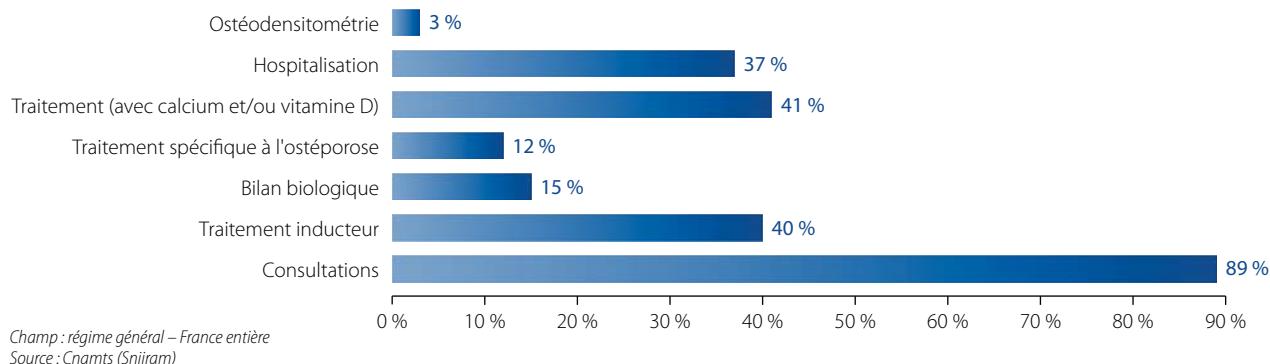
Parcours après hospitalisation en MCO (un, six et douze mois)

Pour les parcours post-hospitalisation, deux populations ont été étudiées séparément :

- les personnes hospitalisées en MCO et sortant directement à domicile (y compris en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad, 2 %) ;
- les personnes passant par une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) avant de rentrer à domicile.

(41) Traitement inducteur : antidépresseur, neuroleptique, antiépileptique, antihormone, inhibiteur de l'aromatase et corticoïdes.

► FIGURE 25

Les parcours de soins en amont de l'hospitalisation

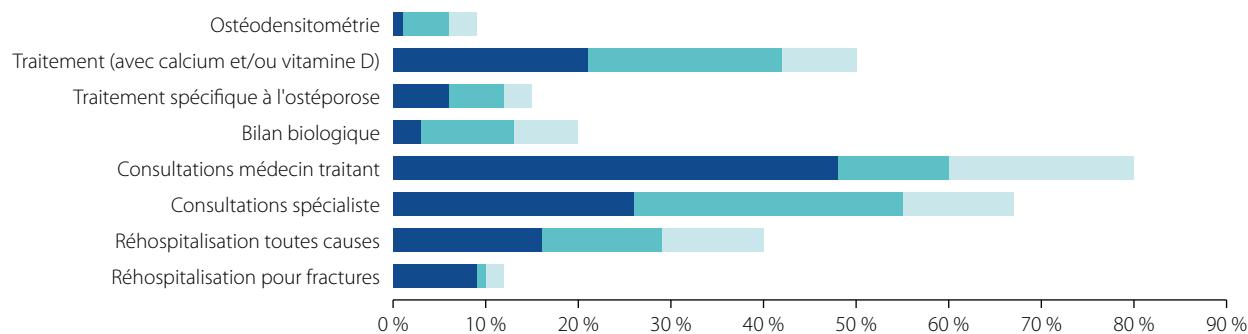
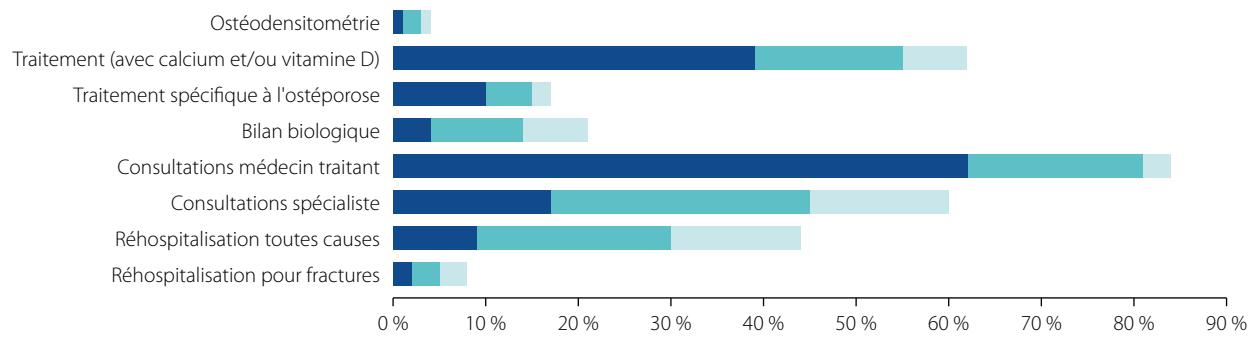
On constate (figure 26) que :

- 52 % des patients n'ont pas consulté leur médecin traitant dans le mois suivant la sortie de MCO ;
- indépendamment du passage par une unité de SSR, les taux de réalisation d'ostéodensitométrie, de bilan biologique et de traitement spécifique sont faibles (respectivement 9 %, 20 %

et 15 % après un séjour en MCO et respectivement 4 %, 21 % et 17 % après un séjour en MCO puis passage en SSR) ;

- 29 % des patients sont réhospitalisés dans les six mois après un séjour en MCO, 10 % pour fractures (5 % pour fracture après un séjour en MCO puis passage en SSR).

► FIGURE 26

Parcours de soins en sortie d'hospitalisation selon le passage ou non en service de soins de suite et réadaptation (SSR)**Sans passage en SSR****Avec passage en SSR**

Champ : régime général – France entière

Source : Atih (PMSI-MCO) et Cnamts (Sniiram), traitements Cnamts

2.5.4 / Des expériences dans d'autres pays avec des résultats médico-économiques

Plusieurs pays (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Canada) se sont intéressés à cette problématique et ont mis en place des dispositifs d'accompagnement spécifiques pour les soins post-fracture.

Les modèles post-hospitalisation pour fracture

Ces modèles, portant différentes appellations (*Fracture Liaison Services* (FLS) au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Australie, *Osteoporosis Coordinator Programs* au Canada), reposent sur un coordonnateur dédié aux soins post-fracture, qui fait le lien entre l'équipe hospitalière orthopédique, le médecin généraliste et le patient.

À titre d'exemple, le FLS de Glasgow, mis en place depuis 1999⁴², a organisé le parcours de soins de plus de 50 000 patients souffrant de fractures entre 2000 et 2010. Ses objectifs sont d'identifier tous les hommes et les femmes de plus de 50 ans qui ont subi une fracture de fragilisation, d'évaluer leurs risques d'ostéoporose et de futures fractures et d'initier les traitements si nécessaire. Le parcours de soins est schématisé dans la **figure 27**.

Ce dispositif a montré son efficacité : 74 % des personnes sont désormais diagnostiquées par une ostéodensitométrie et/ou traitées, contre 10 à 20 % auparavant. Entre 2000 et 2010, le

nombre de fractures de la hanche a diminué de 7,3 % à Glasgow, alors qu'il a augmenté de 17 % en Angleterre.

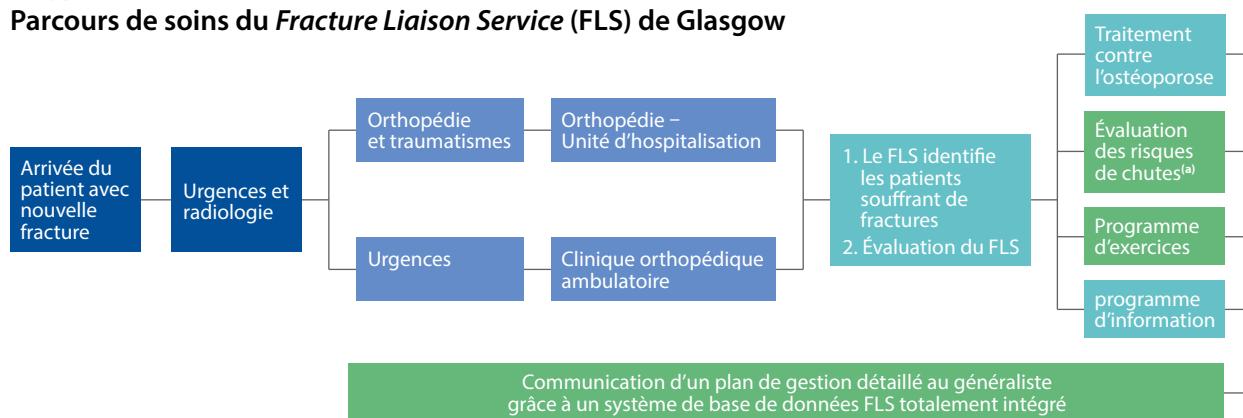
L'évaluation médico-économique a montré également un gain financier net dû aux hospitalisations évitées⁴³.

Dans d'autres pays ont été testées des organisations élargies à la population à risque d'ostéoporose : ainsi, *Kaiser Southern California* a mis en place *The Healthy Bones Program*⁴⁴ depuis 2002 pour les personnes de plus de 50 ans avec antécédent de fracture par fragilité, toutes les femmes de plus de 65 ans, tous les hommes de plus de 70 ans et tous les patients recevant des traitements inducteurs d'ostéoporose. En 2008, une étude a été faite sur la période 2002-2006 afin d'évaluer le programme.

L'évaluation de ce programme a montré qu'il a conduit à une baisse importante du nombre de fractures de la hanche et, comme pour le FLS, à une économie nette.

Il y a donc un enjeu de santé, mais aussi un enjeu économique, à améliorer la prise en charge dans ce domaine (et notamment le suivi des personnes hospitalisées pour une fracture liée à une fragilité osseuse pour éviter les réhospitalisations), sur la base des préconisations de la HAS concernant les examens d'ostéodensitométrie et les traitements, préconisations qui apparaissent peu connues et peu mises en œuvre pour les populations à risque.

► **FIGURE 27**
Parcours de soins du *Fracture Liaison Service* (FLS) de Glasgow



(a) Les patients les plus âgés sont identifiés et, si besoin, doivent passer une évaluation des risques de chutes

(42) McLellan A.R., Gallacher S.J., Fraser M., McQuillan C., «The fracture liaison service : success of a programme for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture», *Osteoporosis Int.*, 2003 ; 10:28-34.

(43) McLellan A.R., Wolowacz S.E., Zimovetz E.A., Beard S.M., Lock S., McCrink L., Adekunle F., Roberts D., «Fracture liaison services for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture: a cost-effectiveness evaluation based on data collected over 8 years of service provision», *Osteoporosis Int.*, 2011 ; 20:83-98.

(44) Dell R., Greene D., Schelkun S., Williams K., «Osteoporosis disease management: the role of the orthopaedic surgeon», *J Bone Joint Surg Am.*, 2008.

Proposition

sur le suivi des patients après fracture pour fragilité osseuse

Proposition 7

_ Mettre en place une prise en charge globale de la fracture dans le programme de retour à domicile Prado orthopédie existant

Afin de permettre une prise en charge globale de ces fractures, une des pistes d'actions envisagées pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose serait d'intégrer une action «ostéoporose» dans le Prado orthopédie existant, en le complétant par une offre de service ciblée pour les personnes hospitalisées pour fractures par fragilité osseuse et coordonnée par le médecin traitant.

Le Prado orthopédie a été généralisé à la France entière, depuis novembre 2013, pour 23 interventions chirurgicales. Au sein de la population prise en compte, les personnes de plus de 50 ans hospitalisées pour toute fracture évocatrice de fragilité osseuse feraient l'objet d'un volet supplémentaire,

spécifique à la pathologie de l'ostéoporose, dans le cadre d'un appui à la coordination hôpital-ville (guide pour le patient comprenant des informations sur l'ostéoporose, la prévention des chutes, le diagnostic et le traitement, réalisé en collaboration avec l'Association française de lutte anti-rhumatismale (Aflar), le Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses (Grio) et le Collège de médecine générale; information au médecin traitant).

L'initiation et le suivi du traitement non médicamenteux (prévention des chutes, amélioration de l'activité physique et de la nutrition) et médicamenteux sont réalisés par le médecin traitant, la liaison faite en sortie d'hospitalisation dans le cadre du Prado venant en appui de son action.

● Économie attendue :

avec le renforcement de la prise en charge en ville et de la détection de l'ostéoporose (après hospitalisation pour fracture), les réhospitalisations évitées conduiraient à une économie de l'ordre de 13 millions d'euros sur trois ans.

CHAPITRE

3

Accès aux soins des populations vulnérables

La France a un système de santé et d'assurance maladie qui assure à sa population un haut niveau de prise en charge. 77,4 % des dépenses sont financés publiquement, ce qui nous situe dans une fourchette de taux élevés au sein de l'OCDE. Ce taux ne décroît pas malgré la difficulté de financement de la protection sociale liée à la faible croissance économique de ces dernières années ; il a même tendance à s'accroître depuis 2012 (source : comptes nationaux de la santé). Avec les 13,8 % pris en charge par les complémentaires, les coûts directs supportés par les patients représentent 8,8 % de la dépense totale, ce qui situe la France parmi les pays où ce reste à charge est le plus faible.

Ce niveau de prise en charge est d'autant plus important qu'il s'accompagne d'un accès plus large et plus rapide aux innovations thérapeutiques que dans d'autres pays, comme l'illustre encore récemment l'exemple des traitements de l'hépatite C (partie 4.3.1).

La couverture financière des soins a été élargie dans les années 2000 par des dispositifs complémentaires pour des populations à faibles revenus, avec la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) (**encadré 3**).

Ces dispositifs apparaissent d'autant plus nécessaires que les populations concernées sont plus fréquemment atteintes de pathologies lourdes et chroniques ; cette situation était déjà

connue pour les bénéficiaires de la CMU-C, elle se confirme également, et c'est une information plus nouvelle, pour les bénéficiaires de l'ACS (partie 3.1). Le chèque santé permet d'atténuer le taux d'effort que ces derniers consentent actuellement pour se soigner (partie 3.1.4), et la réforme mise en œuvre par le Gouvernement, en procédant à un appel d'offres national sur des contrats-types, devrait permettre une amélioration du rapport coût qualité des contrats auxquels ils accèdent.

Les populations les plus vulnérables peuvent rencontrer cependant des difficultés pour faire valoir leurs droits et pour accéder aux services mis à leur disposition, et être amenées à renoncer à des soins nécessaires malgré le bon niveau de couverture assuré globalement dans le système de santé. Cela a conduit l'Assurance Maladie à mettre en œuvre des démarches proactives vis-à-vis de ces personnes pour assurer leur accès aux droits et aux soins (partie 3.2).

Au-delà de ces situations particulières, qui nécessitent que des démarches administratives parfois complexes soient facilitées si l'on veut promouvoir une égalité réelle, certains domaines appellent sans doute des actions plus systémiques. C'est le cas des soins dentaires, pour lesquels le niveau des restes à charge freine l'accès à ces soins pour une fraction de la population, au-delà même des personnes ayant de faibles revenus (partie 3.3).

3.1 Un éclairage sur les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé : état de santé, recours aux soins, restes à charge

Un nombre important d'études concernant les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a été publié⁴⁵. La Cnamts y a contribué, en mettant en évidence leur état de santé moins bon que celui de la population générale⁴⁶, mais aussi en analysant leurs restes à charge pour certains types de soins⁴⁷.

En revanche, la connaissance des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) est beaucoup plus lacunaire. Pour mieux appréhender la situation de ces personnes, qui se situent

dans la tranche de revenus juste au-dessus du seuil de la CMU-C, les données du système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) ont été enrichies de l'information relative au bénéfice de cette aide⁴⁸, ce qui permet de dresser un portrait de cette population en termes d'état de santé, de recours aux soins et de prise en charge financière de ces soins.

(45) Voir par exemple :

- Allonier C., Boisguérin B., Le Fur P., *Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population : Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008*, Irdes, Questions d'économie de la santé, n° 173, févr. 2012.
- Boisguérin B., *Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins*, Drees, Études et Résultats, n° 603, oct. 2007.

- Moisy M., *État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA*, Drees, Études et Résultats, n° 882, juin 2014.

(46) Tuppin P., Blotière P.O., Weill A., Ricordeau P., Allemand H., « Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2009 », *Presse méd.*, 2011 ; 40: 304-14.

(47) Ricci P., *Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010*, Points de repère, n° 35, sept. 2011 ; Gilles L., Lautié S., *Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : l'exemple de l'optique*, Points de repère, n° 37, févr. 2012.

(48) L'ouverture de droit à l'ACS se traduit par l'envoi d'une attestation-chèque, sans que l'on sache toutefois si cette attestation a été utilisée ou non *in fine* pour l'acquisition d'une complémentaire. Il s'agit par ailleurs des seuls bénéficiaires du régime général, y compris les sections locales mutualistes (soit 90 % des bénéficiaires de la CMU-C et 93 % des bénéficiaires de l'ACS).

3.1.1 / Des pathologies chroniques globalement plus fréquentes chez les bénéficiaires de l'ACS

La prévalence des maladies chroniques, telle qu'on peut la repérer à partir de la cartographie des pathologies, est comparée pour les bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-C⁴⁹ et la population générale. Cette comparaison porte sur l'année 2012. Pour avoir plus de sens, elle est centrée sur les personnes de moins de 60 ans, car les plus âgés sont très peu nombreux parmi les bénéficiaires de la CMU-C⁵⁰. Les 730 000 personnes bénéficiaires du chèque santé (1,6 % de la population⁵¹) sont donc comparées aux 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C (9,7 %) et au reste de la population du régime général, soit 40,2 millions de personnes (88 %).

Les bénéficiaires de l'ACS sont plus souvent pris en charge pour une affection de longue durée (ALD) (24 %) que ceux de la CMU-C (11 %) et que les personnes n'ayant ni la CMU-C ni l'ACS (8 %). L'analyse des pathologies traitées montre :

- que la fréquence des pathologies chroniques est beaucoup plus élevée dans la population des bénéficiaires de l'ACS que dans la population générale (**tableau 14**) ;
- et qu'elle est même souvent très supérieure à celle de la population bénéficiaire de la CMU-C (**tableau 15**).

Ainsi, à structure démographique identique, la fréquence des cancers dans la population bénéficiaire de l'ACS est 1,3 fois supérieure à celle observée pour la population du régime général ; celle des maladies psychiatriques est 6 fois plus élevée, et 2,6 fois plus élevée que pour les bénéficiaires de la CMU-C. La fréquence de l'insuffisance rénale chronique terminale est 3,9 fois plus élevée que dans la population générale, et 2,8 fois plus élevée que parmi les bénéficiaires de la CMU-C.

► TABLEAU 14

Fréquence des pathologies parmi les bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-C et du régime général (hors ACS et CMU-C) et risques relatifs par rapport à la population du régime général en 2012

	ACS ^(a)		CMU-C ^(a)		Régime général ^(a) (référence)
	%o	RR ^(b)	%o	RR	%o
Cancers	20,4	1,3	14,0	0,9	15,3
Maladies cardio-neurovasculaires	35,6	2,1	24,1	1,4	16,6
Diabète	44,8	2,4	42,4	2,2	19,2
Insuffisance rénale chronique terminale	2,5	3,9	0,9	1,4	0,7
Maladies psychiatriques	139,6	6,2	52,9	2,4	21,8
Maladies du foie ou du pancréas	19,5	3,8	15,2	2,9	5,1
Autres maladies inflammatoires chroniques	1,5	1,8	0,9	1,1	0,8
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	60,7	1,7	57,3	1,5	35,4
Polyarthrite rhumatoïde	3,4	1,6	1,8	0,8	2,2
Spondylarthrite ankylosante	2,4	1,4	1,3	0,7	1,7
VIH ou sida	8,1	3,8	4,9	2,5	2,2
Maladies neurologiques ou dégénératives	30,3	3,6	11,3	1,4	8,0

(a) Populations mutuellement exclusives

(b) RR : risque relatif ajusté ; RR souligné : non significatif

Note de lecture : un RR = 2,1 pour les maladies cardio-neurovasculaires signifie que la fréquence de ces pathologies pour la population ACS est 2,1 fois supérieure à celle observée pour la population du régime général qui sert ici de comparaison.

Champ : population de moins de 60 ans, régime général – France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

(49) Les populations ayant eu des droits à la fois au titre de la CMU-C et de l'ACS au cours de l'année ont été exclues de l'étude. Les populations considérées sont donc mutuellement exclusives.

(50) Le niveau de prestations sociales est tel que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) est en effet supérieur au plafond d'attribution de la CMU-C.

(51) Il s'agit des seuls bénéficiaires du régime général, y compris sections locales mutualistes (soit 90 % des bénéficiaires de la CMU-C et 93 % des bénéficiaires de l'ACS).

► TABLEAU 15

**Fréquence des pathologies parmi les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C
et risque relatif de la population ACS par rapport à la population CMU-C en 2012**

	ACS ^(a)		CMU-C ^(a)		ACS ^(a) versus CMU-C ^(a)
	%o	RR ^(b)	%o	RR	RR
Cancers	20,4	1,3	14,0	0,9	1,5
Maladies cardio-neurovasculaires	35,6	2,1	24,1	1,4	1,5
Diabète	44,8	2,4	42,4	2,2	1,1
Insuffisance rénale chronique terminale	2,5	3,9	0,9	1,4	2,8
Maladies psychiatriques	139,6	6,2	52,9	2,4	2,6
Maladies du foie ou du pancréas	19,5	3,8	15,2	2,9	1,3
Autres maladies inflammatoires chroniques	1,5	1,8	0,9	1,1	1,7
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	60,7	1,7	57,3	1,5	1,0
Polyarthrite rhumatoïde	3,4	1,6	1,8	0,8	1,9
Spondylarthrite ankylosante	2,4	1,4	1,3	0,7	1,8
VIH ou sida	8,1	3,8	4,9	2,5	1,6

(a) Populations mutuellement exclusives

(b) RR : risque relatif ajusté ; RR souligné : non significatif

Note de lecture : un RR =1,5 pour les maladies cardio-neurovasculaires signifie que la fréquence de ces pathologies pour la population ACS est 1,5 fois supérieure à celle observée pour la population CMU-C qui sert ici de comparaison.

*Champ : population de moins de 60 ans, régime général – France entière
Source : Cnamts (Sniiram)*

3.1.2 / Une surmorbilité qui ne s'explique pas par un effet de sélection

Une première hypothèse explicative de cette surmorbilité des bénéficiaires pourrait être ce qu'on appelle un «effet de sélection». En effet, seule une partie minoritaire de la population éligible à l'ACS fait la démarche pour demander cette aide⁵² : on peut imaginer que ceux qui la font sont ceux qui en ont le plus besoin et que le dispositif «sélectionne», en quelque sorte, la fraction la plus malade des bénéficiaires potentiels.

Néanmoins, une analyse plus approfondie de la situation des bénéficiaires semble infirmer cette hypothèse. La fréquence plus élevée des pathologies se concentre en effet sur les personnes qui perçoivent des revenus de compensation tels que l'allocation adulte handicapé (AAH) ou une prestation d'invalidité, qui, par définition, ne sont versées qu'en raison d'un état de santé durablement dégradé (177 700 bénéficiaires perçoivent une AAH⁵³ ou une prestation d'invalidité, soit au total 24 %

de la population bénéficiaire de l'ACS de moins de 60 ans). Le montant de l'AAH est en effet supérieur au plafond de revenus de la CMU-C, mais inférieur à celui de l'ACS.

Ainsi, lorsque les personnes titulaires de l'AAH ou d'une pension d'invalidité sont exclues, les différences observées entre les populations bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS tendent à disparaître, voire s'inversent dans certains cas (**tableau 16**). Ainsi, pour les maladies psychiatriques, la fréquence est inférieure de 20 %, alors qu'elle est 2,6 fois supérieure lorsqu'on prend en compte la totalité des bénéficiaires de l'ACS. Pour les cancers, les maladies cardio-neurovasculaires, le VIH et les maladies neurologiques ou dégénératives, il n'y a pas de différence significative entre la population bénéficiaire de l'ACS sans AAH et/ou prestation d'invalidité et la population bénéficiaire de la CMU-C. Les seules pathologies chroniques pour lesquelles on observe des fréquences plus élevées dans la population bénéficiaire de l'ACS sans AAH et/ou prestation d'invalidité, comparativement à la population bénéficiaire de la CMU-C, sont l'insuffisance rénale chronique terminale et les maladies inflammatoires chroniques.

(52) La Drees estime, en 2013 :

- la population éligible à la CMU-C dans une fourchette comprise entre 5,7 et 6,8 millions, soit un taux de recours entre 60 % et 72 %;
- la population éligible à l'ACS dans une fourchette comprise entre 2,7 et 3,8 millions, soit un taux de recours entre 20 % et 41 %.

(53) 141 900 pour l'AAH et 37 200 pour les pensions d'invalidité. Une sous-estimation est possible dans la mesure où l'information sur l'ouverture de droit à l'AAH n'est pas exhaustive dans le Sniiram. Elle n'est en effet disponible que pour les personnes non assujetties, à un autre titre, à un régime obligatoire d'assurance maladie.

► TABLEAU 16

Comparaison des risques relatifs entre les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C avec ou sans les personnes titulaires de l'AAH^(a) ou de pensions d'invalidité en 2012

	ACS^(b) versus CMU-C^(b)	ACS^(b) versus CMU-C^(b) après exclusion des individus avec AAH et/ou prestation d'invalidité
	RR^(c)	RR
Cancers	1,5	<u>1,1</u>
Maladies cardio-neurovasculaires	1,5	1,0
Diabète	<u>1,1</u>	<u>0,9</u>
Insuffisance rénale chronique terminale	2,8	1,2
Maladies psychiatriques	2,6	0,8
Maladies du foie ou du pancréas	1,3	0,8
Autres maladies inflammatoires chroniques	1,7	1,2
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	<u>1,0</u>	0,8
Polyarthrite rhumatoïde	1,9	1,3
Spondylarthrite ankylosante	1,8	1,4
VIH ou sida	1,6	<u>0,9</u>
Maladies neurologiques ou dégénératives	2,7	<u>1,0</u>

(a) AAH : allocation aux adultes handicapés

(b) Populations mutuellement exclusives

(c) RR : risque relatif ajusté ; RR souligné : non significatif

Champ : population de moins de 60 ans, régime général – France entière
 Source : Cnamts (Sniiram)

3.1.3 / Des recours aux soins qui reflètent les différences observées en termes d'état de santé, sauf pour certains bénéficiaires de l'ACS

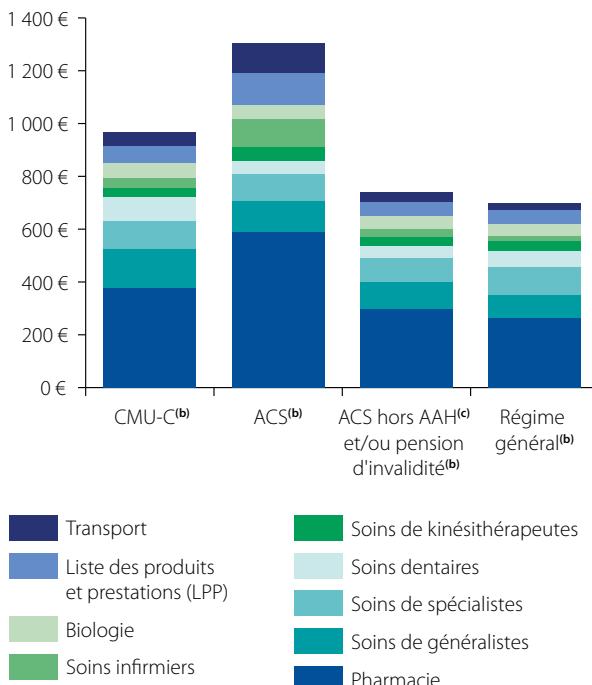
Les dépenses annuelles moyennes⁵⁴ par bénéficiaire de l'ACS (4 800 euros par an) sont très supérieures à celles des bénéficiaires de la CMU-C (environ 2 500 euros par an) et du reste de la population couverte par le régime général (environ 1 700 euros par an). Les écarts proviennent essentiellement de l'hospitalisation, et là encore ils sont le fait des bénéficiaires de l'AAH et de

pensions d'invalidité : on trouve notamment, très logiquement, de fortes dépenses d'hospitalisation en service de psychiatrie pour ces populations, en cohérence avec la prévalence des problèmes de santé mentale évoqués dans les **tableaux 17 et 18**.

La population bénéficiaire de l'ACS sans AAH et/ou prestation d'invalidité avec un état de santé proche de la population bénéficiaire de la CMU-C (**tableau 16**) a pourtant des dépenses sensiblement inférieures et assez voisines de celles du reste de la population couverte par le régime général. Pour les soins de ville en particulier (**figure 28**), la dépense moyenne remboursable de la population bénéficiaire de l'ACS sans AAH et/ou prestation d'invalidité est très peu différente de celle de la population du régime général (759 euros par an *versus* 720 euros par an), elle est même inférieure pour les soins de spécialistes, de dentistes ou de kinésithérapeutes.

Ces différences semblent liées à la fois à des taux de recours moins importants et à des dépenses moyennes plus faibles en cas de recours.

► FIGURE 28

Dépenses remboursables^(a) moyennes par personne et par poste de soins de ville en 2012

(a) Standardisés sur l'âge et le sexe de la population Insee 2012 de moins de 60 ans

(b) Populations mutuellement exclusives

(c) AAH : allocation aux adultes handicapés

Champ : population de moins de 60 ans, régime général hors SLM – France entière
 Source : Cnamts (Sniiram)

(54) Il s'agit des dépenses remboursables, ce qui permet de neutraliser les différences de taux de remboursement.

► TABLEAU 17

Dépenses remboursables^(a) moyennes par personne en 2012 (en euros)

	CMU-C ^(b)	ACS ^(b)	ACS hors AAH ^(c) et/ou pension d'invalidité ^(b)	Régime général ^(b)
Soins de ville	986	1 326	759	720
Hôpital	1 335	2 862	833	601
Indemnités journalières maladie et AT-MP ^(d)	67	175	259	231
Indemnités journalières maternité ^(d)	15	42	49	70
Invalidité ^(d)	58	395	0	120
Total	2 461	4 800	1 899	1 742

(a) Standardisés sur l'âge et le sexe de la population Insee 2012 de moins de 60 ans

(b) Populations mutuellement exclusives

(c) AAH : allocation aux adultes handicapés

(d) Prestations en espèces versées sous conditions liées à l'activité salariée

Champ : population de moins de 60 ans, régime général hors SLM – France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

► TABLEAU 18

Dépenses remboursables^(a) moyennes d'hospitalisation par personne selon le type de service (médecine, chirurgie, obstétrique – MCO, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation – SSR) en 2012 (en euros)

	CMU-C ^(b)	ACS ^(b)	ACS hors AAH ^(c) et/ou pension d'invalidité ^(b)	Régime général ^(b)
Total hôpital	1 335	2 862	833	601
Hospitalisations séjours MCO	705	844	547	430
<i>dont :</i>				
• Actes et consultations externes MCO public	75	93	69	49
Hospitalisations séjours psychiatrie	530	1 900	232	134
Hospitalisations séjours SSR	101	118	54	37

(a) Standardisés sur l'âge et le sexe de la population Insee 2012 de moins de 60 ans

(b) Populations mutuellement exclusives

(c) AAH : allocation aux adultes handicapés

Champ : population de moins de 60 ans, régime général hors SLM – France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

On peut noter par ailleurs des taux de recours aux actes et consultations externes des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (33 % à 36 %) sensiblement supérieurs à ceux du reste de la population (25 %) (**tableau 19**).

En synthèse, quelques éléments se dégagent de cette analyse :
– une fréquence des maladies chroniques, appréhendée à travers le recours aux soins, globalement plus importante dans les populations bénéficiaire de la CMU-C et de l'ACS comparativement au reste de la population du régime général (parmi les moins de 60 ans) ;

– une population bénéficiaire de l'ACS assez hétérogène en termes d'état de santé, avec une surmortalité importante des personnes percevant l'AAH et les pensions d'invalidité, les autres ayant un état de santé proche des bénéficiaires de la CMU-C ;
– des dépenses de soins qui suivent globalement ce gradient d'état de santé, mais avec une interrogation pour les bénéficiaires de l'ACS non titulaires de l'AAH et de pensions d'invalidité, pour lesquels le recours aux soins est sensiblement inférieur à celui des bénéficiaires de CMU-C pour un état de santé comparable, et plutôt proche du reste de la population couverte par le régime général.

► TABLEAU 19

Taux de recours^(a) par poste et dépenses moyennes^(a) pour les consommateurs en 2012

	CMU-C ^(b)		ACS ^(b)		ACS hors AAH ^(c) et/ou pension d'invalidité ^(b)		Régime général ^(b)	
Effectif (en milliers)	4 366		731		553		34 464	
	Taux de recours	Dépenses moyennes	Taux de recours	Dépenses moyennes	Taux de recours	Dépenses moyennes	Taux de recours	Dépenses moyennes
Total soins de ville	99 %	993 €	98 %	1 352 €	98 %	775 €	99 %	729 €
Pharmacie	92 %	405 €	90 %	641 €	90 %	330 €	88 %	296 €
Soins de médecins	93 %	269 €	90 %	242 €	90 %	210 €	91 %	211 €
donc :								
• Soins de généralistes	89 %	164 €	84 %	140 €	84 %	119 €	82 %	105 €
• Soins de spécialistes	56 %	177 €	54 %	173 €	56 %	156 €	62 %	160 €
Soins dentaires	37 %	226 €	32 %	146 €	37 %	144 €	39 %	147 €
Soins kinésithérapeutes	10 %	329 €	11 %	446 €	10 %	321 €	12 %	298 €
Soins infirmiers	17 %	191 €	20 %	388 €	17 %	148 €	15 %	108 €
Biologie	41 %	117 €	41 %	117 €	41 %	108 €	39 %	103 €
Liste des produits et prestations	43 %	150 €	42 %	267 €	43 %	132 €	41 %	121 €
Transport	8 %	696 €	12 %	966 €	8 %	690 €	4 %	755 €
Autres soins de ville	6 %	242 €	6 %	328 €	6 %	246 €	6 %	242 €
Total hôpital	43 %	3 055 €	45 %	5 845 €	41 %	2 004 €	33 %	1 746 €
Hospitalisations séjours MCO	42 %	1 601 €	43 %	1 785 €	40 %	1 299 €	33 %	1 239 €
donc :								
• Actes et consultations externes MCO public	34 %	212 €	36 %	240 €	34 %	200 €	25 %	189 €
Hospitalisations séjours psychiatrie	1 %	30 116 €	4 %	37 358 €	1 %	22 937 €	1 %	22 579 €
Hospitalisations séjours SSR	1 %	11 898 €	1 %	10 407 €	1 %	9 557 €	1 %	7 474 €

(a) Standardisés sur l'âge et le sexe de la population Insee 2012 de moins de 60 ans

(b) Populations mutuellement exclusives

(c) AAH : allocation aux adultes handicapés

Champ : population de moins de 60 ans, régime général hors SLM – France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

3.1.4 / La couverture financière des soins des bénéficiaires de l'ACS en 2012

Il n'est pas possible, aujourd'hui, de connaître avec précision le niveau de couverture des bénéficiaires de l'ACS, et donc le niveau de leurs restes à charges (sur les soins et sur les primes d'assurance) et le taux d'effort qui en résulte par rapport à leur revenu.

Il a paru cependant intéressant, au moment où le Gouvernement vient de réformer ce dispositif en procédant à un appel d'offres national sur des contrats-types, pour améliorer le rapport coût qualité des contrats auxquels les bénéficiaires de l'ACS accèdent, de tenter d'approcher la couverture financière des soins, telle qu'elle résulte du dispositif avant la réforme.

Pour cela, faute de pouvoir disposer de données détaillées chaînant les remboursements de l'assurance obligatoire et des assurances complémentaires, des techniques de simulation statistique ont été utilisées (**encadré 4**), en rapprochant les dépenses de santé présentées au remboursement par les bénéficiaires et les garanties des principaux contrats des complémentaires santé recueillies dans l'enquête annuelle de la Drees.

Dépenses de soins : une couverture de l'Assurance Maladie élevée

Sur l'année 2012, on estime que les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire⁵⁵ ont, à 93 %, bénéficié d'au moins un soin en ville ou à l'hôpital, pour une dépense annuelle moyenne de l'ordre de 5 900 euros.

L'analyse des données de remboursement met en évidence que l'Assurance Maladie prend en charge une large partie de ces dépenses : 91 %, soit en moyenne 5 364 euros. Cela est cohérent avec les taux élevés de personnes en affection de longue durée (ALD) dans cette population, mentionnés plus haut.

Les 9 % restants (550 euros en moyenne) se répartissent donc entre les ménages et les assureurs complémentaires. Cette répartition, estimée par la Cnamts à partir du modèle de micro-simulation, serait de 435 euros pour les assureurs complémentaires et de 117 euros de reste à charge final pour les personnes.

Ce reste à charge moyen recouvre néanmoins de fortes disparités : si l'on répartit la population en déciles en fonction de la dépense totale de soins, la prise en charge des complémentaires varie entre 19 euros pour le premier décile d'assurés et 1 116 euros pour le dernier décile ; les restes à charge des assurés s'échelonnent quant à eux de 3 euros à plus de 200 euros (**tableau 20**).

Le niveau de prise en charge apparaît également très variable selon le type de prestation (**tableau 21**) :

- les soins de ville dans leur ensemble sont remboursés à hauteur de 85 % par l'Assurance Maladie et à hauteur de 11 % par les assureurs complémentaires, alors que les soins hospitaliers sont pris en charge à 95 % par le régime obligatoire ;
- dans les secteurs où existe une certaine liberté tarifaire, la complémentaire acquise par les bénéficiaires de l'ACS ne permet pas de couvrir l'ensemble des dépenses. Ainsi, pour les 6 % de bénéficiaires de l'ACS ayant recours à des soins prothétiques dentaires, le reste à charge demeure relativement lourd : 400 euros en moyenne, soit 50 % des dépenses. De même, en optique, malgré une prise en charge de près de 132 euros en moyenne des assureurs complémentaires, les bénéficiaires doivent contribuer de leur poche d'un montant quasi équivalent.

Ainsi, les complémentaires acquises par les bénéficiaires de l'ACS couvrent le ticket modérateur des soins courants en ambulatoire (médecins et auxiliaires médicaux) et le reste à charge des hospitalisations. En revanche, les restes à charge supportés sont relativement importants pour les soins prothétiques, l'optique et les appareils de surdité.

► TABLEAU 20

Répartition des dépenses de soins des bénéficiaires de l'ACS par type de financeur en fonction du décile de consommation totale

Déciles de consom-mants	Assurance Maladie	Organismes complé-mentaires	Bénéfi-ciaires de l'ACS
1	37 €	17 €	3 €
2	110 €	55 €	8 €
3	200 €	108 €	24 €
4	337 €	174 €	50 €
5	571 €	250 €	83 €
6	940 €	333 €	121 €
7	1 577 €	414 €	163 €
8	2 776 €	518 €	218 €
9	6 084 €	710 €	255 €
10	26 429 €	1 317 €	220 €

Champ : assurés du régime général (hors SLM) bénéficiaires de l'ACS tout au long de l'année 2012 ; dépenses remboursées en 2012 y compris les forfaits journaliers en établissements publics psychiatriques et en établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Source : Cnamts (modèle de micro-simulation des restes à charge des bénéficiaires de l'ACS)

(55) En 2012, plus de 930 000 personnes ont bénéficié du droit à l'ACS au moins un jour, mais on ne considère ici que les 432 000 assurés qui en ont bénéficié durant toute l'année. Parmi ceux-ci, on fait l'hypothèse que 80 % ont utilisé effectivement le chèque santé (source : Fonds CMU) : c'est sur cette population que porte l'étude. Rappelons d'autre part que le champ est différent de celui de l'analyse précédente : on considère ici les personnes ayant bénéficié de l'ACS toute l'année, quel que soit leur âge, alors que précédemment il s'agissait de la population de moins de 60 ans ayant bénéficié de l'ACS pendant tout ou partie de l'année.

(56) Garnero M. et Le Palud V., *Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010*, Drees, Études et Résultats, n° 837, avr. 2013.

(57) *Rapport sur l'évolution des prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2012*, Fonds CMU, avr. 2013.

► TABLEAU 21

Taux de recours, dépenses de soins et restes à charge des bénéficiaires de l'ACS

Postes	Taux de recours	Dépenses totales	dont Assurance Maladie	dont organismes complémentaires	dont bénéficiaires de l'ACS
Médecins	89 %	396 €	324 €	53 €	18 €
Auxiliaires médicaux	41 %	933 €	871 €	54 €	8 €
Dentaire	32 %	290 €	117 €	88 €	85 €
<i>dont :</i>					
• Soins conservateurs	22 %	104 €	76 €	27 €	1 €
• Soins prothétiques	6 %	806 €	165 €	245 €	397 €
• Orthodontie	2 %	555 €	165 €	245 €	146 €
Biologie	52 %	166 €	129 €	37 €	0 €
Médicaments	87 %	855 €	714 €	114 €	27 €
Liste des produits et prestations	47 %	521 €	372 €	83 €	66 €
<i>dont :</i>					
• Appareils de surdité	1 %	787 €	162 €	283 €	342 €
• Optique	15 %	287 €	19 €	132 €	136 €
Transports	17 %	956 €	919 €	25 €	11 €
Total soins de ville	93 %	2 668 €	2 275 €	281 €	112 €
Total hôpital	22 %	13 650 €	12 985 €	647 €	19 €
Ensemble (soins de ville et hôpital)	93 %	5 913 €	5 364 €	435 €	117 €

Champ : assurés du régime général (hors SLM) bénéficiaires de l'ACS tout au long de l'année 2012 ; dépenses remboursables en 2012 y compris les forfaits journaliers en établissements publics psychiatriques et en établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Source : Cnamts (modèle de micro-simulation des restes à charge des bénéficiaires de l'ACS)

Cette situation correspond au choix des bénéficiaire de l'ACS, qui privilégient des contrats d'entrée de gamme (niveau E de la classification de la Drees^{56,57}) dans la moitié des cas contre seulement 18 % de la population générale ayant souscrit un contrat individuel.

Quel niveau de prime et quel taux d'effort final ?

Ces niveaux de garantie sont à mettre en regard avec le coût d'accès à ces couvertures complémentaires. En effet, le chèque santé dont bénéficient les ACS couvre une partie de la prime. À partir des données recueillies dans l'enquête de la Drees et de la composition des ménages bénéficiaires de l'ACS, on estime le montant moyen de la prime à plus de 800 euros par foyer, le chèque santé en couvrant environ la moitié. Un peu moins de 400 euros restent ainsi à la charge des ménages, ce montant variant en fonction de la qualité du contrat adopté. Il faut noter cependant qu'un tiers des bénéficiaires de l'ACS utilisant le chèque bénéficient également d'une aide du Fonds national d'action sanitaire et sociale (Fnass). En moyenne,

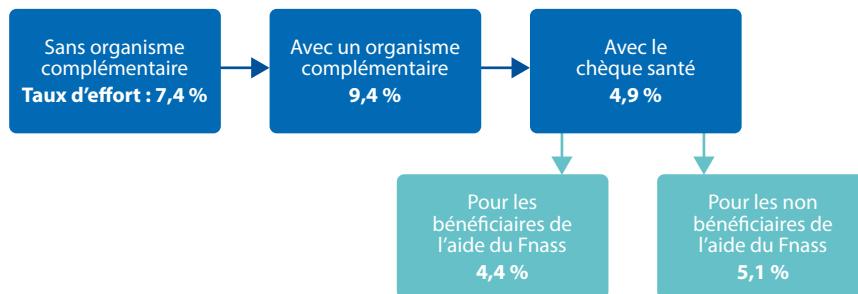
cette aide supplémentaire s'élève à 134 euros, ce qui permet de réduire le reste à charge des ménages sur la prime d'acquisition de la complémentaire à 268 euros environ (soit 32 % de la prime totale). On peut estimer qu'au total le rapport entre le remboursement des assureurs complémentaires et la prime versée est de l'ordre de 75 %. Ce rapport devrait être modifié par l'effet des nouveaux contrats négociés dans le cadre de l'appel d'offres et qui s'appliquent à partir du 1^{er} juillet 2015.

Compte tenu de leur consommation de soins, en 2012, les bénéficiaires de l'ACS auraient consacré 7,4 % de leurs ressources pour se soigner s'ils n'avaient pas acquis de complémentaires santé. Pour la même consommation de soins, avec une complémentaire santé, mais sans le bénéfice du chèque, ce taux d'effort augmente à 9,4 % (dans la mesure où en moyenne les remboursements des complémentaires sont inférieurs au montant de la prime). Grâce au chèque ACS, le taux d'effort est largement atténué (5,1 %), et il est abaissé encore pour ceux qui bénéficient de l'aide du Fnass (4,4 %)⁵⁸ (figure 29).

(58) À titre de comparaison, le Hcaam, dans son rapport de 2011, estimait un taux d'effort des dépenses volontaires (incluant l'ensemble des dépenses de santé remboursables et non remboursables) à 4,9 % pour les ménages du décile médian de niveau de vie. Le taux d'effort volontaire fait figurer au numérateur un montant consolidé des restes à charge après assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire et primes versées aux organismes complémentaires, et au dénominateur un revenu net des versements à l'assurance maladie obligatoire. Source : *L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer?*, Hcaam, janv. 2011.

► FIGURE 29

Impact des complémentaires et du chèque santé sur le taux d'effort volontaire



Source : Cnamts (*modèle de micro-simulation des restes à charge des bénéficiaires de l'ACS*)

► ENCADRÉ 3

CMU-C et ACS

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) sont deux dispositifs d'assurances complémentaires santé qui s'adressent à des populations avec des ressources annuelles modestes, et qui permettent directement (CMU-C) ou indirectement (ACS) de solvabiliser tout (CMU-C) ou partie (ACS) des dépenses de santé restant à la charge des personnes. Il s'agit, à travers ces dispositifs, d'éviter que les restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire soient des facteurs limitants du recours aux soins et donc de l'aggravation des inégalités sociales de santé.

La CMU-C permet depuis le 1^{er} janvier 2000 d'accéder aux soins sans avance de frais et sans dépassements d'honoraires. Elle intervient en complément de la couverture maladie obligatoire en prenant en charge non seulement le ticket modérateur pour les soins de ville (honoraires et prescriptions) ou l'hôpital, mais aussi le forfait journalier en cas d'hospitalisation et les dépassements tarifaires sur les produits de soins relevant d'un panier (dentaire, optique, audioprothèse principalement), dans

la limite des tarifs spécifiques fixés. Le bénéfice de la CMU-C peut également ouvrir droit aux tarifs sociaux de l'énergie et à des réductions pour les transports. L'attribution de la CMU-C est soumise à des critères de résidence sur le territoire national et de plafond de ressources. Les ressources perçues au cours des douze derniers mois doivent être inférieures au montant du plafond fixé annuellement, lequel varie selon la composition du foyer. Au 1^{er} juillet 2014, le plafond annuel pour une personne seule était de 8 645 euros en métropole, et il est majoré de 11 % dans les départements d'outre-mer (soit 9 621 euros).

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005, l'ACS complète la CMU-C pour les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et un seuil de revenu plus élevé. Depuis 2005, le plafond de l'ACS a été revalorisé à trois reprises : initialement fixé à + 15 % par rapport au plafond de la CMU-C, il est passé à + 20 % en 2007, + 26 % en 2011 et est de + 35 % depuis 2012. Pour une personne seule, vivant en métropole, cela correspond à des ressources mensuelles comprises entre 720 euros et 973 euros.

L'ACS ouvre droit à une aide financière, le chèque santé, à déduire du montant de la cotisation d'une complémentaire individuelle choisie par l'assuré : 100 euros pour les moins de 16 ans, 200 euros de 16 à 59 ans, 350 euros de 50 à 59 ans et 550 euros pour les 60 ans et plus.

L'ACS ouvre droit au tiers payant social pour les dépenses de soins couvertes par le régime obligatoire et aux tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le parcours de soins coordonnés. À partir du 1^{er} juillet 2015, elle ouvre droit au tiers payant intégral (y compris sur la part des dépenses prises en charge par la complémentaire santé) et dispense de participation forfaitaire et de franchise.

En pratique, l'ouverture du droit d'accès à la CMU-C ou à l'ACS est étudiée en même temps lors de la demande, sur la base d'un dossier commun. Les droits sont ouverts pour une période d'un an, et leur renouvellement doit être demandé chaque année.

► ENCADRÉ 4

Simulation des dépenses de santé restant à la charge des bénéficiaires de l'ACS après complémentaire

Le modèle de microsimulation élaboré par la Cnamts apparie de façon probabiliste les données de consommations de soins des bénéficiaires de l'ACS disponibles dans les bases de l'Assurance Maladie avec les données de l'enquête 2012 de la Drees sur les niveaux de couverture des contrats individuels des assureurs complémentaires.

L'enquête 2012 recensait en effet 1 066 contrats de complémentaire santé, dont 596 contrats individuels. Parmi ces contrats individuels, 156 contrats ne couvrant au total que 1 % des ménages ont été exclus, ainsi que 42 contrats « haut de gamme » (notés A dans la classification de la Drees), aucun bénéficiaire de l'ACS n'ayant souscrit à ce type de contrat (source : Fonds CMU, tableau ci-contre).

On fait l'hypothèse qu'au sein d'un foyer ACS seul un type de contrat est souscrit pour tous les membres du foyer. Les foyers sont répartis par tirage avec remise, dans les classes de contrats définies par la Drees (de A pour les contrats haut de gamme à E pour les contrats d'entrée de gamme), en tenant compte des statistiques fournies par l'enquête du Fonds CMU (tableau ci-contre).

Au sein de chaque classe de contrat, un contrat spécifique est affecté à chaque foyer par un second tirage avec remise en tenant compte des caractéristiques des foyers et de la répartition par âge des ouvreurs de droits dans les différents contrats. Par exemple, un foyer composé de deux personnes âgées, sans enfant, ne pourra pas se voir affecter un contrat étudiant.

En plus des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie, il est alors

possible de simuler les montants remboursés par les complémentaires et ce qu'il reste à la charge des consommateurs, pour les médicaments, l'optique, l'audioprothèse, les soins prothétiques, l'orthodontie, les consultations de spécialistes en secteur 2 dans le parcours de soins et les honoraires des praticiens hospitaliers. Pour les autres postes de consommation, l'hypothèse retenue est une prise en charge par les complémentaires du ticket modérateur.

Types de contrats de complémentaires santé individuels souscrits

	Contrats individuels	
	Population ACS (source : Fonds CMU)	Population générale (source : Drees 2010)
Type A	0,0 %	2,7 %
Type B	3,9 %	10,7 %
Type C	13,1 %	34,0 %
Type D	36,2 %	34,6 %
Type E	46,7 %	18,0 %
Total	100,0 %	100,0 %

Note de lecture : dans 47 % des cas, les bénéficiaires de l'ACS ont souscrits un contrat d'entrée de gamme, contre 18 % de la population générale.

3.2 Des actions pour améliorer l'accès aux droits et aux soins

Les inégalités sociales de santé sont, on le sait, importantes et persistantes : la fréquence plus élevée de pathologies chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) en est une illustration, mais de multiples autres données attestent de ce gradient : à 35 ans, six ans d'espérance de vie séparent les cadres supérieurs et les ouvriers, ceux-ci ont 2,5 fois plus de risques de mourir d'un accident vasculaire cérébral (AVC) avant 65 ans, un non-diplômé a 4,4 fois plus de chances de décéder d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures qu'un bachelier, etc.

Dans la formation de ces inégalités, il est certain que beaucoup de choses se jouent en amont du système de santé, dans les conditions de vie et de travail, les facteurs de risque liés aux comportements (tabagisme, alimentation...), et sans doute dans des facteurs plus diffus que l'on désigne sous le terme de « déterminants sociaux », et qui peuvent expliquer des mécanismes de réponse différenciés des individus face à la maladie. Mais l'accès aux soins (préventifs et curatifs) peut contribuer à renforcer ces écarts ou au contraire à les réduire.

L'accès aux soins passe d'abord par l'accès aux droits, et l'on sait que certaines populations éligibles ne les font pas valoir, par manque d'information ou du fait de la complexité des démarches administratives. Au-delà, le recours effectif à la prévention, au dépistage et aux soins peut se heurter à d'autres obstacles.

Permettre à tous cet accès aux droits et aux soins est un objectif fondamental de l'Assurance Maladie, qui déploie un ensemble d'actions dans ce but, certaines impulsées au niveau national; d'autres relevant d'initiatives locales. Ces actions ont vocation, après évaluation de leur impact, à être mutualisées.

3.2.1 / Exemples d'actions impulsées nationalement

L'orientation des centres d'examens de santé et leur projet de service

Sur plus de 500 000 bilans réalisés par les centres d'examens de santé (CES), 56 % sont réalisés pour des personnes en situation de précarité⁵⁹. En lien avec la démarche Planir (partie 3.2.2), un projet de service engage les centres d'examen de santé dans une démarche proactive afin qu'ils constituent réellement une porte d'entrée pour l'accès aux soins, et pas seulement

un contact ponctuel : organisation des partenariats avec les ressources locales pour orienter les patients, prises de rendez-vous, suivi de la réalisation de ces derniers, etc. (exemples en encadré 5).

Une campagne ciblée sur les classes de ZEP pour le bilan bucco-dentaire

Le programme national de prévention bucco-dentaire, proposant un examen bucco-dentaire à des jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, a débuté en 2007 et a été soutenu par des actions d'accompagnement en milieu scolaire pour les plus jeunes (6 et/ou 12 ans).

Mises en œuvre de manière exhaustive lors de la montée en charge du dispositif (pour les classes de CP et de sixième), ces actions d'accompagnement ont été, au fur et à mesure des années, plus ciblées sur des zones où l'on observait un non-recours ou un faible recours à l'examen, puis renforcées pour les enfants de CP en zones défavorisées (actions de sensibilisation avec suivi et accompagnement personnalisés des enfants) à la suite des expérimentations initiées par quatre caisses primaires d'assurance maladie (Cpam).

Compte tenu de ses bons résultats (le taux de recours global au chirurgien-dentiste a été de 63 % en moyenne en 2012-2013, rejoignant le taux de la population générale), cette action, qui s'était développée sur la base du volontariat des Cpam, a été étendue à toutes les caisses (deux classes au minimum par caisse) puis renforcée en fonction du contexte démographique local.

Pour l'année scolaire 2013-2014, l'action a été conduite sur environ 1 200 classes et 20 000 enfants, et le taux global de recours au chirurgien-dentiste pour les enfants vus est de 67,5 % (30 % ayant vu le chirurgien-dentiste avant la séance de sensibilisation, 37,5 % après).

Une démarche proactive vis-à-vis des patients en écart aux soins dans sophia

On sait que les programmes de prévention indifférenciés, s'ils ont des effets positifs en moyenne, ne contribuent pas nécessairement à réduire les inégalités de santé, car les catégories favorisées sont plus réceptives aux messages de prévention et plus enclines à adopter des comportements favorables à la santé. C'est le cas pour sophia, qui, du fait d'une adhésion volontaire, attire les patients les plus sensibles à leur santé (même si le choix de se centrer sur une pathologie dont l'incidence est différenciée socialement est déjà une première démarche).

(59) D'après un score de précarité mis au point par le Cetaf, le score « Épices ».

Pour contrecarrer ce biais de sélection à l'entrée, une stratégie ciblée de recrutement a été développée. Le choix a été fait, plutôt que de se fonder sur des critères sociaux, de chercher à recruter prioritairement des patients qui ne bénéficient pas de soins recommandés.

Un objectif a donc été fixé pour 2014 de réaliser 30 % des inscriptions «diabète» parmi les assurés présentant un suivi insuffisant de l'HbA1c (pas d'examen ou un seul examen sur l'année au lieu de deux). Les actions déployées par les caisses (par exemple : campagne de relances par téléphone) ont permis d'atteindre largement cet objectif : en 2014, sur les 92 000 assurés diabétiques recrutés, 37 % présentaient un écart aux soins à la fin de septembre 2013.

3.2.2 / La mise en place de la démarche Planir

Depuis septembre 2013, les organismes d'assurance maladie ont mis en place la démarche Planir : plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures.

Cette démarche est née du constat des difficultés que rencontrent un certain nombre d'assurés, parmi les plus démunis :

- une part des bénéficiaires potentiels ne bénéficie pas des droits, services, soins et offres de prévention auxquels elle pourrait prétendre (non-recours);
- les informations diffusées par l'Assurance Maladie (qu'il s'agisse d'informations grand public, de notifications de décision, etc.) ne sont pas comprises par une partie de la population (incompréhensions);
- des procédures, des pratiques professionnelles, des décisions administratives défavorables, etc. aggravent des situations déjà fragilisées (ruptures).

► ENCADRÉ 5

Des exemples d'actions menées dans le cadre de Planir

Quelques exemples d'actions menées dans le cadre de la démarche Planir :

LIGNE « URGENCE PRÉCARITÉ » À LA CPAM DU HAINAUT

La Cpam du Hainaut a mis en place une ligne téléphonique réservée à des médecins, des pharmaciens, et peu à peu élargie à d'autres partenaires, pour signaler toute situation d'urgence engendrée par une problématique d'accès aux droits de l'Assurance Maladie et aux soins. Les objectifs principaux sont de répondre à une difficulté urgente d'accès aux droits de l'Assurance Maladie et aux soins pour un assuré en garantissant un traitement rapide et global de la situation.

