

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses

Propositions
de l'Assurance Maladie
pour 2017

7 juillet 2016

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 2017 (loi du 13 août 2004)

Sommaire

CHAPITRE 1

Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée	4
1.1 Quelles sont les pathologies prises en charge et à quel coût ?	5
1.2 Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?.....	13
1.2.1 Des dynamiques contrastées	13
1.2.2 Les dynamiques de croissance de quelques pathologies	18

CHAPITRE 2

Les actions de gestion du risque pour assurer le respect de l'Ondam 2017	32
---	-----------

2.1 Améliorer la pertinence et le bon usage des soins	34
2.1.1 Les actions d'accompagnement des professionnels de santé.....	34
2.1.2 La prescription médicamenteuse.....	34
2.1.3 Les arrêts de travail.....	38
2.1.4 Les actions sur les transports.....	40
2.1.5 Les actes diagnostiques et thérapeutiques ...	41
2.2 Prendre le virage ambulatoire	42
2.2.1 Le déploiement du programme Prado	42
2.2.2 La MSAP chirurgie ambulatoire.....	43
2.2.3 La MSAP SSR	43
2.3 L'efficience de la dépense hospitalière	44
2.4 Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments ou des dispositifs médicaux et sur l'adoption des génériques	45
2.4.1 Les prix des médicaments	45
2.4.2 La diffusion des génériques	45
2.5 Récapitulatif des économies attendues	48

CHAPITRE 3

Propositions complémentaires pour accroître la qualité et l'efficience du système de soins à court et moyen terme	50
--	-----------

3.1 Agir sur les facteurs de risque pour prévenir les pathologies ou leur aggravation	51
3.1.1 Retour sur les propositions d'expérimentations concernant le surpoids et l'obésité et les complications associées	51
3.1.2 La lutte contre le tabagisme.....	51
3.2 Optimiser les parcours de prévention et de soins	61
3.2.1 La lombalgie commune : éviter la chronicisation.....	61
3.2.2 La prise en charge des affections des tendons de l'épaule	68
3.2.3 La BPCO : améliorer la détection précoce... ..	73

3.3 Développer des prises en charge adaptées pour les patients les plus complexes	75
--	----

3.3.1 Les malades chroniques à haut risque : l'exemple du pied diabétique	75
--	----

3.3.2 Les personnes âgées en Ehpad.....	82
--	----

3.4 Promouvoir des modes de rémunération incitant à la qualité et à l'efficience	90
---	----

3.4.1 La radiothérapie.....	90
--------------------------------	----

3.4.2 La réhabilitation améliorée après chirurgie.....	98
---	----

3.4.3 Les forfaits par épisode de soins : retour sur l'expérience du modèle Orthochoice en Suède	104
---	-----

3.5 Réguler l'offre de soins	107
---------------------------------------	-----

3.5.1 Les dispositifs médicaux de la LPP, un secteur mal connu et faiblement régulé	107
--	-----

3.5.2 La régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux	117
--	-----

3.5.3 La biologie : des restructurations en cours, une réflexion globale à développer.....	120
---	-----

ANNEXES	128
----------------------	------------

Annexe 1

Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2016	129
---	------------

Annexe 2

Bilan des négociations entre l'Uncam et les professionnels de santé.....	136
---	------------

Annexe 3

La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) quatre ans après	142
--	------------

Annexe 4

Méthodologie de la cartographie médicalisée des dépenses pour les années 2012, 2013 et 2014.....	156
---	------------

INDEX DES FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRÉS	164
--	------------

GLOSSAIRE	170
------------------------	------------

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017

Propositions sur les actions de prévention du tabagisme

Proposition 1 Conforter le médecin traitant dans son rôle de premier conseiller anti-tabac en incluant cette thématique dans la Rosp 60

Proposition 2 Étendre la prise en charge des substituts nicotiniques 60

Proposition 3 Lancer le programme d'*e-coaching* conjoint avec Santé publique France, en promouvoir activement l'utilisation, le faire évoluer en fonction des évaluations 60

Proposition 4 Lancer conjointement avec Santé publique France et en articulation avec le PNRT un programme de recherche-action permettant de tester des interventions destinées à réduire les inégalités sociales de santé liées au tabagisme 60

Proposition sur les lombalgies

Proposition 5 Mettre en place un ensemble d'actions pour améliorer le parcours de soins des patients lombalgiques et prévenir la désinsertion sociale et professionnelle 67

Proposition sur la prise en charge chirurgicale des lésions de l'épaule

Proposition 6 Préciser les référentiels et les diffuser auprès des professionnels et des patients 72

Proposition sur la détection et la prise en charge précoce de la BPCO

Proposition 7 Mettre en place dans deux à trois départements un programme pilote pour favoriser la détection et la prise en charge précoce de la BPCO et l'évaluer en vue d'une généralisation 74

Propositions sur la prise en charge du pied diabétique

Proposition 8 Poursuivre les actions pour améliorer la prise en compte du risque podologique par les professionnels et les patients 81

Proposition 9 Développer une filière ambulatoire et hospitalière spécifique pour les patients à très haut risque ou avec plaie du pied avec un maillage territorial 81

Proposition 10 Mieux organiser la prise en charge des patients à très haut risque podologique en cas d'hospitalisation et assurer la continuité de soins spécialisés en sortie d'hospitalisation 81

Propositions sur la prise en charge des patients en Ehpad

Proposition 11 Modifier le cadre réglementaire et préciser les modalités de l'intervention de l'HAD en Ehpad pour favoriser son développement 89

Proposition 12 Envisager les modalités de mise en place et de financement d'une « transmission structurée » entre praticiens lors de l'entrée en Ehpad d'un résident qui change de médecin traitant 89

Proposition 13 Développer de nouveaux indicateurs de qualité de prise en charge en Ehpad en utilisant les possibilités offertes par la base Resid-Ehpad 89

Propositions sur la radiothérapie

Proposition 14 _ Mettre en œuvre une réforme de la tarification de la radiothérapie libérale fondée sur des forfaits différenciés par technique 97

Proposition 15 _ Promouvoir les machines polyvalentes pour la RCMI et la radiothérapie en conditions stéréotaxiques 97

Proposition 16 _ Favoriser les regroupements de centres libéraux de radiothérapie pour accroître le nombre d'accélérateurs par centre et envisager que les centres libéraux acquièrent le statut d'établissement de santé 97

Proposition sur la réhabilitation améliorée après chirurgie

Proposition 17 _ Mettre en place une expérimentation de rémunération forfaitaire tenant compte de la performance pour la réhabilitation améliorée après chirurgie en orthopédie (chirurgie du genou et de la hanche) 106

Propositions sur la LPP

Proposition 18 _ Renforcer la connaissance et la pertinence des prescriptions de dispositifs et prestations inscrits à la LPP 115

Proposition 19 _ Accroître la qualité des prestations inscrites à la LPP fournies sur l'ensemble du territoire par la transparence et par des modes de rémunération prenant en compte cette qualité 116

Proposition 20 _ Sécuriser les fondements de la doctrine du Ceps par une assise législative et réglementaire pour favoriser les baisses de prix sur le secteur de la LPP 116

Proposition 21 _ Pour les dispositifs médicaux et prestations utilisés sur le long terme par les patients, étudier les modes de tarification alternatifs à la location 116

Proposition 22 _ Améliorer la transparence des mécanismes incitatifs sur les achats de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus 116

Propositions sur la masso-kinésithérapie

Proposition 23 _ Mettre en place la régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux 119

Proposition 24 _ Mettre en œuvre une nomenclature plus fine et plus traçante des actes de masso-kinésithérapie pour permettre une meilleure compréhension des activités 119

Propositions sur le secteur de la biologie médicale

Proposition 25 _ Poursuivre les gains de productivité dans le secteur libéral de biologie médicale afin de pouvoir intégrer les actes innovants tout en maîtrisant les dépenses 127

Proposition 26 _ Favoriser la restructuration de l'offre hospitalière de biologie 127

Proposition 27 _ Promouvoir une approche transversale de ce secteur permettant d'optimiser l'ensemble de l'activité de biologie 127

Introduction

Notre pays a connu depuis la crise de 2008 une croissance économique ralentie, qui, même si l'année 2015 amorce une reprise, a laissé peu de marges de manœuvre pour accroître les ressources publiques allouées au système de santé. La contrainte sur les dépenses d'assurance maladie s'est accrue en conséquence, avec des objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de plus en plus stricts: près de 4 % d'augmentation par an en moyenne dans la deuxième moitié des années 2000, 2,5 % entre 2010 et 2015, 1,75 % cette année.

Le système de soins et d'assurance maladie a su s'adapter à cette contrainte renforcée, puisque l'Ondam voté par le Parlement a été strictement respecté sur les cinq dernières années. Il l'a fait sans renoncer à ses objectifs fondamentaux: permettre l'accès de tous aux soins et aux progrès thérapeutiques grâce à un financement largement socialisé de la dépense, et ce, pour améliorer l'état de santé de la population.

Il faut rappeler en effet que le respect de l'Ondam n'a pas été opéré par un ajustement à la baisse des remboursements: en dépit du discours récurrent sur le désengagement de l'assurance maladie, sa part progresse dans la dépense de santé depuis trois ans – elle est de 76,6 % en 2014, contre 75,9 % en 2011. Ce résultat atteint même 78 % si on intègre les dépenses prises en charge par l'État pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide médicale de l'État (AME). Corrélativement, pour la troisième année consécutive, la part des dépenses de soins à la charge des ménages a diminué de 0,2 point (8,5 %, contre 9,1 % en 2011).

Même si cette augmentation est liée en grande partie à une proportion croissante de patients exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD), cela veut bien dire que pour tous ces patients qui ont des pathologies lourdes – un cancer, une maladie cardio-vasculaire, un diabète, une pathologie mentale grave, etc. –, la solidarité nationale continue à jouer à plein afin qu'ils puissent accéder à des soins que très peu d'entre eux pourraient financer sur leurs revenus propres.

Accéder aux soins, mais aussi bénéficier des dernières avancées de la science: car il faut souligner que malgré une contrainte financière croissante, les innovations thérapeutiques, même coûteuses, continuent d'être financées dès lors qu'elles représentent un réel progrès pour les patients. Entre 2012 et 2014, les dépenses pour les maladies du foie ou du pancréas ont augmenté de plus de 60 %, en lien avec l'arrivée de nouveaux traitements de l'hépatite C qui permettent d'espérer une guérison de cette maladie, et cette croissance a pu être absorbée dans un Ondam de l'ordre de 2 % par an. De la même manière, l'accès précoce aux nouveaux anticancéreux conduit à une forte progression des dépenses de médicaments faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Il est important de souligner cette réussite collective: respecter des Ondam de plus en plus serrés sans désengagement de l'Assurance Maladie et en continuant à permettre un accès rapide et large aux innovations. Cela prouve que notre système a été capable de faire des gains d'efficience, de redéployer des ressources pour intégrer ces progrès médicaux et aussi pour absorber l'augmentation des besoins: rappelons que chaque année, il y a 3 % de personnes en plus qui sont traitées pour diabète, 4 % pour insuffisance rénale chronique terminale, 5 % pour maladies inflammatoires chroniques.

Ces gains d'efficience ont été faits dans tous les secteurs. Les durées de séjour à l'hôpital se sont considérablement réduites, la chirurgie ambulatoire s'est développée, nos volumes de médicaments prescrits se sont rapprochés de ceux des autres pays, la diffusion des génériques a permis de soigner de manière équivalente à moindre coût, pour ne citer que quelques exemples.

L'Assurance Maladie a contribué à mobiliser ces marges de productivité en déployant et en renforçant depuis plus de dix ans une stratégie de « maîtrise médicalisée » qui cherche à 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. Au total, uniquement sur les prescriptions des médecins libéraux, cette stratégie de maîtrise médicalisée a permis d'économiser en moyenne 500 millions d'euros par an depuis quatre ans, près de 600 millions d'euros en 2015.

Cette recherche active et cette mobilisation de tous les gains d'efficience possibles dans le système doivent être résolument intensifiées si nous voulons faire face aux défis des années à venir. Car dans la période récente, plusieurs éléments ont facilité la maîtrise des dépenses et le respect de l'Ondam: peu d'innovations, notamment dans le domaine médicamenteux, des tombées de brevet massives permettant des baisses des prix des traitements, un nombre de médecins en légère diminution (pour les généralistes) ou en faible hausse (pour les autres spécialistes). L'avenir, proche ou de moyen terme, s'annonce très différent, avec l'arrivée – qui s'est amorcée déjà – de multiples innovations de traitement coûteuses, dans les domaines du cancer, de l'hépatite C, mais aussi dans des pathologies chroniques comme le diabète (voir les perspectives décrites dans le chapitre 1 sur la cartographie des dépenses). Si l'on se projette à moyen terme, il faut aussi anticiper les retournements de tendance concernant la démographie médicale, qui retrouvera d'ici quelques années une dynamique positive, même si l'horizon probable de cette inflexion reste à préciser.

Pour anticiper ces évolutions futures et leur impact, il faut appréhender les enjeux médico-économiques liés aux pathologies et aux facteurs de risque et comprendre les dynamiques médicales qui sous-tendent l'évolution tendancielle du coût des soins ; c'est le sens de la cartographie médicalisée des dépenses que la Cnamts a développée depuis plusieurs années et qui fait l'objet du chapitre 1 de ce rapport. Elle est enrichie, cette année,

d'éclairages sur certaines pathologies qui se distinguent par une dynamique particulière de leurs dépenses. L'analyse des facteurs explicatifs de ces évolutions met en lumière des enjeux, notamment liés aux changements de pratiques observés ou à anticiper, qu'il faut prendre en compte dans la régulation de la dépense de santé.

La maîtrise de la dépense impose, on l'a dit, la recherche continue de gains de productivité dans le système : les actions en ce sens devront être encore renforcées en 2017 dans le cadre du plan triennal pour l'efficience et la performance du système de santé. Celui-ci développe quatre axes : la pertinence et le bon usage des soins ; le virage ambulatoire ; la qualité de l'offre hospitalière ; l'utilisation des génériques et le prix des médicaments. Les actions prévues dans le cadre pour assurer le respect de l'Ondam 2017 sont développées dans le chapitre 2.

L'Assurance Maladie y contribue, aux côtés de l'État et des agences régionales de santé (ARS), en poursuivant sa stratégie de gestion du risque qui s'appuie sur de multiples leviers : communication auprès des professionnels et des assurés pour promouvoir les référentiels de bonnes pratiques (visites de délégués de l'Assurance Maladie ou de praticiens-conseil, retour d'information sur les profils de pratiques, information aux patients) ; programmes de soutien aux personnes dans leur démarche de prévention ou de gestion de leur maladie (*sophia*, *coaching tabac*, etc.), organisation de parcours de soins optimisés (programme Prado), incitations financières (rémunération sur objectifs) ; mais aussi dispositifs d'accord ou d'autorisation préalable, contrôles, mise sous objectifs des professionnels ayant des pratiques très éloignées des comportements habituels, etc. Ces actions de gestion du risque s'inscrivent dans une approche globale, qui s'adresse à tous les acteurs du système de santé, en ville comme à l'hôpital. L'ensemble des actions développées par l'Assurance Maladie devrait conduire à un montant de 1 440 millions d'euros d'économies en 2017 (hors ajustement des tarifs des produits de santé et optimisation des dépenses hospitalières).

Pour être performante, cette stratégie d'efficience doit se renouveler en permanence, elle doit innover dans ses modalités, explorer de nouveaux champs, évoluer pour s'adapter aux changements des pratiques de soins et des techniques. C'est l'objectif du chapitre 3 que de proposer de nouvelles pistes d'action, qui fourniront la matière des programmes opérationnels de gestion du risque de demain. Certaines peuvent fournir des résultats à court terme, dès 2017, et sécuriser le respect de l'Ondam ; pour d'autres, les gains sont plutôt à attendre à moyen terme.

L'objectif de ces actions n'est pas de « faire des économies », il est de soigner mieux, à un coût supportable par la collectivité. Car la recherche de gains de productivité, il faut le rappeler, n'est pas contradictoire avec l'amélioration de la qualité des soins : il faut au contraire poursuivre simultanément ces deux objectifs, et souvent d'ailleurs les pratiques innovantes permettent de gagner sur les deux plans. On peut ainsi citer l'exemple de la

réhabilitation améliorée après chirurgie, initiée au Danemark, qui est avant tout une démarche de qualité visant à permettre au patient de se rétablir plus rapidement après l'intervention, mais qui économise aussi des ressources grâce à la réduction de la durée des séjours. Autre exemple, la rémunération au parcours expérimentée en Suède a conduit à la fois à une amélioration de la qualité des soins et à une baisse des coûts. Ces deux exemples sont développés dans le rapport. Aux États-Unis, il est frappant de constater que les organisations considérées internationalement comme des organisations d'excellence sur le plan de la qualité des services qu'elles offrent – la Mayo Clinic, Kaiser, Intermountain Health Care, etc. – sont des organisations où la recherche de gains de productivité et de maîtrise des coûts est indissociable de l'investissement dans des démarches qualité qui servent souvent de modèles à l'étranger.

C'est dans cet esprit – gagner à la fois en qualité et en efficience – que les propositions rassemblées dans cette troisième partie du rapport ont été élaborées. Elles s'organisent autour de plusieurs axes :

- déployer des actions de prévention efficaces et coût-efficaces pour lutter contre les facteurs de risque (avec un focus particulier sur le tabagisme). Car la stratégie de l'Assurance Maladie ne se limite pas à améliorer les soins curatifs : agir sur les risques évitables, c'est-à-dire prévenir l'apparition des maladies chroniques, ralentir leur progression, éviter la survenue des complications, sont des leviers majeurs pour améliorer l'efficience du système de santé ;
- optimiser les parcours de diagnostic et de soins pour des affections courantes, telles que les lombalgies, les lésions des tendons de l'épaule, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- développer des prises en charge adaptées pour les patients les plus complexes, patients à haut risque qui sont aussi ceux qui génèrent des dépenses particulièrement élevées : une réflexion est menée sur les patients diabétiques à haut risque podologique, ainsi que sur les personnes âgées en Ehpad qui constituent une population particulièrement fragile ;
- innover dans les modes de rémunération pour inciter les professionnels et les établissements à maîtriser les coûts par la qualité ;
- mieux réguler l'offre de soins dans certains secteurs : cette année, un éclairage particulier est apporté sur la liste des produits et prestations (LPP), sur la démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et sur la biologie. On peut estimer que le potentiel d'économies généré par l'ensemble de ces propositions nouvelles se situe dans une fourchette de 0,9 à 1,1 milliard d'euros. Certains de ces gains pourront être engrangés rapidement, car ils sont liés à des actions que l'Assurance Maladie peut déployer directement dans le cadre des programmes qu'elle met en œuvre. D'autres nécessitent des étapes préalables (textes législatifs et réglementaires, négociations conventionnelles, mise en place opérationnelle, etc.) et les économies induites se matérialiseront progressivement au fur et à mesure de la montée en charge des actions.

CHAPITRE

1

Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée

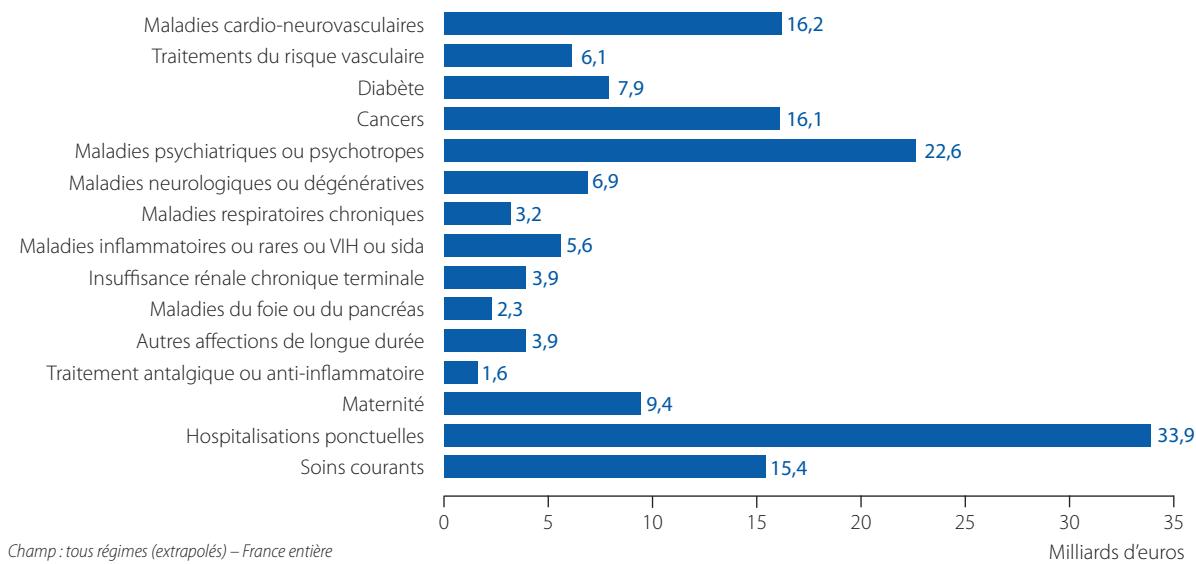
Quelles pathologies sont prises en charge par le système de santé ? Pour combien de patients ? Quelles ressources sont mobilisées pour assurer ces soins ? Comment progressent-elles ? Quelles sont les dynamiques médicales à l'œuvre derrière ces évolutions ? Sont-elles liées à l'évolution du nombre de patients soignés ou à des changements dans les traitements, dans la façon dont les processus de soins sont organisés ? Quel est l'impact des

innovations médicamenteuses ? Peut-on projeter ces évolutions dans le futur pour nourrir une réflexion prospective ?

C'est pour répondre à ces questions, et pour aller au-delà de la grille de lecture habituelle par offre de soins, que la Cnamts a développé depuis plusieurs années une cartographie des dépenses par pathologie ([encadré 1 et annexe 4](#)).

1.1 Quelles sont les pathologies prises en charge et à quel coût ?

► **FIGURE 1**
Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2014 (155 milliards d'euros)



En 2014, les grandes tendances observées les années précédentes sur la part des groupes de pathologies dans les dépenses d'assurance maladie¹ restent les mêmes ([figures 1 et 2](#)) :

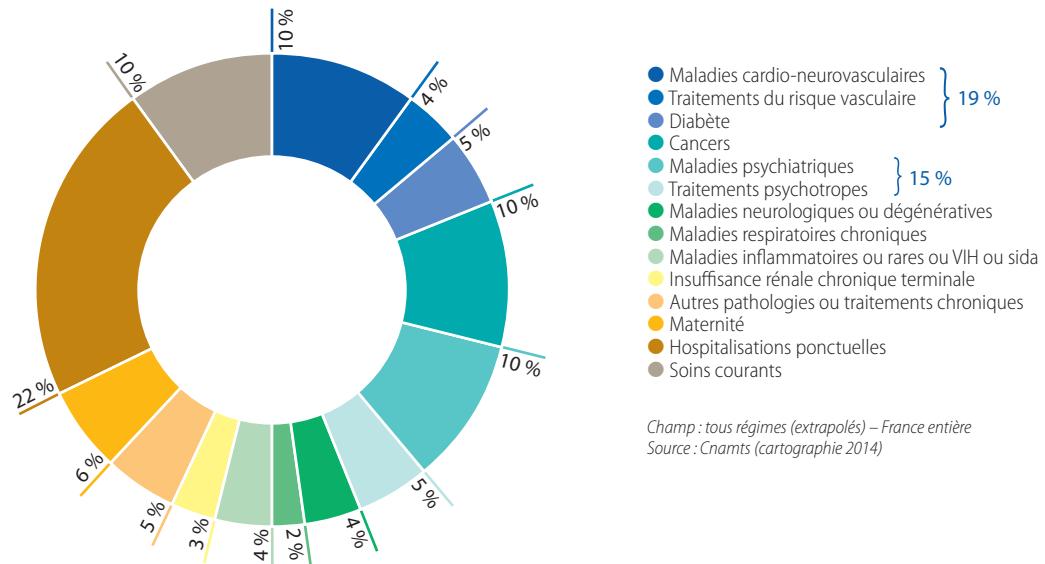
- le poids important de la santé mentale : 23 milliards d'euros, 15 % des dépenses totales,
- le coût lié à la prise en charge des cancers et des maladies cardio-vasculaires et neuro-vasculaires : 16 milliards d'euros (soit 10 % des dépenses) pour chacun de ces deux groupes de maladies (30 milliards d'euros si l'on regroupe maladies cardio-neurovasculaires, diabète et traitement du risque vasculaire),

– la part des épisodes hospitaliers que l'on peut qualifier de « ponctuels », au sens où l'hospitalisation n'est pas en lien avec l'ensemble des pathologies chroniques ici repérées.

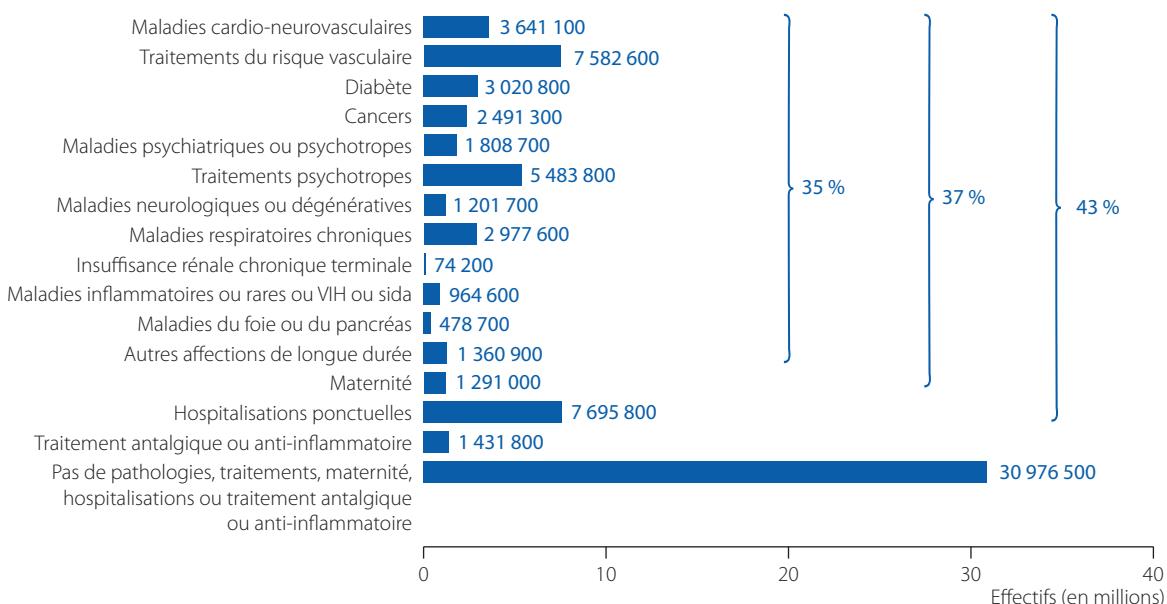
Les dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques, qui représentent 61 % de la dépense, concernent 35 % de la population (soit près de 20 millions de personnes pour le régime général) ; à l'opposé, 55 % (un peu plus de 31 millions de personnes) ont reçu uniquement des soins qualifiés de courants ([figure 3](#)).

¹ 155 milliards d'euros ont pu être répartis. Les dépenses suivantes, relevant du champ Ondam, n'ont pas été incluses : pour les soins de ville : permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM, FAC et aides à la télétransmission ; pour les établissements de santé : forfaits divers (urgences, pré-lèvements et transplantations d'organes, IVG, etc.), Migac ; pour les établissements et services médico-sociaux : ensemble des dépenses pour le fonds d'intervention régional (FIR) : ensemble des dépenses et pour les autres prises en charge : FMESPP et Fiqcs. Les dépenses suivantes, hors champ Ondam, ont en revanche été incluses : indemnités journalières maternité et invalidité.

► FIGURE 2
Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2014



► FIGURE 3
Nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2014 par groupe de pathologies ou situation de soins (56,6 millions de personnes au total)



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

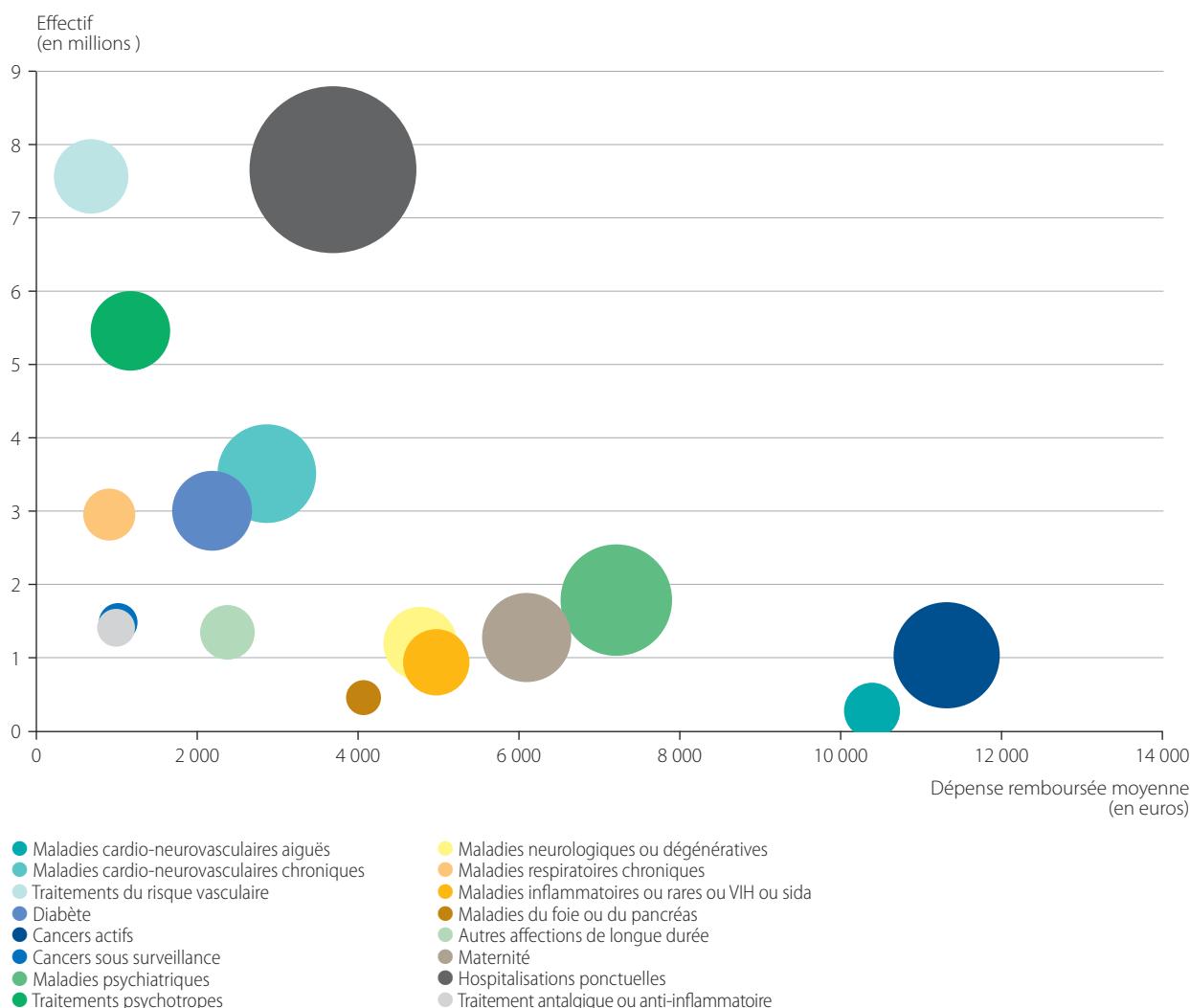
Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

Les dépenses totales induites par les différentes catégories de pathologies ou traitements dépendent évidemment à la fois du nombre de personnes traitées et du coût moyen de traitement. Les situations sont contrastées de ce point de vue (**figure 4 et tableau 1**) : le traitement du risque vasculaire (hypertension artérielle, cholestérol) concerne une population très nombreuse, mais avec un coût unitaire faible (et ce d'autant plus maintenant

que la plupart des médicaments concernés sont génériques) ; pour les épisodes aigus de maladie cardio-vasculaire (infarctus, AVC, décompensation d'insuffisance cardiaque, etc.), la dépense totale est beaucoup plus liée au coût des soins (10 400 euros en moyenne), avec notamment des prises en charge hospitalières lourdes.

► FIGURE 4

Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales par groupes de pathologies en 2014



Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées totales. Seuls ont été représentés les principaux groupes de populations afin de ne pas alourdir le graphique. Bien que le poids de l'insuffisance rénale chronique terminale soit important malgré les faibles effectifs, cette pathologie n'a pas été représentée en raison d'une dépense moyenne (de l'ordre de 44 000 € par patient par an) très supérieure à celle des autres pathologies (un graphique spécifique est présenté dans la partie 1.2.2). Par ailleurs, pour les maladies cardio-neurovasculaires, ont été distinguées les formes aiguës (événement survenu dans l'année) et chroniques de la maladie de manière à mieux faire ressortir les différences en termes d'effectifs ou de dépenses remboursées moyennes mobilisées pour leur prise en charge. De même pour les cancers, ont été distingués les cancers en phase active (avec un traitement en cours) et ceux en phase de surveillance. Enfin, pour les pathologies en lien avec la santé mentale, ont été distinguées les maladies psychiatriques qui concernent des populations en ALD ou ayant été hospitalisées pour ce motif, des personnes traitées par psychotropes sans autre indication dans les remboursements de soins.

Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

► TABLEAU 1

**Effectifs et dépenses moyennes remboursées par an par patient en 2014,
pour les principaux groupes de populations considérées**

Postes	Effectifs	Dépense moyenne totale	dont soins de ville	dont hospitalisations	dont prestations en espèces
Pathologies cardio-neurovasculaires	3 641 133	3 684 €	1 509 €	1 928 €	248 €
dont :					
• Pathologies cardiovasculaires aiguës	318 814	10 383 €	1 400 €	8 718 €	265 €
• Pathologies cardiovasculaires chroniques	3 531 806	2 861 €	1 429 €	1 201 €	231 €
Traitements du risque vasculaire ^(a)	7 582 589	680 €	533 €	45 €	102 €
Diabète	3 020 769	2 183 €	1 817 €	224 €	143 €
Cancers	2 491 264	5 405 €	2 025 €	3 020 €	361 €
dont :					
• Cancers actifs	1 055 355	11 316 €	3 840 €	6 929 €	547 €
• Cancers surveillés	1 507 952	1 010 €	657 €	140 €	213 €
Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes	7 292 501	2 656 €	776 €	1 313 €	567 €
dont :					
• Maladies psychiatriques	1 808 680	7 205 €	1 279 €	4 945 €	981 €
• Traitements psychotropes	5 483 821	1 156 €	610 €	115 €	431 €
Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	682 927	4 104 €	2 520 €	1 522 €	62 €
Maladies neurologiques	547 432	5 351 €	2 935 €	1 691 €	725 €
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	2 977 616	901 €	592 €	225 €	83 €
Maladies inflammatoires, rares et VIH	964 593	4 971 €	3 408 €	1 167 €	395 €
Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	74 200	44 067 €	13 222 €	29 948 €	897 €
dont :					
• Dialyse chronique	41 157	64 093 €	17 365 €	46 126 €	602 €
• Transplantation rénale	2 742	72 567 €	17 565 €	52 921 €	2 081 €
• Suivi de transplantation rénale	30 301	14 286 €	7 200 €	5 895 €	1 192 €
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	478 667	4 068 €	2 785 €	987 €	296 €
Traitements antalgique ou anti-inflammatoire ^(c)	1 431 805	990 €	552 €	77 €	361 €
Maternité	1 290 990	6 094 €	801 €	2 775 €	2 519 €
Hospitalisations ponctuelles ^(d)	7 695 789	3 686 €	507 €	2 834 €	345 €

(a) Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardiovaskulaires, diabète et IRCT

(b) Hors mucoviscidose

(c) hors pathologies, traitements, hospitalisations ponctuelles ou maternité

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

Champ : régime général - France entière

Source : Cnamts

► ENCADRÉ 1

Description des groupes de pathologies et traitements de la cartographie en quelques lignes

Maladies cardio-neurovasculaires : comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie oblitérante du membre inférieur, les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardio-vasculaires. On distingue les pathologies aiguës et chroniques.

Traitements du risque vasculaire : il s'agit de personnes prenant des traitements antihypertenseurs et /ou hypolipémiants (en dehors de celles qui ont déjà une maladie cardio-vasculaire).

Diabète (quel que soit son type).

Cancers : sont distingués les plus fréquents (cancers du sein, de la prostate, du colon et du poumon), les autres cancers étant réunis dans un seul groupe. On distingue les cancers en phase active et les cancers surveillés.

Pathologies psychiatriques : ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

Traitements psychotropes : il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et ou hypnotiques (hors patients ayant déjà une pathologie psychiatrique, voir ci-dessus).

Maladies neurologiques et dégénératives : comprend les démences (par exemple la maladie d'Alzheimer) et la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la paraplégie, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

Maladies respiratoires chroniques : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance respiratoire chronique, etc. La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe.

Maladies inflammatoires, maladies rares et VIH : sont distinguées les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, les autres maladies inflammatoires chroniques ; pour les maladies rares, les maladies métaboliques héréditaires, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase grave. L'infection au VIH et le sida font l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

Insuffisance rénale chronique terminale : comprend la dialyse chronique, la transplantation rénale et le suivi de transplantation rénale.

Maladies du foie ou du pancréas : ensemble des atteintes du foie et du pancréas, à l'exception de la mucoviscidose et du diabète qui sont repérés par ailleurs.

Autres affections de longue durée (regroupées).

Maternité : femmes de 15 et 49 ans, prises en charge pour le risque maternité à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.

Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes : il s'agit de traitements souvent à visée rhumatologique chronique (lombalgie, arthrose, etc.), mais aussi de la prise en charge de toute pathologie chronique douloureuse.

Séjours hospitaliers ponctuels (pour des motifs qui ne correspondent pas aux 56 groupes de pathologies repérées). Ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie, par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées (prothèse de hanche) ou non (appendicectomie), exploratoires (coloscopie), ou de symptômes ou pathologies mal définis.

Soins courants : personnes n'ayant aucun des traitements, pathologies ou situations de soins décrits ci-dessus, donc *a priori* n'ayant que des soins courants.

► ENCADRÉ 2

Un poids des pathologies qui varie selon les territoires

La fréquence des pathologies varie parfois sensiblement d'une région à une autre en métropole, même lorsque l'on raisonne en taux standardisés, c'est-à-dire en éliminant les écarts liés à des structures démographiques différentes.

DES FRÉQUENCES DE PATHOLOGIES QUI VARIENT SELON LES RÉGIONS MÉTROPOLITAINES

Les gradients les plus marqués concernent le diabète et les maladies respiratoires chroniques. Les taux standardisés de diabète varient de 3,7 % en Bretagne et 4,4 % en Pays-de-la-Loire à 6,2 % en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et 6,7 % dans les Hauts-de-France. Les taux standardisés de maladies respiratoires chroniques, qui

comprennent essentiellement l'asthme chez l'enfant et la bronchopneumopathie chronique obstructive chez l'adulte souvent fumeur et plus âgé, varient de 4,7 % en Pays-de-la-Loire et 4,8 % en Auvergne-Rhône-Alpes à 5,9 % en Normandie et 6,3 % en Hauts-de-France.