Après une phase expérimentale au second semestre de 2013, le dispositif est monté en charge progressivement ; en mars 2015, 427 médecins, 257 pharmaciens, mais aussi des CCAS,

des Pass (permanences d'accès aux soins de santé) et des mandataires judiciaires sont partenaires.

Cinq cent signalements ont été traités, dont la moitié par des médecins et des pharmaciens. Il s'agit dans la grande majorité de problèmes de gestion des droits (6 assurés sur 10) et/ou de bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS (50 %). Plus de la moitié sont réglés en moins de cinq jours et 70 % en moins de quinze jours.

REPÉRAGE DES BÉNÉFICIAIRES POTENTIELS DE LA CMU-C ET DE L'ACS À L'ACCUEIL ET AU SERVICE MÉDICAL À LA CPAM DE SEINE-SAINT-DENIS

Les agents d'accueil repèrent, lorsque les bénéficiaires se présentent à l'accueil, le fait qu'ils n'aient pas de couverture complémentaire (cette information étant connue par le lien fait avec l'organisme complémentaire pour le

remboursement). Sur certains sites d'accueil de la Cpam (prioritairement ceux situés en zone de précarité), lorsque l'assuré est détecté potentiellement bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, il bénéficie d'un entretien attentionné pour lui remettre le dossier et l'aider dans sa démarche. Un rendez-vous est proposé pour le dépôt du dossier (ce qui permet de vérifier sa complétude et évite les délais de traitement ultérieurs du fait des pièces manquantes), tout particulièrement pour les assurés détectés en incompréhension ou en difficulté pour accomplir les démarches.

Par ailleurs, les conseillers « relation client » du service médical ont été formés pour détecter également des situations problématiques à l'occasion des convocations des assurés par les médecins-conseil. Le service médical signale par exemple à la Cpam les assurés dont les droits viennent à échéance.

Cette démarche est définie localement, à partir d'un diagnostic partagé. Les actions mises en œuvre sont le plus souvent partenariales (avec les centres communaux d'action sociale – CCAS, les caisse d'allocations familiales – CAF, les services sociaux départementaux, etc.). Elles varient selon les territoires, par exemple :

- diffuser un test d'éligibilité à l'ACS à l'accueil des Cpam ; l'utilisation de ce test s'avère beaucoup plus efficace que les courriers sortants ;
- retravailler les courriers et notifications aux assurés ; à titre d'exemple, il est apparu, lors d'une expérimentation, que le courrier de promotion de l'ACS envoyé aux retraités modestes était compris par moins d'un tiers de ses destinataires ;
- repérer et accompagner les difficultés que peuvent occasionner les notifications de décisions défavorables (telles que la suspension du versement de revenus de substitution, la notification d'un indu important, le refus de prise en charge d'une prestation coûteuse telle qu'un transport) ;

- personnaliser le traitement des dossiers d'indemnités journalières dits complexes (travailleurs intérimaires, salariés à multi-employeurs, assurés sans activité) en privilégiant un contact direct avec l'assuré (qui permet de diviser par deux le délai de traitement de ces dossiers sensibles) ;
- connaître et faire connaître les parcours de soins cumulant des indices de difficultés, tels que l'absence de médecin traitant, des remboursements minorés, la non-participation aux dépistages, l'absence de soins dentaires pendant une période longue, des restes à charge importants, etc. ;
- définir un parcours santé attentionné pour les jeunes, en partenariat avec les missions locales, etc.

ACTIONS MENÉES PAR LE CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ DE LA CPAM DE LA SOMME

Le centre d'examens de santé (CES) d'Amiens a une politique de recrutement très proactive pour amener des populations en situation de précarité à venir faire un bilan de santé. Les conseillers « prévention santé » du CES organisent, sur les lieux de vie ou de formation (pour les jeunes), des séances de sensibilisation (plus de 200 par an), au cours desquelles, en partant d'une animation sur la santé, elles arrivent à proposer l'examen de santé, avec une adhésion volontaire de plus de 70 % des personnes rencontrées.

Des transports de groupe sont organisés et pris en charge pour faire venir les personnes. En amont de l'examen, le CES repère dans le fichier des assurés les personnes sans médecin traitant déclaré, sans couverture

complémentaire, ou les jeunes apprentis encore immatriculés comme ayants droit de leurs parents. Ce repérage préalable permet d'apporter au consultant une information ciblée (CMU, ACS, déclaration médecin traitant, immatriculation propre...) lui permettant de remettre les dossiers avec les explications nécessaires.

Après l'examen de santé, dans le cas d'un recrutement de groupe, les résultats sont restitués par un médecin ou un infirmier du centre, qui se déplace dans les structures de formation ou les lieux de vie, où il remet les résultats avec des explications personnalisées pour en faciliter l'appropriation et amener les personnes à réaliser le suivi nécessaire.

Parmi les personnes venues au CES et n'ayant pas de médecin traitant, 50 % font ensuite la démarche d'en choisir un. De la même façon, 50 % des femmes qui n'ont pas participé

au dépistage du cancer du sein vont faire une mammographie après leur rendez-vous au CES.

► ENCADRÉ 6

La démarche expérimentale menée dans le Gard pour agir sur les difficultés d'accès aux soins

En octobre 2012, les régimes d'assurance maladie, le conseil général du Gard, la Mutualité française et le CHU de Nîmes ont décidé de lancer un diagnostic départemental sur les difficultés d'accès aux soins avec l'appui des chercheurs de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore).

Ce « baromètre du renoncement aux soins dans le Gard », construit à partir du repérage des situations de renoncement par un ensemble d'organismes et d'entretiens approfondis auprès d'une centaine de personnes, a permis de cerner les facteurs explicatifs du renoncement et de décrire les formes qu'il pouvait prendre.

Sur la base de ce diagnostic, des pistes possibles d'action se sont dégagées et ont abouti en novembre 2014 à la création d'un dispositif expérimental, une plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass).

Cette plateforme est saisie par les professionnels des institutions partenaires, de plus en plus nombreux au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif, qui détectent les situations de renoncement aux soins dans le cadre de leurs activités, et elle accompagne ensuite les assurés jusqu'à réalisation des soins. Parfois les situations relèvent exclusivement d'une problématique

d'accès aux droits, mais celle-ci se double souvent d'un besoin d'accompagnement pour que ces droits permettent effectivement d'accéder aux soins (choix d'une complémentaire, orientation dans le système de soins). Les cas les plus complexes sont ceux pour lesquels il faut non seulement aider le patient à s'orienter dans le système de soins, mais également monter des plans de financement pour couvrir les restes à charge.

La Pfidass a traité, depuis novembre 2014, 260 dossiers, dont les deux tiers relèvent de ces cas complexes.

Proposition

pour améliorer l'accès aux droits et aux soins

Proposition 8

Déployer nationalement la démarche Planir après évaluation d'un ensemble d'actions menées

Le réseau de l'Assurance Maladie s'est particulièrement investi dans la démarche Planir, puisque les plans d'actions pluriannuels élaborés 2014 totalisent environ 6 000 actions. La moitié concerne le non-recours, et le reste se répartit à parts égales entre la prévention des risques de rupture et une meilleure lisibilité des dispositifs sociaux.

La mise en œuvre et la pertinence de ces actions sont en cours d'évaluation, et 15 d'entre elles jugées particulièrement prometteuses font l'objet d'une évaluation approfondie par un prestataire externe.

Un ensemble d'actions labellisées sera généralisé dans l'ensemble du réseau en 2016 et 2017. Outre ce socle commun, une deuxième série d'actions évaluées pourra constituer un référentiel de bonne pratique dans lesquelles les organismes du réseau pourront puiser pour mettre en œuvre des démarches complémentaires.

3.3 La prise en charge des soins dentaires

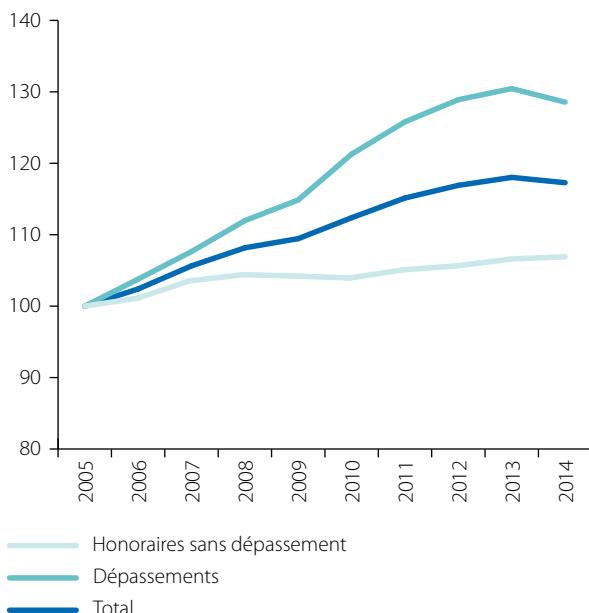
La prise en charge des soins dentaires est un sujet récurrent d'analyses et de propositions de réforme depuis une quinzaine d'années et a fait l'objet de nombreux travaux, notamment de la part des corps de contrôle de l'Assurance Maladie. Les principaux constats se recoupent, et insistent sur le trop faible niveau de rémunération des soins dits conservateurs, qui n'incite pas les chirurgiens-dentistes à les réaliser alors qu'ils bénéficient d'une liberté tarifaire sur les soins prothétiques, qui, de ce fait, sont mal pris en charge.

Il faut ajouter à cela l'existence de soins utiles qui ne sont actuellement pas inscrits au panier de soins remboursables, situation que la classification commune des actes médicaux (CCAM) a clairement mis à jour en décrivant l'ensemble des actes réalisables par les chirurgiens-dentistes. Ces actes sont donc désormais décrits et codés mais ne sont pas tarifés. Les professionnels sont libres d'en fixer les honoraires. Il s'agit, par exemple, des actes relatifs au traitement des maladies de la gencive (parodontologie) et de l'implantologie.

3.3.1 / L'évolution des honoraires et des dépassements

Les honoraires des chirurgiens-dentistes s'élèvent à plus de 10 milliards d'euros en 2013, dont près de la moitié sont constitués de dépassements.

► FIGURE 30
Évolution des honoraires des chirurgiens-dentistes de 2005 à 2014 (base 100 en 2005)



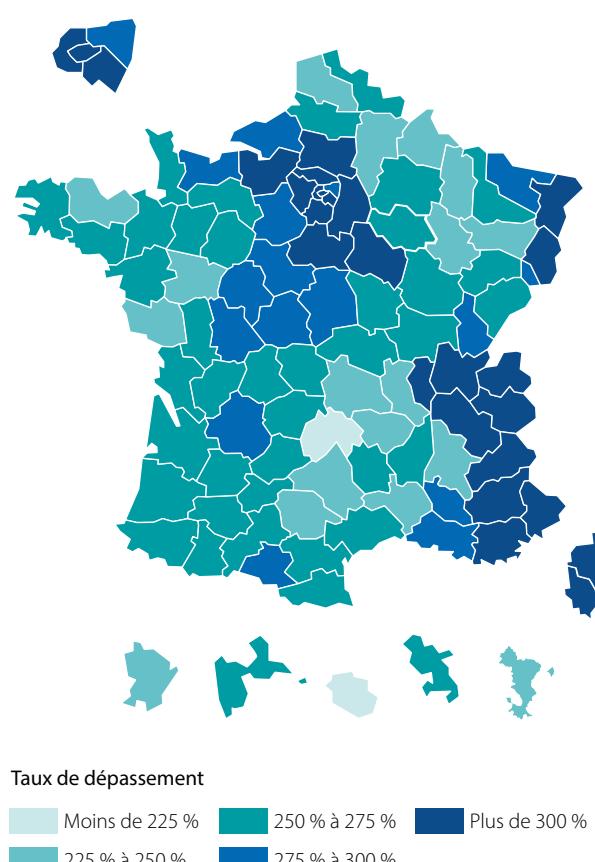
Champ : France entière
Source : Cnamts (Snir-PS)

Depuis 2005, ces honoraires ont crû à un rythme d'environ 1,8 % par an (**figure 30**). Si cette croissance est en partie liée à l'augmentation de l'activité du secteur, elle l'est encore plus à l'augmentation des tarifs des actes à entente directe. Ces derniers ont augmenté de 2,8 % par an sur l'ensemble de la période, contre 0,7 % pour les honoraires à tarifs réglementés.

Au final, la collectivité ne prend en charge que le tiers des coûts liés aux soins dentaires, les organismes complémentaires en assurant 40 % et les ménages 27 %. Pour la population spécifique des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS), la simulation de la Cnamts (**encadré 4**) conduit même à estimer le reste à charge à près de 50 % du coût total pour les soins prothétiques.

Ces restes à charge varient également en fonction de la localisation des chirurgiens-dentistes (**figure 31**).

► FIGURE 31
Taux de dépassement sur les soins prothétiques des chirurgiens-dentistes libéraux en 2013 (tous patients confondus)



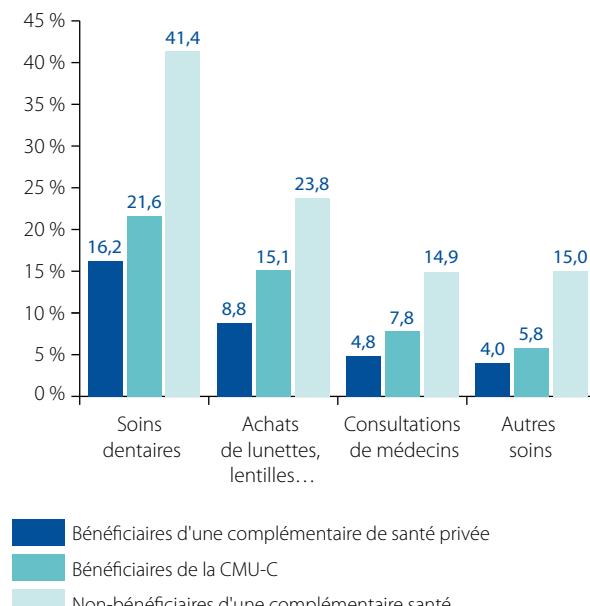
Champ : données en date de remboursement 2013, tous régimes – France entière
Source : Cnamts (Snirram)

En moyenne, sur les soins prothétiques, la part des tarifs à entente directe des dentistes libéraux est de 289 % mais varie de 193 % (La Réunion) à 406 % (Paris). C'est en région parisienne, dans le Sud-Est et en Alsace que les assurés auront à supporter les taux de dépassements les plus élevés.

De fait, le reste à charge sur les soins dentaires, et tout particulièrement les soins prothétiques et l'orthodontie (qui sont à l'origine de 96 % des dépassements), constitue une réelle source d'inégalités et pose clairement un problème d'accès pour les plus démunis, sachant qu'il existe une forte corrélation entre le niveau social et l'état bucco-dentaire. Ainsi, les enquêtes de santé en milieu scolaire réalisées par la Drees montrent que, en 2006, 7,5 % des enfants de 5 à 6 ans avaient au moins deux dents cariées non soignées (deux points de moins par rapport à 2000), mais avec de fortes inégalités sociales : moins de 2 % des enfants de cadres, contre 11 % des enfants d'ouvriers, et 17 % des enfants scolarisés en zones d'éducation prioritaires (ZEP) (6 % pour ceux scolarisés hors ZEP).

L'importance des dépassements induit des renoncements aux soins parmi les personnes les plus défavorisées. D'après l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012, les soins dentaires sont en tête des soins auxquels les ménages renoncent pour des raisons financières (plus de 40 % des assurés sans complémentaire et 16 % des assurés qui bénéficient d'une complémentaire) (**figure 32**).

► FIGURE 32
Principaux types de renoncement aux soins pour raisons financières en 2012 selon la situation vis-à-vis de la complémentaire santé



Source : Irdes (Enquête santé et protection sociale – ESPS – 2012)

Selon le rapport parlementaire relatif à l'accès aux soins des plus démunis (2013), le renoncement aux soins pour raisons financières obéit à plusieurs facteurs souvent cumulatifs :

- le coût du soin, son niveau de remboursement et le reste à charge d'une part, l'absence de complémentaire santé étant un facteur majeur de renoncement aux soins dans toutes les études disponibles ;
- d'autre part, la disponibilité financière du moment, en lien avec les ressources disponibles : pour les personnes ne bénéficiant pas du tiers payant, l'avance de soins peut être insupportable, spécialement quand il s'agit de soins coûteux comme les soins dentaires. Ces situations peuvent se traduire par le report des soins et/ou une négociation avec le praticien pour un encaissement différé ou le fractionnement de la facture.

3.3.2 / Les évolutions récentes

En 2006, une revalorisation des soins conservateurs a été réalisée en modifiant l'assiette de la participation de l'Assurance Maladie aux cotisations sociales maladie des chirurgiens-dentistes pour la limiter aux seuls honoraires dont le tarif opposable est respecté. Cependant, l'accord n'a pu être conclu qu'en supprimant le plafonnement des tarifs de prothèse mis en place dans la convention de 1997.

En 2014, la CCAM des actes bucco-dentaires a été mise en place, comme le préconisait également la Cour des comptes. Elle permet désormais de disposer de la description détaillée et validée par la Haute Autorité de santé (HAS) de l'ensemble des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes. Compte tenu du contexte financier contraint, cette mise en place s'est faite à panier de soins constant et s'est accompagnée d'une revalorisation des soins conservateurs d'environ 56 millions d'euros en montants remboursés (soit environ 81 millions en montants remboursables).

À cette occasion, un nouveau dispositif de prévention concernant les femmes enceintes qui présentent un risque carieux particulier a également été négocié et vient compléter le dispositif de prévention prévu pour les enfants ou adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans mis en place à partir de la fin des années 1990. Un devis-type conventionnel a été également rendu obligatoire par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux compte tenu de l'obligation issue de la loi Fourcade d'août 2011.

Malgré ces éléments favorables à l'amélioration de la prise en charge, auxquels il faut ajouter la signature par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Uno-cam) des deux derniers accords avec la profession, la maîtrise des dépassements, la revalorisation des soins conservateurs et l'adaptation du panier des soins aux besoins nouveaux restent des sujets centraux pour améliorer l'accès aux soins dentaires.

Proposition

sur l'accès aux soins dentaires

Proposition 9

_ Explorer dans la négociation conventionnelle avec les chirurgiens-dentistes une option permettant une modération des tarifs des soins prothétiques

Le constat de difficultés d'accès aux soins dentaires concerne surtout les soins prothétiques et orthodontiques soumis à entente directe.

Compte tenu du niveau des dépassements actuels, il n'est pas possible de procéder à une revalorisation de l'ensemble des soins conservateurs pour l'ensemble des chirurgiens-dentistes jusqu'à une hauteur suffisante pour rendre opposables les tarifs de soins prothétiques et orthodontiques.

Une voie d'amélioration de l'accès à ces soins a été cependant ouverte par l'accord national conclu en juillet 2015 entre l'Assurance Maladie et les centres de santé. Afin de réduire le reste à charge des patients pour ces soins, cet accord

prévoit une option conventionnelle innovante de maîtrise des dépassements des tarifs des actes de prothèses dentaires et d'orthopédie dentofaciale. Les centres de santé pratiquent d'ores et déjà des taux de dépassement relativement maîtrisés sur ces actes, et l'objectif de cette mesure est de les encourager à s'engager davantage dans la modération de leurs tarifs, tout en favorisant la pratique de soins conservateurs dentaires pour limiter le recours trop précoce aux actes prothétiques. Ainsi, en choisissant d'adhérer à ce contrat, pour une durée de trois ans, le centre de santé dentaire s'engagera à maintenir ses tarifs et son taux de dépassement moyen constaté. En contrepartie, il bénéficiera d'une rémunération forfaitaire supplémentaire fondée sur le montant de ses honoraires pour les actes de soins conservateurs et chirurgicaux.

L'extension d'une option de ce type aux chirurgiens-dentistes libéraux sera à aborder dans le cadre de la prochaine négociation conventionnelle. Celle-ci a vocation à s'engager avant la fin du premier semestre de 2016. La négociation devra également permettre de mettre en œuvre les tarifs sociaux introduits par l'article 20 du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

CHAPITRE

4

Les produits de santé : des efforts à poursuivre sur l'efficience de la prescription, mais aussi de nouveaux enjeux

L'année 2014 a été marquée par l'arrivée sur le marché de nouveaux produits innovants dans le traitement de l'hépatite C.

S'il est encore prématûr de mesurer précisément les perspectives associées aux recherches et essais cliniques en cours, une tendance se dessine plus largement qui laisse présager des progrès importants dans le traitement d'autres maladies graves ou orphelines (nouveaux mécanismes d'action, thérapies ciblées, associations de traitements...).

Ces perspectives sont évidemment très positives pour les patients et notre système de santé. Elles le sont d'autant plus que le système français d'admission au remboursement des médicaments est l'un de ceux qui assure la diffusion la plus rapide et la plus large de l'innovation thérapeutique. L'exemple des nouveaux traitements de l'hépatite C en fournit une illustration remarquable : l'accès aux nouveaux antiviraux à actions directes (NAAD) a été plus précoce en France que dans la plupart des autres pays européens.

Ces avancées thérapeutiques se traduisent cependant par une nouvelle dynamique des dépenses par rapport à la décennie passée.

Comme le montre l'analyse de la conjoncture 2014 qui suit (partie 4.1), la croissance des dépenses de médicament est d'ores et déjà principalement tirée par l'arrivée des nouveaux médicaments de spécialité.

Dans les années précédentes, cette dynamique a pu être financée par les économies associées à l'expiration progressive des brevets des *blockbusters* apparus dans les années 1990

(statines, médicaments antihypertenseurs, inhibiteurs de la pompe à protons...), combinées à des actions pour promouvoir la diffusion des génériques et à des politiques actives de baisse de prix.

Cet effet va cependant s'épuiser, car des classes entières sont aujourd'hui générées : les gains importants générés mécaniquement du fait des volumes élevés de prescriptions ont été réalisés, même si ces gains ont parfois été moins rapides que dans d'autres pays, du fait de la tendance française au report des prescriptions vers les médicaments récents non générés. Le développement des biosimilaires devrait cependant apporter des perspectives d'économies dans les prochaines années.

Les gains d'efficience à faire dans la prescription courante sont plus que jamais nécessaires pour financer l'innovation. Toutes les analyses montrent que l'usage des produits de santé peut être optimisé : les pratiques sont variables, tant au sein des prescripteurs hospitaliers que des prescripteurs de ville, les indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou les indications remboursables n'étant pas toujours respectées ; il est essentiel que les choix, y compris dans le domaine des dispositifs médicaux, soient guidés par le rapport coût-efficacité des traitements, au-delà de leur seule efficacité (partie 4.2).

Il y a donc un enjeu majeur, si l'on veut que ces traitements continuent à être accessibles de manière rapide et équitable pour les patients qui peuvent en bénéficier, à anticiper ces innovations et leur impact financier potentiel, à réfléchir à des mécanismes de régulation adaptés, mais aussi à respecter les règles et recommandations d'usage édictées par les agences de santé (partie 4.3).

4.1 La conjoncture des produits de santé délivrés à des patients ambulatoires : forte croissance des médicaments de spécialité, poursuite de la dynamique de la LPP

L'arrivée des nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD) dans le traitement de l'hépatite C et leur impact financier majeur font de l'année 2014 une année particulière en matière de conjoncture du médicament. La croissance des dépenses remboursées de médicaments délivrés à des patients ambulatoires s'est élevée à 3,8 % en 2014, en rupture avec les évolutions négatives constatées les années précédentes.

En revanche, si l'on ne considère que les médicaments délivrés en officine, hors rétrocession, la tendance se poursuit, avec à nouveau, pour la troisième année consécutive, une baisse des remboursements : -1,2 % en 2014, après -0,7 % en 2013. La modération des dépenses de médicaments en ville contribue ainsi, depuis plusieurs années, à la maîtrise de la

dépense globale de soins de ville et au respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

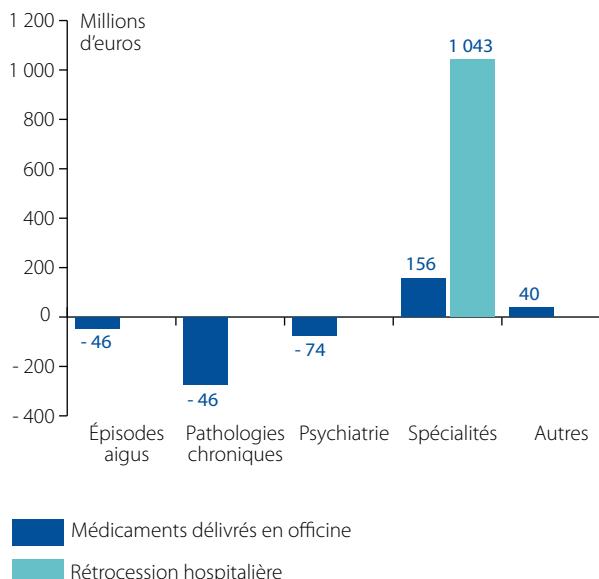
Cette baisse globale masque cependant une réalité contrastée entre d'une part une décroissance forte des médicaments à forts volumes (hypolipémiants, antihypertenseurs, inhibiteurs de la pompe à protons, antidépresseurs...), pour lesquels se conjuguent les effets des tombées de brevets, le développement des génériques, les baisses de prix et la maîtrise médicalisée, et d'autre part les médicaments dits de spécialité, traitant notamment les cancers, le sida, la polyarthrite ou encore la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), destinés à des populations plus restreintes et globalement en forte croissance.

LES PRODUITS DE SANTÉ : DES EFFORTS À POURSUIVRE SUR L'EFFICIENCE DE LA PRESCRIPTION, MAIS AUSSI DE NOUVEAUX ENJEUX

Les médicaments des épisodes aigus (grippe, gastro-entérite, infections...) et psychiatriques (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, antipsychotiques) enregistrent une nouvelle fois une baisse significative (respectivement -46 millions d'euros et -74 millions). Plus encore, les montants remboursés au titre des pathologies chroniques (hypertension, hyperlipidémie, asthme) diminuent de 270 millions d'euros (**figure 33**). Ces trois catégories de médicaments sont fortement impactées par des générations et des baisses de tarifs, et relativement peu de nouveaux médicaments viennent relayer la croissance. Seule exception, les médicaments antidiabétiques, qui connaissent une dynamique encore forte : +3,3 %, soit +44 millions d'euros. En revanche, les remboursements des antiagrégants et anti-thrombotiques, tirés à la hausse en 2013 par l'arrivée des nouveaux anticoagulants oraux, se stabilisent (+0,6 %).

Sur ces classes, la situation de la France en Europe reste singulière. Sur les huit principales classes de médecine générale⁶⁰, elle se situe en deuxième position en volume mais largement en tête en termes de dépenses par habitant (**figure 34 et figure 35**). Ainsi, bien que les dépenses aient décrû entre 2013 et 2014, en France (-6 %) plus que chez nos voisins européens (+7,6 % au Royaume-Uni, -0,9 % en Allemagne), les écarts en 2014 restent significatifs, avec un montant par habitant de 30 % supérieur à celui observé en Allemagne, de +50 % par rapport au Royaume-Uni et de +80 % par rapport aux Pays-Bas.

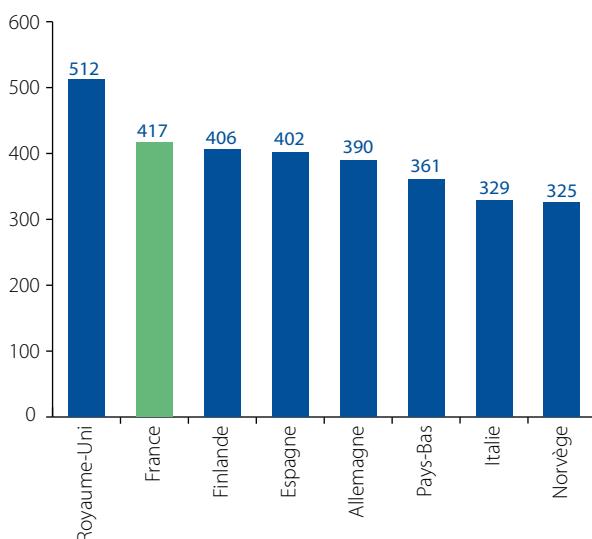
► FIGURE 33
Évolution des montants remboursés entre 2013 et 2014 par grande catégorie de médicaments



Champ : tous régimes (extrapolés)
Source : Cnamts

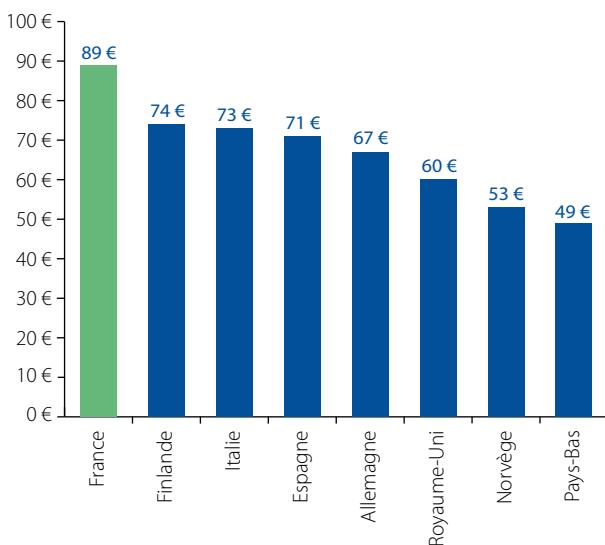
(60) Antibiotiques, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, antihypertenseurs, inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), hypolipémiants, anti-asthmatiques, anxiolytiques et hypnotiques.

► FIGURE 34
Nombre d'unités standards par habitant en 2014, pour les huit classes thérapeutiques les plus courantes



Source : IMS Health MIDAS, traitements Cnamts

► FIGURE 35
Coût moyen par habitant en 2014, pour les huit classes thérapeutiques les plus courantes



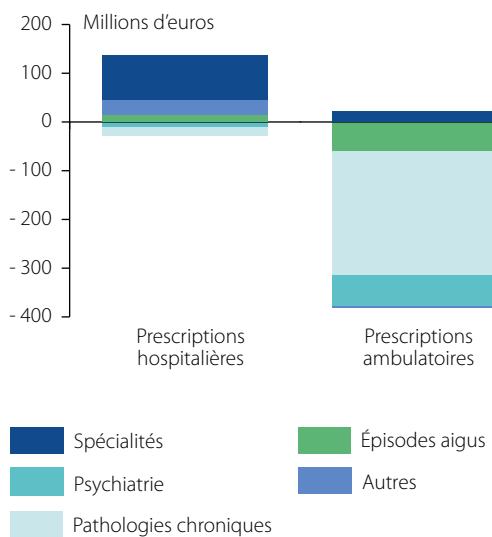
Source : IMS Health MIDAS, traitements Cnamts

En 2014, les médicaments de spécialité (traitement du VIH, du cancer, de la polyarthrite rhumatoïde de la sclérose en plaques, de DMLA...) continuent d'être les principaux moteurs d'augmentation des dépenses. Hors rétrocession, ils s'accroissent de 156 millions d'euros par rapport à 2013.

Parmi ces médicaments, les traitements du cancer ont enregistré la plus forte croissance (+ 150 millions d'euros, soit + 8,4 %). Viennent ensuite les antirhumatismaux spécifiques, qui sont la deuxième classe en termes d'évolution des dépenses en 2014 (+ 90 millions d'euros, soit + 10,7 %), notamment du fait d'une augmentation importante des volumes (+ 10 %). Les produits de la DMLA (+ 35 millions d'euros) et de la sclérose en plaques (+ 33 millions d'euros) contribuent également à la dynamique de l'enveloppe du fait d'une croissance en unités.

Ces médicaments sont le plus souvent prescrits – si ce n'est initiés – par des médecins hospitaliers, de sorte qu'au total on observe une dichotomie dans la conjoncture du médicament, avec d'une part les médicaments d'épisodes aigus, de pathologies chroniques et de maladies psychiatriques prescrits majoritairement par des médecins de ville qui décroissent, et d'autre part les médicaments de spécialités et les « autres » (dermatologie, vaccins, hormones, produits de contrastes, anesthésiques) prescrits par des hospitaliers qui augmentent (figure 36).

► FIGURE 36
Décomposition de la croissance en 2014 des médicaments délivrés en ville par grande classe et par type de prescripteur



Champ : tous régimes (extrapolés)
Source : Cnamts

Les dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) délivrés à des patients ambulatoires⁶¹ ont représenté une dépense remboursée de 4,8 milliards d'euros pour le régime général en 2014 (soit environ 5,6 milliards tous régimes). Avec une croissance significative de l'ordre de 5,3 % par an depuis 2010, soit près de 900 millions d'euros en quatre ans, ce poste contribue fortement à la dynamique des dépenses de ville (figure 37).

La composition de ce poste est hétéroclite : fourniture d'oxygène, appareils pour diabétiques, pansements, optique médicale, lits médicalisés, orthoprothèses ou encore fauteuils roulants. Les processus de production et les circuits de distribution relèvent de logiques hétérogènes, faisant intervenir de nombreux acteurs.

► FIGURE 37
Évolution des remboursements des produits et prestations inscrits à la LPP depuis 2010



(61) Et donc hors dispositifs médicaux implantables qui sont délivrés à des patients hospitalisés et facturés en sus des GHS (groupes homogènes de séjour).

Globalement, la très grande majorité de ces dépenses est constituée de produits et prestations permettant le traitement à domicile des patients (plus de 70 %). En premier lieu, avec 20 % des remboursements en 2014, les prestations en rapport avec l'appareil respiratoire sont le premier poste de dépenses avec d'une part l'oxygénothérapie, destinée aux patients souffrant d'insuffisance respiratoire grave, et d'autre part le traitement par pression positive continue contre l'apnée du sommeil (**figure 38**). Les appareils et consommables destinés aux patients diabétiques (pompes à insuline, matériel d'injection et bandelettes) représentent quant à eux près de 730 millions d'euros et 15 % de la liste des produits et prestations. Viennent ensuite les appareils permettant le maintien à domicile (lits médicaux, matelas, coussins, matériaux pour perfusion), qui représentent environ 10,5 % de la dépenses (510 millions d'euros), les pansements et les dispositifs de maintien et de contention (500 millions d'euros), les nutriments pour supplémentation orale et les appareils en rapport avec l'appareil digestif (470 millions d'euros).

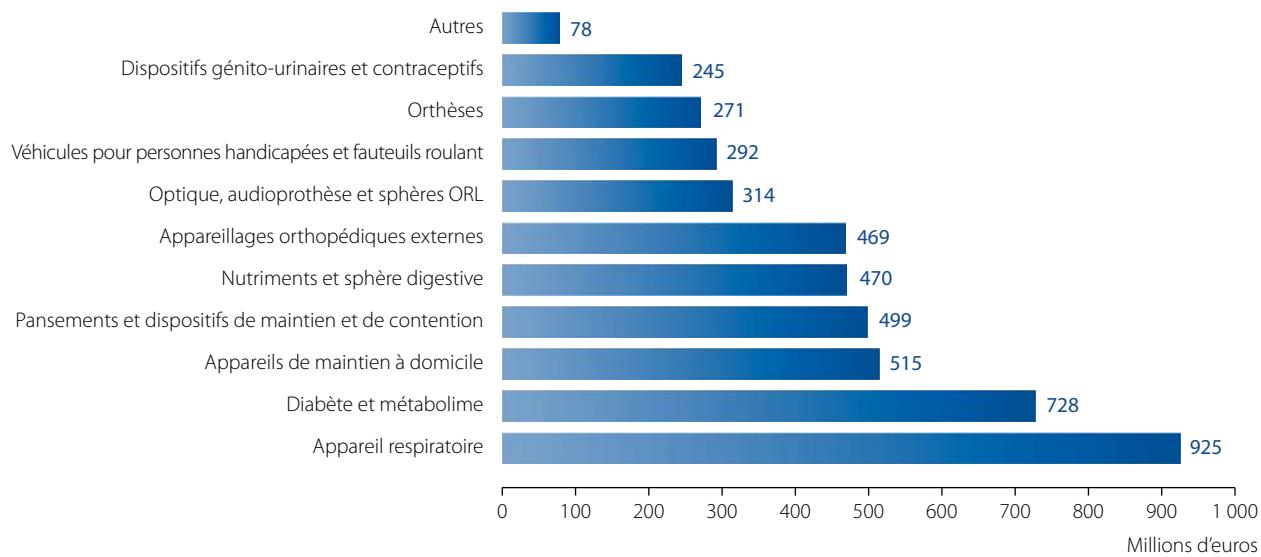
Les dispositifs médicaux visant à compenser ou corriger des handicaps transitoires ou permanents (orthoprothèses, chaussures orthopédiques, optique médicale, véhicules pour

handicapés...) représentent 1,3 milliard d'euros de remboursement pour l'Assurance Maladie, soit un peu moins de 30 % des dépenses.

L'ensemble des champs des produits et prestations connaît une croissance rapide : quasiment aucun poste ne présente de diminution significative. Les prestations dans le traitement de l'apnée du sommeil augmentent de 12 % en 2014, de même que les livraisons d'oxygène. Les remboursements de pansements actifs dans le traitement des plaies complexes évoluent à un rythme de 10 % par an. Les pompes à insulines (+ 10 %), les nutriments pour supplémentation orale (+ 5 %), les lits médicaux (+ 9 %) ou encore les dispositifs de perfusion ambulatoire (+ 7 %) connaissent des dynamiques fortes et régulières d'année en année. Cette dynamique générale témoigne de la tendance lourde à une prise en charge de plus en plus médicalisée à domicile, mais aussi de la difficulté à réguler et à dégager des marges d'efficience malgré le développement rapide de ce secteur.

► FIGURE 38

Répartition des dépenses remboursées de produits et prestations par grand poste en 2014



Champ : régime général

Source : Cnamts

4.2 Des gains d'efficience qui restent à faire dans la prescription de produits de santé courants

Même si l'attention se focalise aujourd'hui sur les médicaments de spécialité coûteux, des gains d'efficience restent également à faire dans la prescription de médicaments courants, mettant à profit la génération de classes entières. L'usage des génériques peut encore être amélioré, car les pratiques sont variables selon les prescripteurs, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. La prescription de produits récents, dont la valeur ajoutée est faible au regard de leur coût, déborde encore trop souvent des indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou les recommandations. Une meilleure prise en compte de la valeur médico-économique des nouveaux médicaments doit impérativement être recherchée

4.2.1 / Des pratiques variables des prescripteurs hospitaliers comme des prescripteurs libéraux pour les médicaments délivrés en ville

Dans les années passées, au moment où les génériques arrivaient progressivement dans des classes de médicaments prescrits à de très larges populations (telles que les statines, les médicaments antihypertenseurs, les inhibiteurs de la pompe à protons), l'Assurance Maladie a à plusieurs reprises souligné les marges de progrès existantes dans la prescription hospitalière, pour des médicaments délivrés en ville. Ainsi, en 2011, l'atorvastatine, molécule alors non générique, représentait 44 % des statines prescrites par les hospitaliers, contre seulement 31 % pour les médecins de ville. De même, l'ésoméprazole, seule molécule alors non générique parmi les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), représentait la même année 43 % des prescriptions hospitalières d'IPP délivrées en ville, contre 28 % pour les médecins libéraux⁶².

Une étude de la Drees sur l'année 2010⁶³ a mis en évidence de manière très claire le rôle de la prescription à l'hôpital dans la diffusion des molécules en ville ; ce phénomène explique d'ailleurs encore les prix très bas consentis aux établisse-

ments par les firmes, qui parviennent ainsi à générer un chiffre d'affaires en prescription ambulatoire à des tarifs beaucoup plus élevés et à des volumes beaucoup plus importants. L'étude a montré une corrélation significative entre les référencements d'un centre hospitalier universitaire (CHU) et le poids des médicaments dans les prescriptions des médecins libéraux dans son bassin d'attraction : en d'autres termes, plus un CHU utilisait un médicament donné, et plus on le retrouvait consommé en ville dans la zone d'influence de ce CHU. Au moment de l'étude en 2010, cet effet était particulièrement prononcé pour les statines, les ARA2 et les IEC (inhibiteurs d'enzymes de conversion), classes très concurrentielles pour lesquelles les niveaux de remise des industriels étaient très élevés, puisque le prix médian d'une dose journalière au CHU était de zéro pour les deux premières classes et de 0,05 euro pour la troisième (soit un prix divisé par sept par rapport aux prix en officine).

Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2014 s'était fait l'écho de cette problématique, soulignant la contradiction entre l'intérêt des hôpitaux, incités à acheter aux prix les plus bas pour maîtriser leurs propres dépenses, et l'intérêt plus large du système de soins, le second étant bien entendu d'un ordre de grandeur très supérieur au premier (par exemple, les quantités de statines délivrées en ville dans la zone d'influence du CHU sont en moyenne 300 fois supérieures à celles achetées par le CHU).

L'enjeu du référencement hospitalier n'est toutefois plus le même aujourd'hui pour ces grandes classes de *blockbusters*, dans la mesure où les tombées de brevets couvrent désormais les classes entières. En moyenne, le taux d'utilisation du répertoire des génériques dans les prescriptions hospitalières délivrées en ville est de 43 % (2014), cette moyenne recouvrant cependant des situations variables selon les grandes catégories de médicaments (**tableau 22**). Ce taux est inférieur de 3 points au ratio global tous prescripteurs, qui est de 46 %, mais cet écart s'explique par la structure des prescriptions, très différente entre les prescripteurs libéraux et hospitaliers : si l'on corrige de ces différences, le ratio moyen est le même (**figure 39**).

(62) Source : rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2013 (disponible sur www.ameli.fr), p. 61.

(63) Gallini A., Legal R., Taboulet F., «The influence of drug use in university hospitals on the pharmaceutical consumption in their surrounding communities», *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2013; 75(4):1142-8.

Gallini A., *Influence de la sélection des médicaments des centres hospitaliers universitaires sur les prescriptions ambulatoires*, thèse de doctorat, université Toulouse III - Paul-Sabatier, 2011.

Gallini A., Legal R., Taboulet F., «Effets de la sélection de médicaments des centres hospitaliers universitaires sur les prescriptions en ville : une analyse sur 9 classes pharmacologiques», *Revue française des affaires sociales*, 2013; (3):42-67.

Les travaux portaient sur 9 classes de médicaments : 6 classes largement prescrites en ville : les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP – antiulcèreux), les IEC (antihypertenseurs), les sartans (ARA2 – antihypertenseurs), les statines (hypocholestérolémiants), les alphabloquants à visée prostatique et les IRS (antidépresseurs), 3 classes essentiellement hospitalières : les sétrons (antiémétiques), les héparines de bas poids moléculaire (HBPM – anticoagulants) et les érythropoïétines (EPO).

► TABLEAU 22

Médicaments prescrits par l'hôpital et délivrés en ville : taux de prescription et de substitution des génériques en 2014

	Ratios de prescriptions dans le répertoire	Taux de substitution des génériques pour les prescriptions dans le répertoire
Spécialités	32 %	34 %
Autres	36 %	59 %
Aigu	40 %	90 %
Chronique	48 %	86 %
Psychiatrie	58 %	88 %
Total	43 %	82 %

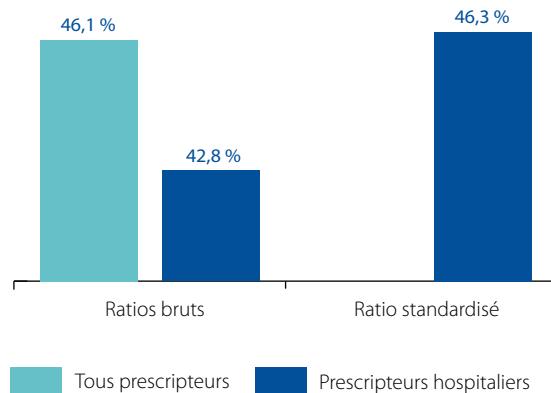
Source : Cnamts (Snirram)

Les analyses par classe montrent également des taux de prescription dans le répertoire similaires pour les statines et pour les antidiabétiques (hors insuline), un peu plus élevés chez les prescripteurs hospitaliers pour les médicaments antihypertenseurs, un peu plus élevés chez les prescripteurs libéraux pour les antidépresseurs et pour les antibiotiques (**figure 40**).

Si les taux moyens sont les mêmes, une grande variabilité demeure entre prescripteurs, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. À titre d'exemple, entre centres hospitaliers régionaux (CHR), les taux de prescription dans le répertoire pour

► FIGURE 39

Ratios dans le répertoire en 2014 après standardisation sur la structure de prescription par grande catégorie



Source : Cnamts (Snirram)

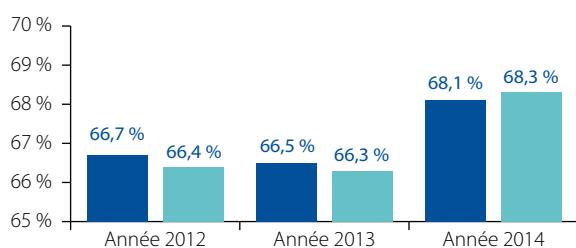
les statines varient de 55 % à 82 % (**figure 41**). Cette variabilité se retrouve pour les autres catégories d'établissements. La **figure 42** permet ainsi de visualiser, pour un ensemble de classes thérapeutiques, la dispersion des taux de prescription dans le répertoire, au sein des établissements d'une part, des médecins libéraux d'autre part.

L'effort doit donc être poursuivi et intensifié pour optimiser l'usage des médicaments de ville pour les deux types de prescripteurs.

► FIGURE 40

Comparaison des ratios de prescription dans le répertoire et de substitution entre prescripteurs libéraux et hospitaliers pour certaines classes de médicaments

Ratio dans le répertoire des statines par type de prescripteur



Taux de générique des statines par type de prescripteur

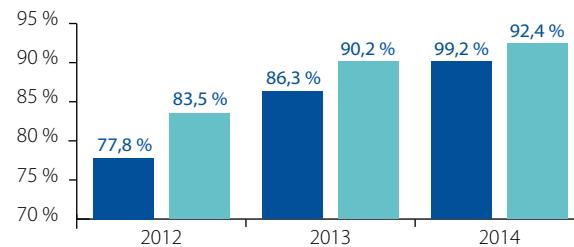


► FIGURE 40 (SUITE)

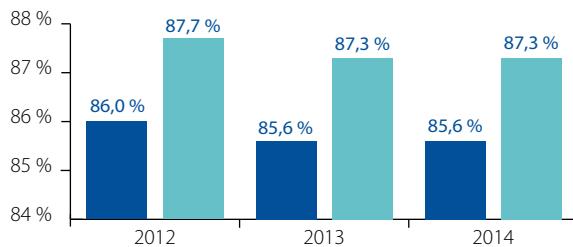
Ratio dans le répertoire des antibiotiques par type de prescripteur



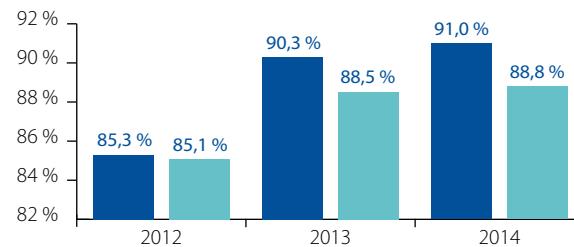
Taux de générique des antibiotiques par type de prescripteur



Ratio dans le répertoire des antidépresseurs par type de prescripteur



Taux de générique des antidépresseurs par type de prescripteur



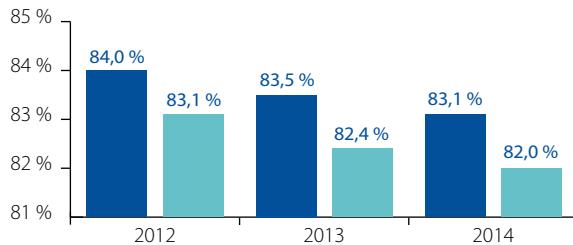
Ratio dans le répertoire des antidiabétiques hors insulinine par type de prescripteur



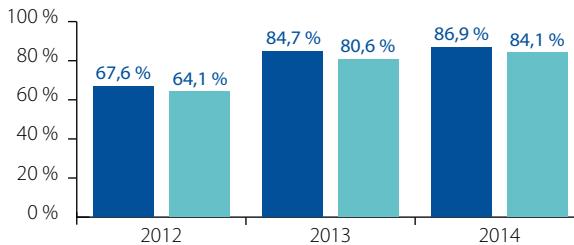
Taux de générique des antidiabétiques hors insulinine par type de prescripteur



Ratio dans le répertoire des antihypertenseurs par type de prescripteur



Taux de générique des antihypertenseurs par type de prescripteur



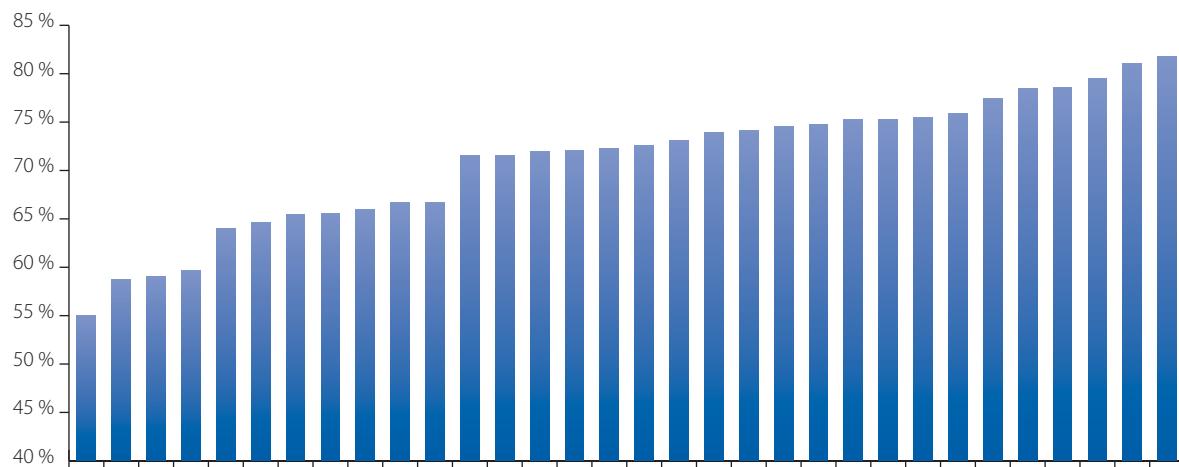
Établissements publics

Prescripteurs libéraux

Source : Cnamts (Sniiram)

► FIGURE 41

Dispersion des taux de prescription dans le répertoire pour les statines
(délivrées en ville) selon les CHR

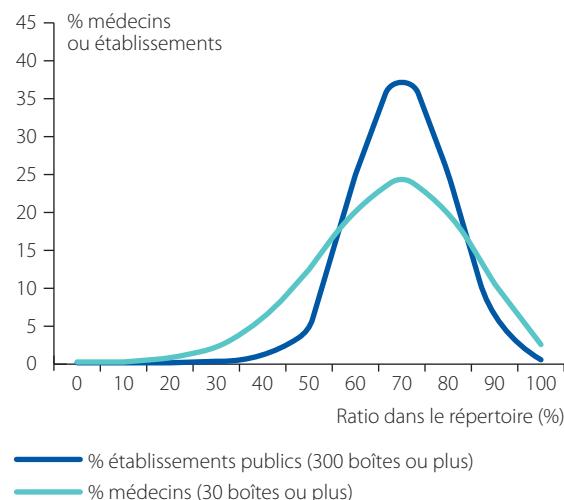


Source : Cnamts (Sniiram)

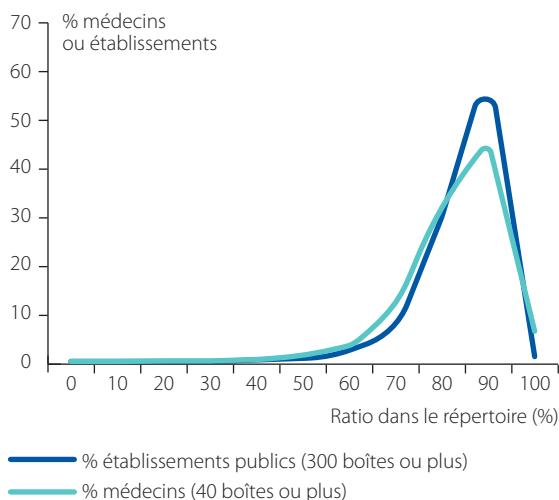
► FIGURE 42

Dispersion des médecins libéraux et des établissements selon leur ratio de prescription dans le répertoire, pour quelques classes thérapeutiques en 2014

Distribution des médecins et établissements
selon leur ratio dans le répertoire des statines en 2014

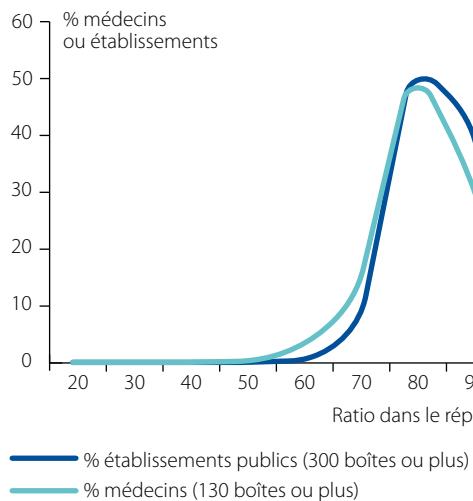


Distribution des médecins et établissements selon
leur ratio dans le répertoire des antibiotiques en 2014



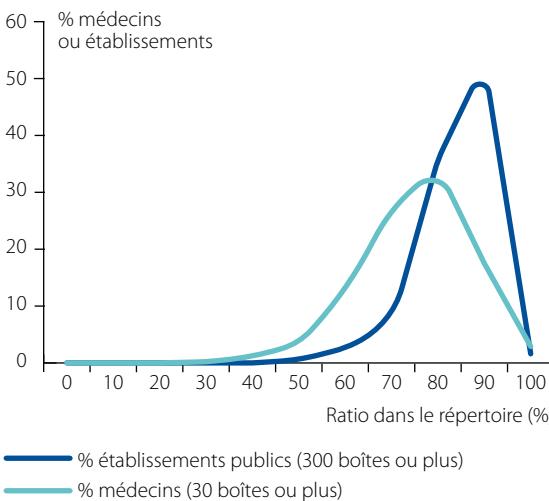
► FIGURE 42 (SUITE)

Distribution des médecins et établissements selon leur ratio dans le répertoire des antihypertenseurs en 2014



Source : Cnamts (Sniiram)

Distribution des médecins et établissements selon leur ratio dans le répertoire des antidépresseurs en 2014

**4.2.2 / Des prescriptions non conformes aux recommandations**

La tendance française au report des prescriptions vers les médicaments récents non génériques peut conduire à des prescriptions nouvelles qui ne répondent pas aux recommandations de bon usage. Aussi, à l'inefficience économique est susceptible de s'ajouter une moindre qualité de la pratique. Au cours des dix dernières années, plusieurs exemples sont susceptibles d'illustrer ce phénomène, notamment celui des antidiabétiques oraux.

L'exemple du diabète : un marché dynamique avec de forts enjeux

Le traitement pharmacologique du diabète de type 1 repose sur l'administration par voie injectable d'insuline. Pour le diabète de type 2, la panoplie thérapeutique est beaucoup plus large, et la classe des antidiabétiques se caractérise par un rythme d'innovation qui est demeuré soutenu, avec la mise sur le marché de sept générations différentes de produits sur une période de 50 ans ([tableau 23](#)).

► TABLEAU 23

Présentation de la classe des antidiabétiques (hors insuline)

Classe	Autorisation de mise sur le marché (AMM)	Coût de traitement mensuel ^(a)	Montants remboursés 2013 ^(b)	Évolution 2013/2012	Commentaires
Biguanide (metformine)	1959	1,46 à 24,50 €	101,4 M€	1,1 %	Génériqués
Sulfamides	1969	3,58 à 13,28 €	90,9 M€	1,2 %	Génériqués
Inhibiteurs de l'a glucosidase	1994	11,60 à 20,92 €	12,2 M€	- 14,1 %	Génériqués
Glinides	1998	2,74 à 33,31 €	23,8 M€	- 12,2 %	Génériqués
Gliptines	2007	44,69 à 47,14 €	140,3 M€	3,5 %	
Association metformine et gliptine	2008	44,68 à 47,14 €	144,8 M€	13,9 %	
Agonistes GLP1	2009	54,87 à 164,61 €	118,1 M€	18,1 %	
Total			631,5 M€		

Sources : (a) fiche mémo sur les coûts des antidiabétiques de mars 2014 (http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-medico-economiques/antidiabetiques-en-monotherapie-hors-insuline_rhone.php) et (b) Cnamts (Médic'AM 2013, extrapolation tous régimes)

Les derniers produits commercialisés ont pour cible d'action l'incrétine, hormone naturellement secrétée par le tube digestif, qui augmente la sécrétions d'insuline à la fin du repas. Il y a deux classes thérapeutiques : les inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase-4 (DDP4) et les agonistes des récepteurs du glucagon-like peptides (GLP1). Ces deux classes ont bénéficié de prix et de coûts de traitements très supérieurs aux traitements les plus anciens que sont les biguanides (metformine) et les sulfamides.