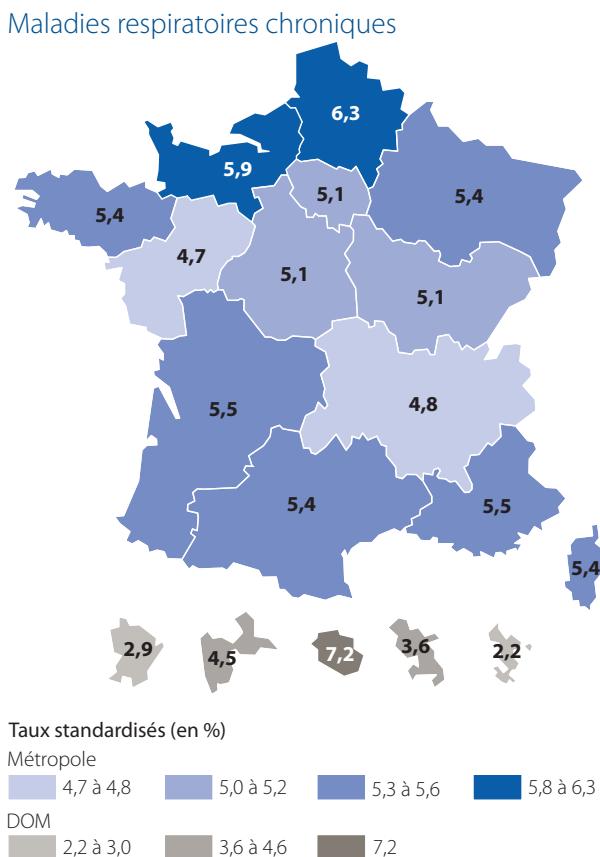
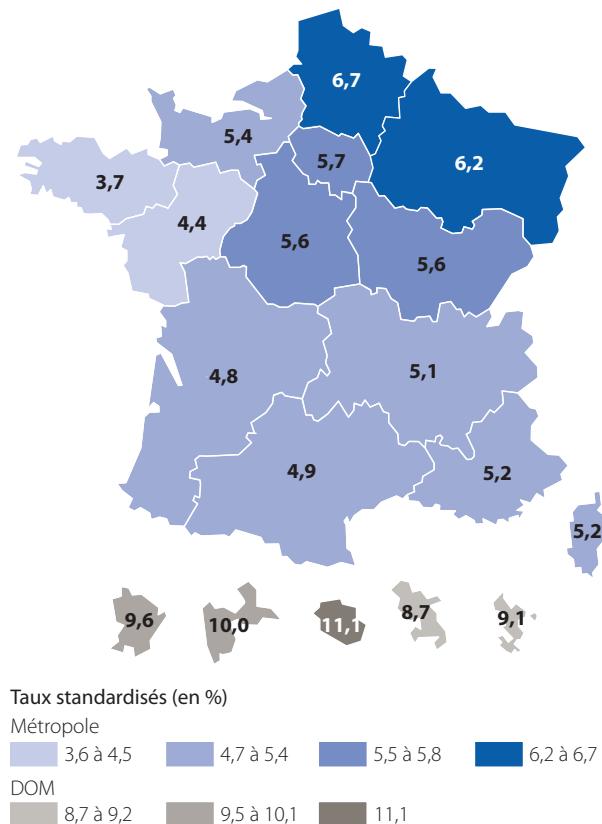
Des différences sont aussi observées pour les maladies psychiatriques, pour lesquelles les taux standardisés sont particulièrement faibles en Île-de-France (2,8 %), en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine (2,9 %) et en région Centre (3,0 %) et plus élevés en Bretagne (4,2 %).

Un gradient plus modeste est observé entre le nord-est et le sud-est de la métropole pour les pathologies cardio-neurovasculaires, regroupées ensemble,

avec des taux standardisés variant de 6,2 % en Pays-de-la-Loire et 6,5 % en Bretagne par exemple à 7,6 % dans les Hauts-de-France. En revanche, le gradient est plus marqué quand on étudie séparément les différentes pathologies cardio-vasculaires qui ont des facteurs de risque différents. Les taux standardisés varient de 2,5 % pour les maladies coronaires en Bretagne à 3,1 % en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et dans les Hauts-de-France ; de 2,0 % pour les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque en Pays-de-la-Loire à 2,6 % dans les Hauts-de-France ; de 1,1 % pour les accidents vasculaires cérébraux en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes et en Pays-de-la-Loire à 1,4 % dans les Hauts-de-France ; de 1,0 % pour l'insuffisance cardiaque dans ces mêmes régions à 1,3 % toujours dans les Hauts-de-France.

Taux standardisés^(a) de personnes prises en charge pour différentes pathologies, par région

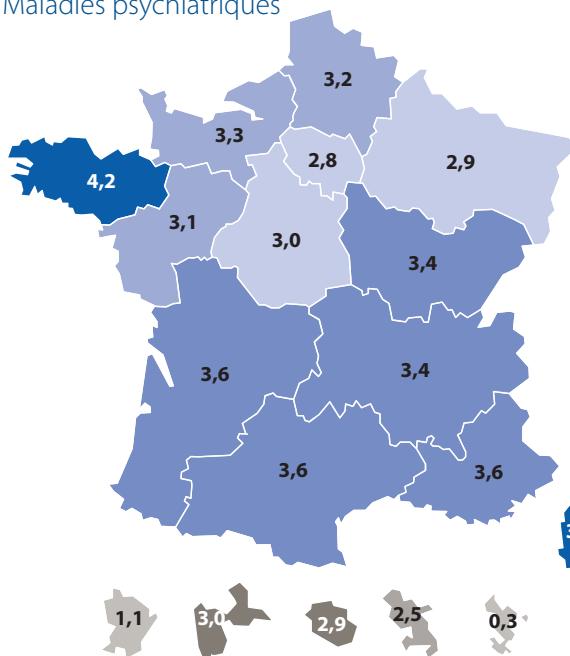
Le diabète



(a) Standardisés sur l'âge et le sexe de la population Insee au 1^{er} janvier 2015

Source : Cnamts (cartographie 2014 standardisée)

Maladies psychiatriques



Taux standardisés (en %)

Métropole
2,7 à 3,0 3,0 à 3,3 3,4 à 3,7 3,8 à 4,2

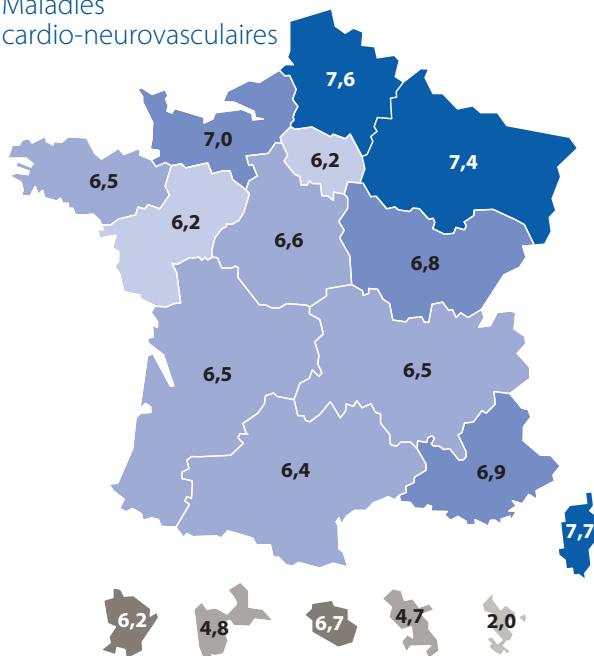
DOM
0,3 à 1,2 2,5 2,8 à 3,0

Source : Cnamts (cartographie 2014 standardisée)

Les différences sont en revanche très peu marquées pour d'autres pathologies comme les cancers. Les taux standardisés varient de 4,3 % en région Centre à 4,6 % en Pays-de-la-Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine, Hauts-de-France, et Île-de-France, ou au maximum à 4,8 % en Corse. Les taux standardisés concernant les cancers en phase active, c'est à dire actuellement sous traitement, varient aussi très faiblement. En revanche, les taux spécifiques concernant le cancer du poumon, dont le facteur de risque majeur est le tabagisme, varient davantage : de 1,7 % en Pays-de-la-Loire à 2,3 % en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et 2,6 % en Corse.

Au total, le taux standardisé de personnes âgées de 65 ans et plus ayant au moins une pathologie chronique varie

Maladies cardio-neurovasculaires



Taux standardisés (en %)

Métropole
6,2 6,4 à 6,7 6,8 à 7,1 7,3 à 7,7

DOM
2,0 4,7 à 4,8 6,1 à 6,8

de 54 % en Pays-de-la-Loire à 61 % dans les Hauts-de-France. Dans l'ensemble, on note des pathologies généralement plus fréquentes dans les régions les plus socialement défavorisées et en particulier dans les Hauts-de-France.

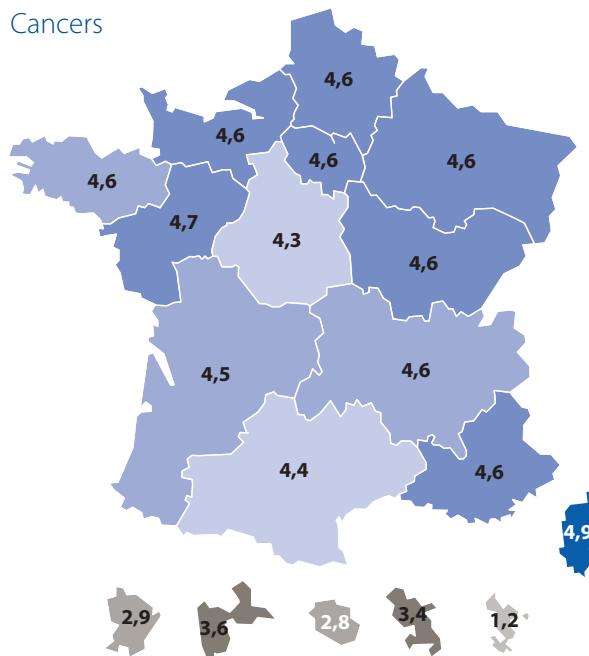
DES FRÉQUENCES DE PATHOLOGIES CONTRASTÉES ENTRE LA MÉTROPOLE ET L'OUTREMER

Outremer, les taux sont plus contrastés. La prévalence du diabète est beaucoup plus élevée, que ce soit à La Réunion (11,1 %), en Guadeloupe (10 %) ou en Martinique (8,7 %), qu'en métropole, où elle culmine pourtant dans les Hauts-de-France à un taux de 6,7 %. Les taux de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardio-neurovasculaires sont aussi plus élevés à la Réunion qu'en métropole (7,2 % et 6,7 % respectivement,

contre 6,3 % et 7,6 % au maximum en métropole avec les Hauts de France), alors qu'en Martinique (3,6 % et 4,7 %) et en Guadeloupe (4,5 % et 4,8 %) ils sont inférieurs aux plus faibles taux de métropole (respectivement 4,7 % et 6,2 % en Pays-de-la-Loire). Enfin, les taux de cancers et de maladies psychiatriques, ainsi que les taux de séjours hospitaliers dits « ponctuels » sont plus faibles dans ces trois départements d'outremer qu'en métropole.

Toutefois, l'indicateur combiné de pathologies est élevé outremer : 57 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont au moins une pathologie chronique en Martinique, 62 % d'entre elles en Guadeloupe et 64 % à La Réunion, alors que cet indicateur varie en métropole de 54 % (Pays-de-la-Loire) à 61 % (Hauts-de-France).

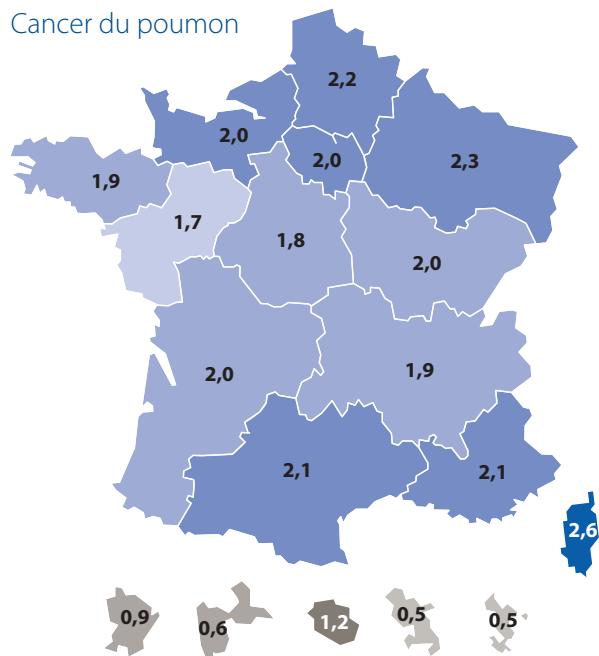
Cancers



Taux standardisés (en %)

Métropole
 4,3 à 4,4 4,5 à 4,6 4,6 à 4,7 4,9
 DOM
 1,2 2,8 à 3,0 3,3 à 3,6

Cancer du poumon



Taux standardisés (en %)

Métropole
 1,71 1,83 à 1,96 2,02 à 2,28 2,59
 DOM
 0,53 à 0,54 0,59 à 0,94 1,16

Source : Cnamts (cartographie 2014 standardisée)

1.2 Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?

Entre 2012 et 2014, les dépenses d'assurance maladie ont augmenté de 2,5 % par an en moyenne (sur le périmètre faisant l'objet d'une décomposition par pathologie, c'est-à-dire 155 milliards d'euros en 2014). En deux ans, cela représente 7,5 milliards d'euros supplémentaires. Quelles sont les dynamiques médicales à l'œuvre derrière ces évolutions ? Sont-elles liées à l'évolution du nombre de patients soignés ou à des changements dans les traitements, dans la façon dont les processus de soins sont organisés ? Quel est l'impact des innovations médicamenteuses ? Peut-on projeter ces évolutions dans le futur pour nourrir une réflexion prospective ?

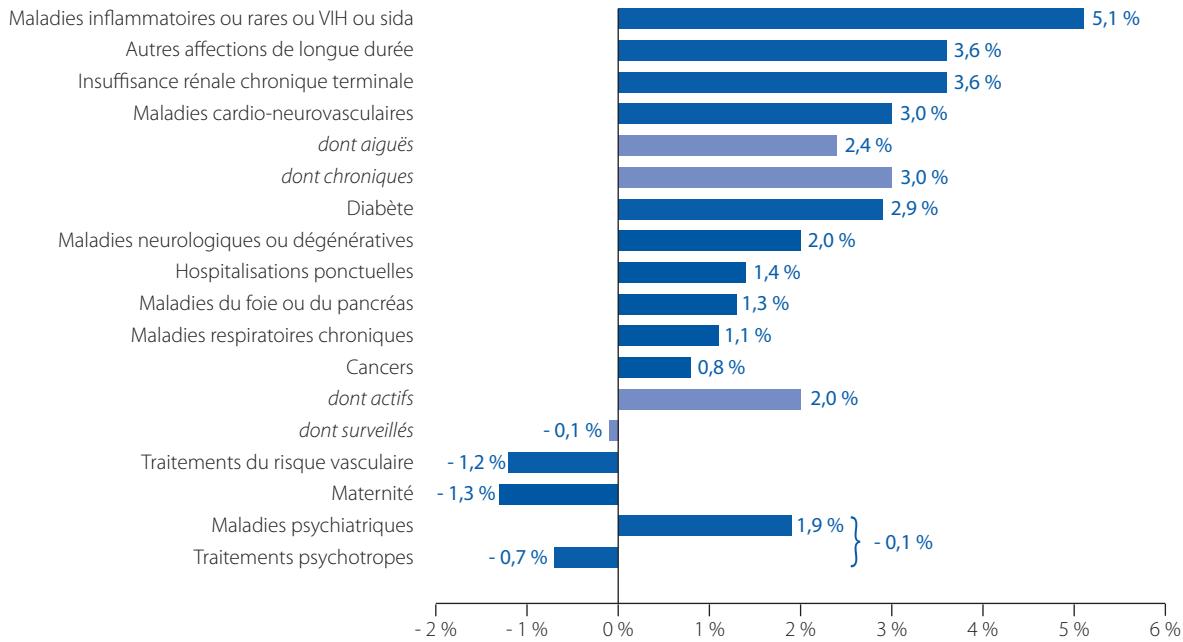
1.2.1 / Des dynamiques contrastées

L'évolution est très contrastée d'une pathologie à l'autre. Si l'on met de côté l'évolution très atypique des maladies du foie et du pancréas (+ 27 % par an), les dynamiques de dépenses les plus soutenues s'observent pour :

- le groupe des maladies inflammatoires, des maladies rares et du VIH (+ 5,4 % par an), notamment du fait d'une croissance rapide pour les maladies inflammatoires (+ 6,9 %) et en particulier pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (+ 10,9 %) ;
- les maladies neurologiques ou dégénératives (+ 3,6 % par an), parmi lesquelles la sclérose en plaque (+ 8,0 %) et la maladie de Parkinson (+ 4,8 %), connaissent les augmentations les plus élevées ; même évolution de + 3,6 % pour l'ensemble des cancers (+ 7,7 % pour le cancer de la prostate, + 4,5 % pour le cancer du poumon) ;
- les maladies cardio-neurovasculaires, le diabète, l'insuffisance rénale chronique terminale, dont l'évolution annuelle est comprise entre + 2,5 % et + 3,0 % ;
- les dépenses liées à la santé mentale (au sens large, englobant les maladies psychiatriques et les troubles se traduisant par une consommation régulière de psychotropes), qui augmentent de manière plus modérée (+ 1,8 %).

La dynamique de la dépense globale résulte de deux évolutions, celle des effectifs de patients traités (**figure 5**) et celle des dépenses moyennes par patient.

► FIGURE 5
Évolution annuelle moyenne des effectifs par grands groupes de pathologies entre 2012 et 2014



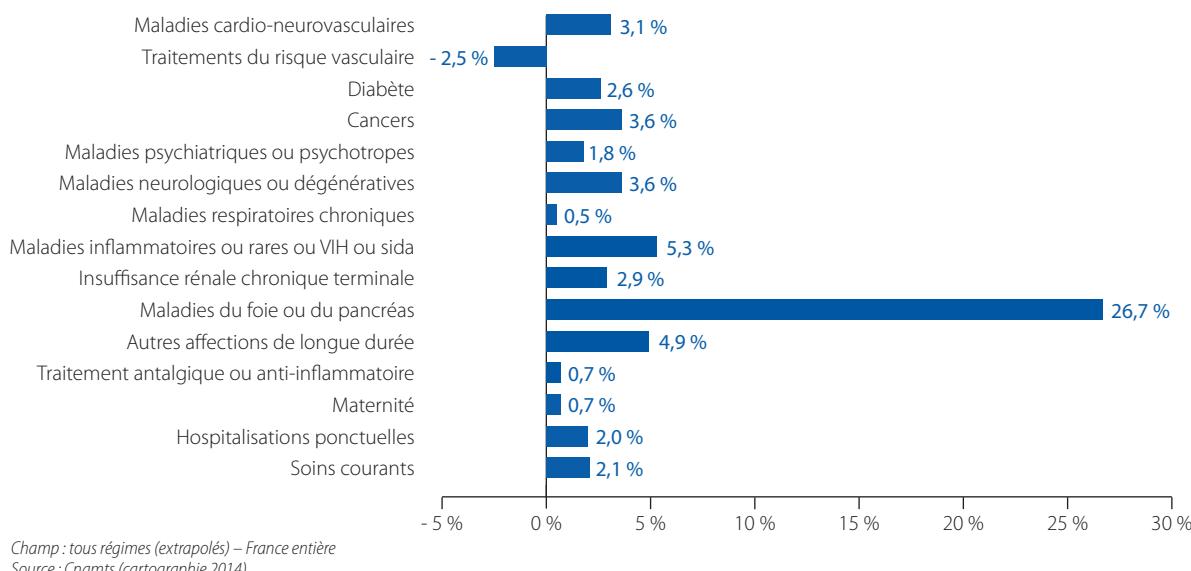
Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

Les dépenses relatives au traitement de l'hypertension artérielle ou de l'hypercholestérolémie ont baissé de 2,5 % par an, tandis que les ressources consacrées aux maladies du foie et du pancréas ont connu à l'inverse une croissance très rapide, de 27 % par an en moyenne sur ces deux années (**figure 6**). Ces évolutions sont à mettre en relation avec celle des effectifs (- 1,2 % par an pour les personnes traitées par antihypertenseurs ou hypocholestérolémiant et + 1,3 % pour celles atteintes d'une maladie du foie ou du pancréas), mais surtout avec celle des traitements médicamenteux : tombée de brevets dans le domaine public et diffusion des génériques pour les antihypertenseurs et les statines d'un côté, arrivée des

nouveaux antiviraux d'action directe très onéreux de l'autre. Les maladies du foie et du pancréas contribuent ainsi pour près de 900 millions d'euros aux 7,5 milliards d'euros de dépenses supplémentaires entre 2012 et 2014 (**figure 7**), un montant dont l'ordre de grandeur n'est pas très éloigné de celui des maladies cardio-neurovasculaires, qui concernent une population beaucoup plus nombreuse (3,6 millions de bénéficiaires du régime général, contre 480 000 pour les maladies du foie et du pancréas). Les dépenses liées aux maladies du foie et du pancréas sont ainsi passées de 1,4 milliard d'euros en 2012 à 2,3 milliards d'euros en 2014.

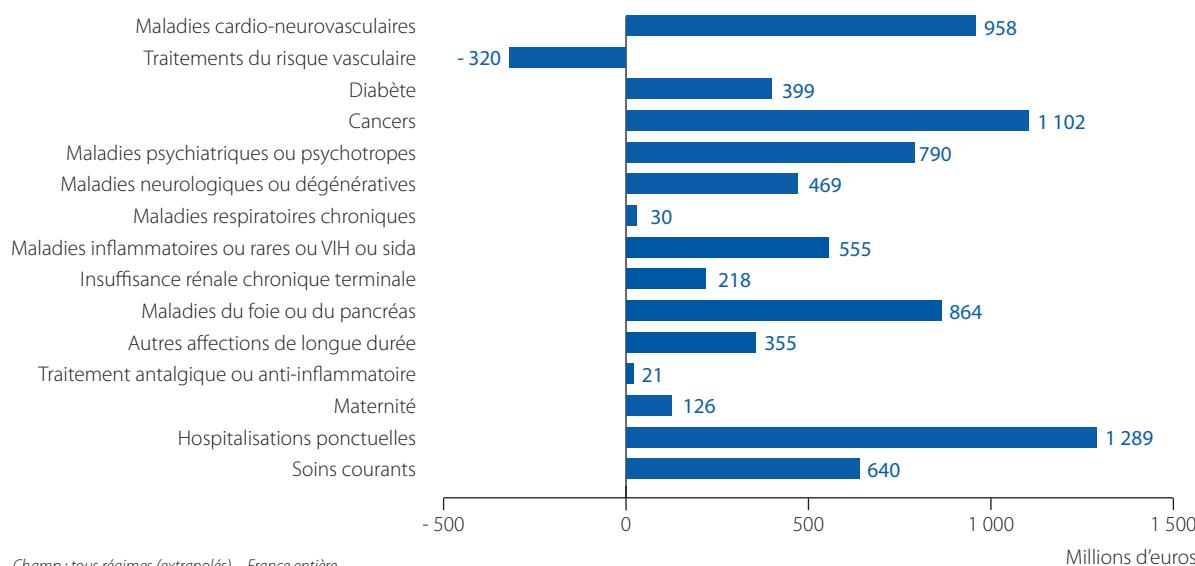
► FIGURE 6

Évolution annuelle moyenne entre 2012 et 2014 des dépenses remboursées par grands groupes de pathologies



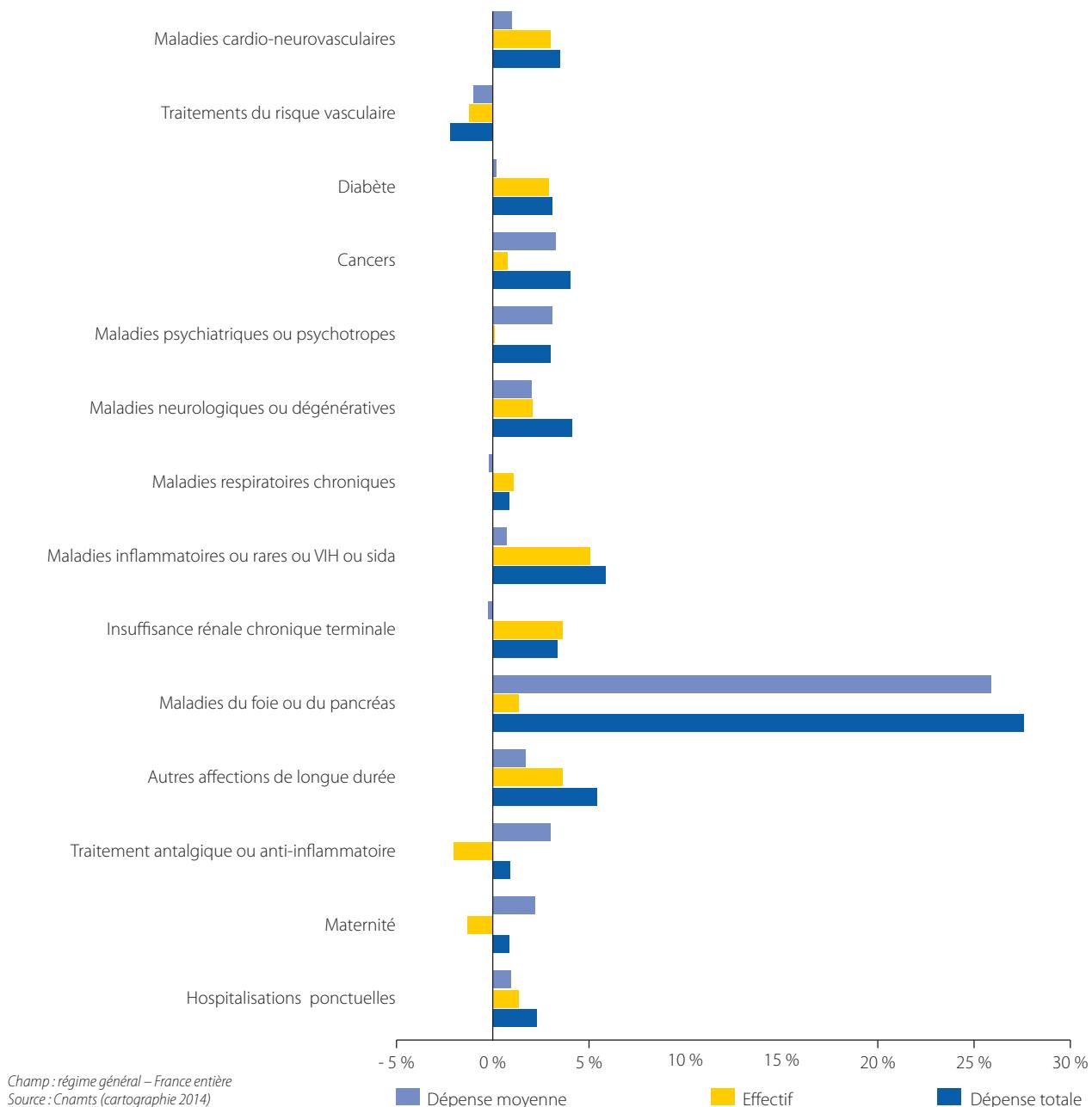
► FIGURE 7

Évolution des dépenses remboursées entre 2012 et 2014 par grands groupes de pathologies



► FIGURE 8

Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2014 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies



Les deux facteurs, effectifs et dépenses moyennes par patient, jouent dans des proportions très variables selon les pathologies (**figure 8 et tableau 2**)². Pour les maladies du foie et du pancréas, la santé mentale, ce sont les coûts moyens de traitement qui expliquent la croissance de la dépense totale (de manière spectaculaire dans le premier cas, puisque le coût moyen de traitement a augmenté de 58 % entre 2012 et 2014, soit 26 % par an en moyenne). Au contraire, pour d'autres groupes de pathologies, l'évolution des dépenses est principale-

ment liée à celle des effectifs de patients traités : c'est le cas des maladies cardio-neurovasculaires, du diabète, de l'insuffisance rénale chronique terminale, du groupe des maladies inflammatoires, maladies rares et VIH. Pour les maladies neurodégénératives et les hospitalisations ponctuelles, les deux facteurs jouent à parts égales. Enfin, dans certains cas, on observe des évolutions contraires : ainsi, l'augmentation du coût moyen de la maternité est en grande partie compensée par la baisse du nombre des naissances.

2 Les analyses qui suivent et notamment les décompositions effectifs/coûts moyens sont sur le champ du régime général seul. Les taux d'évolution des dépenses peuvent donc être légèrement différents de ceux qui ont été présentés pour l'ensemble des régimes.

► TABLEAU 2

Évolution entre 2012 et 2014 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies

	Évolution 2013/2012			Évolution 2014/2013			Évolution 2014/2012		
	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne
Maladies cardio-neurovasculaires	3,7 %	2,9 %	0,8 %	3,3 %	3,0 %	0,3 %	3,5 %	3,0 %	0,5 %
Traitements du risque vasculaire	- 3,3 %	- 1,9 %	- 1,4 %	- 1,1 %	- 0,5 %	- 0,6 %	- 2,2 %	- 1,2 %	- 1,0 %
Diabète	3,6 %	3,0 %	0,5 %	2,6 %	2,8 %	- 0,2 %	3,1 %	2,9 %	0,2 %
Cancers	3,8 %	0,6 %	3,2 %	4,3 %	0,9 %	3,3 %	4,0 %	0,8 %	3,3 %
Maladies psychiatriques ou psychotropes	3,4 %	- 0,8 %	4,3 %	2,6 %	0,7 %	1,9 %	3,0 %	- 0,1 %	3,1 %
Maladies neurologiques ou dégénératives	3,6 %	1,8 %	1,8 %	4,6 %	2,3 %	2,2 %	4,1 %	2,0 %	2,0 %
Maladies respiratoires chroniques	0,0 %	0,1 %	0,0 %	1,6 %	2,1 %	- 0,4 %	0,8 %	1,1 %	- 0,2 %
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	4,7 %	4,9 %	- 0,1 %	7,0 %	5,2 %	1,6 %	5,8 %	5,1 %	0,7 %
Insuffisance rénale chronique terminale	3,6 %	3,3 %	0,3 %	3,1 %	3,9 %	- 0,8 %	3,3 %	3,6 %	- 0,3 %
Maladies du foie ou du pancréas	- 9,3 %	1,4 %	- 10,6 %	79,5 %	1,3 %	77,3 %	27,6 %	1,3 %	25,9 %
Autres affections de longue durée	6,5 %	4,4 %	2,1 %	4,3 %	2,9 %	1,4 %	5,4 %	3,6 %	1,7 %
Traitements antalgique ou anti-inflammatoire	0,9 %	- 0,2 %	1,1 %	0,9 %	- 3,9 %	4,9 %	0,9 %	- 2,1 %	3,0 %
Maternité	0,5 %	- 1,4 %	1,9 %	1,2 %	- 1,2 %	2,5 %	0,8 %	- 1,3 %	2,2 %
Hospitalisations ponctuelles	1,9 %	1,0 %	0,8 %	2,7 %	1,7 %	1,0 %	2,3 %	1,4 %	0,9 %

Remarque : comme indiqué précédemment en note de bas de page, les taux d'évolution sont légèrement différents de ceux de la figure 6 du fait de la différence de champ (régime général *versus* tous régimes).

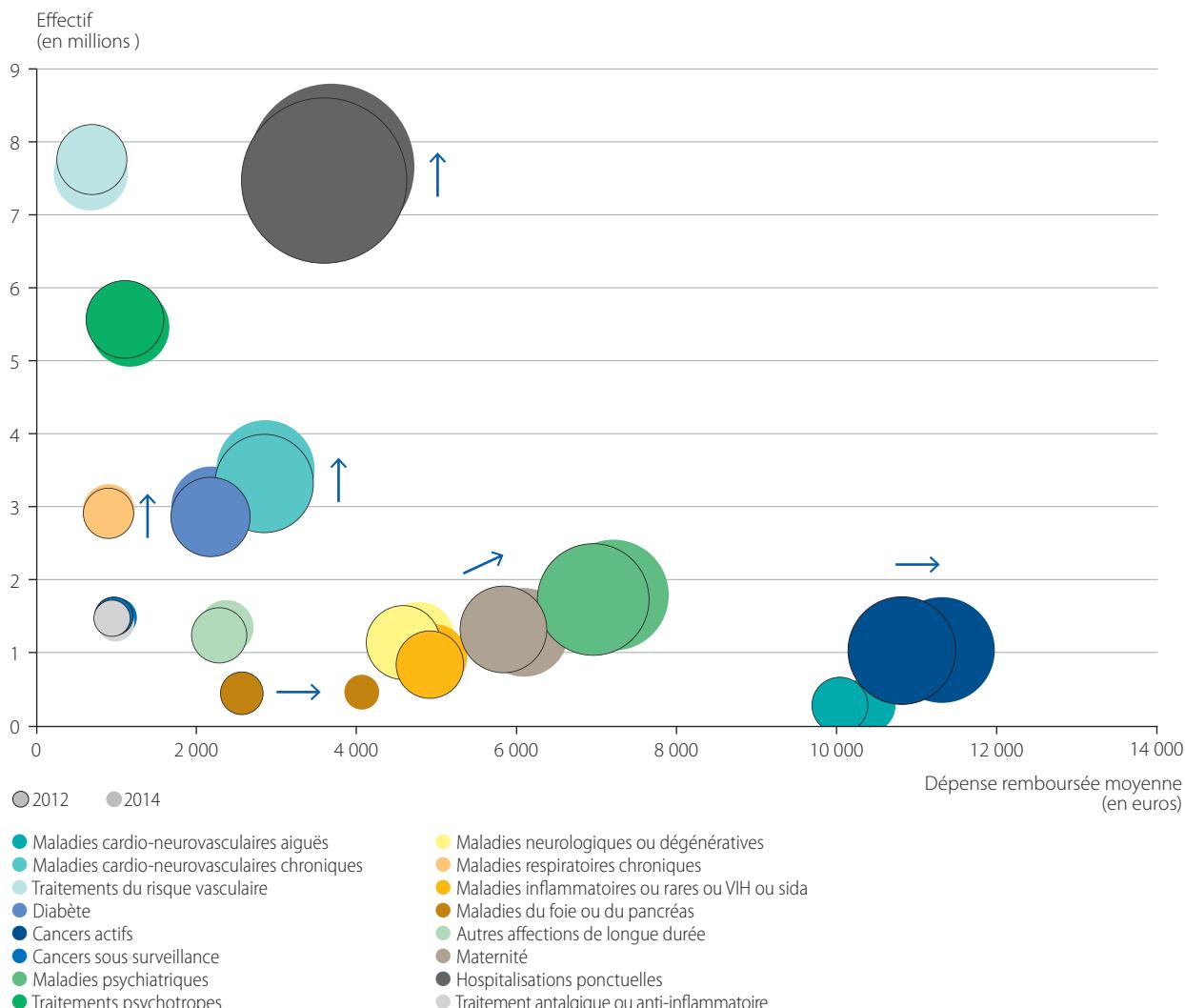
Champ : régime général - France entière

Source : Cnamts (cartographie 2014)

La **figure 9** permet de visualiser de manière synthétique les contributions à la croissance totale des dépenses, tout en rappelant les enjeux économiques globaux associés à chaque groupe de pathologies (par la taille des bulles). Les flèches

indiquent si l'évolution des dépenses totales est due à celle des effectifs (flèche vers le haut) ou à l'évolution des coûts des traitements (flèche vers la droite), ou à une combinaison des deux.

► **FIGURE 9**
Évolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014, par groupe de pathologies^(a)



(a) Hors insuffisance rénale chronique terminale

Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

1.2.2 / Les dynamiques de croissance de quelques pathologies

Le cancer de la prostate : une progression ralentie des effectifs de patients traités, mais un coût moyen qui augmente fortement

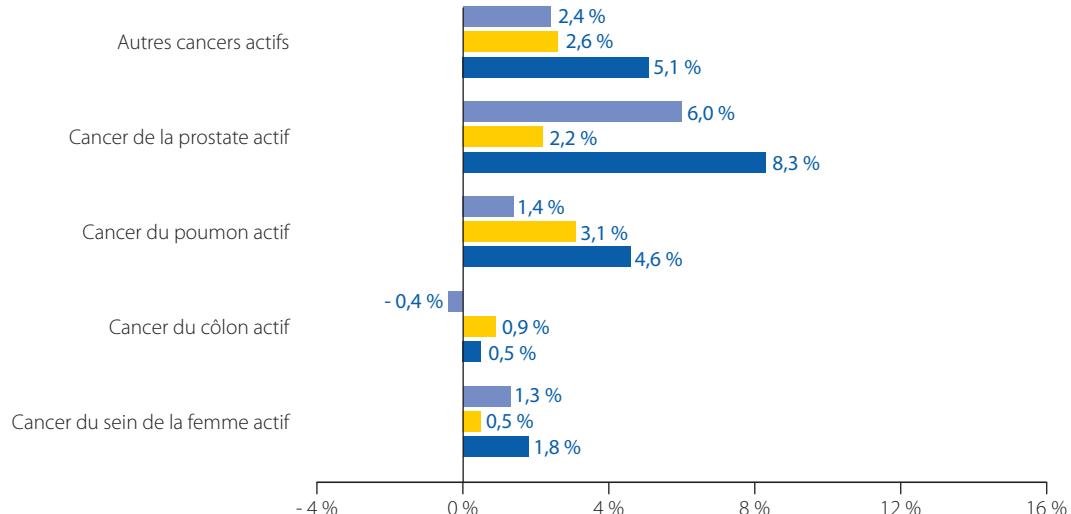
Le cancer de la prostate est celui pour lequel les dépenses d'assurance maladie augmentent le plus rapidement entre 2012 et 2014 (9,8 % en moyenne annuelle). Cette évolution est entièrement due à celle des coûts moyens de traitement, les effectifs étant en très légère baisse sur la période (**figure 10**).

Ce léger repli du nombre de patients traités est à mettre en relation avec des évolutions récentes des pratiques de dépistage et surtout de traitement.

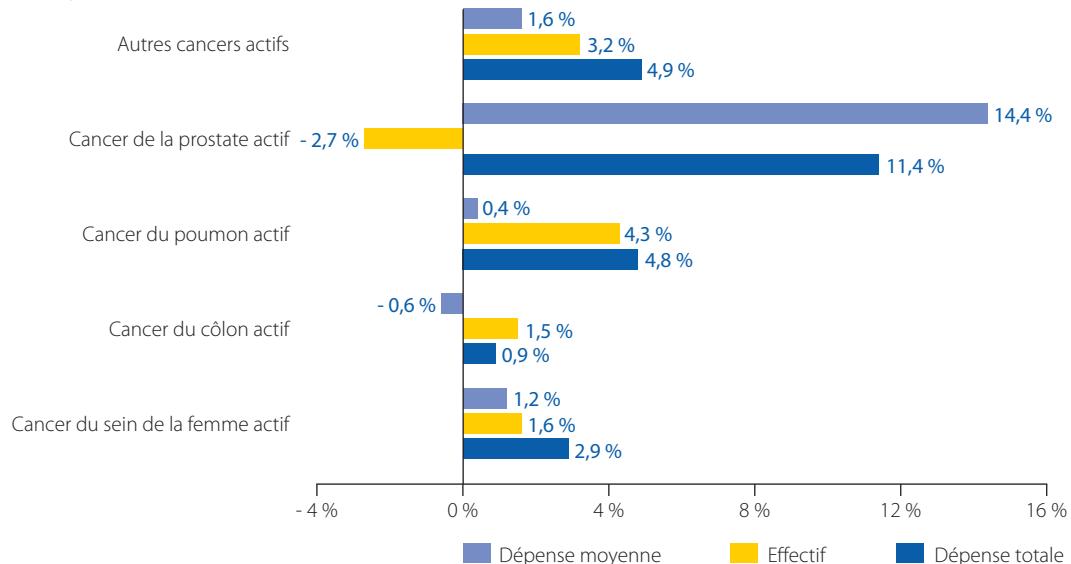
Depuis déjà plusieurs années, le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA fait l'objet de questionnements, dans tous les pays, sur les risques de surdiagnostic et de surtraitements auxquels cette pratique expose les populations. La Cnamts a d'ailleurs documenté ces risques pour la population française en mettant en évidence d'une part le caractère quasi systématique de ce dépistage, qui n'est pourtant pas recommandé, et d'autre part son rapport bénéfice/risque discutable, compte tenu des effets secondaires observés des

► FIGURE 10
Évolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient, par catégorie de cancer (cancers actifs) entre 2012 et 2014

2013/2012



2014/2013



Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

traitements, pour des personnes d'âge élevé chez qui ce cancer, d'évolution lente, n'engage pas le plus souvent le pronostic vital³. Sur la base de ces constats, une campagne d'information sur les bénéfices et les risques du dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA a été mise en œuvre par l'Institut national du cancer (Inca) et l'Assurance Maladie, en concertation avec le Collège de la médecine générale. Elle vise à mieux informer les patients pour qu'ils fassent un choix éclairé.

De fait, ce questionnement, qui est de plus en plus relayé, a déjà conduit à une évolution des pratiques de détection (le taux d'hommes de plus de 40 ans dépistés annuellement est passé de 30 % en 2009 à 26,9 % en 2014), mais aussi de prise en charge, avec une diminution des prostatectomies totales chez les plus âgés au profit de la surveillance.