Le montant remboursé des antidiabétiques de type 2 (hors insuline) est passé de 381,5 millions d'euros en 2008 à 631,5 millions d'euros en 2013, soit une augmentation de +65,5 %. Les deux médicaments de référence du diabète de type 2, metformine et sulfamide, ont vu leur volume de remboursement global diminuer de 6,8 % sur cette même période, passant d'un montant remboursé de 206,4 millions d'euros en 2008 à 192,4 millions d'euros en 2013. À l'inverse, les montants remboursés de gliptines (seules ou en association) et d'analogues du GLP1 sont en augmentation, représentant, en 2013, 63,8 % du montant total remboursé. Le coût de traitement journalier a en conséquence augmenté de plus de 30 % en cinq ans.

Ce rythme d'arrivée de produits va se maintenir dans les années à venir avec l'obtention d'autorisations de mise sur le marché (AMM) pour de nouvelles molécules, de nouvelles indications ou de nouvelles formes galéniques.

Des recommandations qui positionnent les nouveaux produits, avec des ASMR IV ou V, en troisième intention

Pour le cas général, les recommandations accordent une place centrale à la metformine, aux sulfamides hypoglycémiant et à l'insuline. La metformine puis les sulfamides sont des traite-

ments de première ligne. L'ajout d'insuline doit être envisagé dès que les traitements de première ligne sont d'efficacité insuffisante.

À l'inverse, les médicaments agissant au niveau de l'incrétine, gliptine et AGLP1, sont des médicaments de troisième intention leur prescription n'est envisageable qu'en cas d'échec ou d'intolérance des thérapeutiques classiques.

Une large fraction des prescriptions de gliptines et d'AGLP1 non conformes aux indications de l'AMM ou aux indications thérapeutiques remboursables

Le tableau 24 récapitule, pour les gliptines, les indications de l'AMM et les indications thérapeutiques remboursables, c'est-à-dire celles pour lesquelles la Haute Autorité de santé (HAS) a considéré que le service médical rendu (SMR) était suffisant. Pour résumer :

- les gliptines ne sont pas prises en charge en monothérapie (SMR insuffisant) ;
- elles ne peuvent être prises en charge qu'en cas de :
 - bithérapie avec metformine ou sulfamide ;
 - trithérapie associée à la metformine et à un sulfamide ;
 - trithérapie associée à un traitement par metformine et insuline.

Par rapport à ces recommandations, l'analyse des prescriptions (tableau 25) montre qu'en 2013 les prescriptions étaient :

- hors AMM pour environ 163 000 patients (19,4 %) ;
- hors indication thérapeutique remboursable (ITR) pour environ 66 000 patients (7,8 %) ;
- soit 229 000 patients au total, soit 27,2 % des prescriptions de gliptines.

► TABLEAU 24

Récapitulatif des indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et des indications thérapeutiques remboursables (ITR)^(a)

Type de traitement	Association avec...	AMM	ITR
Monothérapie		oui	non
Bithérapie	Metformine	oui	oui
	Sulfamide	oui	oui
	Insuline	oui	non
	Autres (glinide, inh à glucosidase, AGLP1)	non	non
Trithérapie	Metformine + sulfamide	oui	oui
	Metformine + insuline	oui	oui
	Sulfamide + insuline	non	non
	Autres (glinide, inh à glucosidase, AGLP1)	non	non
Quadrithérapie ou plus	Antidiabétiques oraux (metformine, sulfamide, glinide, inh à glucosidase) ou injectables (insuline, AGLP1)	non	non

(a) Les indications thérapeutiques remboursables sont celles pour lesquelles le médicament a obtenu un service médical rendu considéré comme suffisant par la HAS

► TABLEAU 25

Nombre de patients traités et montants remboursés selon les situations de prescription des gliptines, en 2013

Nature des traitements avec gliptine	Nombre de patients du régime général	Nombre de patients tous régimes ^(a)	% de patients	Montant remboursé pour le régime général (septembre à décembre 2013), en €	Montant remboursé tous régimes ^(a) (année 2013 ^(b)), en €	% de montant remboursé
Metformine + gliptine	241 976	284 678	33,85 %	38 615 526	136 290 093	24,72 %
Sulfamide + metformine + gliptine	204 570	240 671	28,62 %	43 242 408	152 620 263	27,68 %
Gliptine	46 350	54 529	6,48 %	6 619 261	23 362 098	4,24 %
Sulfamide + gliptine	39 870	46 906	5,58 %	7 785 151	27 477 003	4,98 %
Metformine + glinide + gliptine	36 448	42 880	5,10 %	7 489 354	26 433 012	4,79 %
Metformine + gliptine + insuline	33 846	39 819	4,73 %	13 611 825	48 041 736	8,71 %
Sulfamide + metformine + gliptine + insuline	25 970	30 553	3,63 %	10 422 272	36 784 488	6,67 %
Sulfamide + metformine + inh glucosidase + gliptine	11 331	13 331	1,59 %	3 119 904	11 011 428	2,00 %
Glinide + gliptine	10 158	11 951	1,42 %	1 895 398	6 689 640	1,21 %
Gliptine + insuline	9 463	11 133	1,32 %	3 646 221	12 869 016	2,33 %
Metformine + glinide + gliptine + insuline	8 175	9 618	1,14 %	3 271 982	11 548 170	2,09 %
Sulfamide + gliptine + insuline	5 599	6 587	0,78 %	2 224 190	7 850 082	1,42 %
Autres	41 076	48 325	5,75 %	14 288 697	50 430 696	9,15 %
Total	714 832	840 979	100,00 %	156 232 188	551 407 722	100,00 %

□ hors autorisation de mise sur le marché (AMM)

■ hors indications thérapeutiques remboursables (ITR)

(a) Extraposition tous régimes

(b) Extraposition à l'année entière

Champ : patients diabétiques de type 2 (ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques en ville hors insuline), classe ATC remboursée sur 4 mois (septembre à décembre 2013) et extrapolation sur l'année entière, régime général et extraposition tous régimes – France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

Les AGLP1, eux, n'ont pas d'AMM pour être utilisés en monothérapie. Les recommandations de bonne pratique de la HAS les présentent clairement comme des alternatives à l'insuline dans des cas particuliers (obésité IMC ≥ 30, risque hypoglycémiique ou prise de poids sous insuline avérés et préoccupants). Ils doivent être prescrits uniquement en association avec les antidiabétiques de première intention que sont la metformine, les sulfamides ou l'insuline. Lors de l'instauration d'une insulinothérapie, le maintien d'un analogue GLP1 relève d'un avis spécialisé.

L'analyse faite sur le principal AGLP1 (Victoza®, qui domine largement le marché) montre pourtant (**tableau 26**) qu'en 2013 environ 2 700 patients ont eu une prescription hors AMM (2,3 %) et 46 000 une prescription hors ITR (40,3 %) : soit plus de quatre prescriptions sur dix non conformes à l'AMM ou à l'évaluation du service médical rendu par la HAS.

► TABLEAU 26

Nombre de patients traités et montants remboursés selon les situations de prescription des agonistes GLP1 (Victoza®), en 2013

Nature des traitements avec agonistes GLP1	Nombre de patients du régime général	Nombre de patients tous régimes ^(a)	% de patients	Montant remboursé pour le régime général (septembre à décembre 2013), en €	Montant remboursé tous régimes ^(a) (année 2013 ^(b)), en €	% de montant remboursé
Sulfamide + metformine + agoniste GLP1	28 426	33 442	29,4 %	15 414 101	46 242 303	26,1 %
Metformine + agoniste GLP1	14 379	16 916	14,9 %	6 629 476	19 888 428	11,2 %
Sulfamide + metformine + agoniste GLP1 + insuline	13 088	15 398	13,5 %	10 082 882	30 248 646	17,1 %
Metformine + agoniste GLP1+ insuline	9 240	10 871	9,6 %	7 363 689	22 091 067	12,5 %
Metformine + glinide + agoniste GLP1	5 170	6 082	5,3 %	2 745 144	8 235 432	4,6 %
Metformine + glinide + agoniste GLP1 + insuline	3 486	4 101	3,6 %	2 648 897	7 946 691	4,5 %
Sulfamide + agoniste GLP1	3 378	3 974	3,5 %	1 649 539	4 948 617	2,8 %
Agoniste GLP1 + insuline	3 308	3 892	3,4 %	2 580 724	7 742 172	4,4 %
Agoniste GLP1	2 272	2 673	2,3 %	892 895	2 678 685	1,5 %
Sulfamide + agoniste GLP1 + insuline	1 773	2 086	1,8 %	1 318 490	3 955 470	2,2 %
Metformine + gliptine + agoniste GLP1	1 130	1 329	1,2 %	595 359	1 786 077	1,0 %
Sulfamide + metformine + inh glucosidase + agoniste GLP1	964	1 134	1,0 %	599 532	1 798 596	1,0 %
Autres	9 972	11 732	10,3 %	6 485 219	19 455 657	11,0 %
Total	96 586	113 631	100,0 %	59 005 948	177 017 844	100,0 %

hors autorisation de mise sur le marché (AMM)

hors indications thérapeutiques remboursables (ITR)

(a) Extraposition tous régimes

(b) Extraposition à l'année entière

Champ : patients diabétiques de type 2 (ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques en ville hors insuline), classe ATC remboursée sur 4 mois (septembre à décembre 2013) et extrapolation sur l'année entière, régime général et extraposition tous régimes – France entière
Source : Cnamts (Sniram)

Un enjeu de santé publique et un enjeu économique

L'enjeu principal est la pertinence des traitements et la qualité des soins aux patients diabétiques, en conformité avec les recommandations de la HAS. Mais l'enjeu économique est aussi important : pour mémoire, l'objectif de maîtrise médicalisée sur ce thème des antidiabétiques, qui s'inscrit dans l'ensemble des actions menées pour respecter l'Ondam, est de 60 millions

d'euros. Or l'économie qui serait générée par une prescription totalement conforme aux référentiels actuels serait de plus du double (**tableau 27**).

De nouveaux enjeux peuvent par ailleurs être anticipés avec les médicaments qui arrivent sur le marché, AGLP1 avec injection hebdomadaire et gliflozines.

► TABLEAU 27

Impact financier du respect de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), des indications thérapeutiques remboursables (ITR) et des recommandations de bonne pratique pour les gliptines et les AGLP1 en 2013

Nature des traitements	Référentiels	Économie estimée
Gliptine en monothérapie	Avis de Commission de la transparence : hors ITR (service médical rendu insuffisant)	19,9 M€
AGLP1 en monothérapie	AMM (hors AMM)	3,3 M€
Bithérapie gliptine + metformine	Avis de la Commission de la transparence sur les gliptines (population cible)	65,3 M€ (56,6 M€ + 8,7 M€)
Association gliptine + glinide	AMM de la répaglinide et AMM des gliptines	3,6 M€
Association gliptine + insuline	Recommandation de bonne pratique de la HAS de janvier 2013	50,0 M€
Total		142,1 M€

Source : Cnamts

4.2.3 / Une recherche d'efficience nécessaire : l'exemple du traitement du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil

Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (Sahos) est un trouble respiratoire du sommeil qui se caractérise par la survenue, pendant le sommeil, d'épisodes anormalement fréquents d'interruptions de la ventilation (apnées) ou de réductions significatives de la ventilation (hypopnées)⁶⁴. Son diagnostic repose sur des critères cliniques et sur les résultats des examens polygraphiques ou polysomnographiques, actes inscrits à la classification commune des actes médicaux (CCAM), qui dénombrent et caractérisent les épisodes d'interruptions et/ou de réduction de la ventilation pendant le sommeil et permettent ainsi de définir la sévérité du Sahos selon l'indice d'apnée hypopnée (IAH).

Le traitement du SAHOS fait appel à des dispositifs médicaux (DM) inscrits à la LPP, principalement à la ventilation par pression positive continue (PPC) et à des orthèses d'avancée mandibulaire (OAM).

La place respective de ces traitements dans la stratégie de prise en charge a été récemment précisée par la Haute Autorité de santé (HAS) sur la base, non seulement d'une évaluation clinique, mais aussi d'une évaluation médico-économique : le traitement par PPC est toujours un traitement de première intention, à l'exception des Sahos caractérisés par un IAH compris entre 15 et 30 sans signe de gravité associé et pour lesquels les OAM se montrent, selon la HAS, plus efficaces.

La population traitée pour Sahos est importante (730 000 personnes en 2014) et elle augmente très rapidement (+15 % par an), de même que les coûts correspondants : les montants remboursables devraient atteindre, pour l'ensemble des régimes, 800 millions d'euros en 2015, et probablement le milliard d'euros dès 2016.

Pour répondre à une telle croissance des besoins dans un contexte financier contraint, il faut promouvoir les stratégies les plus efficientes. Or l'OAM, beaucoup moins coûteuse que la PPC et représentant un choix efficient pour une fraction de la population, est aujourd'hui très peu utilisée : elle ne concerne que 2 % des patients (**tableau 28**).

Bien qu'il soit difficile d'en estimer le nombre exact, de nombreux patients traités par PPC pourraient relever d'un traitement par OAM⁶⁵. La proportion de patients traités ainsi semble supérieure à l'étranger à ce qu'elle est en France : la part des traitements du Sahos par OAM serait de 5 à 10 % en Allemagne et de 10 à 15 % en Espagne (alors que ces traitements ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie). La prise en charge du traitement par OAM est effective en Suisse en cas d'échec ou de refus de la PPC. En Belgique, 18 % des patients nouvellement traités pour SAHOS ont recours à l'OAM.

L'option de l'OAM est freinée aujourd'hui en France par la non-prise en charge de la pose de cet appareillage, réalisée par les dentistes. Le remboursement de cet acte est donc une condition préalable au transfert des traitements par PPC au profit des traitements par OAM, moins onéreux que la PPC.

(64) *Évaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil*, HAS, 2014.

(65) Les patients pour lesquels la substitution de la PPC par une OAM est envisageable sont des patients qui ne souffrent pas de pathologies cardio-vasculaires graves. Si l'on exclut les patients en affection de longue durée (ALD) qui ne bénéficient pas d'une exonération de ticket modérateur (ETM), notamment au titre d'une ALD. C'est dans cette population qu'il sera possible de trouver des patients « éligibles » à l'OAM. Elle représente 70 % de la population traitée par PPC (estimation faite à partir du volume des prestations PPC remboursées à 60 %).

► TABLEAU 28

Évolution 2012-2014 du nombre de patients traités pour Sahos et projections pour 2015

	2012	2013	2014	2015
Nombre de patients traités par PPC	551 505	629 375	720 041	828 047
Nombre d'OAM délivrées ^(a)	5 938	7 094	8 253	9 491
Évolution	2012-2013	2013-2014	2012-2014	2014-2015
Nombre de patients traités par PPC	14 %	14 %	31 %	15 %
Nombre d'OAM délivrées ^(a)	19 %	16 %	39 %	15 %

(a) Extraposition à partir des données du régime général et de France métropolitaine

Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnamts

Propositions

pour un usage plus efficient des produits de santé courants

Proposition 10

_ Au-delà de l'objectif général actuel, aller vers des objectifs individualisés pour les établissements en termes de prescription dans le répertoire des médicaments délivrés en ville, pour les classes à fort potentiel

L'optimisation des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (PHMEV) est un objectif poursuivi depuis plusieurs années. Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos), qui visent une réduction du taux d'évolution de ces dépenses et une amélioration des pratiques en termes de prescriptions de médicaments, étaient jusqu'à présent proposés aux établissements dont les taux d'évolution étaient supérieurs à un seuil fixé annuellement. L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 a complété le dispositif en prévoyant un objectif de taux de prescription de médicaments génériques par les professionnels des établissements de santé, qui a été fixé pour 2015 à 39 %.

L'analyse menée par la Cnamts met en évidence une grande hétérogénéité des comportements de prescription des établissements de santé pour les mêmes classes de médicaments. Il y a dès lors un intérêt, au-delà d'un objectif national, à donner aux établissements des objectifs personnalisés

tenant compte de leur positionnement par rapport à l'ensemble des établissements comparables, et donc de leurs marges de manœuvre. Pour être pertinents, ces objectifs devraient être construits par classe thérapeutique, en ciblant notamment les classes où il y a un potentiel de gains important lié au déplacement de la prescription de l'établissement vers les médicaments génériques.

● Économie attendue :

l'économie attendue si tous les établissements s'alignaient sur les résultats des 10 % ayant les taux les plus élevés de prescription dans le répertoire serait de 120 millions d'euros sur trois ans.

Proposition 11

Promouvoir auprès des médecins hospitaliers et des libéraux une prescription de qualité et efficiente, respectueuse des recommandations, des antidiabétiques les plus récents (gliptines, AGLP1)

L'Assurance Maladie conduira une campagne d'échanges confraternels auprès des médecins hospitaliers et libéraux pour promouvoir sur ces produits une prescription de qualité et efficiente, respectueuse des recommandations.

Sur la base d'un bilan de cette action à la mi-2016, il pourra être envisagé, en cas de non-modification des pratiques, de recourir au dispositif de la demande d'accord préalable.

➤ **Économie attendue :**

le potentiel d'économies lié au respect de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), des indications thérapeutiques remboursables et des recommandations de bonne pratique pour les gliptines et les AGLP1 est de 142 millions d'euros. Avec une montée en charge progressive sur trois ans, l'économie cumulée serait de 336 millions d'euros.

Proposition 12

Favoriser le développement de l'orthèse d'avancée mandibulaire dans le traitement de l'apnée du sommeil

Plusieurs actions sont à mettre en place pour favoriser le développement de l'OAM, traitement moins onéreux que la PPC :

- l'option de l'OAM est freinée aujourd'hui en France par la non-prise en charge de la pose de cet appareillage, réalisée par les dentistes. Le remboursement de cet acte est donc une condition préalable au transfert des traitements par PPC au profit des traitements par OAM. Pour que le reste à charge ne soit pas un frein, il est proposé d'inscrire l'acte avec un tarif opposable;
- pour favoriser l'adhésion des professionnels de santé aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), notamment celle des pneumologues, une information de ces professionnels par des entretiens confraternels et la diffusion large des recommandations de la HAS seront nécessaires;
- une bonne information des patients doit être également organisée, de façon que ceux-ci puissent réellement choisir une option de traitement. Aujourd'hui, l'information et l'éducation des patients ne sont organisées de manière structurée que via les prestataires de PPC, qui ont cette obligation dans leur cahier des charges.

➤ **Économie attendue :**

sous l'hypothèse d'un transfert progressif de 20 % des traitements par PPC vers un traitement par OAM (10 %, puis 15 % la deuxième année, puis 20 %) chez les patients non exonérés de ticket modérateur (patients cibles de l'OAM en première intention), l'économie induite nette serait de l'ordre de 175 millions d'euros cumulés sur trois ans.

Par ailleurs, sur la base du rapport que l'Inspection générale des affaires sociales remettra à l'été, des propositions devront être débattues en vue de mieux favoriser l'observance des traitements de l'apnée du sommeil, notamment par le recours à des dispositifs de télésuivi.

4.3 De nouveaux enjeux

Si des gains d'efficience peuvent encore être faits sur les prescriptions courantes, de nouveaux enjeux émergent dans le secteur des produits de santé, avec l'arrivée d'innovations de rupture, pouvant concerner des populations plus ou moins importantes, et conduisant à des coûts de traitements extrêmement élevés. La diffusion de l'innovation médicamenteuse a toujours été large et rapide en France, et l'exemple des nouveaux traitements de l'hépatite C en témoigne à nouveau.

Si l'accès aux nouveaux traitements constitue un enjeu de santé publique évident, il a cependant vocation à s'inscrire dans le cadre de recommandations posées par les autorités sanitaires. L'observation des pratiques de prescriptions «en vie réelle» fait cependant apparaître que les indications thérapeutiques ne sont pas suffisamment respectées. Cet encadrement est pourtant nécessaire à la fois pour des raisons de prudence, concernant des produits dont la tolérance à long terme est encore mal connue, mais aussi d'efficience, compte tenu du coût des traitements.

En tout état de cause, compte tenu des perspectives concernant les médicaments qui vont arriver sur le marché et leur coût prévisible, la poursuite d'un large accès à l'innovation constituera un défi pour le système de santé dans les années à venir.

4.3.1 / Un accès très rapide en France à des innovations coûteuses : l'exemple des nouveaux traitements de l'hépatite C

L'hépatite C, due au virus VHC, est une infection chronique entraînant la survenue de complications hépatiques graves à long terme conduisant parfois à la nécessité d'une greffe hépatique. En l'absence de traitement curatif de l'infection virale, on estime qu'environ 20 % des patients évolueront vers la cirrhose puis vers le carcinome hépatocellulaire. La maladie est longtemps silencieuse : le délai entre le diagnostic et la survenue d'une cirrhose peut s'étendre sur des dizaines d'années.

En France, d'après des données relativement anciennes et entachées d'une forte marge d'incertitude⁶⁶, plus de 350 000 personnes seraient porteuses du VHC, dont plus de 230 000 patients chroniques (virémie VHC positive pendant plus de six mois) et 140 000 diagnostiqués.

Les traitements médicamenteux de l'hépatite chronique C ont connu une évolution considérable depuis vingt ans, passant d'une monothérapie qui guérissait 6 % des patients au début des années 1990 à une trithérapie et une guérison «virologique» d'environ la moitié des patients en 2012, avec l'arrivée des deux

premiers antiviraux à action directe (télaprévir et bocéprévir). Cependant, ces traitements d'une durée de traitement de six à douze mois étaient souvent mal tolérés.

Une évolution thérapeutique majeure a été introduite fin 2013 avec l'arrivée du sofosbuvir (Sovaldi®), suivie en 2014 de l'arrivée de deux autres molécules (siméprévir et daclatasvir). La mise à disposition de ces nouveaux antiviraux à actions directes (NAAD) a apporté un taux de guérison de l'infection supérieur à 90 % des cas selon les études cliniques, ainsi qu'un meilleur profil de tolérance et une durée de traitement réduite par rapport aux anciens traitements. La fin de l'année 2014 et le début de 2015 ont également vu l'arrivée de trois autres médicaments de l'hépatite C, seuls ou associés, et une dizaine de nouvelles molécules sont à l'étude et attendues d'ici aux trois prochaines années.

Les laboratoires exploitant ces nouveaux médicaments ont sollicité des prix très élevés, difficilement soutenables pour la collectivité compte tenu de la population à traiter (18 668 euros la boîte de 28 comprimés de Sovaldi® en autorisation temporaire d'utilisation – ATU, soit 56 000 euros le traitement de douze semaines), obligeant les autorités de santé, en France comme à l'étranger, à s'interroger sur les stratégies de diffusion et les conditions de prescription de ces nouveaux médicaments.

Un accès plus limité dans d'autres pays

L'encadrement de la prescription et de la délivrance de ces traitements vise à maximiser leur apport attendu et à assurer l'égalité de leur mise à disposition sur l'ensemble du territoire national, mais répond aussi au besoin de vigilance vis-à-vis d'une nouvelle classe de médicaments, dont les effets indésirables et les interactions médicamenteuses à moyen terme ne sont pas connus. S'appuyant sur les recommandations des agences (l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM, Haute Autorité de santé – HAS), l'État a⁶⁷ :

- limité la prescription aux spécialistes en hépato-gastro-entérologie, médecine interne et infectiologie, et à leur exercice en établissement de santé ;
- conditionné l'initiation d'un traitement par un NAAD à l'avis donné à la suite d'une réunion de concertation disciplinaire réalisée dans un service expert de lutte contre les hépatites virales ;
- précisé les indications thérapeutiques remboursables par l'Assurance Maladie : Sovaldi® est pris en charge pour les patients adultes atteints d'hépatite C, en association avec d'autres médicaments, ayant un stade de fibrose hépatique F2 sévère, F3 ou F4, et quel que soit le stade de fibrose hépatique pour les patients co-infectés par le VIH, atteints de cryoglobulinémie mixte (II et III) systémique et symptomatique, ou de lymphome B ;

(66) Source : InVS, Surveillance nationale de l'hépatite C à partir des pôles de référence : données épidémiologiques 2001-2007.
(67) Circulaire ministérielle du 29 décembre 2014.

– limité son inscription⁶⁸ sur la liste à l'usage des collectivités et de rétrocession, et non sur la liste «ville», qui n'est donc pas disponible dans les pharmacies d'officine. La délivrance de Sovaldi®, pour les patients non hospitalisés, est limitée aux pharmacies à usage intérieur (PUI) autorisées à rétrocéder.

À l'exception de l'Allemagne (où il n'existe pas d'encadrement spécifique en mai 2015), tous les pays étudiés (Royaume-Uni, Espagne, Autriche, Pays-Bas, Belgique) ont encadré plus sévèrement ou limité plus strictement la prise en charge de ces médicaments à certains patients (**tableau 29**).

► TABLEAU 29

Encadrement des nouveaux antiviraux à actions directes (NAAD) en France et en Europe^(a)

	Quel encadrement ? Quels patients pris en charge ?
France	- Stade de fibrose F2 sévère, F3, F4 - Co-infection VHC/VIH - VHC + cryoglobulinémie mixte (II et III) - VHC + lymphome B
Royaume-Uni	- Fort risque de mortalité - Attente greffe du foie
Allemagne	Pas d'encadrement
Espagne	- Stade fibrose F4 - Attente greffe du foie et greffé avec récidive VHC - Co-infection VHC/VIH
Autriche	Seuls certains centres, parmi les 25 centres spécialisés HCC, sont éligibles à la prescription
Pays-Bas	- Stade fibrose F3, F4 - En attente de greffe hépatique et greffé avec récidive VHC

(a) Tableau actualisé au 15 mars 2015

Un accès précoce et une diffusion beaucoup plus rapide en France

Il faut rappeler qu'en France l'accès précoce aux médicaments innovants est facilité par des dispositifs spécifiques :

- l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), qui, depuis 1994, permet l'accès à des médicaments qui n'ont pas encore l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour des personnes en situation d'échec ou d'impasse thérapeutique;

– le dispositif mis en place par la loi du 29 décembre 2011 à titre expérimental, puis de manière pérenne par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014, et qui permet, entre l'obtention de l'AMM et l'inscription au remboursement, qu'après l'ATU le médicament soit accessible dans les indications de l'AMM lorsque les patients n'ont pas d'alternative (dispositif post-ATU).

Le sofosbuvir a été mis à disposition dès novembre 2012 dans le cadre d'ATU nominatives (pour des patients au cas par cas), et dès septembre 2013 dans une ATU de cohorte, dont l'indication a été élargie en décembre 2013. Lorsque l'ATU a pris fin en janvier 2014 avec l'autorisation de mise sur le marché accordée par la Commission européenne, le dispositif post-ATU a pris le relai jusqu'en novembre 2014, lorsque les négociations entre le laboratoire et le Comité économique des produits de santé (Ceps) ont abouti à la fixation d'un prix et à l'inscription au remboursement dans les conditions normales d'utilisation.

En pratique, la conjugaison de ces dispositifs d'accès précoce et d'un encadrement moins strict s'est effectivement traduite par une diffusion beaucoup plus rapide et plus large en France que dans les pays qui nous environnent (**figure 43**). En 2014, d'après les données d'IMS Health, la France arriverait largement en tête en termes de volumes avec près d'un million de comprimés vendus, soit 154 unités standards pour 10 000 habitants. En Allemagne, où le médicament est arrivé sur le marché à peu près à la même date, on compte moins de 90 comprimés pour 10 000 habitants.

Il faudrait bien sûr mettre ces volumes de prescription en regard des taux de prévalence de l'hépatite C dans les différents pays, mais ceux-ci ne sont connus qu'avec de grandes marges d'incertitude ; on sait néanmoins que les pays du Sud (Italie et Espagne) seraient beaucoup plus touchés que les pays du Nord de l'Europe (avec un gradient de l'ordre de 0,3 % à 3 % de la population, la France se situant en dessous de 1 %).

La France a donc eu, par rapport à d'autres pays, une politique volontariste d'accès à ces médicaments nouveaux représentant un réel progrès pour les malades, et ce malgré le coût très élevé des traitements. Environ 11 600 patients ont été traités en 2014 par l'un des nouveaux antiviraux à actions directes (NAAD). Au prix du traitement sur cette période (c'est-à-dire essentiellement en phase post-ATU), le surcoût des NAAD peut être estimé à 1 150 millions d'euros, tandis que le quasi-abandon des anciens traitements représente 100 millions d'euros d'économies.

Ce surcoût a cependant été limité par la négociation par le Ceps d'un prix plus bas que celui de l'ATU⁶⁹, et par la mise en place d'un mécanisme de régulation spécifique introduit par la LFSS 2015 et permettant de limiter le surcoût global lié à l'hépatite C⁷⁰.

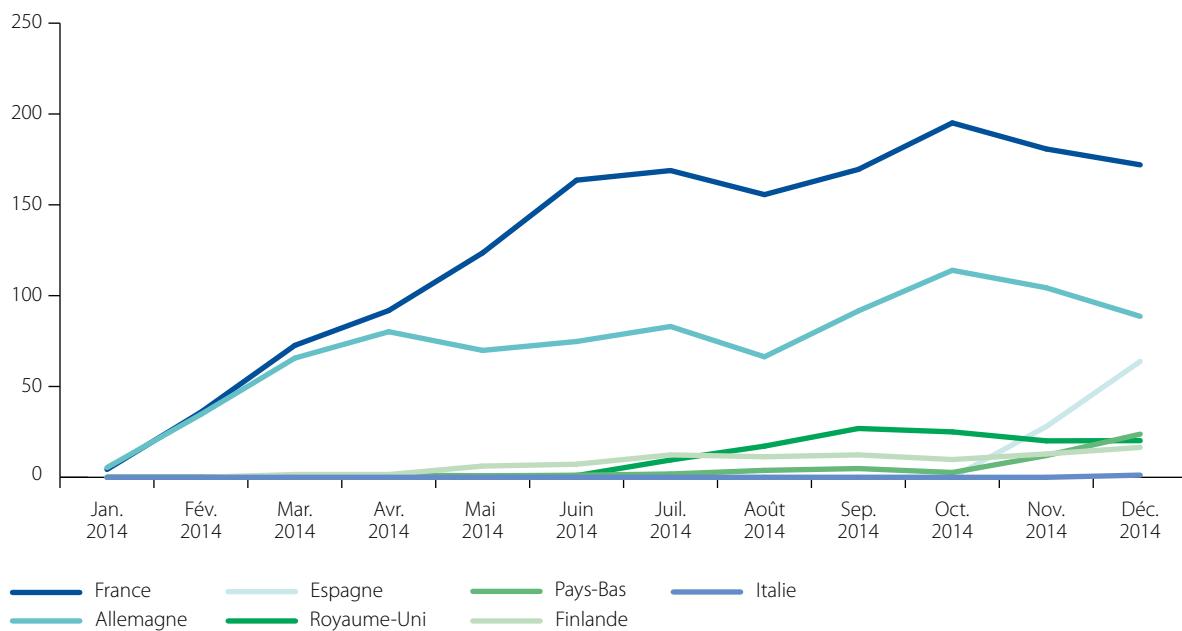
(68) Publication au *Journal officiel* des arrêtés d'inscription de Sovaldi® du 30 octobre 2014 sur les listes des spécialités agréées à l'usage des collectivités et de rétrocension et des conditions de prise en charge en rétrocension du 18 novembre 2014.

(69) Le prix public du sofosbuvir (Sovaldi®), publié au *Journal officiel*, a été réduit de plus du quart par rapport au prix réclamé en ATU, soit une diminution de plus de 5 000 € par boîte de 28 comprimés. De plus, conformément à l'article 48 de la LFSS pour 2014, cette baisse de prix a pour conséquence le paiement d'une remise «réactive» correspondant à la différence du prix sur les volumes vendus par le laboratoire durant la période d'ATU. Par ailleurs, des accords de type prix/volume ont été conclus entre le laboratoire et le Ceps afin d'ajuster le prix sur les quantités vendues.

(70) Mécanisme basé sur le versement par les laboratoires concernés par un de ces NAAD d'une contribution progressive, calculée en fonction du chiffre d'affaires (enveloppe W).

► FIGURE 43

Évolution des volumes de Sovaldi® consommés en France et en Europe en 2014^(a)



(a) Nombre d'unités (une unité = un comprimé) par 100 000 habitants : les unités sont ramenées à la population générale des pays considérés (données OCDE 2013).

Source : IMS Health

De son côté, l'Assurance Maladie a, dès janvier 2015, lancé une campagne d'accompagnement auprès de l'ensemble des établissements rétrocédant ces médicaments pour promouvoir leur bon usage et le respect des règles de prescription et de délivrance.

4.3.2 / Des enjeux financiers à anticiper avec les perspectives d'innovations à venir

L'arrivée des nouveaux traitements de l'hépatite C a provoqué une onde de choc dans tous les systèmes de santé. Pour la première fois, la question de l'accès à l'innovation médicamenteuse s'est posée non pas pour des pays en développement ou émergents, mais pour les pays les plus riches. Cette situation inédite a nourri des débats sur la légitimité des niveaux de prix demandés par les industriels, sur les marges de manœuvre des gouvernements, sur les possibilités d'agir à l'échelle européenne...

Ces questions vont continuer à se poser dans les années qui viennent, compte tenu des évolutions que l'on peut entrevoir sur les prises en charge thérapeutiques et sur les conditions d'accès au marché des produits de santé.

Ainsi, le domaine du cancer est un domaine en pleine mutation, avec un développement accéléré des innovations et des bouleversements dans la prise en charge⁷¹ : les thérapies ciblées et

immunothérapies spécifiques progressent (en dix ans, la part des thérapies ciblées dans le marché des anticancéreux est passée de 11 % à 46 %), les chimiothérapies orales se développent (plus de la moitié des nouvelles molécules autorisées entre 2010 et 2014). Les innovations vont s'intensifier dans les années qui viennent : début 2014, sur les 6 200 molécules en cours de développement par les firmes, 30 % concernent l'oncohématologie. De nouveaux types de médicaments et mécanismes d'action apparaissent.

Une perspective est de traiter de plus en plus les cancers en fonction du profil moléculaire de la tumeur, plutôt qu'en fonction de sa localisation. Avec les progrès techniques, il devient envisageable aujourd'hui de procéder à l'analyse en parallèle de plusieurs gènes : le développement de ce séquençage haut débit, aussi appelé *next-generation sequencing* (NGS), est un objectif stratégique dans plusieurs pays, et le directeur général d'Aviesan a été missionné récemment pour faire des propositions pour la France dans ce domaine.

En corollaire, les essais cliniques et les processus d'accès au marché se transforment. De nouveaux types d'essais se développent, conçus en fonction du génotype des tumeurs. Avec les thérapies ciblées, les populations sont plus limitées, les niveaux de preuve moins élevés, et les AMM tendent à être plus précoces, sans attendre les résultats de phase 3, l'évaluation se poursuivant après l'AMM lors de l'utilisation en vie réelle. On recourt aujourd'hui à des dispositifs d'AMM conditionnelles

(71) Un certain nombre d'éléments cités proviennent d'une intervention d'Agnès Buzyn, présidente de l'Institut national du cancer.

4.3 DE NOUVEAUX ENJEUX

ou d'*adaptive pathways* (dont l'objectif est une mise à disposition précoce de médicaments en adaptant l'information sur le bénéfice/risque au fur et à mesure du processus). Les médicaments sont donc évalués avec une incertitude plus importante sur les résultats cliniques.

Cette évolution des stratégies de traitement s'accompagne, dans tous les pays, d'une escalade des coûts.

Ainsi, une étude récente menée aux États-Unis sur 58 médicaments anticancéreux approuvés entre 1995 et 2013 a montré que le prix par année de vie gagnée avait augmenté de 10 % par an en dollars constants (c'est-à-dire hors inflation), soit un quadruplement en près de vingt ans : de 54 100 dollars en 1995 à 207 000 dollars en 2013⁷². Les cancérologues dénoncent de plus en plus ces niveaux de prix, qui deviennent insoutenables pour les systèmes de santé⁷³. De manière inédite, ce message a été porté en assemblée plénière dans le grand congrès international d'oncologie (*American Society of Clinical Oncology – Asco*) qui vient de se tenir.

L'impact budgétaire risque d'être d'autant plus important que les stratégies thérapeutiques vont de plus en plus faire intervenir des associations de thérapies ciblées ou des utilisations séquentielles de ces thérapies.

Une réflexion sur les outils de régulation est donc nécessaire, d'autant que le domaine du cancer, pris ici en exemple, n'est pas le seul dans lequel des innovations de rupture s'annoncent (maladies inflammatoires, maladies orphelines...).

4.3.3 / Une extension des indications des produits coûteux «en vie réelle» qui pose question

L'exemple des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici) comprennent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH). Ce sont des maladies qui débutent le plus souvent avant 40 ans, et se traduisent par des symptômes digestifs évoluant par poussées entrecoupées de périodes de rémission. Il s'agit de pathologies invalidantes, entraînant des hospitalisations et interventions chirurgicales fréquentes, et qui peuvent conduire à une dégradation marquée de la qualité de vie.

On estime à 200 000 le nombre de patients atteints de Mici en France, avec environ 4 000 nouveaux cas par an en France pour la MC et 2 500 pour la RCH.

Le traitement des poussées repose en premier lieu sur la corticothérapie. En cas de corticodépendance ou de réponse insuffisante malgré de fortes doses de corticoïdes, un traitement de deuxième intention par immunosuppresseurs ou anti-TNF est envisagé.

Les immunosuppresseurs sont apparus sur le marché dans les années 1990, avec pour chef de file les thiopurines. Ils coûtent environ 30 euros par mois et sont administrés par voie orale.

Les anti-TNF ont l'AMM depuis 2004. Ils coûtent environ 1 000 euros par mois. Deux anti-TNF ont l'AMM dans les Mici depuis plusieurs années : l'infliximab et l'adalimumab. L'infliximab est administré par perfusion intraveineuse en milieu hospitalier (toutes les huit semaines) et est facturé en sus du séjour hospitalier. L'adalimumab est administrable par voie sous-cutanée (tous les quinze jours), et peut être auto-administré par le patient lui-même. Il est soit délivré par les officines de ville, soit facturé en sus du séjour hospitalier (en cas d'administration lors d'une hospitalisation). Un troisième anti-TNF, le golimumab, a obtenu une AMM pour la RCH en 2014.

Les différences de coût des traitements de deuxième intention dans les Mici sont donc majeures : 300 euros pour les immunosuppresseurs contre 10 000 euros pour les anti-TNF, pour un traitement de dix mois.

La prise en charge des Mici fait l'objet de débats scientifiques importants. Les essais thérapeutiques ont en effet montré une efficacité plus importante des anti-TNF par rapport aux immunosuppresseurs sur les rémissions cliniques et endoscopiques à court terme. Certains essais suggèrent même une efficacité des anti-TNF d'autant plus importante que ce traitement est introduit plus tôt dans l'évolution de la maladie. Cependant, il existe à ce jour très peu de données issues d'études en vie réelle, rendant difficile la comparaison des rapports bénéfice/risque de ces deux options thérapeutiques en population générale. En particulier, il existe des incertitudes quant à la tolérance de ces médicaments à moyen et long termes.

À ce jour, la Haute Autorité de santé (HAS) ne recommande pas de privilégier l'un ou l'autre des traitements (immunosuppresseurs ou anti-TNF) dans la maladie de Crohn⁷⁴. En revanche, dans la rectocolite hémorragique, les anti-TNF sont indiqués après échec ou intolérance des immunosuppresseurs⁷⁵.

(72) «Pricing in the market for anticancer drugs», *National Bureau of Economic Research*, janv. 2015.

(73) Cf. par exemple un article d'une centaine d'oncologues, principalement américains, dans la revue *Blood* en 2013 : «The price of drugs for chronic myeloid leukemia (CML) is a reflection of the unsustainable prices of cancer drugs: from the perspective of a large group of CML experts», *Blood*; 2013 May 30; 121(22):4439-42.

(74) Libellé de l'indication des anti-TNF dans la MC : traitement de la maladie de Crohn active, modérée (AMM en 2012 pour l'infliximab et 2013 pour l'adalimumab) à sévère (AMM en 2004 pour l'infliximab et 2007 pour l'adalimumab), chez les patients qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur, ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré.

(75) Libellé de l'indication des anti-TNF dans la RCH : traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère (AMM en 2007 pour l'infliximab et 2012 pour l'adalimumab) chez les patients qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel comprenant les corticoïdes et la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'azathioprine (AZA), ou chez lesquels ce traitement est mal toléré ou contre-indiqué.

Il n'est pas à ce jour recommandé par la HAS d'administrer les deux traitements ensemble (« thérapie combinée ») ni de prescrire les immunosuppresseurs ou les anti-TNF sans corticothérapie préalable (stratégie « top-down » prônée par certains médecins). Toutefois, de nouvelles recommandations sont en cours d'élaboration par l'Ecco (*European Crohn's and Colitis Organisation*)⁷⁶, à paraître dans le courant de l'année 2015, avec probablement une extension des indications des anti-TNF (surtout dans les formes sévères).

Sur la base des connaissances actuelles et en raison d'une différence de prix très importante entre les différentes options thérapeutiques dans les Mici, la stratégie la plus efficiente pour le système de santé paraît donc de prescrire d'abord les immunosuppresseurs, puis, en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance aux immunosuppresseurs, les anti-TNF.

Or, lorsque l'on analyse les instaurations de traitement par anti-TNF dans l'indication des Mici en 2011, 2012 et 2013, on observe que :

- les instaurations d'emblée d'anti-TNF chez les patients atteints de Mici (sans prescription antérieure d'immunosuppresseurs) sont de plus en plus fréquentes : elles ont progressé de 43 % entre 2011 et 2013, jusqu'à devenir majoritaires en 2013 dans l'ensemble des prescriptions d'anti-TNF. Ces évolutions sont observées à la fois pour la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn;
- la thérapie combinée, associant anti-TNF et immunosuppresseurs (non libellée dans l'AMM), est instaurée chez près de 10 % des patients en 2013, et a progressé de 50 % depuis 2011.

Les cas des patients traités par anti-TNF d'emblée ou par thérapie combinée paraissent un peu plus graves et ces patients sont un peu plus nombreux à avoir eu une chirurgie digestive ou une hospitalisation pour Mici récente. Néanmoins, 22 % (maladie de Crohn) et 11 % (rectocolite hémorragique) des patients traités par anti-TNF d'emblée n'ont eu recours ni à une chirurgie, ni à une hospitalisation, ni à une corticothérapie (**tableau 30**), ce qui suggère que ces patients ont été traités par anti-TNF avant tout autre traitement (stratégie « top down ») sans être atteints d'une forme particulièrement sévère et évolutive de la maladie.

► TABLEAU 30
Caractéristiques et consommation de soins antérieure des patients instaurant un traitement par anti-TNF pour maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique (RCH) en 2013

	Maladie de Crohn		RCH	
	Prescription antérieure d'IS ^(a) N=1 838 (%)	Anti-TNF d'emblée N=2 040 (%)	Prescription antérieure d'IS N=701 (%)	Anti-TNF d'emblée N=634 (%)
Âge moyen à l'instauration	34,4	36,4	41,7	41,7
Sexe masculin	832 (45,3)	888 (43,5)	382 (54,5)	333 (52,5)
Patient en ALD	1 715 (93,3)	1 858 (91,1)	646 (92,2)	548 (86,4)
Ancienneté de l'ALD				
• < 1 an	393 (22,9)	695 (37,4)	136 (21,1)	203 (37,0)
• 1-4 ans	615 (35,9)	403 (21,7)	261 (40,4)	138 (25,2)
• 5-9 ans	311 (18,1)	303 (16,3)	120 (18,6)	109 (19,9)
• ≥ 10 ans	396 (23,1)	457 (24,6)	129 (20,0)	98 (17,9)
Corticoïdes dans les 6 mois	1 207 (65,7)	1 220 (59,8)	587 (83,7)	510 (80,4)
Chirurgie digestive ou hospitalisations pour maladie de Crohn / RCH dans l'année précédent l'instauration du traitement par anti-TNF	739 (40,2)	958 (47,0)	221 (31,5)	282 (44,5)
Chirurgie digestive dans l'année ou corticothérapie dans les 6 mois précédent l'instauration du traitement par anti-TNF	1 288 (70,1)	1 352 (66,3)	587 (83,7)	517 (81,5)
Chirurgie ou hospitalisations pour maladie de Crohn / RCH dans l'année ou corticothérapie dans les 6 mois précédent l'instauration du traitement par anti-TNF	1 437 (78,2)	1 602 (78,5)	605 (86,3)	565 (89,1)

(a) IS : immunosuppresseur

Source : Cnamts (Sniiram)

(76) Peyrin-Biroulet L., *Quand débuter un traitement anti-TNF?*, Association française de formation médicale continue en gastro-entérologie, POST'U, 2014.

Ces résultats témoignent donc d'une extension des indications « en vie réelle » des anti-TNF par rapport aux recommandations formulées par la HAS (anti-TNF sans prescription antérieure d'immunosuppresseurs dans la rectocolite hémorragique, thérapie combinée, stratégie « top-down » sans corticothérapie préalable).

Certes, les recommandations peuvent évoluer, mais, tant que l'autorité chargée de les édicter, en l'occurrence en France la HAS, ne les a pas modifiées, il est anormal de constater un tel écart aux pratiques recommandées, pour des médicaments qui sont par ailleurs extrêmement coûteux.

Les Mici ne sont d'ailleurs qu'une illustration parmi d'autres d'une tendance au non-respect des recommandations visant à encadrer la prescription médicamenteuse. Les traitements du diabète ont fourni plus haut un autre exemple, pour des produits dont la HAS a jugé qu'ils n'apportaient pas d'amélioration par rapport aux traitements de référence, et qui débordent largement des indications dans lesquelles ils sont jugés utiles. Même lorsqu'il s'agit de médicaments innovants comme les anti-TNF, le respect des stratégies thérapeutiques recommandées devrait être la norme, notamment parce que les données de tolérance à long terme sont limitées pour des produits nouveaux, et d'autant plus que ces traitements sont très coûteux.

Propositions

concernant l'organisation de la diffusion des innovations thérapeutiques coûteuses

Proposition 13

Créer un dispositif de veille mutualisé afin de mieux anticiper les médicaments innovants qui sont susceptibles d'arriver sur le marché à court et moyen termes

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCCAM) conduit depuis plusieurs mois une réflexion sur l'innovation dans les systèmes de santé. Il a fait le constat qu'il n'existe pas en France de dispositif de veille technologique intégré au niveau national, à la différence d'autres pays où une organisation mutualisée existe, centralisée (comme le dispositif *PharmaScan* au Royaume-Uni) ou décentralisée et fonctionnant en réseau (comme le modèle américain).

Certaines initiatives ont vu récemment le jour en France (comité de prospective des innovations médicamenteuses mis en place par le Comité économique des produits de santé – Ceps ; base de données recensant les essais cliniques constituée par le Les Entreprises du médicament – Leem ; cellules de veille dans plusieurs administrations et agences), mais à ce stade elles restent dispersées et ne permettent pas de mettre à la disposition de l'ensemble des acteurs une information organisée et pertinente.

Il conviendrait de mutualiser les efforts pour mettre en place une veille technologique plus systématique et formelle qui permette d'anticiper les innovations à venir et leur impact potentiel, financier, sur les modes de prise en charge et sur l'organisation des soins, avec une information qui puisse être partagée par toutes les parties prenantes.

Proposition 14

Veiller à l'efficience de la prescription pour les médicaments particulièrement coûteux en actualisant de manière réactive les recommandations et les prix en fonction des populations traitées

L'exemple de la prescription des anti-TNF dans les maladies inflammatoires du colon et de l'intestin (Mici) illustre bien une problématique que l'on rencontre souvent en France. Ce sont des traitements dont on pourrait attendre, compte tenu de leur coût, qu'ils soient prescrits d'une part de manière conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), d'autre part avec un souci d'efficience quand plusieurs stratégies sont possibles. Or les comportements de prescription évoluent très rapidement vers un usage très large qui n'est pas celui recommandé.

Bien sûr, les référentiels de bonne pratique ne sont pas figés, il est normal et souhaitable qu'ils évoluent. Il peut y avoir des débats scientifiques et des preuves empiriques conduisant à les adapter, et il convient de le faire de manière suffisamment réactive si la connaissance progresse en fonction des données apportées par la recherche.

Néanmoins, tant que ces recommandations n'ont pas été modifiées, il n'est pas normal de voir l'usage des produits s'en écarter de manière croissante et massive.

Propositions

concernant l'organisation de la diffusion des innovations thérapeutiques coûteuses (suite)

Dans ces recommandations, il est d'ailleurs essentiel, et c'est le rôle de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de la HAS, de peser les avantages de l'innovation mais aussi les risques d'un usage immoderé de molécules sur lesquels on a par construction moins de recul (en termes de tolérance, de risques d'échappement au traitement...). Ces questions se posent au-delà de la seule question financière, et elles sont particulièrement pertinentes en France, où les conséquences négatives d'un recours trop rapide aux médicaments les plus récents ont pu être observées (exemple de l'antibiorésistance).

C'est d'ailleurs le sens des démarches visant à promouvoir des « listes de médicaments éprouvés » qui se sont développées dans d'autres pays, notamment la Suède, et que le projet de loi de modernisation du système de santé encourage.

En tout état de cause, si la population cible s'accroît, que ce soit en conformité ou non avec l'évolution des recommandations, les prix doivent être adaptés le plus rapidement possible en fonction de l'extension des populations cibles.

❶ Économie attendue :

le respect des recommandations, à savoir la prescription d'immunosuppresseurs avant les anti-TNF dans la prise en charge des Mici, permettrait une économie de 85 millions d'euros cumulés sur trois ans.

Proposition 15

_ Renforcer le contrôle des prescriptions effectuées dans le cadre de dispositifs dérogatoires du droit commun (ATU, post-ATU, RTU) afin de faire respecter tant les règles d'encadrement de la prescription que la fourniture de données pour participer à l'évaluation

Le constat largement partagé est qu'aujourd'hui, alors que les dispositifs spécifiques mis en place pour permettre un accès avant ou en dehors de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) sont l'occasion de recueillir des données utiles à l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance des produits, peu de données sont en réalité recueillies et transmises par les prescripteurs.

Pour des médicaments bénéficiant d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), qui autorise des prescriptions dans des indications non couvertes par l'AMM (comme par exemple le baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance), il serait possible d'envisager que ces prescriptions fassent l'objet d'une demande d'accord préalable. L'objectif n'est pas ici de freiner ces prescriptions, mais de s'assurer que les médecins qui font usage de ces produits hors AMM s'inscrivent bien dans le cadre de la RTU et respectent l'exigence de documenter le suivi des patients qu'ils traitent, de façon à permettre, grâce à la mise en commun de ces données, une évaluation de l'intérêt de l'usage de la molécule dans cette indication.

Proposition 16

Évoluer vers un remboursement *ex post* de la différence entre le prix ATU / post-ATU et le prix réel (au lieu du prix facial)

Avec l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), la France a mis en place un dispositif d'accès aux innovations qui permet que soient diffusées précocement, avant même l'AMM, des molécules dont on anticipe qu'elles représentent pour les patients concernés un réel progrès thérapeutique. Le dispositif post-ATU couvre, lui, la période qui s'écoule entre l'obtention de l'AMM et l'inscription du médicament au remboursement, après évaluation du médicament par la HAS et la négociation du prix avec l'industriel.

L'exemple du sofosbuvir montre bien que ces procédures permettent effectivement un accès rapide et large aux patients français, lorsque l'on compare la vitesse de diffusion à celle d'autres pays.

Aujourd'hui, le prix est libre pendant la période ATU et post-ATU, mais, lorsque le prix est fixé et le médicament inscrit au remboursement dans les conditions de droit commun, l'industriel reverse la différence sur les volumes prescrits antérieurement. Cependant, aujourd'hui, ce reversement est effectué sur la base du prix facial, et non du prix réel après remise négocié avec le Ceps. Cela représente une perte pour l'Assurance Maladie, et d'autre part n'incite pas l'industriel à conclure un accord rapidement, dans la mesure où le prix pratiqué durant la période de négociation est de fait supérieur au prix qui sera appliqué ensuite.

Il est proposé que le remboursement de la différence entre le prix librement fixé par l'industriel avant l'inscription au remboursement (avec l'avantage majeur pour celui-ci de fixer le niveau de départ de la négociation ultérieure) et le prix fixé *in fine* se fasse sur la base du prix après remise et non du prix facial.

Proposition 17

Gérer la liste *en sus* par indication thérapeutique

Depuis quelques années, les pouvoirs publics ont été attentifs à une gestion dynamique des entrées / sorties de la liste *en sus* en se reposant notamment sur la recommandation méthodologique du Conseil de l'hospitalisation (dont la Cnamts et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie – Uncam – sont membres de droit).

Cette recommandation précise les critères d'inscription et de radiation des médicaments sur la liste *en sus* et permet ainsi à la fois d'objectiver davantage les conditions d'une inscription et de mieux motiver le refus d'inscription des produits candidats, de même qu'elle accroît les opportunités de radiation. Cette recommandation a été mise à jour le 20 février 2015 pour prendre en compte la gestion de la liste par indication thérapeutique, en application de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014.

Le recentrage de la liste *en sus* vers les produits conformes à la méthodologie a permis depuis 2010 de radier un certain nombre de produits qui n'avaient pas ou plus vocation à être financés *en sus*. Ainsi, des radiations de médicaments anticancéreux tels que Taxol®, radié en 2010, ou Taxotère®, radié en 2012, ont eu des conséquences importantes sur l'évolution de la dépense totale de la liste *en sus*.

Pour aller plus loin dans la gestion dynamique de la liste *en sus*, dans l'esprit de l'article 51 de la LFSS pour 2014, il conviendrait désormais d'analyser chacune des indications des produits inscrits sur la liste *en sus* afin de vérifier si ces indications remplissent les critères méthodologiques de maintien sur la liste *en sus*. En effet, plusieurs médicaments ont été inscrits sur la liste *en sus* au titre d'une première indication très innovante, mais ont par la suite obtenu des extensions d'indications d'amélioration du service médical rendu (ASMR) moindres, face à des comparateurs pris en charge dans les tarifs. Ces indications n'ont pas vocation à demeurer financées *en sus*.

➊ Potentiel d'économies :

les dépenses actuelles sur la liste *en sus* pour ces indications à ASMR IV et V représentent 450 millions d'euros.

CHAPITRE

5

Bon usage des soins et maîtrise des dépenses

La question de la pertinence des soins délivrés reste un enjeu majeur : la Cnamts travaille depuis de nombreuses années sur ces questions, qu'elle a particulièrement développées dans les deux derniers rapports de propositions de l'Assurance Maladie. L'objectif fondamental est de promouvoir l'accès pour tous au juste soin et au soin de qualité, d'éviter les traitements ou actes inutiles, porteurs de risques pour les patients, et d'allouer les ressources sur des soins qui présentent un réel bénéfice pour la population.

S'agissant de la pertinence des soins délivrés dans les établissements de santé, c'est dans le champ de la chirurgie que les actions les plus structurées ont été mises en place. L'Assurance Maladie en avait engagé depuis de nombreuses années⁷⁷, et elle a développé notamment à partir de 2012 une méthodologie d'analyse pour cibler les établissements présentant des risques de non-pertinence, méthodologie appliquée d'abord aux appendicectomies, puis à la chirurgie du canal carpien. Celle-ci s'insère désormais dans la démarche menée conjointement avec le ministère de la Santé et la Haute Autorité de santé (HAS).

Dans ce domaine de la chirurgie, le champ a été étendu en 2015 à la cholécystectomie, qui a fait l'objet d'une analyse approfondie menée en collaboration avec la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD) (partie 5.1.1).

La recherche d'une meilleure pertinence des soins ne se limite pas cependant aux actes chirurgicaux, même si ceux-ci font l'objet d'une attention particulière. Elle concerne les stratégies thérapeutiques en général, mais aussi les stratégies diagnostiques. Pour ces dernières également, des progrès peuvent être faits pour limiter la prescription aux actes utiles : c'est le cas par exemple en matière d'examens préanesthésiques, pour lesquels une analyse de la conformité des pratiques aux recommandations a été menée en collaboration avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (partie 5.1.2). Plus globalement, les prescriptions d'examens biologiques sont un domaine dans lequel des marges importantes d'amélioration des pratiques peuvent être identifiées, dans le prolongement des premiers constats réalisés dans les rapports de propositions précédents (partie 5.1.3).

Au-delà, la question de la pertinence se pose aussi pour des prestations qui sont autour du soin. Ainsi, il importe de promouvoir une utilisation des transports dictée par les besoins médicaux du patient et de réduire les écarts de pratiques, conduisant à des dérives, dans le recours aux différents modes de transport (partie 5.2).

Le même souci de pertinence doit s'appliquer aux prescriptions d'arrêts de travail, dont l'évolution a connu une progression significative en 2014 (partie 5.3).

5.1 Pertinence des stratégies diagnostiques et thérapeutiques

5.1.1 / Les cholécystectomies pour lithiase biliaire

Un thème prioritaire

La cholécystectomie pour lithiase vésiculaire est un acte chirurgical consistant à enlever la vésicule biliaire ; elle est l'une des interventions les plus réalisées en France et dans le monde. La lithiase vésiculaire est la plus fréquente des affections biliaires, due à la présence de calculs dans la vésicule.