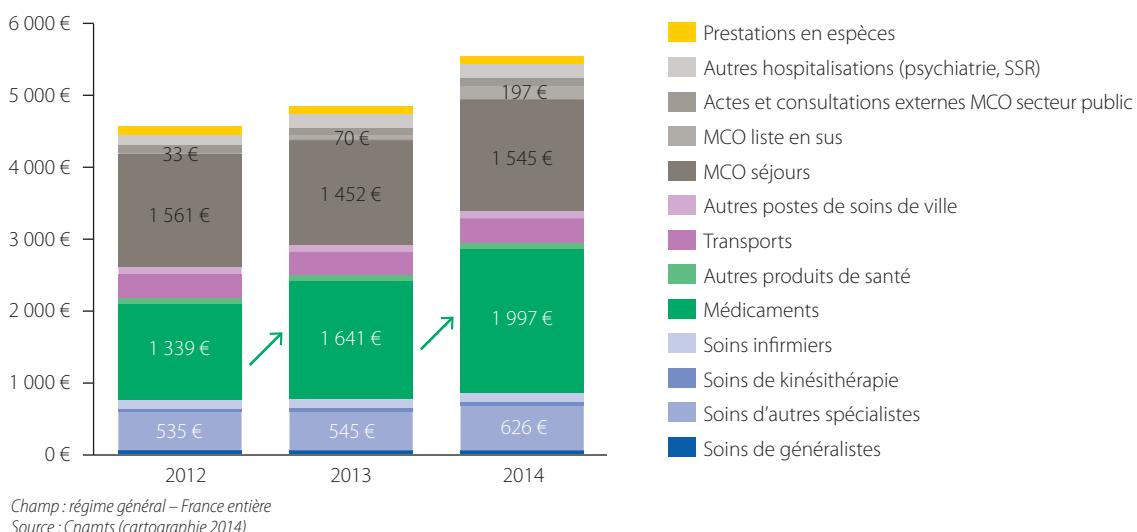
Ces deux évolutions expliquent la légère baisse des effectifs de patients traités – et ce, d'autant que la surveillance active n'est pas forcément repérable dans les bases de données si le

patient n'a pas été hospitalisé ni ne souffre d'une affection de longue durée.

Elles peuvent expliquer aussi en partie le renchérissement du coût moyen de traitement par patient, dès lors que l'on traite moins les patients les moins à risque, qui se situent probablement dans la fourchette basse des coûts (et avec *a contrario* un poids plus important des patients pris en charge à un stade plus avancé).

Néanmoins, ce ne sont pas les seules explications : l'analyse de la décomposition de cette dépense moyenne (**figure 11**) montre que ce sont essentiellement les médicaments qui tirent la croissance. Ainsi, si on additionne les médicaments de ville et ceux de la liste en sus, c'est une augmentation de 60 % à laquelle on a assisté en deux ans. On retrouve là l'impact de l'arrivée de nouveaux traitements : Zytiga® et Xtandi® en 2012 (cancers métastasés, 1^{re} ligne), Jevtana® en 2013 (cancers métastasés, 2^e ligne).

► FIGURE 11
Cancer de la prostate en phase active -
Évolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014



3 Rapports de propositions de l'Assurance Maladie pour les années 2013 et 2015 :
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2013.pdf
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf

Les maladies du foie et du pancréas⁴

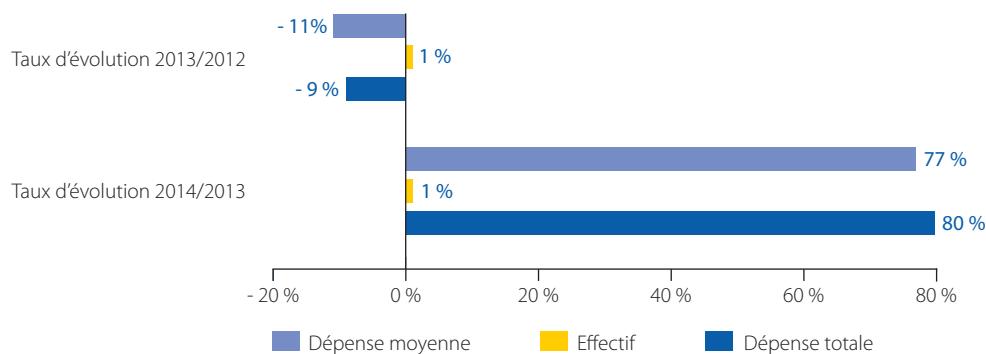
La progression massive des dépenses liées au traitement de l'hépatite C est, comme on l'a indiqué plus haut, le phénomène qui domine pour ce groupe de pathologies. L'année 2014 a en effet vu monter très rapidement les effectifs de patients traités par les nouveaux antiviraux à action directe (AAD), 11 600 patients au total, et les dépenses qui en découlent, d'un montant de 1,08 milliard d'euros.

Deux autres constats se dégagent de l'analyse des évolutions annuelles (**figure 12**) et de la décomposition des dépenses (**figure 13**) :

- si la progression des effectifs est similaire en 2013 et 2014, autour de + 1 % par an, le coût moyen de traitement a baissé fortement en 2013 (- 11 %), avant d'enregistrer une progression de 77 % en 2014 ; ces évolutions reflètent sans doute l'attitude des praticiens soignant les patients atteints d'une hépatite C, qui ont préféré éviter de traiter les patients dans l'attente d'un traitement (le sofosbuvir, introduit fin 2013-début 2014) dont l'efficacité était réputée meilleure sur des patients naïfs de traitement ;
- une baisse des dépenses d'hospitalisation est attendue à terme du fait de la diminution des complications graves de l'hépatite C ; il sera intéressant de voir si ce gain, qui n'est pas encore visible en 2014, apparaît dans les prochaines années.

► FIGURE 12

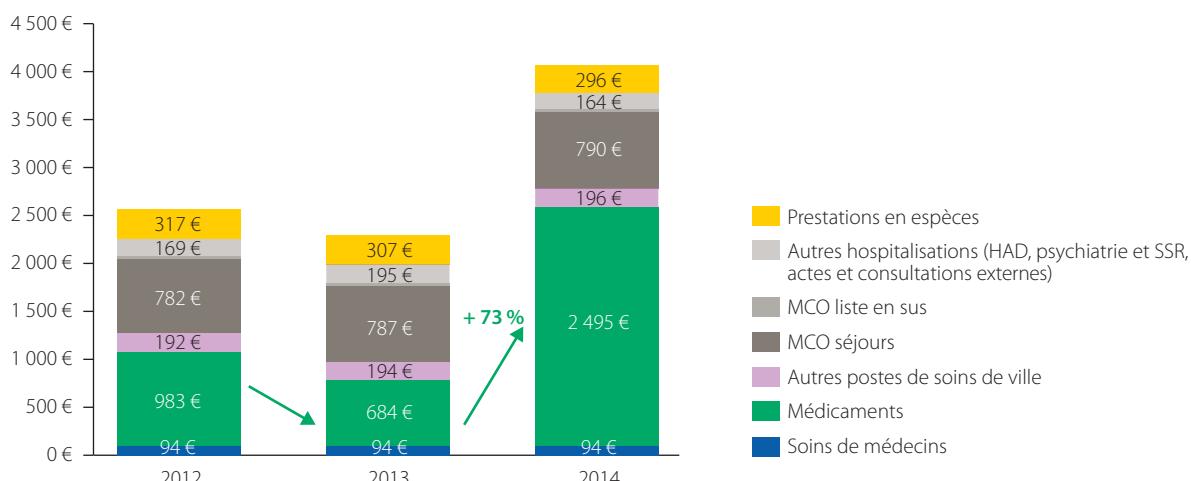
Maladies du foie et du pancréas - Évolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014



Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

► FIGURE 13

Maladies du foie et du pancréas - Évolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014



Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

4 Hors mucoviscidose, incluse dans le groupe de maladies rares.

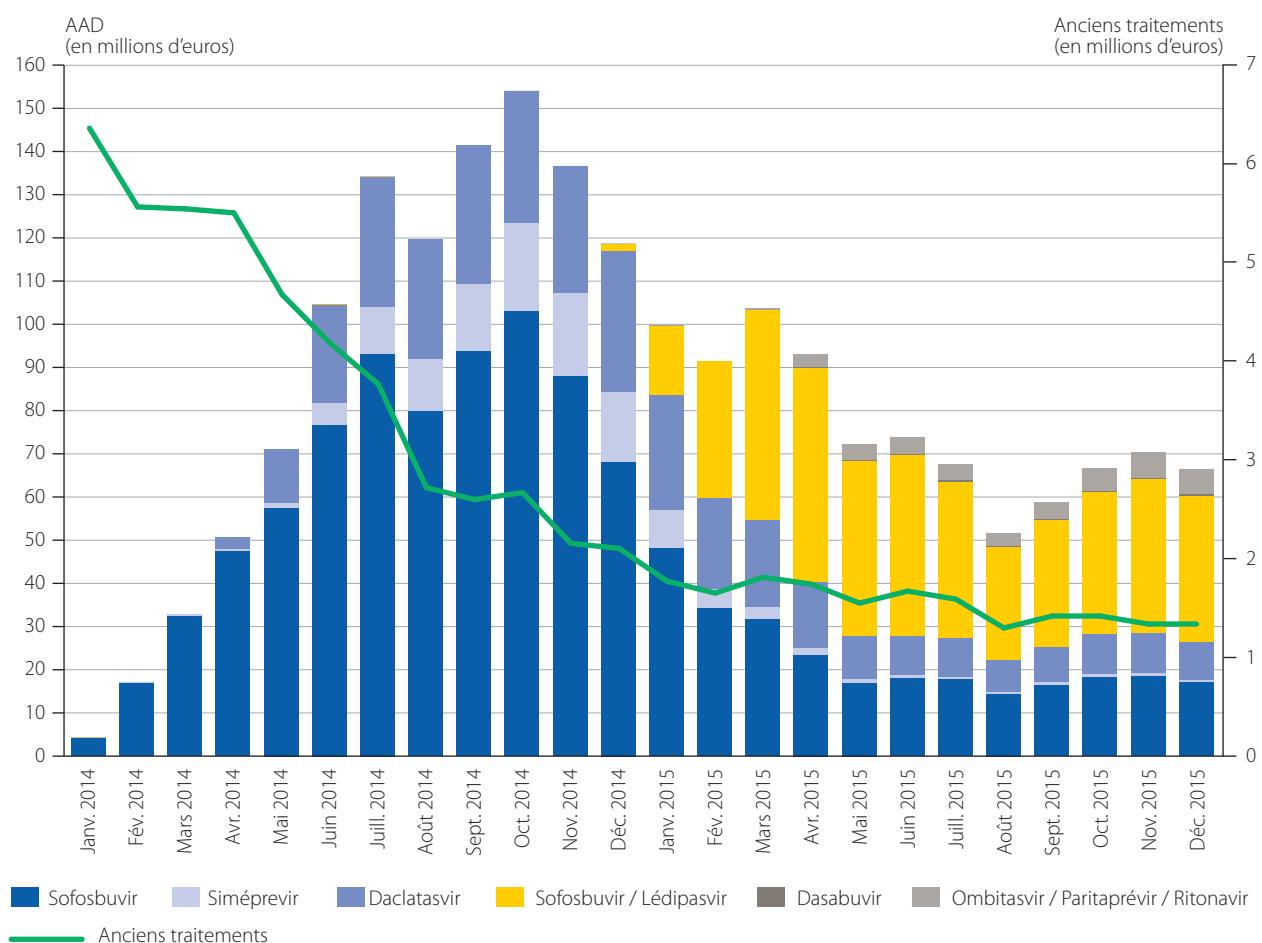
Si les données de la cartographie ne peuvent pas encore prendre en compte les données 2015, le suivi des dépenses de ville et de rétrocension est quant à lui disponible (**figure 14**). L'année 2015 s'inscrit dans la continuité de 2014, avec 13 700 initiations de traitement. Les profils de prescription ont évolué, la plupart des patients débutant par une bithérapie associant le sofosbuvir avec un autre AAD (lédipasvir ou daclatasvir, le plus fréquemment), l'initiation par une monothérapie sofosbuvir devenant très marginale. La baisse des prix des AAD par rapport au prix en ATU (autorisation temporaire d'utilisation) s'est traduite par une stabilisation des

dépenses qui ont fluctué entre 90 et 100 millions d'euros par mois entre janvier et avril, puis ont décru de façon continue jusqu'en décembre, où elles ont atteint 67 millions d'euros. Le montant total reste cependant élevé, à 915 millions d'euros pour l'année 2015.

Dans le même temps, les dépenses pour les anciens traitements ont continué à décroître, quoique moins rapidement qu'en 2014, pour atteindre moins de 1,5 million d'euros au mois de décembre, pour une dépense totale en 2015 de 18,6 millions d'euros.

► FIGURE 14

Évolution du montant des dépenses remboursées pour traitements antiviraux à action directe (AAD) de l'hépatite C, selon le type de traitement, et pour les anciens traitements, entre 2014 et 2015



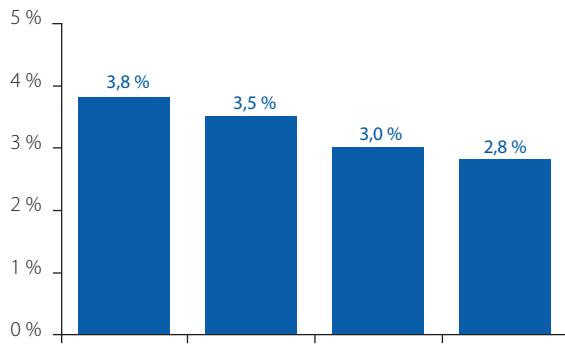
Champ : délivrances mensuelles de janvier 2014 à décembre 2015, tous régimes – France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniiram)

Le diabète

En 2014, 3 millions de personnes étaient traitées pour diabète, pour le seul régime général (environ 3,5 millions de personnes si on extrapole à la population française dans son ensemble), soit 5,3 % de la population. La progression des effectifs reste soutenue (+ 2,9 % par an en moyenne entre 2012 et 2014), en lien avec l'évolution des principaux facteurs de risque (obésité, sédentarité) et le vieillissement de la population, même si on observe un ralentissement sur les quatre dernières années (**figure 15**). C'est cette croissance des effectifs qui tire la dépense totale (6,6 milliards d'euros en 2014 pour le régime général) sur les deux dernières années, car les dépenses moyennes par personne évoluent peu sur cette période récente (**figure 16**). Tous les postes de dépenses restent relativement stables, et notamment les dépenses de médicaments (**figure 17**), ce qui n'a pas toujours été le cas dans les années précédentes.

► FIGURE 15

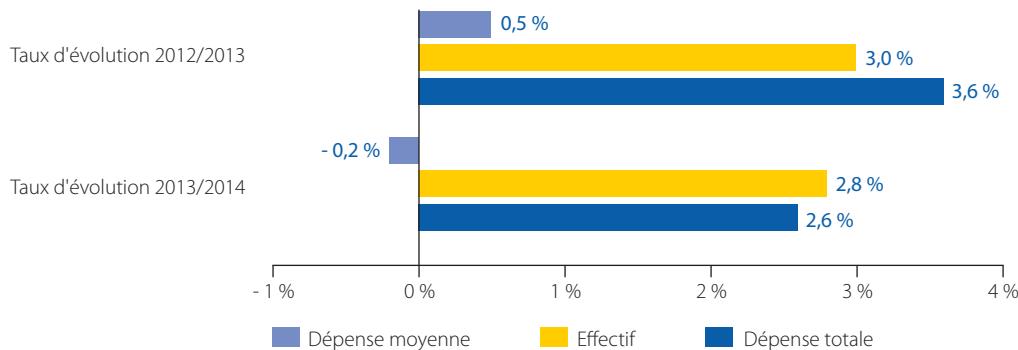
Évolution annuelle du nombre de patients traités pour diabète de 2010 à 2014



Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

► FIGURE 16

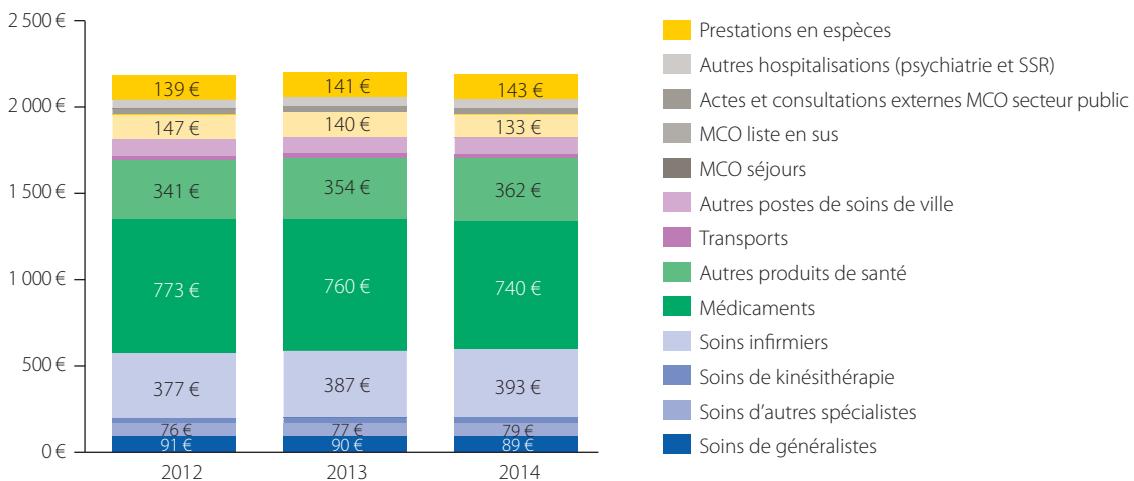
Diabète - Évolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014



Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

► FIGURE 17

Diabète - Évolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014



Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

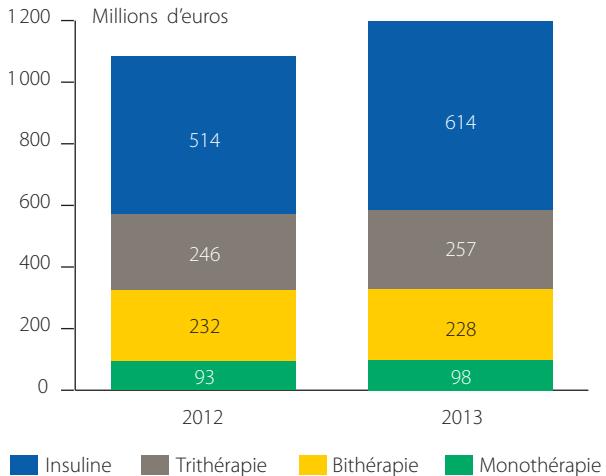
On peut penser que cette stabilité ne va pas se maintenir dans les années qui viennent, et qu'au contraire on risque d'assister à une dynamique de croissance très forte sur les traitements du diabète, avec une diffusion assez rapide de la dernière classe arrivée sur le marché, les agonistes du GLP1. Rappelons que le coût de traitement mensuel de ces médicaments se situe entre 55 euros et 163 euros, à comparer à environ 40 euros pour les gliptines inhibiteurs de la DPP-IV, apparues un peu avant les AGLP1, entre 3 euros et 13 euros pour la metformine et entre 1,5 euro et 24 euros pour les sulfamides, qui sont les traitements les plus anciens. Surtout, on peut anticiper une part croissante d'associations insuline-AGLP1, ce qui renchérit encore fortement les coûts des traitements. Compte tenu des effectifs concernés, les enjeux économiques sont très importants.

Cette perspective n'est pas hypothétique : de fait, on voit déjà aujourd'hui des évolutions des schémas thérapeutiques qui vont dans ce sens, quand on inclut l'année 2015 (**figure 18**). Globalement, entre 2012 et 2015, les évolutions marquantes sont :

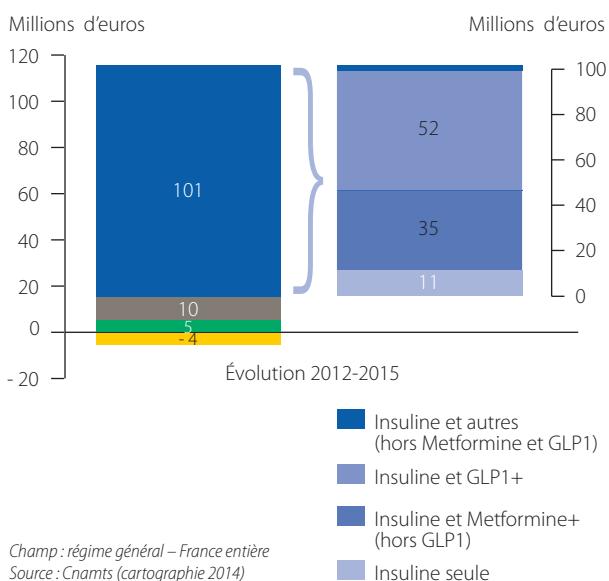
- une augmentation de l'insulinothérapie : 23 % des patients en 2012, 25 % en 2015. Cette augmentation s'observe pour toutes les tranches d'âge, elle ne reflète donc pas seulement un allongement de l'espérance de vie des personnes diabétiques, mais également un changement des pratiques et un recours plus fréquent à l'insuline. Au total, du fait d'un coût de l'insulinothérapie élevé, la part de l'insuline dans le coût des antidiabétiques a augmenté de 4 points de pourcentage, passant de 47 % (514 millions d'euros) à 51 % ;
- en monothérapie (39 % des patients en 2015), un recours croissant à la metformine, en ligne avec les recommandations de la Haute Autorité de santé (66 % à 72 %), une baisse des sulfamides (22 % à 15 %) et une légère augmentation des gliptines, qui représentent 5 % des monothérapies en 2015, ce qui ne devrait pas être puisque les inhibiteurs de la DPP-IV se situent, en monothérapie, en dehors des indications thérapeutiques remboursables ;
- en bithérapie (hors insuline), une part devenue majoritaire des associations faisant intervenir les molécules onéreuses, passant de 47 % à 51 %. En termes de coûts, leur part est passée de 69 % à 74 % ;
- une hausse de la part des patients traités par association insuline et agoniste du GLP1, qui explique d'ailleurs la majeure partie de la hausse des coûts de l'insulinothérapie. Ainsi, entre 2012 et 2015, la part des patients traités par insuline seule est passée de 47 % à 44 %, par insuline et metformine de 36 % à 37 % et par association insuline et agoniste du GLP1 de 5 % à 8 %. En termes de coûts, alors que l'association insuline et agoniste du GLP1 ne représentait que 12 % du coût de l'insulinothérapie en 2012, elle a atteint 19 % en 2015, soit une augmentation de 52 millions d'euros (62 millions d'euros en 2012, contre 115 millions d'euros en 2015). Cette croissance tient essentiellement à la hausse importante du nombre de personnes traitées entre 50 et 80 ans : + 60 % de personnes traitées sous cette association entre 50 et 59 ans, + 90 % entre 60 et 69 ans et + 109 % entre 70 et 79 ans. Cette forte dynamique explique que cette association représente 30 % de l'évolution globale des effectifs en insulinothérapie, alors qu'elle ne représentait que 5 % des patients en 2012.

► FIGURE 18
Évolution du coût des antidiabétiques par schéma thérapeutique entre 2012 et 2015

2012



Différentiel 2012-2015



Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

Quelques hypothèses ont été simulées sur l'impact financier d'un mouvement de diffusion des AGLP1, notamment associés à l'insuline, avec cinq scénarios cumulatifs (**figure 19**) :

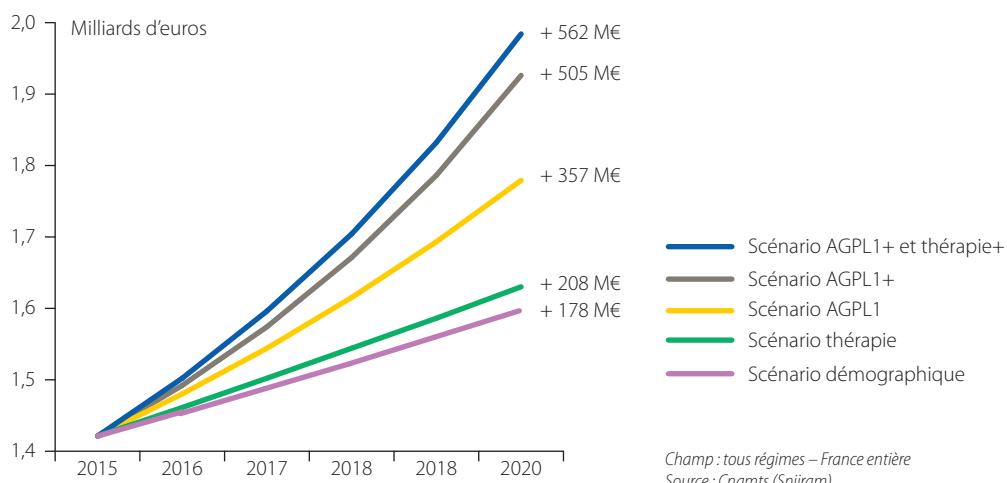
- le premier scénario, démographique, simule uniquement une évolution constante à l'horizon 2020 des effectifs des patients traités par antidiabétiques selon le taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2015 ;
- le deuxième (scénario thérapie) ajoute à cette première tendance démographique une deuxième tendance observée entre 2012 et 2015 d'évolution du recours aux différents schémas thérapeutiques (mono-, bi- ou trithérapie hors insulinothérapie, et insulinothérapie).
- le troisième (scénario des AGLP1) ajoute à ces deux tendances l'évolution observée entre 2012 et 2015 de la part de marché des analogues du GLP1 au sein de chaque schéma thérapeutique ;

– les deux derniers scénarios reposent sur des valeurs cibles pour les parts de marché des analogues du GLP1 (scénario AGLP1+) et pour les schémas thérapeutiques (mono-, bi-, trithérapie, insulinothérapie) fixés à dire d'experts. L'apparition de nouvelles molécules et formes d'administration des analogues du GLP1 (injections hebdomadaires et non plus journalières et meilleure tolérance) peut en effet entraîner un recours plus fréquent à ces derniers, en relais ou en ajout à l'insulinothérapie.

On voit que l'enjeu financier est majeur, alors que son importance est sans doute moins immédiatement perçue que celle des innovations dans des domaines tels que l'oncologie ou l'hépatite C.

► FIGURE 19

Projections des remboursements d'antidiabétiques à l'horizon 2020



► ENCADRÉ 3

Le diabète et ses complications, un coût de 10 milliards d'euros pour l'Assurance Maladie en 2012

Dans la cartographie médicalisée des dépenses, le montant des dépenses affectées au diabète est de 7,9 milliards d'euros en 2014.

Mais ce montant n'inclut pas, par construction, les dépenses liées à certaines complications du diabète, qui sont comptabilisées au titre des pathologies correspondantes : par exemple, le coût des insuffisances rénales chroniques liées à un diabète est inclus dans le coût global de l'IRCT, de même pour les maladies cardio-vasculaires.

Il a donc paru intéressant, en complément, de mener une analyse permettant d'appréhender l'ensemble du fardeau financier lié au diabète, en incluant les coûts des complications qu'il induit et des problèmes de santé qui lui sont associés. Cet exercice a été mené sur l'année 2012.

En 2012, la somme de l'ensemble des dépenses remboursées à des patients diabétiques (pour le diabète ou pour toute autre pathologie) s'élève à 19 milliards d'euros, soit 15 % des

dépenses de l'Assurance Maladie individualisables pour tous les assurés (124 milliards d'euros). Les dépenses hospitalières représentent 42 % du total des dépenses des personnes diabétiques, les soins ambulatoires (honoraires médicaux, auxiliaires, etc.) 31 % et les dépenses en pharmacie 21 %. La concentration des remboursements est forte, puisque 10 % des personnes diabétiques (280 000 personnes) ont concentré 51 % des 19 milliards d'euros des dépenses des patients diabétiques.

La part de ces remboursements qui est attribuable au diabète a ensuite été distinguée de celle qui aurait pu être observée chez des individus non diabétiques. Ceci conduit à une estimation du coût attribuable au diabète à 10 milliards d'euros, soit 52 % des dépenses totales remboursées des personnes diabétiques.

Parmi ces 10 milliards d'euros attribuables au diabète, on distingue les dépenses qui lui sont spécifiques (insuline, antidiabétiques, hospitalisation pour diabète, etc.). Elles avoisinent

2,3 milliards d'euros (23 % des 10 milliards d'euros). Les médicaments antidiabétiques (oraux ou insuline) représentent une dépense d'environ 1,1 milliard d'euros soit la moitié des 2,3 milliards d'euros spécifiques au diabète ou 11 % de l'ensemble des remboursements attribuables au diabète (10 milliards d'euros). On note que 800 millions d'euros de remboursements correspondent aux dispositifs médicaux spécifiques au diabète (bandelettes, stylos à insuline et autres matériels nécessaires aux pompes à insuline). Enfin, les hospitalisations pour lesquelles un motif diagnostique principal de diabète a été renseigné représentent une part un peu plus modeste des dépenses spécifiques au diabète (270 millions d'euros soit 12 % des dépenses spécifiques).

À ces 2,3 milliards d'euros de dépenses spécifiques au diabète s'ajoutent 7,7 milliards d'euros de surcroît de remboursements liés aux complications du diabète ou aux problèmes de santé qui lui sont fréquemment associés.

Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (Mici)

Les dépenses liées aux maladies inflammatoires chroniques représentent 2,4 milliards d'euros en 2014 ; les maladies inflammatoires chroniques intestinales (qui comprennent la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique), la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante représentent chacune environ 700 millions d'euros. Ces dépenses ont progressé de 15 % en deux ans (**figure 20**).

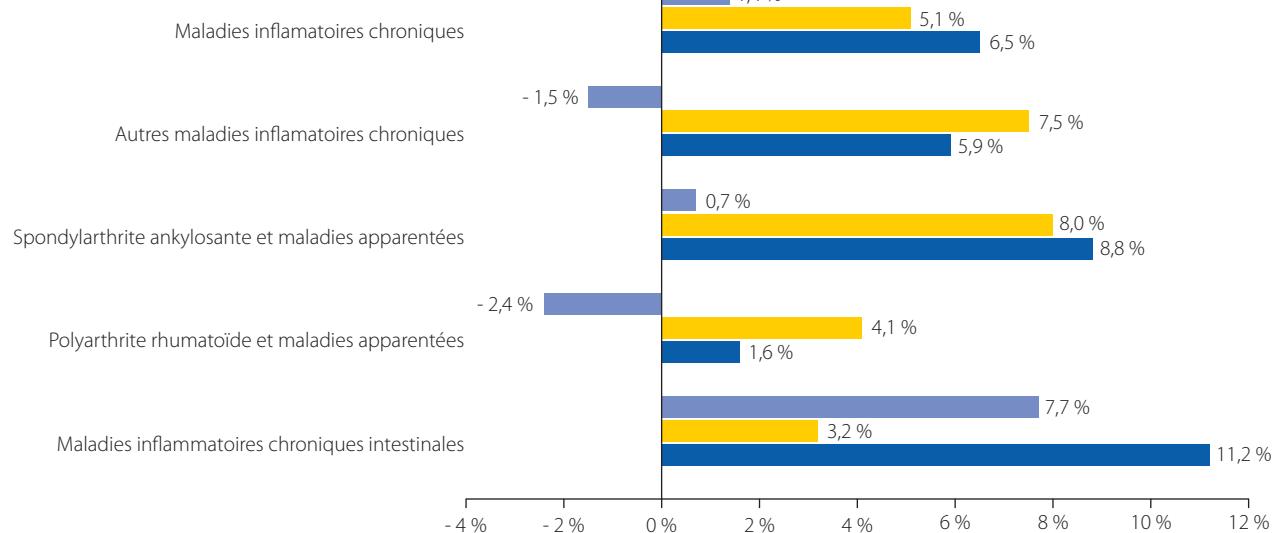
Pour la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, c'est le nombre de patients traités qui augmente fortement : + 9 % et + 17 % respectivement en deux ans.

La plus forte croissance de dépenses concerne les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : + 24 % en deux ans. Contrairement aux deux autres pathologies, ce sont moins les effectifs (+ 7 %) qui expliquent cette dynamique que les coûts de traitement, qui sont passés de 2 783 euros en moyenne en 2012 à 3 239 euros en 2014, soit une progression de + 16 %.

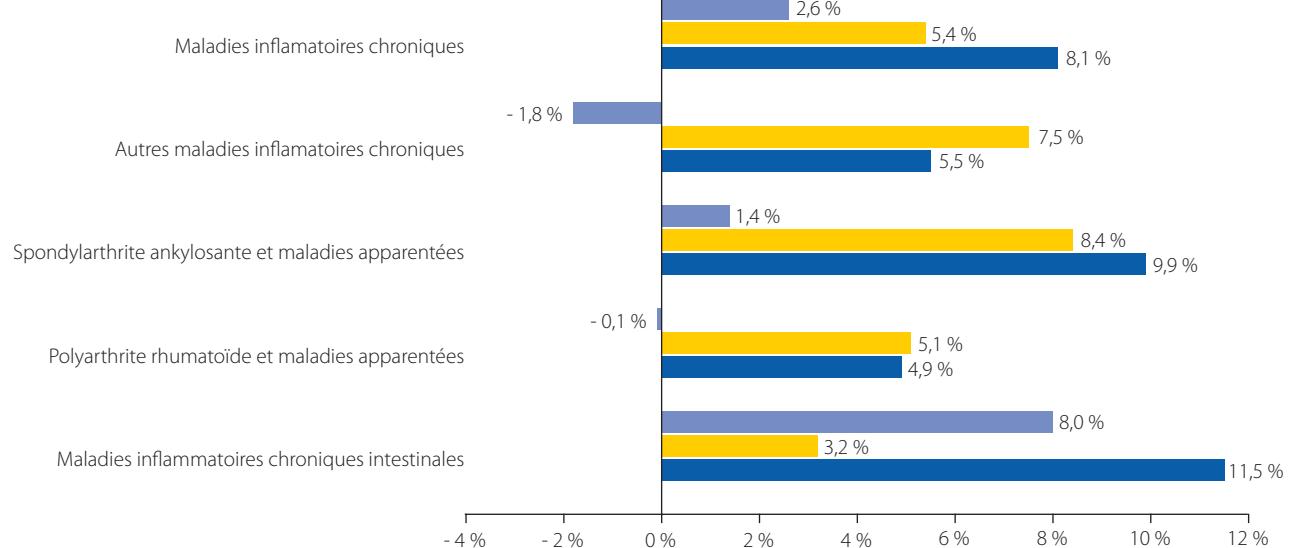
► FIGURE 20

Maladies inflammatoires chroniques - Évolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014

Taux dévolution 2013-2012



Taux dévolution 2014-2013



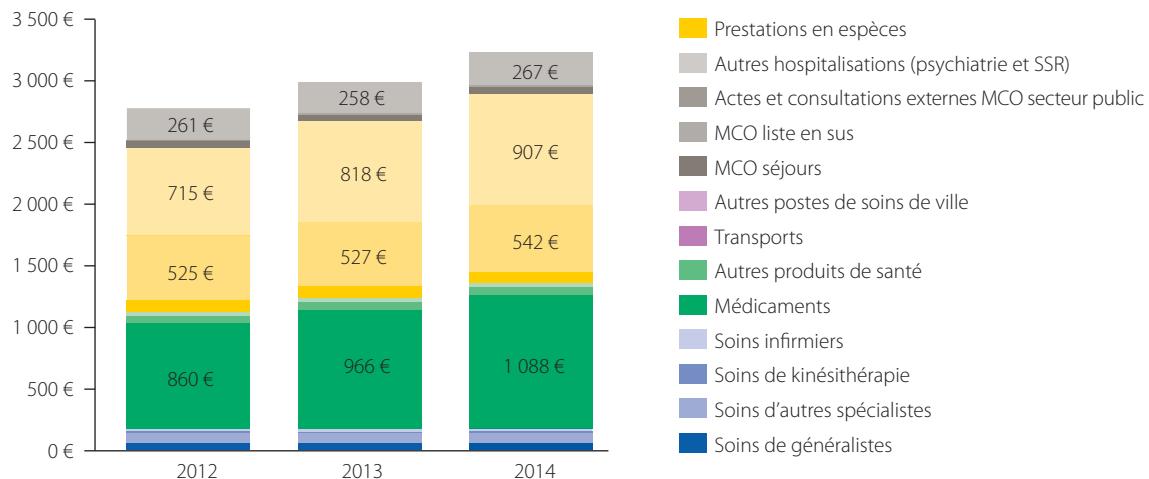
Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

■ Dépendance moyenne

■ Effectif

■ Dépendance totale

► FIGURE 21

**Maladies inflammatoires chroniques intestinales -
Évolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014**

*Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)*

La décomposition par poste de dépenses (figure 21) montre que ces augmentations se concentrent sur les médicaments de ville (860 euros à 1 088 euros) et les médicaments de la liste en sus (715 euros à 907 euros). Le coût moyen du traitement médicamenteux a ainsi, globalement, augmenté de + 27 % entre 2012 et 2014. Cette progression très rapide est à mettre en relation avec l'évolution des pratiques qui a été documentée dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016, et qui se traduit par une utilisation croissante des anti-TNF en première intention, sans prescription antérieure d'immunosuppresseurs, et par une proportion croissante de thérapies combinées associant anti-TNF et immunosuppresseurs. On en voit ici la traduction financière. La question qui doit être posée est :

- soit les recommandations doivent évoluer dans le sens d'une utilisation plus large des anti-TNF, et dès lors la possibilité d'amortir les coûts de la recherche sur des volumes plus importants doit conduire à des baisses de prix très significatives ;
- soit les recommandations sont maintenues à l'identique compte tenu des connaissances actuelles, et les pratiques de prescription devraient être plus encadrées.

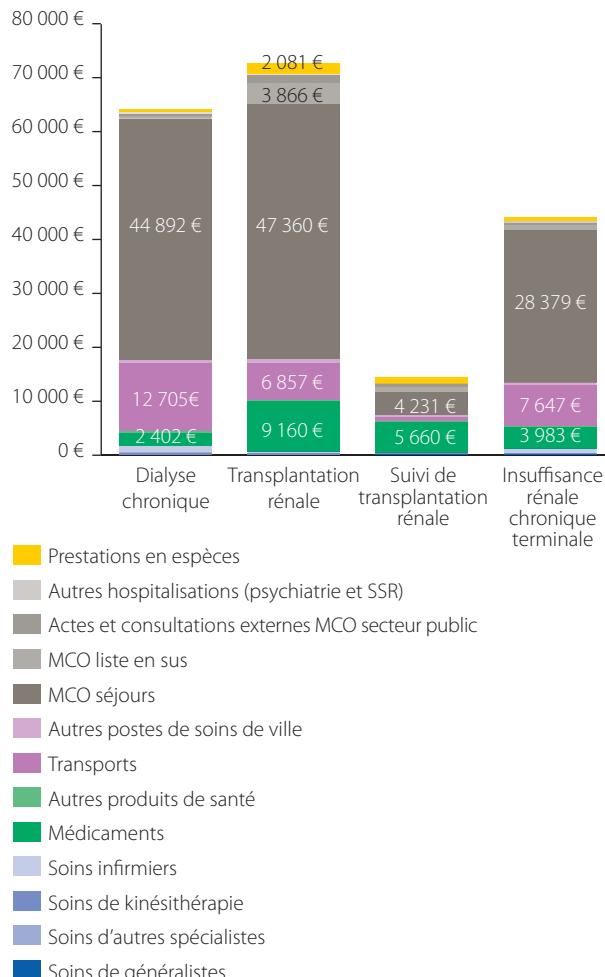
L'insuffisance rénale chronique terminale

L'insuffisance rénale chronique terminale concerne peu de patients (74 000 pour le régime général), mais le coût annuel de traitement est très élevé : 44 000 euros, résultant d'une moyenne entre la dialyse (64 000 euros, 41 000 patients), la greffe (73 000 euros, 2 700 patients par an) et le suivi de greffe (30 000 patients, 14 000 euros) (figure 22).

Les coûts sont pour une part importante des coûts d'hospitalisation (figure 23). S'y ajoutent des dépenses de transport élevées (13 000 euros en moyenne pour la dialyse, 7 000 euros pour la greffe) et, pour la greffe, le coût des médicaments (9 000 euros).

En termes d'évolution, on observe une légère baisse de la dépense moyenne entre 2012 et 2014, et surtout une baisse entre 2013 et 2014 (figure 24).