Il s'agit d'un des six thèmes nationaux prioritaires de pertinence pour l'année 2015 (avec césariennes, syndrome du canal carpien, appendicectomies, thyroïdectomies, chirurgie bariatrique).

Il a été retenu dès 2013 dans la liste des 33 thèmes régionaux pour plusieurs raisons : prévalence élevée de la lithiase biliaire (10 à 15 % des personnes âgées de 20 à 60 ans), volume de séjours annuels important (112 000 en France en 2013⁷⁸), suspicion de non-pertinence (disparités des taux de recours

interrégionaux, évolution positive des cholécystectomies « simples » non compliquées, simplification de la technique chirurgicale par coelioscopie et découverte fortuite lors d'une échographie), conséquences importantes de la non-pertinence de la décision (notamment risque de fistule biliaire).

Des actions sur le thème ont été rendues possibles après publication en 2013 par la Haute Autorité de santé (HAS) de recommandations en lien avec la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD), le Conseil national professionnel d'hépato-gastroentérologie et le Collège de médecine générale⁷⁹. Ces recommandations rappellent notamment qu'en cas de lithiase vésiculaire asymptomatique, la cholécystectomie n'est pas réalisée de principe (la caractérisation de la douleur biliaire typique par l'interrogatoire du patient étant essentielle).

Une forte disparité de taux d'interventions

Le taux d'intervention est de 1,20 pour 1 000 habitants en moyenne sur le territoire national, mais il varie du simple au

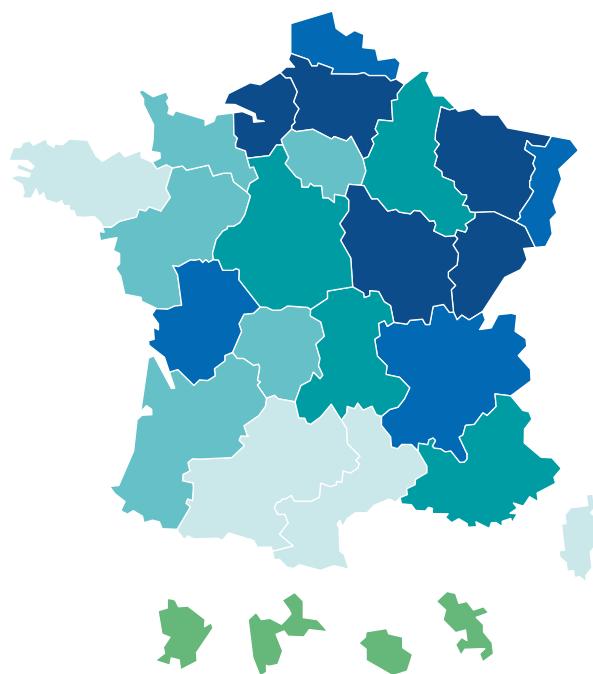
(77) On peut rappeler par exemple les enquêtes réalisées au début des années 2000, comme l'enquête sur la chirurgie bariatrique de 2004, avec analyse de toutes les ententes préalables et de tous les actes opératoires durant deux mois, et avec une baisse du nombre annuel d'interventions de 16 000 à 10 000 l'année suivante.

(78) GHM 07C13+07C14. Source : PMSI.

(79) Points clés et solutions / Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie ?, HAS, janvier 2013 – http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/points-cle_solution_-_qd_faire_cholecystectomie.pdf

triple selon les régions : de 0,47 à 1,44, après standardisation pour tenir compte des différences de structures démographiques régionales (**figure 44**).

► FIGURE 44
Taux de recours standardisé sur le sexe et l'âge par région pour le GHM 07C14 : cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës



Taux de recours en nombre de séjours pour 1 000 habitants

0,47 à 0,76	1,10 à 1,23	1,29 à 1,34
0,99 à 1,10	1,24 à 1,29	1,37 à 1,44

Champ : année 2013, tous régimes - France entière
Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

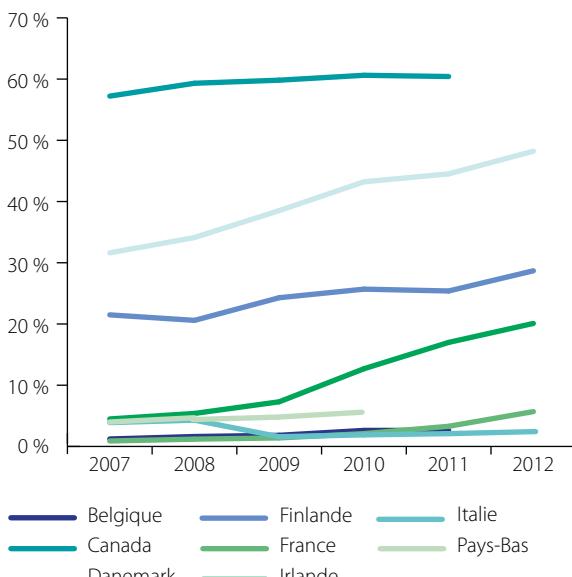
Un retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire

La FCVD considère que l'intervention est réalisable en chirurgie ambulatoire (pour un patient standard, sous coelioscopie et hors infection aiguë), et a d'ailleurs donné son accord en 2012 à l'inscription par la Cnamts de cet acte sur la liste des gestes marqueurs, pour lesquels des actions de mise sous accord préalable de certains établissements peuvent être déclenchées par l'Assurance Maladie.

Même si la définition de la chirurgie ambulatoire et le périmètre pour le calcul du taux n'est pas identique dans tous les pays, la France fait partie des pays qui ont les plus faibles taux de chirurgie ambulatoire (**figure 45**).

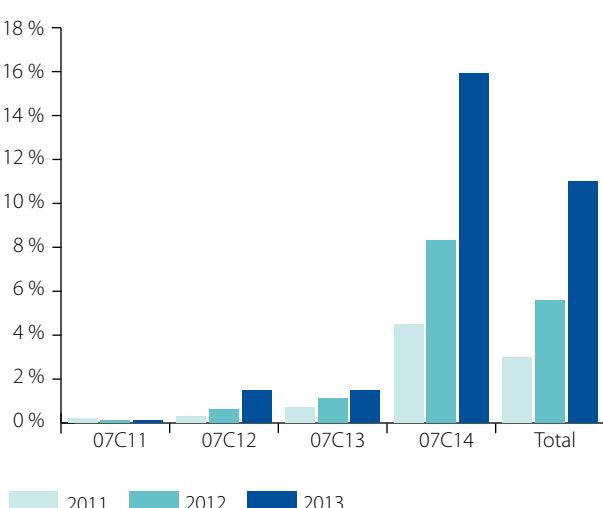
Néanmoins, la part de chirurgie ambulatoire progresse dans la période récente : de 4 % en 2011 à 16 % en 2013 pour les cholécystectomies hors affections aiguës (**figure 46**).

► FIGURE 45
Comparaison des taux de chirurgie ambulatoire pour la cholécystectomie



Source : OCDE (2013)

► FIGURE 46
Évolution du taux de chirurgie ambulatoire des cholécystectomies entre 2011 et 2013



Codes des GHM :
07C11 : dérivations biliaires; 07C12 : autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées; 07C13 : cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës; 07C14 : cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës.

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

Une action d'accompagnement des professionnels de santé et des établissements lancée dès 2015

Cette action d'information et de sensibilisation est menée auprès des généralistes, des établissements et des chirurgiens pour :

- diffuser les recommandations de la HAS afin d'améliorer la pertinence de l'acte chirurgical;
- promouvoir la prise en charge en chirurgie ambulatoire quand les conditions de qualité et de sécurité des soins le permettent, en particulier pour les formes non compliquées sous cœlioscopie;
- améliorer les prescriptions d'arrêt de travail : comme pour d'autres actes chirurgicaux, on constate en effet que les durées d'arrêt de travail post-opératoires sont supérieures aux durées recommandées (durée moyenne de 26,7 jours en 2012 après exclusion des arrêts de travail des patients en affection de longue durée – ALD – et/ou liés à des actes multiples, pour des durées indicatives comprises entre 7 et 21 jours selon le poste de travail).

Un ciblage des établissements pour détecter des risques de non-pertinence

La Cnamts développe et teste depuis plusieurs années des outils de ciblage permettant de repérer des établissements atypiques à partir d'un faisceau d'indicateurs, dont la combinaison alerte sur la possibilité qu'une partie des actes pratiqués ne soient pas pertinents ([tableau 31](#)).

► **TABLEAU 31**
Indicateurs de ciblage « pertinence » pour la cholécystectomie

N°	Libellé indicateur	Sens de non pertinence
1	Évolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans	Valeur élevée
2	Évolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans	Valeur élevée
3	Part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive	Valeur élevée
4	Part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la voie biliaire principale (VBP) de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité	Valeur élevée
5	Part des sujets âgés de moins de 75 ans	Valeur basse
6	Part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédents une échographie abdominale	Valeur basse

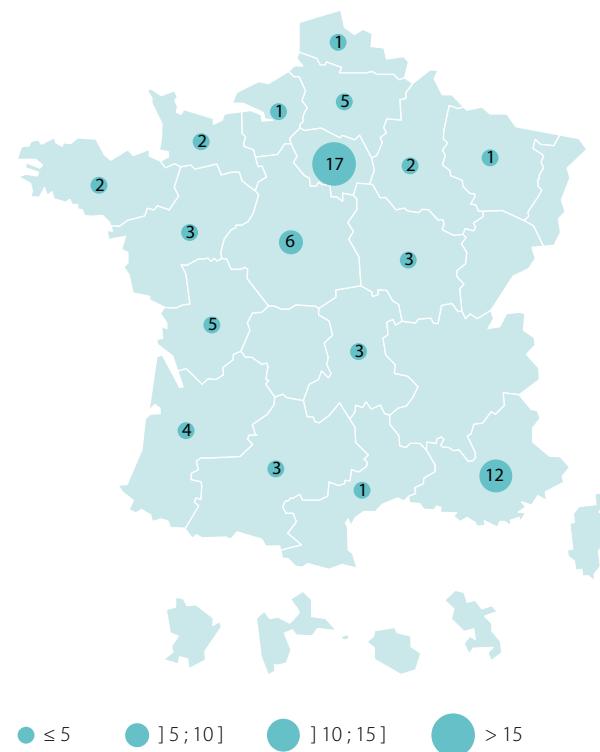
Cette méthodologie a été appliquée dans un premier temps à l'appendicectomie et à la chirurgie du canal carpien, interventions fréquentes dont la pertinence peut parfois être questionnée.

Elle a été étendue à la cholécystectomie (ainsi qu'à la thyroïdectomie et à la chirurgie bariatrique), et à la faveur de cette extension la démarche a évolué :

- d'une part, la FCVD a été associée en amont pour le choix, la validation et la pondération des indicateurs;
- d'autre part, plutôt que de raisonner sur des seuils d'alerte, l'ensemble de la situation de l'établissement a été considérée : une note de 1 à 4 a été donnée selon la position au regard de la distribution de chaque indicateur, et un score pondéré a ensuite été calculé⁸⁰.

Le choix a été de cibler 10 % des établissements pour une action d'accompagnement en 2015, soit, pour la lithiasse biliaire, 71 établissements ([figure 47](#)).

► **FIGURE 47**
Répartition régionale des établissements ciblés pour l'action d'accompagnement 2015



(80) Seuls les établissements ayant une activité annuelle d'au moins 30 séjours pour cholécystectomie ont été considérés. Pour chaque établissement, une note de 1 à 4 a été affectée par indicateur : 1 pour les 25 % d'établissements de soins les moins élevés (1^{er} quartile); 2 pour les 25 % d'établissements suivants (2nd quartile); 3 pour les 25 % d'établissements suivants (3rd quartile); 4 pour les 25 % d'établissements les plus élevés (4th quartile).

Pour chaque établissement, la somme pondérée des notes par indicateur donne un score global compris entre 1 et 4.

Pour faciliter les échanges avec les établissements et les chirurgiens, ceux-ci peuvent disposer d'un profil de leur activité, qui les positionne sur leur score global et sur chacun des indicateurs, avec la référence de la moyenne nationale et de la moyenne des établissements de même statut.

5.1.2 / Les examens préanesthésiques

Une démarche menée en collaboration avec la Société française d'anesthésie et de réanimation

Le précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie avait abordé la question de la pertinence des examens pré-anesthésiques (ou préopératoires) et mentionné la démarche engagée avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), qui a actualisé son référentiel sur les examens préanesthésiques en 2012⁸¹ et souhaitait mettre en place des actions envers les prescripteurs d'exams non pertinents (suspicion d'examens inutiles, effectués de façon systématique).

Un travail en collaboration a donc été mené afin d'identifier, sur les bases de l'Assurance Maladie, des situations dans lesquelles les examens préanesthésiques pouvaient être jugés

► TABLEAU 32
Description des cinq thèmes étudiés

Thèmes	Prescription recherchée	Inclusion	Exclusion
Amygdalectomies et adénoïdectomies chez l'enfant ayant acquis l'âge de la marche	Bilan d'hémostase (NFS, plaquettes, fibrinogène, temps de Quick, temps de céphaline) Groupe sanguin/RAI (GS ABO-RH, RAI identification et dépistage, phénotypes RH et Kell)	2 à 17 ans Tous les actes CCAM concernés	Facteurs de risque hémorragique
Hémostase chez l'adulte	Bilan d'hémostase (NFS, plaquettes, fibrinogène, temps de Quick, temps de céphaline)	Séjours avec GHM en C (hors CMD 14) + Extractions dentaires chirurgicales + Endoscopies digestives diagnostiques et thérapeutiques avec anesthésie + Endoscopies pulmonaires sous anesthésie	Facteurs de risque hémorragique
Groupe sanguin et agglutinines irrégulières avant 4 gestes chirurgicaux	Groupe sanguin/RAI (GS ABO-RH, RAI identification et dépistage, phénotypes RH et Kell)	Cholécystectomie sous cœlioscopie Chirurgie de la glande thyroïde (sans résection-anastomose de trachée, abord thoracique et résection du larynx) Chirurgie de la hernie discale lombaire (voies antérieure et postérieure sans ostéosynthèse ni laminectomie) Chirurgie du sein (exérèse tumorale partielle ou totale hors mastectomie élargie avec autogreffe ou lambeau)	
Ionogramme sanguin	Ionogramme sanguin (natrémie, calcémie, urée, créatinine)	Chirurgie «mineure» de l'ACC ^(a) /AHA ^(b) sous anesthésie ^(c) : chirurgie ophtalmologique et chirurgie tégumentaire et mammaire (hors urgences et infections, chirurgie des lambeaux, dermolipectomie associée à geste pariétal)	Facteurs de risque d'insuffisance rénale et troubles ioniques
Bilan respiratoire	Épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) Gazométrie	Séjours avec GHM en C (hors CMD 14) + Extractions dentaires chirurgicales + Endoscopies digestives diagnostiques et thérapeutiques avec anesthésie + Endoscopies pulmonaires sous anesthésie	Facteurs de risques respiratoires

(a) ACC : American College of Cardiology

(b) AHA : American Heart Association

(c) Recommandations formalisées d'experts Sfar / SFC / ACC / AHA : prise en charge du coronarien qui doit être opéré en chirurgie non cardiaque

(81) Recommandations formalisées d'experts Sfar 2012 : Examens pré-interventionnels systématiques (www.sfar.org).

inappropriés, et d'analyser l'ampleur des écarts aux recommandations et la variabilité des pratiques selon les territoires et entre établissements. Cinq thématiques ont été sélectionnées :

- prescription de TP/TCA/plaquettes avant les gestes d'amygdalectomies et adénoïdectomies 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 d'une gazométrie avant tout type de chirurgie, sauf les interventions de chirurgie trachéale et parenchymateuse pulmonaire et les interventions de chirurgie cardiaque.

La Sfar a défini les critères de sélection permettant de repérer les situations dans lesquelles, pour un ensemble d'actes chirurgicaux pratiqués et en l'absence de facteurs de risque

particuliers du patient, ces actes peuvent être jugés non pertinents. Ces situations ont été repérées dans les données de remboursement et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), avec des critères précis d'inclusion et d'exclusion⁸². Dans les cas décrits ci-dessus (**tableau 32**), selon le référentiel de la Sfar, le bilan n'a pas lieu d'être.

Un volume important d'examens qui pourraient être évités

Sur l'ensemble de ces situations, on peut estimer que 3,9 millions d'examens préanesthésiques réalisés en 2013 n'étaient pas pertinents. Ils représentent un montant financier de 28 millions d'euros, dont 20 millions d'euros à la charge de l'Assurance Maladie (**tableau 33**).

Le thème pour lequel l'enjeu économique est le plus important est le bilan d'hémostase chez l'adulte⁸³, en raison des volumes d'actes interventionnels. Le taux de recours inapproprié est de 22 %, soit 1,4 million d'examens, pour un montant remboursé évitable de 6,3 millions d'euros. Il existe de plus une disparité

► TABLEAU 33

Nombre d'examens pré-anesthésiques jugés non pertinents en 2013 et montants financiers associés

Référentiel	Nombre de séjours concernés ^(a)	Actes	Respect du référentiel ^(b)	Examens inappropriés ^(c)	Montant de base ^(d)	Montant remboursé par l'Assurance Maladie ^(d)
Amygdalectomies et adénoïdectomies chez l'enfant	100 000	Groupe sanguin (GS) et RAI, hémostase	GS/RAI : 55 % Hémostase : 50 %	400 000 dont 175 000 hémostase	3,4 M€ dont 1,1 M€ pour hémostase	2,1 M€ dont 0,7 M€ pour hémostase
Hémostase chez l'adulte	2,7 M	Hémostase	65 %	2,8 M	18,2 M€	12,6 M€
Groupe sanguin et agglutinines irrégulières avant 4 gestes chirurgicaux	260 000	Groupe sanguin et RAI	GS : 63 % RAI : 55 %	540 000	5,4 M€	4,2 M€
Ionogramme sanguin	300 000	Ionogramme	90 %	130 000	400 000 €	275 000 €
Bilan respiratoire	5,4 M	Épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) Gazométrie	99 %	44 000 EFR 30 000 gazométrie	340 000 € pour gazométrie	330 000 € pour gazométrie
Total				3,9 M	27,7 M€	19,5 M€

(a) Nombre de séjours qui ne justifiaient pas la prescription d'un examen avant l'anesthésie

(b) Taux moyen indicatif car pour chaque examen, il existe plusieurs codes acte de biologie ayant des taux de recours différents

(c) Actes inappropriés (quantité) : le nombre peut être supérieur à celui des séjours concernés, car certains actes ont pu être effectués plusieurs fois

(d) Montants de biologie (sous-estimation car non prise en compte du coût de prélèvement et des frais de dossier, trop inhomogènes pour être calculés) :

- montant de base théorique = quantité x cotation x 0,27 (base taux France métropolitaine) (tarif biologie B = 0,27 €)

- montant remboursé par l'Assurance Maladie : application pour chaque acte du taux moyen de remboursement observé dans le Sniiram

Source : Cnamts (Sniiram 2012 et 2013) et Atih (PMSI 2013), traitement Cnamts

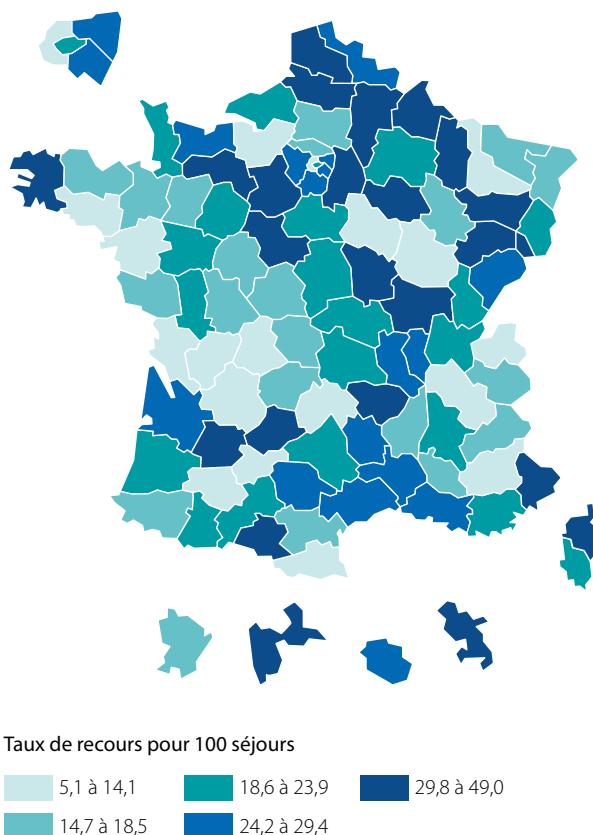
(82) Ont été utilisés les informations sur les séjours de chirurgie ou endoscopie, l'âge, l'affection de longue durée, les comorbidités, les antécédents d'actes de chirurgie, les traitements médicamenteux avant et après le geste. En cas de séjours multiples dans l'année, seul le premier séjour annuel du patient a été inclus.

(83) Il s'agit de l'association systématique : numération formule sanguine (NFS) et bilan de coagulation (codes biologie : 1104 (NFS+/- plaquettes) + 0126 (temps de Quick) + 1127 (temps de céphaline)).

interdépartementale importante, avec des extrêmes de 5,1 à 49 pour 100 séjours (**figure 48**). Cette disparité de pratiques se traduit également au niveau de la distribution des établissements : le taux de recours moyen est de 23,4 %, avec des extrêmes de 0 % à 88 % (**figure 49**).

Les taux de recours sont également élevés pour le groupe sanguin/RAI avant quatre gestes chirurgicaux (cholécystectomie sous cœlioscopie, chirurgie de la glande thyroïde, chirurgie de la hernie discale lombaire et chirurgie du sein) : la prescription inappropriée d'au moins un code de biologie concerné est de 46 % en moyenne, et respectivement pour les quatre thèmes : 48 %, 45 %, 52 % et 40 % (**tableau 34**).

► FIGURE 48
Taux de recours départementaux des prescriptions pré-anesthésiques d'hémostase chez l'adulte^(a)

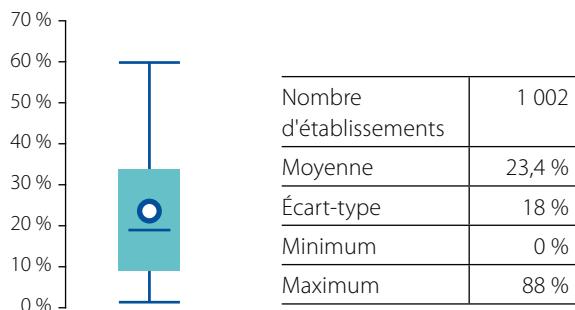


(a) Associant les codes de biologie : 1104 (NFS +/- plaquettes), 0126 (temps de Quick) et 1127 (temps de céphaline)

*Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnamts (Sniiram 2012 et 2013) et Atih (PMSI 2013), traitements Cnamts*

► FIGURE 49

Taux de prescriptions pré-anesthésiques inappropriées d'hémostase chez l'adulte^(a) : distribution des établissements en 2013



(a) Associant les codes de biologie : 1104 (NFS +/- plaquettes), 0126 (temps de Quick) et 1127 (temps de céphaline)

Note de lecture : cette boîte à moustache offre une vision de la dispersion du taux de prescription par établissement. Les graduations de bas en haut représentent respectivement : le 5^e percentile, le 1^{er} quartile, la médiane, le 3^e quartile et le 95^e percentile. La moyenne est représentée par un rond.

*Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnamts (Sniiram 2012 et 2013) et Atih (PMSI 2013), traitements Cnamts*

Même constat pour les amygdalectomies/adénoïdectomies chez l'enfant (2-18 ans), avec des taux de recours inappropriés également élevés, et en particulier les associations systématiques :

- l'association « numération formule sanguine +/- plaquettes, temps de Quick et temps de céphaline »⁸⁴, avec un taux de recours inapproprié de 40 % (soit 90 000 examens) ;
- l'association « groupe sanguin, recherche d'agglutinines irrégulières et phénotypes RH et Kell »⁸⁵, avec un taux de recours inapproprié de 39 % (soit 200 000 examens).

En revanche, ce n'est pas le cas pour les prescriptions de ionogramme sanguin, qui respectent le référentiel dans la très grande majorité des cas. Le taux de bilans non pertinents est estimé à 10 % : 12,5 % pour le ionogramme simple⁸⁶, et 4,2 % pour le ionogramme complet⁸⁷. Il existe cependant des disparités de pratiques importantes autour de ces moyennes : entre 5,4 % et 39,5 % pour les taux de recours départementaux (**figure 50**), entre 0 % et 91 % pour les prescriptions des établissements (**figure 51**).

(84) Codes biologie : 1104+0126+1127.

(85) Codes biologie : 1140+1141+1145.

(86) Na + K +/- Cl, code biologie : 1609.

(87) Na + K +Cl +CO2 + Protides, code biologie : 1610.

► TABLEAU 34

**Prescriptions inappropriées d'au moins un examen immuno-hématologique^(a)
pour les quatre gestes chirurgicaux, en 2013**

	Nombre de séjours	Au moins un examen	Taux de recours	Estimation du montant base théorique	Estimation du montant remboursé
Total	277 774	127 024	46 %	5 490 152	4 213 212
Cholécystectomie sous coelioscopie	113 662	54 878	48 %	2 373 474	1 821 695
Chirurgie de la glande thyroïde	46 033	20 864	45 %	910 613	698 803
Chirurgie de la hernie discale lombaire	32 442	16 864	52 %	742 033	569 289
Chirurgie du sein	85 637	34 418	40 %	1 464 032	1 123 425

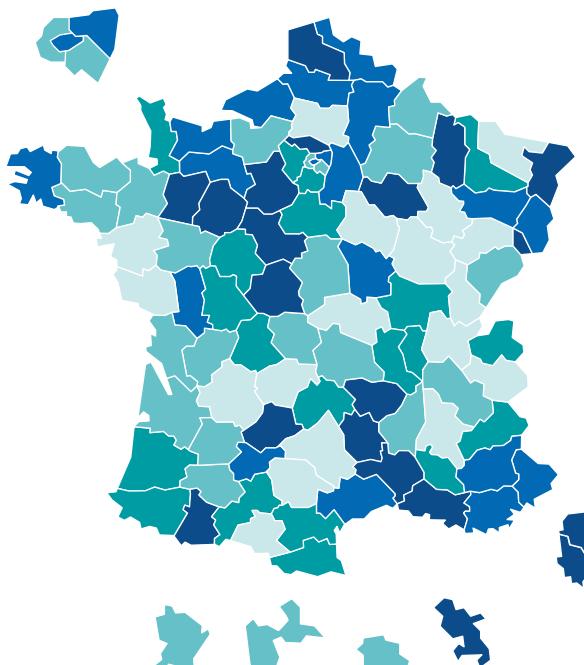
(a) 1131 RAI identification, 1140 groupe sanguin ABO-RH, 1141 RAI dépistage, 1145 phénotypes RH et Kell

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnamts (Sniiram 2012 et 2013) et Atih (PMSI 2013), traitements Cnamts

► FIGURE 50

Taux de recours départementaux des prescriptions pré-anesthésiques inappropriées de ionogramme sanguin simple^(a)



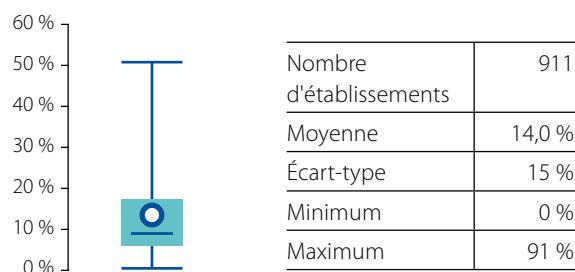
(a) Na + K +/- Cl, code de biologie : 1609

Champ : tous régimes

Source : Cnamts (Sniiram 2012 et 2013) et Atih (PMSI 2013), traitements Cnamts

► FIGURE 51

Taux de prescriptions pré-anesthésiques inappropriées de ionogramme sanguin simple^(a) : distribution des établissements



(a) Na + K +/- Cl, code de biologie : 1609

Note de lecture : cette boîte à moustache offre une vision de la dispersion du taux de prescription par établissement. Les graduations de bas en haut représentent respectivement : le 5^e percentile, le 1^{er} quartile, la médiane, le 3^e quartile et le 95^e percentile. La moyenne est représentée par un rond.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnamts (Sniiram 2012 et 2013) et Atih (PMSI 2013), traitements Cnamts

5.1.3 / Les analyses de biologie réalisées en ville

820 millions d'actes de biologie cotés en B ont été remboursés en 2013, pour une dépense de 3,5 milliards d'euros (tous régimes). Les actes de biologie sont des actes couramment prescrits : 96 % des médecins libéraux conventionnés ont en effet prescrit un examen biologique en 2013, et même 99 % des médecins généralistes. Toutefois, en matière d'actes de biologie, comme dans d'autres domaines, on observe une grande variabilité des pratiques. 10 % des médecins prescrivent plus de 9 000 actes par an, pour un montant de plus de 61 000 euros. Si on se limite à l'activité des médecins généralistes et aux 100 actes prescrits les plus fréquemment (représentant 90 % des volumes de leurs prescriptions) :

- un quart des médecins prescrivent moins de 24 euros d'actes de biologie par patient en moyenne,
- tandis que 25 % prescrivent pour plus de 40 euros.

Ces disparités ne s'expliquent pas par des différences de patientèle (proportion de personnes âgées ou de malades chroniques) : lorsqu'on les prend en compte, la dispersion est relativement peu modifiée (**figure 52**). Ces écarts importants semblent donc refléter fondamentalement des comportements de prescription variables.

Les médecins les plus prescripteurs de biologie semblent prescrire à la fois à une part plus importante de leur patientèle, et un montant plus élevé pour chaque patient consommant. Ainsi, alors qu'en moyenne un médecin généraliste prescrit de la biologie à 45 % de sa patientèle, pour un montant moyen de 74 euros, ces mêmes résultats s'élèvent, pour les 10 % plus gros prescripteurs, à 55 % des patients pour un montant moyen de 116 euros (**tableau 35**).

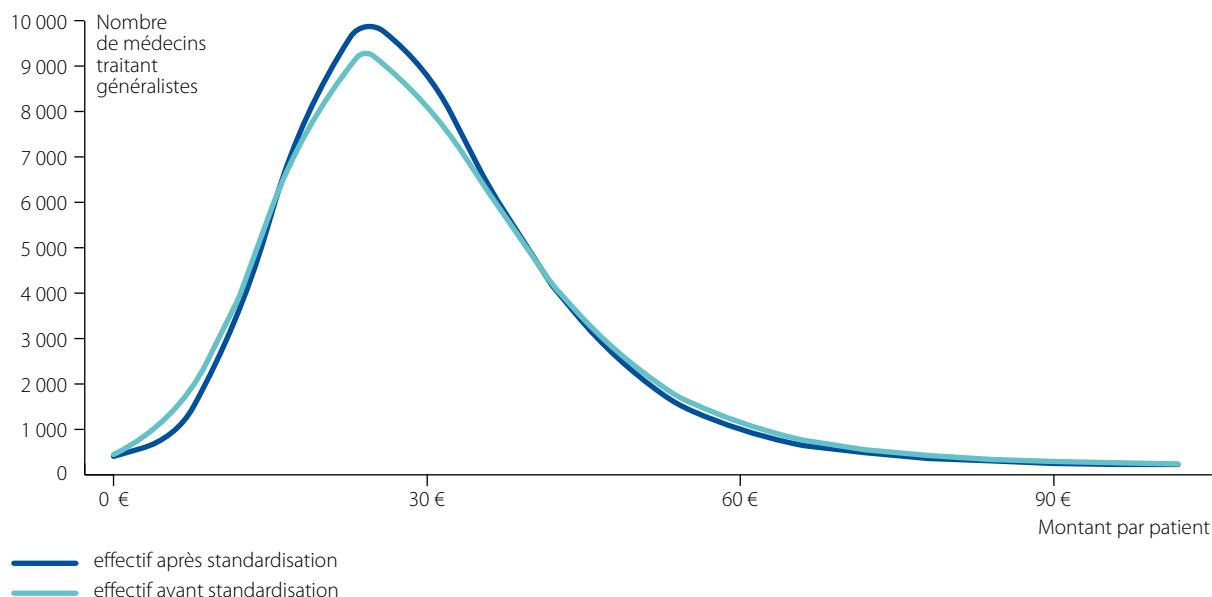
Certains coûts élevés peuvent notamment s'expliquer par la longueur des ordonnances. En effet, les 15 % d'ordonnances les plus longues (plus de 10 actes⁸⁸) expliquent 45 % des actes remboursés et 40 % des montants (**figure 53**).

Les malades les plus lourds (insuffisance rénale chronique terminale, sida, cancer) sont nombreux à se voir prescrire des ordonnances longues de biologie, mais la grande partie d'entre elles sont le fait d'assurés ne présentant pas de pathologies au sens de la cartographie. Ainsi, 37 % des patients bénéficiant de longues ordonnances (plus de dix actes) n'ont ni pathologies chroniques ni hospitalisation (**figure 54**).

On observe par ailleurs des multiplications d'actes dont la pertinence peut être discutée médicalement.

► FIGURE 52

Distribution des médecins généralistes en fonction de leur montant moyen de prescription de biologie par patient avant et après standardisation, en 2013



Champ : en date d'exécution des soins, parmi les 100 actes de biologie les plus prescrits par les généralistes, patients fidèles des généralistes (hors généralistes à faible activité), année 2013, tous régimes hors SLM – France entière
Source : Cnamts (DCIR 2013)

(88) Hors actes de disposition générale.

► TABLEAU 35

Part des patients qui ont eu une délivrance d'actes de biologie en fonction du percentile de niveau de prescription du médecin généraliste

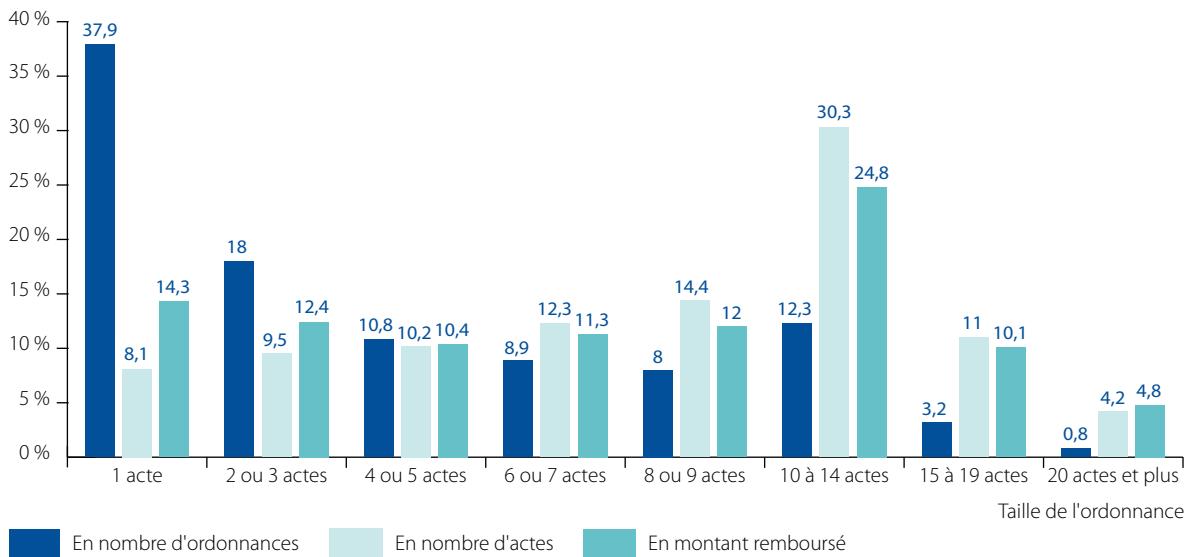
	Ensemble des médecins généralistes	1 % de médecins généralistes les plus prescripteurs	5 % de médecins généralistes les plus prescripteurs	10 % de médecins généralistes les plus prescripteurs
Montant moyen par patient	33 €	92 €	71 €	62 €
Montant moyen par consommant	74 €	161 €	128 €	116 €
Part de la patientèle	45 %	59 %	57 %	55 %

Champ : en date d'exécution des soins, parmi les 100 actes de biologie les plus prescrits par les généralistes, patients fidèles des généralistes (hors généralistes à faible activité), année 2013, tous régimes hors SLM – France entière

Source : Cnamts (DCIR 2013)

► FIGURE 53

Répartition des ordonnances, des actes de biologie et des montants remboursés en fonction de la taille de l'ordonnance^(a) en 2014



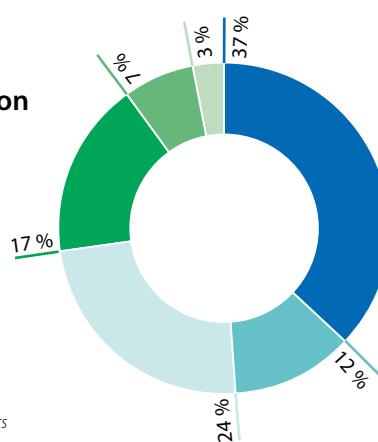
(a) Hors actes de disposition générale

Champ : en date d'exécution des soins, année 2014, tous régimes - France entière
Source : Cnamts (DCIR 2014)

► FIGURE 54

Répartition des patients bénéficiant d'ordonnances de plus de dix actes en fonction du nombre de pathologies, de leurs traitements ou d'un épisode hospitalier

- Sans pathologie, ni traitement, ni hospitalisation
- Hospitalisation sans pathologie ni traitement
- Traitements médicamenteux vasculaires ou psychotropes (hors pathologies associées)
- Une pathologie
- Deux pathologies
- Trois pathologies ou plus



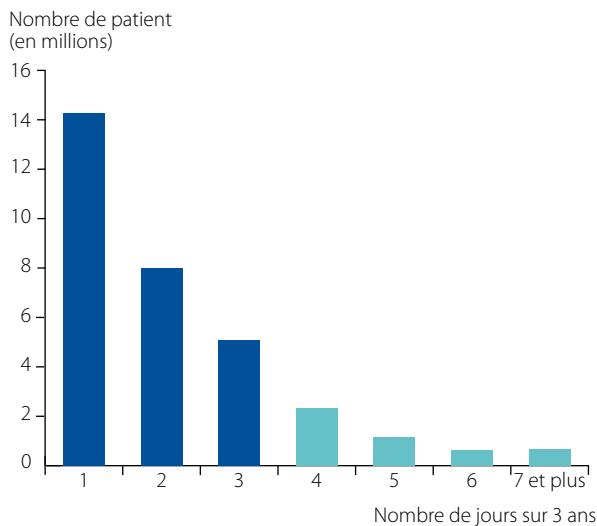
Champ : en date d'exécution des soins, année 2014, tous régimes – France entière
Source : Cnamts (DCIR 2014 et cartographie 2013), Atih (PMSI 2014), traitements Cnamts

Ainsi 32 millions de patients, soit près de la moitié de la population française, ont eu un examen lipidique sur les trois dernières années (2012-2014), et près de 5 millions en ont réalisé plus de trois sur la période (figure 55). Le volume global de ces examens et leur réitération pour une fraction de la population n'apparaissent pas toujours justifiés.

L'HbA1c, examen recommandé pour le suivi des patients diabétiques, a été prescrit et réalisé sur la même période pour 10 millions d'assurés, alors qu'on ne compte que 3,5 millions de diabétiques traités par antidiabétiques. On peut en déduire que cette analyse est largement réalisée à des fins de dépistage, alors que c'est la glycémie à jeun, examen six fois moins coûteux que l'HbA1c, qui est remboursée pour dépister le diabète. Ces prescriptions semblent indiquer le besoin de préciser les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et de promouvoir leur diffusion, notamment auprès des médecins généralistes. Des actions récentes dans ce domaine ont montré leur efficacité. Ainsi, concernant le dosage de la vitamine D, la révision de la nomenclature et la diffusion d'un mémo sur les indications validées par la HAS a conduit à une baisse spectaculaire du nombre de dosages (figure 56). L'Assurance Maladie a également diffusé auprès des médecins les indications et les recommandations sur les bonnes pratiques en matière de groupe sanguin et de recherche d'anticorps anti-érythrocytaires (RAI). On observe ainsi, au début de l'année 2015, une baisse de l'ordre de 10 % de ces actes.

► FIGURE 55

Effectif de population selon le nombre d'examens d'anomalies lipidiques réalisés sur 3 ans (de 2012 à 2014)



Champ : en date d'exécution des soins, années 2012 à 2014, tous régimes - France entière
Source : Cnamts (DCIR 2012 à 2014)

► FIGURE 56

Évolution du nombre de dosages de vitamine D depuis mars 2010



Champ : régime général hors SLM – France métropolitaine

Source : Cnamts

Propositions

pour améliorer la pertinence des actes diagnostiques et thérapeutiques

Proposition 18

_ Poursuivre les programmes d'action pertinence, avec des actions incitatives plus fortes pour les établissements n'ayant pas modifié leurs pratiques (MSAP, contractualisation tripartite)

L'action d'accompagnement des établissements et des professionnels de santé sur la cholécystectomie a démarré auprès des médecins généralistes, et va être menée auprès des établissements de santé et chirurgiens libéraux après ciblage. Le mémo de bonne pratique a été validé par la Haute Autorité de santé (HAS), et les assurés seront sensibilisés notamment par leur médecin traitant (guide à destination des patients).

L'association de la société savante au choix, au mode de calcul et à la pondération des indicateurs pour cibler les établissements atypiques permet de faire évoluer la démarche.

En 2016, des actions incitatives plus fortes seront à mener pour les établissements n'ayant pas modifié leurs pratiques (mise sous accord préalable – MSAP, contractualisation tripartite).

Proposition 19

_ Déployer une stratégie en collaboration avec la Société française d'anesthésie et de réanimation pour faire évoluer les comportements des prescripteurs et réduire les examens préanesthésiques superflus

Cette stratégie s'appuiera sur :

- des publications et communications scientifiques (par exemple au Congrès national d'anesthésie et de réanimation de la Société française d'anesthésie et de réanimation – Sfar – de septembre 2015);
- des actions d'accompagnement des établissements à partir du second semestre de 2016, dans le cadre d'un partenariat avec la Sfar, par des pairs désignés par la société savante. Dans ce cadre, la Cnamts mettra à disposition ses données pour cibler les établissements les plus atypiques sur la base d'indicateurs extraits des bases de données, et établir des profils pour leur restituer l'information sur leurs pratiques.

Par rapport aux actions mises en œuvre habituellement sur la pertinence des actes, la démarche est innovante car elle est initiée par une société savante, qui a élaboré des recommandations et noué un partenariat avec l'Assurance Maladie pour faire un diagnostic des pratiques à partir des données du système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) et du programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Le dialogue entre pairs permet de favoriser l'acceptation des recommandations;

- le cas échéant, et toujours en lien avec la Sfar, des actions plus incitatives à partir de 2017 (contractualisation tripartite, MSAP) pour des établissements en écart par rapport aux bonnes pratiques;
- une communication envers les assurés en 2016, par divers moyens, pour diffuser le message que le bilan n'est pas systématique avant une anesthésie).

● **Économie attendue :**
58 millions d'euros sur trois ans.

Proposition 20

_ Intensifier les actions de maîtrise médicalisée sur les analyses biologiques à partir de référentiels précisant les bonnes pratiques en termes d'indication, de fréquence de réalisation et d'associations, et responsabiliser les prescripteurs

L'analyse des prescriptions d'analyses biologiques courantes soulève à la fois la question des associations d'actes (bilans avec de multiples analyses) et du rythme raisonnable de réitération des examens, lorsque ceux-ci sont prescrits dans un objectif de dépistage pour une population en bonne santé.

Il est proposé de demander à la HAS d'établir des référentiels précisant (outre les indications) les bonnes pratiques en termes de fréquence de réalisation et d'associations d'examens de biologie médicale, et d'intensifier les actions de maîtrise médicalisée sur les analyses biologiques pour responsabiliser les prescripteurs.

Il conviendrait également de réactualiser les recommandations en matière de dépistage du diabète et de les diffuser auprès des médecins traitants.

Propositions

pour améliorer la pertinence des actes diagnostiques et thérapeutiques (suite)

Sur ce point, un débat existe sur l'intérêt de recourir pour le dépistage du diabète à l'HbA1c plutôt qu'à la glycémie à jeun (examen recommandé aujourd'hui par la HAS). Des recommandations internationales semblent aller dans ce sens, à condition qu'une méthode de mesure standardisée soit utilisée⁸⁹. En tout état de cause, compte tenu de l'écart de prix entre la glycémie à jeun et l'HbA1c, si cet examen devait être étendu au dépistage de dizaines de millions de personnes, il faudrait que son prix soit baissé en conséquence. Plus globalement, il conviendrait de réfléchir, si les recommandations

sont actualisées, à la stratégie de dépistage la plus efficiente. La différence entre ces deux actes pour 6,5 millions d'individus correspond à une dépense remboursable de l'ordre de 40 millions d'euros par an.

● Économie attendue :

la diminution des redondances d'examens et des tests non pertinents est susceptible d'engendrer 200 millions d'euros d'économies cumulées sur trois ans.

(89) Voir par exemple les recommandations de l'OMS :

http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf; http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/fr/index1.html

5.2 Les dépenses de transports

5.2.1 / L'évolution des dépenses de transport sur la période récente

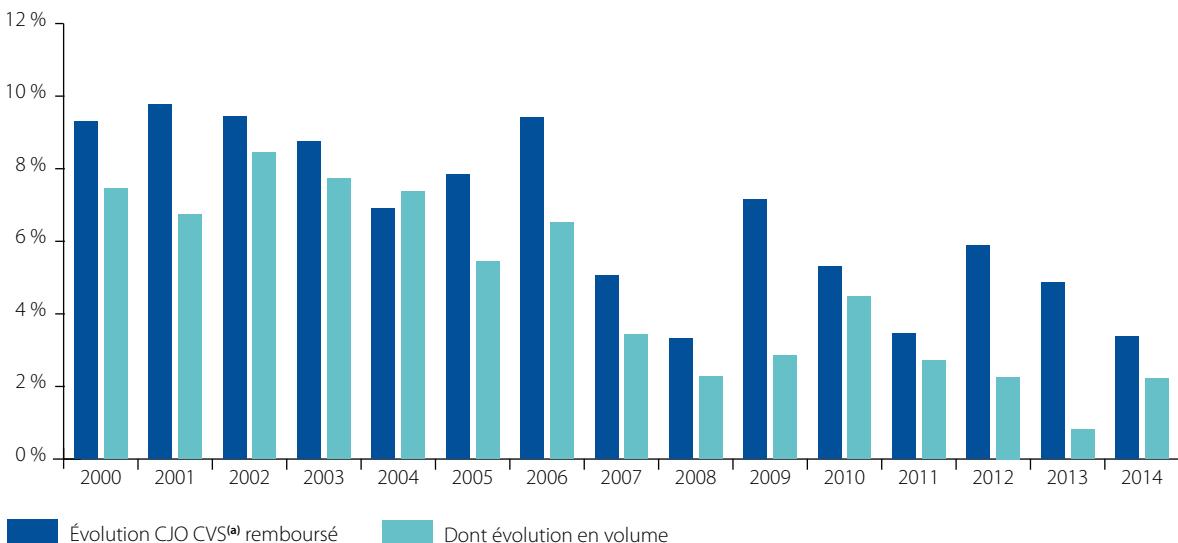
En 2014, 5,6 millions de patients ont été transportés (tous régimes), soit 8 % de la population totale, et le coût de ces transports pour l'Assurance Maladie s'est élevé à 4 milliards d'euros⁹⁰. L'augmentation des dépenses entre 2013 et 2014 a été de 3,4 %⁹¹, dont 2,2 % en volume. Le ralentissement par rapport à la croissance de 2013 (4,9 %) résulte notamment d'un effet prix moindre (0,7 % en 2014 contre 4 % en 2013) (**figure 57**).

Les taxis représentent 39 % des dépenses de transport, les véhicules sanitaires légers (VSL) 20 % et les ambulances 38 %⁹². Ces trois modes de transport ont connu des évolutions variables en 2014 :

- l'utilisation des VSL, qui baissait continûment les années précédentes, se stabilise pour la première fois (+ 0,4 % en volume). L'évolution globale des dépenses en VSL est de + 0,8 %⁹³;
- les dépenses d'ambulances progressent de 2 %, dont 1,7 % en volume;
- les dépenses de taxis continuent à progresser à un rythme très rapide : + 4,4 % en volume en 2014 (+ 3,7 % en 2013), avec des dépenses correspondantes de + 5,9 %⁹⁴.

Le nombre global de patients transportés continue sa progression, qui est de l'ordre de 1 % en 2014 comme les années précédentes, et de près de 3 % pour les taxis (**tableau 36**).

► FIGURE 57
Évolution annuelle des dépenses de transport depuis 2000, en valeur et en volume



(a) CJO CVS : corrigé des jours ouvrés et des variations saisonnières

Champ : en date de soins, régime général - France métropolitaine
Source : Cnamts (statistique mensuelle des dépenses)

(90) Montants remboursés, soins réalisés l'année n liquidés au plus tard 3 mois après la fin de l'année, tous régimes, France entière, DCIR.

(91) Statistiques mensuelles, montants remboursés, date de soins avec liquidation à fin mai 2015, régime général.

(92) Montants remboursés, soins réalisés l'année n liquidés au plus tard 3 mois après la fin de l'année, tous régimes, France entière, DCIR.

(93) Si on ajoute l'effet du contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (Caqcs) 2014, on obtient une progression avec 2,7 points de plus pour l'évolution des dépenses de VSL.

(94) Statistiques mensuelles, montants remboursés, date de soins avec liquidation à fin mai 2015, régime général hors sections locales mutualistes, corrigé des variations saisonnières et des jours ouvrés.

► TABLEAU 36
Évolution du nombre de patients transportés selon le mode de transport

	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014 ^(a) /2013 ^(a)
Ambulance	1,4 %	1,6 %	1,5 %	1,3 %
Vsl	- 2,5 %	- 2,4 %	- 0,8 %	0,7 %
Taxis	4,9 %	3,9 %	2,5 %	2,8 %
Total	1,0 %	0,7 %	0,8 %	1,1 %

(a) Soins réalisés l'année *n* et liquidés au plus tard 3 mois après la fin de l'année

Remarque : il s'agit des patients qui ont été transportés au moins une fois dans l'année (le même patient peut utiliser plusieurs modes de transport au cours d'une année).

Champ : soins réalisés l'année *n* et liquidés au plus tard 6 mois après la fin de l'année, tous régimes – France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

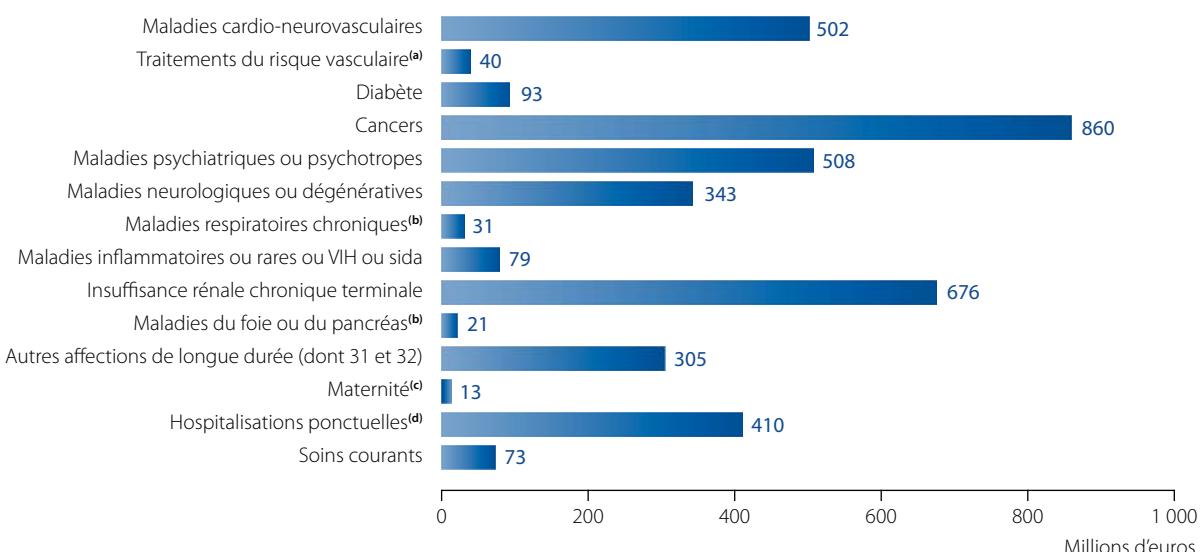
5.2.2 / Des transports pour quels patients ?

La répartition des dépenses de transport en fonction des pathologies des patients montre que 22 % des dépenses de transport concernent des patients atteints de cancer et 17 % des patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Les pathologies psychiatriques représentent 13 %, comme les pathologies cardio-vasculaires (figure 58).

Une partie importante des dépenses de transport concerne donc des patients ayant recours à des transports itératifs (dialyse, cancer, soins psychiatriques) pour des soins en établissement.

Il est intéressant de noter que les hospitalisations ponctuelles ne représentent que 10 % des dépenses de transport. Cela conduit à relativiser l'argument parfois avancé sur l'impact des restructurations des services de court séjour sur les dépenses de transport.

► FIGURE 58
Répartition des dépenses de transports par pathologie en 2013



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Avec ou sans pathologies

(d) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

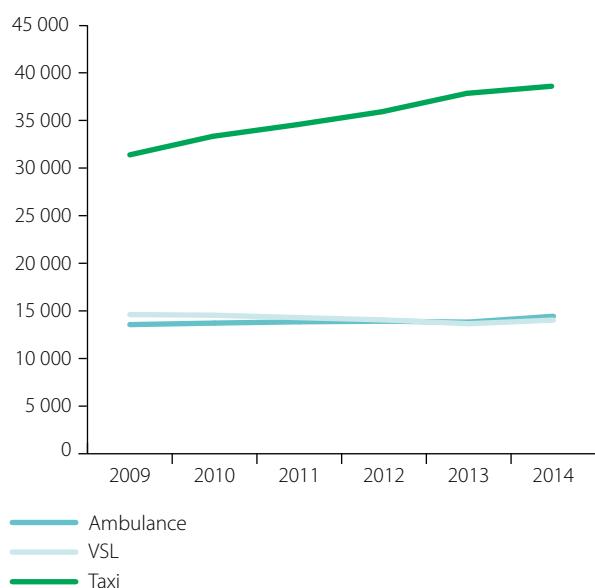
Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)

5.2.3 / Un recours croissant au taxi qui renvoie à des logiques d'optimisation de leur offre par les transporteurs

La part des dépenses de taxis est passée de 34 % en 2010 à 39 % en 2014 alors que celle des VSL est passée de 23 % à 20 %. Les dépenses d'ambulances sont restées stables à environ 39 %.

L'offre de taxis a continué sa progression depuis 2009, avec une évolution annuelle moyenne de +4,3 % du parc de taxis, alors que le nombre de VSL a baissé de 0,8 % en moyenne sur la même période (**figure 59**).

► **FIGURE 59**
Évolution du nombre de véhicules entre 2009 et 2014



*Champ : France entière
Sources : fichier national des professionnels de santé (FNPS) de 2009 à 2012 et référentiel national des transporteurs (RNT) de 2013 à 2014, traitements Cnamts*

Corrélativement, la part du taxi dans le transport assis professionnelisé (TAP), en termes de nombre de véhicules et de dépenses remboursables, n'a cessé de progresser : la part des dépenses de taxis dans le transport assis est passée de 57 % à 66 % entre 2009 et 2014.

Cette évolution contribue à la croissance des dépenses du fait de la différence de tarification des courses de TAP entre les VSL et les taxis ; elle contribue également à l'augmentation de la part des taxis dans les dépenses. En effet, les tarifs applicables aux VSL sont négociés nationalement et sont fixés dans la convention nationale des transporteurs sanitaires privés. Les tarifs des taxis sont fixés par arrêté préfectoral chaque année, et les tarifs applicables

au transport de patients sont négociés localement par les caisses primaires dans chaque département (remises, forfaitisation de certaines courses et encadrement des différentes composantes de la tarification habituellement pratiquées par les taxis dans le département lorsqu'ils réalisent des «courses classiques»).

Même s'il est difficile de comparer les tarifs des VSL et des taxis, du fait de la différence des modes de tarification (au demeurant variables d'un département à l'autre pour les taxis) et de l'absence d'information sur le kilométrage pour ces derniers, une estimation faite sur un échantillon de patients⁹⁵ conduit à estimer que le coût d'un trajet en taxi est en moyenne de 25 % supérieur à celui d'un VSL (cette moyenne résultant d'un coût légèrement inférieur pour les trajets courts, et d'un surcoût d'autant plus important que les trajets sont plus longs).

Les sociétés à double activité, possédant à la fois des taxis et des VSL, peuvent donc optimiser leur chiffre d'affaires en fonction du type de trajet, en privilégiant le mode de transport le plus rentable mais aussi le plus coûteux pour l'Assurance Maladie. De fait, depuis 2009, le montant remboursé par véhicule augmente plus vite pour le taxi (3,9 % par an en moyenne) que pour le VSL (0,9 % par an en moyenne), et le nombre de patients transportés en taxi a, lui, augmenté de 14 % depuis 2010 (*versus* -5,3 % pour les patients transportés en VSL). On observe d'ailleurs, dans certaines régions, qu'une partie importante de la croissance du parc de taxis est le fait d'entreprises spécialisées dans le transport sanitaire, souvent de taille importante, qui ont ainsi diversifié leur flotte de véhicules dans l'objectif d'optimiser le rendement tarifaire des courses en fonction de la distance des trajets.