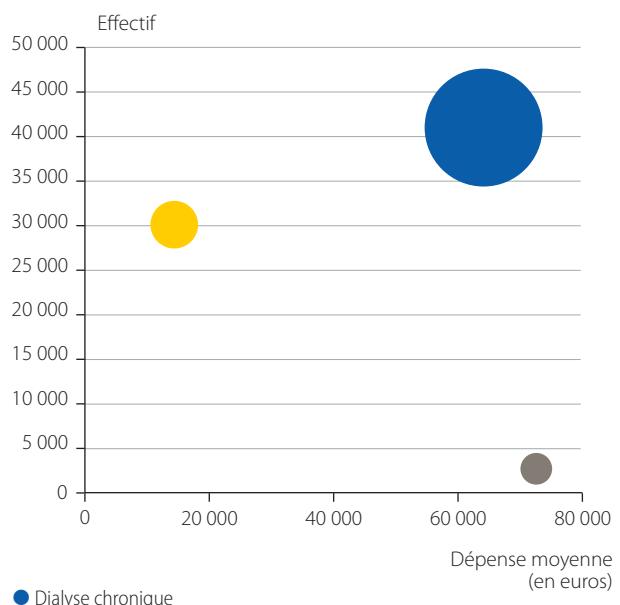
► FIGURE 23 Insuffisance rénale chronique terminale - Décomposition des coûts par poste de dépense en 2014



*Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)*

► FIGURE 22

Insuffisance rénale chronique terminale - Évolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient de 2012 à 2014



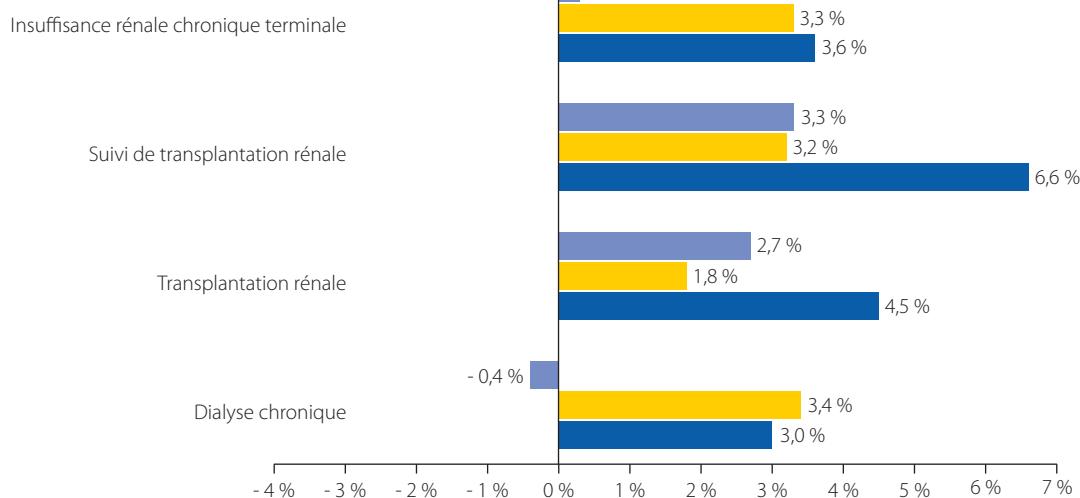
Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle à la dépense totale.

*Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)*

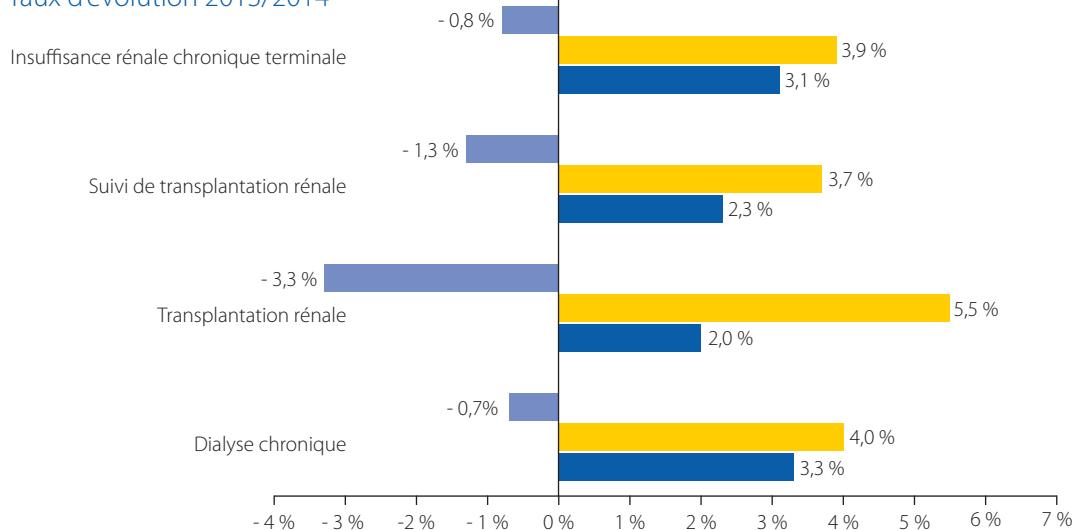
► FIGURE 24

Insuffisance rénale chronique terminale - Évolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014

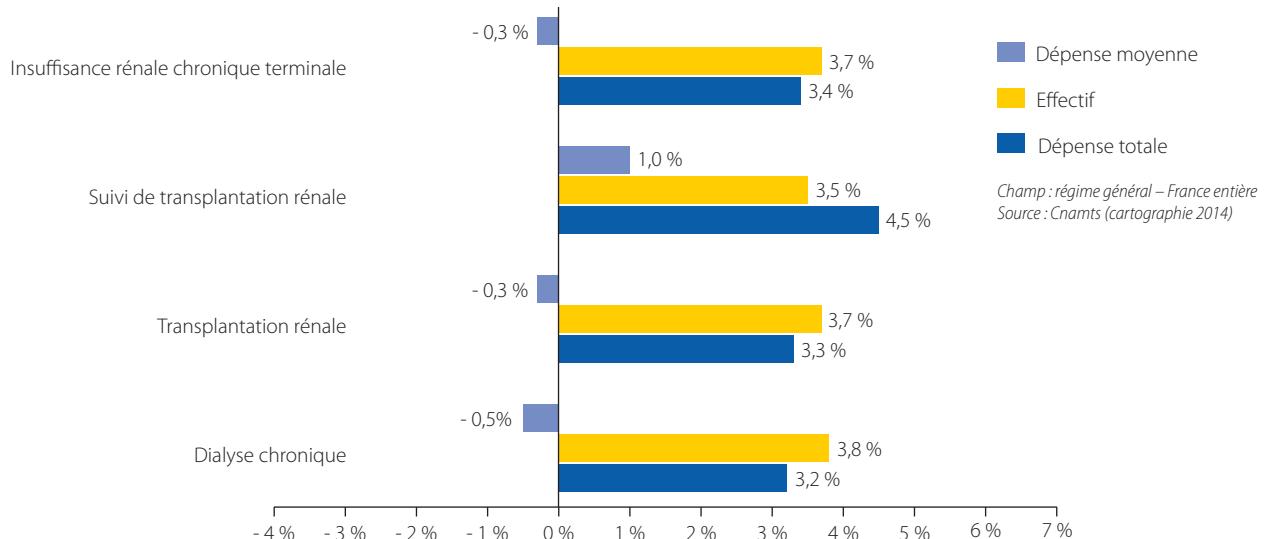
Taux d'évolution 2012/2013



Taux d'évolution 2013/2014



Évolution du taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2014



► ENCADRÉ 4

Un exemple d'analyse régionalisée : le parcours de l'insuffisance rénale chronique terminale dans la région Pays-de-la-Loire

Les parcours de soins des patients ayant une insuffisance rénale chronique terminale ont été étudiés au niveau national dans des précédents rapports de propositions de l'Assurance Maladie. Cette étude a notamment mis en évidence la variabilité régionale de ces parcours et des dépenses qui y sont associées.

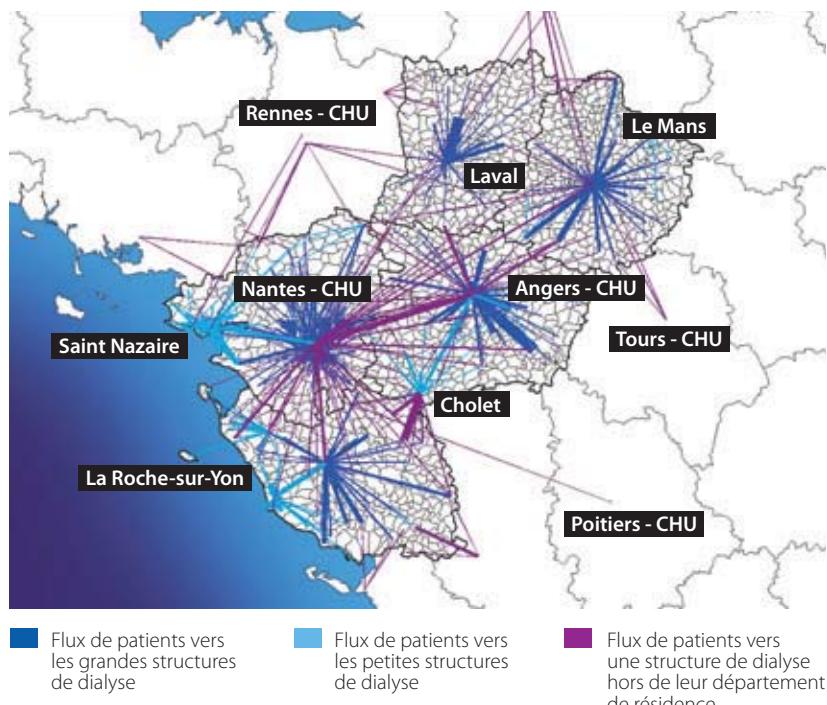
La direction régionale de la gestion du risque des Pays-de-la-Loire a réalisé, en partenariat avec la Cnamts, une analyse de la prise en charge de l'IRCT au sein de la région. Cette démarche innovante, prolongeant les constats nationaux, cherche à mettre en lumière les facteurs qui, localement, peuvent expliquer ces phénomènes et servir de point d'appui à l'action.

Une région d'excellence en matière de greffe

La région Pays-de-la-Loire se distingue du niveau national par ses résultats en matière de greffe rénale. En effet, si le taux standardisé de greffe en 2013 est similaire au niveau national (0,04 à 0,05 % selon les départements des Pays-de-la-Loire, contre 0,05 % pour la France entière), la file active de patients greffés est plus élevée que la moyenne nationale dans quasiment tous les départements (taux de suivi de greffe de 0,49 à 0,58 %, contre 0,51 % pour la France entière). Le délai moyen d'accès à la greffe est également plus court dans la région, selon le registre Rein (15 mois, contre 25 mois pour la France entière).

La région affiche aussi des dépenses moyennes inférieures aux résultats nationaux, tant pour les patients greffés (64 900 euros contre 75 270 euros, après affectation des dépenses spécifiques) que pour le suivi de greffe (13 940 euros contre 14 710 euros, après affectation des dépenses spécifiques).

Étude des flux de patients domiciliés en région Pays-de-la-Loire vers leur établissement de dialyse en 2013



Sources : Cnamts (Sniram) et PMSI

Ces résultats très positifs sont à mettre en regard de la politique et des pratiques des deux CHU de la région, Nantes et Angers, dont la politique en matière de greffe rénale, notamment préemptive, est reconnue. Outre leur capacité à répondre de manière efficiente aux besoins de la région, ces établissements ont également une capacité d'attraction qui dépasse les frontières régionales. Ainsi, sur les 169 patients greffés en 2013 par le CHU de Nantes, un quart provenait d'une autre région.

Des dépenses moins importantes

Du fait probablement d'une prévalence moindre de facteurs de risque comme le diabète, mais aussi d'un taux de greffe

qui a été plus élevé, le taux de dialyse est moins élevé dans la région qu'au niveau national (0,50 à 0,60 % selon les départements des Pays-de-la-Loire, contre 0,69 % au niveau national).

Les patients dialysés sont en moyenne à peine plus âgés qu'au niveau national (69 ans, contre 68 ans) et moins polypathologiques (respectivement 34 % de diabétiques contre 43 %, ou 64 % avec une maladie cardio-vasculaire contre 69 %, par exemple). Cette structure différente se traduit d'ailleurs partiellement dans les dépenses moyennes par patient, qui sont inférieures dans la région (62 299 euros, contre 65 091).

Une région performante, disposant cependant de réelles marges d'amélioration dans l'orientation des patients

Le recours à la dialyse est en revanche encore trop centré sur les centres lourds (63 % des patients contre 56 % pour l'ensemble de la France), aux dépens de l'autodialyse (12 % chez des patients plus âgés pour lesquels l'autodialyse est plus difficile à mettre en œuvre, contre 19 %), et ce, en dépit d'une montée en charge récente des unités de dialyse médicalisées. L'offre reste structurée par

les centres publics et privés non lucratifs avec une offre libérale très faible (cinq néphrologues libéraux sur la région).

Comme au niveau national, la préparation à la dialyse semble perfectible, moins de la moitié des patients dialysés ayant eu une mise en place de fistule artério-veineuse entre 1 et 24 mois avant la mise en dialyse (40 %, contre 41 % au niveau national), y compris pour la dialyse en centre (39 %, contre 42 %). La fistule doit pourtant être fonctionnelle un mois avant le début de la dialyse.

L'analyse menée sur les Pays-de-la-Loire pointe les forces de la région dans les parcours de l'IRCT, comme sa politique en matière de greffe et une efficience qui la place en meilleure position par rapport à la moyenne nationale en termes de dépenses. Elle met également en évidence des points d'amélioration potentiels, comme le renforcement de la dialyse hors centre.

Cette analyse témoigne de la faisabilité et de l'intérêt de ce type de démarche, en particulier alors que de nouveaux plans régionaux de santé doivent être définis dans les mois à venir.

Quelques réflexions issues de ces analyses par pathologie

Ces quelques exemples de pathologies pour lesquelles l'évolution des coûts a été analysée dans le détail montrent tout l'intérêt de cet exercice de cartographie médicalisée des dépenses, qui permet de faire le lien entre l'évolution des masses financières que l'on constate globalement et les dynamiques médicales qui sous-tendent ces évolutions : plus de patients traités du fait du vieillissement et/ou de l'épidémiologie, mais aussi des changements dans les modalités de traitement, des évolutions de prise en charge entre la ville et l'hôpital, l'arrivée de nouveaux médicaments plus coûteux, etc.

Au-delà de la connaissance, il s'agit bien aussi d'identifier les questions que posent ces évolutions et les marges d'action possibles qu'elles révèlent. À partir des quelques exemples détaillés ci-dessus, on peut dégager plusieurs pistes de réflexion :

- la nécessité d'accompagner et de promouvoir les redéploiements entre soins hospitaliers et soins ambulatoires dès lors que des innovations conduisent à une transformation des processus de soins (exemple de l'hépatite C) ;
- la question des recommandations de pratiques, dont on voit bien – et ce point avait été abordé dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016 – qu'elles sont souvent débordées par les pratiques sur le terrain, avec une diffusion des nouveaux traitements au-delà des référentiels de la Haute Autorité de santé ; ceci soulève la question de leur actualisation rapide, mais aussi, pour l'Assurance Maladie, dont une des missions est de promouvoir des soins pertinents, efficaces et efficientes, des moyens d'encadrer les prescriptions qui s'en écartent (Mici, diabète) ;
- le caractère essentiel de la régulation des prix des innovations, dont le rôle comme facteur de croissance des coûts apparaît majeur dans plusieurs des pathologies analysées ci-dessus.

CHAPITRE

2

Les actions de gestion du risque pour assurer le respect de l'Ondam 2017

Les engagements de la France en matière de réduction des déficits publics ont conduit à mettre en œuvre un plan triennal pour l'efficience et la performance du système de santé aux objectifs ambitieux (plan Ondam). Ce plan a prévu, pour les années 2015-2017, un ensemble d'actions permettant de contenir la progression des dépenses dans les limites de l'Ondam, qui a été fixé à + 2 % pour l'année 2015 et à + 1,75 % pour l'année 2016; le programme de stabilité présenté en avril 2015 prévoit pour 2017 un taux similaire à celui de 2016.

Le plan est structuré en quatre grands objectifs, partagés entre l'État et l'Assurance Maladie :

- améliorer la pertinence et le bon usage des soins ;
- prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement ;
- améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à sa mission ;
- poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques⁵.

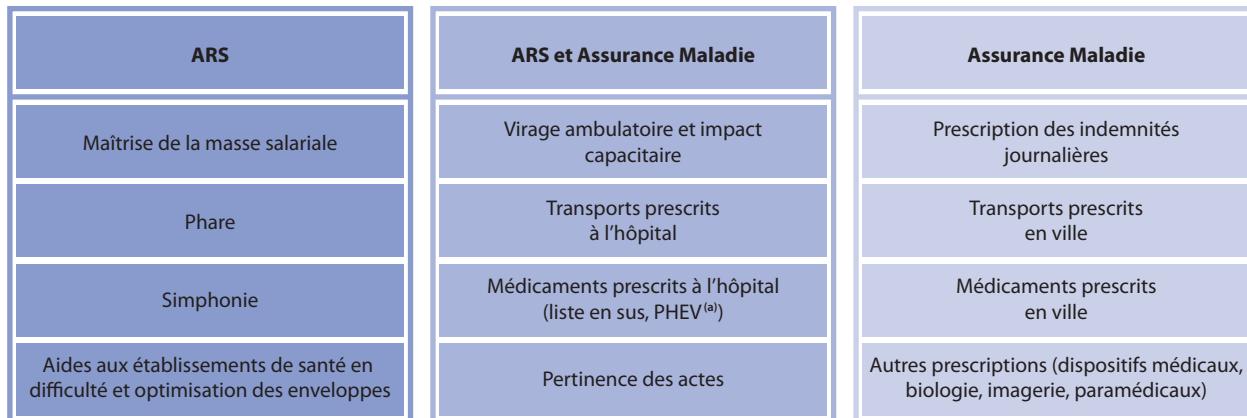
Le plan s'appuie sur des mesuresprises au niveau national (par exemple sur les prix des médicaments, des dispositifs médicaux, etc.), mais également sur des actions déployées en région, sur le terrain, par les agences régionales de santé (ARS)

et le réseau de l'Assurance Maladie. Ce déploiement est organisé autour de 12 blocs opérationnels, et l'Assurance Maladie est concernée, à titre principal ou secondaire, par huit d'entre eux (**figure 25**) :

- elle en pilote quatre : les transports prescrits en ville, les médicaments prescrits en ville, la prescription des indemnités journalières et les autres prescriptions (biologie, imagerie, dispositifs médicaux, paramédicaux, etc.) ;
- elle copilote avec les ARS quatre autres blocs d'actions : le virage ambulatoire et son impact capacitaire, la pertinence des actes, les transports prescrits en établissement de santé et les médicaments prescrits en établissement de santé ;
- les ARS pilotent les groupes d'actions orientés vers l'amélioration de la gestion des établissements et de l'organisation hospitalière (programme Phare, maîtrise de la masse salariale, optimisation des enveloppes et aide aux établissements en difficulté, programme Simphonie).

Les actions que l'Assurance Maladie mène dans le cadre du plan triennal poursuivent et développent la stratégie de gestion du risque et d'efficience qu'elle déploie depuis une dizaine d'années, et dont la déclinaison opérationnelle doit permettre d'assurer, conjointement avec l'action de l'État et des ARS, le respect de l'Ondam 2017.

► FIGURE 25
Découpage du plan triennal en blocs opérationnels



(a) PHEV : prescriptions hospitalières exécutées en ville

Source : Cnamts

⁵ Ces axes sont repris dans un nouveau contrat en matière de gestion du risque entre l'État et l'Uncam, dénommé plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS).

2.1 Améliorer la pertinence et le bon usage des soins

En s'appuyant sur ses bases de données, sur les comparaisons internationales, sur les référentiels de bonnes pratiques, l'Assurance Maladie mène en permanence des analyses des pratiques de soins qui visent à identifier les marges de progrès possibles pour soigner mieux au meilleur coût : en améliorant les stratégies thérapeutiques, en optimisant les parcours de soins, en réduisant le mésusage et les actes non pertinents, etc.

Sur la base de ces constats, elle mobilise une palette de leviers qui concourent tous à promouvoir le « juste soin » et l'efficience : actions d'accompagnement auprès des professionnels de santé pour promouvoir les bonnes pratiques, rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), promotion d'outils électroniques d'aide à la prescription, mais aussi actions de sensibilisation ou d'accompagnement auprès des assurés, programmes pour optimiser les parcours de soins, contractualisation avec les professionnels et les établissements (avec les agences régionales de santé), accords préalables, contrôles, mise sous objectifs, etc.

2.1.1 / Les actions d'accompagnement des professionnels de santé

Depuis quatre ans, l'Assurance Maladie réalise en moyenne 500 millions d'euros d'économies de maîtrise médicalisée chaque année, uniquement sur les prescriptions des médecins libéraux. En 2015, ce montant est estimé à près de 600 millions d'euros ; il n'atteint qu'à 85 % l'objectif fixé à 700 millions d'euros, il est en nette progression par rapport aux économies réalisées en 2014, qui étaient de 460 millions d'euros.

Ces résultats sont obtenus notamment par des actions d'accompagnement auprès des professionnels de santé et des établissements, destinées à diffuser des messages sur le bon usage ou l'efficience d'une prestation. Différents canaux de contact sont mobilisés : échanges confraternels par les médecins-conseil, visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM), courriers. La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2014-2017 prévoit ainsi 510 000 contacts par an. En 2015, cet objectif a été dépassé, avec plus de 526 000 contacts réalisés auprès des professionnels de santé libéraux et un peu plus de 12 000 visites en établissements.

Chaque année, un programme national est établi avec :

- une programmation des visites des délégués de l'Assurance Maladie et des médecins-conseil auprès des professionnels de santé et des établissements, sur des thèmes dont l'enjeu est important en termes de potentiel de modification des pratiques ;
- l'élaboration d'un contenu de visite (supports construits à partir d'un référentiel médical ou médico-économique et soumis pour validation à la Haute Autorité de santé (HAS), profils

d'activité du professionnel sur le thème concerné) ;

- un ciblage des professionnels à visiter, sélectionnés en fonction de leur pratique telle qu'elle peut être analysée dans les bases de données.

En plus de ce programme national, des actions complémentaires de gestion du risque peuvent être définies par les caisses et les échelons médicaux au niveau régional. En 2015, ces actions complémentaires ont concerné les indemnités journalières (cinq régions), la liste des produits et prestations – LPP – (huit régions), les masseurs-kinésithérapeutes (cinq régions), les infirmières (deux régions), les transports (cinq régions) et la iatrogénie (huit régions). Ces actions visent parfois des catégories particulières de professionnels (nouveaux installés, remplaçants collaborateurs, médecins à l'origine de signalements, etc.), des domaines spécifiques, par exemple en matière de LPP (auto-contrôle du diabète, oxygénothérapie, etc.), des extensions ou renforcements de programmes nationaux (iatrogénie, indemnités journalières).

2.1.2 / La prescription médicamenteuse

En 2017, les économies de maîtrise médicalisée attendues comporteront à nouveau un volet important sur la prescription médicamenteuse.

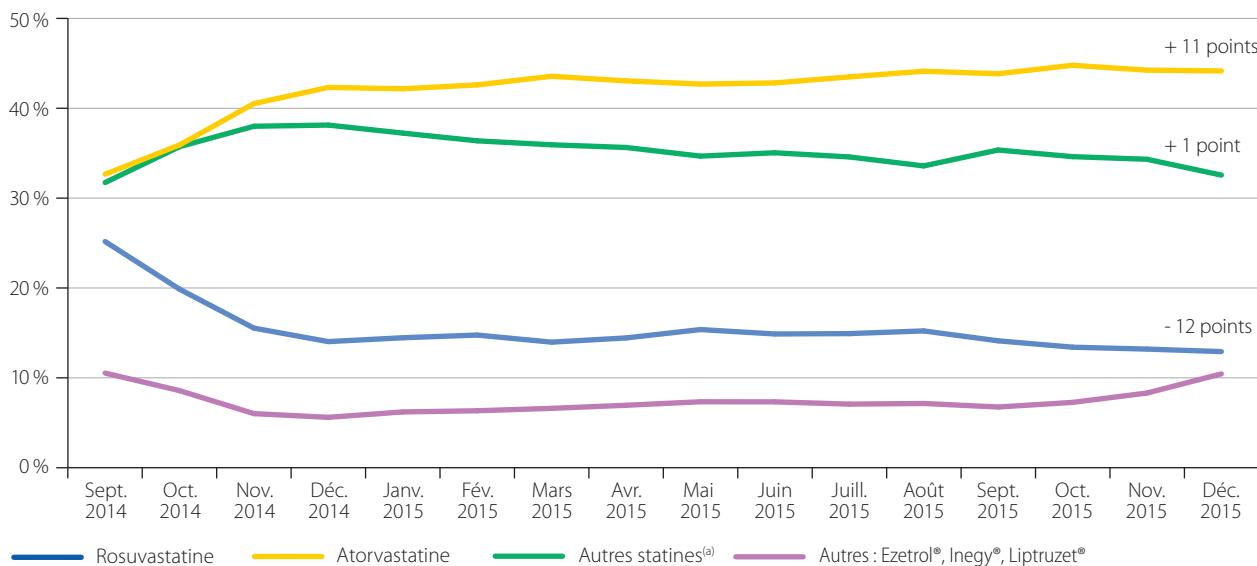
Les médicaments de médecine générale

Certaines classes thérapeutiques concernant des médicaments largement prescrits en médecine générale (hypcholestérolémiants, antibiotiques, antidiépresseurs, antihypertenseurs, antiagrégants plaquettaires, antidiabétiques, etc.) font l'objet d'actions récurrentes, car les enjeux restent importants en termes de bon usage de ces produits. Notamment, si les volumes de consommation, traditionnellement élevés en France, se sont rapprochés de nos voisins (et ceci n'est pas sans lien avec les actions répétées d'accompagnement des prescripteurs), le recours aux innovations les plus récentes et les plus chères reste plus fréquent dans notre pays.

En complément des campagnes d'accompagnement des prescripteurs, le dispositif de demande d'accord préalable pour la rosuvastatine, dont l'impact a été significatif ([figure 26](#)), sera poursuivi.

De nouveaux enjeux se dessinent par ailleurs sur les traitements antidiabétiques (1,5 milliard d'euros en 2015, deuxième poste de dépenses et de remboursement pour les médicaments remboursables délivrés en ville derrière les immunosuppresseurs), qui se caractérisent par un rythme d'innovation soutenu, avec notamment l'arrivée de deux nouvelles classes dans les

► FIGURE 26

**Évolution mensuelle des parts de marché des familles de statines
(en nombre d'instaurations de traitements)**

(a) Autres statines : simvastatine, pravastatine, fluvastatine

Champ : régime général - France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

dix dernières années, les gliptines ou inhibiteurs de la DPP-IV et les agonistes du GLP1 (AGLP1). Comme pour d'autres classes thérapeutiques, la structure de la consommation française se distingue par la large place laissée aux antidiabétiques les plus récents et les plus chers, même s'ils ne présentent pas d'amélioration du service médical rendu, ou une amélioration faible. Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016 avait d'ailleurs montré que ces classes de médicaments étaient, en 2013, utilisées largement en dehors des indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et des indications thérapeutiques remboursables définies par la HAS. Une campagne d'accompagnement sur les gliptines est actuellement déployée sur le terrain, mais l'enjeu pour les années à venir, comme cela a été développé dans le chapitre 1 sur la cartographie médicalisée des dépenses, concerne la diffusion des analogues du GLP1, pour lesquels des actions de promotion du bon usage seront à développer.

Les médicaments de spécialité

Cependant, si des marges d'efficience existent encore sur les médicaments courants prescrits par les généralistes (notamment en termes de prescription dans le répertoire), c'est de plus en plus sur des classes de médicaments prescrits par les spécialistes que les enjeux de pertinence des prescriptions sont importants, compte tenu des prix des produits nouveaux et de leur dynamique de diffusion.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie déployera, dans la continuité de la première campagne réalisée sur les Anti-TNF en rhumatologie, une action d'accompagnement au sein des établissements de santé sur la thématique des biothé-

rapies dans les maladies inflammatoires en rhumatologie et gastro-entérologie.

L'impact de la première campagne a été jugé positif, tant par la régulation obtenue des dépenses en anti-TNF, qui a permis de dépasser les objectifs de maîtrise médicalisée fixés à hauteur de 32 millions d'euros sur ces spécialités pour l'année 2015, que par l'appréciation des échanges confraternels menés par les professionnels de santé visités, de plus en plus sensibilisés à la dimension médico-économique.

Fort de ce constat et au vu de la dynamique soutenue d'évolution de l'utilisation des biothérapies, la mise en place de cette nouvelle action de maîtrise médicalisée hospitalière et son extension au domaine de la gastro-entérologie apparaissent pleinement opportunes.

Un axe spécifique sera consacré à la place des biosimilaires dans la stratégie thérapeutique, dont la mise sur le marché a débuté fin 2014 en France, mais dont la diffusion reste à ce jour assez faible. Cela s'explique avant tout par les conditions restrictives encadrant actuellement leur utilisation. Le rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) paru en décembre 2013 interdisait en effet l'interchangeabilité des médicaments biologiques en cours de traitement. Jusqu'à présent, le recours à un médicament biosimilaire n'est donc possible que s'il a lieu dès le début du traitement.

Un nouveau rapport publié par l'ANSM en mai 2016, actualisant celui de 2013, prend acte de l'évolution rapide des connaissances et de l'analyse continue des données d'efficacité et de sécurité des médicaments biosimilaires au sein de l'Union européenne.

Dans ce contexte, l'ANSM conclut qu'il n'est désormais plus justifié de maintenir une position excluant formellement toute interchangeabilité en cours de traitement, tant que des conditions minimales d'information et de consentement du patient, de surveillance médicale et de traçabilité sont réunies.

Cette nouvelle position de l'ANSM permet d'envisager une pénétration plus importante des médicaments biosimilaires, levier d'envergure pour la régulation des dépenses de médicaments de spécialité.

La recommandation temporaire d'utilisation (RTU) d'Avastin® (bevacizumab, Roche) dans le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est entrée en application au 1^{er} septembre 2015 pour une durée de trois ans. L'utilisation de cet anticancéreux dans une indication ophtalmologique a pour objectif d'optimiser la régulation des dépenses sur la classe des anti-VEGF très prescrite dans cette pathologie, dont l'incidence augmente avec le vieillissement de la population.

Neuf mois après son instauration, la RTU Avastin® n'est à ce jour que très peu utilisée, malgré les données rassurantes récemment disponibles sur la tolérance du bevacizumab dans la DMLA. Cette très faible utilisation s'explique selon les professionnels de santé par l'existence d'un certain nombre de freins à sa prescription.

Les leviers à mobiliser pour appuyer la diffusion de la RTU Avastin® concernent à la fois les conditions pratiques de son utilisation, mais aussi l'adhésion des prescripteurs : un accès facilité à la fabrication de la seringue d'Avastin® pour son utilisa-

tion ophtalmologique avec la mise en place d'une convention de sous-traitance entre pharmacies à usage intérieur (PUI), une évolution potentielle à termes vers un statut de rétrocession permettant une utilisation en ambulatoire d'Avastin® et une réflexion sur l'augmentation possible de la durée de stabilité au-delà d'un mois, si les résultats le permettent.

Pour améliorer l'adhésion des prescripteurs à la RTU Avastin® dans la DMLA, il apparaît nécessaire de faire évoluer la mention du caractère indispensable de la prescription de cette spécialité, tel qu'indiqué dans le protocole. Des améliorations peuvent également être mises en œuvre sur l'information délivrée tant au prescripteur qu'au patient, avec la nécessité de disposer notamment d'une fiche de bon usage sur l'ensemble des traitements anti-VEGF disponibles dans le traitement de la DMLA, qu'ils disposent d'une AMM ou d'une RTU (ranibizumab, afibertcept et bevacizumab).

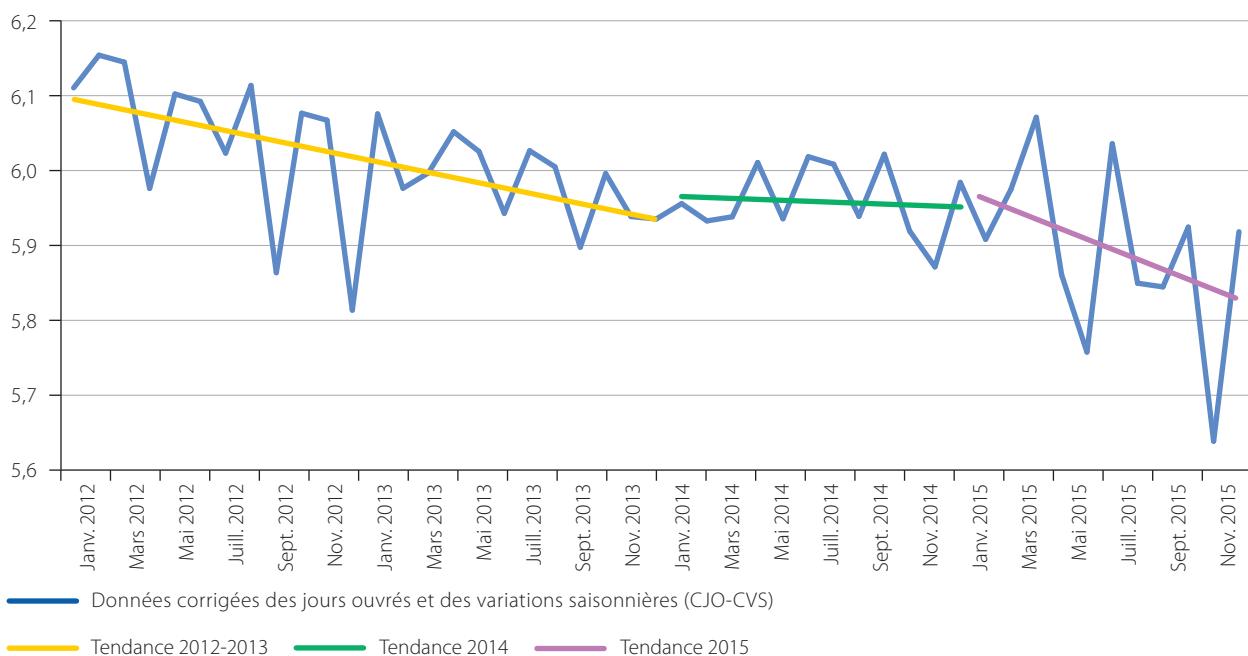
Les actions sur la iatrogénie

La iatrogénie est responsable d'environ 7 500 décès par an et de 3,4 % des hospitalisations chez les patients de 65 ans et plus. Elle peut être due à des effets indésirables évitables (prise de médicaments inadaptés à la situation, ou contre-indiqués, ou qui auraient pu être retirés de l'ordonnance), mais aussi à des effets indésirables non évitables (imprévisibles malgré une bonne démarche thérapeutique).

L'Assurance Maladie a réalisé une première campagne d'échanges fraternels sur le risque iatrogénique chez la

► FIGURE 27

Nombre moyen de molécules par patient (patients âgés de 66 à 75 ans avec ALD ou de plus de 75 ans)



Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

personne âgée entre novembre 2014 et mars 2015, auprès d'environ 8 000 médecins généralistes. Ces médecins ont été visités prioritairement car on constatait qu'au sein de leur patientèle, au moins cinq patients âgés⁶ avaient trois molécules ou plus de la classe des psychotropes délivrées en moyenne par mois (tous prescripteurs confondus). L'objectif était, en partant de la prescription des psychotropes, de diminuer globalement le nombre de molécules prescrites. Rappelons qu'en 2013, plus de 10 % des patients âgés avaient plus de dix molécules délivrées dans le mois (quel que soit le prescripteur), 5 % avaient dix molécules délivrées sur au moins une ordonnance dans le mois.

On observe globalement une tendance positive, avec une inflexion à partir de l'année 2015 (**figure 27**) sur le nombre moyen de médicaments par patient (qui a baissé de 5,95 à 5,80) ; cette baisse est concomitante de la campagne d'entretiens confraternels, même s'il n'est pas possible d'attribuer à cette seule action l'évolution positive observée, car d'autres interventions ont été menées dans la même période.

Une seconde phase de mise en œuvre a démarré en 2016, ciblant la même population de médecins généralistes. Tirant les enseignements de la première phase, elle va cibler les traitements psychotropes et, surtout, l'initiation des traitements, phase cruciale dans la prise en charge. L'un des messages-clés sera de faire adopter le «réflexe iatrogénique» par le prescripteur en se basant sur des éléments cliniques, biologiques et d'effets indésirables.

Malgré les améliorations obtenues, il reste beaucoup à faire dans ce domaine et la iatrogénie restera un des volets de la maîtrise médicalisée en 2017.

Outre les campagnes auprès des prescripteurs, la Cnamts soutient une expérimentation proposée par son conseil scientifique (appelée Optim-Ehpad), qui vise à organiser la conciliation médicamenteuse pour les personnes âgées lors de leur admission en Ehpad (**encadré 5**). Une analyse présentée plus loin dans ce rapport (partie 3.3.2) montre en effet que l'entrée en Ehpad apparaît comme un moment charnière dans le parcours des personnes âgées, qui s'accompagne de modifications très importantes dans la prise en charge pour des personnes en situation de grande fragilité, comme l'indique l'importance du recours aux urgences hospitalières après l'admission.

Une réflexion est en cours pour développer une autre expérimentation en lien avec les Ehpad, en s'appuyant sur les commissions géériatriques, qui regroupent le médecin coordonnateur, le pharmacien, les médecins traitants et le cadre de soins, et peuvent être des lieux d'échanges sur les bonnes pratiques. L'Assurance Maladie pourrait contribuer à les alimenter par des retours d'informations sur les pratiques, à partir de ses bases de données, à l'instar de ce qui est fait pour les groupes qualité. Une initiative en ce sens est en cours avec certains Ehpad.

Au total, comme en 2016, les actions de maîtrise médicalisée portant sur la prescription de médicaments devraient pouvoir générer environ 430 millions d'euros d'économies.

► ENCADRÉ 5

L'expérimentation Optim-Ehpad

L'amélioration de la prescription en Ehpad apparaît comme un objectif particulièrement pertinent en raison des caractéristiques des populations hébergées, soit 600 000 sujets âgés vulnérables, polypathologiques (six pathologies en moyenne par résident), polymédiqués (dont le traitement chronique comprend en moyenne 6,5 molécules), à risque majeur d'effets indésirables associés aux soins (EIAS) médicamenteux, et du potentiel de coordination entre médecin coordonnateur et médecin traitant autorisant la diffusion des bonnes pratiques géériatriques.

Par ailleurs, la iatrogénie et le défaut d'observance médicamenteuse représentent un des quatre principaux facteurs d'hospitalisation dite «évitabile», qu'il s'agisse de sujets âgés vivant à domicile ou de résidents d'Ehpad.

L'expérimentation Optim-Ehpad vise, dans les quinze premiers jours après l'admission du résident en Ehpad, à réaliser une évaluation des traitements conjointe entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant pour une décision de prescription ajustée associant le résident et éventuellement sa famille.

Cette intervention utilise des méthodes d'amélioration des pratiques professionnelles et repose sur les références de bonnes pratiques de prescription chez les personnes âgées.

L'outil Optim-Ehpad proprement dit est un outil pratique de révision de la prescription, adapté aux résidents et aux spécificités de la pratique médicale en Ehpad. Il associe une approche globale de la prescription, des alertes iatrogéniques et une stratégie thérapeutique par situation clinique.

⁶ Au sens : âgés de plus de 75 ans ou âgés de 66 à 74 ans avec au moins une ALD.

2.1.3 / Les arrêts de travail

Les dépenses d'indemnités journalières ont repris un rythme de croissance assez dynamique en 2014, après plusieurs années d'évolution très faible, et cette tendance haussière s'est poursuivie en 2015. Les facteurs explicatifs de cette progression ont été analysés et, pour mieux maîtriser l'évolution de ce poste, un plan d'actions renforçant les différents leviers dont dispose l'Assurance Maladie a été conçu et se déploie en 2016-2017.

Les référentiels et l'optimisation des parcours de soins pour prévenir la désinsertion professionnelle

La Cnamts a lancé il y a plusieurs années une démarche d'élaboration et de publication de «fiches repères» proposant des durées recommandées d'arrêt de travail (en fonction du type de poste occupé) pour des situations cliniques particulières. Les référentiels publiés jusqu'à présent concernent pour l'essentiel des arrêts de durée limitée, notamment des arrêts postintervention chirurgicale par exemple. Pour autant, l'analyse des pratiques de prescription actuelles montre parfois des écarts importants avec ces référentiels, et la nécessité dans certains cas d'un retour d'information au prescripteur, comme l'illustre l'exemple de la chirurgie de l'épaule détaillé plus loin dans ce rapport (partie 3.3.2).

Au-delà des situations ponctuelles déjà couvertes par ces fiches repères, la difficulté est plus grande encore pour les arrêts longs, liés à des pathologies pour lesquelles l'enjeu est de prévenir les risques de chronicisation qu'aujourd'hui les médecins traitant et l'Assurance Maladie arrivent difficilement à contenir. C'est le cas des lombalgies, qui touchent une population nombreuse, entraînent un arrêt de travail dans 20 % des cas, représentent près d'un tiers des arrêts de plus de six mois et constituent la troisième cause d'invalidité pour le régime général. Pour cette pathologie, la prévention des risques de désinsertion sociale et professionnelle associés à la chronicisation apparaît comme le levier pertinent pour réduire les arrêts de travail et passe par une optimisation globale du parcours de soins (qui inclut d'autres éléments, recours à l'imagerie, à la kinésithérapie, à la chirurgie, etc.). C'est ce que montre l'analyse développée plus loin dans ce rapport (partie 3.2.1). Les propositions qui sont formulées à partir de cette analyse participent de l'ensemble des actions de maîtrise du poste indemnités journalières (IJ) en 2017, même si elles couvrent un champ plus large.