5.2.4 / Les actions mises en œuvre pour maîtriser les dépenses de transports

Des actions ont été mises en œuvre dans les années récentes pour améliorer la pertinence des prescriptions de transports et maîtriser les dépenses.

Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins entre ARS et établissements

Près des deux tiers des prescriptions de transports (63 %) sont le fait des établissements. C'est pourquoi, depuis 2011, les agences régionales de santé (ARS) et l'Assurance Maladie peuvent conclure des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) avec les établissements dont l'évolution des prescriptions de transports impactant l'enveloppe des soins de ville excède un taux d'évolution fixé annuellement. D'une durée de trois ans, ces contrats fixent aux établissements signataires un objectif de dépenses de transport pour chaque année, avec versement d'un intérressement en cas d'atteinte des objectifs et versement à la charge de l'établissement dans le cas contraire.

(95) Patients dialysés prenant alternativement des VSL et des taxis, pour lesquels on peut penser que les trajets sont comparables.

En 2014, 172 établissements publics ont un contrat en cours, soit 30 % des établissements éligibles. Néanmoins, le mouvement de signature s'essouffle (213 signataires en 2013). Une nouvelle dynamique a donc été lancée en 2015, avec :

- un élargissement des critères de sélection des établissements (le critère de taux d'évolution a été complété par un critère de montant minimal de prescription de transport);
- une amélioration des outils de ciblage grâce à la création de profils affinés en fonction du type d'activité de l'établissement (dialyse, MCO...). Les profils sur la dialyse permettent de prendre en compte, pour les établissements privés, les prescriptions réalisées par l'établissement de dialyse lui-même, mais aussi par les néphrologues libéraux. L'indicateur du nombre de transports en ambulance permet de cibler les établissements qui ont un recours à l'ambulance élevé⁹⁶;
- l'intégration d'un plan d'actions modulables dans le modèle de contrat-type.

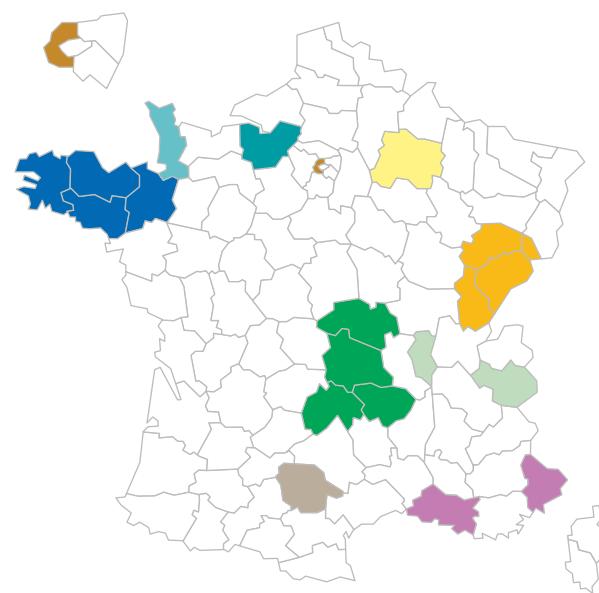
Une expérimentation de «carte de transport assis» pour les patients transportés pour dialyse

Cette expérimentation de l'Assurance Maladie, proposée par le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2014, vise à améliorer la pertinence du mode de transport choisi dans des situations de transports itératifs telles que celle des patients dialysés plusieurs fois par semaine. Elle a été mise en place sur la base du constat d'une très forte hétérogénéité de la part des transports en ambulance selon les départements, hétérogénéité qui ne peut pas s'expliquer par la seule lourdeur de l'état de santé des patients⁹⁷ et qui illustre bien le rôle joué par la structuration de l'offre sur ces choix, qui devraient pourtant être dictés uniquement par des considérations médicales. Rappelons qu'en 2012, 30 % des patients dialysés dans les Bouches-du-Rhône circulaient exclusivement en ambulance, 37 % à Paris, 39 % dans le Val-de-Marne, alors qu'à l'inverse ils étaient moins de 5 % dans 17 départements, et 0 % en Lozère ou dans les Hautes-Alpes.

Il a donc été proposé de tester une «carte de transport» pour les patients ayant besoin de transports répétitifs. Le principe est le suivant : le prescripteur établit une prescription simplifiée de transport assis professionnelisé (TAP), sans nécessité de renouvellement. Le service médical délivre au patient une carte de transport assis de même durée. Si l'évolution de l'état de santé du patient le justifie, le praticien établit une prescription médicale de transport en ambulance.

Cette expérimentation a été lancée dans une vingtaine de départements (**figure 60**) et le déploiement a commencé en novembre 2014 pour les premiers d'entre eux (**figure 61**), mais le recul n'est pas encore suffisant pour pouvoir en tirer des conclusions sur l'impact de ce dispositif sur la pertinence du mode de transport utilisé. Le bilan, qui sera consolidé au second semestre, permettra de l'améliorer le cas échéant à partir d'une année de fonctionnement.

► FIGURE 60
Départements expérimentateurs de la carte de transport assis

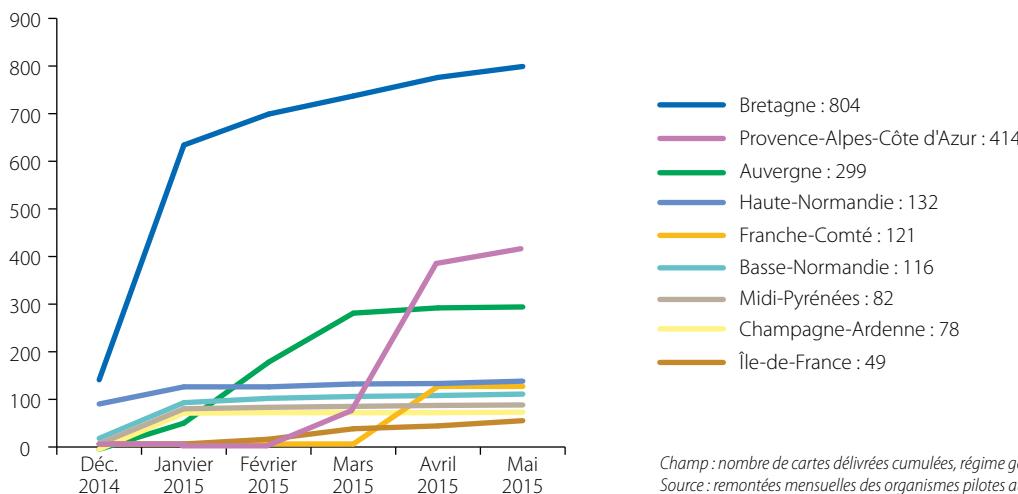


Source : remontées mensuelles des organismes pilotes au ministère de la Santé

(96) Cet indicateur tient compte de l'âge des patients, qui peut expliquer des niveaux de besoins différents.

(97) On observe d'ailleurs qu'il n'y a pas de corrélation entre la part des ambulances dans le parc de véhicules et la part des plus de 75 ans (dont on sait qu'ils recourent plus à l'ambulance en moyenne) parmi les patients dialysés.

► FIGURE 61

Montée en charge des délivrances de cartes de transport assis par région**L'organisation des plateformes de gestion des transports**

Pour améliorer la gestion des sorties d'établissements de santé et la commande de transports, des plateformes ont été mises en place sous diverses formes, certaines étant gérées par les établissements de santé mais aussi parfois par les entreprises de transport elles-mêmes. La plateforme de régulation des transports est un mode d'organisation permettant l'élaboration des prescriptions médicales de transports, leur transmission à un poste de régulation de transports informatisé faisant appel à l'ensemble de l'offre disponible, et doit garantir l'adéquation entre la prescription de transport rédigée en amont du transport et le transport réalisé.

Le bilan économique de ces plateformes gérées par les transporteurs est parfois mitigé. Dans une région, une plateforme ambulancière mise en place en 2014 a certes permis de réduire les carences ambulancières, mais sans conduire à une maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie au titre des transports en ambulance (+4,8 %), avec une croissance globale des dépenses de transport de 5,2 % en 2014 (contre 3,4 % au niveau national). Dans une autre région, l'Assurance Maladie a analysé l'évolution des dépenses de transport de six établissements de santé utilisant un dispositif de gestion de la commande de transport conçu par des transporteurs sanitaires : les six établissements étudiés ont vu leurs dépenses de transport augmenter, et plus spécifiquement les dépenses d'ambulances. Les plus fortes progressions de dépenses concernent des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui ont respectivement augmenté de 32 % et 39 % les montants

prescrits d'ambulance, avec une part de montants de transports en ambulance élevée de 89 % et 73 %.

À l'inverse, des plateformes mises en place dans le Nord par la Cram avec des établissements de santé ont produit des résultats intéressants. Une plateforme a ainsi été mise en place à partir de novembre 2013 au centre hospitalier de Roubaix par la Cram (deux agents), avec un logiciel de gestion des demandes de transport adossé au logiciel interne de gestion des lits de l'établissement⁹⁸. Cette plateforme a permis une diminution significative de la part des transports en ambulance générant, pour chaque demande traitée, une économie liée au changement de mode de transport de 11,5 euros en moyenne par transport.

Les plateformes de commande de transport présentent ainsi plusieurs avantages :

- pour l'établissement de santé, elles simplifient la commande du transport en centralisant l'ensemble en un point d'entrée unique et peuvent améliorer l'organisation interne de l'hôpital en fluidifiant l'organisation des sorties ; par ailleurs, elles recentrent les soignants sur leur cœur de métier ;
- pour l'ARS et l'Assurance Maladie, ce dispositif doit permettre de renforcer la pertinence de la commande de transport, favoriser le transport assis lorsqu'il correspond aux besoins du patient et faciliter l'organisation du transport partagé notamment. L'Assurance Maladie ne peut cependant développer dans toutes les Cram cette mise à disposition de ses agents pour gérer ces plateformes et d'autres modes opératoires doivent pouvoir être mis en œuvre avec les mêmes résultats.

(98) La plateforme fonctionne du lundi au vendredi de 8 heures à 17 heures et le samedi matin de 8 heures à 12 heures. Une équipe de trois ou quatre permanenciers formés peuvent se relayer pour assurer les plages horaires pour un temps équivalent à 1,3 ETP et pour 1 200 lits en MCO.

Propositions

pour améliorer la pertinence des transports de malades

Proposition 21

Mettre à disposition un cahier des charges national d'organisation d'une plateforme d'appel des transporteurs

Il apparaît utile de développer le dispositif de plateforme de commande de transport, éventuellement commune à plusieurs établissements de santé, en renforçant la maîtrise publique et la prise en compte des objectifs de régulation des dépenses d'assurance maladie.

Un cahier des charges fixant les principes à respecter par ces plateformes avec les indicateurs de suivi et de résultat à atteindre pourrait être établi, ce qui permettrait de développer ces dispositifs gérés selon plusieurs modalités (par l'établissement de santé, avec l'appui d'une Cram, par un tiers...) en fixant un certain nombre de garanties pour la maîtrise de ces dépenses et leur pertinence.

Des garanties doivent être apportées au patient en termes de qualité de service (ponctualité, suivi des éventuels incidents...) et également sur la neutralité de la plateforme par rapport aux différents transporteurs pour qu'il n'y ait pas de concurrence faussée entre ces acteurs (des chartes « tour de rôle » ont ainsi été mises en place dans certains établissements).

Proposition 22

Déployer la carte de transport assis après évaluation de l'expérimentation

Le bilan de l'expérimentation lancée dans une vingtaine de départements depuis la fin 2014 permettra de vérifier la pertinence de ce dispositif et d'ajuster ses conditions de fonctionnement en fonction de l'expérience acquise.

Sur la base de cette évaluation, il pourra être déployé en 2016. Une base juridique sera nécessaire pour qu'il soit opposable aux transporteurs.

Proposition 23

Aligner les tarifs des taxis sur les VSL pour les entreprises spécialisées dans le transport sanitaire qui ont une flotte de véhicules diversifiée

Du fait des différences de modalités de tarification entre véhicules sanitaires légers (VSL) et taxis, les entreprises de transport sanitaire de grande taille ont diversifié leur flotte de véhicules en y incorporant des taxis. Elles peuvent ainsi optimiser leurs marges en cas de prescription d'un transport assis, par le choix de l'un ou l'autre des véhicules selon le type de transport.

Il serait logique, pour les entreprises de transport sanitaire ayant les deux modes de transport assis, que l'Assurance Maladie paye le même tarif pour une prestation achetée qui est comparable.

Proposition 24

Expérimenter une enveloppe de transports pour les établissements

Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) sont un outil de maîtrise de la prescription des établissements, qui représentent près des deux tiers des prescriptions de transports.

Pour accroître l'efficacité de ces contrats, ils ont été améliorés en 2015 (ciblage, profils de prescription, choix des indicateurs, plans d'actions personnalisés intégrés dans les objectifs de l'établissement).

Si cette nouvelle dynamique venait à être jugée insuffisante, l'option d'une responsabilisation financière plus directe devrait être envisagée. Toutes les analyses prouvent en effet qu'il y a des marges d'optimisation dans ce poste de dépenses, mais aujourd'hui les établissements sont globalement peu incités à les mobiliser.

● **Économie attendue** de l'ensemble des mesures sur les transports : 550 millions d'euros cumulés sur trois ans.

5.3 Les dépenses d'arrêts de travail et leur évolution

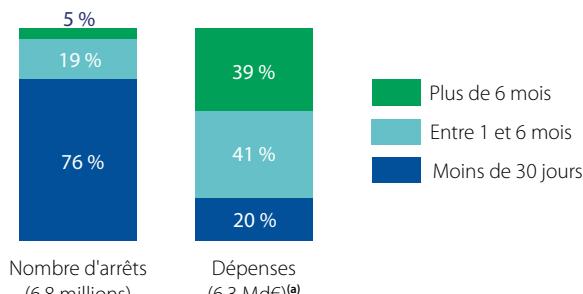
Le régime général a versé en 2014 près de 12 milliards d'euros d'indemnités journalières (IJ), dont 9,3 milliards d'euros pour la maladie et les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). 4,7 millions de personnes ont eu un arrêt de travail pour maladie en 2013⁹⁹ (pour 6,8 millions d'arrêts et 204 millions d'IJ indemnisées hors délais de carence) ; 0,9 million de personnes ont eu un arrêt de travail au titre du risque AT-MP (soit 1 million d'arrêts et 55 millions d'IJ indemnisées).

Beaucoup d'éléments sont connus sur les IJ, sans pour autant que les évolutions de ce poste, qui a connu des inflexions marquées à la hausse et à la baisse sur les quinze dernières années, soient totalement expliquées.

5.3.1 / Une connaissance des arrêts de travail de plus en plus précise

On sait par exemple que, si la durée moyenne¹⁰⁰ d'un arrêt maladie est de trente-deux jours, cette moyenne agrège des situations très hétérogènes : l'essentiel des arrêts est de courte durée (47 % ont moins de huit jours indemnisés, 76 % moins de trente jours). À l'opposé, seulement 5 % des arrêts durent plus de six mois : mais ils totalisent 40 % des dépenses totales, soit 2,5 milliards d'euros, alors que les arrêts de moins de trente jours ne représentent que 20 % (figure 62).

► FIGURE 62
Répartition des arrêts et des dépenses en fonction de la durée de l'arrêt, en 2013



(a) La répartition est identique en nombre de journées indemnisées (204 millions).

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

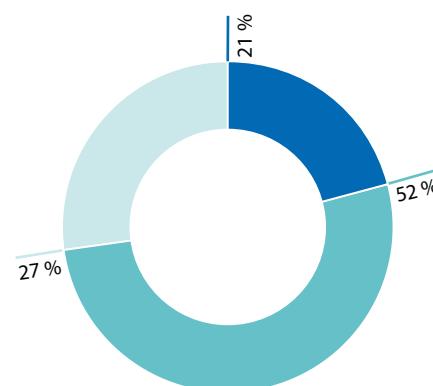
(99) Un recul de quelques mois étant nécessaire pour tenir compte des délais de liquidation, l'année 2014 n'est pas disponible en totalité. C'est pourquoi l'analyse des évolutions 2013-2014 présentée plus loin a été réalisée sur les dix premiers mois uniquement.

(100) Il s'agit ici de la durée moyenne des arrêts terminés en 2013, ce qui permet d'avoir une vision exacte de la durée. La durée totale n'est en effet pas connue, par construction, pour les arrêts toujours en cours à la fin de l'année. Les arrêts sont chaînés sur plusieurs années si nécessaire, et il s'agit bien de la durée reconstituée depuis le début de l'arrêt, même s'il se situe dans une année antérieure (les arrêts pouvant durer jusqu'à trois ans).

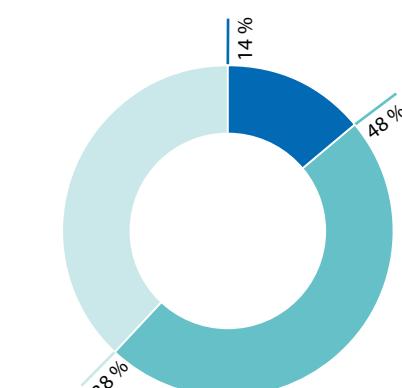
On sait également que la durée des arrêts et le nombre d'IJ augmentent avec l'âge. Ainsi, les plus de 50 ans représentent 26 % des arrêts, mais 38 % des IJ versées (figure 63).

► FIGURE 63
Répartition des arrêts et des journées par tranche d'âge (totalité des arrêts et indemnités journalières en 2013)

Répartition des arrêts



Répartition des journées



● Moins de 30 ans
● 30 à 50 ans
● 50 ans et plus

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

Une autre information disponible depuis peu dans le système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) concerne l'entreprise du salarié, ce qui permet de cartographier les IJ par secteur d'activité (**figure 64**).

Les motifs des arrêts ne sont en revanche connus dans les bases de données de l'Assurance Maladie que pour les arrêts de plus de six mois¹⁰¹ (soit 40 % des IJ). Les pathologies ostéo-articulaires et les troubles mentaux représentent à eux seuls 56 % des IJ pour ces arrêts longs, les tumeurs 14 % et les traumatismes 9 %.

En l'absence d'une information exhaustive sur les motifs d'arrêt, la cartographie des maladies et traitements utilisée pour l'analyse médicalisée de l'Ondam permet malgré tout de caractériser les bénéficiaires d'IJ en fonction de leurs pathologies et des événements de santé.

5.3.2 / L'analyse du poste « indemnités journalières » à partir de la cartographie

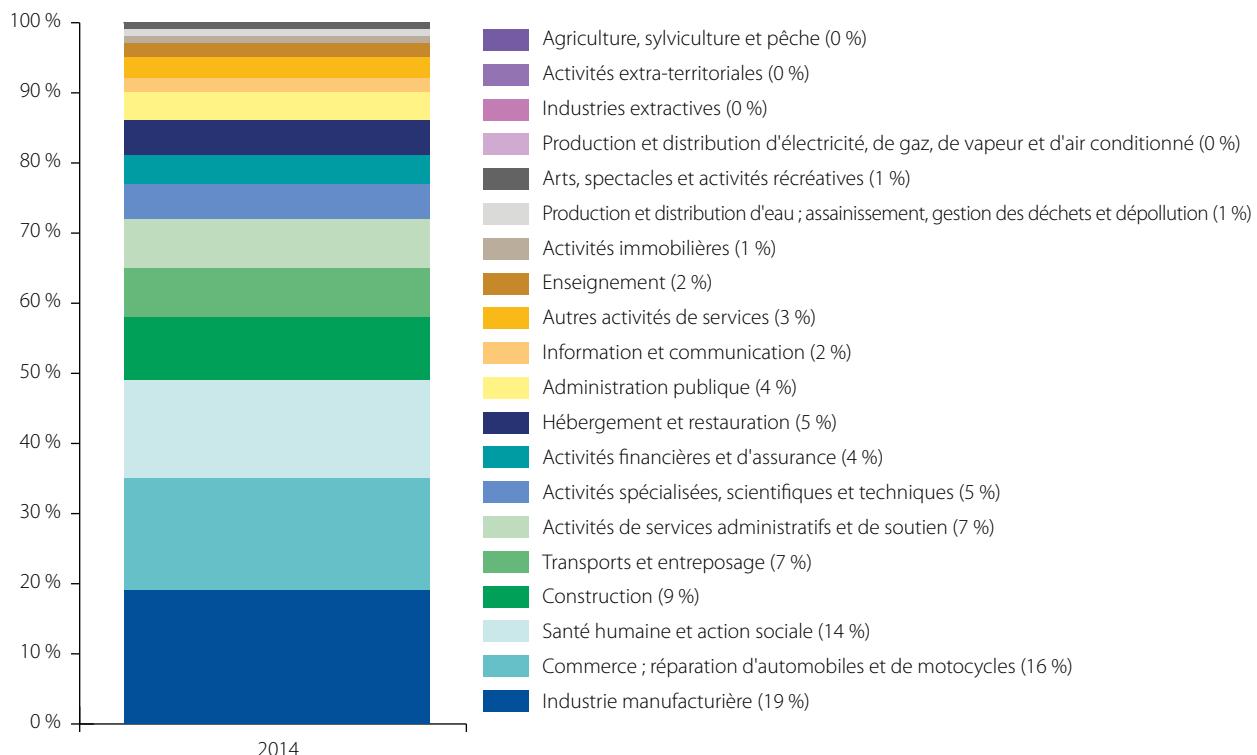
La cartographie développée par la Cnamts permet de connaître :

- la répartition des dépenses d'IJ maladie/AT-MP entre les différents groupes (pathologies, traitements ou épisodes de soins¹⁰²) ;
- mais aussi le poids des IJ maladie/AT-MP dans le total des dépenses remboursées affectées aux pathologies, traitements, épisodes de soins considérés (**figure 65**).

En 2013, 58 % des dépenses du poste IJ maladie/AT-MP renvoient à des épisodes de soins ponctuels, hospitalisations ponctuelles¹⁰³ (28 %) ou maternité¹⁰⁴ (5 %), ou à des soins courants (22 %).

► FIGURE 64

Montants d'indemnités journalières versés en fonction du secteur d'activité



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

(101) Ils sont codés par les médecins-conseil et centralisés dans le Sniiram pour les arrêts maladie d'une durée supérieure à 180 jours.

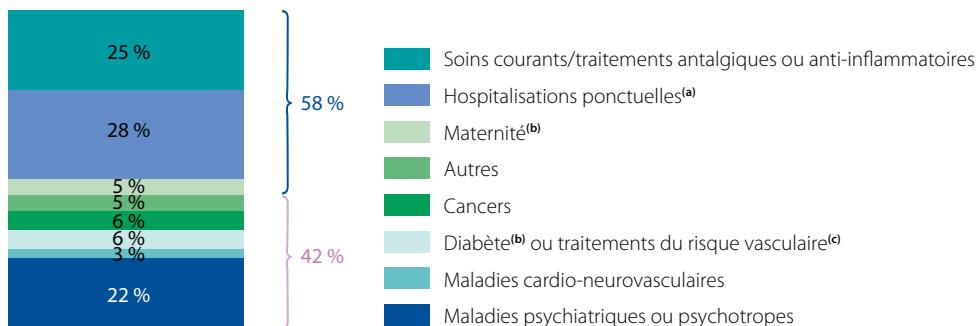
(102) Selon la méthode d'affectation des dépenses, cf. annexe 4 pour plus de précisions.

(103) Hospitalisations sans lien avec les pathologies chroniques repérées ni avec la maternité.

(104) Il s'agit ici des dépenses relatives aux indemnités journalières versées au titre du risque maladie/AT-MP et non de celles versées au titre du risque maternité, ces dernières étant incluses dans les dépenses IJ maternité.

► FIGURE 65

Répartition des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP entre les différents groupes de population en 2013



(a) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(b) Avec ou sans pathologies

(c) Hors pathologies

*Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)*

Environ 42 % des dépenses concernent des pathologies avec des diagnostics ou des traitements chroniques spécifiques. Parmi ceux-ci, on retrouve le poids important des pathologies en lien avec la santé mentale, qui représentent 22 % des dépenses d'IJ maladie/AT-MP, et dans une moindre mesure le poids des cancers (6 %), du diabète (6 %) et des maladies cardio-vasculaires (3 %).

Parmi les 2,2 milliards d'euros affectés aux pathologies en lien avec la santé mentale (**figure 66**) :

- 30 % des dépenses concernent des personnes avec une maladie psychiatrique, en particulier les troubles névrotiques de l'humeur (21 %) et dans une moindre mesure les troubles psychotiques, la déficience mentale, les troubles addictifs et les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance (6 %);
- 70 % concernent des personnes qui n'ont eu que des traitements en lien avec la santé mentale¹⁰⁵ : traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (35 %), traitements anxiolytiques (24 %) ou traitements neuroleptiques et hypnotiques (11 %).

Le poids des IJ maladie/AT-MP dans le total des dépenses est très variable selon les groupes de population considérés (**figure 67**).

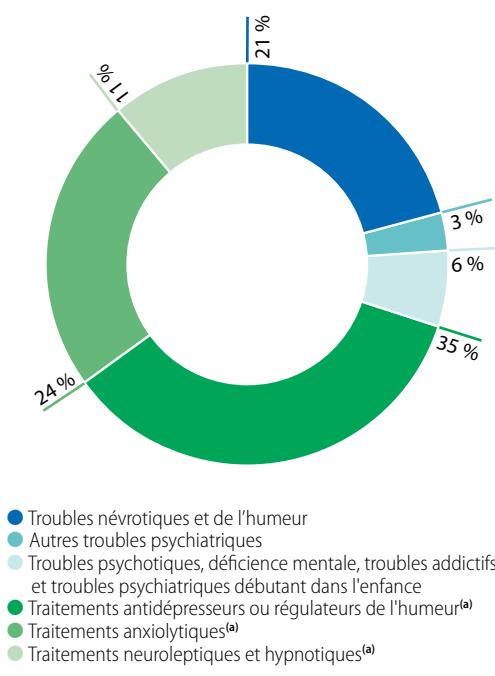
C'est pour les personnes traitées par antalgiques ou anti-inflammatoires de façon chronique¹⁰⁶, et pour celles traitées par psychotropes et pour les soins courants que le poids des IJ maladie/AT-MP est le plus important : 29 %, 22 % et 17 % respectivement. En toute logique, on retrouve un poids plus faible des IJ maladie/AT-MP dans les dépenses pour les pathologies qui concernent des populations plus âgées comme les maladies cardio-neurovasculaires (2 %) mais surtout le diabète et l'insuffisance rénale chronique terminale (< 0,5 %).

(105) Sans aucune pathologie psychiatrique avec un diagnostic identifiable à partir des informations présentes dans les bases.

(106) Il s'agit là des personnes qui n'ont pas d'autre pathologie chronique, ni hospitalisation ponctuelle ou de maternité dans l'année. Leur consommation de soins totale est faible.

► FIGURE 66

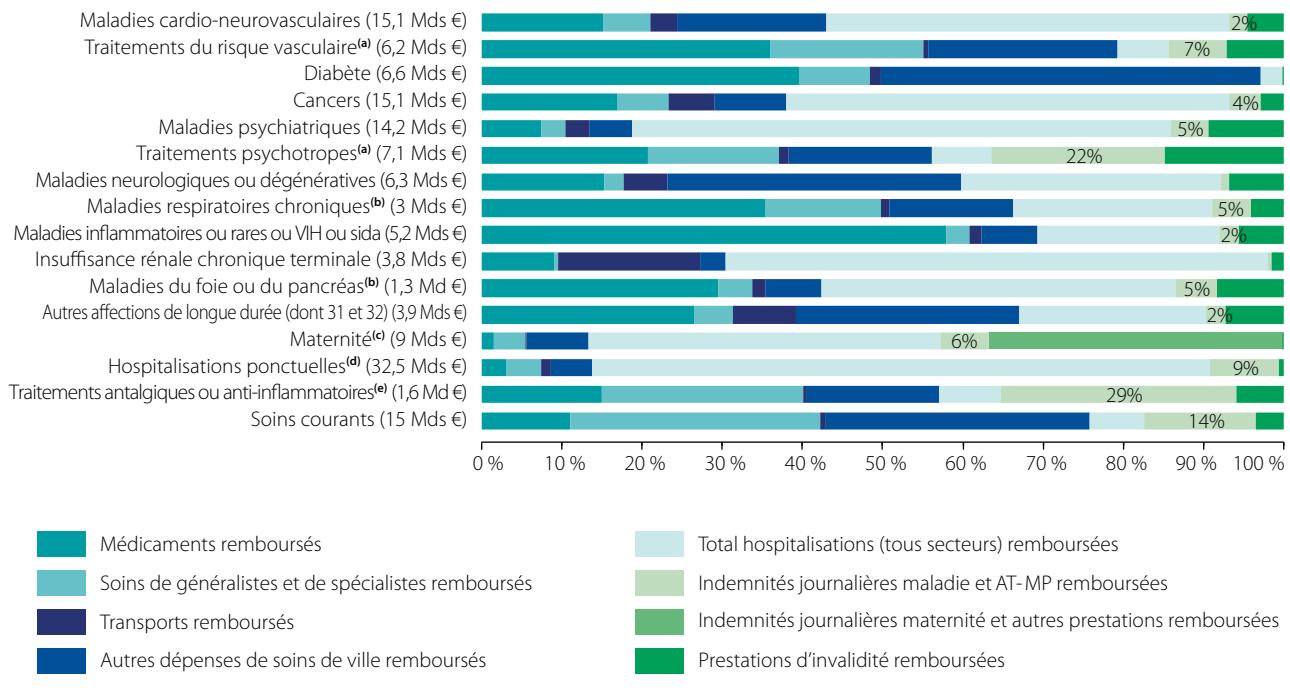
Répartition des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP en lien avec la santé mentale en 2013



(a) Hors pathologies

*Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)*

► FIGURE 67

Poids des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP dans le total des dépenses affectées aux différents groupes de population en 2013


(a) Hors pathologies
 (b) Hors mucoviscidose
 (c) Avec ou sans pathologies
 (d) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
 (e) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnamts (cartographie 2013)

5.3.3 / Des évolutions fluctuantes de ce poste de dépenses, partiellement expliquées par les déterminants connus

Le volume des indemnités journalières (IJ) a connu des évolutions très contrastées au cours des quinze dernières années, avec une succession de périodes de hausse et de baisse. Les IJ maladie et les IJ AT-MP évoluent en général dans le même sens, avec une évolution plus marquée des IJ maladie (**figure 68**).

Des travaux sur les déterminants de l'évolution des IJ ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs explicatifs :

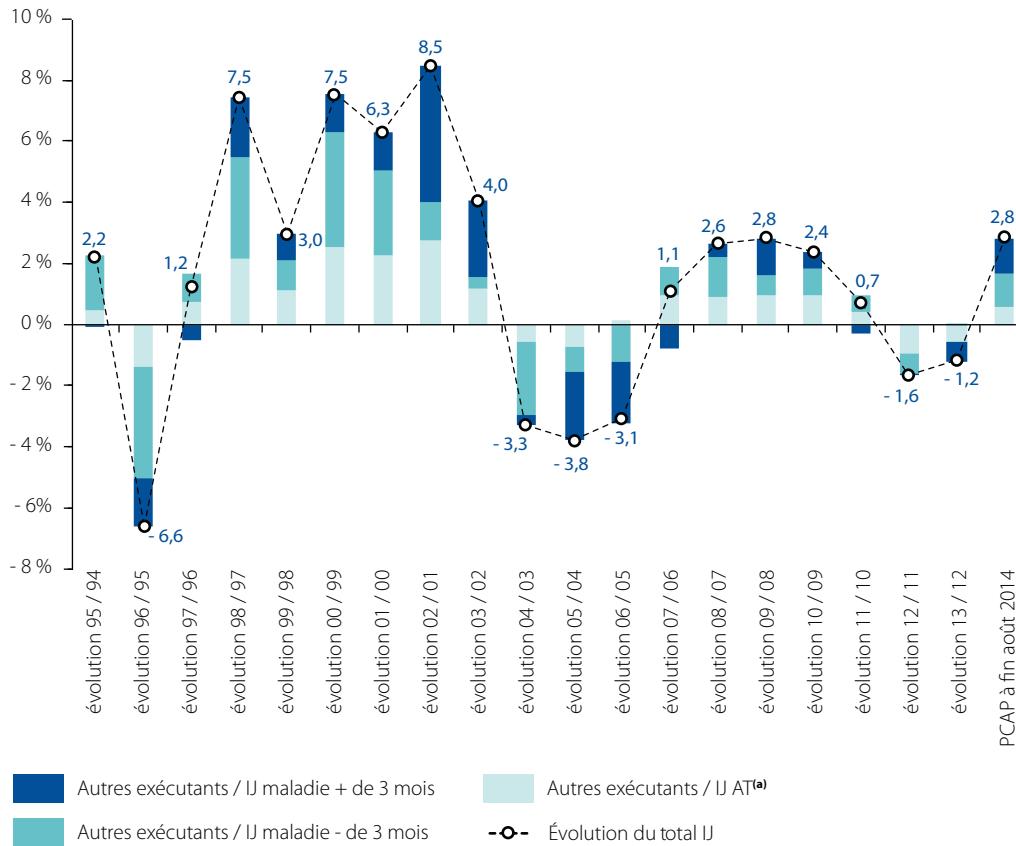
- certains relèvent du contexte économique, comme l'évolution de la population en emploi; la structure d'âge des actifs a également un impact, car, comme on l'a vu, la durée des arrêts augmente avec l'âge, en lien avec la prévalence des maladies chroniques. De ce point de vue, les changements démographiques généraux (baby-boom), mais aussi les réformes des droits à pension peuvent avoir un impact mécanique sur les IJ;

- d'autres relèvent plutôt d'évolutions sanitaires. Pour les arrêts longs liés à des pathologies chroniques, ces évolutions sont lentes et ne peuvent expliquer des retournements conjoncturels. En revanche, les phénomènes épidémiques, plus ou moins accentués selon les années, ont un impact sur les arrêts courts, même si cet impact sur l'ensemble du poste reste limité;
- à ces facteurs exogènes vient s'ajouter l'impact des actions de maîtrise, qui peuvent porter sur les volumes (contrôles des prescripteurs, des assurés...) mais aussi sur les prix, via des réformes des règles d'indemnisation, et qui peuvent expliquer certaines inflexions (par exemple l'intensification des contrôles à partir de 2004).

Néanmoins, même si certaines d'inflexions ou ruptures dans les tendances d'évolution peuvent être expliquées par l'ensemble des facteurs précités, l'ampleur des variations annuelles ne l'est pas toujours. Par exemple, la baisse de 2012 n'a pas été totalement expliquée, et à l'inverse le rebond constaté en 2014, qui contraste avec les années précédentes, n'avait pas été anticipé.

► FIGURE 68

Évolution des indemnités journalières (IJ) et contribution des indemnités journalières maladie et AT-MP (en volume corrigé des variations saisonnières et des jours ouvrés)



(a) AT : accident du travail

Champ : en date de soins, régime général - France métropolitaine
Source : Cnamts

5.3.4 / L'évolution du poste « indemnités journalières » en 2014

Ce rebond (les dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP ont augmenté de 4,5 % en 2014, sous l'effet notamment d'une croissance de 3,4 % du nombre d'IJ, comme l'indique la figure 69), ne peut s'expliquer facilement dans un contexte d'absence d'amélioration des indicateurs économiques (emploi, taux de chômage), d'absence d'épisode épidémique et de stabilité de l'intensité des contrôles.

Les analyses qui ont pu être menées permettent cependant de dégager quelques caractéristiques de cette évolution.

– En première approche, on peut avoir l'impression que l'évolution des IJ est uniquement due à un allongement des arrêts :

si l'on compare les arrêts terminés en 2013 et 2014¹⁰⁷, il y a moins de bénéficiaires arrêtés (-2,7 %) et moins d'arrêts indemnisés (-2,2 %) en 2014 qu'en 2013, alors que le nombre moyen de jours indemnisés par arrêts s'accroît de 5,1 %. Mais l'intensité des épidémies de grippe, on l'a vu, influe beaucoup sur le nombre d'arrêts, et 2013 a été une année de forte épidémie. Si l'on rai-sonne en neutralisant les écarts de niveaux épidémiques, qui conduisent mécaniquement à une baisse des arrêts par rapport à 2013, l'accroissement des dépenses est surtout lié à une augmentation du nombre de personnes qui ont des arrêts de travail.

– Cette augmentation des bénéficiaires d'arrêts de travail se répartit de manière assez homogène sur les différentes durées d'arrêt, avec une évolution un peu plus soutenue des arrêts de un à trois mois, qui, compte tenu de leur poids dans le total des dépenses, contribuent pour 35 % à la croissance totale. On observe *a contrario* une baisse des arrêts très longs (plus d'un an).

(107) Sur les dix premiers mois.

Trois facteurs d'accroissement des IJ se dégagent :

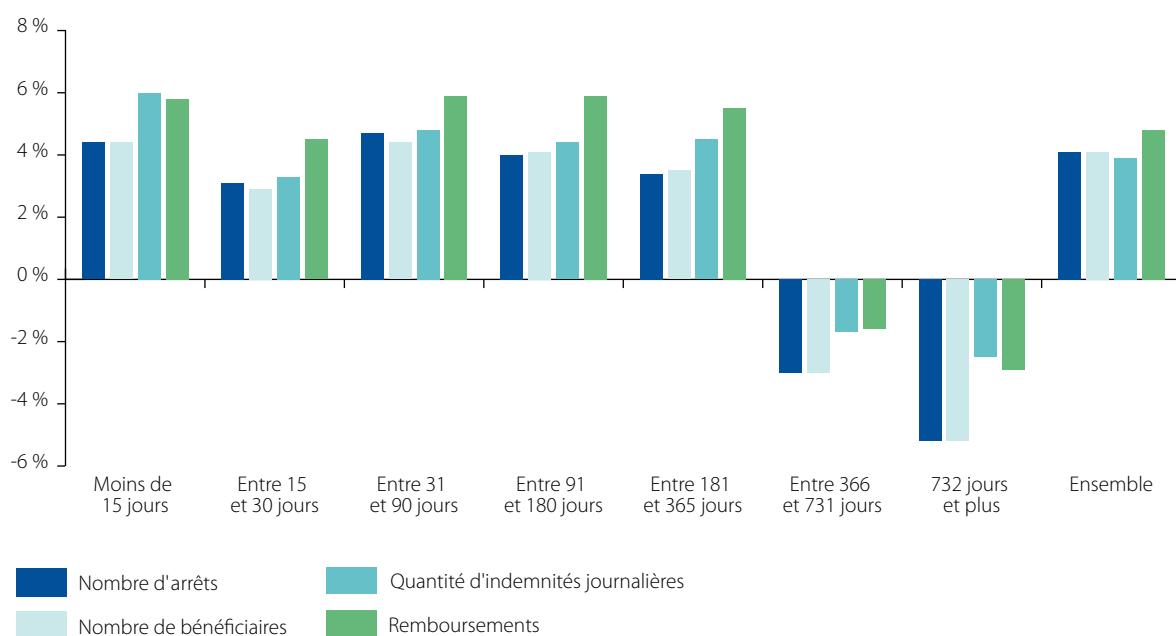
- la forte augmentation des IJ des bénéficiaires de 60 ans et plus : + 11 % (contre + 1,5 % pour la tranche d'âge 55-59 ans)¹⁰⁸. De fait, ils contribuent pour 17 % à la croissance de la dépense, alors qu'ils n'en représentent que 6 %. Cette contribution s'élève même à 44 % de la croissance constatée sur les arrêts de plus de six mois ;
- la forte dynamique du temps partiel thérapeutique (+ 10 % entre les dix premiers mois de 2013 et de 2014). Elle explique 15 % de la croissance des indemnités versées, alors que les IJ à temps partiel thérapeutique ne représentent que 6 % des dépenses totales. L'augmentation du nombre de journées indemnisées est principalement due à une augmentation du nombre de bénéficiaires (+ 6,4 %), qui est particulièrement élevée dans certains départements ;

– Une forte progression des IJ chez les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité, liée en premier lieu à la croissance du nombre de pensionnés.

Il est à noter que la croissance des montants d'IJ et des nombres de bénéficiaires ainsi que les caractéristiques de ces évolutions, telles qu'on vient de les décrire, s'observent dans la plupart des départements, mais avec une amplitude très variable d'un département à l'autre.

► FIGURE 69

Évolution entre 2013 et 2014 du nombre de bénéficiaires, d'arrêts, d'indemnités journalières et des dépenses par durée d'arrêt



*Champ : arrêts terminés, après neutralisation de l'effet grippe, régime général – France entière
Source : Cnamts (Sniiram)*

(108) Données portant sur les arrêts terminés en 2013 et dix premiers mois de 2014. Globalement les indemnités journalières maladie bénéficiant aux plus de 60 ans représentent 7 % des dépenses totales, mais seulement 6 % si l'on considère uniquement les arrêts terminés, du fait d'une importance moindre des arrêts longs au sein des arrêts terminés, où les plus de 60 ans sont surreprésentés.

Propositions

sur les indemnités journalières

Proposition 25

Apporter des outils aux médecins pour la prescription d'arrêts de travail

Un premier enjeu est de soutenir les praticiens dans une démarche de qualité et de pertinence de la prescription. Les prescripteurs, et notamment les généralistes qui prescrivent l'essentiel des arrêts de travail, peuvent en effet se sentir démunis dans certains contextes, ont peu de référentiels et ne connaissent pas toujours les dispositifs existants.

Les actions proposées consistent en :

- l'élaboration et la diffusion de recommandations pour les pathologies chroniques. Les recommandations élaborées jusqu'à présent concernent pour l'essentiel des arrêts de durée limitée (post-intervention chirurgicale par exemple). Or la difficulté est plus grande encore dans le cas des arrêts longs, avec un risque de chronicisation qu'aujourd'hui le médecin traitant et l'Assurance Maladie arrivent difficilement à contenir. C'est pourquoi la démarche des fiches-repères est élargie, en collaboration avec la Haute Autorité de santé (HAS), à la production de recommandations sur les pathologies chroniques les plus génératrices d'arrêts de travail. Les premières devraient être prêtes à la fin de l'année 2015 (lombalgie), et le travail se poursuivra en 2016 (dépression, maladies respiratoires chroniques...);
- une démarche d'accompagnement des médecins traitants avec des entretiens confraternels renouvelés dans leur contenu afin de mieux informer les médecins sur leur pratique tout en prenant mieux en compte les éventuelles spécificités de leur patientèle (affection de longue durée, contexte socio-économique);
- un appui par un agent du service médical qui peut faciliter les liaisons nécessaires entre les différents intervenants en vue du retour à l'emploi (médecine du travail, service social);
- un renforcement des initiatives prises pour prévenir la désinsertion professionnelle (expérimentation de la fonction d'«agent facilitateur» au sein du service du contrôle médical).

Proposition 26

Faire évoluer les processus de gestion et de contrôle des arrêts de travail pour une meilleure efficience

Depuis 2007, tous les arrêts qui dépassent quarante-cinq jours doivent être contrôlés avant le cent vingtième jour, dont 35 % avec convocation et examen de l'assuré.

Grâce au développement des systèmes d'information, il est aujourd'hui possible de différencier les situations de santé des assurés en arrêt de travail de façon à réaliser le contrôle au moment pertinent : certains arrêts sont à contrôler à quarante-cinq jours, d'autres à une date ultérieure, éventuellement d'autres plus précocement. Une nouvelle modalité de contrôle a été conçue pour gérer ces priorités et sera déployée dans les échelons médicaux, permettant une plus grande homogénéité des pratiques, une plus grande pertinence médicale de l'effort de contrôle, qui restera à échéance de quarante-cinq jours pour les situations pertinentes mais pourra être renforcé sur des arrêts plus longs.

Proposition 27

Évaluer des actions pilotes menées en direction des entreprises en vue de leur diffusion éventuelle

Des actions de maîtrise médicalisée en direction des entreprises ont été menées en 2010 et 2011 pour sensibiliser celles apparaissant comme atypiques en matière d'arrêts de travail. Elles n'ont pas été poursuivies au plan national, mais certaines caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) ont prolongé ou relancé des actions dans ce domaine.

Une attention particulière est portée notamment à la démarche menée par la Cpam de la Manche, qui a lancé une politique partenariale spécifique en direction des entreprises avec pour objectifs de renforcer les leviers de maîtrise des indemnités journalières, de communiquer auprès des assurés au sein de leur entreprise et d'accélérer la dématérialisation des échanges. Les premiers résultats de cette initiative apparaissent encourageants, et, dans l'hypothèse où ce bilan favorable se confirmerait, une généralisation de cette action locale est envisagée.

- ➊ Économie attendue par la meilleure prescription d'arrêts de travail et l'amélioration du suivi pour prévenir la désinsertion professionnelle : 300 millions d'euros sur trois ans.

CHAPITRE

6

Favoriser le virage ambulatoire

Recenter l'hôpital sur son cœur de métier, c'est-à-dire les soins aigus nécessitant des plateaux techniques lourds, en raccourcissant les séjours, en offrant, après la prise en charge hospitalière, les services au patient au plus près de son milieu de vie, fait partie des évolutions jugées souhaitables dans tous les systèmes de santé : elle répond à une attente de la population d'être soignée le plus possible à domicile, tout en générant des économies par l'utilisation au plus juste des plateaux techniques hospitaliers et des structures en aval de la phase aiguë.

Ce « virage ambulatoire », selon l'expression consacrée, est déjà en marche. Il se traduit par des choix dans la répartition des ressources au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), l'évolution de l'enveloppe consacrée aux soins de ville ayant vocation à progresser plus rapidement que celle des dépenses hospitalières.

Cette nécessaire adaptation de notre système de soins connaît cependant des freins encore importants. Les professionnels de santé exercent encore, pour une bonne partie d'entre eux, de manière isolée et sans coordination organisée. Il leur est, de ce fait, difficile d'organiser des protocoles de suivi faisant intervenir plusieurs professionnels, de renforcer des éléments d'accompagnement du patient (information, éducation) qui font partie de la prise en charge, d'assurer de manière optimale la gestion du parcours de soins, notamment dans les transitions entre l'hospitalisation et la prise en charge en ville. Cela conduit à recourir à des prises en charges en aval de l'hospitalisation parfois coûteuses par rapport aux besoins du patient, ou à des manques dans le suivi après la sortie que les données disponibles font clairement apparaître.

Cela a amené l'Assurance Maladie à proposer des services de facilitation de cette coordination en sortie d'hospitalisation, avec le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) des patients hospitalisés. Après quelques années d'expérience, il est intéressant de faire un retour sur les réalisations, le bilan et les perspectives de ce programme, qui sera amené à évoluer en fonction des évolutions de l'organisation des soins de ville (partie 6.1).

Le virage ambulatoire se développera d'autant plus qu'il s'appuiera sur la dynamique induite par les évolutions techniques de prise en charge dans les établissements – chirurgie ambulatoire, chimiothérapies orales... –, avec à la clé des restructurations potentielles de l'organisation des soins. De ce point de vue, il serait intéressant de promouvoir en France la démarche de « réhabilitation améliorée après chirurgie » qui s'est diffusée dans d'autres pays : cette approche nouvelle de la prise en charge médicale et de l'organisation en pré-, per- et post-opératoire permet en effet d'améliorer la qualité des soins tout en réduisant les durées d'hospitalisation (partie 6.2).

Enfin, au sein même des établissements hospitaliers, il faut continuer à rechercher des gains d'efficience dans les processus de soins qui permettent de baisser les coûts de revient, de façon à faire face à des besoins qui vont croissants : l'exemple de la chirurgie de la cataracte montre que c'est possible, si l'on prend modèle sur des établissements très efficents (partie 6.3).

6.1 Les programmes de retour à domicile, un levier pour le virage ambulatoire : retour sur cinq années d'expérience et perspectives

6.1.1 / L'histoire du programme

Des programmes destinés à améliorer la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation se sont développés dans de nombreux pays occidentaux, à partir d'un constat commun : dans nos systèmes de santé souvent cloisonnés, l'organisation de cette transition est source de rupture dans la prise en charge ainsi que d'inefficience dans l'utilisation des ressources. Les interventions mises en place dans d'autres pays font intervenir des modalités diverses¹⁰⁹, parmi lesquelles le recours à un

coordonnateur chargé de gérer en amont la sortie du patient et d'organiser le suivi médical et social après son hospitalisation. Sous différentes formes, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Suède et les États-Unis ont déployé des initiatives dans ce sens¹¹⁰.

L'idée du programme d'accompagnement du retour à domicile Prado est née de ce même constat en France. Au fil de son développement, il est apparu qu'organiser cette transition et le suivi en ville après l'hospitalisation était de nature à répondre à plusieurs enjeux :

(109) Cf. par exemple des revues systématiques récentes : Luke O. Hansen *et al.*, « Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization. A Systematic Review », *Annals of Internal Medicine*, oct. 2011, 155(8). Leppin A.L. *et al.*, « Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials », *JAMA Intern Med.*, 2014; 174(7):1095-1107.

(110) Étude réalisée par McKinsey pour le compte de la Cnamts en 2009.

- accompagner et favoriser la réductio des durées de séjour à l'hôpital :

faute d'une organisation sécurisant la prise en charge en aval, les établissements peuvent en effet être amenés à garder les patients plus qu'il ne serait nécessaire si cette prise en charge était assurée. C'est ce qui a amené à proposer, en sortie de maternité, un suivi par des visites de sages-femmes à domicile;

- éviter le recours à des solutions d'aval inutilement coûteuses :

le raccourcissement des hospitalisations peut conduire à recourir, en sortie du court séjour, à des organisations d'aval dont la lourdeur ne se justifie pas toujours (services de soins de suite et de réadaptation – SSR – après certaines interventions chirurgicales, hospitalisation à domicile – HAD – pour le post-partum physiologique...). Les pratiques sont de ce point de vue très hétérogènes (par exemple le taux de recours en SSR varie de 16 à 81 % pour la prothèse de hanche selon les régions en 2011¹¹¹), et pas toujours pertinentes par rapport aux recommandations. Les structures les plus lourdes devraient être réservées aux patients qui en ont réellement besoin et la prise en charge en ville, si elle peut être organisée dans de bonnes conditions pour le patient, est une alternative plus efficiente. C'est dans cet esprit que le programme a été développé en orthopédie;

- prévenir les réhospitalisations et aggravations liées à l'insuffisance de suivi post-hospitalisation :

réduire les réhospitalisations évitables est un objectif dans tous les systèmes de santé, et des initiatives récentes ont été prises dans certains d'entre eux pour inciter les acteurs du système de soins à agir en ce sens¹¹². L'insuffisance de suivi après la sortie de l'hôpital et l'absence d'éducation thérapeutique du patient accroissent les risques de réhospitalisation et de décès pour des pathologies telles que l'insuffisance cardiaque ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). C'est un troisième objectif du Prado que de faciliter, autour du médecin traitant, la mise en place d'un suivi coordonné impliquant les professionnels de ville et/ou hospitaliers, conformément aux recommandations des sociétés savantes et de la Haute Autorité de santé (HAS) : c'est le cas des patients atteints d'insuffisance cardiaque (25 % de réhospitalisations dans l'année après une décompensation cardiaque) ou de BPCO.

6.1.2 / Le fonctionnement en pratique

Le Prado consiste à organiser la sortie du patient après une hospitalisation. En pratique, un conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) rencontre le patient, déclaré éligible par l'équipe médicale hospitalière, pendant son hospitalisation. Il lui propose de le mettre en relation avec son médecin traitant et les professionnels de santé libéraux de son choix, qui le prendront en

charge à son retour à domicile dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe soignante. L'objectif est de proposer aux assurés, en fonction de leur état de santé et de leurs souhaits, les conditions optimales de suivi au moment du retour à domicile après hospitalisation.

Au-delà de la prise en charge sanitaire, pour les volets concernant les personnes âgées ou dépendantes, l'organisation de la prise en charge sociale peut être organisée en lien avec les services sociaux des établissements. Des aides financières peuvent également mobilisées pour participer au financement des aides à la vie quotidienne telles qu'une aide ménagère ou un portage de repas.

6.1.3 / Le déploiement

À ce jour, deux volets sont généralisés, maternité et orthopédie, qui concernent des épisodes de soins ponctuels.

Le premier volet du Prado, ayant pour objectif d'accompagner les femmes après un accouchement, a été expérimenté à partir de 2010 puis déployé sur l'ensemble du territoire. En 2014, plus de 225 000 femmes en ont bénéficié. Le programme est offert dans plus de 400 maternités, y compris aux assurées d'autres régimes, et près de 4 400 sages-femmes libérales ont au moins pris en charge un couple mère/enfant. La publication de recommandations sur les sorties de maternité par la HAS en mars 2014 a permis d'étendre le programme aux césariennes sans complications, et une expérimentation est engagée en 2015 pour l'accompagnement des sorties précoces.

Les interventions de chirurgie orthopédique ont été le deuxième volet expérimenté en 2012, puis généralisé. 7 300 patients ont bénéficié du dispositif en 2014 dans plus de 270 établissements.

À partir de 2013, le programme a été expérimenté pour des patients porteurs de pathologies chroniques et plus âgés :

- d'abord en direction des patients hospitalisés après un épisode de décompensation cardiaque, avec une expérimentation en 2013 dans 6 départements (11 établissements), étendue à 27 nouveaux départements en juillet 2014. Près de 1 500 patients ont été accompagnés depuis le lancement de ce volet. Ce programme mobilise les infirmiers (spécialement formés) et les cardiologues en lien avec le médecin traitant ;
- puis depuis début 2015 pour les patients atteints de BPCO : l'expérimentation dans 11 départements vise, comme pour l'insuffisance cardiaque, à réduire les réhospitalisations, et devrait porter sur un millier de patients en 2015.

Ce changement dans les publics ciblés s'est logiquement accompagné d'une médicalisation de plus en plus importante

(111) Source : PMSI.

(112) Ainsi, aux États-Unis, le Affordable Care Act (ObamaCare) a prévu une disposition de pénalisation des établissements qui ont des taux de réadmission trop élevés. En Angleterre, le principe est de ne pas payer les réadmissions en urgence qui interviennent dans les vingt-huit jours après une hospitalisation programmée.

des parcours post-hospitalisation. Pour ces patients, encore plus que pour la maternité ou la chirurgie orthopédique, il est évident que le médecin traitant doit être le pivot de la prise en charge. Il est d'ailleurs contacté précocement, et le programme s'organise autour de lui et à son service, conformément d'ailleurs aux recommandations de la HAS.

6.1.4 / Éléments d'évaluation de ces programmes

Pour chaque volet, des dispositifs d'évaluation ont été mis en place, qui combinent :

- une analyse du déroulement du programme et de ses résultats immédiats sur le suivi pos-hospitalisation (nombre de contacts avec les professionnels, fréquence, délais...), à partir des données de remboursement disponibles dans le système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) ;
- des enquêtes qualitatives réalisées auprès des patients ou des professionnels de santé ;
- une évaluation d'impact, avec des protocoles précis construits avec les professionnels de santé qui participent à l'élaboration des différents volets¹¹³.

En maternité, on observe :

- que le programme a permis de mettre en œuvre concrètement les recommandations de la HAS, qui prévoit pour les sorties standard (soixante-douze heures à quatre-vingt-seize heures après un accouchement) deux visites de sages-femmes, dont une idéalement dans les deux jours (délai moyen de prise en charge de 1,7 jours contre 4 jours pour le groupe témoin), sans pour autant, contrairement à ce qui était craint, réduire le recours au gynécologue, au généraliste et au pédiatre ;
- qu'en 2013 les adhérentes ont une durée de séjour un peu plus courte que les autres mères éligibles au programme.

En orthopédie, on observe de la même façon une diminution du délai de prise en charge par les professionnels de santé libéraux après la sortie de l'hôpital (pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, 2,5 jours contre 4,5 jours pour le groupe témoin). La durée moyenne de séjour pour prothèse de hanche a enregistré une baisse plus importante dans les établissements où le Prado orthopédie est mis en place (- 3,8 % versus - 2,8 % dans les établissements en France entière). Le taux de recours aux SSR continue de baisser dans les établissements Prado entre 2012 et 2013 (- 2 points), alors qu'il stagne sur l'ensemble des établissements.

Pour les patients insuffisants cardiaques, dans l'attente des résultats de l'évaluation qui sera lancée fin 2015 sur les patients ayant adhéré au programme en 2014, sur la base d'un protocole élaboré avec la Société française de cardiologie, il est possible de relever d'ores et déjà de premières tendances indiquant que, par rapport au groupe témoin¹¹⁴, l'expérimentation aboutit à une amélioration de la prise en charge en post-hospitalisation :

- 73 % ont consulté leur médecin traitant et 85 % ont eu au moins une visite d'infirmière dans la semaine suivant l'hospitalisation (versus 54 % et 56 % en 2012), et 59 % ont consulté leur cardiologue dans les trois mois (versus 31 %) ; la fréquence des contacts avec les autres professionnels est également plus élevée ;

– la prise en charge médicamenteuse s'améliore également, avec une augmentation de la part des patients sous bi- ou trithérapie dans les deux premiers mois (bithérapie : bétabloquants + IEC, 45 % versus 39 % ; trithérapie : diurétiques + bétabloquants + IEC, 43 % versus 38 %).

Ces résultats restent à confirmer avec une volumétrie plus importante pour les patients inclus en 2014 (environ 700).

(113) Par exemple, le protocole d'évaluation sur l'insuffisance cardiaque a été construit avec la Société française de cardiologie, avec qui ont été définis les critères de jugement principaux et secondaires, les critères d'inclusion et d'exclusion, la constitution des groupes témoins... La comparaison entre la population Prado et les groupes témoins est effectuée sur la durée moyenne de séjour pour la maternité, sur le taux de recours au SSR pour l'orthopédie, sur les taux de réhospitalisation et de décès pour l'insuffisance cardiaque.

(114) Patients des mêmes établissements, hospitalisés pour les mêmes causes, sur la même période, en 2012.

► ENCADRÉ 7

Le protocole d'évaluation défini avec la Société française de cardiologie pour l'évaluation du Prado insuffisance cardiaque

Les patients éligibles au programme sont repérés dans le PMSI-MCO (programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique). Ils sont ensuite comparés aux patients ayant réellement participé au Prado afin d'évaluer les effets de cette prise en charge. Les méthodologies retenues sont :

- une analyse avant-après de la population des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque (IC) dans l'ensemble des établissements expérimentateurs ;
- une analyse avant-après / ici-ailleurs des patients hospitalisés

pour insuffisance cardiaque, dont le groupe témoin est constitué par l'ensemble des patients hospitalisés pour décompensation cardiaque dans les établissements n'appartenant pas à l'expérimentation (analyse en intention de traiter).

Le protocole d'évaluation prévoit 3 axes :
– l'axe 1 concerne le déroulement du programme, le respect de ses composantes et les pratiques de prise en charge (consultations avec le médecin traitant, le cardiologue, visites de l'infirmier diplômé d'Etat libéral (Idel), optimisation du traitement

pharmaceutique...);
– l'axe 2 traite des résultats en termes de résultats sur les réhospitalisations (pour insuffisance cardiaque et toutes causes) et les décès ;
– l'axe 3 étudie les facteurs influençant les résultats pour les patients inclus dans le programme (analyse de l'influence des différents facteurs constitutifs du programme – visite médecin traitant, cardiologue, infirmiers – sur les résultats : réhospitalisation pour insuffisance cardiaque et toutes causes, mortalité...).

Cette évaluation sera réalisée chaque année.

Proposition

pour appuyer le virage ambulatoire par les programmes Prado

Proposition 28

_ Développer le programme de retour à domicile Prado pour organiser une coordination ville-hôpital en appui du médecin traitant

Le Prado vient en appui à un mouvement général visant à réduire le recours à l'hospitalisation quand il peut être évité – qu'il s'agisse de la durée du séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou des réhospitalisations évitables – et à utiliser les plateaux techniques lourds à bon escient. Il assure une fonction d'interface qui correspond d'ailleurs à un besoin des patients, si l'on en juge par les taux d'adhésion très élevés des patients à qui le service est proposé.

Les objectifs sont de :

1. Se déployer pour continuer à accompagner et favoriser le virage ambulatoire

Le Prado poursuit deux objectifs complémentaires :
– un objectif d'efficience des parcours de soins dans des épisodes ponctuels (Prado maternité et orthopédie : programmes aujourd'hui généralisés, et qui peuvent être amenés à évoluer pour s'adapter à des besoins spécifiques – sorties précoces pour la maternité, prévention des réhospitalisations pour fractures liées à la fragilité osseuse dans le cas de l'orthopédie);
– un objectif d'amélioration de la coordination en sortie d'hospitalisation pour des patients âgés, atteints de pathologies chroniques, pour lesquels les transitions entre l'hôpital et la ville sont des moments de rupture et de risque.

De ce point de vue, le champ d'intervention du programme doit intégrer les situations pathologiques pour lesquelles on peut montrer que l'amélioration du suivi post-hospitalier serait de nature à éviter des aggravations et des réhospitalisations : insuffisance cardiaque, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), mais aussi prise en charge des plaies chroniques et potentiellement accidents ischémiques transitoires (AIT) ou accidents vasculaires cérébraux (AVC).

La question est souvent posée de la pertinence d'une approche par pathologie pour des populations âgées souvent polypathologiques. C'est d'ailleurs pourquoi, dans le cadre des expérimentations appelées Paerpa (personnes âgées en risque de perte d'autonomie), le Prado est mobilisé dans une approche plus « populationnelle », pour fournir globalement un service de facilitation de la transition ville-hôpital pour les personnes âgées fragiles. Néanmoins, au-delà d'un socle commun, certaines dimensions des protocoles de suivi sont amenées à varier en fonction des problèmes de santé rencontrés par le patient – ne serait-ce par exemple que le contenu de l'éducation thérapeutique. Les deux approches ne sont donc pas contradictoires.

2. S'insérer en complémentarité avec l'existant

Le Prado a vocation à répondre à des besoins qui sont aujourd'hui non couverts, et à s'inscrire en subsidiarité avec les dispositifs existants : là où des organisations existent pour mettre en œuvre un suivi post-hospitalier coordonné de manière efficiente (à l'initiative des établissements, de réseaux de soins...), le programme doit s'adapter pour être au service de ces organisations. L'objectif est de garantir une base de service rendu pour toute la population et de venir en suppléance lorsque ce service n'est pas rendu.

3. Venir en appui aux médecins traitants et aux équipes de soins primaires

Le programme est conçu comme un outil de coordination au service du médecin traitant, qui reste le pivot de la prise en charge du patient.

La mise en place progressive d'équipes de soins primaires plus structurées – par exemple dans le cadre de maisons de santé pluriprofessionnelles ou de pôles de santé – transformera à terme la capacité de la médecine de ville, composée aujourd'hui encore pour une bonne part de professionnels isolés et exerçant de manière cloisonnée, à apporter une réponse organisée et de qualité pour assurer un parcours de soins fluide, sans rupture, reposant sur des interventions coordonnées de professionnels dans le cadre de protocoles de suivi. La place du Prado sera ainsi amenée à évoluer en fonction des besoins.

❶ Économie attendue :

840 millions d'euros cumulés sur trois ans.

6.2 La réhabilitation améliorée en chirurgie, une transformation des pratiques de soins de nature à accélérer le virage ambulatoire

6.2.1 / Une approche nouvelle de la prise en charge médicale et de l'organisation en pré-, per- et post-opératoire

Le concept de réhabilitation améliorée en chirurgie, initié au Danemark dans les années 1990, s'applique à un ensemble de mesures pré-, per- et post-opératoires destinées à réduire les conséquences de l'agression que constitue un acte chirurgical. Ce concept s'appuie sur le suivi strict par l'équipe médicale d'un chemin clinique rigoureux fondé sur les données de la science, sur une implication personnelle du patient et sur une évaluation continue tout au long de la prise en charge.

Cette nouvelle approche constitue une véritable révolution dans l'organisation des soins chirurgicaux. D'abord développée en chirurgie colorectale, elle concerne dorénavant toutes les spécialités et s'adresse à une population de plus en plus large, y compris les personnes âgées ayant des comorbidités. Elle nécessite une équipe multidisciplinaire soudée.

Cette nouvelle organisation consiste à diminuer, à chaque étape de l'intervention (de la préparation à la chirurgie à la sortie et notamment l'anesthésie), tous les facteurs responsables de modifications hormonales, métaboliques et physiologiques qui retentissent sur la convalescence post-opératoire.

Par exemple, l'usage systématique de la sonde nasogastrique dans la chirurgie colorectale aspirant le liquide gastrique ne diminuerait en rien, selon certaines études, la mortalité ni la morbidité, mais serait un facteur favorisant des complications pulmonaires. En matière d'alimentation du malade, la nouvelle organisation consistera à réalimenter avant l'intervention la personne dénutrie, à réduire la période de jeûne préopératoire et à débuter précocement la réalimentation après l'intervention. Enfin, la mobilisation du patient est favorisée : le malade peut aller debout au bloc et est accompagné pour marcher le jour même de l'intervention.

6.2.2 / Une approche en évolution constante avec une baisse des complications médicales et de la durée moyenne de séjour, une meilleure récupération du patient

L'intérêt de la réhabilitation améliorée se situe dans la réduction des complications médicales post-opératoires, la diminution de la durée de séjour, et l'amélioration de la convalescence et de la qualité de vie du patient pour cette intervention.

La Haute Autorité de santé (HAS), saisie par la Cnamts en 2013, a publié une note de cadrage en 2014 pour annoncer la recommandation «Programmes de réhabilitation rapide en chirurgie : état des lieux et perspectives» dont le but est de faire une revue de la littérature, de confirmer ou infirmer l'influence de certains éléments de la prise en charge, de faire partager les modèles et outils pour la mise en place et de confirmer les points clés des programmes, les aspects organisationnels ainsi que des indicateurs d'évaluation (2016).

6.2.3 / Une approche déjà adoptée par de nombreux pays mais un certain retard en France

De nombreux pays ont adopté ce concept depuis longtemps, d'abord dans le traitement chirurgical du cancer colorectal, puis dans d'autres domaines :

- les pays du Nord (Écosse, Pays-Bas, Danemark, Suède et Norvège) l'avaient intégré dans leurs établissements suffisamment tôt pour qu'une étude de 2004¹¹⁵ sur le degré d'application des items du chemin clinique ait pu être menée dans 200 établissements pratiquant la chirurgie du cancer colorectal dans le cadre de la réhabilitation améliorée en chirurgie ;
- les Pays-Bas ont implanté la réhabilitation améliorée dès 2009 dans les services de chirurgie viscérale (pour le cancer du côlon) de 33 établissements représentatifs de son offre hospitalière¹¹⁶ (soit un tiers des établissements du pays). Une étude avant/après implémentation, réalisée en 2009 et publiée en 2013¹¹⁷, montre une diminution de la durée de séjour de neuf à six jours, un retour à l'état fonctionnel en trois jours, et conclut à un succès de la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC) dans ces établissements ;

(115) Lassen K, Hannemann P, Ljungqvist O, Fearon K, Dejong C, von Meyenfeldt M, Hausel J, Nygren J, Andersen J, Revhaug A, on behalf of the Enhanced Recovery After Surgery (Eras) Group, «Patterns in current perioperative practice: survey of colorectal surgeons in five northern European countries», *British Medical Journal*, 2005 Jun 18; 330(7505): 1420-21.

(116) Soit 3 hôpitaux universitaires, 14 hôpitaux faisant de l'enseignement et 16 hôpitaux de proximité.

(117) Gillissen F, Hoff C, Maessen J, Winkens B, Teeuwen J, von Meyenfeldt M, Dejong C, «Structured Synchronous Implementation of an enhanced Recovery program in Elective Colonic Surgery In 33 hospitals in The Netherlands», *World J Surg*, 2013; 37:1082-93.

– l’Australie a publié en 2009 un rapport qui montrait que le protocole était appliqué dans deux établissements en Australie et dans deux établissements de Nouvelle-Zélande, avec les mêmes conclusions¹¹⁸;

– l’hôpital universitaire de Genève¹¹⁹ a présenté en 2011 une étude de suivi d’une cohorte initiée en 2000 sur les personnes âgées prises en charge en réhabilitation améliorée, concluant que les séniors (âge médian de 81 ans) constituaient la population où cette prise en charge présentait le plus de bénéfices en termes de morbidité post-opératoire, de réduction de durée de séjour et de maintien d’autonomie avec un taux élevé de retour à domicile ;

– l’Angleterre disposait en 2012 d’un audit portant sur 24513 patients ayant été opérés avec l’approche RAC entre 2009 et 2012, après un programme expérimental appliqué dans 61 hôpitaux sur trois spécialités chirurgicales : cancer colorectal, orthopédie, gynécologie. La conclusion en était qu’il existe une relation très significative entre l’application stricte de la réhabilitation améliorée et la diminution de la durée du séjour.

Une stratégie volontariste de diffusion de ces pratiques a été menée par le *National Health Service* (NHS), et actuellement presque tous les hôpitaux suivent le protocole désormais admis comme une pratique standard du suivi chirurgical dans quatre domaines : cancer du côlon, orthopédie, gynécologie et urologie.

Pour aller plus loin, le NHS a fixé un *Best Practice Tariff* pour la prothèse totale de hanche et de genou, incluant l’évaluation préopératoire, le séjour et les soins associés, la sortie rapide du patient et les soins post-opératoires réalisés en externe. Cette tarification spéciale n’est allouée qu’aux structures proposant ce type de prise en charge ;

Enfin, il serait possible de citer la Belgique, les États-Unis, l’Australie, le Canada, l’Espagne…

La France ne disposait dans les années 2000-2010 que de peu d’établissements concernés, mais des médecins et chirurgiens participaient aux travaux du groupe de travail européen Eras (*Enhance Recovery After Surgery*), groupe initié par les élèves du créateur danois de la méthode (Pr. Kelhet), initiateur des premières recommandations sur les chemins cliniques en 2005 sur le cancer du côlon.

6.2.4 / Une dynamique à encourager en France

Ce n’est qu’à partir de 2012-2013 que la diffusion de la réhabilitation améliorée a réellement débuté en France, mais elle reste encore balbutiante (une vingtaine de centres connus pour 20 services) :

- le groupe européen Eras a labellisé un service des Hospices civils de Lyon (HCL) après 2012 ;
- le groupe privé Capio a inséré dans son programme 2012-2017 une feuille de route pour pratiquer la réhabilitation améliorée, et a créé des sites pilotes et des sites labellisés selon son organisation et son propre cahier des charges afin de diffuser le processus dans ses cliniques ;
- l’association francophone de professionnels multidisciplinaires Grace labélise et implémente gratuitement des centres de référence régionaux chargés de diffuser la méthode au sein de leur région ;
- par ailleurs, des structures pratiquent vraisemblablement cette méthode sans être répertoriées.

6.2.5 / Des premières évaluations médico-économiques encourageantes

Les HCL ont publié, en mars 2015, une étude de faisabilité et une simulation économique sur la prise en charge en réhabilitation améliorée afin d’établir un projet de développement institutionnel tenant compte de la valeur ajoutée et du retour sur investissement que cette démarche permet (les tableaux utilisés par la suite sont issus de cet article)¹²⁰.

La même méthode de calcul que celle du NHS dans sa publication de 2010 a été utilisée pour estimer les gains en journées-lits : sélection des séjours des disciplines pilotes de la réhabilitation améliorée (résection hépatique, résection pancréatique et colique en chirurgie digestive, prothèses totales de hanche et genou en orthopédique, prostatectomies et soutènements vésicaux en urologie) et exclusion des patients présentant un risque (âge, dépendance, incapacité au retour à domicile).

Par rapport à la durée des mêmes séjours sur les années antérieures, entre 2 400 et 3 200 journées ont été économisées sur 3 460 séjours (**tableau 37**).

(118) Asernip-s report on fast-track surgery, mars 2009.

(119) Chirurgie des seniors. Deuxième journée scientifique internationale du 13 novembre 2011 à HUG Genève.

(120) Faujour V., Karem Slim K., «Aspects économiques de la réhabilitation post-opératoire», *La Presse Médicale*, 12/2014; 44(1)

► TABLEAU 37

Séjours éligibles des sites pilotes et gains en journées-lits

	Séjours dénombrés	Séjours éligibles sites pilotes	Gains en journées-lits
Colectomie	580	350	[700 - 1 000]
Pancréas	130	39	[100 - 140]
Foie	200	24	[80 - 120]
Hanche	1 200	270	[700 - 900]
Genou	800	200	[500 - 700]
Prostatectomie	380	100	[180 - 220]
Soutènement vésical	350	20	[80 - 120]
Total	3 640	1 033	[2 340 - 3 200]

Source : Faujour V, Karem Slim K, «Aspects économiques de la réhabilitation post opératoire», La Presse Médicale, 12/2014; 44(1)

Sur la base d'une estimation de 180 euros par journée d'hospitalisation économisée¹²¹, et en tenant compte des coûts de mise en œuvre de la démarche¹²² (temps passé pour écrire les protocoles, les réunions, les partages d'information, les formations, le suivi, l'audit...), le gain financier est de l'ordre de 200 000 euros la première année, puis de 290 000 euros par an en routine (tableau 38).

Les auteurs rapportent les résultats d'autres études réalisées aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et en Suisse, qui estiment les économies par séjour de colectomie dans une fourchette de 2 400 à 5 400 euros – les résultats étant bien entendu contingents à l'organisation du système et au coût des soins dans chaque pays.

Pour compléter cette analyse de l'impact sur les coûts de revient hospitaliers, l'Assurance Maladie se propose de faire un bilan médico-économique plus global de cette innovation de prise en charge, dès lors que celle-ci commence à être suffisamment diffusée. Ce bilan s'attachera notamment à analyser :

- les coûts globaux des interventions, incluant le coût des soins de ville avant/après hospitalisation, en comparant la réhabilitation avec les techniques de prise en charge conventionnelles ;
- les enjeux économiques associés (sur les capacités en lits de chirurgie, pour 5,3 millions de séjours chirurgicaux annuels¹²³) ;
- les complications et réhospitalisations, ce qui permettra une première approche de l'impact en termes d'état de santé, même si elle reste incomplète.

► TABLEAU 38

Bilan économique pour une initialisation

	Coût (en €)	Coût à l'unité (en €)	Quantité	Quoi ?
Mobilisation personnel dédié Eras ^(a)	225 000	45 000	5	Services
Temps rédaction protocole	36 750	5 250	7	Protocoles
Système d'information, outils de suivi	35 000	5 000	7	Protocoles
Initialisation et formation	6 000	1 200	5	Services
Développement lien réseau ville	8 400	1 200	7	Protocoles
Sous-total dépenses d'implémentation	311 150			
Gains sur journées	513 000	180	2 850	Gains journées
Résultats	201 850	195	1 033	Au séjour
Résultat hors dépenses d'initialisation	288 000			

(a) Eras : Enhanced Recovery After Surgery

Source : Faujour V, Karem Slim K, «Aspects économiques de la réhabilitation post opératoire», La Presse Médicale, 12/2014; 44(1)

(121) La méthode précise d'estimation est détaillée dans l'article.

(122) Il faut souligner ici que les HCL sont labellisés par le groupe Eras, dont le système d'information et le suivi sont payants. L'intervention d'une prestation à titre gratuit peut en diminuer les coûts.

(123) Le panorama des établissements de santé. Médecine, chirurgie, obstétrique : activités et capacités, Drees, 2014; 102:113.

Propositions

sur la réhabilitation améliorée après chirurgie

Proposition 29

_ Promouvoir la réhabilitation améliorée après chirurgie, qui permet de répondre au virage ambulatoire en garantissant la sécurité et la qualité des soins, auprès des établissements de santé et des patients

La démarche de réhabilitation améliorée après chirurgie est de nature à transformer de manière substantielle les pratiques d'hospitalisation, avec une démarche qualité innovante et un impact potentiel très important sur les durées de séjour et les capacités d'hospitalisation nécessaires. Née au Danemark, elle se diffuse progressivement dans tous les pays, dont la France.

Il est important de faire connaître cette pratique et de l'encourager. À cette fin, l'Assurance Maladie participera aux efforts de communication auprès des professionnels et des patients, en collaboration avec les équipes pionnières dans cette démarche, afin d'en favoriser la diffusion.

Elle conduira également en 2016 une étude médico-économique pour comparer cette pratique de réhabilitation améliorée à une prise en charge conventionnelle, en termes de coût total de prise en charge (incluant le séjour mais également les soins avant et après l'intervention) et de résultats sur le plan des complications, réhospitalisations... Cette analyse permettra de documenter l'efficience globale de la démarche.

Proposition 30

_ Sur la base d'une évaluation médico-économique, réfléchir à une politique incitative pour encourager son développement

Au-delà de la promotion de la démarche, des incitations financières pourraient être mises en place pour favoriser sa diffusion :

– la mise en place de la réhabilitation améliorée permet une baisse très importante des durées de séjour. On voit aujourd'hui certains établissements commencer à faire des prothèses de hanche en ambulatoire, même s'il s'agit d'une pratique émergente. Cela doit conduire logiquement à des baisses tarifaires, mais il faut néanmoins rémunérer les coûts supplémentaires induits par la démarche (temps passé par exemple avec le patient en amont de l'intervention pour l'associer et l'impliquer, ce qui est une condition nécessaire de la réussite), sinon les établissements qui adoptent cette démarche innovante seraient pénalisés, or le système de soins et l'Assurance Maladie gagnent en efficience sur l'ensemble du processus. Il convient donc de réfléchir au partage des gains de productivité pour établir une juste rémunération de cette innovation organisationnelle;

– au-delà, dans le cadre de la réflexion générale sur l'intérêt de financements «au parcours» ou «à l'épisode de soins», certaines interventions chirurgicales avec réhabilitation améliorée pourraient être candidates à expérimenter ce mode de financement innovant. Ces rémunérations globales sont souvent (c'est le cas par exemple en Suède pour certains épisodes chirurgicaux) associées à des cahiers des charges construits avec les professionnels pour améliorer la qualité des soins, et la démarche de contrôle qualité de la réhabilitation améliorée en chirurgie s'inscrit pleinement dans cette approche.

6.3 Des marges pour optimiser les processus de chirurgie ambulatoire : l'exemple de la cataracte

La cataracte est la principale cause de troubles visuels dans le monde. En France, elle touche plus de 20 % de la population après 65 ans et 60 % après 85 ans. Son traitement chirurgical est l'intervention la plus fréquemment réalisée en France : 734 000 séjours en 2013 pour un coût total d'1,3 milliard d'euros.

Ces dernières années, cette intervention a bénéficié du progrès des techniques chirurgicales (microchirurgie) et anesthésiques, favorisant son développement en ambulatoire et limitant les risques. Aujourd'hui, elle se pratique en majorité dans des structures de chirurgie ambulatoire et sous anesthésie locale (topique). 88 % des interventions de la cataracte sont réalisées en ambulatoire en 2013.

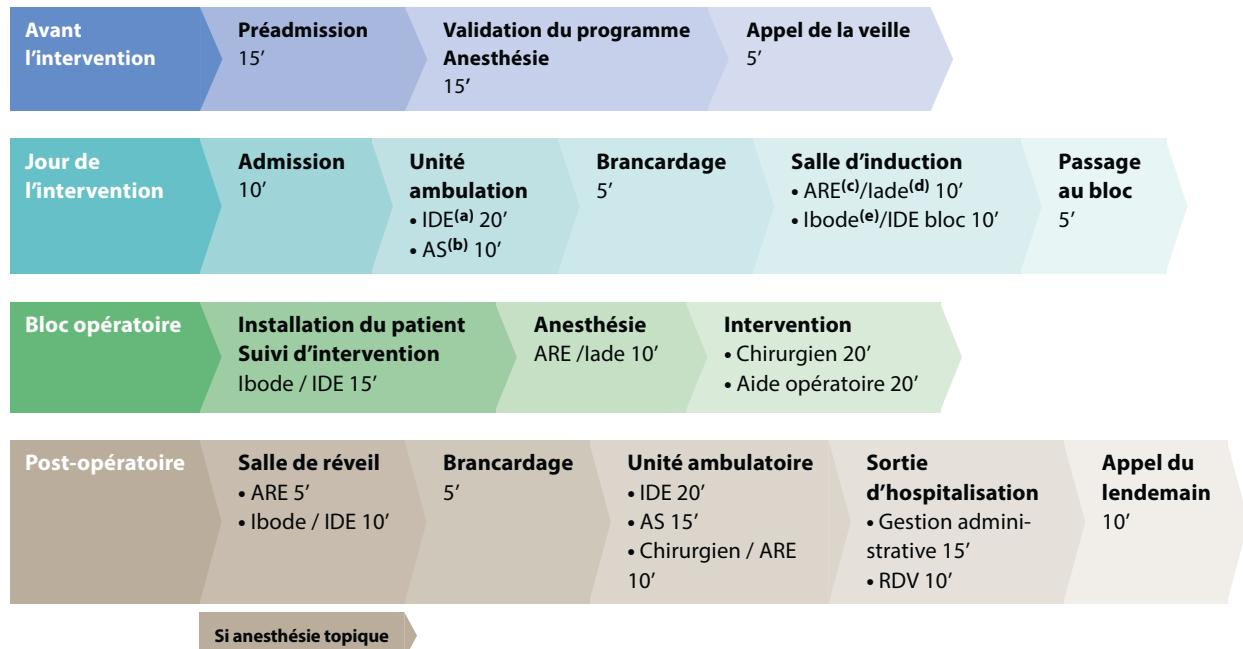
Compte tenu des évolutions rapides des pratiques au cours des dernières années, la question se pose de l'adéquation de la rémunération de ce séjour avec le coût réel de la prise en charge. Ainsi, la Cnamts a tenté de reconstituer ses coûts au plus près de la réalité à partir d'une méthode de *micro-costing*

(technique qui valorise le séjour par le calcul du coût de chaque facteur entrant dans le processus de soin). Pour ce faire, trois établissements (du secteur public et du secteur privé) réalisant chacun plus de 5 000 séjours en 2013 et ayant des indicateurs efficaces en ophtalmologie ambulatoire ont communiqué leurs données de coûts à des fins de comparaison aux études de coûts existantes. Notons que les données portent uniquement sur l'activité ambulatoire. Avec une organisation mixte des blocs, ces établissements réalisent en moyenne 12 interventions de cataracte par jour et par bloc (**figure 70**).

Concernant le coût de l'activité médicale (**tableau 39**), on estime ainsi que le coût de personnel dans le public à près de 210 euros par intervention. Ce coût intègre la rémunération du chirurgien, de l'anesthésiste et du personnel non médical. Dans le privé, le coût du personnel est estimé à 95 euros mais n'inclut pas la rémunération du chirurgien et de l'anesthésiste (activité libérale, facturée en honoraires).

► FIGURE 70

Prise en charge de la chirurgie de la cataracte en ambulatoire : processus de soin et temps moyens



(a) IDE : infirmier diplômé d'État

(b) AS : aide soignant

(c) ARE : anesthésiste réanimateur

(d) lade : infirmier anesthésiste diplômé d'État

(e) Ibode : infirmier de bloc opératoire diplômé d'État

Note de lecture : les temps indiqués sont ceux que le personnel médical passe avec le patient.

► TABLEAU 39

Coût complet de la chirurgie de la cataracte en ambulatoire

		Public		Privé	
		Coût	Part	Coût	Part
Dépenses liées à l'activité médicale					
Charges de personnel	Temps réels cataracte	209,7 €	22 %	94,5 €	14 %
Charges directes	Consommables	126,8 €	13 %	126,8 €	19 %
	Implant (moyenne)	144,1 €	15 %	144,1 €	21 %
	Total charges directes	270,9 €	28 %	270,9 €	40 %
Dépenses liées à l'établissement					
Logistique médicale	Pharmacie	20,8 €	2 %	10,9 €	2 %
	Stérilisation	36,3 €	4 %	20,0 €	3 %
	Génie biomédical	8,1 €	1 %	3,8 €	1 %
	Hygiène et vigilance	3,3 €	0 %	1,1 €	0 %
	Autre logistique médicale	0,7 €	0 %	0,0 €	0 %
Total logistique médicale		69,2 €	7 %	35,9 €	5 %
Dépenses cliniques (hors personnel)	Amortissement location clinique	2,4 €	0 %	2,7 €	0 %
	Entretien maintenance clinique	0,6 €	0 %	1,7 €	0 %
	Total dépenses cliniques	3,0 €	0 %	4,4 €	1 %
Dépenses médico-techniques (hors personnel)	Amortissement anesthésie	6,2 €	1 %	2,7 €	0 %
	Entretien anesthésie	3,6 €	0 %	3,9 €	1 %
	Amortissement bloc	21,9 €	2 %	14,4 €	2 %
	Entretien bloc	11,2 €	1 %	5,7 €	1 %
	Total dépenses médico-techniques	42,9 €	4 %	26,7 €	4 %
Logistique et gestion générale	Blanchisserie	7,3 €	1 %	5,1 €	1 %
	Restauration	9,5 €	1 %	10,0 €	1 %
	Services hôteliers	61,2 €	6 %	32,4 €	5 %
	Entretien / maintenance	39,9 €	4 %	17,0 €	3 %
	Direction du système d'information et de l'organisation (DSIO)	27,0 €	3 %	9,0 €	1 %
	Département d'information médicale (DIM)	9,1 €	1 %	6,0 €	1 %
	Accueil et gestion des malades	13,7 €	1 %	19,5 €	3 %
	Services administratifs à caractère général	74,6 €	8 %	62,4 €	9 %
	Services administratifs liés au personnel	39,1 €	4 %	6,1 €	1 %
Total logistique et gestion générale		281,3 €	29 %	167,7 €	25 %
Structure	Structure financier	25,2 €	3 %	4,1 €	1 %
	Structure immobilier	53,7 €	6 %	72,9 €	11 %
	Total structure	78,9 €	8 %	77,0 €	11 %
Coûts totaux (hors honoraires)		955,8 €	100 %	677,0 €	100 %
Honoraires	Chirurgien	-		271,7 €	
	Anesthésiste	-		111,0 €	
Coûts totaux		955,8 €		1 059,7 €	
Groupes homogènes de séjour (GHS) 2014		1 278,3 €	25,2 %	739,0 €	8,4 %

Sources : les charges de personnel sont issues du calcul des temps moyens que le personnel passe avec le patient ; les montants de charges directes sont fournis par le service financier d'une clinique ; les dépenses liées à l'établissement sont issues de l'étude nationale de coûts (ENC) 2012 pour le groupe homogène de malade (GHM) 02C05J réalisé par l'Atih

Le coût des consommables pour une chirurgie de la cataracte est estimé à 271 euros en moyenne. Il intègre le coût des médicaments, du matériel et des instruments, ainsi que le coût moyen de l'implant. Les charges directes liées à l'activité médicale s'élèveraient donc à 481 euros dans le public et à 365 euros dans le privé hors honoraires.

Concernant les coûts fixes, la problématique est plus complexe et consiste à attribuer les charges d'établissement (logistique et gestion générale, logistique médicale, dépenses médico-techniques, etc.) à un groupe homogène de malades (GHM) en l'absence de comptabilité analytique fine. Pour les centres hospitaliers, le retraitement comptable (RTC) est disponible mais le niveau de détail de la répartition des charges s'arrête à l'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et non au GHM. Les publications financières des cliniques ne permettent pas quant à elles de les lier au GHM. Ainsi, afin de déterminer un coût complet, ont été mobilisées les données de l'échelle nationale des coûts qui associent à chaque GHM un coût à partir d'une enquête réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) sur 115 établissements volontaires en 2012.

Au total, dans le secteur public, le coût d'une intervention s'élèverait à 956 euros, répartis à parité entre les coûts liés à l'activité médicale (481 euros) et ceux liés à celle de l'établissement (475 euros). Dans le privé, le coût hors honoraires serait de l'ordre de 677 euros. Après intégration des honoraires (sans dépassement), le coût total s'élèverait à 1 060 euros, dont 71 % des dépenses liées à l'activité médicale et aux honoraires. La marge semble faible entre le coût et le GHS (groupe homogène de séjour) privé. Notons que ce coût n'intègre pas l'innovation qui permet des gains organisationnels à moyen et long termes.

Les coûts ainsi estimés s'avèrent largement inférieurs à ceux que l'étude nationale de coût (ENC) évalue : 1 470 euros dans les établissements publics et 1 147 euros pour ceux du privé, soit un différentiel de coût (hors coût de structure) de près de 600 euros dans le public et de 164 euros pour le privé, s'expliquant principalement par les charges de personnel. Cette étude de coût a permis un ciblage des charges de personnel liées uniquement à cette intervention alors que l'ENC réalise une moyenne des coûts de fonctionnement des établissements « généralistes » de l'échantillon qui intègre les gardes mais aussi tous les effectifs affectés au bloc.

Cette étude a mis en évidence l'existence de marges financières dans la prise en charge de la cataracte en ambulatoire.

La méthode du *micro-costing* présente la limite de ne pouvoir toujours intégrer, faute de comptabilité analytique, les coûts liés à l'établissement, et ne peut ainsi souvent porter que sur le coût lié à l'activité médicale. Elle apporte néanmoins une vision sur les pratiques performantes sur l'ensemble du processus par établissement et permet ainsi un travail avec les professionnels pour un diagnostic partagé et une connaissance plus approfondie d'une technique en termes d'organisation.

Il s'agit maintenant de définir le modèle à privilégier pour encourager les organisations efficientes et ainsi entraîner des économies pour une maîtrise des coûts de prise en charge de la cataracte. Dans un contexte de vieillissement de population qui s'accompagne d'un accroissement des maladies liées à l'âge, dont la cataracte, il semble essentiel de faire évoluer les pratiques médicales afin d'obtenir une organisation optimale.

Proposition

sur l'efficience des processus en chirurgie ambulatoire

Proposition 31

Définir un modèle d'organisation optimale intégrant les évolutions techniques chirurgicales et anesthésiques et ajuster les tarifs en conséquence

L'exemple de la cataracte met en évidence les marges financières qu'il est possible de dégager grâce à une optimisation des processus. Si l'on veut pouvoir, dans un contexte financier contraint, faire face à l'accroissement de la demande de certains actes liée au vieillissement de la population (et la cataracte en fait partie), il faut pouvoir absorber ce volume d'activité en mettant en œuvre des organisations optimisées qui diminuent les coûts de revient. Les performances de certaines structures réalisant une activité importante et bien organisées montrent que c'est possible et suggèrent que les établissements pourraient tendre vers des coûts inférieurs aux tarifs issus des coûts actuels (qui sont appliqués pour la cataracte en 2014).

Au-delà de la cataracte, la démarche peut s'appliquer à d'autres actes, et elle montre l'intérêt d'avoir une vision des pratiques performantes et du gain qu'elles peuvent amener pour le système de soins. Ce travail d'analyse est à mener plus largement, en collaboration avec les professionnels pour un diagnostic partagé, et les organisations efficientes doivent être encouragées de façon à mobiliser les gains de productivité indispensables à la soutenabilité du système.

On peut regretter, de ce point de vue, que le dimensionnement (en nombre d'établissements inclus dans l'échantillon) de l'étude de coûts, qui sert aujourd'hui de base à la fixation des tarifs, soit trop limité pour pouvoir analyser la distribution des coûts de revient et mettre en évidence des écarts d'efficience.



Synthèse des propositions et des économies associées

7.1 Le contexte : le plan 2015-2017 pour l'efficience et la performance du système de soins

En 2016, la montée en puissance des actions du plan Ondam (objectif national des dépenses d'assurance maladie) 2015-2017 pour l'amélioration de l'efficience du système de soins doit permettre de maîtriser la progression des dépenses d'assurance maladie, avec quatre axes principaux : la qualité et l'efficience de la dépense hospitalière, le virage ambulatoire, la maîtrise des prix des produits de santé et le développement des génériques, la pertinence et le bon usage des soins.

Ce plan 2015-2017 présenté par la ministre de la Santé vise à engager une évolution structurelle du système de soins, dans le cadre de la stratégie nationale de santé, en maîtrisant l'évolution

de la dépense. Il doit se traduire par une réorganisation profonde de l'offre de soins, avec comme impératif une exigence accrue de qualité des soins et la non-dégradation des équilibres financiers des établissements de santé. Les quatre axes doivent permettre de réaliser un peu plus de 10 milliards d'euros d'économies.

Dans le cadre du programme de stabilité présenté en avril 2015, le gouvernement s'est engagé à maîtriser la progression des dépenses d'assurance maladie à 1,75 % en 2016, ce qui implique de réaliser 3,4 milliards d'euros d'économies par rapport à la croissance tendancielle des dépenses.

7.2 Les grands axes des propositions de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie propose plusieurs mesures et orientations pour renforcer la prévention, faciliter l'accès à des soins de qualité, agir sur la pertinence des soins et maîtriser l'évolution des dépenses de santé. Il s'agit notamment de :

- **investir dans la prévention** en agissant en amont sur des facteurs de risque de pathologies lourdes et coûteuses : pour réaliser ces gains à moyen terme, il convient de conduire des expérimentations d'interventions de prévention en se donnant les moyens d'en évaluer l'efficacité et le rapport coût-efficacité pour pouvoir fonder d'éventuels programmes à plus grande échelle. Ces démarches doivent en priorité être développées sur la prévention du diabète pour les personnes à haut risque et la prévention de l'obésité par la prise en charge du surpoids de l'enfant;

- **promouvoir l'accès aux soins** pour garantir une prise en charge de qualité et au bon moment en déployant au niveau national les actions du plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (Planir) issues de l'évaluation. L'accès aux soins dentaires doit faire l'objet d'actions particulières à la fois en termes de prévention et de maîtrise des dépassements en s'appuyant sur la négociation conventionnelle (centres de santé en 2015);

- **retarder l'arrivée des phases aggravées des pathologies chroniques** en améliorant la prise en charge en amont, ce qui permet à la fois des gains de santé pour les patients et des gains financiers en évitant des hospitalisations ou retardant des traitements lourds : la prévention du passage au stade de la supréalane pour l'insuffisance rénale chronique, le renforcement de la prise en charge après un accident ischémique transitoire

pour éviter des AVC ou encore la meilleure détection du risque d'ostéoporose pour réduire les récidives de fractures constituent ainsi des enjeux d'amélioration;

- promouvoir de manière résolue **le virage ambulatoire et les prises en charge extrahospitalières**, en se donnant l'ambition de soigner mieux et moins cher : la réhabilitation améliorée après chirurgie doit être développée ; le déploiement du programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) en maternité et orthopédie doit faciliter la prise en charge en ville en aval de l'hospitalisation et ainsi permettre la réduction des durées de séjour et éviter le recours à des structures quand ce n'est pas utile ; les nouvelles techniques de dialyse à domicile, actuellement en phase d'essai clinique, doivent inciter à mettre en place une stratégie de redéploiement vers la prise en charge ambulatoire pour les patients dialysés et à intégrer cette dimension dans les expérimentations de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014;

- accroître **la pertinence des actes et des prescriptions** tant en ville que dans les établissements de santé : l'extension du champ des actes chirurgicaux donnant lieu à des programmes « pertinence » doit être poursuivie (cholécystectomies) en incluant les examens préanesthésiques inutiles, la contractualisation avec les établissements hospitaliers sur les médicaments prescrits en ville doit être approfondie en fixant des objectifs personnalisés pour réduire la variabilité des pratiques, des référentiels sur les analyses de biologie courante doivent être élaborés et diffusés, de même que les référentiels pour une meilleure prescription d'arrêts de travail avec une action concordante sur la prévention de la désinsertion professionnelle;

- privilégier des modalités de soins qui **concilient qualité de prise en charge et recherche de l'optimisation du coût** : ainsi, en matière de prise en charge de l'apnée du sommeil, il convient de favoriser le développement de l'orthèse d'avancée mandibulaire ; en matière de transport, plusieurs leviers doivent être combinés pour mieux orienter dans le choix du mode de transport (carte de transport assis, plateformes de gestion des transports en sortie d'hôpital, rapprochement des prix taxis/véhicules sanitaires légers (VSL) pour les transporteurs sanitaires ayant les deux types de transports). Les analyses du rapport montrent également la possibilité, au sein des établissements de santé, d'optimiser les processus de prise en charge chirurgicale pour réduire les coûts (exemple de la cataracte) ;
- mieux **anticiper et organiser la diffusion des innovations thérapeutiques coûteuses** apparaît enfin comme un enjeu crucial pour les prochaines années. Un dispositif de veille doit être organisé afin de mieux anticiper l'arrivée des produits de santé et l'actualisation des recommandations d'usage ou l'ajustement des prix en fonction des populations traitées doivent être plus rapides. Le contrôle des prescriptions effectuées en autorisation temporaire d'utilisation (ATU), post-ATU et en recommandation temporaire d'utilisation (RTU) doit être renforcé pour mieux faire respecter les règles de prescription et conduire les évaluations nécessaires. La législation doit être modifiée pour que le versement lié à l'écart de prix final du médicament sur la période post-ATU se fasse à partir du prix réel et non seulement facial. La liste des produits facturés en sus des GHS (groupes homogènes de séjour) doit être actualisée pour, notamment, ne pas comporter des molécules qui, dans certaines indications, n'apportent pas d'amélioration du service rendu.

Les mesures identifiées par l'Assurance Maladie dans ce rapport viennent ainsi documenter et illustrer des gains de qualité et d'efficience qui peuvent être ainsi réalisés pour conforter les axes du plan triennal et contribuer au respect des objectifs d'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Ces améliorations s'inscrivent dans les axes prioritaires du plan 2015-2017 :

- le renforcement du virage ambulatoire pour améliorer la prise en charge en ville, développer la prévention et éviter des complications et réhospitalisations : accidents vasculaires cérébraux (AVC), détection de l'ostéoporose, insuffisance rénale chronique (IRC), montée en charge du Prado ;
- l'efficience de la dépense hospitalière avec la gestion de la liste en sus pour les produits de santé notamment ;
- le développement des génériques, notamment en faisant converger les pratiques de prescription des établissements de santé en ville vers les meilleurs taux de prescription dans le répertoire ;
- le développement des actions sur la pertinence et le bon usage des soins : traitement de l'apnée du sommeil, médicaments antidiabétiques ou anti-TNF, examen préanesthésiques en établissements de santé, biologie, transports, arrêts de travail...

Ainsi, sur les différents processus de soins ou produits de santé examinés, il apparaît possible d'identifier des améliorations dans la qualité de la prise en charge et des économies pour l'Assurance Maladie à hauteur de près de 3 milliards d'euros sur trois ans, dont environ 715 millions d'euros la première année en 2016 ([tableau 40](#)).

Ces propositions n'ont pas vocation, à elles seules, à assurer le respect de l'Ondam 2016. Celui-ci repose en effet sur la mise en oeuvre du plan triennal 2015-2017 qui comporte d'autres volets, par exemple sur l'efficience de la dépense hospitalière.

► TABLEAU 40

Récapitulatif des gains sur les différents processus de soins ou produits de santé étudiés

	Gain à moyen terme (3 ans)	Gain en 2016	Commentaire
Renforcer la prévention			
Insuffisance rénale chronique (IRC) : mieux prévenir la phase de suppléance aux stades 4 et 3B de la maladie rénale chronique	127,5 M€	32,2 M€	La prévention ferait baisser l'évolution globale des dépenses de 0,2 point (passant de 4,9 à 4,7 % par an). Pour la première année, il s'agit de retarder le traitement de suppléance pour 10 % des patients incidents ; l'effort est accentué sur les deux années suivantes pour éviter 480 mises en dialyse ou greffes au terme de trois ans
Ostéoporose : prévention et détection de l'ostéoporose lors des interventions de chirurgie orthopédique pour prévenir les récidives de fracture	12,6 M€	2,3 M€	Renforcement de la prise en charge en ville et de la détection de l'ostéoporose, après hospitalisation pour fracture, permettant d'éviter des réhospitalisations
Virage ambulatoire			
Développement des programmes Prado pour limiter les réhospitalisations, accompagner la réduction de la durée moyenne de séjour et faciliter l'orientation vers le domicile	841,8 M€	171,0 M€	Montée en charge des différents volets
• Maternité	238,1 M€	78,4 M€	350 000 patientes en 2016 400 000 en 2017 450 000 en 2018
• Orthopédie	326,1 M€	68,7 M€	30 000 patients en 2016 60 000 en 2017 85 000 en 2018
• Insuffisance cardiaque (IC)	214,4 M€	22,1 M€	15 000 patients en 2016 40 000 en 2017 65 000 en 2018
• Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	9,4 M€	0,3 M€	1 000 patients en 2016 6 000 en 2017 18 000 en 2018
• Plaies	48,4 M€	1,3 M€	1 500 patients en 2016 15 000 en 2017 40 000 en 2018
• Accident vasculaire cérébral (AVC)	5,4 M€	0,2 M€	1 000 patients en 2016 5 000 en 2017 20 000 en 2018
Développement des génériques			
Prescription des établissements de santé en ville : améliorer la contractualisation avec les établissements en fixant des objectifs personnalisés sur la prescription dans le répertoire	116,4 M€	38,8 M€	Faire converger le taux de générique des médicaments prescrits par les établissements de santé en ville vers les meilleures pratiques sur cinq classes

► TABLEAU 40 (SUITE)

	Gain à moyen terme (3 ans)	Gain en 2016	Commentaire
Pertinence et bon usage des soins			
Apnée du sommeil : développer la place des orthèses d'avancée mandibulaire dans la stratégie thérapeutique	174,5 M€	38,8 M€	Transférer progressivement 20 % des traitements par PPC (pression positive continue) vers un traitement par OAM (orthèses d'avancée mandibulaire) (10 %, puis 15 % la deuxième année, puis 20 %)
Examens préanesthésiques en établissement de santé	58,5 M€	19,5 M€	Réduire les examens préanesthésiques non pertinents, notamment les hémostases chez l'adulte
Biologie : diminuer les redondances d'examens et les tests non pertinents avec la production et la diffusion de référentiels	201,6 M€	39,3 M€	Ramener à trois le nombre d'examens d'EAL (évaluation d'une anomalie lipidique) sur trois ans (soit une baisse de 14 %), dépistage du diabète
Médicaments de la liste en sus : actualiser la liste en gérant l'inscription par indication	317,3 M€	85,1 M€	Actualiser la liste en sus plus régulièrement et notamment réintégrer certaines molécules en ASMRV (absence d'amélioration du service médical rendu) dans le tarif du GHS (groupe homogène de séjour)
Médicaments antidiabétiques : faire mieux respecter les recommandations, indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et indications thérapeutiques remboursables	336,0 M€	82,1 M€	Faire mieux connaître et respecter les indications des médicaments antidiabétiques
Médicaments anti-TNF : améliorer l'efficience de la prescription dans la prise en charge des maladies inflammatoires du côlon et de l'intestin (Mici)	85,1 M€	28,4 M€	Inciter les prescripteurs à prescrire d'abord les immunosuppresseurs avant les anti-TNF
Transport : développement des plateformes de commande de transport pour les établissements de santé, tarifs du transport assis professionnalisé (TAP)	546,8 M€	109,4 M€	Développement des plateformes avec un cahier des charges national permettant une substitution de 20 % des trajets d'ambulance par du TAP, harmonisation des tarifs du TAP pour les entreprises de transport sanitaire à double activité
Arrêts de travail : développer les référentiels pour une meilleure prescription d'arrêts de travail et améliorer le suivi pour prévenir la désinsertion professionnelle	300,0 M€	100,0 M€	Actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes pour diffuser les référentiels, agent facilitateur pour aider à la reprise d'activité
Total des gains sur les processus étudiés	3 118 M€	747 M€	

Annexes

Annexe 1 - Suiivi de la mise en œuvre des propositions pour 2015

Propositions pour 2015	Mise en œuvre des propositions juin 2015
1 – Virage ambulatoire	
Proposition 1 : Rejoindre en cinq ans la moyenne de l'OCDE pour la durée de séjour maternité	
<ul style="list-style-type: none">Le déploiement du Prado doit permettre d'accompagner cette évolution. Sur les données 2013, l'évaluation a montré une durée moyenne de séjour (DMS) légèrement plus faible pour les adhérentes Prado (3,99 jours) que pour les autres mères (4,10 jours pour les éligibles).Pour renforcer cette dynamique, un protocole d'expérimentation pour la prise en charge des sorties précoces a été signé avec les sages-femmes en mars 2015 et sera déployé dans une trentaine d'établissements au cours de l'année.En parallèle, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a été missionnée par le ministère de la Santé et la Cnamts pour analyser auprès de quatre établissements l'impact du programme en termes d'organisation. Une nouvelle évaluation sur les données 2014 sera disponible à l'automne 2015.	
Proposition 2 : Ajuster la durée moyenne de séjour pour les prothèses de hanche et de genou, hors traumatologie	
<ul style="list-style-type: none">Sur les données 2013, l'évaluation a montré que la DMS dans les établissements de Saint-Lô où le Prado orthopédie est mis en place (site le plus représentatif, où le nombre d'adhésions a été le plus élevé en 2013) est plus faible que la DMS dans les établissements en France entière pour la prothèse de hanche.La généralisation du programme s'étant déroulée sur l'année 2014, cet indicateur sera de nouveau évalué sur un nombre d'adhésions plus important (7 300 en 2014).En complément, l'Assurance Maladie travaille en collaboration avec les sociétés savantes de manière à promouvoir le développement de la réhabilitation améliorée (cf. rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2016).	
Proposition 3 : Piloter l'offre de chirurgie orthopédique pour atteindre un volume minimal d'activité pour les plateaux techniques (productivité/qualité)	
<ul style="list-style-type: none">L'objectif est de favoriser une réorganisation par une mise en commun des moyens des établissements afin d'améliorer la qualité et l'efficience : cette action, qui relève du pilotage du ministère de la Santé et des agences régionales de santé (ARS), pourra utilement s'appuyer sur la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé en cours de discussion au Parlement. Il est donc prématuré de faire un bilan de sa mise en œuvre.	
Proposition 4 : Améliorer la pertinence du recours aux soins de suite et réadaptation et favoriser la rééducation à domicile en application des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)	
<ul style="list-style-type: none">Généralisation du Prado orthopédie en 2014 avec plus de 310 établissements adhérents sur l'ensemble du territoire et plus de 7 300 adhésions en 2014.Plus de 5 000 adhésions sur les quatre premiers mois de 2015 (plus de 4 200 infirmiers, plus de 3 000 masseurs-kinésithérapeutes et environ 4 000 médecins traitants ont pris en charge au moins un patient depuis janvier 2015).	
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	
<ul style="list-style-type: none">Dans le cadre du plan Ondam 2015-2017, un objectif de 62 % a été fixé à horizon de 2020, avec la poursuite d'une politique tarifaire incitative à l'appui.	

Proposition 6 : Développer la mise sous accord préalable pour promouvoir la chirurgie ambulatoire et renforcer son efficacité

- La procédure de mise sous accord préalable est poursuivie avec une nouvelle campagne en 2015 et une extension des gestes marqueurs, de 43 gestes en 2014 à 55 gestes en 2015.

2 – L'amélioration de la pertinence des actes 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

- Dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2015, le dispositif du taux K a été revu avec la définition d'une enveloppe L et la mise en place par ailleurs d'un mécanisme spécifique aux traitements de l'hépatite C (enveloppe W) afin de permettre de maîtriser le coût pour l'Assurance Maladie de ces traitements innovants tout en permettant leur accès à la population. Des actions d'accompagnement et de contrôle sont détaillées dans la proposition 8.

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

- Plan de lutte contre la iatrogénie chez les personnes âgées : déploiement d'une action d'accompagnement auprès de 7 000 médecins généralistes sur le thème du risque iatrogénique et sur la prescription des psychotropes chez la personne âgée dès la fin de l'année 2014 ; actions renforcées prévues d'ici à la fin 2015 avec les outils *Stop-Start* et actions auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).
- Analyse des prescriptions contenant des associations contre-indiquées menée par la Cnamts, rapprochement avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en cours pour consolidation en vue d'établir des modalités d'actions adaptées.
- Action de contrôle des médecins ayant un fort taux d'utilisation de la mention « non substituable » débutée en 2014 : finalisation en cours en 2015 afin de donner lieu aux suites contentieuses prévues.
- Travaux sur une option conventionnelle et une évolution des indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) en matière de prescription en cours en vue de la négociation de la nouvelle convention en 2016 (échéance : septembre 2016).
- Mise en place de la procédure de demande d'accord préalable (DAP) en novembre 2014 sur les initiations de traitement par rosuvastatine, ezetimibe et ezetimibe + simvastatine, après déploiement d'une campagne d'information des médecins.

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

Extension du champ du ciblage à d'autres actes chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none"> Poursuite de l'extension du champ de ciblage en 2015 aux actes de cholécystectomie, de chirurgie bariatrique, de chirurgie des nodules thyroïdiens et des amygdalectomies.
Déploiement d'une stratégie avec des actions ciblées selon le classement des établissements	<ul style="list-style-type: none"> Définition d'une stratégie graduée avec le ministère de la Santé dans le cadre de l'article 58 de la LFSS 2015 et pour une mise en œuvre sur le terrain par l'Assurance Maladie et les ARS à partir de 2015 : définition des indicateurs de ciblage, visites en établissements (avec profils, messages clés-mémos et revues de dossiers), contractualisation et mise sous accord préalable.

ANNEXE 1
SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2015

Proposition 10 : Élaborer et mettre en œuvre un programme sur la pertinence des examens préanesthésiques	
Programme élaboré en 2015 en plusieurs phases : <ul style="list-style-type: none">• d'information avec communication scientifiques à partir des travaux d'analyse de la Cnamts sur des effectifs importants : intervention au congrès d'anesthésie-réanimation de septembre 2015 et publication en cours ;• d'élaboration d'un programme d'accompagnement en partenariat avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) ;• de construction d'indicateurs de ciblage.	
Proposition 11 : Déployer un plan d'actions pour améliorer la pertinence des IRM des membres inférieurs et du rachis	
Élaboration d'un algorithme décisionnel avec la HAS	<ul style="list-style-type: none">• Outil élaboré par la Cnamts à partir des référentiels de la Société française de radiologie en cours d'examen par la HAS.
Accompagnement des médecins généralistes et des radiologues	<ul style="list-style-type: none">• Campagne d'accompagnement programmée au début du second semestre 2015.• Réalisation de supports garantissant la bonne articulation entre les médecins prescripteurs et les radiologues.
Proposition 12 : Renforcer les actions de maîtrise médicalisée sur les analyses biologiques	
<ul style="list-style-type: none">• Développement et poursuite en 2015 des actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes sur la prescription des analyses biologiques sur trois thématiques : vitamine D, groupes sanguins et dosage des hormones thyroïdiennes.	
Proposition 13 : Veiller à la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail	
<ul style="list-style-type: none">• Diffusion de nouveaux référentiels de durée d'arrêts de travail (fiches-repères).• Mise en place d'une campagne d'accompagnement auprès des prescripteurs à partir de juin 2015 sur la base d'un nouveau profil de prescription et d'un appui à la gestion de cas complexes.• Mise en œuvre de nouveaux travaux sur la détermination de recommandations en matière d'arrêts de travail au sein de parcours de soins (arrêts de travail pour lombalgie...).• Déploiement sur l'année d'une campagne de sensibilisation (assurés et professionnels) aux dispositifs et aides à la reprise auprès des assurés en arrêts de travail de plus de soixante jours.	
Proposition 14 : Redonner une base légale au dispositif de régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes ayant fait l'objet d'un accord conventionnel des partenaires	
<ul style="list-style-type: none">• Travaux en cours pour intégration d'une disposition législative visant à permettre aux partenaires conventionnels de prévoir des dispositions de régulation du conventionnement fondé sur des critères géographiques, pour certaines catégories de professions (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, dont masseurs-kinésithérapeutes), dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé ou de la LFSS 2016.	
Proposition 15 : Mener une réflexion sur les flux démographiques des professionnels et leur cohérence avec les besoins et leurs objectifs financiers	
<ul style="list-style-type: none">• Mise en place, par le biais d'avenants conventionnels, de dispositifs de régulation démographique spécifiques aux différentes catégories de professions et adaptés aux besoins régionaux définis par les ARS.• Suivi de l'impact de ces mesures conventionnelles mis en place dans le cadre des instances nationales conventionnelles paritaires.• Travaux en cours à la Cnamts pour s'assurer des capacités de maintenance ou d'adaptation de ces dispositifs. Les premiers résultats de ces travaux seront présentés aux professionnels de santé au second semestre 2015 pour nourrir les négociations conventionnelles.	

3 – Optimiser les processus en améliorant la qualité des soins et la qualité de vie des patients

Proposition 16 : Améliorer le dépistage de l'insuffisance rénale chronique et la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale

- Travaux de concertation et de partenariat avec les sociétés savantes (néphrologie et hypertension artérielle).
- Mise en place d'un groupe de travail associant les sociétés savantes concernées pour la production d'outils (mémos) sur la prévention de l'insuffisance rénale chez les patients hypertendus ou diabétiques.

Proposition 17 : Améliorer la greffe rénale

- Travaux menés par l'Agence de la biomédecine et le ministère de la Santé (promotion du don, consentement présumé, prélèvement en cas d'arrêt cardiaque) avec mesures prises dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé.

Proposition 18 : Optimiser la prise en charge de la dialyse

Ajuster les tarifs de la dialyse en centre et réduire les capacités en centre pour favoriser le développement des techniques alternatives.	Des baisses de tarifs des GHS (groupes homogènes de séjour) et des forfaits de dialyse ont été réalisées dans la campagne 2015.
Permettre la prise en charge d'une prestation réalisée par un infirmier libéral dans la cadre de la dialyse à domicile.	Les travaux seront mis en œuvre en fonction de la commercialisation des nouveaux générateurs d'hémodialyse à domicile prévue en 2016, voire 2017.
Élargir les forfaits de rémunération pour la dialyse péritonéale aux nouvelles techniques de dialyse à domicile.	
Revoir le dispositif des autorisations par les ARS.	Action non encore mise en œuvre.
Mieux informer les patients et former les professionnels de santé à ces techniques de prise en charge à domicile.	Des publications en cours d'écriture par les associations de patients (Fnair, Renaloo) seront mises à disposition au second semestre 2015 après avis de la HAS.