Les contrôles des assurés en arrêt de travail

Les contrôles de la pertinence des arrêts de travail par le service médical demeurent un volet important des actions de maîtrise, avec 2,2 millions de contrôles réalisés tous les ans. L'objectif est aujourd'hui d'optimiser l'efficacité de ce travail de contrôle, en utilisant mieux les systèmes d'information à disposition des praticiens-conseil pour mieux échelonner ces contrôles en fonction des pathologies et des situations de soins. Des instructions ont été données aux caisses et aux échelons médicaux en ce sens et des outils ont été développés par le réseau et diffusés en 2016. Ils devraient permettre une plus grande homogénéité

des pratiques et une plus grande pertinence médicale de l'effort de contrôle, avec un renforcement sur les arrêts longs.

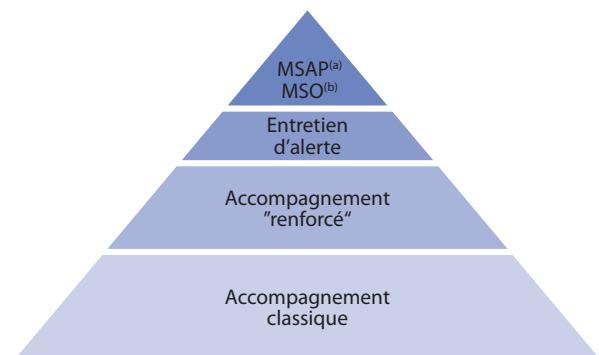
Les arrêts de travail itératifs font l'objet d'actions spécifiques du service médical avec l'envoi d'un courrier de sensibilisation au troisième arrêt et la possibilité de la convocation de l'assuré dès le quatrième en fonction de l'analyse de la consommation de soins. En outre, les signalements des employeurs doivent faire l'objet, depuis 2016, d'un avis systématique du service médical.

Des démarches graduées en direction des prescripteurs

La prescription des arrêts de travail fait partie, de manière habituelle, des thèmes abordés par les délégués d'Assurance Maladie et les praticiens-conseil dans les campagnes d'information et de sensibilisation des prescripteurs. Par ailleurs, des procédures spécifiques sont prévues pour la petite fraction d'entre eux dont les comportements de prescription d'arrêts de travail apparaissent très excessifs en comparaison aux pratiques habituelles de leurs confrères : il s'agit des entretiens préalables, de la mise sous objectif et de la mise sous accord préalable. Même si le nombre de praticiens est limité, ces procédures permettent de générer une économie de 50 millions d'euros par an.

En complément de ces démarches existantes, une modalité intermédiaire d'accompagnement a été mise en place à partir de 2015, fondée sur des entretiens confraternels approfondis pour des prescripteurs ayant une part importante de patients bénéficiaires d'arrêts de travail avec une durée élevée. La conception de ces entretiens a été renouvelée, avec des retours d'information adaptés à la patientèle du médecin et surtout des cas pratiques de patients sélectionnés en amont par le service médical. L'objectif est d'utiliser ces exemples concrets tirés de la pratique du médecin pour illustrer les actions envisageables afin de prévenir la désinsertion professionnelle, les aides à la disposition du médecin, les interactions possibles entre le médecin traitant, le médecin-conseil, le médecin du travail et le service social.

► FIGURE 28
Démarche graduée en fonction de la situation du praticien

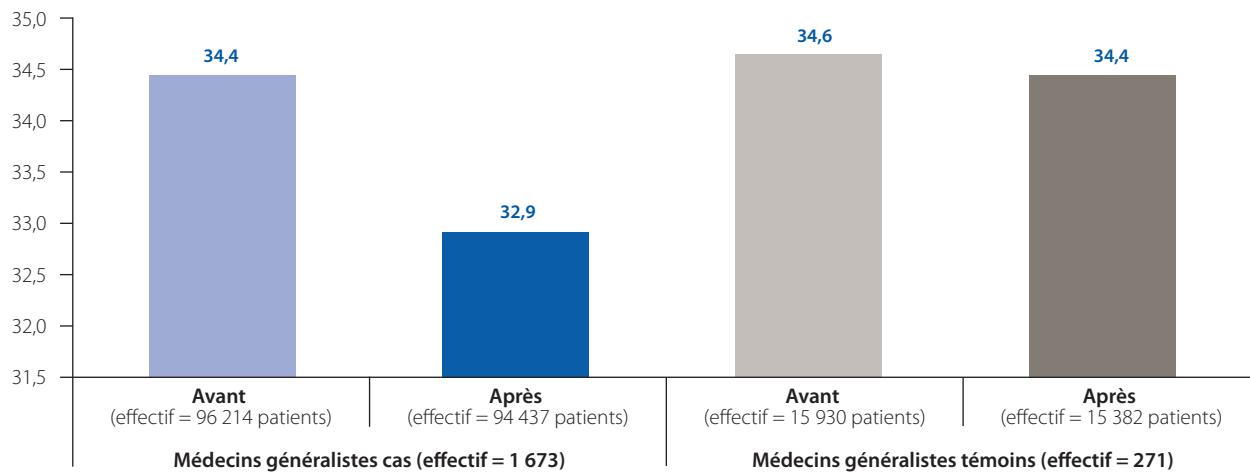


(a) MSAP : mise sous accord préalable
(b) MSO : mise sous objectif

Source : Cnamts

► FIGURE 29

Une nouvelle démarche d'accompagnement aux premiers résultats encourageants : évolution du nombre moyen d'indemnités journalières par patient ayant perçu des indemnités journalières^(a)



(a) Évaluation d'impact par la méthode avant/après et ici/ailleurs

Source : Cnamts

Les interventions de l'Assurance Maladie auprès des prescripteurs s'opèrent donc aujourd'hui selon une démarche graduée en fonction des pratiques observées (figure 28), et dont les modalités opérationnelles sont articulées dans un calendrier global pour 2016 et 2017.

La nouvelle démarche d'accompagnement personnalisée auprès des médecins généralistes donne des résultats encourageants (figure 29) : dans les trois mois qui suivent la visite, on a observé une diminution de 1,5 jour du nombre moyen d'indemnités journalières par patient sur les 1 700 premiers médecins généralistes visités en 2015 (9 000 médecins visités en tout). Cette action d'accompagnement sera reconduite sur la fin de l'année 2016 et le premier trimestre 2017.

La mise en place d'une fonction de «facilitateur»

Pour renforcer l'efficacité des interventions auprès des assurés et des médecins traitants, la mise en place d'une fonction de «facilitateur» a été testée dans quelques échelons locaux du service médical en 2015 (Bouches-du-Rhône, Doubs, Loire-Atlantique). Il s'agit de confier à des techniciens du service médical des tâches permettant d'améliorer la gestion de cas d'arrêts de travail détectés comme complexes, et notamment :

- de venir en appui au médecin-conseil dans ses relations avec l'assuré et le médecin traitant (préparation des contacts, rassemblement des éléments d'analyse utiles, etc.) et de répondre aux demandes d'information des médecins traitants (ligne dédiée);
- de faciliter les relations entre les acteurs : médecin traitant, médecin-conseil, médecine du travail, service social (et notamment d'optimiser le signalement au service social des assurés en risque de désinsertion professionnelle). Le constat a été fait en effet que la coordination entre ces différents professionnels qui interviennent dans la gestion d'un arrêt de travail jusqu'à sa conclusion est mal assurée aujourd'hui, avec des informations éparses et un suivi lacunaire.

L'expérimentation sur ces trois échelons a été évaluée début 2016. Le service médical de Nantes a mené une enquête auprès des premiers médecins et assurés qui ont utilisé le service (environ 400 utilisateurs). Les médecins sont satisfaits de la facilité des contacts avec les facilitateurs et de leur soutien pour les démarches médico-administratives de leurs patients en cas de difficulté à la reprise du travail. 92 % des assurés ont exprimé leur satisfaction sur la qualité de l'accompagnement, les conseils pratiques et les explications reçues sur le rôle des différents intervenants. Cette première phase d'expérimentation a permis de préciser les modalités opérationnelles de fonctionnement de ce dispositif et la décision a été prise d'étendre l'expérimentation à partir de mars 2016 sur une vingtaine d'échelons. Après une nouvelle évaluation fin 2016, ce dispositif pourrait être généralisé dès 2017.

La gestion du risque en entreprise

Sensibiliser les employeurs à l'intérêt qu'ils ont à travailler sur la prévention des risques professionnels pour limiter l'absentéisme a été l'objectif des premières campagnes dites de «maîtrise médicalisée en entreprise», lancées entre 2008 et 2011, et qui ont été complétées par des initiatives locales telles que celle de la Cpam de la Manche en 2014-2015.

En capitalisant sur les résultats de ces premières expériences, la proposition est d'initier une nouvelle démarche reposant sur :

- des visites auprès d'un nombre limité d'entreprises, ciblées car atypiques en matière d'indemnités journalières de maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) au regard de leur région et de leur secteur d'activité, ce ciblage devant être personnalisé et étayé médicalement sur les familles de pathologies les plus concernées (troubles musculo-squelettiques –TMS–, risques psychosociaux –RPS–, etc.),
- ces entreprises devant être de taille suffisante pour assurer la robustesse des données, préserver le secret médical et disposer de leviers pour agir;
- et avec un apport d'informations statistiques précises et

comparatives, permettant à l'entreprise de se situer et de construire une démarche concrète d'amélioration ;

- pour le ciblage, un travail est en cours afin d'adapter les algorithmes prédictifs des motifs d'arrêts développés par certaines directions régionales du service médical dans le cadre du contrôle des indemnités journalières (voir ci-dessus) ;
- l'action est préparée en 2016 et sera déployée en 2017.

2.1.4 / Les actions sur les transports

Les prescriptions de transport représentent plus de 4 milliards d'euros et ont augmenté de 3,7 % en 2015. 63 % d'entre elles émanent des établissements, et celles de ces derniers augmentent rapidement : + 4,5 % en 2015, alors que la cible nationale était fixée à + 3 %. Un renforcement des actions sur ce thème est programmé sur 2016-2017.

L'extension des plateformes centralisées de commandes de transport

Ces plateformes centralisent l'ensemble des prescriptions de transport au sein d'un établissement de santé et passent commande auprès de sociétés de taxis, véhicule sanitaire léger (VSL) ou ambulance.

Leurs objectifs sont :

- de simplifier la commande de transport pour le personnel hospitalier ;
- d'assurer davantage de transparence et d'équité ;
- de favoriser le transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient, et notamment de réduire les cas d'indisponibilité de transport assis et les transports en

ambulance non pertinents, mais aussi de favoriser le transport partagé ou l'utilisation des véhicules personnels ;

- de réduire le nombre de prescriptions de transport non pertinentes, en permettant d'identifier et de responsabiliser les prescripteurs.

L'équipe gérant cette plateforme peut être recrutée au sein de l'établissement ou mise à disposition par la Cnamts. Cette fonction de centralisation suppose le respect d'un cahier des charges précis, élaboré par la Cnamts et par le ministère de la Santé, qui garantit notamment le principe de « tour de rôle » (tous les transporteurs du territoire font partie du dispositif, et chacun est appelé à tour de rôle) et la recherche systématique d'un transport assis professionnalisé disponible lorsqu'un transport assis a été prescrit. Idéalement, un logiciel intègre directement ce cahier des charges.

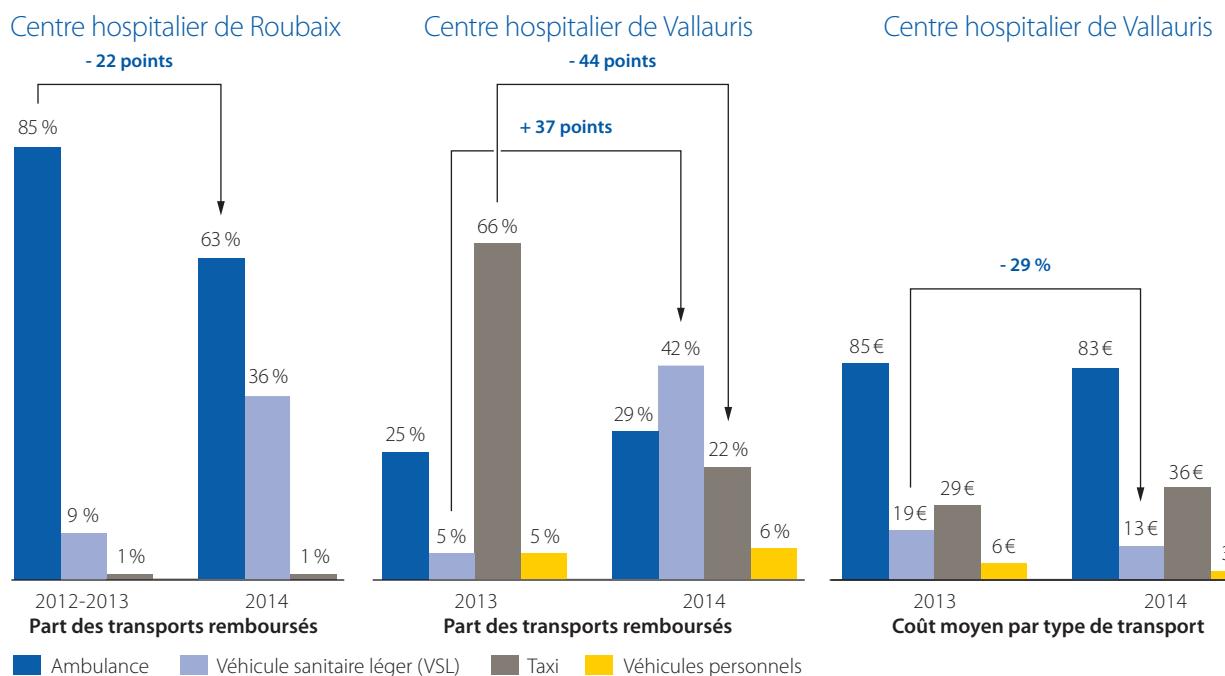
Des expériences de plateformes initiées dans certains établissements de santé ont montré des résultats positifs (**figure 30**) :

- au centre hospitalier de Roubaix, une bascule significative de l'ambulance vers le VSL et une économie globale de 11 euros par transport ;
- au centre hospitalier de Vallauris, pas d'impact sur le recours à l'ambulance, mais une augmentation du recours au VSL avec développement du transport partagé, qui a permis de diminuer d'un tiers le coût moyen d'un trajet, et au total une diminution globale des dépenses de transport de 18 % sur un an.

D'autres expérimentations ont été mises en place, sous des formes variées, parfois sans accompagnement de l'agence régionale de santé (ARS) ou de l'Assurance Maladie, et avec des impacts variables, ce qui a conduit à préciser, dans le cahier des charges national précité, les conditions de fonctionnement de telles plateformes,

► FIGURE 30

Évolution des prescriptions de transports dans deux centres hospitaliers ayant mis en place une commande centralisée



Sources : Cnamts et Cnamts de Nice (données Siam-Erasme)

quel que soit leur mode de gestion (par l'établissement de santé, avec l'appui de l'Assurance Maladie ou un tiers).

Une enquête auprès du réseau de l'Assurance Maladie fin 2015 a permis d'identifier 26 départements intéressés par la démarche, avec plus de 35 établissements pressentis. Certains sont très avancés et sont prêts à démarrer, avec l'implication de l'ARS et de l'Assurance Maladie ; pour d'autres, le processus va être initié en 2016 en s'appuyant sur les dispositifs de contractualisation tripartites entre les établissements de santé, l'ARS et l'Assurance Maladie (contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins - Caqos - simplifiés qui comportent des objectifs de mise en place des plateformes, de maîtrise des dépenses et de développement du transport assis, partagé ou en véhicule personnel, puis contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins à partir de 2017).

Autres actions: référentiels, communication, contrôles, demandes d'accord préalable

L'Assurance Maladie a réalisé, avec des experts néphrologues, un travail d'élaboration d'un référentiel de prescription de transport pour les patients en dialyse (la dialyse représente 16 % des dépenses de transports sur le modèle des fiches repères « arrêts de travail » pour aider à la bonne prescription de transport. Ce référentiel sera soumis à la HAS puis diffusé aux prescripteurs fin 2016. D'autres fiches repères pourraient être proposées et diffusées en 2017 sur les transports itératifs.

Une campagne de communication générale sera également menée à partir de septembre 2016 auprès des prescripteurs et des assurés pour rappeler les règles de prise en charge et promouvoir le bon usage des transports remboursés par l'Assurance Maladie (transports personnels, transports partagés, etc.).

Les contrôles des facturations menés en 2015 puis 2016 (environ 100 000 factures ciblées de transport sanitaire) se poursuivront et se focaliseront notamment sur les anomalies de facturation d'une distance supérieure au trajet mesuré par un distancier et les prescriptions réalisées *a posteriori*.

Une procédure de demande d'accord préalable est prévue par le code de la Sécurité sociale (article R322-10-4) pour certains trajets particulièrement onéreux, supérieurs à 150 km, ou les transports en série (au moins quatre trajets sur une période de deux mois) vers un lieu distant de plus de 50 km : l'Assurance Maladie va, sur la base d'un bilan des accords préalables donnés, définir des référentiels locaux permettant de contrôler le respect de la règle de l'établissement le plus proche et faire évoluer le dispositif pour en améliorer la pertinence et assurer un contrôle *a priori* des prescriptions générant les dépenses les plus lourdes.

2.1.5 / Les actes diagnostiques et thérapeutiques

S'assurer que les soins délivrés aux patients sont pertinents, c'est-à-dire nécessaires, adaptés à leurs besoins, conformes aux

recommandations, c'est à la fois améliorer la qualité et éviter des dépenses inutiles. Cette problématique concerne potentiellement tous les soins, actes médicaux et chirurgicaux, examens diagnostiques, soins paramédicaux.

Dans ce domaine également, les démarches d'accompagnement des professionnels sont un levier important pour essayer de promouvoir les meilleures pratiques : les programmes de maîtrise médicalisée incluent des visites sur les examens de biologie, sur certains actes médicaux (action sur les actes d'IRM ostéoarticulaires par exemple), sur la prescription de soins de masso-kinésithérapie.

L'Assurance Maladie contribue aussi à l'amélioration de la pertinence des soins dans le cadre de la démarche pilotée par le ministère et portant sur les actes chirurgicaux. Elle met en œuvre des actions d'accompagnement auprès des établissements et des professionnels de santé, et élabore des outils permettant la diffusion des recommandations médicales (référentiels de bonnes pratiques médicales, profils d'activité, guide d'information pour les patients). Une évaluation de la liste des 33 thématiques prioritaires est en cours, ainsi que l'identification de nouvelles activités sur les trois critères initiaux (volume d'activité annuel supérieur à 20 000, augmentation du taux de recours national 2010/2014, variations géographiques définies par un coefficient géographique supérieur à 0,20).

En 2017 :

- la pose de drain transtympanique sera un nouveau thème déployé en région par l'Assurance Maladie et les ARS, dès la parution de la recommandation de la HAS, à laquelle la Cnamts a contribué par l'étude des pratiques à partir de ses bases de données ;
- les évaluations des programmes d'accompagnement antérieurs seront diffusées (chirurgie du syndrome du canal carpien, cholécystectomie, thyroïdectomie, chirurgie bariatrique) ;
- le thème des examens préanesthésiques sera particulièrement suivi, après l'incitation (fin 2016) des établissements à une action d'autoévaluation en vue d'améliorer leurs pratiques (diffusion des résultats de l'étude collaborative entre la Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) et la Cnamts à partir des bases de données de l'Assurance Maladie, transmission aux établissements par la Cnamts de leurs profils d'activité, campagne d'affichage dans les établissements à destination des patients, accompagnement par un expert de la Sfar si demande des professionnels).

La mise sous accord préalable portant sur les actes en établissements a été permise par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 (loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014) : outre les thèmes mis en œuvre en 2016 (chirurgie bariatrique et chirurgie du syndrome du canal carpien), elle sera élargie à d'autres procédures chirurgicales (cholécystectomie et thyroïdectomie) dans les établissements n'ayant pas modifié leurs pratiques après les actions pédagogiques, dans le cadre d'un contrat tripartite (établissement/ARS/Assurance Maladie) en cohérence avec le Papraps (plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins).

2.2 Prendre le virage ambulatoire

Le virage ambulatoire participe à l'optimisation des parcours de soins en évitant des séjours hospitaliers ou en réduisant la durée, en adoptant des prises en charge plus adéquates (hôpital de jour ou hôpital à domicile) ou en améliorant la prise en charge en ville pour faciliter le retour à domicile et éviter des réhospitalisations. Il implique des évolutions dans les établissements de santé et pour les professionnels qu'il faut accompagner dans leurs changements de pratiques et d'organisation. L'Assurance Maladie contribue à cette ambition de transformation de notre système de soins avec deux leviers principaux, le programme Prado et la mise sous accord préalable pour la chirurgie ambulatoire et l'orientation en soins de suite et de réadaptation.

2.2.1 / Le déploiement du programme Prado

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) des patients hospitalisés a été initié par l'Assurance Maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville. Il contribue à répondre à plusieurs enjeux :

- accompagner et favoriser la réduction des durées de séjour à l'hôpital, en offrant une organisation sécurisant la prise en charge en aval ;
- éviter le recours à des solutions en aval inutilement coûteuses quand elles ne sont pas justifiées par l'état du patient (services de soins de suite et de réadaptation après certaines interventions chirurgicales, etc.) ;
- prévenir les réhospitalisations et aggravations liées à l'insuffisance de suivi posthospitalisation.

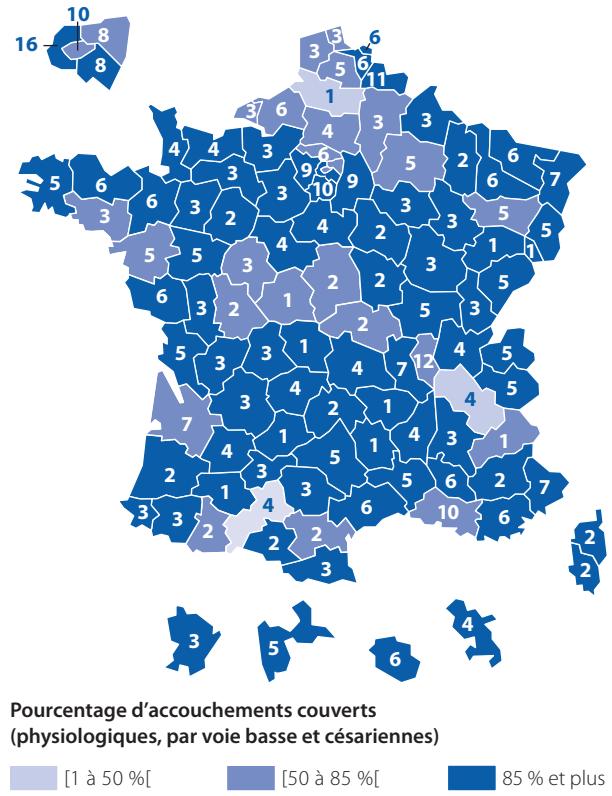
D'abord initié sur les sorties de maternité en 2010, il a été étendu en 2012 aux sorties d'hospitalisation après chirurgie orthopédique. Depuis 2013, deux programmes concernant des épisodes aigus de pathologies chroniques ont été expérimentés et sont en cours de déploiement (décompensation cardiaque et exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive - BPCO) et deux autres sont en expérimentation depuis fin 2015 (plaies chroniques et personnes âgées), ainsi qu'un programme populationnel dans le cadre des expérimentations Paerpa⁷.

Le volet maternité du programme Prado est aujourd'hui généralisé à l'ensemble du territoire et disponible dans 454 établissements, qui couvrent plus de 85 % des accouchements sur la France entière (**figure 31**). Après la publication des recommandations de la HAS en 2014, le programme a été étendu aux sorties précoces. Cette extension est en cours d'expérimentation sur une vingtaine de départements. Pour l'année 2017, il est prévu que près de 400 000 couples mère/enfant adhèrent au programme.

Le programme chirurgie a été initié par le volet orthopédie

► FIGURE 31

Déploiement du volet maternité du programme Prado sur le territoire en mai 2016



Pourcentage d'accouchements couverts (physiologiques, par voie basse et césariennes)

[1 à 50 %] [50 à 85 %] [85 % et plus]

Note de lecture : le nombre qui figure au niveau de chaque Cpam correspond au nombre d'établissements dans lesquels le volet maternité du programme Prado est disponible.

Source : Cnamts (PMSI 2014)

(généralisé fin 2013) et porte sur les interventions pour lesquelles la HAS considère que la rééducation peut être réalisée en ville. Pour l'année 2017, il est prévu que 100 000 patients adhèrent au programme.

Dès mi 2016, le programme chirurgie va être étendu à toutes les chirurgies dans la France entière, en lien avec le développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac), en débutant par la chirurgie digestive. Le nombre total de patients potentiellement concernés par le programme chirurgie est d'environ 500 000 par an (en incluant l'orthopédie).

Pour le programme pathologies chroniques :

- le volet insuffisance cardiaque sera généralisé en 2016 et, en 2017, il est prévu 100 000 adhésions au programme ;
- le volet BPCO est étendu en 2016, environ 1 000 patients seront concernés en 2017 ;

⁷ Personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

2.2 PRENDRE LE VIRAGE AMBULATOIRE

- le volet plaies chroniques est actuellement en expérimentation sur dix sites et sera étendu en 2017 suite à une première évaluation;
- une expérimentation sur un volet AVC sera lancée début 2017 sur une dizaine de sites.

Enfin, le volet populationnel personnes âgées (de plus de 75 ans) va être étendu fin 2016 à une dizaine de sites en dehors des territoires Paerpa ; selon les résultats de l'évaluation, il sera proposé à l'ensemble des territoires fin 2017.

2.2.2 / La MSAP chirurgie ambulatoire

La mise sous accord préalable (MSAP) a été un des leviers du développement de la chirurgie ambulatoire : les établissements faisant l'objet de procédures MSAP se sont réorganisés et ont accru fortement leur taux de chirurgie ambulatoire sur les actes concernés en rattrapant, voire en dépassant celui des autres établissements. Ces résultats positifs déjà observés⁸ sont confirmés par l'évaluation de la campagne 2013-2014 : pour les cinq gestes chirurgicaux qui concentrent 90 % des demandes de MSAP (la chirurgie du cristallin, la cholécystectomie, la chirurgie des hernies inguinales, la chirurgie du nez et la chirurgie des varices), les établissements mis sous accord préalable ont enregistré une progression très supérieure à celle des autres établissements (**figure 32**).

Cette procédure de MSAP sera poursuivie en 2016 et 2017 auprès des établissements les plus en retard. La liste des

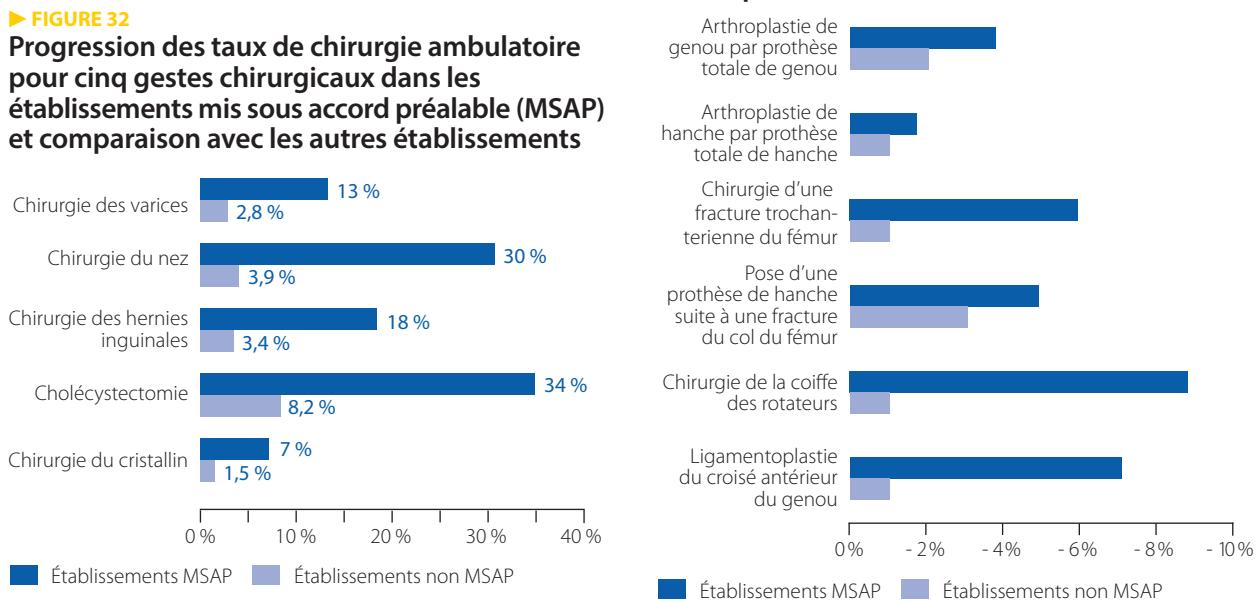
55 gestes entrant dans la procédure continuera à être actualisée avant chaque campagne, en lien avec les sociétés savantes thématiques. L'objectif premier n'est plus l'augmentation du nombre de gestes, mais un renforcement des actions permettant d'accroître le taux de chirurgie ambulatoire, en se concentrant sur les gestes présentant le plus de potentiel de substitution après analyse du score de performance en chirurgie ambulatoire (seront pris en compte dans ce score le volume, le case-mix, mais aussi le taux de réhospitalisation⁹). Des réflexions sont par ailleurs en cours avec l'Association française de chirurgie ambulatoire sur des actions d'accompagnement qui pourraient précéder la procédure de mise sous accord préalable.

2.2.3 / La MSAP SSR

La MSAP en soins de suite et de réadaptation (SSR) permet depuis 2014 de mettre les services de court séjour sous accord préalable pour l'adressage des patients ayant subi une intervention orthopédique (**figure 33**).

En 2014, ce dispositif a permis d'éviter plus de 7 000 séjours en SSR (soit de l'ordre de 30 millions d'euros). Il sera poursuivi en 2016 et 2017 avec, chaque année, 150 nouveaux établissements ciblés.

► FIGURE 33
Progression de la fréquence de recours au SSR pour six gestes chirurgicaux dans les établissements mis sous accord préalable (MSAP) et comparaison avec les autres établissements



8 Rapports de propositions de l'Assurance Maladie pour les années 2013 et 2015 :

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2013.pdf

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf

9 Le taux de réhospitalisation est à évaluer pour apprécier l'impact de l'organisation en ambulatoire sur la qualité et la sécurité des soins.

2.3 L'efficience de la dépense hospitalière

Cet objectif est porté principalement par les agences régionales de santé (ARS), qui doivent, dans le cadre des dialogues de gestion avec les établissements de santé, auxquels l'Assurance Maladie participe, les inciter à maîtriser l'évolution de leurs dépenses et optimiser leurs achats (en veillant, pour les achats de produits de santé, à la cohérence avec les objectifs de prescription dans le répertoire). Cet objectif est décliné au sein de quatre blocs.

Optimisation des achats : le programme Phare

Une part importante des achats à l'hôpital est consacrée aux produits de santé et aux dispositifs médicaux. Pour développer et professionnaliser la fonction achats au sein des hôpitaux, le ministère a lancé début octobre 2011 le programme de performance hospitalière pour des achats responsables (Phare). Son objectif: dégager, dans un contexte général de réduction budgétaire, des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, tout en maintenant le même niveau de qualité des soins.

Portés par les ARS dans les dialogues de gestion, des plans d'action achat (PAA) ont été déployés dans plus de 100 établissements et on estime à 0,9 milliard d'euros les gains sur les achats réalisés sur les trois dernières années.

Le déploiement de Phare sera poursuivi en 2016-2017 avec la généralisation de la mise en place de PAA dans tous les établissements publics de santé et plateformes sanitaires du secteur privé non lucratif et l'adaptation de la démarche dans le contexte des groupements hospitaliers de territoires (GHT). Les ARS seront particulièrement attentives à poursuivre la mise en œuvre des partages de bonnes pratiques dans l'animation des réseaux d'acheteurs existants.

Maîtrise de la masse salariale

Dans cet objectif d'efficience de la dépense hospitalière, les établissements publics de santé doivent poursuivre leurs efforts de maîtrise de la croissance de la masse salariale à + 1,5 % par an en moyenne sur 2015-2017 (contre 2,1 % en tendance historique) pour ne pas générer de déficit hospitalier. Cet effort implique un accompagnement des établissements par les ARS en déployant en 2016 et 2017 des outils performants de suivi, de contrôle et de pilotage des dépenses de personnel médical et non médical (représentant environ deux tiers de leurs coûts).

Aider les établissements en difficulté

Il s'agit d'améliorer le suivi des établissements en difficulté financière, notamment sur le volet des effectifs. Pour cela, la supervision régionale est renforcée pour ces établissements et les outils d'analyse financière sont standardisés.

Les ARS seront chargées d'animer les échanges de bonnes pratiques sur les plans d'action des établissements et les outils de capitalisation des accompagnements réalisés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) seront diffusés.

Simphonie

Le programme Simphonie a pour but de simplifier et de moderniser le parcours administratif hospitalier pour les patients. Il vise à générer des gains d'efficience dans les processus d'accueil, de facturation et de recouvrement (550 millions d'euros de créances patients non recouvrées aujourd'hui après un an).

Les actions prioritaires en 2016-2017 sont notamment la mise en œuvre d'une simplification du parcours administratif du patient, un paiement des créances du patient avant sa sortie de l'hôpital dans 70 établissements et la poursuite du déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé (en articulation avec l'Assurance Maladie).

2.4 Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments ou des dispositifs médicaux et sur l'adoption des génériques

2.4.1 / Les prix des médicaments

Combinées aux actions sur la pertinence de la prescription, les baisses des prix de médicaments ainsi que l'expiration de brevets permettant la diffusion de génériques pour des populations massives ont fortement contribué à la maîtrise des dépenses dans les années récentes.

Les années qui viennent s'annoncent, on le sait, très différemment, avec la perspective d'innovations de traitement qui constituent des progrès importants dans le traitement de maladies graves ou orphelines. Ces perspectives sont évidemment très positives pour les patients, d'autant que le système français d'admission au remboursement des médicaments est l'un de ceux qui assurent une diffusion rapide et large de l'innovation médicamenteuse. Mais elles se traduisent déjà par une nouvelle dynamique des dépenses par rapport à la décennie passée, dont on a vu quelques illustrations dans l'évolution des coûts de traitement de certaines pathologies, présentée dans le chapitre 1 sur la cartographie médicalisée des dépenses.

Le débat se centre clairement aujourd'hui sur le juste prix de ces innovations, pour assurer un accès des patients aux traitements en préservant la soutenabilité du financement solidaire de nos systèmes de santé tout en permettant une juste rémunération des industriels.

Pour trouver des solutions à cette équation complexe, il faut collectivement progresser :

– dans la transparence : le débat sur les coûts de la recherche et de l'innovation est nécessaire, même s'il n'est pas simple. Il n'est pas contestable que le développement de nouvelles molécules est un processus long, coûteux et comportant un niveau de risque élevé. Mais il paraît également logique que des revendications de prix qui menacent la soutenabilité d'un système donnent lieu à une exigence de transparence sur la formation de ces prix. Cette demande s'exprime dans tous les pays, comme l'illustre un article récent du *New England Journal of Medicine* qui relate que dix états des États-Unis ont introduit des législations visant à rendre obligatoire cette transparence sur les coûts de recherche et développement¹⁰;

– dans la coopération internationale, car les acheteurs sont aujourd'hui dispersés face à des industriels de stature mondiale. On note d'ailleurs déjà une intensification des échanges sur ces sujets au niveau de l'Europe et de l'OCDE, et des coopérations

renforcées (par exemple, entre les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg) ; la Cnamts a d'ailleurs pris l'initiative de susciter une rencontre avec ces pays pour mener une réflexion commune ;

– dans de nouveaux modes de rémunération des innovations. L'intérêt des paiements à la performance, testés dans de nombreux pays, est débattu, mais c'est sans doute une voie vers laquelle il faut aller, tout en étant très attentif aux modalités concrètes d'application. Beaucoup d'expériences montrent en effet la difficulté à faire fonctionner concrètement de tels accords lorsqu'il s'agit de remboursements *a posteriori* des industriels ;

– dans le recueil de données en vie réelle, qui est d'ailleurs une condition de faisabilité de modes de rémunération innovants. L'effort financier consenti par la collectivité appelle en effet une évaluation rigoureuse des performances attendues du traitement au vu des essais cliniques, mais aussi une vérification que ces résultats sont confirmés à l'usage dans la pratique courante, car l'expérience montre que l'efficacité en vie réelle peut différer de celle observée dans des conditions expérimentales (conditions d'utilisation et populations différentes, observance moindre, etc.). Les évolutions actuelles ne font que renforcer cette nécessité d'un suivi attentif des performances du médicament en vie réelle (arrivées précoces, autorisations de mise sur le marché conditionnelles et *adaptive pathways*, faibles niveaux de preuve du fait de petites populations dans les essais, etc.).

Par ailleurs, la dynamique des prix est telle aujourd'hui que dès la période d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU, les montants en jeu deviennent significatifs du point de vue macroéconomique. Ceci conduit à se réinterroger sur les modalités de fixation du prix pendant cette période, qui peut être d'autant plus longue que le dispositif actuel n'incite pas l'industriel à conclure un accord rapidement. Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016 avait d'ailleurs proposé d'évoluer vers un remboursement ex-post de la différence entre le prix ATU/post-ATU et le prix réel (au lieu du prix facial actuellement).

2.4.2 / La diffusion des génériques

Une mobilisation de longue date de l'Assurance Maladie sur le sujet des génériques

Une politique constante a été poursuivie notamment au travers des accords conventionnels :

¹⁰ Sarpatwari A., Avorn J. et Kesselheim A.S., « State Initiatives to Control Medication Costs - Can Transparency Legislation Help? », *New England Journal of Medicine*, vol. 374, n° 24, pp. 2301–2304, juin 2016.

- avec les médecins : accord conventionnel sur la prescription en dénomination commune internationale (DCI) en 2002 ; objectifs de maîtrise médicalisée et développement des génériques dans la convention médicale de 2005 ; accord tripartite sur le développement des génériques en 2006 ; Capi (2009) puis Rosp (convention médicale de 2011), avec cinq indicateurs dédiés à la promotion de la prescription dans le répertoire (axe optimisation des prescriptions/efficience) sur les 24 indicateurs du volet « qualité de la pratique médicale » ; les cinq classes cibles ont vu une progression nette du recours aux génériques ;
- avec les pharmaciens : premier accord générique avec les syndicats de pharmaciens en janvier 2006 (objectif 70 % de taux de substitution), puis 75 % en 2007 et 80 % en 2008 ; mise en place du dispositif « tiers payant contre générique » en 2007 ; depuis avril 2012, relance avec la convention nationale (+ 12 points de substitution – **figure 34**) :

- objectif national du taux de substitution pour 2016 : 86 % ;
- maintien du dispositif « tiers payant contre générique » ;
- rémunération sur objectifs concernant les génériques, avec des objectifs de taux de substitution ciblés par molécule,

et engagement de stabilité de la délivrance de la même marque de générique pour les patients de plus de 75 ans.

Des marges de manœuvre qui peuvent être encore mobilisées

Malgré les progrès accomplis et la mobilisation des prescripteurs et des pharmaciens (en 2015 le taux de prescription global dans le répertoire est de 43,2 %, le taux de substitution de 83,4 %, au total une boîte de médicaments remboursée sur trois est un médicament générique), la France est encore en retrait par rapport à d'autres pays (**figure 35**).