Proposition 19 : Maîtriser les dépenses de transport pour la dialyse en centre

- Mise en œuvre de l'expérimentation « carte de transports assis » pour les patients dialysés à partir de décembre 2014.
- Intégration d'un plan d'actions au nouveau contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) 2015 comprenant une action obligatoire relative aux transports des patients dialysés avec transmission aux établissements de santé de données statistiques affinées.
- Simplification de l'imprimé de prise en charge des transports en véhicule personnel/transport en commun avec accompagnement des centres de dialyse.
- Élaboration d'une fiche-repères destinée aux prescripteurs de transports pour les patients dialysés afin de réduire le recours à l'ambulance (en cours pour fin 2015).

Proposition 20 : Optimiser l'organisation du dépistage du cancer du sein

- Travaux en cours avec l'Institut national du cancer (Inca) et le ministère de la Santé, à la suite des travaux de réorganisation du dépistage du cancer colorectal.

ANNEXE 1
SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2015

Proposition 21 : Renforcer le respect des seuils de chirurgie du cancer
<ul style="list-style-type: none">• Les autorisations de chirurgie carcinologique ont été renouvelées. Un suivi spécifique est réalisé par les ARS.• Les profils MMH T2A (maîtrise médicalisée hospitalière portant sur la tarification à l'activité) établis par la Cnamts décrivent l'activité carcinologique des établissements en abordant la notion de seuil : campagne d'accompagnement des établissements de santé.
Proposition 22 : Évaluer la pertinence des mastectomies
<ul style="list-style-type: none">• Des travaux de ciblage par la constitution d'une cohorte sont en cours et vont se poursuivre au second semestre (ciblage des établissements).
Proposition 23 : Faire la transparence sur les délais de prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein
<ul style="list-style-type: none">• Publication des délais de prise en charge, avec détails sur les délais d'accès à l'IRM pour cette localisation dans les rapports et enquêtes de l'Inca.
Proposition 24 : Améliorer le diagnostic et le traitement de la dépression
<ul style="list-style-type: none">• Une action d'accompagnement à destination des médecins généralistes sera mise en œuvre dès la publication de nouvelles recommandations de la HAS sur le traitement.• Travaux préparatoires prévus fin 2015 à la négociation de la nouvelle convention en 2016 (échéance septembre 2016), notamment sur la Rosp.• Intégration au sein d'une action d'accompagnement des Ehpad d'un profil de consommation d'antidépresseurs, avec sensibilisation au risque de sous-prise en charge chez la personne âgée.
Proposition 25 : Expérimenter une organisation de soins coordonnée pour les dépressions légères et modérées
<ul style="list-style-type: none">• Participation de la Cnamts à l'élaboration et au suivi du programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale, dont un thème concerne la dépression, avec un aspect particulier de coordination des professionnels médecins généralistes et psychiatres.• Mise en place d'un groupe de travail associant le ministère de la Santé, des experts psychiatres et psychologues et des représentants des médecins généralistes pour élaborer un cahier des charges précisant les conditions expérimentales d'une prise en charge graduée et coordonnée des patients dépressifs légers et modérés. Début d'expérimentation prévu début 2016 sur deux à trois territoires.

Annexe 2 - Bilan des négociations entre l'Uncam et les professionnels de santé

La présente annexe dresse un bilan des négociations menées en 2014-2015 avec les professionnels de santé en présentant les principaux textes conclus.

Médecins

Aucune négociation conventionnelle sur la convention médicale n'a été menée au cours de l'année 2014 et au début de l'année 2015. Au regard du contexte économique, les demandes formulées par les syndicats dépassaient très largement le cadre de la négociation d'un simple avenant à la convention médicale, notamment en raison de leur impact financier. Elles ont vocation à être négociées dans le cadre plus large d'une nouvelle convention médicale comportant des engagements structurants pour améliorer l'organisation des soins et la qualité des pratiques. La négociation pourra s'ouvrir début 2016, à l'issue des prochaines élections professionnelles, qui vont intervenir en octobre 2015, et de l'enquête de représentativité qui sera lancée ensuite pour désigner les syndicats représentatifs habilités à participer à la négociation de la nouvelle convention médicale (la convention actuelle expire en septembre 2016).

Des travaux préparatoires à la négociation de la nouvelle convention médicale sont actuellement menés notamment sur la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) : évolution des indicateurs actuels, nouveaux indicateurs, etc., sur la base notamment des bilans dressés sur l'évolution des indicateurs depuis la mise en œuvre du dispositif en 2012 (annexe 3).

Conforter l'accès aux soins

Les mesures relatives à la démographie médicale

Face aux difficultés rencontrées dans certaines zones déficitaires en médecins, deux options ont été créées pour prolonger et élargir le dispositif précédent : l'option « démographie » et l'option « santé solidarité territoriale ».

Ces 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.

Dans le cadre de la campagne de paiement des aides au titre de l'année 2014 versées au cours du mois de juin 2015, ont été recensées :

- 2 060 adhésions à l'option « démographie » ;
- 29 adhésions à l'option « santé solidarité territoriale ».

La montée en charge de ces dispositifs se poursuit. Des évaluations vont être menées dans le cadre de la préparation de la négociation de la nouvelle convention médicale à l'horizon de 2016.

Les mesures en faveur de l'activité à tarif opposable de tous les médecins : la mise en œuvre du contrat d'accès aux soins

Les négociations engagées en juillet 2012 ont abouti à la signature le 25 octobre 2012 de l'avenant 8 à la convention médicale (*Journal officiel* du 7 décembre 2012). Cet avenant a été signé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et MG France (Fédération française des médecins généralistes).

Pour mémoire, cet accord s'articule autour de quatre points principaux :

1. garantir l'accès aux soins à tarif opposable pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à la complémentaire santé (ACS) et ce, quel que soit le secteur d'exercice du médecin consulté (secteur 1 et secteur 2) ;
2. mettre en place un contrat d'accès aux soins pour les médecins de secteur 2 (et médecins avec droit à dépassement permanent) ;
3. développer des nouveaux modes de rémunération et valoriser la pratique clinique et les actes techniques des médecins de secteur 1 et adhérant au contrat d'accès aux soins ;
4. 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.

Le contrat d'accès aux soins est entré en vigueur au 1^{er} décembre 2013.

ANNEXE 2

BILAN DES NÉGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le premier bilan de l'impact de ce contrat d'accès aux soins sur la pratique tarifaire des médecins illustre les effets positifs de cette mesure pour les patients et leur reste à charge, tant en termes d'évolution des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins qu'en ce qui concerne le volume des actes à tarif opposable.

Les résultats font en effet apparaître que le taux de dépassement des médecins de secteur 2 – signataires d'un contrat d'accès aux soins (CAS) ou non signataires – baisse depuis 2012 et tout particulièrement en 2014 sous l'effet conjugué des mesures de l'avenant 8, des actions sur les pratiques tarifaires excessives et du contexte économique.

Ainsi, pour l'ensemble des médecins de secteur 2 :

- le taux de dépassement passe de 55,4 % en 2012 à 55,1 % en 2013 et 54,1 % en 2014 (- 1 point sur 2013-2014) ;
- le taux d'actes à tarif opposable passe de 32,9 % en 2012 à 33,4 % en 2013 et 34,7 % en 2014 (+ 1,3 point).

Concernant les médecins de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins :

- le taux de dépassement passe de 28,4 % en 2012 à 27,7 % en 2013 et 24,3 % en 2014 (- 3,4 points) ; et, pour les seuls spécialistes, de 27,7 % en 2012 à 26,9 % en 2013 et 23 % en 2014 (- 3,9 points) ;
- le taux d'actes à tarif opposable passe de 46,2 % en 2012 à 48 % en 2013 et 51,6 % en 2014 (+ 3,6 points) ; et, pour les seuls spécialistes, de 51,9 % en 2012 à 53,4 % en 2013 et 56,4 % en 2014 (+ 3 points).

S'agissant par ailleurs des médecins ciblés comme ayant une pratique tarifaire potentiellement excessive, il apparaît que ceux-ci ont notamment modifié leur pratique :

- ainsi, le taux de dépassement moyen des médecins dont les pratiques tarifaires étaient ciblées comme excessives en 2012 a diminué de 18,9 % en 2014 ;
- le nombre de médecins ciblés pour des dépassements facturés à des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) était de 832 en 2012 ; il n'est plus que de 261 en 2014, soit une baisse de plus de 65 %.

Pour les 8 750 médecins signataires d'un CAS au 31 décembre 2013 qui ont respecté leurs engagements, le paiement de la prise en charge de leurs cotisations sociales est intervenu le 15 avril 2015¹²⁴. Pour les médecins de secteur 2, le montant moyen versé est de 5 500 euros pour l'ensemble des médecins et de 6 950 euros pour les seuls spécialistes¹²⁵.

Au 31 décembre 2014, on dénombrait 11 103 CAS, dont 7 767 signés par des médecins de secteur 2 (70 %) et 3 336 par des médecins de secteur 1 (30 %) installés avant 2013 et disposant des titres permettant l'accès au secteur 2.

Ainsi, en 2014, le nombre total de contrats a augmenté de près de 700, avec plus de 1 180 médecins nouveaux adhérents, contre 494 qui en sont sortis¹²⁶.

À la fin 2014, 32 % des médecins de secteur 2 sont adhérents au contrat d'accès aux soins.

À la fin 2014, on dénombre 613 nouveaux installés en secteur 2 qui ont adhéré au CAS, contre 256 à la fin 2013, soit plus de 350 nouveaux installés de plus en un an.

La dynamique se poursuit en 2015 avec plus de 310 nouveaux contrats qui ont été signés au premier trimestre.

L'accompagnement des adhérents au CAS se poursuit : visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM), données sur les pratiques tarifaires mises à jour chaque trimestre et disponibles sur Espace pro, suivi du respect des engagements sur l'année conditionnant la participation à la prise en charge des cotisations sociales sur la part d'activité réalisée aux tarifs opposables. Ainsi, sur l'année 2014, 8 476 médecins ont respecté leurs engagements, soit 75 % des adhérents, et 2 895 ne les ont pas respectés.

Une relance de la campagne de promotion du contrat est envisagée à l'automne 2015, notamment auprès des médecins nouveaux installés.

(124) Il s'agit d'une première vague de paiements. Une seconde vague interviendra dans les prochaines semaines.

(125) Pour les médecins de secteur 1, la prise en charge des cotisations intervient en amont de l'appel de cotisations.

(126) Dans 60 % des cas, la sortie du contrat est liée à une cessation d'activité libérale, dont 44 % pour retraite.

Sages-femmes

Les avenants conventionnels n° 1 et n° 2 publiés respectivement au *Journal officiel* des 14 mars 2012 et 27 février 2014 ont prévu des avancées significatives en matière de nomenclature pour les sages-femmes.

L'avenant n° 1 a ainsi mis en place une convergence tarifaire entre les sages-femmes et les médecins pour les actes à compétence partagée entre ces deux professions (essentiellement échographies et accouchements).

De plus, afin de prendre en compte et d'accompagner les évolutions législatives et réglementaires instaurant un élargissement des compétences des sages-femmes, l'avenant conventionnel n° 2 a poursuivi les avancées réalisées via l'avenant n° 1 en parachevant cette convergence tarifaire, ce qui a été réalisé en procédant à des adaptations de certains libellés et actes de leur nomenclature.

Cet avenant a ainsi ouvert la voie à l'insertion des actes des sages-femmes dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) par une rédaction de libellés identiques à ceux existant en CCAM pour les médecins pour les actes à compétence partagée entre ces deux professions, et a posé le principe d'instauration de travaux conventionnels, dès le début de l'année 2014.

Les partenaires conventionnels se sont ainsi attachés, tout au long de l'année 2014, à appliquer ce programme de travail en vue d'aboutir à la transposition de certains actes techniques des sages-femmes dans la CCAM au 1^{er} janvier 2016.

Des groupes de travail conventionnels se sont ainsi tenus tout au long de l'année afin de lister les actes techniques concernés par cette transposition, ainsi que leurs modalités et conditions de facturation, aboutissant à l'adoption d'une décision de l'Uncam le 17 juin 2015.

La valorisation des actes techniques ainsi transposés dans la nomenclature est instaurée par un avenant conventionnel n° 3 à la convention nationale, signé le 11 mai 2015, dont la publication interviendra à l'été 2015, pour une entrée en vigueur effective début 2016.

Chirugiens-dentistes

L'année 2014 a été marquée par une évolution majeure pour les chirugiens-dentistes : l'entrée en vigueur au 1^{er} juin 2014 de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire. Cette évolution de leur nomenclature, issue des avenants n° 2 et 3 à la convention nationale, permet aujourd'hui aux professionnels de coder beaucoup plus précisément leur activité et de bénéficier d'une description d'actes plus en rapport avec leur pratique quotidienne.

Pharmaciens

Trois avenants à la convention des pharmaciens d'officine (publiée au *Journal Officiel* du 6 mai 2012) ont été signés en 2014.

L'avenant n° 4, signé le 21 mai 2014 et publié au *Journal Officiel* du 2 décembre 2014, porte sur la mise en œuvre de l'accompagnement pharmaceutique des patients asthmatiques, en initiation de traitement de fond (par corticoïdes inhalés) sur les thèmes de l'observance et du conseil au bon usage des dispositifs d'inhalation. Il s'inscrit de ce point de vue en complémentarité de sophia. Dans ce cadre, des supports d'accompagnement, validés par la Haute Autorité de santé (HAS) ont été remis aux pharmaciens : guide d'accompagnement, fiche de suivi patients, mémo de formation des patients aux techniques d'inhalation, mémo relatifs aux facteurs déclencheurs de l'asthme. Le pharmacien doit réaliser au moins deux entretiens annuels pour percevoir la rémunération forfaitaire fixée à 40 euros par an et par patient.

L'avenant n° 5, signé le 21 mai 2014 et publié au *Journal Officiel* du 2 décembre 2014, instaure l'honoraire de dispensation pour les pharmaciens, conformément à l'article L. 162-16-17 du Code de la Sécurité sociale (CSS). Cet avenant, pris en application de l'article 26 de la convention nationale, définit ces honoraires (honoraires au conditionnement et honoraire par ordonnance dite complexe) qui ne concernent que les spécialités pharmaceutiques remboursables.

Parmi les prestations couvertes par principe par l'honoraire de dispensation, figure notamment la vérification de la validité de l'ordonnance, la vérification de l'admissibilité des renouvellements, la vérification de l'adéquation de la posologie prescrite, le contrôle des interactions au sein de l'ordonnance et le conseil aux patients. La facturation de l'honoraire pour ordonnance dite complexe est conditionnée à la proposition systématique par le pharmacien au patient d'un plan de posologie permettant à ce dernier de mieux appréhender la prise de son traitement.

Enfin, l'avenant n° 6, signé le 14 novembre 2014 et publié au *Journal Officiel* du 4 juin 2015, actualise la liste des molécules ciblées dans le cadre de l'efficience de la délivrance portant sur les médicaments génériques. Cette actualisation annuelle permet de promouvoir les molécules à fort potentiel d'économie et de participer ainsi au soutien de la dynamique de substitution enclenchée depuis 2012 par les partenaires conventionnels.

ANNEXE 2

BILAN DES NÉGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Soins de proximité

L'objectif était d'aboutir à la signature d'accords interprofessionnels visant à :

- conforter le travail en équipe autour du patient, par la coordination des soins de ville en veillant au juste recours aux soins hospitaliers pour améliorer le service rendu aux patients ;
- respecter la pluralité des modes d'organisation des équipes de soins plus ou moins formalisés et le libre choix des patients ;
- poursuivre le travail engagé pour favoriser la constitution d'équipes de soins ambulatoires, au sein ou non d'une structure formalisée, pour :
 - renforcer la prévention et l'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques, notamment lors de l'instauration ou du suivi de certains traitements nécessitant des bilans réguliers et un renforcement de l'observance,
 - déployer des nouveaux services en santé fondés sur l'exercice pluriprofessionnel et la coordination entre les secteurs ambulatoire et hospitalier,
 - faire évoluer les modes de rémunération afin de valoriser les démarches de soins coordonnés (et pérenniser notamment les expérimentations des nouveaux modes de rémunération – ENMR, qui arrivent à leur terme fin 2014).

Deux vecteurs juridiques ont été utilisés : l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) (article L. 162-1-13 du Code de la sécurité sociale – CSS – conclu entre l'Uncam et l'Union nationale des professions de santé – UNPS), et l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) (II de l'article L. 162-14-1 du CSS) ;

- professions concernées : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, biologistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues, transporteurs sanitaires, audioprothésistes, opticiens, professionnels de l'appareillage (ocularistes, épithésistes, orthoprothésistes, podo-orthésistes) et représentants des centres de santé (ces derniers n'étant éligibles qu'à l'ACI).

Des séances de négociations ont eu lieu d'avril à octobre 2014 en vue de la conclusion d'un avenant à l'Acip et de l'élaboration d'un premier ACI.

Fin octobre 2014, l'assemblée générale de l'UNPS a voté contre le texte proposé pour l'Acip.

Pour l'ACI destiné à mettre en place une rémunération des structures de santé pluriprofessionnelles formalisées (maisons de santé, centres de santé) pour pérenniser les ENMR, les conditions juridiques nécessaires pour aboutir à sa conclusion n'ont pas été réunies (refus de signature de deux syndicats représentatifs des médecins, CSMF et SML). En effet, la validité de cet accord pour les médecins n'était pas envisageable compte tenu de la décision de ces deux syndicats. Or, les structures de santé pluriprofessionnelles de proximité susceptibles d'être concernées par l'accord comportent impérativement en leur sein des représentants de cette profession en application des dispositions du Code de la santé publique.

Bertrand Fragonard a donc été saisi en novembre 2014 en qualité d'arbitre pour rédiger un règlement arbitral (procédure prévue aux articles L. 162-14-2, R. 162-54-7 et R. 162-54-8 du CSS) pour se substituer à l'ACI.

Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité a été approuvé par arrêté du 23 février 2015 publié au Journal officiel du 27 février 2015.

Ce règlement arbitral a pour objectif de pérenniser les ENMR des structures de santé pluriprofessionnelles formalisées (maisons de santé au sens de l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique et centres de santé) mises en place dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008, arrivées à échéance le 31 décembre 2014, en les faisant entrer dans le champ conventionnel.

Ce règlement arbitral généralise le financement de la coordination dans les structures mentionnées plus haut, sous réserve de la signature d'un contrat, sans limitation du nombre de structures concernées. Il est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, les partenaires conventionnels doivent engager une négociation en vue d'élaborer un nouvel accord dans les deux ans suivant son entrée en vigueur.

Il met en place une rémunération spécifique aux structures pluriprofessionnelles en contrepartie d'un certain nombre d'engagements reposant sur trois axes :

- l'accès aux soins,
- le travail en équipe,
- l'utilisation d'un système informationnel partagé.

Centres de santé

La négociation d'un nouvel accord national régissant les relations entre les caisses d'assurance maladie et les gestionnaires de centres de santé, commencée en mai 2014, s'est poursuivie en 2015. Menée en parallèle de la négociation sur les soins de proximité et notamment au titre de l'ACI pour les structures regroupées, elle a été interrompue lors de la rupture de ces négociations et n'a repris qu'en mars 2015, après la publication du règlement arbitral se substituant à l'ACI en l'absence d'accord conventionnel. Par souci de cohérence et de lisibilité, les centres de santé ont en effet souhaité que les engagements de l'ACI d'accessibilité et de coordination des professionnels de santé exerçant au sein d'un centre de santé polyvalent soient repris dans l'accord national et valorisés par des rémunérations identiques.

Afin d'affirmer leur identité commune, ces mesures ont été déclinées pour les centres de santé infirmiers et dentaires. Des engagements complémentaires d'instauration d'une démarche qualité et d'accompagnement de publics vulnérables au sein des centres de santé ont été ajoutés.

L'accord prévoit également une transposition du dispositif « médecin traitant » et de la Rosp ainsi que des mesures incitatives pour conforter ou stabiliser l'offre de soins de proximité dans les territoires en difficulté.

Enfin, une option visant à favoriser l'accès aux soins prothétiques dentaires et orthodontiques ainsi que la pratique de soins conservateurs est proposée aux centres de santé dentaires. Ils peuvent s'engager sur une modération des dépassements tarifaires en contrepartie d'une rémunération forfaitaire fondée sur les actes conservateurs et chirurgicaux pris en charge par l'Assurance Maladie.

Une signature de l'accord national est attendue début juillet 2015.

Auxiliaires médicaux

Masseurs-kinésithérapeutes

La politique d'accès aux soins conduite par l'Uncam et le Gouvernement depuis plusieurs années se traduit, dans le cadre conventionnel, par des mesures incitatives à l'installation en zones « sous-dotées » ou « très sous-dotées », qui s'accompagnent de mesures de régulation des conventionnements dans les zones « sur-dotées ».

Se fondant sur l'évaluation des effets positifs de ces mesures sur la répartition des professionnels de santé sur le territoire, cette démarche a été étendue en tout ou partie à d'autres professions de santé, dont les masseurs-kinésithérapeutes.

Cependant, le Conseil d'État, sur recours formé par le syndicat Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs (FFMKR) des Landes, a considéré, dans un arrêt du 17 mars 2014, qu'une limitation du nombre de professionnels susceptibles d'être conventionnés dans certaines zones touchait aux principes fondamentaux du droit de la sécurité sociale et a conclu que le législateur devait expressément habiliter les partenaires conventionnels dans ce domaine. Par conséquent, il a annulé partiellement les dispositions de l'arrêté du 10 janvier 2012 portant approbation de l'avenant 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

Une telle décision d'annulation a nié la volonté des partenaires conventionnels et a engendré un déséquilibre économique important du fait de l'application partielle de l'avenant conventionnel n° 3, dont ne subsistent que les dispositions financières en faveur des masseurs-kinésithérapeutes, sans aucune contre-partie structurante pour l'accès aux soins de leur part.

Désormais, afin notamment de restaurer un équilibre économique entre la profession et l'Uncam et de rouvrir les discussions conventionnelles, il est proposé en 2015 de rétablir une base légale permettant aux partenaires conventionnels de définir un dispositif de régulation démographique du conventionnement basé sur des critères géographiques.

ANNEXE 3

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) TROIS ANS APRÈS

Annexe 3 - La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) trois ans après

1. La Rosp, levier d'évolution des pratiques des médecins

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) atteint sa troisième année de plein exercice, permettant ainsi d'analyser, avec un recul désormais significatif, les effets du dispositif.

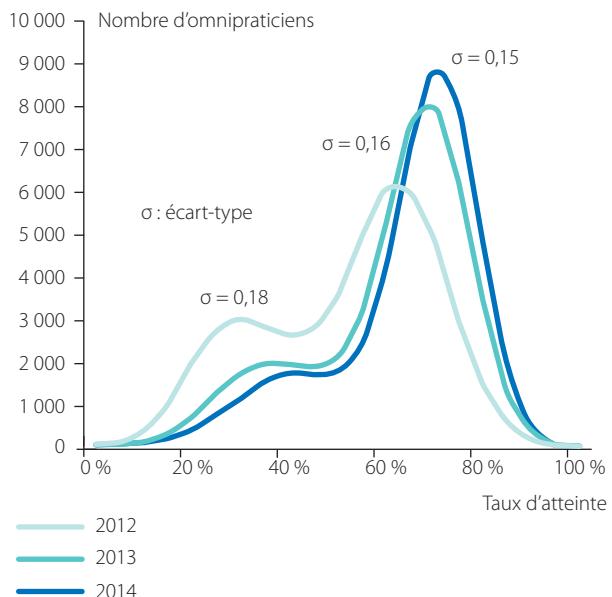
Une dynamique de progression qui se poursuit

La comparaison annuelle du rapport entre la rémunération versée et la rémunération potentielle maximale permet de mesurer la progression dans l'atteinte des objectifs fixés pour la Rosp.

Le taux d'atteinte des objectifs pour les omnipraticiens, à champs comparables¹²⁷, observe une nouvelle progression entre 2013 et 2014. Il évolue ainsi de 61,5 % à 65,1 %, soit + 3,6 points. La progression ralentit cependant par rapport à l'année précédente. Entre 2012 et 2013, le taux d'exécution à champs comparables avait progressé de 52,9 % à 61,5 %, soit une augmentation de 8,6 points. Une progression équivalente est constatée chez les seuls médecins généralistes, dont le taux d'atteinte global des objectifs a évolué de 53 % en 2012, à 61,7 % en 2013 puis à 65,3 % en 2014, soit une amélioration de + 12,3 points en deux ans (+ 12,2 points chez les omnipraticiens).

Les courbes de résultats ci-contre¹²⁸ représentent la distribution des médecins par rapport à leur taux d'atteinte des objectifs (figure 71). Le déplacement vers la droite de la courbe 2014 traduit une progression continue et le resserrement de la courbe constaté par rapport à 2012 est le reflet d'une plus grande homogénéisation des taux d'atteinte.

► FIGURE 71
Évolution du taux d'atteinte des objectifs fixés pour la Rosp



Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle « médecin traitant » d'au moins 200 patients – France entière
Source : Cnamts (bases de rémunération Rosp 2012, 2013 et 2014)

En 2014, 68 % des médecins éligibles ont progressé dans l'atteinte de leurs objectifs par rapport à 2013 (versus 85 % entre 2012 et 2013). La part des médecins qui progressent est plus importante chez ceux dont les taux d'atteinte en 2013 étaient les plus faibles.

À noter que les 20 % des médecins les plus performants atteignent au moins 75,8 % des objectifs en 2014.

(127) Afin de disposer de données comparables, le calcul est réalisé à partir des résultats des omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle « médecin traitant » d'au moins 200 patients. Les mêmes critères sont pris en compte pour les seuls médecins généralistes. Les résultats définitifs de l'indicateur sur le dépistage du cancer du sein n'étant pas disponibles à la fin décembre 2014, une estimation a été calculée à partir des résultats obtenus en septembre 2014.
(128) Courbes des taux d'atteinte des objectifs de 2012 à 2014 des omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle « médecin traitant » d'au moins 200 patients.

Une évolution confirmée sur les différents volets depuis 2012, plus resserrée en 2014

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 et l'efficience des prescriptions ; 4/ l'organisation du cabinet et la qualité de service¹²⁹.

L'analyse des résultats par volets¹³⁰ révèle en 2014 une progression pour les volets qui concernent le suivi des maladies chroniques, l'optimisation des prescriptions et l'organisation du cabinet, et une tendance à la stabilisation pour le volet prévention (**tableau 41**).

Si l'on analyse les résultats depuis la mise en place de la Rosp, il apparaît que la réalisation des objectifs a évolué de manière significative sur l'ensemble des volets depuis 2012 – de manière très soutenue concernant l'organisation du cabinet et moins marquée s'agissant de la prévention.

Sur chacun des volets pour lesquels nous disposons des résultats définitifs¹³¹, au moins la moitié des omnipraticiens éligibles ont réalisé des progrès dans l'atteinte de leurs objectifs en 2014 ; 51 % continuent de faire évoluer leurs pratiques en matière d'organisation du cabinet malgré un taux d'atteinte moyen déjà très élevé et 56 % obtiennent de meilleurs résultats sur les indicateurs de suivi des pathologies chroniques. Enfin, 76 % des omnipraticiens ont continué à améliorer leurs pratiques dans le champ de la prescription par rapport à 2013.

De plus, la progression dans l'atteinte des objectifs est confirmée sur l'ensemble des départements. Une analyse, département par département, montre que hors Dom-Tom, le taux d'atteinte est en 2014 supérieur à 57,5 % sur l'ensemble du territoire. Cette tendance se retrouve sur chacun des trois volets « suivi des pathologies chroniques », « prescription » et « organisation du cabinet ».

2. Les résultats 2014 à la loupe, volet par volet

Améliorer la santé publique et la qualité du service au patient sont les principaux objectifs de la Rosp et tous les indicateurs ont été précisément choisis et négociés en ce sens avec les syndicats représentatifs de la profession.

Ils incitent les médecins à mieux prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques, conformément aux référentiels de bonne pratique élaborés par les autorités sanitaires. Ils s'attachent également à favoriser la prévention et le dépistage, notamment pour les catégories de populations les plus à risque. Ils ont enfin vocation à optimiser les prescriptions au regard des référentiels et du rapport bénéfice/risque, fondement de toute démarche de soins.

► TABLEAU 41

Taux d'atteinte de la Rosp par volet

Volets	Taux d'atteinte 2012	Taux d'atteinte 2013	Taux d'atteinte 2014	Progression 2012/2014	Progression 2013/2014
Le suivi des maladies chroniques	50,3 %	56,7 %	58,9 %	+ 8,6 points	+ 2,2 points
La prévention	35,1 %	40,4 %	40,8 %	+ 5,7 points	+ 0,4 point
La prescription	56,0 %	64,1 %	69,9 %	+ 13,9 points	+ 5,8 points
L'organisation du cabinet	63,3 %	76,3 %	80,9 %	+ 17,6 points	+ 4,6 points

*Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients - France entière
Source : Cnamts (bases de rémunération Rosp 2012, 2013 et 2014)*

(129) Tous les indicateurs de la Rosp ont été élaborés à partir des référentiels des autorités de santé, sur la base des consultations des sociétés savantes, et soumis 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 pratiques, en 2012 pour les cardiologues et en 2013 pour les gastro-entérologues.

(130) Champs de calcul utilisé précisé ci-dessus.

(131) Les résultats définitifs de l'indicateur sur le dépistage du cancer du sein n'étant pas disponibles à la fin décembre 2014, une estimation a été calculée à partir des résultats obtenus en septembre 2014.

ANNEXE 3

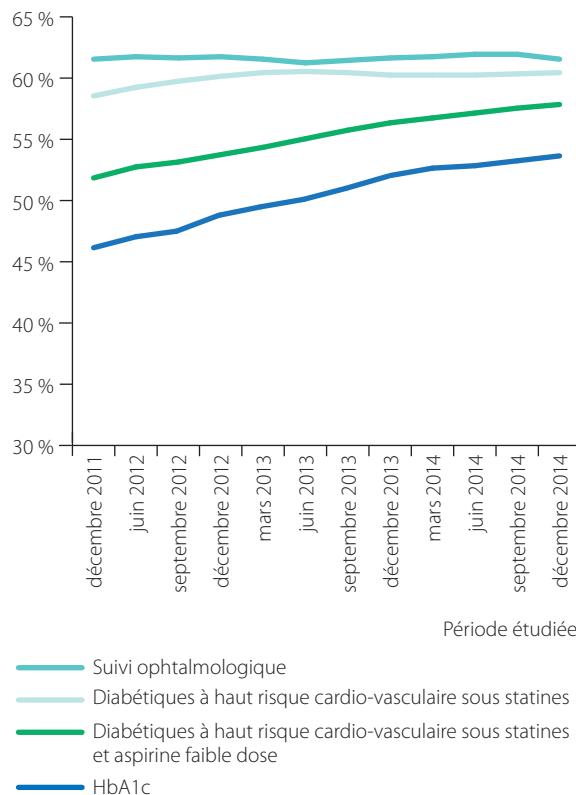
LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) TROIS ANS APRÈS

Le suivi des pathologies chroniques

Les progressions observées en 2012 et 2013 sur ce volet se poursuivent en 2014, elles font l'objet d'un léger ralentissement (**figure 72**).

► FIGURE 72

Évolution des indicateurs relatifs au suivi des diabétiques de décembre 2011 à décembre 2014



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée

Source : Cnamts (Sniiram)

– Les indicateurs concernant les dosages d'hémoglobine glyquée ont évolué de + 7,5 points depuis 2011. La part des patients diabétiques ayant eu trois ou quatre dosages de l'hémoglobine glyquée en 2014 est de 53,4 %, l'objectif étant fixé à 65 %. Le ralentissement de la progression observée en 2014 sur cet indicateur peut s'expliquer en partie par l'évolution récente des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) en la matière, qui préconise désormais uniquement deux dosages de l'hémoglobine glyquée pour les patients dont l'objectif glycémique est atteint et si le traitement n'est pas modifié.

– Le suivi des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire sous statines et aspirine faible dosage a, quant à lui, progressé de six points sur la même période. Il correspond à un plus grand nombre de patients bénéficiant d'un traitement conforme aux recommandations, pour lesquels on vise ainsi à réduire le risque de survenue d'un événement cardio-vasculaire. Le bénéfice de l'administration d'aspirine à faible dose a également été démontré dans la prévention de certains cancers auxquels peuvent être plus particulièrement exposés les diabétiques, notamment traités par insuline^{132, 133}.

En 2014, deux autres indicateurs relatifs au suivi des patients diabétiques sont restés stables.

– La part de patients diabétiques à haut risque cardio-vasculaire qui bénéficient du traitement recommandé par statines n'évolue que très faiblement en 2014 (+ 0,1 point) et reste insuffisante (60,2 % des patients) au regard de l'objectif cible fixé à 75 %. Il a cependant progressé de 1,9 point depuis 2011.

– La part de patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil reste constante depuis 2011, autour de 61 %, alors que l'objectif cible est de 80 %. Le dépistage de la rétinopathie diabétique, complication grave du diabète pouvant mener à la cécité, est donc insuffisamment réalisé et n'augmente pas en valeur relative. Cette stagnation apparente est à moduler du fait de l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 (nombre de patients atteints présents dans la population à un instant « T »). Ce résultat doit, par ailleurs, être mis en regard avec les disparités d'accès à un ophtalmologue qui existent sur le territoire, liées à des difficultés tant démographiques qu'économiques. Les efforts actuels doivent être poursuivis pour favoriser la réalisation de cet examen essentiel à l'identification précoce des complications oculaires du diabète, qui permet la prévention de la déficience visuelle.

Au total, au terme de trois années de déploiement de la Rosp, ce sont pas moins de 235 000 patients diabétiques supplémentaires qui ont pu bénéficier des dosages d'hémoglobine glyquée recommandés, et 70 000 patients diabétiques à haut risque cardio-vasculaire qui ont été mis sous traitement par statine et par aspirine faible dosage ou anticoagulant en 2014.

(132) Algra A.M., Rothwell PM., « Effects of regular aspirin on long-term cancer incidence and metastasis: a systematic comparison of evidence from observational studies versus randomised trials », *The Lancet*, mars 2012. Disponible sur www.thelancet.com/oncology.

(133) Rothwell PM., Wilson M., Price J.F., Belch J.F.F., Meade T.W., Mehta Z., « Effect of daily aspirin on risk of cancer metastasis: a study of incident cancers during randomised controlled trials », *The Lancet*, mars 2012. Disponible sur www.thelancet.com/oncology.

De nouvelles modalités de dépistage de la rétinopathie au service des médecins

Pour répondre à cet enjeu d'accès aux soins, l'Assurance Maladie a mis en place une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie en coopération entre orthoptistes et ophtalmologistes.

Premier acte de télémédecine remboursé en ville, la rétinographie (« photographie » du fond d'œil) réalisée par l'orthoptiste est télétransmise et interprétée par l'ophtalmologue en lecture différée. Cet acte de télé-expertise est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie obligatoire ou dans quelques cas avec un reste à charge très limité.

Entrée en vigueur en janvier 2015, cette nouvelle modalité de dépistage fait l'objet d'une campagne d'information des professionnels de santé et des patients sur tout le territoire avec un accompagnement renforcé sur les 15 sites pilotes.

La prévention

La prévention est aujourd'hui au cœur des priorités de santé publique. Les modifications des comportements et la prévention médicalisée, facteurs de réduction de la mortalité et de la morbidité globales, sont des axes majeurs de progrès sanitaire.

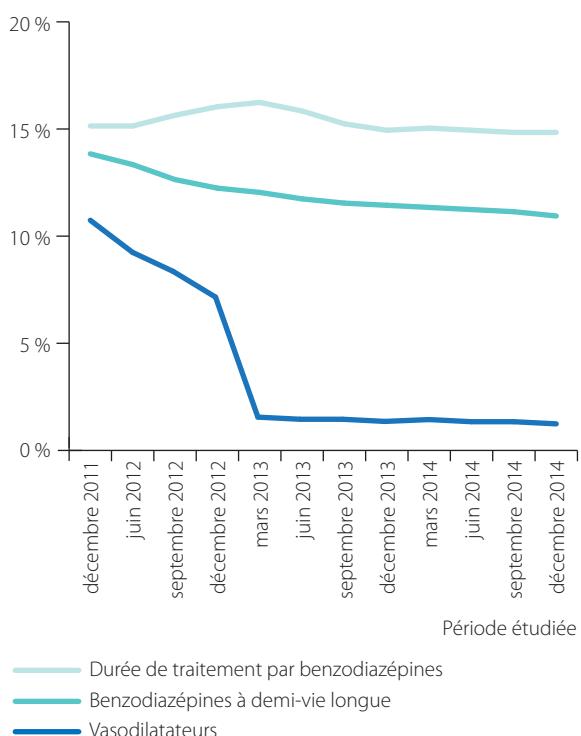
Plusieurs indicateurs de prévention ont été définis dans le cadre de la Rosp. Ils se distinguent par leur double finalité : éviction des risques iatrogéniques, d'une part ; dépistage et vaccination, d'autre part.

Une amélioration des indicateurs relatifs à la iatrogénie médicamenteuse

En 2014, des progrès notables sont constatés sur l'ensemble des indicateurs concernant la prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 65 ans, responsable de nombreuses hospitalisations chaque année¹³⁴. Pour ces indicateurs, l'amélioration correspond à une diminution du nombre de patients consommant certains médicaments à risque iatrogénique élevé et/ou à une réduction des durées de traitement (figure 73).

Les vasodilatateurs, dont la majorité a fait l'objet d'un déremboursement au cours des dernières années en raison d'un service médical rendu (SMR) jugé insuffisant, ne sont aujourd'hui plus prescrits qu'à une part infime des patients : 1,1 % des patients de plus de 65 ans (soit une baisse de 9,5 points en trois ans), dépassant largement l'objectif de 5 % fixé en 2011.

► FIGURE 73
Évolution des indicateurs relatifs à la prévention des risques iatrogènes de décembre 2011 à décembre 2014



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée

Source : Cnamts (Sniiram)

La diminution progressive du recours aux benzodiazépines à demi-vie longue constatée en 2012 et 2013 se poursuit en 2014, permettant de limiter les effets délétères de ces produits (interactions médicamenteuses, augmentation des chutes...). Une baisse de 2,9 points de la part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie¹³⁵ longue dans l'année a ainsi été enregistrée depuis 2011. Ce qui représente, pour l'année 2014, un total de 294 000 patients pour lesquels la prescription de benzodiazépines a été évitée. La part des patients dont la durée de traitement par benzodiazépine est supérieure à douze semaines est, en revanche, restée stable en 2014, à 14,7 % (- 0,1 point par rapport à 2013).

(134) 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>.

(135) La demi-vie est le temps mis par une substance (médicament, noyau radioactif ou autres) pour perdre la moitié de son activité pharmacologique, physiologique ou radioactive. C'est l'indicateur utilisé en pharmacologie pour évaluer la durée d'activité d'un médicament dans le corps humain.

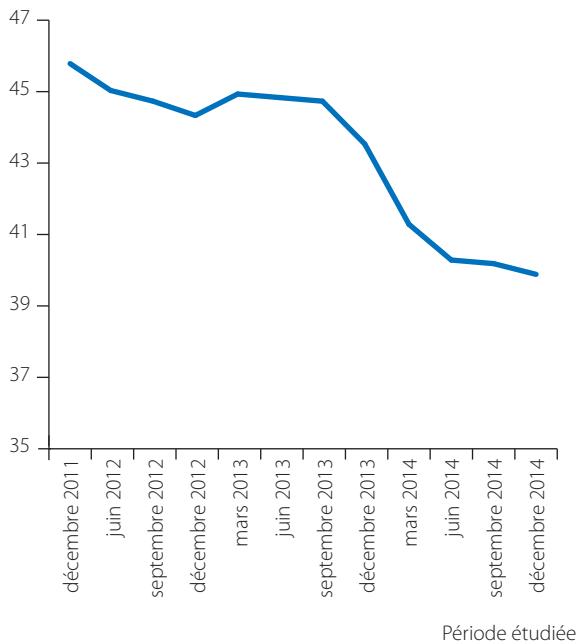
ANNEXE 3

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) TROIS ANS APRÈS

Des indicateurs en progrès concernant la prescription d'antibiotiques

La réduction du nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans affection de longue durée (ALD) s'est accélérée en 2014 (**figure 74**). Une baisse de 3,7 points a été enregistrée en 2014 par rapport à 2013 pour atteindre un ratio d'un peu moins de 40 prescriptions pour 100 patients (contre plus de 45 prescriptions pour 100 patients en 2011). La baisse de 5,9 points constatée depuis 2011 représente un total d'environ 1 700 000 prescriptions évitées pour l'année 2014¹³⁶.

► **FIGURE 74**
Évolution de l'indicateur relatif à la prescription d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD de décembre 2011 à décembre 2014



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée

Source : Cnamts (Sniiram)

Ces résultats sont encourageants pour la lutte contre la résistance aux antibiotiques, sur laquelle l'ensemble des acteurs de santé publique sont mobilisés depuis plus de dix ans.

En ville, 40 % des prescriptions d'antibiotiques sont faites pour des infections virales (bronchites, rhinopharyngites, syndrome grippal et angine très souvent virales). Dans ce contexte, et pour une population adulte sans pathologie sévère, cet indicateur de la Rosp valorise un recours adapté à l'antibiothérapie en ville.

Dans le cadre des plans nationaux de gestion du risque adoptés au cours des dernières années, l'Assurance Maladie s'est fortement engagée pour diminuer le phénomène de résistance qui existe à l'heure actuelle en évitant les prescriptions inappropriées par l'information des médecins, la mise à leur disposition de tests de diagnostic rapide des angines à streptocoques mais aussi la conduite de campagnes d'information à destination du grand public.

Cette mobilisation doit être maintenue pour permettre l'atteinte de l'objectif cible, qui est de moins de 37 prescriptions pour 100 patients.

Des résultats mal orientés sur les champs du dépistage et de la vaccination

L'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein et celle de la vaccination contre la grippe sont au cœur des priorités de santé publique depuis plusieurs années. Les objectifs fixés dans le cadre de la Rosp ont pour ambition d'améliorer sensiblement les taux de couverture nationaux du dépistage et de la vaccination, qui restent insuffisants par rapport aux objectifs fixés par les pouvoirs publics (80 % des femmes de 25 à 65 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 80 % des femmes de 50 à 74 ans pour le dépistage du cancer du sein et 75 % des populations à risque¹³⁷ pour la vaccination antigrippale).

Dans un contexte marqué par l'ambivalence, voire le doute, sur l'utilité, l'efficacité ou encore la sécurité des vaccins, les indicateurs relatifs à la vaccination se révèlent mal orientés en 2014.

(136) À noter que ces résultats ne peuvent être comparés à la dernière évaluation annuelle réalisée par l'ANSM car ils ne portent que sur les patients âgés de 16 à 65 ans qui ne font pas l'objet d'un suivi médical pour une ALD.

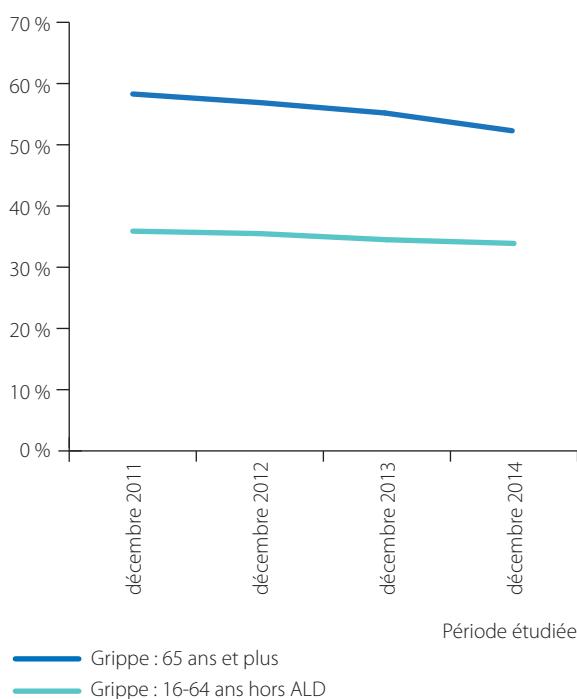
(137) Les personnes de 65 ans et plus, les personnes souffrant d'une ALD exonérante visée par les recommandations, les professionnels de santé.

Ainsi, la vaccination a évolué à la baisse, et ce, de manière plus significative chez les patients de 65 ans et plus. La part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière a diminué de 2,9 points par rapport à 2013¹³⁸ (**figure 75**).

Celle des patients adultes de 16 à 64 ans en ALD a, quant à elle, diminué de 0,7 point sur la même période. On constate cependant un ralentissement de la baisse de cet indicateur par rapport à celle enregistrée en 2013 (- 1 point).

► FIGURE 75

Évolution des indicateurs de prévention relatifs à la vaccination antigrippale de décembre 2011 à décembre 2014



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée

Source : Cnamts (Sniiram)

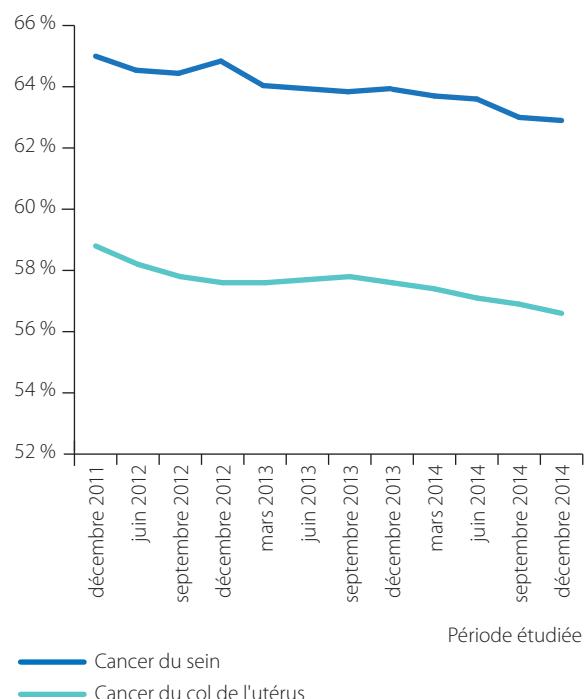
Concernant le dépistage des cancers, il apparaît par ailleurs que le nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans qui ont effectué un frottis cervico-vaginal au cours des trois dernières années a reculé de 1 point par rapport à 2013 (**figure 76**).

Les travaux de la HAS¹³⁹ et de l'Assurance Maladie¹⁴⁰ réalisés depuis 2010 sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ont permis d'identifier les facteurs déterminants en matière de

dépistage de ce cancer. Ainsi, le fait d'être incité au dépistage par un professionnel avec lequel une relation de confiance a déjà été établie est un facteur favorisant essentiel, tandis qu'à l'inverse les difficultés socio-économiques jouent en défaveur du dépistage. La place des gynécologues et celle des médecins généralistes dans le dépistage des cancers féminins est en ce sens déterminante.

► FIGURE 76

Évolution des indicateurs de prévention relatifs au cancer du sein et au cancer du col de l'utérus de décembre 2011 à décembre 2014



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée

Source : Cnamts (Sniiram)

S'agissant enfin du cancer du sein, les résultats concernant le nombre de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années montrent une baisse de 1,1 point en un an.

Au global, ces résultats s'avèrent insatisfaisants au regard des enjeux de santé publique, notamment pour réduire la mortalité et la morbidité liées aux cancers féminins et aux maladies infectieuses.

(138) Cf. cartographie en annexe 4.

(139) *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France*, HAS, juill. 2010.

(140) Étude du lien entre précarité et objectifs de la Rosp réalisée par l'Assurance Maladie à partir des résultats 2012 et 2013.

ANNEXE 3

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) TROIS ANS APRÈS

L'optimisation et l'efficience des prescriptions

Ce volet de la Rosp vise à concilier respect des bonnes pratiques et maîtrise médicalisée des dépenses.

Concernant ces indicateurs, les taux progressent significativement depuis la mise en place de la Rosp et cette tendance se confirme en 2014.

La prescription d'aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires a ainsi augmenté de 1 point par rapport à 2013 pour atteindre un taux de 85,4 %, dépassant ainsi l'objectif cible de 85 %. La progression de 3,4 points constatée depuis 2011 représente 143 000 patients supplémentaires en 2014, pour les médecins concernés.

Le recours aux IEC (inhibiteurs d'enzymes de conversion) plutôt qu'aux sartans a également augmenté de 1,1 point par rapport à 2013 avec un taux de 41,5 %. Des efforts restent toutefois à poursuivre pour atteindre l'objectif de 65 % d'IEC sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boîtes).

En 2014, l'ensemble des résultats concernant le recours aux génériques sur les cinq classes de médicaments continue de progresser, au service de l'efficience globale du système de soins.

Les pratiques portant sur les prescriptions d'IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) et d'antihypertenseurs ont largement dépassé l'objectif cible. Elles s'en rapprochent pour les trois autres classes de médicaments concernées : à moins de 10 points pour les prescriptions d'antibiotiques et à moins de 5 points pour les statines et les antidépresseurs. La progression des prescriptions dans le répertoire des génériques est particulièrement marquée en 2014 pour les antidépresseurs : + 7,5 points par rapport à 2013. Cette évolution s'explique par l'inscription du séroplex dans le répertoire des génériques et par un renforcement de l'information délivrée aux médecins concernant les molécules inscrites au répertoire des génériques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS ou citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN comme la venlafaxine) et autres antidépresseurs (miansépine, mirtazapine).

L'organisation du cabinet et la qualité de service

Les indicateurs relatifs à l'organisation du cabinet et à la qualité de service visent à améliorer l'accueil, la qualité du suivi et de la prise en charge des patients.

L'utilisation de logiciels « métier » comprenant un logiciel d'aide à la prescription certifié contribue à faciliter et à améliorer la pratique du médecin grâce à la mise en place d'un dossier

médical informatisé (comprenant l'ensemble des antécédents, données cliniques et paracliniques du patient) et à la sécurisation des prescriptions (signalement d'éventuelles interactions médicamenteuses, contre-indications, etc.).

L'informatisation facilite également les échanges de données entre professionnels de santé, pour une prise en charge coordonnée du patient.

La part de médecins disposant des prérequis nécessaires pour être éligibles à la rémunération sur ce volet continue de progresser, confirmant l'évolution des pratiques en matière de télétransmission.

En 2014, les pratiques continuent d'évoluer positivement (+ 3 points) sur quatre des cinq indicateurs pour l'ensemble des médecins éligibles à la rémunération sur le volet « organisation » du cabinet¹⁴¹.

L'usage des logiciels d'aide à la prescription, qui permet d'automatiser certaines vérifications pouvant être longues pour anticiper d'éventuelles interactions médicamenteuses, a progressé de 3 points pour l'ensemble de ces médecins (56 %) et de 4 points chez les omnipraticiens (75 %). L'utilisation croissante de ces logiciels, outils précieux d'aide à la décision, favorisent la diffusion de bonnes pratiques.

Les progrès enregistrés sur l'indicateur « synthèse médicale » sont également un signal positif. La fiche de synthèse médicale contribue à améliorer le suivi des patients et la coordination des soins entre professionnels de santé. Le développement de cette pratique est un véritable gage de la qualité du suivi et de la prise en charge pour les patients.

Il est à noter que le renforcement de l'information des patients sur les horaires de consultations et les modalités d'organisation du cabinet est plus significatif en 2014 chez les médecins spécialistes ayant les prérequis ; ils sont 73 % à les afficher dans le cabinet et sur le site www.ameli.fr (contre 67 % en 2013, + 6 points).

Ces résultats sont le reflet d'un réel mouvement de modernisation et d'information des cabinets qui se fait au bénéfice des patients.

(141) Ayant les prérequis.

3. Un « effet Rosp » positif constaté sur les pratiques des spécialistes

Chez les cardiologues

La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) des spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires repose sur le suivi de 13 indicateurs, dont 9 concernent la pratique médicale. En 2014, 6 sur 7 des indicateurs cliniques calculés évoluent dans le bon sens par rapport à 2013 tout en conservant une réelle marge de progression pour 2015, la plupart des objectifs intermédiaires n'étant pas encore atteints.

Le recul constaté du nombre de patients avec antécédents d'infarctus du myocarde traités par bêtabloquant, statine et IEC ou sartans et la stagnation de la part de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par bêtabloquants, diurétiques, et IEC ou sartans révèlent cependant une prise en compte encore insuffisante des recommandations. Une vigilance particulière doit être mise en place en 2015 pour relancer la progression de ces indicateurs et permettre de réduire les risques de récidive de l'événement ou d'aggravation de la maladie.

En revanche, les recommandations en matière de prise en charge et de suivi à visée préventive des patients hypertendus sous trithérapie sont mieux respectées en 2014. Une évolution modérée est constatée sur la part de ceux dont le traitement intègre un diurétique et sur la part de ceux qui ont réalisé au moins un dosage de créatininémie et de kaliémie dans l'année. Ces bons résultats sur le volet « prévention » sont renforcés par la progression à la baisse (- 8,5 points en trois ans) du nombre de patients suivis par le cardiologue et toujours traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasurgel ou ticagrelor sur une période supérieure à douze mois. Cette diminution s'accentue chaque année depuis 2011 avec une baisse de 4,2 points enregistrés en 2014.

Les résultats des indicateurs déclaratifs, déclarés par environ la moitié des médecins concernés, témoignent d'un bon suivi des recommandations concernant l'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (Mapa) ou de l'automesure tensionnelle (AMT) dans la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) chez les patients hypertendus ainsi que d'un contrôle satisfaisant du taux de LDL cholestérol chez les patients de moins de 85 ans ayant subi un infarctus du myocarde.

C'est sur le volet « efficience » que les plus fortes progressions ont été relevées, avec une augmentation de 2,3 points sur les deux classes de médicaments concernées en 2014, par des objectifs de prescription au sein du répertoire des génériques.

Chez les gastro-entérologues

Les résultats sont globalement en progression sur l'ensemble des huit indicateurs cliniques fixés pour les gastro-entérologues, avec notamment une progression marquée sur des indicateurs de suivi des pathologies chroniques chez leurs patients.

Une amélioration très nette a ainsi été constatée pour l'indicateur concernant la surveillance des traitements des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, notamment pour celui concernant la recherche de protéinurie chez les patients traités par 5-ASA, qui progresse de 14 points par rapport à 2013 (+ 18,3 points depuis 2012) et se rapproche significativement de l'objectif fixé (37,8 % versus 40 %).

Le suivi des patients ayant subi une intervention chirurgicale pour cancer colorectal a été amélioré en 2014.

Les deux indicateurs portant sur la surveillance par imagerie et par biologie (dosage de l'antigène carcino-embryonnaire – ACE) des patients ayant été opéré d'un cancer colorectal, dans l'année suivant l'intervention, ont évolué respectivement de + 1,5 point et + 1,1 point en 2014, contribuant ainsi à l'amélioration du dépistage précoce d'une éventuelle récidive ou d'une reprise évolutive du cancer.

Une attention particulière doit être portée à la réalisation régulière du dosage de l'ACE, car seuls 26,3 % des patients ont eu au moins une fois tous les trois mois un dosage de cet antigène dans l'année suivant l'intervention, alors que l'objectif est fixé à 50 %.

Sur le plan de la prévention, le nombre de patients pour lesquels a été réalisé un contrôle par test respiratoire à l'urée (TRU) de l'éradication de l'hélicobacter pylori (HP) augmente également de manière rapide et constante depuis 2012, atteignant un taux de 52 % et dépassant ainsi l'objectif fixé à 50 % des patients. Cette évolution du contrôle de l'éradication de l'hélicobacter pylori permettra d'améliorer la prévention des lésions induites par cette infection.

ANNEXE 3

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) TROIS ANS APRÈS

Des efforts restent en revanche à faire pour diminuer le nombre des coloscopies réalisées de manière inutilement précoce à la suite d'une polypectomie.

Les indicateurs déclaratifs ont été déclarés par la moitié des médecins éligibles à la rémunération et à au moins un des six indicateurs calculés. Leurs résultats sont en faveur d'un taux d'atteinte supérieur à l'objectif pour l'indicateur concernant la qualité des coloscopies réalisées à la suite d'un test de recherche de sang occulte dans les selles positif. Ainsi, pour les médecins ayant déclaré des résultats, un adénome aurait été détecté dans 50 % des cas de coloscopies réalisées dans ce cadre. Par ailleurs, les résultats déclarés sur l'indicateur portant sur la coordination confirment que la transmission des résultats et du délai de contrôle au médecin traitant est assurée dans 96 % des cas et dépasse donc l'objectif fixé.

Les cardiologues et gastro-entérologues rémunérés perçoivent en moyenne respectivement 2 112 euros et 2 123 euros pour les progrès réalisés sur le plan clinique et sur le volet organisation.

Au total, l'ensemble de la Rosp représente une dépense brute de 376 millions d'euros pour 2014, en progression par rapport à 2012 et 2013 (respectivement de 294,4 millions et 351,9 millions), conformément à l'évolution positive des indicateurs de santé publique, d'efficience et de modernisation du cabinet qu'elle contribue à soutenir.

4. Les rémunérations versées en 2014

En généralisant la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), l'Assurance Maladie et les partenaires conventionnels se sont attachés à valoriser la qualité des soins et de la prise en charge des patients, le développement de la prévention et le renforcement de l'efficience des prescriptions.

Les résultats obtenus génèrent pour l'ensemble des médecins concernés cette année (89 111 médecins) une rémunération complémentaire annuelle de 4 215 euros, calculée en fonction de leurs résultats sur les différents indicateurs (*versus* 4 003 euros en 2013).

Parmi eux, les omnipraticiens sont rémunérés à hauteur de 5 935 euros en moyenne (*versus* 5 480 euros en 2013).

Les médecins généralistes perçoivent, pour leur part, 6 264 euros en moyenne (*versus* 5 774 euros en 2013). Ce complément de rémunération valorise l'activité de médecin traitant des médecins généralistes, 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 1 129 euros (*versus* 1 082 euros en 2013).

Annexe 4 - Méthodologie de la cartographie médicale pour les années 2011-2012-2013

1. Caractérisation des pathologies, événements de santé et traitements

Méthodologie d'identification des pathologies, événements de santé et traitements

À partir des données médico-administratives du système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram)¹⁴², chaînées¹⁴³ à celles du programme de médicalisation du système d'information (PMSI)¹⁴⁴, les 56 millions de bénéficiaires du régime général (sections locales mutualistes comprises) ont été cartographiés en 2011, 2012 et 2013 en fonction de pathologies, conditions ou traitements fréquents, ou graves, ou coûteux. Il s'agit des personnes ayant eu des dépenses médicales affectées au régime général. L'amélioration du système d'information a permis, à compter de 2011, le chaînage des assurés du régime général *stricto sensu*, c'est-à-dire qu'il est devenu possible de repérer comme étant un même individu une personne qui a bénéficié de soins au titre de différents ouvrants droit au cours de sa vie. Ce chaînage, efficace dans 99 % des cas pour le régime général *stricto sensu*, n'est pour le moment possible que dans 19 % des cas pour les bénéficiaires des sections locales mutualistes. En conséquence, on comptabilise, pour l'année 2011, 56,0 millions de bénéficiaires du régime général d'Assurance maladie, alors qu'on en décomptait 58,8 millions sans chaînage.

Parmi l'ensemble de ces bénéficiaires, 13 grandes catégories non exclusives de pathologies ont été formées, correspondant à 56 groupes non exclusifs. Pour exemple, une personne 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 (10^e révision de la classification internationale des maladies) des affections de longue durée (ALD), recherchés sur 3 caractères seulement ;
- médicaments quasi spécifiques de certaines pathologies ;
- codes CIM-10 des diagnostics des hospitalisations (diagnostics principaux, reliés et associés du PMSI-MCO et diagnostics principaux et associés du PMSI-psychiatrie) ;

– et parfois des actes, forfaits ou GHS (groupe homogène de séjour), recherchés sur 3 ou 4 caractères.

– Les cartographies 2011, 2012 et 2013 ont été développées en utilisant une même méthodologie. Aucun chaînage des pathologies n'est effectué entre les trois bases annuelles, même si les données du PMSI sont interrogées sur les cinq dernières années pour chaque cartographie. Une étude de la persistance ou non des pathologies chez un même patient au travers des trois bases de données annuelles sera réalisée.

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 est constitué de plusieurs RUM (et que ce DP est devenu un diagnostic associé – DA – dans le résumé de sortie anonymisé – RSA). L'épisode chronique est défini dans le PMSI-MCO par les codes en DP ou DR 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 restantes 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 cardiopathie ischémique aiguë (DP d'un des RUM).

(142) Prescriptions, prestations et actes remboursés réalisés en ambulatoire ainsi que leur date ; affections de longue durée ; statut vital avec la date du décès (l'antériorité est de trois ans plus l'année en cours).
 (143) Numéro d'identification anonyme et unique pour chaque personne.
 (144) Diagnostics principal (DP), relié (DR), associé (DA), et actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2011-2012-2013

2. Maladie coronaire chronique

Personnes en ALD au cours de l'année *n* avec codes CIM-10 de cardiopathie ischémique,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour ces mêmes motifs (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une cardiopathie ischémique comme complication ou morbidité associée (DA),

(et sans hospitalisation pour syndrome coronaire aigu l'année *n*).

3. Accident vasculaire cérébral aigu (AVC)

Personnes hospitalisées l'année *n* pour maladies cérébro-vasculaires aigües (DP d'un des RUM), à l'exclusion des occlusions et sténoses des artères cérébrales et précérébrales n'ayant pas entraîné d'infarctus cérébral.

L'épisode aigu d'accident vasculaire cérébral (AVC) prime sur la séquelle d'AVC.

4. Séquelle d'accident vasculaire cérébral

Personnes en ALD au cours de l'année *n* avec codes CIM-10 de maladies cérébro-vasculaires (hémiplégie incluse),

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour maladies cérébro-vasculaires, à l'exclusion des occlusions et sténoses des artères cérébrales et précérébrales n'ayant pas entraîné d'infarctus cérébral (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une maladie cérébro-vasculaire comme complication ou morbidité associée (DA), à l'exclusion des occlusions et sténoses des artères cérébrales et précérébrales n'ayant pas entraîné d'infarctus cérébral,

(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 d'un des RUM), ou pour complication aiguë, c'est-à-dire pour cardiopathie hypertensive avec IC, cardionéphropathie hypertensive avec IC ou sans précision, foie cardiaque ou œdème aigu pulmonaire (DP d'un des RUM) avec un DA ou DR d'insuffisance cardiaque.

L'épisode aigu d'IC prime sur l'IC chronique.

6. Insuffisance cardiaque (IC) chronique

Personnes en ALD au cours de l'année *n* avec codes CIM-10 d'insuffisance cardiaque, cardiopathie hypertensive, ou cardio-néphropathie hypertensive,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour insuffisance cardiaque (DP d'un des RUM ou DR),

et/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 ou DP d'un des RUM) avec un DA ou DR d'insuffisance cardiaque,

et/ou personnes 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)

Personnes en ALD au cours 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, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque comme complication ou morbidité associée (DA).

8. Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque

Personnes en ALD au cours 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 d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes 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

Personnes en ALD avec codes CIM-10 de maladie valvulaire (à l'exclusion des affections congénitales) au cours de l'année *n*,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des cinq dernières années pour les mêmes motifs (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une maladie valvulaire comme complication ou morbidité associée (DA).

10. Embolie pulmonaire aiguë

Personnes hospitalisées durant l'année *n* pour une embolie pulmonaire (DP d'un des RUM).

11. Autres affections cardio-neurovasculaires

Personnes bénéficiaires d'une ALD avec codes CIM-10 de rhumatisme articulaire aigu, avec atteinte cardiaque ; autres cardiopathies rhumatismales ; autres affections cardio-pulmonaires ; autres maladies des vaisseaux pulmonaires ; péricardite aiguë ; autres maladies du péricarde ; péricardite au cours de maladies classées ailleurs ; endocardite aiguë et subaiguë ; myocardite aiguë ; myocardite au cours de maladies classées ailleurs ; myocardiopathie ; myocardiopathie au cours de maladies classées ailleurs ; complications de cardiopathies et maladies cardiaques mal définies ; autres cardiopathies au cours de maladies classées ailleurs ; anévrisme aortique et dissection ; autres anévrismes ; autres atteintes des artères et artéries ; maladies des capillaires ; atteintes des artères, artéries et capillaires au cours de maladies classées ailleurs ; phlébite et thrombophlébite ; occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral ; occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral ; thrombose de la veine porte ; autres embolies et thromboses veineuses ; varices des membres inférieurs ; autres atteintes veineuses ; hypotension ; troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire ; affections cardio-vasculaires survenant pendant la période périnatale ; malformations congénitales des cavités et des orifices cardiaques ; malformations congénitales des cloisons cardiaques ; malformations congénitales de la valve pulmonaire et de la valvule tricuspidale ; malformations congénitales des valvules aortique et mitrale ; autres malformations congénitales cardiaques ; malformations congénitales des gros vaisseaux ; malformations congénitales des grandes veines ; autres malformations congénitales de l'appareil circulatoire périphérique ; autres malformations congénitales de l'appareil circulatoire ; complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires ; présence d'implants et de greffes cardiaques et vasculaires au cours 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 maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral ou insuffisance cardiaque – ni aigus ni chroniques –, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète.

13. Traitements hypolipémiant (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 maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral ou insuffisance cardiaque – ni aigus ni chroniques –, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète.

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 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-1*,

et/ou personnes en ALD au cours de l'année *n* avec codes CIM-10 de diabète,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des deux dernières années avec codes CIM-10 de diabète (DP ou DR),

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des deux dernières années pour une complication du diabète (DP ou DR) avec un code CIM-10 de diabète en DA.

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2011-2012-2013

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, dans les deux ans (année *n* ou *n-1*), soit à une hospitalisation pour traitement à l'exclusion des hospitalisations pour bilan seul, soit à une hospitalisation pour métastase, soit à l'initiation d'une prise en charge pour ALD, soit à un traitement par certaines thérapies ciblées (trois délivrances l'année *n* ou *n-1*).

Un cancer classé comme actif prime sur un cancer en surveillance quand il s'agit d'une même localisation. Par exemple, une femme bénéficiant d'une 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 ».

15. Cancer du sein actif chez la femme

Femmes 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).

16. Cancer du sein sous surveillance chez la femme

Personnes de sexe féminin en ALD avec codes CIM-10 de cancer du sein (y compris les formes *in situ*) avec date de début antérieure 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

Personnes en ALD avec codes CIM-10 de cancer du côlon, de la jonction recto-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).

18. Cancer du côlon sous surveillance

Personnes en ALD avec codes CIM-10 de cancer du côlon, de la jonction recto-sigmoïdienne ou du rectum (y compris les formes *in situ*) avec date de début antérieure 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

Personnes 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).

20. Cancer du poumon sous surveillance

Personnes en ALD avec codes CIM-10 de cancer du poumon ou des bronches avec date de début antérieure 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*).

En présence d'un autre cancer (autre que de l'encéphale), les séjours pour cancer du poumon sont tous considérés comme liés à une métastase pulmonaire de l'autre cancer.

21. Cancer de la prostate actif

Personnes de sexe masculin 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),

et/ou hommes âgés de 40 ans et plus, ayant reçu au moins trois délivrances dans l'année *n* ou *n-1* de traitement anti-androgénique.

22. Cancer de la prostate sous surveillance

Hommes en ALD avec codes CIM-10 de cancer de la prostate avec date de début antérieure 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

Personnes 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.

24. Autres cancers sous surveillance

Personnes 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 antérieure à l'année *n-1*,

et/ou personnes hospitalisées pour 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

Personnes en ALD au cours de l'année *n* avec codes CIM-10 de schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants persistants, troubles psychotiques aigus et transitoires, troubles délirants induits, 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,

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 cinq dernières années ET ayant reçu au moins trois délivrances de neuroleptiques au cours de l'année *n* (à différentes dates), c'est-à-dire d'un médicament dont le code ATC débute par N05A.

26. Troubles névrotiques et de l'humeur

Personnes en ALD au cours de l'année *n* 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,

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 cinq dernières années ET ayant reçu au moins trois délivrances d'antidépresseurs de la classe ATC3 N06A (à l'exception de la Lévotonine®), ou de lithium, Dépakote® ou Démamide® au cours de l'année *n* (à différentes dates).

27. Déficience mentale

Personnes en ALD au cours de l'année *n* 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

Personnes en ALD au cours de l'année *n* avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives,

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

Personnes en ALD au cours de l'année *n* 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.

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2011-2012-2013

30. Autres troubles psychiatriques

Personnes en ALD au cours de l'année *n* avec codes CIM-10 de syndrome amnésique, délirium, autres troubles liés à une lésion cérébrale ou 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 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.

Les patients hospitalisés l'année *n* dans un établissement psychiatrique (RIM-P) mais sans diagnostic mentionné de troubles psychiatriques sont placés dans ce groupe.

Les patients ayant une démence sont exclus de ce groupe et placés dans le groupe « démences » ou dans les groupes « VIH ou sida » ou « maladie de Parkinson » si leur démence est en rapport avec ces maladies.

Catégorie 6. Traitements psychotropes (hors pathologies)

31. Traitements antidépresseurs, lithium, Dépakote® et Dépamide® (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances d'antidépresseurs de la classe ATC3 N06A (à l'exception de la Lévotonine®), de lithium, Dépakote® ou Dépamide® au cours de l'année *n* (à différentes dates),

et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée (voir ci-dessus).

32. Traitements neuroleptiques (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances de neuroleptiques au cours de l'année *n* (à différentes dates), c'est-à-dire d'un médicament dont le code ATC débute par N05A, à l'exception :

- des spécialités à base de lithium (utilisé comme thymo régulateur), code ATC N05AN01 ;
- de Neuriplège® (myorelaxant), code cip7 = 3289633,

et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée (voir ci-dessus).

33. Traitements anxiolytiques (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances d'anxiolytiques au cours de l'année *n* (à différentes dates), c'est-à-dire 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,

et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée (voir ci-dessus).

34. Traitements hypnotiques (hors pathologies)

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances d'hypnotiques au cours de l'année *n* (à différentes dates) c'est-à-dire 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,

et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée (voir ci-dessus).

Catégorie 7. Maladies neurologiques ou dégénératives

35. Démences (dont maladie d'Alzheimer)

Personnes en ALD au cours de l'année *n* avec codes CIM-10 de démences,

et/ou personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments des classes N06DA, N06DX01 au cours de l'année *n* (à différentes dates),

et/ou personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments des classes N06DA, N06DX01 au cours de l'année *n-1* (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 du PMSI-MCO),

et/ou personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une démence comme complication ou morbidité associée (DA du PMSI-MCO),

et/ou personnes hospitalisées pour maladie d'Alzheimer ou autres démences durant au moins une des cinq dernières années (DP du RIM-P)

(à l'exclusion de la démence en lien avec l'infection par le VIH et la maladie de Parkinson).

36. Maladie de Parkinson

Personnes en ALD au cours de l'année *n* avec code CIM-10 de maladie de Parkinson,

et/ou personnes 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 ou démence de la maladie de Parkinson durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une maladie de Parkinson ou démence de la maladie de Parkinson comme complication ou morbidité associée (DA).

37. Sclérose en plaque

Personnes en ALD au cours de l'année *n* avec code CIM-10 de sclérose en plaque,

et/ou personnes hospitalisées pour sclérose en plaque durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR).

38. Paraplégie

Personnes en ALD au cours 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

Personnes en ALD au cours 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

Personnes en ALD au cours 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

Personnes en ALD n° 9 (forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave), 20 (paraplégie) et 25 (sclérose en plaques) (à l'exclusion de la démence, maladie de Parkinson, sclérose en plaque, paraplégie, myopathie, myasthénie, épilepsie), ainsi que les personnes avec ALD pour séquelles de poliomyléite ou pour certaines malformations congénitales du système nerveux, au cours de l'année *n*.

Catégorie 8. Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)

42. Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)

Personnes en ALD au cours de l'année *n*, avec codes CIM-10 de maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, insuffisance respiratoire, et autres troubles respiratoires,

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 personnes 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 inflammatoires chroniques de l'intestin

Personnes en ALD au cours 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 personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une maladie chronique inflammatoire de l'intestin comme complication ou morbidité associée (DA).

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2011-2012-2013

44. Polyarthrite rhumatoïde

Personnes en ALD au cours 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 personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une arthrite rhumatoïde comme complication ou morbidité associée (DA).

45. Spondylarthrite ankylosante

Personnes en ALD au cours 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 personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une arthrite rhumatoïde comme complication ou morbidité associée (DA).

46. Autres maladies inflammatoires chroniques

Personnes en ALD au cours de l'année *n*, avec codes CIM-10 de lupus érythémateux, autres affections localisées du tissu conjonctif, périarthrite 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 personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une autre maladie inflammatoire comme complication ou morbidité associée (DA).

47. Maladies métaboliques héréditaires et amylose

Personnes en ALD n° 17 « Maladies métaboliques héréditaires » au cours de l'année *n* selon la liste Cnamts,

et/ou personnes en ALD au cours de l'année *n*, avec code CIM-10 d'amylose,

et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR),

et/ou personnes hospitalisées pour amylose durant l'année *n* (DA).

48. Mucoviscidose

Personnes en ALD au cours de l'année 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 personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une fibrose kystique comme complication ou morbidité associée (DA).

49. Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves

Personnes en ALD au cours 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 personnes hospitalisées l'année *n* pour tout autre motif avec une hémophilie ou un trouble de l'hémostase grave comme complication ou morbidité associée (DA).

50. VIH ou sida

Personnes en ALD au cours 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 personnes 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 spécifique au traitement du VIH/sida dans l'année *n*),

et/ou personnes ayant eu un acte de biologie médicale spécifique au traitement du VIH/sida dans l'année *n*.

Catégorie 10. Insuffisance rénale chronique terminale**51. Dialyse chronique**

Personnes ayant une durée de traitement d'au moins quarante-cinq jours en hémodialyse ou au moins un jour en dialyse péritonéale durant l'année n ,

et/ou personnes ayant au moins un jour d'hémodialyse (et moins de quarante-cinq jours) l'année n ET une durée de traitement d'au moins quarante-cinq jours d'hémodialyse ou au moins un jour en dialyse péritonéale durant l'année $n-1$.

La transplantation rénale dans l'année prime sur le suivi de transplantation rénale, qui prime sur la dialyse chronique : une personne en suivi de transplantation rénale (avec rejet du greffon), chez qui on redémarre une dialyse puis qui bénéficie d'une transplantation rénale, est considérée comme transplantée dans l'année (et non en suivi de transplantation rénale ni dialysée), du fait des dépenses importantes afférentes à la transplantation rénale.

52. Transplantation rénale

Personnes identifiées par un GHM (groupe homogène de malades) de transplantation rénale (quel que soit le niveau de sévérité),

et/ou personnes identifiées par un acte CCAM de transplantation du rein, ou du pancréas et du rein, par laparotomie.

La transplantation rénale dans l'année prime sur le suivi de transplantation rénale, qui prime sur la dialyse chronique : une personne en suivi de transplantation rénale (avec rejet du greffon), chez qui on redémarre une dialyse puis qui bénéficie d'une transplantation rénale, est considérée comme transplantée dans l'année (et non en suivi de transplantation rénale ni dialysée chronique), du fait des dépenses importantes afférentes à la transplantation rénale.

53. Suivi de transplantation rénale

Personnes ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) d'au moins un médicament immunosuppresseur utilisé contre le rejet de transplantation rénale et inscrit sur la liste des médicaments remboursables, c'est-à-dire médicaments dont le

code ATC est dans la liste suivante : L04AA06 (acide mycophénolique), L04AA10 (sirolimus), L04AA18 (everolimus), L04AD01 (cyclosporine), L04AD02 (tacrolimus), L04AX01 (azathioprine),

ET [personnes hospitalisées pour surveillance de transplantation rénale (quel que soit le niveau de sévérité) durant les cinq dernières années,

et/ou personnes hospitalisées avec un DP ou DR ou DA de présence de greffe de rein durant les cinq dernières années,

et/ou personnes identifiées par un GHM de transplantation rénale (quel que soit le niveau de sévérité), ou un acte CCAM de transplantation du rein, ou du pancréas et du rein, par laparotomie, durant $n-1$ à $n-4$,

et/ou en ALD au cours de l'année n pour insuffisance rénale chronique].

Le suivi de transplantation rénale prime sur la dialyse chronique, et la transplantation rénale prime sur le suivi de transplantation rénale.

Catégorie 11. Maladies du foie ou du pancréas**54. Maladies du foie ou du pancréas**

Personnes en ALD au cours de l'année n , avec codes CIM-10 d'affections hépatiques ou pancréatiques,

et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs ou varices œsophagiennes durant au moins une des cinq dernières années (DP ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une affection hépatique ou pancréatique comme complication ou morbidité associée (DA),

et/ou personnes ayant eu une délivrance à trois dates différentes d'au moins un médicament spécifique au traitement des hépatites chroniques dans l'année n .

Les personnes ayant une mucoviscidose sont exclues de ce groupe.

Catégorie 12. Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)

55. Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)

Autres personnes en ALD et non présentes dans les 55 groupes précédents au cours de l'année *n*. Ce top regroupe en particulier :

- ALD31 (hors liste, dont les causes les plus fréquentes sont la dégénérescence maculaire liée à l'âge ou DMLA, les séquelles d'embolie pulmonaire, l'ostéoporose avec fracture pathologique, la polyarthrose et le syndrome d'apnée du sommeil),
- ALD32 (polypathologies),
- ALD30 d'origine non précisée,
- ALD30 précisées :
 - insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD30 n° 2),
 - bilharziose compliquée (ALD30 n° 4),
 - hémoglobinopathies, hémolyses chroniques, constitutionnelles et acquises graves (ALD30 n° 10, dont la drépanocytose),
 - néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (sans dialyse chronique ni greffe, ALD30 n° 19),
 - anomalies chromosomiques, séquelles d'encéphalites virales (de l'ALD n° 23, dont le syndrome de Down),
 - scoliose structurelle évolutive (ALD30 n° 26),
 - tuberculose active, lèpre (ALD30 n° 29),
 - tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue (de l'ALD n° 30, dont les codes en D37-D48, les tumeurs de l'encéphale, des glandes endocrines, les syndromes myélo-dysplasiques, la polyglobulie essentielle, les gammopathies monoclonales, etc.).

Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (chapitre XVII de la CIM-10, codes en Q) se trouvent réparties entre le top des autres ALD dans les anomalies chromosomiques, dans les néphropathies chroniques, mais aussi dans le top « autres maladies cardio-vasculaires » et « autres maladies neurologiques » pour celles qui sont congénitales.

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 premier jour du sixième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après l'accouchement (à l'exclusion des congés d'adoption et sans prise en compte des congés paternité),

et/ou femmes ayant une hospitalisation l'année *n* avec une racine de GHM¹⁴⁵ d'accouchement ou césarienne.

(145) Regroupement des racines de GHM en version 11.c jusqu'au 1^{er} mars 2012, et en version 11.d à partir du 1^{er} mars 2012.

Méthodologie de rattachement des séjours hospitaliers en MCO aux différentes pathologies

Le rattachement des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique (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 51 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, les séjours liés à une pathologie chronique ont été distingués de ceux qui sont sans lien direct avec celles-ci. Un séjour ne peut être affecté qu'à une seule des 51 pathologies, ou à aucune.

Méthodologie d'identification des patients avec épisodes hospitaliers ponctuels

Les séjours non affectés aux 51 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.

Toutefois, certaines hospitalisations en rapport avec des pathologies chroniques peuvent persister dans le groupe des hospitalisations dites ponctuelles.

Méthodologie d'identification de personnes sans « pathologies, maternité ou hospitalisations »

Il s'agit du groupe composé de personnes sans pathologies identifiées dans la cartographie, sans prise en charge pour maternité et sans séjour dans un établissement de santé MCO l'année *n*.

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 pathologies identifiées, ni de maternité, ni d'hospitalisations l'année *n*. Ce groupe comprend donc les personnes pouvant avoir une pathologie chronique qui n'a pas été identifiée, en particulier une pathologie rhumatologique.

Méthodologie d'identification des personnes n'ayant « pas de pathologies, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire »

Il s'agit d'un groupe composé des personnes sans pathologies identifiées dans la cartographie, sans prise en charge pour maternité, 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.

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2011-2012-2013

2. Affectation des dépenses aux pathologies, événements de santé et traitements

Mise en garde

En raison des nombreuses évolutions et améliorations apportées dans la méthodologie tant du côté des effectifs (identifiant unique, amélioration des algorithmes) que des dépenses (cf. ci-dessous), il n'est pas possible de comparer directement les résultats présentés dans le rapport publié en juillet 2014 avec ceux du présent rapport. Toutefois, afin de pouvoir disposer d'évolutions, les dépenses réaffectées aux groupes de population ont été recalculées pour 2011 et 2012 en intégrant les modifications de méthodologie et de champ apportées dans cette nouvelle version ce qui permet de disposer de résultats sur trois années.

Étape 1 : Constitution des combinaisons

Chaque bénéficiaire (du régime général) a une combinaison de pathologies, événements de santé et traitements¹⁴⁶. Toutes les combinaisons existantes sont repérées (en théorie, si n est le nombre de groupes de population élémentaires caractérisées comme indiqué ci-dessus, il y a 2^n combinaisons possibles, mais en pratique il y en a beaucoup moins), avec pour chacune les effectifs concernés. Des exemples de combinaisons sont proposés dans le tableau 42.

Étape 2 : Affectation des montants par poste de dépenses pour chaque combinaison

Le champ des dépenses prises en compte dans l'étude est celui des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Seules les dépenses individualisables (c'est-à-dire rattachables à un individu) correspondant aux différents postes de l'Ondam ainsi que les prestations en espèces pour maternité et invalidité sont prises en compte (cf. étape 6).

Les dépenses sont connues pour chaque bénéficiaire, par poste, à partir :

- du système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) pour les dépenses des soins de ville et des cliniques privées ;
- du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les dépenses des séjours hospitaliers des différents segments de l'hospitalisation publique (MCO – médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR – soins de suite et de réadaptation ; RIM-P – recueil d'informations médicalisé en psychiatrie).

Les dépenses sont regroupées autour des trois grands postes suivants : les soins de ville, les soins hospitaliers et les prestations en espèces. Ces dernières concernent uniquement les assurés du régime général *stricto sensu* (c'est-à-dire hors sections locales mutualistes) et comprennent les indemnités journalières pour maladie, accidents du travail, maladie professionnelle ou maternité ainsi que les prestations d'invalidité.

Concernant les soins hospitaliers, dans un souci de cohérence avec les dépenses des séjours hospitaliers en établissements publics, les honoraires des professionnels de santé réalisés en cliniques privées sont rattachés aux séjours hospitaliers privés (MCO, psychiatrie et SSR) et non aux soins de ville.

À l'inverse, les dépenses relatives aux forfaits techniques, IRM/scanner réalisés en ville ou lors de soins externes en établissements MCO privés ont été rattachés aux soins de ville.

Au final, le poste « hôpital » regroupe les dépenses liées aux séjours en MCO et aux produits de la liste en sus (établissements publics et privés), celles liées aux séjours (publics et privés) en SSR et en psychiatrie¹⁴⁷, ainsi que les actes et consultations externes (en public). La décomposition actuelle ne recoupe donc pas totalement la séparation « soins ambulatoires » versus « soins hospitaliers ». L'affectation des dépenses relatives aux séjours hospitaliers en MCO fait l'objet d'un traitement spécifique (cf. étape 3).

Par sommation on obtient les montants de dépenses, par poste, pour chaque combinaison de pathologies/traitements/ épisodes de soins.

► TABLEAU 42

Exemple de combinaisons de pathologies, événements de santé et traitements

Combi-naison	Diabète	Démence	Parkin-son	...	Cancer de la prostate	Cancer du 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

(146) Les pathologies, événements de santé et traitements, repérés grâce aux algorithmes médicaux développés, constituent 56 « groupes de population » (cf. partie précédente de l'annexe 4).

(147) Hors dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics, exclues du champ de la cartographie dans cette nouvelle version (cf. étape 4).

Évolutions/améliorations 2016

- ➊ Amélioration de la qualité des tables initiales de dépenses par individu. Les données extrêmes des actes et consultation extrêmes (supérieures au 99,9^e percentile) ont été mises à la valeur du 99,9^e percentile. De même, les postes de dépenses avec des montants négatifs (par exemple, régularisations de dépenses au titre des années précédentes) ont été mis à zéro.
- ➋ Création des postes « soins de sages-femmes » et « soins d'autres auxiliaires médicaux » : les dépenses affectées à ces deux postes étaient dans les versions précédentes intégrées dans le poste « autres soins de ville ».
- ➌ Modifications apportées au poste de dépenses relatif au poste de dépense « séjours en établissements psychiatriques » (*cf. étape 4*).

Étape 3 : Rattachement des séjours hospitaliers en MCO

Les informations sur les hospitalisations en MCO, et en particulier les diagnostics principaux (DP) et reliés (DR), 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. Cela permet donc d'affecter les dépenses des séjours soit à une des 52 pathologies, événements de santé 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 groupes de population.

Lorsque les algorithmes utilisent une liste de codes CIM-10 pour repérer les patients dans le PMSI-MCO (programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique), ce sont ces mêmes listes de codes qui permettent d'affecter chaque séjour à l'un des 52 groupes de population si le diagnostic principal et/ou le diagnostic relié 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 dans un groupe de population. Ont également été utilisé les forfaits de dialyse (insuffisance rénale chronique terminale), voire parfois certains actes médicaux.

Un même séjour ne peut être attribué qu'à un seul groupe de population. Toutefois, dans certains cas, un même séjour pouvait concerner deux groupes de population. Des règles de gestion ont été définies pour traiter ces cas en donnant la prio-

rité au groupe de population qui paraissait le plus spécifique et, lorsque le rattachement pouvait concerner également deux groupes considérés comme spécifiques (par exemple « troubles psychotiques » et « maladies du foie ou du pancréas »), l'attribution a été faite sur la base du diagnostic principal. Si le diagnostic principal et/ou le diagnostic relié du séjour ne sont dans aucun des motifs médicaux des 52 groupes de population, 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 ponctuel¹⁴⁸.

Toutes les hospitalisations MCO des individus n'ayant aucune des pathologies, événements de santé ou traitements identifiés sont basculées dans le top « épisode hospitalier ponctuel ».

Par convention, les hospitalisations MCO des nouveau-nés sont rattachées directement aux dépenses MCO du top maternité.

Évolutions/améliorations 2016

Les améliorations apportées aux algorithmes médicaux affectent directement le rattachement des séjours hospitaliers en MCO aux 52 groupes de population ou au groupe de population « épisode hospitalier ponctuel » puisque le rattachement ou non d'un séjour se fait sur la base des mêmes informations.

De plus, la méthodologie de gestion des séjours affectés aux pathologies a été modifiée. Elle se fait désormais en deux étapes : passage dans un premier temps des algorithmes médicaux de constitution des tops, puis second passage effectué pour réattribuer des séjours non affectés à un top (*cf. GHM, codes CIM complémentaires*). Auparavant, tout se faisait dans la même étape, d'où une fréquence plus élevée de doublons à gérer ensuite

Enfin, plusieurs modifications méthodologiques ont été apportées aux traitements des dépenses relatives aux séjours MCO en établissement privés :

- ➊ ces séjours sont désormais valorisés directement sur la base des facturations PMSI transmises par l'Atih et non plus à partir d'une estimation effectuée sur la base des coûts moyens des GHS (groupes homogènes de séjour). Cette simplification de la méthodologie a été rendue possible en raison de l'amélioration de la qualité des données remontées dans le système d'information, une validation préalable ayant été effectuée ;
- ➋ les dépenses des séjours MCO en établissements privés des individus n'ayant aucune des pathologies ou traitements identifiés ont été conservées, considérant qu'il pouvait s'agir de passages aux urgences.

(148) Ce « top » correspond à un groupe de population supplémentaire.

Étape 4 : Valorisation des séjours en établissements psychiatriques et en établissements de soins de suite et de réadaptation

Les établissements psychiatriques et ceux de soins de suite et de réadaptation (SSR) utilisent un système de recueil d'informations spécifique (respectivement le RIM-P 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.

La disparition de plusieurs des sources d'information utilisées les années précédentes pour estimer un coût moyen journalier par établissement public (psychiatrie et SSR) et type de séjour a conduit à une refonte complète de méthode.

Évolutions/améliorations 2016

L'estimation d'un coût moyen journalier pour chaque établissement et type de séjour repose désormais sur l'utilisation des données comptables (dotation aux établissements) ainsi que sur les tables transmises par l'Atih relatives à l'activité dans ces établissements. Les informations présentes dans ces tables permettent d'estimer un coût moyen journalier qui sert ensuite à valoriser les séjours sur la base de leur durée.

Les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics (9 % à 12 % des dépenses selon les années considérées) ont été exclues du champ des dépenses réaffectées aux pathologies en raison de l'impossibilité de les relier aux personnes, sauf en cas d'hospitalisation préalable dans ces établissements. Ces dépenses étaient dans la version précédente prises en compte à travers le calage et réaffectées (cf. étape 7) uniquement aux pathologies psychiatriques (repérées par les hospitalisations ou l'affection de longue durée – ALD), alors qu'elles pouvaient également concerner des personnes ayant seulement des traitements à visée psychiatrique (sans hospitalisation ni ALD). Cette modification conduit à diminuer, par rapport à la version précédente, les dépenses affectées aux pathologies en lien avec la santé mentale d'un montant de l'ordre de 800 millions d'euros à 1 milliard d'euro selon les années considérées.

Par ailleurs, l'amélioration de la qualité du codage et de la remontée des informations des établissements psychiatriques et de ceux de SSR se poursuit, ce qui peut avoir un impact dans le cadre de comparaisons annuelles.

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 un groupe de population donné, la méthodologie adoptée conduit, avant toute affectation de dépense à un groupe de population, à retrancher aux dépenses par poste (soins de ville uniquement) de chaque individu (consommant du poste) un montant correspondant à un montant de dépenses pour ces soins dits « courants » sur le poste considéré.

Pour déterminer les montants forfaitaires des dépenses à retrancher de chaque poste, on se fonde sur les dépenses des bénéficiaires qui n'ont aucune des pathologies, événements de santé ou traitements ou hospitalisations ponctuelles. 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 au titre de la « consommation courante de soins » 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 des postes « transport » et « soins de sages-femmes », qui ont été considérés comme non pertinents. En effet, le recours aux transports chez les « consommateurs de soins courants » est globalement très faible, et vraisemblablement peu induit par des soins courants. De même, les soins de sages-femmes sont considérés, pour l'essentiel, comme induits par la maternité. 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 correspondants¹⁴⁹. Toutefois, dans les tableaux et graphiques de résultats présentés dans la première partie du rapport, ces dépenses ont été ajoutées par convention à celles des consommateurs sans pathologie, état de santé, traitement ou hospitalisation ponctuelle identifiés grâce aux algorithmes médicaux, l'ensemble constituant les dépenses correspondantes aux « soins courants ».

(149) C'est-à-dire que toute personne d'un âge et d'un sexe donnés qui consomme dans un poste un montant correspondant au deuxième décile de la distribution est isolée dans la catégorie « soins ambulatoires courants ».

Évolutions/améliorations 2016

L'utilisation de l'identifiant unique a un impact non seulement sur les effectifs (suppression des doublons) et le repérage des pathologies, traitements et épisodes de soins, mais aussi en conséquence sur le montant du deuxième décile retranché aux dépenses de soins de ville de chacune des personnes au titre de la consommation courante de soins (+ 500 millions d'euros en 2012 par rapport à la version précédente).

Étape 6 : Calage sur les grands agrégats de l'Ondam et extrapolation tous régimes

Articulation entre l'Ondam et le champ des dépenses prises en compte dans la cartographie

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 les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) hospitalières ou encore les dépenses des établissements publics médico-sociaux, sont non individualisables et ne peuvent donc pas, de fait, être rattachées à un bénéficiaire de soins. Ces dépenses, présentes dans l'Ondam mais non individualisables, 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) et des prestations en espèces versées pour invalidité. Ces dépenses, bien que hors du champ de l'Ondam, ont été prises en compte dans notre cartographie (encadré 1).

Évolutions 2016

Les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics ont été exclues du champ des dépenses réaffectées aux pathologies en raison de l'impossibilité de les relier aux personnes, sauf en cas d'hospitalisation préalable dans ces établissements (cf. étape 4).

Le calage

Avant de répartir les dépenses entre les différents groupes de population considérés, les dépenses des bénéficiaires (régime général y compris les sections locales mutualistes) ont été calées sur les grands agrégats de l'Ondam. Cela permet l'extrapolation des dépenses à l'ensemble des régimes.

En pratique, la méthode appliquée a consisté à calculer, pour chaque poste de dépenses, un coefficient de passage entre le montant des dépenses obtenu sur la population d'étude et celui de l'Ondam. Les dépenses de chaque individu, pour chaque poste de dépenses, ont ensuite été multipliées par le coefficient de passage correspondant.

Étape 7 : Réaffectation aux 57 pathologies ou groupes de population¹⁵⁰ des différents postes de dépenses

La méthodologie utilisée pour réaffecter les dépenses des différents postes, à l'exception des dépenses d'hospitalisation MCO et des indemnités journalières maternité, aux 57 pathologies ou groupes de population identifiés grâce aux algorithmes médicaux est la suivante :

Calcul des montants pour les combinaisons renvoyant à un seul groupe de population

Lorsqu'un bénéficiaire appartient à un seul des 57 groupes de population identifiés, on défalque du montant de ses dépenses le montant moyen correspondant à la consommation courante de soins (estimé comme indiqué à l'étape 5) et le solde est affecté à ce groupe de population.

Les « épisodes hospitaliers ponctuels » sont considérés comme un « top » (c'est-à-dire groupe de population) à part entière et font donc l'objet d'une affectation des dépenses identiques à celle des 56 autres « tops ».

Pour les autres combinaisons

Lorsqu'un bénéficiaire appartient à plusieurs groupes de population, ses dépenses (hors consommation courante de soins) sont réparties au prorata des dépenses moyennes, telles qu'elles sont observées pour les bénéficiaires n'appartenant qu'à un groupe de population considéré.

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, hospitalisations en court séjour...), ces dépenses par poste étant préalablement calées sur l'Ondam.

(150) Les 57 groupes de population concernés par la méthode d'affection des dépenses par proratisation sont : les 56 groupes de population identifiés par les algorithmes médicaux (y compris les quatre groupes de population traités par psychotropes) ainsi que le groupe « hospitalisations ponctuelles ».

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2011-2012-2013

Cas particuliers des dépenses d'hospitalisation MCO

Pour les hospitalisations MCO, les dépenses hospitalières sont affectées aux groupes de population sur la base principalement des diagnostics principaux et reliés (cf. étape 4). Ainsi, nous distinguons deux cas :

- si l'hospitalisation est associée à un seul des 56 groupes de population repérés par les algorithmes médicaux, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté au poste « dépenses hospitalières » du groupe de population repéré (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 56 groupes de population repérés par les algorithmes médicaux, alors ce séjour et les dépenses associées sont affectés au groupe de population « hospitalisations ponctuelles ».

Évolutions 2016

Afin d'améliorer la stabilité des clés de répartition (proratisation) utilisées pour la réaffectation des dépenses, un traitement spécifique des valeurs extrêmes a été réalisé. Ainsi, lorsque, pour un poste donné, les dépenses des personnes appartenant à un seul groupe de population étaient supérieures au montant du 99,9^e percentile, leur montant a été plafonné à ce niveau.

Étape 8 : Calcul des montants affectés à chaque groupe de population

Pour les 57 groupes de population faisant l'objet d'une réaffectation des dépenses par proratation

Au total, le montant de dépenses affecté 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.

Pour les autres groupes de population

Les dépenses affectées au groupe « traitement antalgique ou anti-inflammatoire » ainsi que celles affectées au groupe « pas de pathologie, maternité, hospitalisation MCO ou traitement antalgique » correspondent à l'ensemble des dépenses des individus appartenant à ces groupes respectifs après retrait des dépenses relatives à la « consommation courante de soins ».

L'affectation des dépenses à ces deux groupes, exclusifs entre eux mais aussi exclusifs des 57 autres groupes, est donc effectuée de façon directe (et non pas par proratation) sur la base des dépenses des personnes appartenant au groupe considéré.

Par ailleurs, la somme des dépenses retranchées à ce titre à chacun des individus de la population (cf. étape 5) et qui correspondent à la « consommation courante de soins » est, par convention, pour la présentation des résultats, ajoutée à celles du groupe « pas de pathologie, maternité, hospitalisation MCO ou traitement antalgique », afin de constituer le groupe de dépenses « soins courants ».

Évolutions 2016

Un plafonnement des valeurs extrêmes (supérieures au montant du 99,9^e percentile) a également été réalisé sur les dépenses des individus n'ayant pas de pathologie, de maternité, d'hospitalisation MCO ni de traitement antalgique.

Index des figures, tableaux et encadrés

Figures

Figure 1 :	Effectifs de personnes prises en charge pour pathologies, traitements et événements de santé en 2013	4
Figure 2 :	Évolution annuelle moyenne des effectifs entre 2011 et 2013	4
Figure 3 :	Nombre de maladies chroniques, selon l'âge, en 2013	5
Figure 4 :	Nombre de maladies chroniques, selon l'âge et le sexe, en 2013	6
Figure 5 :	Fréquence de la polypathologie, selon l'âge, le sexe et le niveau socio-économique en 2013	6
Figure 6 :	Répartition des dépenses en 2013 par groupe de pathologies, traitement et événements de santé	7
Figure 7 :	Répartition des dépenses selon les pathologies, traitements et événements de santé en 2013	8
Figure 8 :	Structure des dépenses par groupe de pathologies, traitements et événements de santé en 2013	8
Figure 9 :	Structure des dépenses de soins de ville par groupe de pathologies, traitements et événements de santé en 2013	9
Figure 10 :	Effectifs, dépenses remboursées totale et moyenne par groupe de pathologies, traitements et événements de santé en 2013	10
Figure 11 :	Taux de croissance annuel moyen des dépenses entre 2011 et 2013 par groupe de pathologies, traitements et événements de santé	12
Figure 12 :	Évolution des dépenses remboursées entre 2011 et 2013 par groupe de pathologies, traitements et événements de santé	13
Figure 13 :	Nombre d'opérations de chirurgie bariatrique pour 10 000 habitants en 2003 et 2013	21
Figure 14 :	Évolution du nombre d'interventions de chirurgie bariatrique selon la technique utilisée	22
Figure 15 :	Recommandations du parcours de chirurgie bariatrique	23
Figure 16 :	Suivi médical quatre ans après l'opération	24
Figure 17 :	<i>Diabetes Prevention Program</i> – Comparaison de l'incidence cumulée du diabète dans les groupes de patients avec placebo, metformine ou intervention sur les modes de vie	28
Figure 18 :	<i>Diabetes Prevention Survey</i> – Évolution à 9 ans de la probabilité de ne pas développer un diabète	28
Figure 19 :	Modèle standard du programme habilité par les <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> aux États-Unis	29
Figure 20 :	Taux de recours au service de soins de suite et réadaptation après un accident vasculaire cérébral, par département en 2013	33
Figure 21 :	Taux de recours au service de soins de suite et de réadaptation départemental en fonction du nombre de lits de SSR pour 10 000 habitants de 20 ans et plus, en 2013	33
Figure 22 :	Prise en charge médicamenteuse avant et après le séjour hospitalier pour accidents ischémiques transitoires	34
Figure 23 :	Pyramides des âges des personnes hospitalisées pour fracture liée le plus souvent à une fragilité osseuse en 2013	41
Figure 24 :	Répartition des traitements de l'ostéoporose en 2013	43
Figure 25 :	Les parcours de soins en amont de l'hospitalisation	44
Figure 26 :	Parcours de soins en sortie d'hospitalisation selon le passage ou non en service de soins de suite et réadaptation	44
Figure 27 :	Parcours de soins du <i>Fracture Liaison Service</i> de Glasgow	45
Figure 28 :	Dépenses remboursables moyennes par personne et par poste de soins de ville en 2012	52
Figure 29 :	Impact des complémentaires et du chèque santé sur le taux d'effort volontaire	57
Figure 30 :	Évolution des honoraires des chirurgiens-dentistes de 2005 à 2014	63
Figure 31 :	Taux de dépassement sur les soins prothétiques des chirurgiens-dentistes libéraux en 2013	63
Figure 32 :	Principaux types de renoncement aux soins pour raisons financières en 2012 selon la situation vis-à-vis de la complémentaire santé	64
Figure 33 :	Évolution des montants remboursés entre 2013 et 2014 par grande catégorie de médicaments	68
Figure 34 :	Nombre d'unités standards par habitant en 2014, pour les huit classes thérapeutiques les plus courantes	68
Figure 35 :	Coût moyen par habitant en 2014, pour les huit classes thérapeutiques les plus courantes	68
Figure 36 :	Décomposition de la croissance en 2014 des médicaments délivrés en ville par grande classe et par type de prescripteur	69
Figure 37 :	Évolution des remboursements des produits et prestations inscrits à la LPP depuis 2010	69
Figure 38 :	Répartition des dépenses remboursées de produits et prestations par grand poste en 2014	70
Figure 39 :	Ratios dans le répertoire en 2014 après standardisation sur la structure de prescription par grande catégorie	72

Figure 40 : Comparaison des ratios de prescription dans le répertoire et de substitution entre prescripteurs libéraux et hospitaliers pour certaines classes de médicaments	72
Figure 41 : Dispersion des taux de prescription dans le répertoire pour les statines selon les CHR	74
Figure 42 : Dispersion des médecins libéraux et des établissements selon leur ratio de prescription dans le répertoire, pour quelques classes thérapeutiques en 2014	74
Figure 43 : Évolution des volumes de Sovaldi® consommés en France et en Europe en 2014	84
Figure 44 : Taux de recours standardisé sur le sexe et l'âge par région pour le GHM 07C14 : cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	92
Figure 45 : Comparaison des taux de chirurgie ambulatoire pour la cholécystectomie	92
Figure 46 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire des cholécystectomies entre 2011 et 2013	92
Figure 47 : Répartition régionale des établissements ciblés pour l'action d'accompagnement 2015	93
Figure 48 : Taux de recours départementaux des prescriptions pré-anesthésiques d'hémostase chez l'adulte	96
Figure 49 : Taux de prescriptions pré-anesthésiques inappropriées d'hémostase chez l'adulte : distribution des établissements en 2013	96
Figure 50 : Taux de recours départementaux des prescriptions pré-anesthésiques inappropriées de ionogramme sanguin simple	97
Figure 51 : Taux de prescriptions pré-anesthésiques inappropriées de ionogramme sanguin simple : distribution des établissements	97
Figure 52 : Distribution des médecins généralistes en fonction de leur montant moyen de prescription de biologie par patient avant et après standardisation, en 2013	98
Figure 53 : Répartition des ordonnances, des actes de biologie et des montants remboursés en fonction de la taille de l'ordonnance en 2014	99
Figure 54 : Répartition des patients bénéficiant d'ordonnances de plus de dix actes en fonction du nombre de pathologies, de leurs traitements ou d'un épisode hospitalier	99
Figure 55 : Effectif de population selon le nombre d'examens d'anomalies lipidiques réalisés sur 3 ans (de 2012 à 2014)	100
Figure 56 : Évolution du nombre de dosages de vitamine D depuis mars 2010	100
Figure 57 : Évolution annuelle des dépenses de transport depuis 2000, en valeur et en volume	103
Figure 58 : Répartition des dépenses de transports par pathologie en 2013	104
Figure 59 : Évolution du nombre de véhicules entre 2009 et 2014	105
Figure 60 : Départements expérimentateurs de la carte de transport assis	106
Figure 61 : Montée en charge des délivrances de cartes de transport assis par région	107
Figure 62 : Répartition des arrêts et des dépenses en fonction de la durée de l'arrêt, en 2013	109
Figure 63 : Répartition des arrêts et des journées par tranche d'âge en 2013	109
Figure 64 : Montants d'indemnités journalières versés en fonction du secteur d'activité	110
Figure 65 : Répartition des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP entre les différents groupes de population en 2013	111
Figure 66 : Répartition des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP en lien avec la santé mentale en 2013	111
Figure 67 : Poids des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP dans le total des dépenses affectées aux différents groupes de population en 2013	112
Figure 68 : Évolution des indemnités journalières et contribution des indemnités journalières maladie et AT-MP	113
Figure 69 : Évolution entre 2013 et 2014 du nombre de bénéficiaires, d'arrêts, d'indemnités journalières et des dépenses par durée d'arrêt	114
Figure 70 : Prise en charge de la chirurgie de la cataracte en ambulatoire : processus de soin et temps moyens	126
Figure 71 : Évolution du taux d'atteinte des objectifs fixés pour la Rosp	147
Figure 72 : Évolution des indicateurs relatifs au suivi des diabétiques de décembre 2011 à décembre 2014	149
Figure 73 : Évolution des indicateurs relatifs à la prévention des risques iatrogènes de décembre 2011 à décembre 2014	150
Figure 74 : Évolution de l'indicateur relatif à la prescription d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD de décembre 2011 à décembre 2014	151
Figure 75 : Évolution des indicateurs de prévention relatifs à la vaccination antigrippale de décembre 2011 à décembre 2014	152
Figure 76 : Évolution des indicateurs de prévention relatifs au cancer du sein et au cancer du col de l'utérus de décembre 2011 à décembre 2014	152

Tableaux

Tableau 1 : Effectifs et dépenses moyennes remboursées par an par patient en 2013 pour les groupes de pathologies, traitements et événements de santé considérés	11
Tableau 2 : Prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité selon le sexe en grande section de maternelle, CM2 et troisième	17
Tableau 3 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe social des parents	18
Tableau 4 : Des recommandations de bonne pratique similaires dans un grand nombre de pays	20
Tableau 5 : Des recommandations récentes qui évoluent vers la chirurgie métabolique	21
Tableau 6 : Réduction du risque relatif	27
Tableau 7 : Stratégies à privilégier pour améliorer l'efficience : synthèse du rapport de la HAS	37
Tableau 8 : Fréquence des traitements avant suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale en 2013	39
Tableau 9 : Fréquence du recours médical avant suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale en 2013	39
Tableau 10 : Nombre de personnes hospitalisées en MCO pour fracture le plus souvent associée à une fragilité osseuse	41
Tableau 11 : Coûts des épisodes de soins pour fractures le plus souvent associées à la fragilité osseuse en 2013	41
Tableau 12 : Effectif et part de la population de plus de 50 ans traitée	42
Tableau 13 : Répartition par type de traitement en 2013	43
Tableau 14 : Fréquence des pathologies parmi les bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-C et du régime général et risques relatifs par rapport à la population du régime général en 2012	50
Tableau 15 : Fréquence des pathologies parmi les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C et risque relatif de la population ACS par rapport à la population CMU-C en 2012	51
Tableau 16 : Comparaison des risques relatifs entre les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C avec ou sans les personnes titulaires de l'AAH ou de pensions d'invalidité en 2012	52
Tableau 17 : Dépenses remboursables moyennes par personne en 2012	53
Tableau 18 : Dépenses remboursables moyennes d'hospitalisation par personne selon le type de service (MCO, psychiatrie, SSR) en 2012	53
Tableau 19 : Taux de recours par poste et dépenses moyennes pour les consommateurs en 2012	54
Tableau 20 : Répartition des dépenses de soins des bénéficiaires de l'ACS par type de financeur en fonction du décile de consommation totale	55
Tableau 21 : Taux de recours, dépenses de soins et restes à charge des bénéficiaires de l'ACS	56
Tableau 22 : Médicaments prescrits par l'hôpital et délivrés en ville : taux de prescription et de substitution des génériques en 2014	72
Tableau 23 : Présentation de la classe des antidiabétiques	75
Tableau 24 : Récapitulatif des indications de l'autorisation de mise sur le marché et des indications thérapeutiques remboursables	76
Tableau 25 : Nombre de patients traités et montants remboursés selon les situations de prescription des gliptines, en 2013	77
Tableau 26 : Nombre de patients traités et montants remboursés selon les situations de prescription des agonistes GLP1 (Victoza®), en 2013	78
Tableau 27 : Impact financier du respect de l'autorisation de mise sur le marché, des indications thérapeutiques remboursables et des recommandations de bonne pratique pour les gliptines et les AGLP1 en 2013	79
Tableau 28 : Évolution 2012-2014 du nombre de patients traités pour Sahos et projections pour 2015	80
Tableau 29 : Encadrement des nouveaux antiviraux à actions directes en France et en Europe	83
Tableau 30 : Caractéristiques et consommation de soins antérieure des patients instaurant un traitement par anti-TNF pour maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique en 2013	86
Tableau 31 : Indicateurs de ciblage « pertinence » pour la cholécystectomie	93
Tableau 32 : Description des cinq thèmes étudiés	94
Tableau 33 : Nombre d'examens pré-anesthésiques jugés non pertinents en 2013 et montants financiers associés	95
Tableau 34 : Prescriptions inappropriées d'au moins un examen immuno-hématologique pour les quatre gestes chirurgicaux, en 2013	97
Tableau 35 : Part des patients qui ont eu une délivrance d'actes de biologie en fonction du percentile de niveau de prescription du médecin généraliste	99
Tableau 36 : Évolution du nombre de patients transportés selon le mode de transport	104
Tableau 37 : Séjours éligibles des sites pilotes et gains en journées-lits	124

Tableau 38 : Bilan économique pour une initialisation	124
Tableau 39 : Coût complet de la chirurgie de la cataracte en ambulatoire	127
Tableau 40 : Récapitulatif des gains sur les différents processus de soins ou produits de santé étudiés	133
Tableau 41 : Taux d'atteinte de la Rosp par volet	148
Tableau 42 : Exemple de combinaisons de pathologies, événements de santé et traitements	167

Encadrés

Encadré 1 : Correspondance entre le champ Ondam et celui de la cartographie médicalisée des dépenses en 2013	14
Encadré 2 : Les recommandations du Nice	29
Encadré 3 : CMU-C et ACS	57
Encadré 4 : Simulation des dépenses de santé restant à la charge des bénéficiaires de l'ACS après complémentaire	58
Encadré 5 : Des exemples d'actions menées dans le cadre de Planir	60
Encadré 6 : La démarche expérimentale menée dans le Gard pour agir sur les difficultés d'accès aux soins	62
Encadré 7 : Le protocole d'évaluation défini avec la Société française de cardiologie pour l'évaluation du Prado insuffisance cardiaque	120

Glossaire

AAP : antiagrégants plaquettaires	HCL : Hospice civil de Lyon
ACI : accord conventionnel interprofessionnel	HTA : hypertension artérielle
Acip : accord-cadre interprofessionnel	Idel : infirmier diplômé d'état libéral
ACP : anatomo-cytopathologie	IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion
ACS : aide complémentaire santé	IJ : indemnités journalières
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien	Inca : Institut national du cancer
ALD : affection de longue durée	Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Anap : Agence nationale d'appui à la performance	Insee : Institut national des statistiques et des études économiques
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	InVS : Institut de veille sanitaire
ARS : agence régionale de santé	IPP : inhibiteurs de la pompe à protons
ASMR : amélioration du service médical rendu	IRC : insuffisance rénale chronique
AT-MP : accident du travail - maladie professionnelle	IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
ATC (classification) : anatomique, thérapeutique et chimique	IRM : imagerie par résonance magnétique
Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
ATU : autorisation temporaire d'utilisation	LPP : liste des produits et prestations
AVC : accident vasculaire cérébral	Mapa : mesure ambulatoire de la pression artérielle
AVK : alternative aux anti-vitamines K	MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive	MG France : Fédération française des médecins généralistes
CAM : conseiller de l'Assurance Maladie	Mici : maladies inflammatoires chroniques du côlon et de l'intestin
Caqcs : contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins	Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
CCAM : classification commune des actes médicaux	MSAP : mise sous accord préalable
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale	NHS : <i>National Health Service</i>
Ceps : Comité économique des produits de santé	Nice : <i>National Institute for health Care Excellence</i>
CHU : centre hospitalier universitaire	OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
CIM : classification internationale des maladies	OMS : Organisation mondiale de la santé
CMD : catégorie majeure de diagnostic	Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire	Paerpa : personnes âgées en risque de perte d'autonomie
Cnamts : Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés	PAM (régime des) : praticiens et auxiliaires médicaux
Cnil : Commission nationale informatique et libertés	PMI : protection maternelle et infantile
Cpam : caisse primaire d'assurance maladie	PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
CSMF : Confédération des syndicats médicaux français	Prado : programme d'accompagnement du retour à domicile
CSS : code de la Sécurité sociale	PUI : pharmacie à usage intérieur
DA : diagnostic associé	Rein (registre) : réseau épidémiologie et information en néphrologie
DAM : délégué de l'Assurance Maladie	RIM-P : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
DCIR : données de consommation interrégimes	Rosp : rémunération sur objectifs de santé publique
DGOS : direction générale de l'offre de soins au ministère de la Santé	RUM : résumé d'unité médicale
DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge	Sfar : Société française d'anesthésie-réanimation
DMS : durée moyenne de séjour	sida : syndrome d'immunodéficience acquise
DP : diagnostic principal	SLM : section locale mutualiste
DR : diagnostic relié	SML : Syndicat des médecins libéraux
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	Sniiram : système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie
ECBU : examen cytobactériologique des urines	sophia : service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les malades chroniques
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	SSR : soins de suite et de réadaptation
ENC : étude nationale de coût	T2A : tarification à l'activité
EPO : érythropoïétines	TAP : transport assis professionnalisé
ETP : équivalent temps-plein	TSH : <i>Thyroid-stimulating Hormone</i> (thyroéostimuline)
FAC : Fonds d'actions conventionnelles	UDM : unité de dialyse médicalisée
Fiqcs : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins	Uncam : Union nationale des caisses d'assurance maladie
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés	Unocam : Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
GHM : groupe homogène de malades	UNPS : Union nationale des professionnels de santé
GHS : groupe homogène de séjour	VIH : virus de l'immunodéficience humaine
HAD : hospitalisation à domicile	VSL : véhicule sanitaire léger
HAS : Haute Autorité de santé	
HbA1c : hémoglobine glyquée	

Directeur de la publication :

Nicolas Revel, directeur général de la Cnamts,
Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés,
50 avenue du Professeur-André-Lemierre, 75986 Paris Cedex 20

Réalisation graphique :

Comfluence, www.comfluence.fr

Impression :

Rivaton & Cie – Copie Nord 2, Paris Nord 2,
177 allée des Érables, 93420 Villepinte

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés
50 avenue du Professeur-André-Lemierre – 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