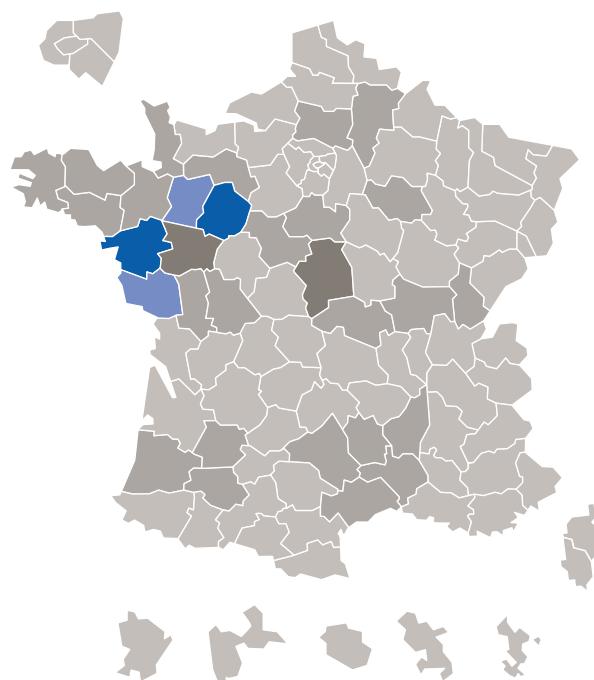
Des actions de communication en 2016 pour atteindre un objectif de + 5 points en 2018

Au-delà de l'ensemble des actions déjà déployées auprès des professionnels et des patients, la Cnamts contribue au Plan national d'action de promotion des médicaments génériques en intensifiant la communication en direction de ces deux publics.

► FIGURE 34

Taux de substitution par des génériques en mai 2012 et en décembre 2015

Mai 2012
5 départements avec un taux de substitution de 80 % et plus



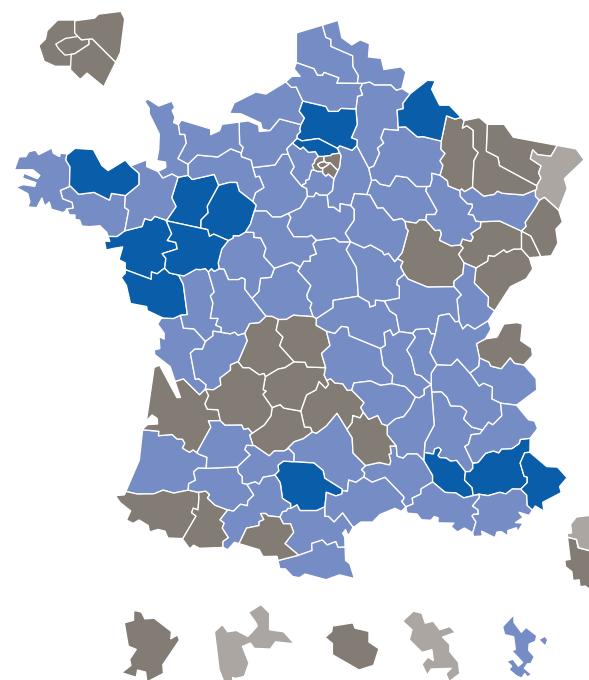
Taux de substitution des génériques

Moins de 75 %	75 à 80 %	80 à 82 %
82 à 85 %	85 % et plus	

Champ : régime général hors sections locales mutualistes
Source : Cnamts (Sniiram)

Décembre 2015

97 départements avec un taux de substitution de 80 % et plus

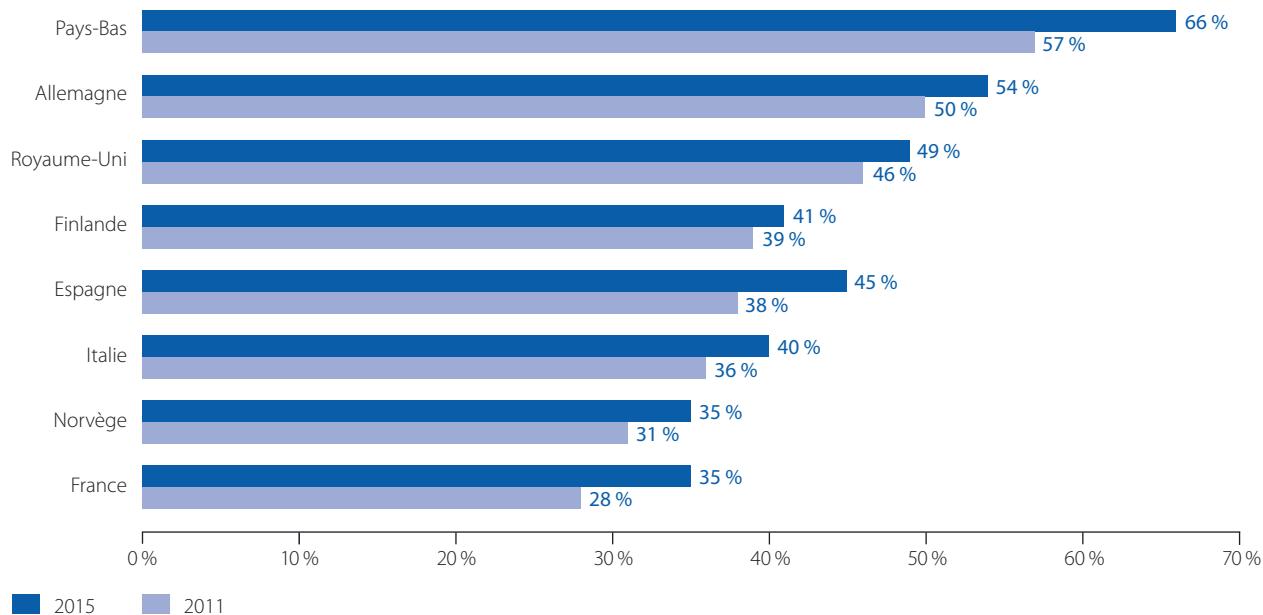


Taux de substitution des génériques

Moins de 75 %	75 à 80 %	80 à 83 %
83 à 86 %	86 % et plus	

► FIGURE 35

Part de marché des génériques^(a) en 2011 et 2015, hors paracétamol (mesurée en unités standards)



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

Source : IMS Health MIDAS 2015, traitements Cnamts

Ainsi, en partenariat avec le Collège de la médecine générale (CMG), des tables rondes ont été organisées en mars 2016 dans quatre villes de France. Elles ont réuni une cinquantaine de professionnels de santé avec l'objectif de partager l'expérience des médicaments génériques en médecine de ville, d'échanger sur les derniers freins à la prescription, d'identifier des leviers de facilitation, d'harmoniser les pratiques entre ville et hôpital, d'améliorer la communication auprès des patients, etc. Une session de restitution a été organisée au congrès du CMG le 1^{er} avril 2016.

Au second semestre, une campagne grand public sera lancée en partenariat avec le ministère des Affaires sociales et de la Santé et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

L'objectif est d'atteindre une progression du taux de génériques de + 5 points en 2018.

2.5 Récapitulatif des économies attendues

Au sein du plan 2015-2017 d'économies de 11 milliards d'euros, soit 3,7 milliards par an environ, les économies attendues des actions de l'Assurance Maladie (hors ajustement des tarifs des produits de santé et optimisation des dépenses hospitalières) sont estimées à 1,4 milliard d'euros en 2017.

Le **tableau 3** présente l'ensemble des mesures relevant de l'Assurance Maladie et contribuant à l'atteinte des objectifs de tenue de l'Ondam en 2017. Ces mesures reprennent les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses propres à l'Assurance Maladie (avec des actions sur les volumes et la pertinence) et se montent à 700 millions d'euros, en 2016 comme en 2017 (indiqués dans le tableau ci-dessous dans le bloc D, sauf pour la dernière ligne). L'Assurance Maladie a par ailleurs identifié des pistes d'économies qu'elle porte conjointement avec les agences régionales de santé et qui relèvent, quant à elles,

de l'efficacité de la dépense liée aux prescriptions hospitalières avec des actions sur les médicaments prescrits sur la liste en sus (bloc A) et des actions au service du virage ambulatoire avec le développement des programmes Prado et de nouvelles actions sur la réhabilitation améliorée après chirurgie (bloc B). Enfin, le tableau présente les actions propres au développement des génériques et des bio-similaires (bloc C) – hors ajustement tarifaire.

Ce tableau a un périmètre différent et plus complet que celui présenté dans l'édition précédente du rapport. En effet, en 2016, seules les économies découlant directement des propositions formulées dans le rapport étaient présentées. Cette année, l'ensemble des économies proposées et mises en œuvre par l'Assurance Maladie au titre de l'année 2017, qu'elles soient ou non détaillées, est présenté.

► TABLEAU 3
Récapitulatif des économies attendues

	Actions de l'Assurance Maladie contribuant au plan Ondam	Économies attendues en 2017 (en millions d'euros)
Bloc A Efficacité de la dépense hospitalière	Gestion liste en sus	100
Bloc B Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	Chirurgie ambulatoire	200
	Orientation et prise en charge des patients (Prado, réhabilitation améliorée après chirurgie - Raac)	190
Bloc C Produits de santé et promotion des génériques (hors baisse de prix)	Actions sur les génériques	200
	Actions sur les biosimilaires	30
Bloc D Pertinence et bon usage des soins	Maîtrise médicalisée - Produits de santé dont :	430
	• Médicaments de médecine générale	220
	• Médicaments de spécialité	70
	• latrogénie	100
	• Dispositifs médicaux	40
	Maîtrise médicalisée - Transports ^(a)	75
	Maîtrise médicalisée - Indemnités journalières	100
	Maîtrise médicalisée - Paramédicaux	40
	Maîtrise médicalisée - Biologie ^(a)	30
	Maîtrise médicalisée - Actes	25
	Pertinence des actes hospitaliers	20
	Total	1 440

(a) Économies de maîtrise médicalisée, hors ajustement des tarifs

Source : Cnamts

2.5 RÉCAPITULATIF DES ÉCONOMIES ATTENDUES

CHAPITRE

3

Propositions complémentaires pour accroître la qualité et l'efficience du système de soins à court et moyen terme

3.1 Agir sur les facteurs de risque pour prévenir les pathologies ou leur aggravation

3.1.1 / Retour sur les propositions d'expérimentations concernant le surpoids et l'obésité et les complications associées

Dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016, un accent particulier a été mis sur la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité, avec notamment deux propositions :

- mettre en place, dans des territoires prioritaires, des expérimentations visant à modéliser des actions d'accompagnement et de prise en charge des enfants en surpoids et obèses et de leur famille, actions qui pourraient ensuite être déployées plus largement dès lors qu'elles auraient été évaluées comme efficaces et efficientes. Cette proposition a été reprise dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 (article 6) ;
- lancer également une expérimentation à grande échelle de programmes intensifs de prévention du diabète par le changement des habitudes de vie, ciblés sur des adultes à haut risque, en surpoids et avec des niveaux de glycémie élevés.

Ces deux propositions se concrétisent aujourd'hui.

Ainsi, la Cnamts, avec la direction de la Sécurité sociale et la direction générale de la Santé, met en place une expérimentation visant à prévenir l'obésité chez les enfants de trois à huit ans en surpoids ou à risque d'obésité. Elle consiste à offrir à ces enfants et à leur famille une prise en charge précoce et adaptée à leur situation de vie, grâce à la mise en place d'un forfait spécifique. Ce forfait propose une prise en charge diététique, psychologique et un bilan d'activité physique selon les besoins identifiés par le médecin qui suit l'enfant. C'est ce même médecin qui prescrit le forfait et en assure la coordination. Les bilans et consultations seront réalisés par des professionnels rattachés à des structures, notamment les centres mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et les maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, sélectionnées dans le cadre d'un appel à candidatures.

Cette expérimentation a été dotée d'une base législative dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 et pourra être lancée dès que le décret d'application sera publié, l'objectif étant de démarrer avant la fin de l'année.

Les territoires sur lesquels aura lieu l'expérimentation sont situés en Seine-Saint-Denis, à La Réunion et dans les Hauts-de-France. Un comité de sélection choisira les structures retenues pour les expérimentations sur la base d'un cahier des charges national fixé par arrêté. Cette expérimentation sera financée par l'Assurance Maladie sur le Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et la Cnamts en réalisera l'évaluation.

Un programme pilote de prévention du diabète de type 2 chez des personnes à haut risque (personnes âgées de 45 à

70 ans, en surpoids, ayant une glycémie et un score de risque élevés) est également lancé en partenariat avec la direction générale de la Santé. Ce programme devrait durer deux années, avec dix contacts et 15 heures d'intervention prévus lors de la première année et un contact l'année suivante. Les experts qui ont participé au travail ayant conduit à la proposition élaborent des recommandations opérationnelles détaillées. Trois agences régionales de santé (ARS), correspondant à des territoires à haut risque à la fois d'obésité et de diabète, ont exprimé leur volonté de participer à ce programme : l'Île-de-France pour la Seine-Saint-Denis, La Réunion et l'Alsace (Bas-Rhin). L'expérimentation démarra début 2017.

3.1.2 / La lutte contre le tabagisme

Si notre système de santé affiche de bonnes performances dans de nombreux domaines, nous sommes mal placés en revanche en matière de prévention du tabagisme. D'après le dernier baromètre santé (2014), 28 % de la population de plus 15 ans fument quotidiennement, et 32,5 % de nos adolescents de 17 ans (Escapad 2014). C'est un des taux les plus élevés des pays de l'OCDE, où la prévalence moyenne est de 20 % en 2013 d'après l'OCDE, qui se fonde sur des chiffres un peu différents pour la France avec 24 % en 2013 ([figure 36](#)). Surtout, alors que de nombreux pays ont vu leur consommation nettement diminuer, la France se distingue par un recul relativement modeste du nombre de fumeurs quotidiens, malgré les politiques mises en œuvre depuis 2000 (hausses de prix, interdiction de fumer dans les lieux publics, etc.).

Des enjeux de santé publique largement connus

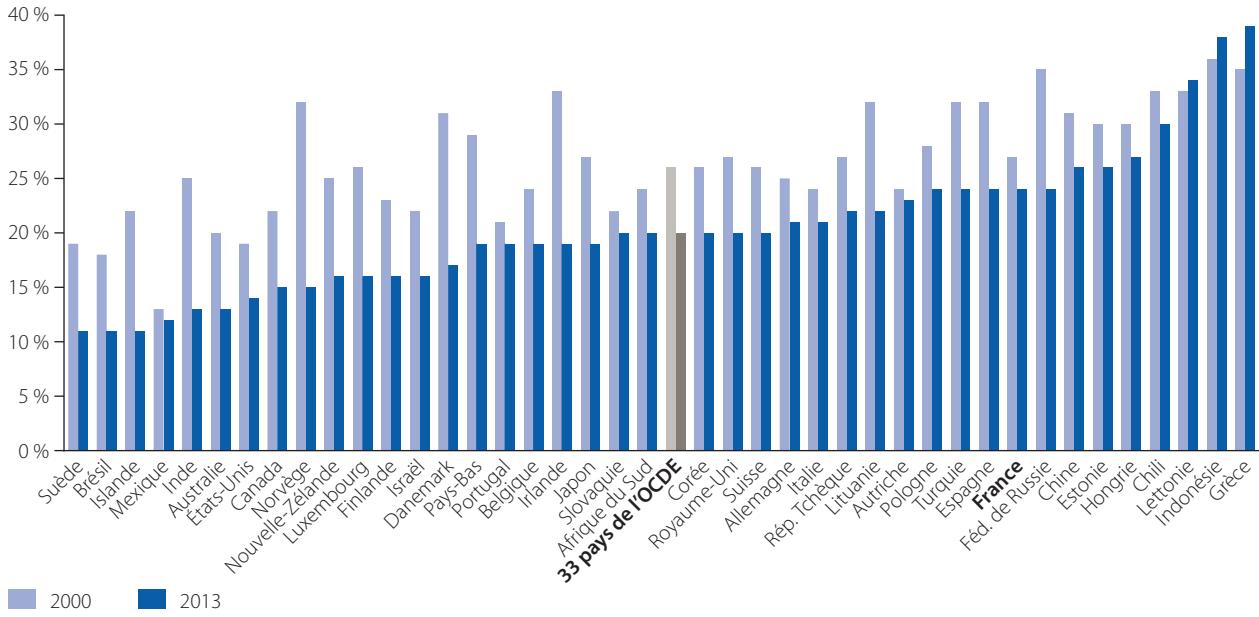
Rappelons les risques de ce niveau de tabagisme élevé pour la santé de la population : un fumeur multiplie son risque d'avoir un cancer broncho-pulmonaire par 30, on estime que 15 % des fumeurs développeront une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et que fumer multiplie par trois le risque d'infarctus du myocarde. D'autres pathologies ont un lien avec la consommation de tabac ou sont aggravées par celle-ci : nombreux autres cancers, hypotrophie fœtale, cécité, accidents vasculaires, gastrites, ulcères, diabète de type 2, maladies parodontales, etc. Le tabagisme est responsable d'une baisse de la fertilité masculine et féminine, altère la capacité de cicatrisation et de récupération postchirurgicale et atténue l'efficacité de certains médicaments. Au total, selon les données les plus récentes, 78 000 décès chaque année en France seraient dus au tabac (soit 21 % des décès masculins et 7 % des décès féminins).

Ces constats alarmants ont été souvent rappelés.

On sait aussi que l'arrêt du tabac réduit considérablement les risques ; en totalité, si l'arrêt a lieu avant 30 ans, de près de

► FIGURE 36

**Évolution de la population adulte déclarant fumer quotidiennement en 2000 et 2013
(en pourcentage de la population âgée de plus de 15 ans)**



Source : OCDE

90 % s'il a lieu avant 40 ans¹¹. Ainsi, après deux ans d'abstinence, le risque d'infarctus du myocarde et le risque d'AVC diminuent de 50 %. Après cinq ans, on estime que le risque de cancer du poumon a diminué de moitié et, au bout de dix à quinze ans, l'espérance de vie rejoint celle d'une personne n'ayant jamais fumé¹². Aussi, compte tenu de l'importance des risques et de la réversibilité de ceux-ci, la lutte contre le tabac est un enjeu de santé publique majeur. C'est l'ambition du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019, arrêté dans le cadre du plan cancer. Il vise à réduire le nombre de fumeurs quotidiens d'au moins 10 % entre 2014 et 2019, avec l'objectif de passer d'ici à 2024 sous la barre des 20 % de fumeurs quotidiens, objectif qu'un certain nombre de pays ont déjà atteint.

Des enjeux économiques également

Le tabagisme a non seulement un coût en termes de santé de la population, mais aussi en termes économiques. Le coût des soins associés aux pathologies attribuables au tabac a été estimé par la Cnamts à un ordre de grandeur de 12 milliards d'euros en 2013, dus pour moitié aux pathologies respiratoires, pour un peu moins d'un tiers aux cancers et pour un cinquième aux pathologies cardio-vasculaires. Des estimations plus élevées ont été publiées par l'Observatoire français

des drogues et des toxicomanies¹³; en ajoutant à ces coûts directs des coûts indirects et intangibles tels que les pertes de production, la valeur des vies humaines perdues, etc., le coût social, au sens le plus extensif du terme, pourrait être évalué à 120 milliards d'euros.

Dans tous les pays, des publications mettent en évidence ces coûts économiques élevés du tabagisme. Les coûts directs des soins ont été estimés récemment à 8,7 % des dépenses totales de santé aux États-Unis¹⁴, le double si l'on y ajoute les pertes de production dues aux décès prématurés¹⁵.

L'intérêt médico-économique des interventions pour réduire le tabagisme

Il est aujourd'hui également de plus en plus établi qu'un certain nombre d'interventions visant à réduire la prévalence du tabagisme sont non seulement efficaces, mais également qu'elles ont un rapport efficacité/coût favorable, en comparaison avec beaucoup d'interventions de soins qui sont aujourd'hui remboursées par l'Assurance Maladie.

Ces interventions sont de natures diverses : accès à des médicaments d'aide à l'arrêt, psychothérapies ou conseils, hausses du prix des cigarettes, paquet neutre, campagnes médiatiques,

11 Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors, «Cancer: Disease Control Priorities», Third Edition, The World Bank, 2015.

12 HAS, «Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours», argumentaire scientifique, octobre 2013.

13 Kopp P, «Le coût social des drogues en France», note de synthèse, OFDT, septembre 2015 et rapport complet (décembre 2015) : <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2015/le-cout-social-des-drogues-en-france-decembre-2015/>

14 Xu X, Bishop E.E., Kennedy S.M., Simpson S.A. et Pechacek T.F., «Annual Healthcare Spending Attributable to Cigarette Smoking: An Update», *American Journal of Preventive Medicine*, 2014, 48(3):326-33.

15 U.S. Department of Health and Human Services, «The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General», Centers for Disease Control and Prevention, 2014.

interdiction de fumer dans les lieux publics, interventions communautaires, sur le lieu de travail, etc.

Toutes ont démontré un effet, plus ou moins fort, sur la prévalence. Ainsi, la Banque Mondiale estime qu'en moyenne, dans les pays développés, une augmentation de 10 % du prix du tabac induit une baisse de la prévalence de 4 %¹⁶. De la même manière, l'accès à un médicament d'aide à l'arrêt permet d'améliorer l'abstinençe à un an de 6 à 15 points. Les soutiens non médicamenteux, qu'ils soient en face à face, en groupe, par téléphone ou par internet ont aussi démontré leur efficacité, quoique dans des proportions moindres (entre 2 et 6 points)¹⁷. Dans ses recommandations, la Haute Autorité de santé (HAS) préconise une intervention combinée médicamenteuse et comportementale¹⁸, en s'appuyant sur une revue de la littérature rassemblant 41 essais qui établissaient le risque relatif d'être abstiné à six mois à 1,88¹⁹ après avoir reçu ce type d'intervention.

Il est intéressant de souligner par ailleurs que les évaluations médico-économiques de ces interventions montrent qu'elles ont un bon rapport coût-efficacité comparé à beaucoup d'autres interventions préventives ou curatives : dit autrement, le coût supplémentaire à consentir pour gagner une année de vie (ou une année de vie avec une bonne qualité de vie – Qaly, **encadré 6** –, autre indicateur largement utilisé) est plus faible que celui de beaucoup de stratégies thérapeutiques, notamment médicamenteuses, y compris dans le traitement de pathologies lourdes.

La plupart des interventions ont des coûts par Qaly gagné se situant en dessous de 10 000 euros et souvent de 5 000 euros. Par exemple, ce coût a été estimé à 2 600 livres sterling dans le cas d'un programme mis en place en Écosse impliquant la mise à disposition de traitements nicotiniques de substitution et un conseil individuel par un pharmacien, à 4 800 livres sterling lorsqu'un soutien de groupe était proposé à la place du conseil par le pharmacien²⁰. L'agence américaine Agency for Health Care Policy and Research a estimé les ratios correspondant à des interventions de conseil par des généralistes ou des spécialistes, avec ou sans traitement substitutif, et les a situés en 1998 dans une fourchette de 1 108 dollars à 4 542 dollars²¹. Le conseil à l'arrêt du tabac par le médecin traitant au cours de la consultation est d'ailleurs en général crédité d'un ratio coût-efficacité intéressant, voire même, dans certaines études anciennes, considéré comme générant des économies nettes en même temps que des gains en Qalys.

Par comparaison, on peut noter que sur les 30 premiers avis d'efficience rendus par la HAS et concernant des médicaments innovants, le «ratio différentiel coût-résultat», c'est-à-dire le coût additionnel pour une année de vie en bonne santé, se situait dans une fourchette très large, allant jusqu'à 200 000 euros/Qaly ; la moitié des produits évalués avait un ratio supérieur à 50 000 euros/Qaly.

-
- 16 Jha P et al, «Global Hazards of Tobacco and the Benefits of Smoking Cessation and Tobacco Taxes», in: Gelband H., Jha P., Sankaranarayanan R., Horton S., editors, «Cancer: Disease Control Priorities», Third Edition, *The World Bank*, 2015.
 Ekpu V.U. et Brown A.K., «The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence: Review of evidence», *Tobacco Use Insight*, 2015.
- 17 West R., Raw M., McNeill A., Stead L. et al, «Health-care Interventions to promote and assist tobacco cessation; a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development», *Addiction*, 110, pp. 1388-1403, 2015.
- 18 HAS, «Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours – Recommandations», octobre 2014.
- 19 Stead L.F., Koilpillai P., Fanshawe T.R. et Lancaster T., «Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Review)», *Cochrane Database of Systematic Review*, 2016.
- 20 Bauld L., Boyd K.A., Briggs A.H., Chesterman J., Ferguson J., Judge K. et Hiscock R., «One-year outcomes and a cost-effectiveness analysis for smokers accessing group-based and pharmacy-led cessation services», *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*, vol. 13, n° 2, pp. 135-145, février 2011.
- 21 Cromwell J., Bartosch W.J., Fiore M.C., Hasselblad V. et Baker T., «Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research», *JAMA*, vol. 278, n° 21, pp. 1759-1766, décembre 1997.

► ENCADRÉ 6

Les Quality Adjusted Life Years (Qalys), années de vie ajustées sur la qualité

Le Qaly est un indicateur utilisé dans les études médico-économiques pour comparer l'efficacité (ou l'utilité) de différents traitements ou interventions en santé. Il est très largement utilisé dans la littérature internationale.

Le Qaly prend en compte non seulement le gain en termes de survie (années de vie gagnées), mais également en termes de qualité de vie.

Un Qaly correspond à une année de vie en parfaite santé. Pour calculer les Qalys, on multiplie le nombre d'années de vie gagnées par un score qualité de vie, compris entre 0 (décès) et 1 (vie en parfaite santé). L'exemple ci-dessous illustre les modalités de calcul.

Differentes méthodes validées internationalement peuvent être utilisées pour mesurer ou évaluer la qualité de vie dans ce contexte, comme des échelles de qualité de vie. Une des plus couramment utilisées est l'EQ5D, échelle de qualité de vie à cinq dimensions : mobilité, autonomie, activités courantes, douleur/gêne, anxiété/dépression, avec une cotation à

trois niveaux sur chacun de ces items. À chacun des différents états de santé ainsi décrits est associé un score global, que l'on estime à partir d'enquêtes auprès de la population.

L'intérêt de l'utilisation des Qalys est double. D'une part, l'analyse économique n'est plus limitée à la seule mortalité et prend en compte la qualité de vie. Cela étend le champ d'analyse au-delà des seules pathologies mortelles ou des seuls traitements qui allongent la survie. D'autre part, elle rend possible la comparaison entre des traitements différents ou des pathologies différentes qui serait impossible autrement.

Le Royaume-Uni est le pays qui a l'utilisation la plus large et systématique de cet indicateur. Ainsi, le National Institute for Clinical Excellence

(Nice) étudie le coût par Qaly pour évaluer les nouveaux traitements et les nouvelles stratégies thérapeutiques : ceux dont le coût par Qaly est inférieur à 20 000 livres sterling sont considérés comme coût-efficaces, ceux pour lesquels il est supérieur à 30 000 livres sterling sont considérés comme non coût-efficaces. Entre ces deux valeurs, le jugement est modulé selon d'autres critères.

Si cet indicateur fait l'objet de certaines critiques, tant sur ses fondements théoriques que sur ses modalités pratiques de calcul, il demeure une référence et il n'existe à ce jour aucune alternative largement reconnue à son usage. C'est l'indicateur que la HAS a retenu pour les avis d'efficience qu'elle rend sur les produits de santé (choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS, octobre 2011).

Traitements	Années de vie gagnées	Qualité de vie lors de ces années	Qaly
A	4	0,25	$4 \times 0,25 = 1$
B	3	0,5	$3 \times 0,5 = 1,5$

La problématique particulière des inégalités sociales de santé en matière de tabagisme

Le tabagisme est plus fréquent dans les milieux les moins favorisés, en France comme dans les autres pays européens, et il contribue fortement aux inégalités sociales de santé. Selon certains experts, la consommation de tabac aurait d'ailleurs une telle influence en tant que déterminant des inégalités en matière de santé générale que, si l'on se trouvait en présence d'une population composée uniquement de non-fumeurs, les différences de mortalité entre les catégories sociales seraient divisées par deux²².

Les données des enquêtes Baromètre santé de l'Inpes montrent que les inégalités sociales relatives au tabagisme se

sont aggravées depuis une quinzaine d'années. La prévalence du tabagisme est ainsi en 2014 de 38 % chez les personnes sans diplôme, contre 20 % chez celles dont le diplôme est supérieur au bac. Elle est de 48 % chez les demandeurs d'emploi, contre 30 % chez ceux qui travaillent²³. Les données de ces enquêtes montrent également que les fumeurs socialement défavorisés sont aussi nombreux à avoir envie d'arrêter de fumer que les autres, qu'ils sont aussi nombreux à faire des tentatives d'arrêt du tabac, mais qu'ils sont plus nombreux à échouer. Ce taux d'échec plus important pourrait s'expliquer par des niveaux de consommation et donc une dépendance plus forte vis-à-vis du tabac, un entourage plus souvent fumeur et donc une norme sociale davantage en faveur du tabac, et, enfin, des conditions de vie génératrices de stress,

22 Jha P, Chaloupka F.J., Corrao M. et Jacob B, «Reducing the burden of smoking world-wide: effectiveness of interventions and their coverage», *Drug Alcohol Rev*, vol. 25, n° 6, pp. 597-609, novembre 2006.

23 Guignard R, «La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes», *Inpes*, janvier 2015.

stress combattu notamment par le tabagisme²⁴. Des études qualitatives ont également montré que ces fumeurs manifestaient une certaine défiance vis-à-vis de l'État, les messages de prévention délivrés par des grands opérateurs nationaux pouvant de fait être moins bien reçus²⁵.

Une des difficultés est que la plupart des interventions généralement mises en œuvre en population générale pour réduire l'emprise du tabagisme, si elles sont globalement efficaces, ont

aussi tendance à augmenter les inégalités sociales vis-à-vis du tabagisme dès lors que les catégories les plus favorisées se saisissent plus facilement des messages de prévention et des aides, et parviennent mieux à s'arrêter.

C'est ce que montrent deux publications récentes^{26, 27}, qui passent en revue les résultats en termes d'équité d'un ensemble d'interventions destinées à réduire le tabagisme. La première est centrée sur les interventions populationnelles, l'autre sur

► TABLEAU 4

Répartition des interventions étudiées en fonction de leur impact sur les inégalités sociales de santé

Type d'intervention	Nombre d'études incluses	Nombre d'études ayant un impact sur les inégalités de santé		
		Positif	Neutre	Négatif
Interventions populationnelles				
Augmentation du prix des cigarettes	27	14	6	4
Politiques développant des espaces non-fumeurs (au travail, dans les bars ou les restaurants, dans la voiture, etc.) implémentées au niveau infranational ou basées sur le volontariat	25	1	1	19
Politiques développant des espaces non-fumeurs implantées à l'échelle d'un pays	19	2	9	6
Campagnes médiatiques visant à accroître les tentatives d'arrêts	18	3	2	5
Campagnes médiatiques visant à accroître les appels à des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt	12	5	3	3
Politiques réduisant ou interdisant la publicité pour le tabac ou augmentant les messages à caractères informatifs sur les paquets	9	2	7	0
Dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac développé au niveau d'un pays par les institutions publiques	9	4	2	0
Total	119	31	30	37
Interventions individuelles				
Comportementales et pharmacologiques	17	0	4	12
Comportementales seules – spécialiste	5	0	1	4
Comportementales seules – intervention brève	1	0	1	0
Comportementales seules – lignes téléphoniques et challenges « Quit and Win »	2	0	1	1
Comportementales seules – par SMS	1	0	1	0
Comportementales seules – par internet	2	0	2	0
Pharmacologiques seules	1	0	0	1
Total	29	0	10	18

Note de lecture : Un impact positif indique que les populations défavorisées sont plus sensibles à l'intervention que les populations favorisées (elle réduit les inégalités sociales de santé), un impact négatif accroît les inégalités sociales de santé et un impact neutre profite dans les mêmes proportions à l'ensemble des classes socio-économiques. À noter : l'impact de certaines interventions était contradictoire ou non significatif. C'est pourquoi la somme des interventions reportées dans le tableau (positif, neutre, négatif) ne correspond pas au nombre total d'études incluses.

Source : Cnamts

24 Kotz D. et West R, « Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding », *Tobacco Control*, vol. 18, n° 1, pp. 43–46, 2009.

25 Peretti-Watel P. et Constance J, « It's all we got left. Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2009, 6(2):608-21.

26 Brown T, Platt S. et Amos A, « Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review », *Drug and Alcohol Dependence*, 2014.

27 Brown T, Platt S. et Amos A, « Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review », *European Journal of Public Health*, vol. 24, n° 4, pp. 551–556, 2014.

les interventions individuelles. Les impacts en termes d'équité de 119 études populationnelles et de 29 interventions individuelles ont été synthétisés et sont résumés dans le **tableau 4**. Si quelques interventions populationnelles (et en particulier la hausse des prix du tabac ou les dispositifs d'aide à l'arrêt développés au niveau d'un pays par les institutions publiques) offrent des résultats plutôt positifs, il ressort que la plupart des interventions ont un impact neutre ou négatif sur les inégalités sociales de santé, en les maintenant voire en les creusant.

Les interventions individuelles sont particulièrement facteurs d'accroissement des inégalités sociales de santé. Elles permettent généralement de réduire la prévalence du tabagisme pour toutes les classes socioéconomiques, mais cette baisse est soit équivalente soit plus forte pour les populations favorisées, ce qui n'affecte pas les inégalités de santé ou les accroît. La prise en charge de la substitution nicotinique seule (sans suivi) semble être également facteur d'accroissement des inégalités sociales de santé²⁸.

S'il n'y a pas de programme type permettant de réduire les inégalités sociales de santé, il y a cependant des caractéristiques de ces programmes qui permettent d'atteindre plus spécifiquement des publics défavorisés et de mieux les impliquer. L'analyse des interventions qui ont montré des résultats en matière de réduction des inégalités sociales de santé permet ainsi de dégager certaines caractéristiques communes :

- la première est de proposer les services là où sont les publics qu'on veut atteindre, plutôt que de chercher à les recruter dans les consultations tabac générales : ainsi, les NHS *stop smoking services* anglais²⁹ et écossais³⁰ ont été installés prioritairement dans des zones défavorisées. En outre, les partenariats conclus avec l'équivalent des centres de protection maternelle et infantile – PMI – (*children centres*), les centres de santé mentale, les services de justice pénale leur permettent de recruter significativement plus de personnes issues de classes sociales très défavorisées (chômeurs de longue durée, prisonniers)³¹. Une expérimentation de *stop services smoking mobile* menée à Nottingham en 2014, avec un camion installé sur des parkings de supermarché, de zones industrielles et de centres de loisirs, a permis d'attirer plus de personnes de catégorie sociale modeste et plus de fumeurs n'ayant jamais fait de tentative d'arrêt³² ;
- mettre en place des interventions proactive des organisations promouvant l'arrêt du tabac, avec des relances régulières, ont montré également des résultats positifs ;

- les interventions de groupe^{33, 34, 35} seraient semble-t-il plus efficaces que les interventions individuelles pour réduire les inégalités. Elles le seraient encore davantage lorsqu'elles sont proposées en participation libre, sans rendez-vous ni présence obligatoire (*drop-in-rolling-groups*) en ville. Des débats ont lieu sur les profils les mieux adaptés pour les interventions de conseil et de soutien, certaines interventions suggérant des conseillers d'aide à l'arrêt avec une formation spécifique plutôt que des soignants (infirmières, médecins) ;
- la formulation des messages, les registres sur lesquels ils jouent^{36, 37} sont aussi des éléments essentiels – on retrouve là un des enseignements généraux des expériences de promotion de la santé. De même, leur visibilité pour les publics ciblés est primordiale, et donc la stratégie médiatique pour que celui-ci soit vu par le plus grand nombre de personnes.

Au total, il n'y a pas d'actions réellement spécifiques pour réduire les inégalités ; sans doute faut-il faire en sorte que les fumeurs socialement défavorisés bénéficient de davantage de soutien dans leur démarche d'arrêt du tabac, et de ce point de vue la synthèse des expériences publiées donne quelques clés de réussite, mais elle ne permet pas d'identifier un programme d'actions efficaces qu'il suffirait de simplement transposer en France pour obtenir des résultats équivalents. Il faut d'ailleurs souligner que, comme c'est souvent le cas, les interventions analysées sont principalement issues du monde anglo-saxon, dans lequel il est habituel de construire des programmes organisés d'expérimentations, avec des démarches d'évaluation solides permettant d'envisager leur extension. Une première étape pourrait être, en France, de construire un tel programme de recherche-action, c'est-à-dire de mettre en place, de manière structurée, un ensemble d'expérimentations bien conduites visant à tester différentes modalités d'intervention, menées à une échelle suffisante, en mobilisant un réseau d'équipes universitaires pour les évaluer afin d'en tirer des enseignements pour une politique globale.

Les actions de l'Assurance Maladie dans le cadre du programme national de réduction du tabagisme : quatre axes d'intervention

L'Assurance Maladie a mis en place un programme d'actions qui s'inscrit dans le cadre du PNRT (programme national de réduction du tabagisme) pour renforcer les dispositifs de soutien à l'arrêt du tabac dans une stratégie globale et coordonnée. Cette stratégie multicanal et multipartenaire repose sur quatre axes :

28 Fernandez et al., « Social class, education, and smoking cessation: long-term follow-up of patients treated at a smoking cessation unit », *Nicotine Tobacco Research*, 2006.
 29 Bauld L. et al., « Impact of UK National Health Service smoking cessation services: variations in outcomes in England », *English Evaluation of Smoking Cessation Services (EESCS)*, 2003.
 30 Galbraith, « Smoking Cessation Service Statistics (Scotland) 1st January to 31st December 2011 », 2012.
 31 Department of Health, local stop smoking services, « Service delivery and monitoring guidance 2011/2012 », 2011.
 32 Venn et al., « Effectiveness of a mobile, drop-in stop smoking service in reaching and supporting disadvantaged UK smokers to quit », *BMJ*, 2014.
 33 Ib-idem.
 34 Hiscock R, Murray S, Brose L.S., McEwen A, Leonardi Bee J, Dobbie F. et Bauld L, « Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers », *Addictive behaviours*, 2013.
 35 Benson F, Nierkens V, Willemsen M.C. et Stronks K, « Effects of different types of smoking cessation behavioral therapy in disadvantaged areas in the Netherlands: an observational study », *Tobacco prevention and cessation*, 2016.
 36 Durkin S.J., Wakefield M.A. et Spittal M.J., « Which types of televised anti-tobacco campaigns prompt more quitline calls from disadvantaged groups? », *Health Educ Res*, vol. 26, pp. 998–1009, 2011.
 37 Cantrell J, Vallone D.M., Thrasher J.F. et al., « Impact of tobacco-related health warning labels across socioeconomic, race and ethnic groups: results from a randomized web-based experiment », *PLoS ONE*, 2013.

1. Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique du tabac et du sevrage tabagique

Toutes les études montrent l'intérêt que la question du tabac soit abordée dans la consultation avec les professionnels de soins de premier recours, et qu'un premier conseil soit apporté à ce niveau. C'est un élément essentiel d'une stratégie efficace et efficiente de lutte contre le tabagisme.

Une campagne de visites des médecins généralistes, mais aussi des sages-femmes, a été préparée et sera déployée à l'automne pour relayer les recommandations de la HAS en matière d'aide à l'arrêt du tabac, proposer des outils, faire connaître les forfaits de prise en charge et les dispositifs d'accompagnement existants en complément de leur action, notamment en faveur des personnes défavorisées.

Il est souhaitable également que cet effort du médecin traitant pour être attentif à la situation de son patient vis-à-vis du tabac et le conseiller s'il souhaite s'arrêter de fumer soit reconnu dans la rémunération sur objectifs de santé publique.

2. Améliorer l'accessibilité des forfaits de prise en charge des substituts nicotiniques

Depuis 2007, l'Assurance Maladie prend en charge les médicaments d'aide au sevrage tabagique (essentiellement des substituts nicotiniques) à hauteur de 50 euros par année civile et par bénéficiaire, ce qui représente en moyenne un mois de traitement. Ce forfait a depuis été augmenté à 150 euros pour les femmes enceintes (2011), les jeunes de 20 à 25 ans (2014), les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU-C et les patients atteints d'une affection de longue durée cancer (2015). Cependant, alors même que l'envie d'arrêter de fumer serait partagée par près de 60 % des fumeurs réguliers et indépendante du niveau de diplôme et de la situation professionnelle, seules 170 000 personnes ont bénéficié de ce dispositif en 2015, pour une dépense de près de 8 millions d'euros. Toutefois, l'extension de la prise en charge a, semble-t-il, permis d'augmenter de façon très nette la couverture, puisque l'on comptait 20 % de bénéficiaires de plus en 2015 par rapport à 2014.

L'enjeu serait aujourd'hui d'évoluer vers un remboursement de ces médicaments sur prescription pour tous les fumeurs, afin de simplifier l'accès aux traitements et relayer l'action des médecins, dont la prescription sera le prolongement de leur entretien avec les patients désireux d'arrêter.

Une étude française très récente³⁸ a estimé quels seraient les coûts et les bénéfices d'une substitution du forfait de prise en charge des traitements nicotiniques de substitution (TNS) par un remboursement complet des médicaments d'aide au sevrage tabagique, combiné à six consultations médicales (médecin

généraliste ou tabacologue principalement). Cette étude met en regard les coûts supplémentaires engendrés pour l'Assurance Maladie et les impacts sanitaires et financiers prévus sur trois pathologies responsables de plus de la moitié des décès liés au tabagisme (cancer du poumon, BPCO, maladies cardio-vasculaires). Les résultats concluent à un ratio coût-efficacité différentiel moyen de l'ordre de 3 868 euros par année de vie gagnée dans le cas du scénario de référence. Ces coûts par année de vie gagnée sont comparables à ceux calculés pour les médicaments hypolipémiants ou anti-hypertenseurs en prévention primaire.

3. Développer les offres d'accompagnement au sevrage tabagique sur Internet/téléphonie mobile

Les évaluations scientifiques montrent que l'accompagnement par téléphone ou via les nouvelles technologies a une efficacité en matière de comportements de prévention. L'Inpes (aujourd'hui Santé publique France) a publié récemment une synthèse de la littérature sur ce sujet³⁹.

Santé publique France met en œuvre le dispositif d'aide à distance Tabac info service. Il est constitué d'un dispositif téléphonique, créé en 1998, d'un site internet et d'un e-coaching personnalisé par courriel, lancé en 2005. Cet e-coaching est accessible via une application smartphone depuis 2015. Il constitue un accompagnement pour tous les fumeurs, et plus particulièrement les « intentionnistes », c'est-à-dire ceux qui ont déterminé une date d'arrêt. C'est en fonction de cette date que s'articule l'envoi de courriels. L'internaute reçoit environ 45 mails : un par jour, quinze jours avant la date d'arrêt, et trente après. Le coaching est construit sur une logique de push, c'est-à-dire que l'internaute reçoit automatiquement un mail sans se connecter à Tabac info service. Santé publique France a réalisé un essai contrôlé randomisé pour documenter l'efficacité du coaching (essai Stamp). Cet essai montre une efficacité du dispositif à trois mois. Il apporte également des éléments d'évolution de ce coaching concernant la durée d'envoi des mails et le profilage des internautes. Le dispositif téléphonique a également fait l'objet d'une évaluation qui a montré son efficacité à six mois.

Santé publique France a noué un partenariat avec la Cnamts pour développer une nouvelle version de ce dispositif d'e-coaching, en tirant parti des leçons de l'expérience et en mettant en commun les expertises et les leviers d'action, avec l'objectif d'accroître encore l'utilisation et l'efficacité de ce dispositif.

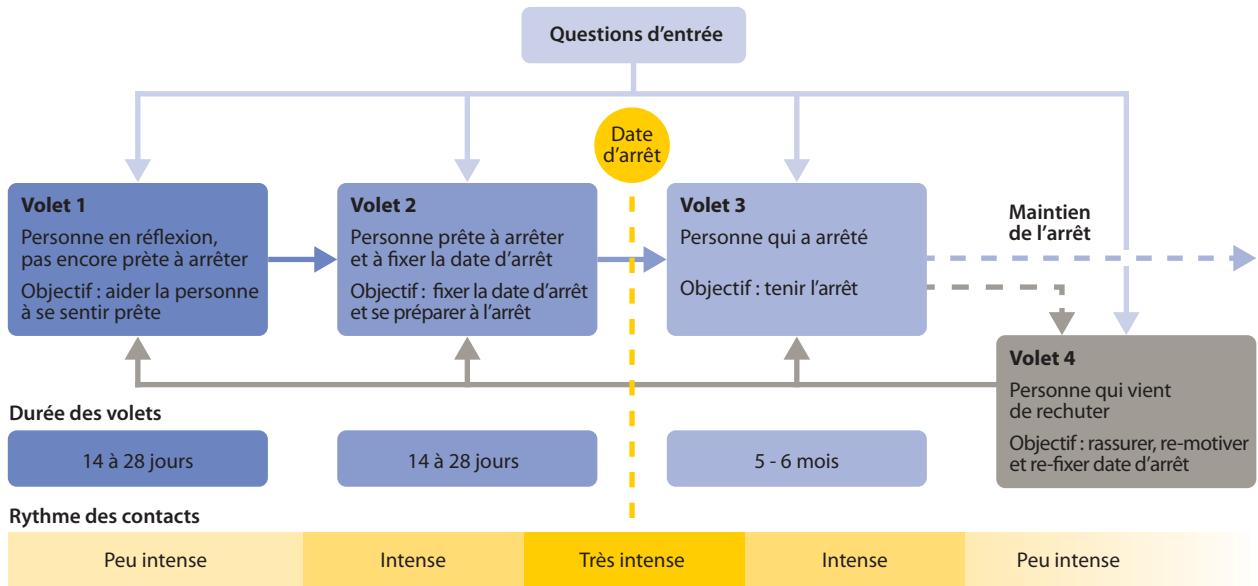
La conception de cette nouvelle version de l'e-coaching de Tabac info service, coproduite par Santé publique France et l'Assurance Maladie, s'appuie sur les enseignements de l'évaluation de l'e-coaching de Tabac info Service, sur des théories et modèles de changement de comportement ainsi que sur les recommandations de la HAS sur le sevrage tabagique, sur des benchmarks des sites d'aide au sevrage via internet et des applications tabac

³⁸ Cadier B, Durand-Zaleski I, Thomas D, et Chevreuil K, « Cost Effectiveness of Free Access to Smoking Cessation Treatment in France Considering the Economic Burden of Smoking-Related Diseases », *PLoS ONE*, 2016.

³⁹ Nguyen-Thanh V, Haroutunian L, et Lamboy B, « Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature », Inpes, mars 2014.

► FIGURE 37

Architecture de l'accompagnement e-coaching



Source : Cnamts

existantes, sur une étude marketing sur les comportements des 18-30 ans vis-à-vis de l'arrêt du tabac et leurs attentes et besoins en accompagnement, etc. L'idée n'est pas d'informer ou de faire de la pédagogie, mais bien de soutenir la démarche de la personne en fonction du stade auquel elle se trouve (en réflexion, prête à arrêter, ayant arrêté, ayant rechuté – **figure 37**), en utilisant tous les leviers (envoi de messages interactifs et personnalisés, communauté et réseaux sociaux, systèmes de récompenses symboliques, outils de suivi graphiques, etc.).

Santé publique France et l'Assurance Maladie ont confié l'évaluation du dispositif de l'e-coaching de Tabac info service à l'Ehesp (**encadré 7**).

4. Offrir des services de prévention de proximité plus ciblés pour certaines populations

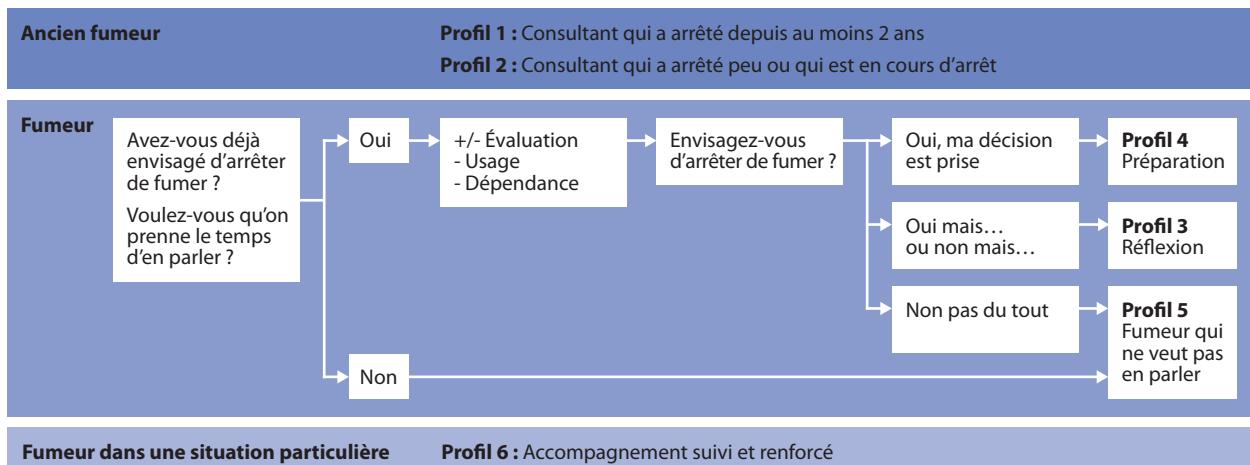
Si l'on ne veut pas creuser les inégalités de santé par des interventions très générales (dont d'ailleurs l'e-coaching peut faire partie), il est nécessaire, comme cela a été exposé ci-dessus, de mettre en place des actions spécifiques.

D'ores et déjà, deux initiatives ont été prises :

– mise en place d'outils pour structurer l'offre tabac dans les centres d'examen de santé (CES) et proposer aux fumeurs un accompagnement adapté à leur stade de motivation. Une boîte à outils est proposée (par exemple, adaptation de l'accompa-

► FIGURE 38

Extrait de la boîte à outils pour les centres d'examens de santé : les profils de fumeurs et anciens fumeurs



Source : Cnamts

► ENCADRÉ 7

Le dispositif d'évaluation de l'e-coaching de Tabac info service

L'objectif de l'évaluation est de démontrer l'efficacité et les conditions d'efficacité du dispositif Tabac info service, qui sera pour cela comparé aux informations générales disponibles sur les autres ressources existantes. L'évaluation aura également pour but de décrire les variations éventuelles d'efficacité en fonction des caractéristiques des personnes (âge, sexe, niveau socioéducatif, caractéristiques du tabagisme, présence d'une maladie chronique ou non, etc.).

Elle s'appuiera sur un essai pragmatique, contrôlé, randomisé, individuel et complété par une démarche intégrée d'analyse des processus, la population de l'essai étant constituée de tout fumeur, quel que soit son âge, atteint ou non d'une maladie chronique, et quel que soit son régime social d'appartenance.

Le critère de jugement principal retenu est l'abstinence ponctuelle à six mois, c'est-à-dire la proportion de sujets se déclarant non-fumeurs depuis au moins sept jours au moment de l'enquête. Cette mesure (point prévalence abstinence) est identifiée comme la plus appropriée dans le cadre des études d'évaluation d'intervention avec une recommandation du National Interagency Council on Smoking and Health pour une abstinenza de plus de sept jours à six mois, 24 heures à trois mois et trente jours à douze mois.

Les mesures seront réalisées à trois, six, douze mois à partir d'un mini-site dans les deux bras de l'étude selon quatre sources : un questionnaire d'inclusion pour les variables techniques, un autoquestionnaire initial à T0, trois autoquestionnaires de suivi (à trois, six et douze mois), un recueil en routine

par le système internet de l'e-coaching. À chaque temps, une relance par e-mail et SMS sera effectuée.

Ainsi, les données recueillies seront analysées :

- en *Intention to treat* (ITT) : tous les sujets randomisés sont analysés dans leur groupe d'attribution (analyse principale).
- en *Per protocol* (PP) : ne sont sélectionnés pour analyse que les sujets ayant suivi le protocole assigné (analyse secondaire) eu égard au risque important de contamination avec une probabilité non nulle que des sujets du groupe contrôle passent dans le groupe intervention.

Sera ainsi également effectuée une analyse en sous-groupes de l'efficacité, sur les variables de catégorie socio-professionnelle, sexe, âge, stade d'entrée dans le dispositif.

gnement en fonction du profil de la personne pour harmoniser les pratiques des centres - déroulé de l'examen de santé, parcours et module tabac [information/atelier] dans l'offre de service des CES) (**figure 38**) ; l'objectif est d'offrir, via les CES, des services de proximité plus ciblés pour certaines populations dans l'accompagnement à l'abandon du tabac, et ce, en lien avec la dynamique de prévention et d'éducation qu'ils portent auprès des populations précaires, qui constituent plus de la moitié de leurs consultants ;

– dans le cadre de l'opération « Moi(s) sans tabac », portée par Santé publique France, l'Assurance Maladie organise un appel à projets à destination des caisses pour permettre le financement d'actions locales. Le dispositif « Moi(s) sans tabac » s'inspire de l'expérience anglaise appelée « Stoptober », mis en œuvre en Grande-Bretagne chaque année depuis 2012 et déjà reprise dans d'autres pays (Nouvelle-Zélande, Australie). Il s'agit d'un défi collectif national qui consiste à inciter, « recruter » et accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt sur une durée de vingt-huit jours et qui se fait donc, pour tous les intéressés, dans la même temporalité. À l'issue de ces vingt-huit jours – qui correspondent à la période après laquelle les signes les plus désagréables de sevrage sont considérablement réduits –, les chances d'arrêter de fumer de manière permanente sont cinq fois supérieures à ce qu'elles étaient au

début de la tentative. Le dispositif anglais a montré son impact favorable sur la proportion de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt (il obtient une belle performance d'augmentation de 50 % du taux d'arrêt du tabac en comparaison avec les autres mois de l'année, soit 350 000 tentatives d'arrêt supplémentaires générées⁴⁰) avec une efficacité identique quels que soient l'âge, le sexe, le profil social.

Le dispositif « Moi(s) sans tabac » s'adresse à tous les fumeurs et a vocation à être répété chaque année, au moins sur la durée de l'actuel PNRT. Dans le cadre de cette opération générale, il peut cependant être aussi opportun de renforcer l'action vers les populations les plus défavorisées et les plus touchées par le tabac, et c'est l'orientation retenue pour l'appel d'offres. Des critères sont donc précisés dans le cahier des charges : cibler préférentiellement les publics fragilisés, notamment pour les accompagner à l'arrêt durant le mois de novembre, privilégier et diriger des actions sur des territoires à forte prévalence tabagique.

Au-delà de ces deux actions, la mise en œuvre d'une stratégie visant à réduire les inégalités sociales concernant le tabagisme doit pouvoir au préalable s'appuyer sur un programme de recherches-expérimentations structuré, permettant de tester et d'évaluer une palette d'actions à des fins de généralisation.

40 Brown J. et al, « How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign Stoptober? », *Drug and Alcohol Dependence*, 2014, vol. 135, pp. 52-58.

Propositions

Propositions sur les actions de prévention du tabagisme

Proposition 1

_ Conforter le médecin traitant dans son rôle de premier conseiller anti-tabac en incluant cette thématique dans la Rosp

Au-delà de la campagne de visites des médecins généralistes qui aura lieu à l'automne et permettra de diffuser les outils proposés par la HAS, l'inscription dans la rémunération sur objectifs de santé publique d'indicateurs relatifs au recueil du statut tabagique permettra d'envoyer un signal pour inciter les médecins traitants à aborder ce sujet dans les consultations avec leurs patients.

Proposition 2

_ Étendre la prise en charge des substituts nicotiniques

Il s'agit de proposer le remboursement de ces médicaments sur prescription pour tous les fumeurs. Cette mesure devrait largement simplifier l'accès aux traitements par rapport à la mesure actuelle. En effet, elle permettra une prise en charge intégrale (si les assurés disposent d'une complémentaire santé ou de la CMU), avec dispense d'avance de frais (comme n'importe quel médicament remboursable), et sera en synergie avec l'action des médecins dont la prescription sera le prolongement de leur entretien avec les patients désireux d'arrêter. Le fait que la prescription ne sera plus nécessairement distincte des autres prescriptions sera également de nature à simplifier le travail du médecin généraliste. En termes financiers, le coût dépendra du taux de recours et du tarif de remboursement négocié entre les laboratoires pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé (Ceps).

Proposition 3

_ Lancer le programme d'e-coaching conjoint avec Santé publique France, en promouvoir activement l'utilisation, le faire évoluer en fonction des évaluations

La nouvelle version de Tabac info service devrait être lancée en septembre 2016. L'Assurance Maladie s'emploiera à en promouvoir l'utilisation, par exemple auprès des médecins généralistes qui peuvent conseiller cette démarche d'aide à leurs patients.

D'autres démarches proactives pourront être associées: par exemple, les bénéficiaires de la prise en charge des substituts nicotiniques pourront être repérés dans les bases de l'Assurance Maladie et bénéficieront, par le biais d'une stratégie multicanal (dont l'espace Prévention de Mon compte), d'une promotion des dispositifs d'accompagnement.

L'évaluation permettra de faire évoluer l'outil en fonction des résultats obtenus.

Proposition 4

_ Lancer conjointement avec Santé publique France et en articulation avec le PNRT un programme de recherche-action permettant de tester des interventions destinées à réduire les inégalités sociales de santé liées au tabagisme

Les actions de prévention indifférenciées en population générale ont tendance à accroître les inégalités de santé, même si elles sont efficaces globalement, et les résultats de la recherche le confirment pour le tabagisme, où les inégalités sociales sont importantes et augmentent. Si l'expérience internationale montre qu'il n'y a pas d'interventions réellement spécifiques pour réduire les inégalités, elle permet de dessiner les contours de ce qui pourrait être un programme d'actions, autour d'actions ciblées, proactives, offrant un soutien renforcé aux fumeurs socialement défavorisés dans leur démarche d'arrêt du tabac. Pour concevoir un tel programme, il serait nécessaire de construire au préalable, conjointement avec Santé publique France, un programme structuré de recherches-expérimentations, qui mettrait en œuvre un ensemble d'interventions adaptées pour en vérifier expérimentalement l'efficacité et les conditions de généralisation.

Ce programme pourra évidemment inclure des actions locales déjà menées actuellement, y compris des interventions qui pourraient être proposées par les caisses locales dans le cadre de «Moi(s) sans tabac».

3.2 Optimiser les parcours de prévention et de soins

3.2.1 / La lombalgie commune : éviter la chronicisation

La lombalgie est un symptôme fréquent, défini par des douleurs dans la partie basse de la colonne vertébrale. La prévalence de la lombalgie commune⁴¹ est élevée d'après les données recueillies dans les enquêtes, plus de la moitié de la population française ayant au moins un épisode au cours d'une année^{42,43}. Elle est qualifiée d'aiguë lorsqu'elle évolue depuis moins de quatre semaines, de subaiguë entre quatre et douze semaines et de chronique lorsqu'elle dure depuis plus de trois mois.

Ce symptôme est un motif de consultation fréquent – au deuxième rang des motifs de recours pour la lombalgie aiguë, au huitième rang pour la lombalgie chronique – chez les médecins généralistes, qui effectuent plus des trois quarts des consultations pour lombalgie⁴⁴.

Les facteurs de risques professionnels sont importants, même si les lombalgies ont souvent une origine multifactorielle, en lien ou non avec le travail. Le troisième plan santé au travail (PST 3) 2016-2020 a d'ailleurs inscrit dans ses priorités la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) au titre de l'objectif « Agir en prévention primaire pour prévenir l'usure professionnelle et la pénibilité ».

Les lombalgies représentent un enjeu de santé publique important du fait de l'altération de la qualité de vie qu'elles entraînent pour une population nombreuse et des risques de désinsertion sociale et professionnelle associés à la chronicisation.

Une lombalgie sur cinq entraîne un arrêt de travail, et cette pathologie est actuellement la troisième cause d'invalidité pour le régime général⁴⁵. Les arrêts de plus de six mois en maladie pour pathologies ostéo-articulaires (principalement dorsalgies et hernies discales) représentent près de 30 % du nombre total d'arrêts de plus de six mois et connaissent une progression rapide.

Les lombalgies représentent aussi un enjeu économique : les dépenses associées, coûts directs (traitements, visites médicales, hospitalisations) mais aussi indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de productivité, etc.), sont élevées dans tous les pays industrialisés. Ces dépenses sont générées à 85 % par les lombalgies chroniques, même si celles-ci ne concernent que 10 % des patients⁴⁶.

Des recommandations convergentes

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a publié en 2000 deux recommandations^{47,48}, concernant la prise en charge des lombalgies. En mai 2005, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié un document sur la prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune⁴⁹. Enfin la Société française de médecine du travail a publié en septembre 2013 des recommandations de bonnes pratiques intitulé « Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges⁵⁰» (document labellisé par la HAS).

Ces quatre recommandations françaises renvoient vers les mêmes messages clés :

- devant un patient lombalgique, le praticien doit rechercher, afin de les exclure, les lombalgies symptomatiques⁵¹, évaluer l'intensité de la douleur, l'aspect fonctionnel et la composante anxiodepressive, et rechercher des facteurs psychologiques et socioprofessionnels afin de les prendre en charge spécifiquement pour éviter un passage à la chronicité ;
- la lombalgie commune aiguë est spontanément résolutive dans la majorité des cas (90 % guérissent spontanément en un mois⁵²) ;
- le traitement de la lombalgie aiguë est avant tout médical, la masso-kinésithérapie n'est pas recommandée à ce stade ; elle a en revanche montré une efficacité dans la lombalgie subaiguë (4^e semaine d'évolution) ou chronique (3^e mois d'évolution) ;
- la réalisation d'examens d'imagerie avant sept semaines d'évolution n'est pas recommandée ; elle est même considérée comme potentiellement néfaste, car susceptible d'ancrer le patient dans l'idée de la maladie ;

⁴¹ La lombalgie commune, par opposition à la lombalgie symptomatique, correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause fracturale, inflammatoire, tumorale ou infectieuse ou avec un tassement vertébral.

⁴² Fassier J.-B., «Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie», *Revue du rhumatisme*, 2011, vol. 78, S38-S41.

⁴³ Insee, «Enquête décennale de santé 2002-2003» pp. 517-522.

⁴⁴ Depont F, Hunsche E, Abouelfath A. et al., «Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France», *Fundam Clin Pharmacol*, 2010, 24:101-8.

⁴⁵ Cherin P. et de Jaeger C., «La lombalgie chronique : actualités, prise en charge», *Chronic low back pain: News and treatment*, septembre 2011.

⁴⁶ Poiradeau S., Lefèvre-Colau M.M., Fayard F. et al., «Low back pain», *EMC-Rhumatol Orthop*, 2004, vol. 1, pp. 295-319.

⁴⁷ Anaes, «Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique», décembre 2000.

⁴⁸ Anaes, «Prise en charge diagnostique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution», février 2000.

⁴⁹ HAS, «Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune: modalités de prescription», mai 2005.

⁵⁰ Document élaboré par la Société française de médecine du travail en partenariat avec l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), la section rachis de la Société française de rhumatologie (SFR), l'Institut national de santé et de la recherche médicale (Inserm), la Société française de médecine physique et réadaptation (Sofmer), le Service de santé au travail et éducation pour la santé de l'université de Liège (STES).

⁵¹ Lombalgie symptomatique ou lombalgie liée à une affection identifiée et qui relève d'un traitement spécifique.

⁵² «Lombalgie chronique, définition et prise en charge», *La revue du praticien*, vol. 58, pp. 265-271.

- or, précisément, il est essentiel, contrairement à une croyance répandue, que la personne lombalgique maintienne son activité (physique et/ou professionnelle), même au début des symptômes, pour éviter la chronicisation;
- une action est par ailleurs à mener pour une meilleure prévention des lombalgie en milieu de travail, avec une approche multidimensionnelle.

L'ensemble des recommandations étrangères^{53,54,55}, conduit aux mêmes messages clés. La recherche des facteurs de risque est traduite de manière imagée dans certains pays en « drapeaux rouges » (qui désignent des facteurs de risque physiques) et « drapeaux jaunes » (pointant des facteurs de risque psychosociaux de passage à la chronicité)⁵⁶.

Un consensus sur ce que devrait être un parcours optimal

Un groupe de travail associant la Société française de rhumatologie, la Société française de médecine physique et de réadaptation, le Collège de la médecine générale et la Société française de médecine du travail ainsi que des représentants des masseurs-kinésithérapeutes a été mis en place à la Cnamts. Il a permis de préciser les trois étapes clés de la prise en charge d'une lombalgie commune :

- J0 ou période correspondant à la phase aigüe de la lombalgie durant moins de quatre semaines;
- S4 ou période correspond à la phase subaiguë de la lombalgie ;
- M3 ou période correspond à la phase chronique lorsque la symptomatologie lombaire se poursuit au-delà de trois mois.

Plusieurs messages se dégagent de cette segmentation en trois phases, un message commun et des messages plus spécifiques à chaque étape.

Le message commun se résume par :

- expliquer, rassurer, réduire les peurs, surtout s'il existe des risques de chronicisation ;
- favoriser l'activité physique (travail, vie quotidienne) ;
- préserver l'insertion socioprofessionnelle.

Les messages spécifiques varient en fonction de l'évolution dans le temps des symptômes :

- en phase aiguë, il est important d'initier très tôt un traitement médical antalgique, sans recourir à l'imagerie, dont l'effet est potentiellement iatrogène à ce stade ;
- en phase subaiguë, l'accent est mis sur la nécessité de réévaluer les traitements, les facteurs de risque, et de s'entourer

d'un avis spécialisé, en particulier lorsqu'il existe des risques de passage à la chronicité ;

- au-delà de trois mois d'évolution, en l'absence d'amélioration, il est important d'insister sur la nécessité d'orienter le patient vers des consultations spécialisées pluridisciplinaires.

Parallèlement à ces messages vers les professionnels de santé, l'ensemble des experts s'accorde sur la nécessité d'accompagner les patients en leur livrant des informations simples et pratiques afin de les écarter de nombreuses fausses croyances et peurs.

C'est d'ailleurs dans cet objectif qu'a été réalisé en 1996 par une équipe britannique (Royal College of General Practitioners) un « back book », un « livret du dos », écrit pour donner des explications au patient et relayer un certain nombre de messages. Ce livret a été traduit et adapté pour les patients français. Le groupe de travail l'a reformulé en une version plus synthétique. Il pourra être diffusé aux patients par l'intermédiaire de leur médecin traitant.

Des parcours de soins actuels difficiles à cerner avec précision, mais qui soulèvent des interrogations

En l'absence de codage des pathologies aiguës dans le Sniiram, il est difficile de repérer les lombalgie au stade aigu, en amont des arrêts de travail de plus de six mois (au-delà de six mois d'arrêt, le motif est codé systématiquement par le médecin-conseil). Il n'est donc pas possible, à partir des données de remboursement, d'estimer le nombre de patients concernés.

Si l'on tente néanmoins d'approcher la question, on peut indiquer que parmi les bénéficiaires du régime général de plus de 18 ans⁵⁷, on dénombre environ 2 650 000 personnes ayant eu, sur l'année 2013, un acte d'imagerie lombaire sans chirurgie du rachis l'année précédente ni comorbidités (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante ou autres maladies inflammatoires chroniques). On peut en inférer que ces personnes souffrent de lombalgie, même si le chiffre ainsi obtenu minore la réalité du phénomène.

On peut d'ailleurs souligner au passage que ces actes d'imagerie, bien que non recommandés en général au stade aigu, apparaissent largement pratiqués, ce qui rejoint d'ailleurs les constats faits par les experts consultés.

Sur la période de deux ans encadrant l'imagerie du rachis lombaire (un an avant et un an après), on comptabilise 458 000 arrêts de travail dont on peut estimer qu'ils sont en rapport avec la lombalgie⁵⁸; ces arrêts ont concerné 348 000 patients. Là encore, ce chiffre minore la réalité, puisque les arrêts ne sont identifiés que pour la population ayant eu un acte d'imagerie.

53 Nice clinical guideline 88, «Low back pain - Early management of persistent non specific low back pain», mai 2009.

54 Canada, «Guideline for the Low Back Pain Evidence - Informed Primary Care Management of low back pain», novembre 2011.

55 «European guidelines for the management of chronic non specific low back pain», 2006.

56 «Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges», Société française de médecine du travail, octobre 2013.

57 Régime général au sens strict, hors sections locales mutualistes, soit environ les trois quarts de la population française.

58 Le repérage des arrêts dus à une lombalgie se base sur les consommations de soins une semaine avant et pendant l'arrêt: certains actes ou hospitalisations sont excluant (par exemple, l'appendicectomie), d'autres sont incluant (par exemple, l'acte d'imagerie du rachis).

3.2 OPTIMISER LES PARCOURS DE PRÉVENTION ET DE SOINS

► TABLEAU 5

Nombre estimé de premiers arrêts pour lombalgie pour les patients ayant eu une imagerie du rachis lombaire en 2013, sur une période de deux ans encadrant l'examen^(a)

Risque	Arrêts de moins de 6 mois			Arrêts de plus de 6 mois			Total		
	Nombre d'arrêts	Nombre d'indemnités journalières	Montants (en millions d'euros)	Nombre d'arrêts	Nombre d'indemnités journalières	Montants (en millions d'euros)	Nombre d'arrêts	Nombre d'indemnités journalières	Montants (en millions d'euros)
Maladie	262 100	7 millions	216	4 500	2 millions	57	266 600	9 millions	274
AT/MP	78 900	3 millions	135	2 200	1 million	52	81 100	4 millions	186
Total	341 000	10 millions	351	6 700	3 millions	110	347 700	13 millions	461

(a) Rappelons que le nombre d'arrêts est sous-estimé, du fait de la sélection de la population par l'acte d'imagerie. En effet, des personnes sont en arrêt pour lombalgie sans avoir eu d'acte d'imagerie du rachis lombaire. Les arrêts de ces personnes ne sont donc pas pris en compte. Aucun traitement médical n'étant spécifique à la lombalgie, ces derniers ne sont pas repérables dans nos bases de données.

Note méthodologique : les arrêts pris en compte sont ceux ayant eu au moins une journée remboursée sur la période de 12 mois avant et 12 mois après l'imagerie du rachis lombaire repérant le patient, soit sur 24 mois. Les durées et coûts des arrêts sont calculés sur cette période. La totalité de chaque arrêt est donc conservée (même s'il a commencé avant les 12 mois ou s'il s'est terminé après les 12 mois).

Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

Si on se limite aux premiers arrêts (un patient pouvant en avoir plusieurs sur les deux ans), les arrêts de plus de six mois sont peu nombreux (6 700) mais représentent 24 % du total des indemnités journalières (tableau 5).

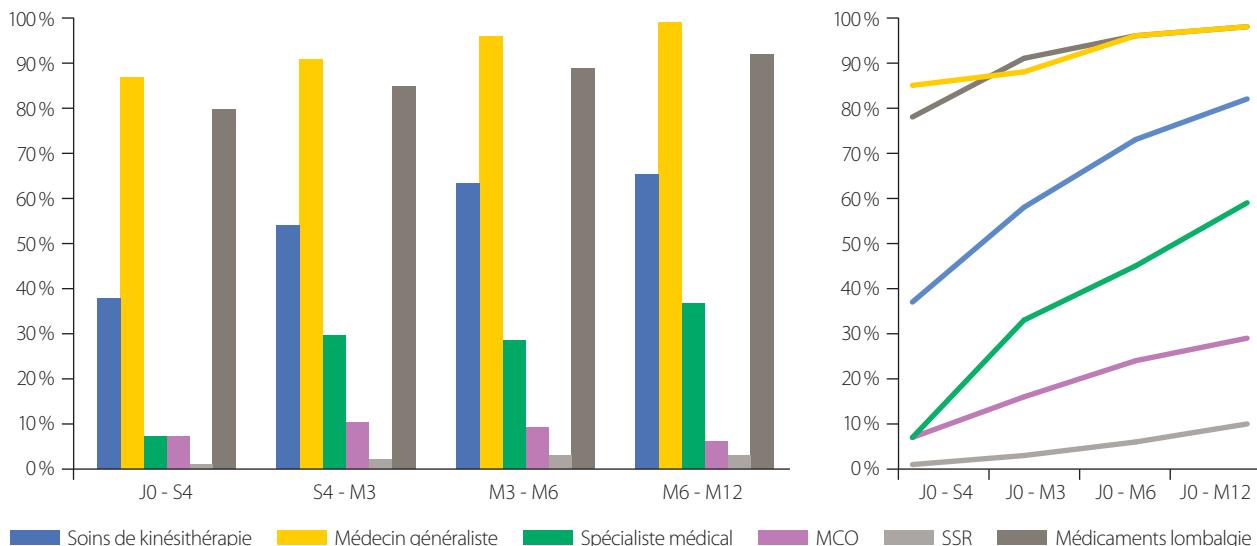
Les parcours de soins des patients ayant eu un arrêt de travail pour lombalgie ont été analysés en faisant l'hypothèse que le début du premier arrêt coïncide avec celui des symptômes.

Pour les patients ayant eu un arrêt long (plus de six mois), on peut faire les constats suivants (figures 39 et 40) :

- 37 % des patients ont eu recours à des soins de kinésithérapie durant les quatre premières semaines ; à nouveau, il est délicat de statuer sur le caractère excessif de ce recours dans la mesure où la lombalgie peut avoir commencé avant le début de l'arrêt ; ceci invite néanmoins à rappeler les recommandations de la HAS dans ce domaine ;
- près de 30 % ont eu une consultation avec un médecin spécialiste (rhumatologue, ou médecine physique et de réadaptation) entre S4 et M3. Dans les douze mois, ce taux s'élève jusqu'à près de 60 %. On peut néanmoins souligner que sur cette période, 30 % ont eu une consultation avec un chirurgien (orthopédiqe ou neurologue) sans avoir consulté de spécialiste médical

► FIGURE 39

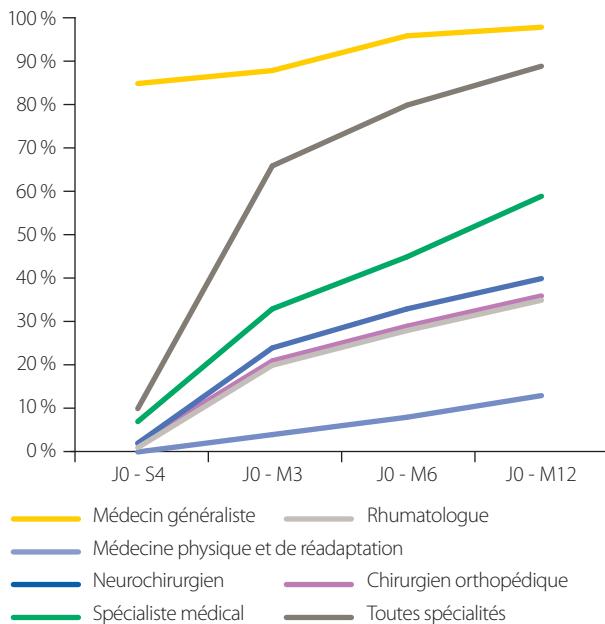
Proportion de patients (avec arrêt de plus de 6 mois) ayant eu recours à certains types de soins en fonction du délai depuis le début du premier arrêt (J0)



Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

► FIGURE 40

Détail des spécialités des médecins consultés

*Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France entière
Source : Cnams (Sniram)*

(rhumatologie, médecine physique et de réadaptation); – 75 % des arrêts se prolongent au-delà de six mois.

Pour les patients ayant des arrêts de moins de six mois, une analyse similaire a été menée, mais les résultats sont plus difficiles à interpréter, car une part des lombalgie ayant donné lieu à ces arrêts se sont résolues sans atteindre la phase chronique, voire la phase subaiguë. Il est donc normal que le recours au spécialiste ne soit pas systématique. Néanmoins, on peut constater qu'entre un et trois mois, seuls 15 % ont eu une consultation de médecin spécialiste médical (rhumatologie, médecine physique et de réadaptation), alors que 35 % ont eu un arrêt de travail sur cette période. Ces chiffres passent respectivement à 14 % et 18 % dans la période entre trois et six mois, et à 15 % et 18 % entre six et douze mois. Là aussi, le recours au médecin spécialiste médical apparaît tardif pour les malades toujours en arrêt maladie.

Au total, même si le parcours de soins des patients lombalgiques n'a pu être approché que partiellement, on peut tirer des constats effectués les conclusions suivantes :

- le recours au spécialiste médical est présent mais paraît tardif par rapport aux préconisations des sociétés savantes;
- les arrêts de plus de six mois montrent un recours important à certains chirurgiens (neurochirurgiens et/ou chirurgiens orthopédiques), alors que le recours au spécialiste médical est à privilégier;
- le recours au spécialiste médical est également tardif pour les arrêts de moins de six mois bien qu'un avis spécialisé dès la phase subaiguë soit préconisé, et ce, d'autant qu'il existe des facteurs de risque de chronicisation;
- de même, les soins de masso-kinésithérapie sont présents mais sont sans doute réalisés trop précocement au stade de la lombalgie aiguë;
- de plus, le recours à l'imagerie du rachis lombaire semble trop fréquent malgré les recommandations à l'encontre de cette pratique.

Arrêts de travail pour lombalgie : des risques variables selon les secteurs d'activité

En termes absolus, l'industrie manufacturière est le domaine qui compte le plus d'arrêts de travail pour lombalgie (**tableau 6**), mais ceci est lié au fait que ce secteur emploie beaucoup de salariés. Si l'on rapporte les jours d'indemnités journalières maladie et AT/MP aux heures travaillées, la construction, les transports et l'entreposage, la santé humaine et l'action sociale, les secteurs de la production et de la distribution d'eau, de l'assainissement, de la gestion des déchets sont ceux où le risque de lombalgie est le plus élevé (**figure 41**). Il faut souligner également que pour tous les secteurs, sauf l'industrie manufacturière et les activités de services administratifs, on observe une corrélation entre la fréquence des arrêts maladie et AT/MP : les secteurs surreprésentés en maladie le sont en AT/MP, et les secteurs sous-représentés en maladie le sont aussi en AT/MP. Ceci confirme qu'il faut bien appréhender globalement la problématique des lombalgie.

► TABLEAU 6

Répartition des arrêts et des indemnités journalières par domaine d'activité professionnelle (arrêts sur une période de deux ans encadrant l'imagerie du rachis lombaire)

NAF1 Domaine d'activité	Nombre d'arrêts	Nombre d'indemnités journalières	Montants (en millions d'euros)
C Industrie manufacturière	68 800	1 780 000	68
G Commerce; réparation d'automobiles et de motocycles	48 800	1 510 000	53
Q Santé humaine et action sociale	46 900	1 480 000	48
F Construction	31 200	1 000 000	39
H Transports et entreposage	27 300	880 000	36
N Activités de services administratifs et de soutien	22 300	800 000	26
I Hébergement et restauration	12 400	450 000	15
M Activités spécialisées, scientifiques et techniques	12 200	300 000	12
O Administration publique	11 800	300 000	9
K Activités financières et d'assurance	9 500	220 000	9
S Autres activités de services	6 700	200 000	6
J Information et communication	6 600	130 000	5
P Enseignement	4 600	130 000	4
L Activités immobilières	3 900	110 000	4
E Production et distribution d'eau; assainissement, gestion des déchets et dépollution	3 900	110 000	4
R Arts, spectacles et activités récréatives	2 900	80 000	4
Autres domaines d'activités	1 100	30 000	1
Total	320 900^(a)	9 510 000	344

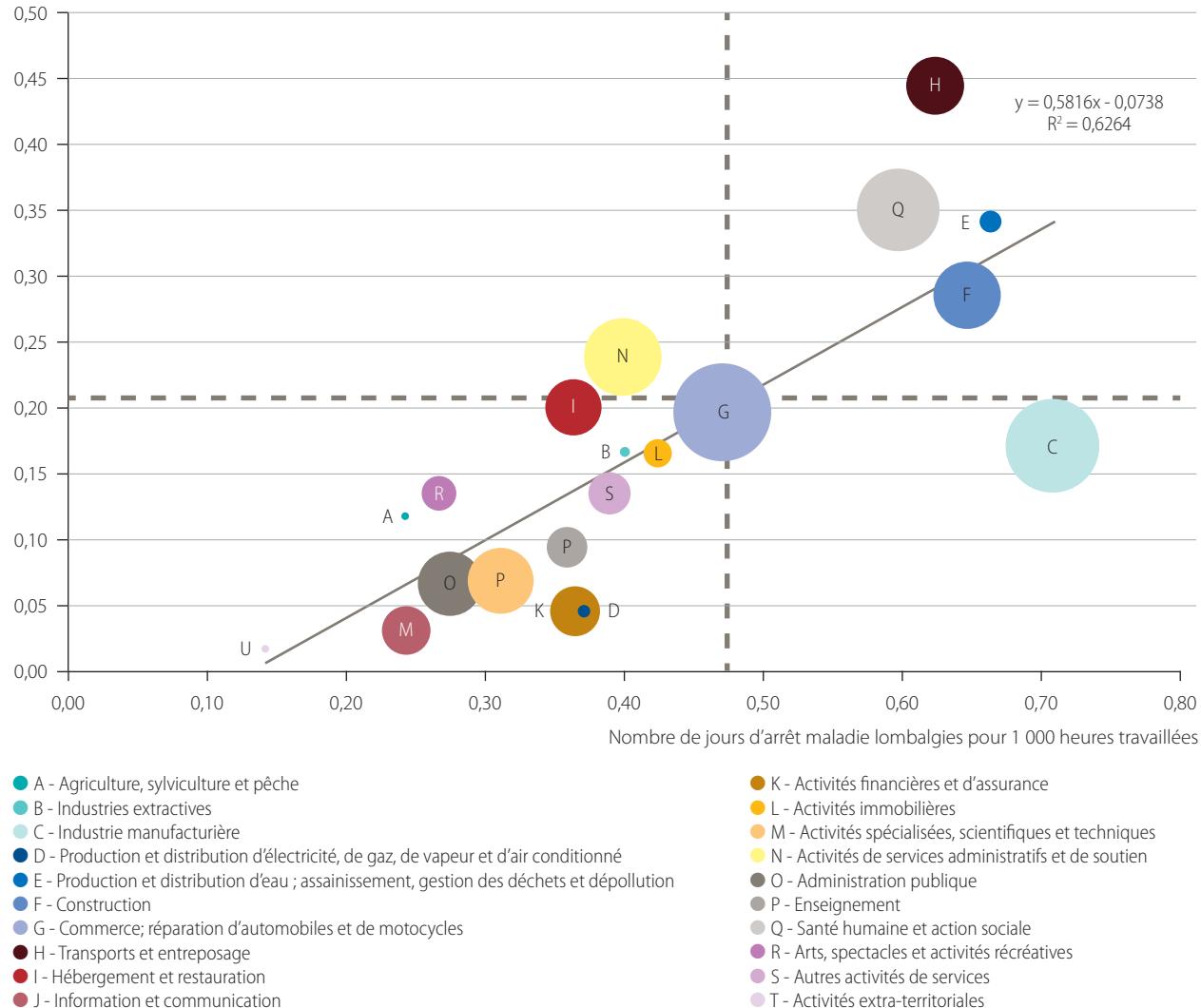
(a) Le nombre d'arrêts est inférieur à celui indiqué précédemment car certains codes NAF sont non renseignés ou mal renseignés

*Champ : premiers arrêts, 2012 à 2014, régime général hors sections locales mutualistes - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)*

► FIGURE 41

Indice de gravité par secteur (c'est-à-dire nombre de jours d'indemnités journalières pour lombalgies par millier d'heures travaillées) pour les risques maladie et AT/MP

Nombre de jours d'arrêt lombalgies AT/MP pour 1 000 heures travaillées



Note de lecture : dans le secteur des activités financières et d'assurance, on dénombre 0,37 indemnités journalières maladie pour 1 000 heures travaillées, alors qu'on ne dénombre que 0,04 indemnité journalière AT/MP.

Remarque : la taille des bulles est proportionnelle au nombre de salariés dans les différents secteurs.

Source : données nationales AT/MP issues des bases nationales SGETAPR, traitements Cnamts

Proposition

Proposition sur les lombalgies

Proposition 5

Mettre en place un ensemble d'actions pour améliorer le parcours de soins des patients lombalgiques et prévenir la désinsertion sociale et professionnelle

La proposition 25 du rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016 prévoyait « d'apporter des outils aux médecins traitants pour la prescription des arrêts de travail », notamment par l'élaboration et la diffusion de recommandations relatives aux pathologies chroniques.

L'enjeu essentiel, pour les lombalgies, est d'améliorer le parcours de soins du patient afin d'éviter la chronicisation et la désinsertion sociale et professionnelle. Pour cela, il est proposé :

1. de promouvoir auprès des médecins généralistes, qui sont en première ligne pour la prise en charge de cette pathologie fréquente, ce parcours optimisé, et notamment :

- de repositionner les différentes phases d'évolution de la lombalgie depuis sa phase aiguë (évolution inférieure à quatre semaines) jusqu'au passage à la chronicité (évolution supérieure à trois mois);
- de sensibiliser le médecin sur les trois périodes clés pour le patient lombalgique : J0 (première consultation pour lombalgie aiguë), S4 (à 4 semaines d'évolution persistante) et M3 (à 3 mois d'évolution persistante);
- d'attirer l'attention du médecin sur l'importance pour ses patients de rester actifs (vie quotidienne, travail), l'intérêt d'une imagerie et de soins de masso-kinésithérapie active à partir de la phase subaiguë et d'une concertation avec le médecin du travail et le médecin-conseil dès S4 afin de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle;

2. de diffuser aux patients, par l'intermédiaire de leur médecin traitant, le livret du dos élaboré par le groupe de travail impliquant les sociétés savantes (version simplifiée du document existant);

3. d'envisager une campagne grand public pour relayer les

messages essentiels sur la lombalgie et éviter les nombreuses fausses croyances (peurs et attentes des patients). Une campagne de ce type a été menée en Australie il y a près de vingt ans, et semble avoir montré une amélioration significative sur les connaissances de la population, avec à la clé une diminution significative (20 %) des coûts médicaux globaux;

4. de mobiliser également les entreprises avec, outre les actions prévues dans le troisième plan santé au travail (évaluer et diffuser les démarches et les outils développés notamment en matière de prévention des troubles musculo-squelettiques), deux types d'actions complémentaires :

- une campagne assez large sur le thème de l'absentéisme lié aux lombalgies. Elle s'appuiera sur les nombreux documents existants, notamment ceux élaborés par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). Elle pourra être relayée par les comités techniques nationaux (CTN) et les branches professionnelles les plus concernées par ce sujet (santé, transport, BTP, eau, assainissement, déchets, etc.);
- et une action plus ciblée sur certaines entreprises ayant une proportion d'indemnités journalières maladie/accidents du travail en matière de lombalgie atypique par rapport à leur secteur d'activité : cette action permettra de positionner la part des lombalgies au regard de l'absentéisme global de l'entreprise et de porter des messages de prévention et des propositions d'actions concrètes, le cas échéant en lien avec les services de santé au travail. Cette action sera l'occasion, grâce à un message croisé maladie/accidents du travail, d'insister sur le caractère multifactoriel, en lien ou non avec le travail, de cette pathologie et l'impact de l'environnement de travail sur les lombalgies déclarées en maladie. Il est proposé d'expérimenter cette action en 2016 et de la généraliser en 2017.

3.2.2 / La prise en charge des affections des tendons de l'épaule

La coiffe des rotateurs est un ensemble d'éléments musculaires et tendineux qui jouent un rôle important dans les mouvements et la stabilité de l'épaule. Les lésions ou pertes de fonction d'un ou de l'ensemble de ces éléments provoquent des modifications anatomiques dont peuvent résulter, à des degrés divers, raideur, douleur, instabilité ou perte de force.

Les atteintes traumatiques pures sur des tendons sains (observées par exemple lors d'une luxation de l'épaule chez le sujet jeune) sont relativement rares. Dans ces situations, une réparation chirurgicale est habituellement proposée, ces indications ne concernent cependant que 5 % des interventions de l'épaule sous arthroscopie⁵⁹.

Les atteintes dégénératives des tendons (tendinopathie, rupture partielle ou complète) sont beaucoup plus fréquentes et augmentent avec l'âge (bien qu'elles ne soient pas systématiquement

symptomatiques). L'analyse menée se concentre sur celles-ci, en excluant les atteintes traumatiques évoquées ci-dessus.

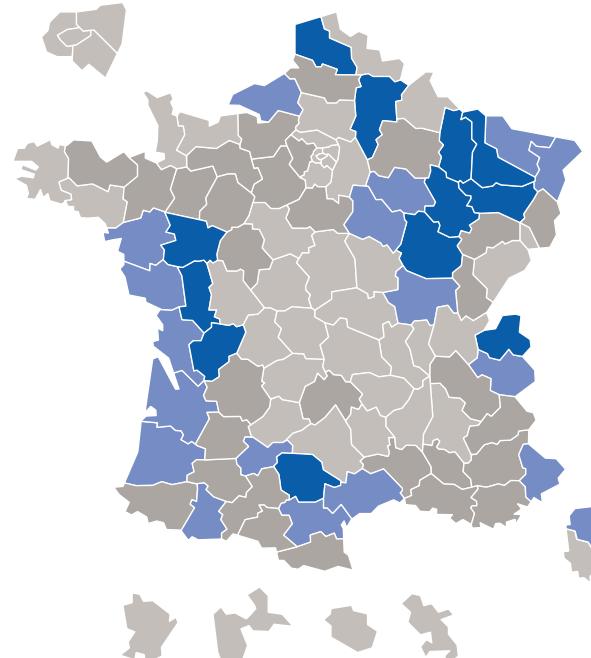
Il existe des référentiels médicaux qui permettent d'encadrer la prise en charge de ces lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs. Ils proposent en première intention une approche médicale (traitements oraux ou infiltrations ou masso-kinésithérapie) ; le traitement chirurgical n'est pas systématique, puisqu'une proportion non négligeable de cas (40 à 80 % en cas de rupture) est susceptible de s'améliorer de façon acceptable par un traitement conservateur instauré de façon précoce. Le traitement chirurgical ne devrait dès lors concerner que les patients pour lesquels on vise un gain d'amélioration fonctionnelle en cas de douleur, de faiblesse musculaire ou d'incapacité persistante après un traitement conservateur.

Une prise en charge chirurgicale de plus en plus fréquente

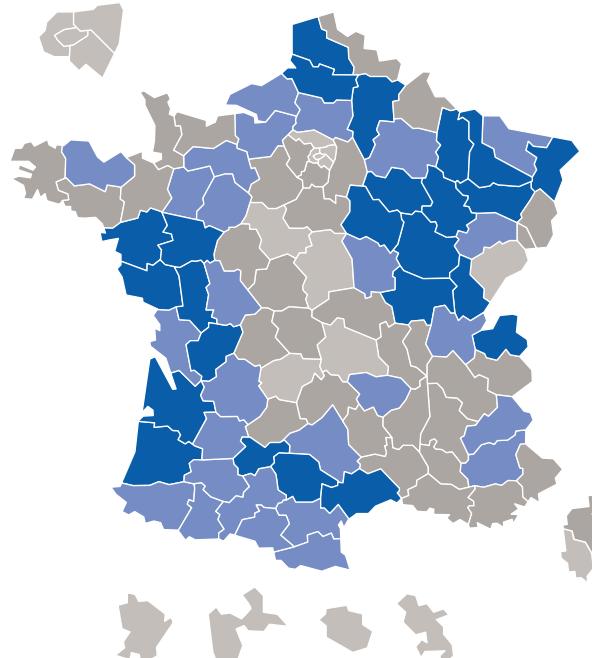
Toutes indications confondues, le recours à la chirurgie sur les tendons de l'épaule a augmenté de 76 % entre 2006 et 2014⁶⁰,

► FIGURE 43
Nombre de patients opérés pour une chirurgie arthroscopique pour tendinopathie de l'épaule

Année 2010



Année 2014



Nombre de patients opérés pour 100 000 habitants^(a)

Champ : tous régimes
Sources : Atih (PMSI-MCO) et Insee, traitements Cnamts

(a) Les taux de recours sont fondés sur le lieu de résidence des patients. Ils sont standardisés par rapport à la structure d'âge et de genre observée au niveau national en 2014.

Champ : tous régimes

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

59 HAS : note de problématique sur la pertinence de l'arthroscopie d'autres localisations, 2013.

60 Données PMSI-MCO.

3.2 OPTIMISER LES PARCOURS DE PRÉVENTION ET DE SOINS

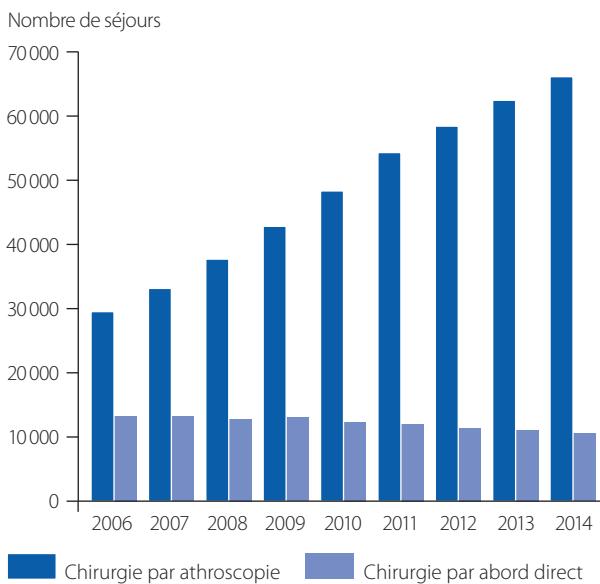
avec plus de 88 600 séjours hospitaliers concernés aujourd’hui (50 200 en 2006). Le nombre d’actes correspondants a été multiplié par deux (76 600 à 153 200), plusieurs actes étant fréquemment associés pour la même épaule et/ou pour le même patient.

La chirurgie peut être réalisée à ciel ouvert ou par arthroscopie; c’est cette seconde technique qui s'est développée rapidement depuis 2006, le recours à la chirurgie à ciel ouvert ayant un peu diminué (figure 42). Le recours à la chirurgie de l'épaule sous arthroscopie a fortement augmenté depuis 2006. En effet, hors atteintes traumatiques pures, depuis 2006, le nombre de séjours en lien avec une chirurgie de l'épaule par arthroscopie a progressé de 124 %, passant de 28 964 séjours en 2006 à 64 836 séjours en 2014.

Une disparité géographique des taux de recours à l'intervention chirurgicale

Les taux de recours à la chirurgie pour tendinopathie et rupture de la coiffe des rotateurs sont très variables selon les départements (du simple au double, même en tenant compte des différences de structures des populations par âge et sexe) (figure 43), sans que l'on puisse établir un lien avec l'offre de soins ou la prévalence des maladies professionnelles (figure 44).

► FIGURE 42
Évolution du nombre de séjours en lien avec la chirurgie sur les tendons de l'épaule

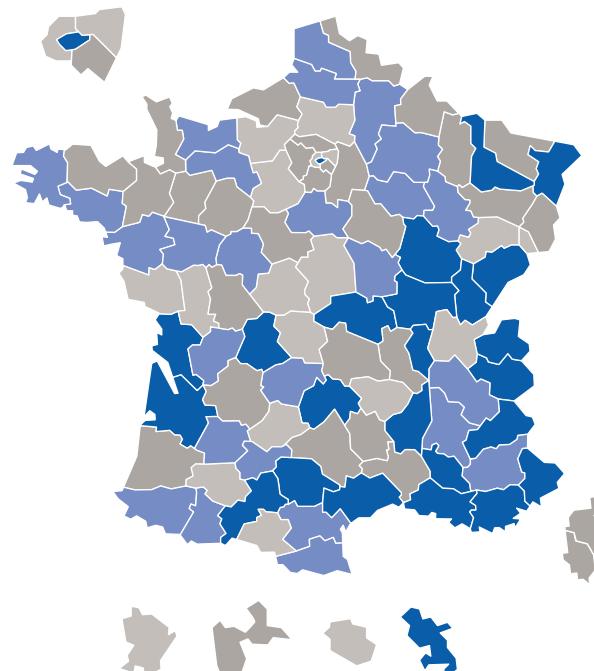


Champ : chirurgie arthroscopique et par abord direct hors rupture traumatique, tous régimes - France entière

Source : Atih (PMSI MCO), traitements Cnamts

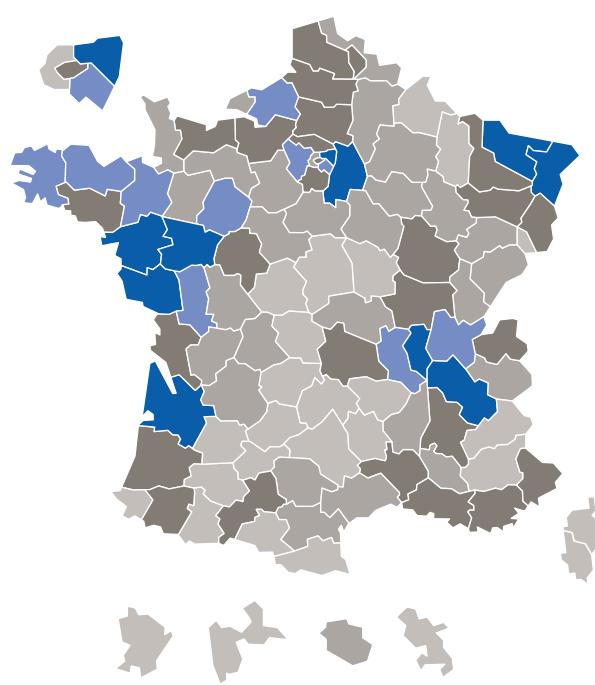
► FIGURE 44
Densités de chirurgiens orthopédiques et dénombrement des troubles musculo-squelettiques (TMS) de l'épaule en 2014

Densités de chirurgiens orthopédiques pour 100 000 habitants



Sources : Cnamts et Insee, traitements Cnamts

Dénombrement des TMS de l'épaule reconnus en AT/MP, par Carsat/CGSS en 2014

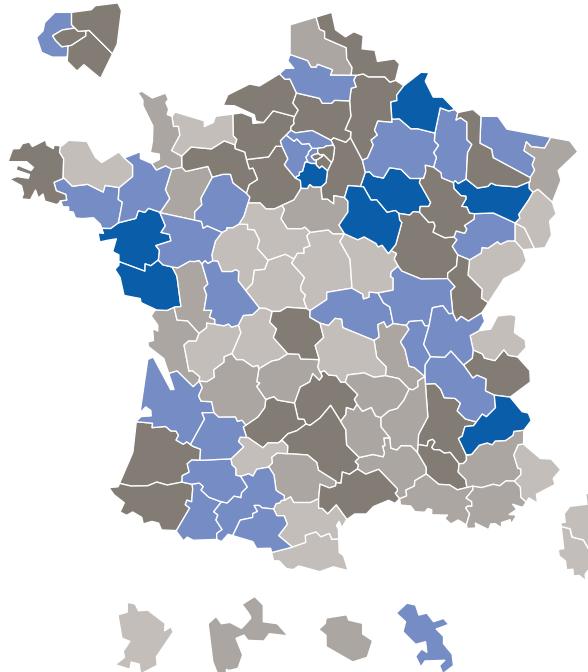


Source : Cnamts

► FIGURE 45

Taux de recours aux IRM et/ou arthroscanners avant chirurgie de l'épaule et densité d'équipements

Taux de recours aux IRM et/ou arthroscanners avant chirurgie de l'épaule

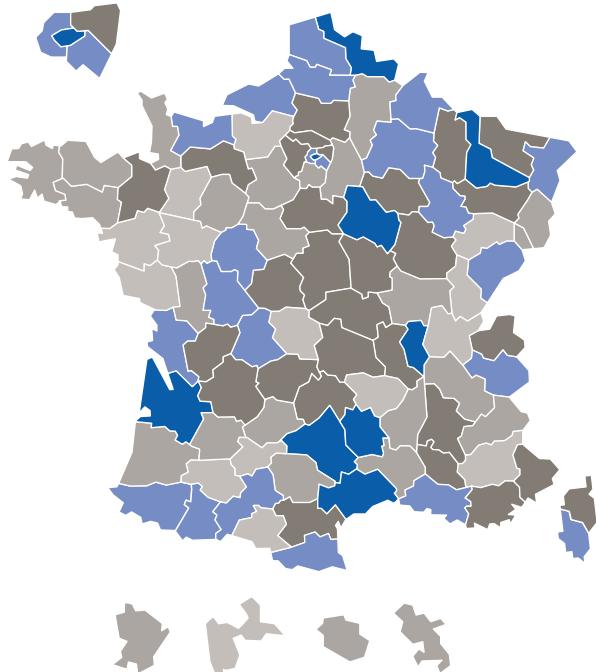


Taux de recours aux IRM et/ou arthroscanners

■ Moins de 50% ■ 50 à 60% ■ 60 à 70% ■ 70 à 80% ■ Plus de 80%

*Champ : régime général hors sections locales mutualistes
Sources : Cnamts (DCIR) et Atih (PMSI MCO)*

Offre d'appareils IRM et scanners installés au 31 décembre 2014



Nombre d'appareils IRM et scanners par million d'habitants

■ Moins de 20 ■ 20 à 25 ■ 25 à 30 ■ 30 à 35 ■ Plus de 35

*Champ : tous régimes
Sources : base Arghos et Insee, traitements Cnamts*

Des parcours de soins pré et postopératoires dont la pertinence est à confirmer

Une analyse des parcours de soins préopératoires a été menée pour l'ensemble des patients du régime général⁶¹ ayant eu une chirurgie arthroscopique de l'épaule en 2014 et n'ayant subi aucune hospitalisation dans l'année précédant la chirurgie de l'épaule. L'analyse a été circonscrite aux atteintes dégénératives, en excluant les patients avec une rupture traumatique, une fracture ou une luxation. Elle porte sur 37 466 patients. Pour avoir un recul suffisant, les parcours de soins postopératoires ont été analysés pour les patients opérés en 2013, hors traumatismes, et sans hospitalisation dans les deux ans suivant la chirurgie de l'épaule, soit au total 25 598 patients.

En préopératoire, les recommandations de la HAS préconisent un traitement conservateur préalable à l'intervention pour les tendinopathies sans rupture (en cas de rupture, il n'est pas formellement préconisé). Or on peut noter que 23 % des patients opérés en 2014 n'ont eu aucun soins de kinésithérapie ni infiltrations durant les deux ans précédent leur opération.

Ce constat se retrouve dans les mêmes proportions chez les personnes de plus de 65 ans (22 %).

La HAS recommande également des examens d'imagerie (IRM, arthroscanner ou arthro-IRM) pour l'évaluation préopératoire. Là encore, on peut constater que 36 % des patients opérés n'ont pas eu d'IRM, arthroscanner ou arthro-IRM, et 39 % pour les patients de plus de 65 ans. La proportion de patients ayant eu ces examens est hétérogène sur le territoire, sans qu'on puisse établir un lien évident avec la répartition des équipements (**figure 45**).

Au total, 11 % des patients n'ont eu ni kinésithérapie ou infiltrations, ni IRM, arthroscanner ou arthro-IRM.

En postopératoire :

- la quasi-totalité des patients (94 %) ont recours à des soins de kinésithérapie postopératoires, pour un nombre moyen de 48 actes. Pour près de la moitié des patients, ces soins se sont prolongés au-delà des six mois suivant l'intervention (**tableau 7**), alors que l'arrêt de la rééducation postopératoire est prévu au plus tard à la fin du sixième mois postopératoire par les

61 Hors sections locales mutualistes.

3.2 OPTIMISER LES PARCOURS DE PRÉVENTION ET DE SOINS

recommandations de la HAS⁶². Les patients concernés totalisent ainsi en moyenne 66 actes de masso-kinésithérapie (le référentiel de masso-kinésithérapie diffusé par la Cnamts après avis de la HAS prévoit après réinsertion ou suture de la coiffe prévoit un nombre maximum de 50 séances dans la majorité des cas); – les fiches repères de durées indicatives d’arrêts de travail, élaborées par la Cnamts après avis de la HAS, prévoient un maximum de 180 jours d’arrêt après chirurgie pour rupture de coiffe en cas de travail physique lourd. Or 53 % des arrêts ont des durées supérieures à cette borne maximale (figure 46). Les durées moyennes d’arrêt sont de 244 jours, elles sont beaucoup plus élevées pour le risque AT/MP que pour le risque maladie.

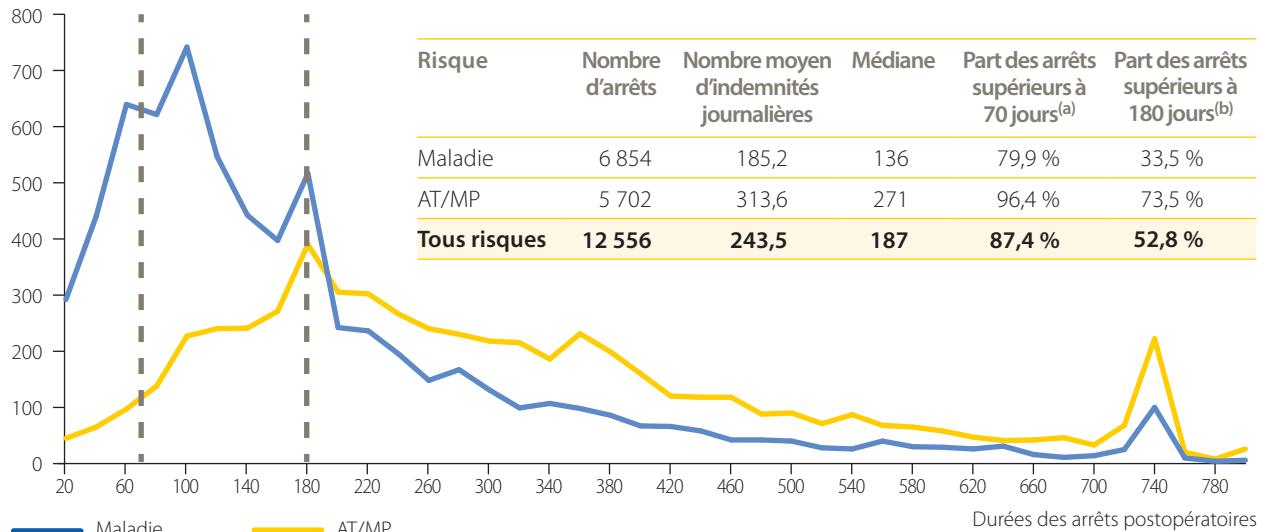
Les arrêts postopératoires prolongés ou prescrits entièrement par les médecins généralistes durent en moyenne presque deux fois plus longtemps que ceux prescrits entièrement par les chirurgiens (ou les établissements), ceux-ci ayant une durée assez constante, que l’arrêt soit prolongé ou non (figure 47).

Ceci est sans doute lié à la nécessité, pour le généraliste, d’adapter l’arrêt à l’état du patient après une première période, ce qui est d’ailleurs prévu explicitement par les fiches repères, qui ne donnent que des durées indicatives; néanmoins, dans ce cas précis, le décalage global entre les repères proposés et la durée des arrêts interroge.

► FIGURE 46

Distribution de la durée des arrêts de travail après chirurgie en fonction du risque

Nombres d’arrêts postopératoires



(a) Durée d’arrêt de travail préconisée en cas de travail sédentaire pour rupture de la coiffe

(b) Durée d’arrêt de travail préconisée en cas de travail physique lourd pour rupture de la coiffe

Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France entière
Sources : Cnamts (DCIR) et Atih (PMSI MCO)

► TABLEAU 7

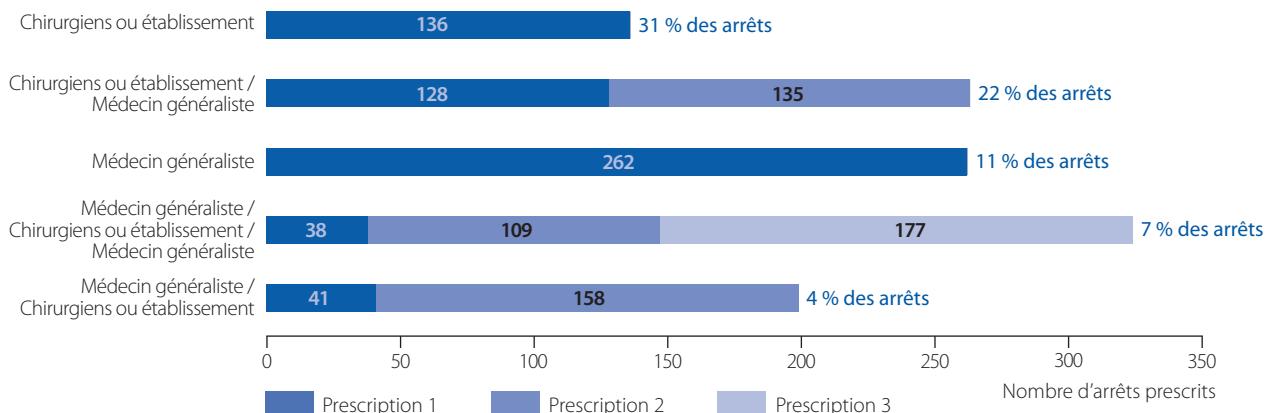
Recours aux soins de masso-kinésithérapie après chirurgie, selon le risque

Risque	Patients ayant eu recours aux soins de masso-kinésithérapie			Patients ayant eu recours aux soins de masso-kinésithérapie au-delà de 6 mois après l’intervention		
	Nombre de patients	Pourcentage de patients concernés	Quantités par patients	Nombre de patients	Pourcentage de patients concernés	Quantités par patients
Maladie	18 286	93 %	44,4	8 320	42 %	62,1
AT/MP	5 790	97 %	60,3	3 932	66 %	73,5
Total	24 076	94 %	48,2	12 252	48 %	65,8

Sources : Cnamts (DCIR) et Atih (PMSI MCO)

62 HAS, «Critères de suivi en rééducation et d’orientation en ambulatoire ou en SSR après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplasties de l’épaule», janvier 2008.

► FIGURE 47

Durées des arrêts de travail postopératoires^(a) en fonction du type de prescripteur

(a) 12 560 arrêts de travail postopératoires (en lien avec le séjour pour chirurgie de l'épaule) sont pris en compte dans le cadre de l'étude des parcours de soins

*Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France entière
Sources : Cnamts (DCIR) et Atih (PMSI/MCO)*

Proposition

Proposition sur la prise en charge chirurgicale des lésions de l'épaule

Proposition 6

Préciser les référentiels et les diffuser auprès des professionnels et des patients

Pour optimiser la prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, la Cnamts se propose de saisir la HAS pour que celle-ci, comme elle le fait pour d'autres situations cliniques, élabore un document de points clés précisant la place et la nature du traitement conservateur et les actes d'imagerie souhaitables avant une indication chirurgicale.

Les recommandations devraient pouvoir être élaborées d'ici fin 2016.

Sur la base de ces recommandations, une campagne d'accompagnement et d'information pourrait être déployée par l'Assurance Maladie dès 2017 auprès des professionnels et des patients concernés.

Les établissements pourront être ciblés selon des indicateurs de « pertinence » (taux d'évolution des actes, pourcentage d'actes sans examens complémentaires ou traitement conservateur préalable).

3.2.3 / La BPCO : améliorer la détection précoce

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. Le tabagisme est la cause prépondérante de la BPCO (plus de 80 % des cas), mais la part des expositions professionnelles et autres sources d'obstruction bronchique (pollution atmosphérique intérieure et extérieure, tabagisme passif⁶³) dans la survenue des BPCO est évaluée à environ 15 %⁶⁴.

On estime, même si les données épidémiologiques sont peu nombreuses⁶⁵, que cette affection touche 3,5 millions de Français, dont les deux tiers ignorent le diagnostic. Elle est longtemps non ressentie par le malade et évolue à bas bruit en l'absence de prise en charge adaptée : à un stade avancé, elle entraîne une insuffisance respiratoire qui limite tout effort dans la vie quotidienne, altère fortement la qualité de vie et est associée à des comorbidités qui grèvent le pronostic de survie des malades.

En 2013, environ 145 000 personnes atteintes de formes sévères de la maladie bénéficiaient d'une oxygénothérapie de longue durée (associée ou non à un traitement par ventilation)⁶⁶. En 2014, 43 000 patients ont été admis en affection de longue durée n° 14 (insuffisance respiratoire chronique grave) et 370 000 malades relevaient de cette affection de longue durée⁶⁷.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la BPCO sera la troisième cause mondiale de mortalité en 2030⁶⁸.

Un enjeu connu de prévention primaire, mais aussi de détection précoce

La mobilisation contre le tabac est la première arme pour lutter contre cette maladie, non seulement pour empêcher son apparition, mais aussi pour améliorer la situation des personnes déjà malades, pour lesquelles l'efficacité du sevrage tabagique a été démontrée sur l'amélioration ou la stabilisation de la fonction respiratoire, quel que soit le stade de sévérité de la BPCO.

Au-delà, un enjeu majeur est de la détecter précocement, car plus tôt la maladie est diagnostiquée, plus on peut en ralentir

l'évolution, avec une prise en charge qui permet de diminuer l'obstruction des voies aériennes. Or, aujourd'hui, elle est mal repérée par les patients, qui en banalisent les symptômes, et insuffisamment diagnostiquée par les professionnels de santé de première ligne. Ce diagnostic repose, comme le rappelle le guide «Parcours de soins BPCO» de la HAS⁶⁹, sur un examen de spirométrie permettant de mesurer la capacité respiratoire ; pour différencier la BPCO de l'asthme, la mesure doit être refaite après la prise de bronchodilatateur.

C'est pourquoi la Société française de pneumologie de langue française avait insisté, dans ses recommandations de 2003⁷⁰, sur le rôle important du médecin généraliste pour assurer la détection précoce d'une BPCO⁷¹, en raison de son sous-diagnostic. Le nombre de personnes atteintes d'une BPCO non diagnostiquée étant estimé à environ 2 millions⁷², le diagnostic ne peut reposer sur les seuls 2 675 pneumologues actuellement recensés en France⁷³ (secteur public et/ou libéral).

Cette orientation a été reprise dans le plan BPCO 2005-2010⁷⁴, qui prévoyait :

- de prévenir la BPCO dans la population générale (axe 3), notamment en formant les médecins généralistes à l'utilisation des outils de mesure du souffle et à la prise en charge des anomalies du souffle détectées et en diffusant des appareils de mesure (minispiromètres) aux professionnels concernés ;
- de renforcer l'accompagnement et l'information des professionnels de santé (axe 4) ;
- d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des malades (axe 5) en favorisant l'accès à un dépistage et à un diagnostic précoce et en améliorant la prise en charge et le suivi des patients.

D'autres pays ont d'ailleurs des démarches comparables : ainsi, en Angleterre, le National Institute for Clinical Excellence (Nice)⁷⁵ préconise dans ses recommandations la détection de la BPCO par spirométrie chez les sujets fumeurs et/ou ex-fumeurs, âgés de plus de 35 ans, présentant un des symptômes suivants : toux chronique, expectoration, dyspnée à l'effort, bronchites à répétition. Ce dépistage peut être réalisé par de nombreux professionnels de santé accompagnés : médecins généralistes, masso-kinésithérapeutes et infirmières spécialisées en pneumologie.

⁶³ Eisner M.D., Anthonisen N., Coultas D., et al., «An official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease», *Am J Respir Crit Care Med*, 2010, vol. 182, pp. 693-718.

⁶⁴ Guérin J., Baud J., Besson J., Boggio A. et Devillier P., «Étude Dépistra : DÉPIStage de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) par des médecins du travail de Rhône-Alpes», *Doc Pour Médecin Trav*, n° 126, pp. 275-281, juin 2011.

⁶⁵ Fuhrman C. et Delmas M.C., pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF, «Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France», *Rev Mal Respir*, 2010, 27(2):160-8.

⁶⁶ Inserm, «Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)», en ligne, disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco>

⁶⁷ Source : Cnamts (DSES). Champ: régime général, y compris sections locales mutualistes.

⁶⁸ Mathers C., Boerma T. et Ma Fat D., «The global burden of disease: 2004 update», *WHO*, Geneva, 2008.

⁶⁹ HAS, «Guide Parcours de soins BPCO», juin 2014.

⁷⁰ «Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO», *Rev Mal Respir*, 2003, vol. 20.

⁷¹ Housset B., «Rôle du médecin généraliste dans la détection précoce de la BPCO», *BEH* thématique 27-28, 3 juillet 2007.

⁷² Issu de l'étude de Quach A. et coll., «Prevalence and underdiagnosis of airway obstruction among middle-aged adults in northern France: The Elisabet study 2011-2013», *Respiratory Medicine*, dont le taux de personnes diagnostiquées BPCO sans connaissance de leur état s'élevait à environ 75 %. Rapporté aux 3,5 millions de personnes atteintes d'après la HAS, on obtient plus de 2 millions de personnes non diagnostiquées.

⁷³ Selon le Conseil national de l'ordre des médecins : https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

⁷⁴ Ministère de la Santé, «Programme d'actions en faveur de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010 - Connaitre, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO», 2005.

⁷⁵ <http://www.nice.org.uk/guidance/cg101/resources/guidance-chronic-obstructive-pulmonary-disease-pdf>

Des médecins généralistes désireux de s'impliquer mais en attente d'un appui renforcé

Une enquête a été menée auprès de médecins généralistes, avec une première phase qualitative puis une phase quantitative sur un échantillon de 500 praticiens, pour appréhender leur perception de la BPCO, des freins au diagnostic, de leur place dans la prise en charge et de celle du pneumologue, ainsi que leurs difficultés et leurs attentes.

Le constat de retard du diagnostic de la BPCO est largement partagé (80 % des médecins connaissent ce constat et 87 % le partagent).

Le rôle du médecin généraliste est reconnu pour faire prendre conscience au patient de sa maladie et le faire entrer dans un circuit de soins (89 %), pour l'inciter et l'accompagner dans le sevrage tabagique (93 %).

Mais les praticiens reconnaissent aussi les limites de leur intervention actuellement: 37 % se déclarent peu efficaces, 60 % assez efficaces dans la détection précoce de leurs patients BPCO, 74 % disent rencontrer des difficultés dans l'évaluation précise du stade de sévérité.

Des attentes en matière d'équipements en minispiromètres/spiromètres (respectivement 58 % et 47 %) et en matière de formation (50 %) sont exprimées.

Proposition

Proposition sur la détection et la prise en charge précoce de la BPCO

Proposition 7

_ Mettre en place dans deux à trois départements un programme pilote pour favoriser la détection et la prise en charge précoce de la BPCO et l'évaluer en vue d'une généralisation

Ce programme articule plusieurs actions:

- la distribution par l'Assurance Maladie d'appareils permettant la mesure du souffle (spiromètres) aux médecins généralistes volontaires (sur le modèle de la distribution des appareils d'automesure tensionnelle dans le cadre de la détection de l'hypertension artérielle «blouse blanche» en 2013);
- un accompagnement de ces médecins à l'utilisation du spiromètre et à la prise en charge de la BPCO, qui conditionnerait la mise à disposition de l'équipement et représenterait un engagement de leur part dans ce programme et la garantie de résultats de tests fiables. Les sociétés savantes (Collège de la médecine générale, Société française de pneumologie de langue française et Fédération française de pneumologie) proposent un prérequis des connaissances *via* internet ou par conférence web, un accompagnement présentiel d'une demi-journée et une procédure de contrôle qualité des résultats des premiers tests de spirométrie effectués par des pneumologues référents;
- la diffusion d'un questionnaire d'auto-détection auprès des assurés. Des travaux ont en effet montré que dans le cadre d'une action de diagnostic précoce de la BPCO, la distribution d'autoquestionnaires standardisés et validés peut aider à identifier les sujets à haut risque d'obstruction bronchique. Le questionnaire Gold, disponible sur plusieurs sites dont ameli, sera adressé plus spécifiquement aux patients des médecins inclus dans le programme (personnes adultes ne présentant pas de BPCO) par les canaux de contact habituels de l'Assurance

Maladie et incitera ces personnes à se rendre chez leur médecin traitant afin d'entamer un dialogue sur ce sujet et d'effectuer une mesure du souffle par spirométrie;

– le renforcement du sevrage tabagique par le médecin traitant (articulation avec le projet de programme de soutien à l'arrêt du tabac de l'Assurance Maladie).

Sur les territoires concernés, une campagne d'accompagnement permettra de proposer aux médecins de participer à l'expérimentation.

Ce programme pilote devra faire l'objet d'une évaluation médico-économique rigoureuse, qui permettra de juger de l'opportunité de le déployer à grande échelle.

L'action pilote permettra de tester:

- la sensibilité et la sensibilité de l'auto-questionnaire Gold;
- le taux d'adhésion des médecins généralistes et de commande d'un spiromètre (ce dernier étant estimé par les experts à 10 % à 20 %);
- les conditions opérationnelles de mise en place synchronisée des différentes composantes du programme;
- les résultats observés, sur le plan de l'efficacité mais aussi du rapport coût-efficacité. En effet, en termes d'impact économique, si la détection précoce de la BPCO favorise une prise en charge à un stade moins avancé de la maladie, nous ne disposons pas aujourd'hui d'études permettant d'objectiver les coûts potentiellement évités grâce à cette prise en charge.

3.3 Développer des prises en charge adaptées pour les patients les plus complexes

3.3.1 / Les malades chroniques à haut risque : l'exemple du pied diabétique

Les plaies chroniques des membres inférieurs sont des complications graves du diabète, qui témoignent d'un stade avancé d'atteinte des nerfs et/ou des artères périphériques et peuvent conduire à une amputation d'un orteil, pied, jambe ou cuisse. Pourtant, la neuropathie et l'artériopathie peuvent être prévenues et leur évolution ralentie par un bon contrôle du diabète et de leurs autres facteurs de risque, tout comme les plaies du pied et l'amputation peuvent faire l'objet d'une prise en charge spécialisée.

Selon la Haute Autorité de santé (HAS), le niveau du risque podologique doit être mesuré tous les ans chez les patients diabétiques. Ce niveau de risque de plaie ou d'amputation est codifié en quatre grades de risque croissant (0 à 3)⁷⁶, sur la base d'un examen clinique simple, requérant par exemple l'usage d'un monofilament que le médecin ou le podologue applique sur la plante des pieds. Patients et professionnels de santé doivent rechercher régulièrement une plaie débutante, car elle est insensible du fait de l'atteinte nerveuse. La présence d'une plaie du pied chez tout patient diabétique est une urgence et doit conduire à adresser le patient dans les 48 heures à un centre expert pour avis sur la prise en charge, afin de diminuer le risque d'hospitalisation pour plaie et amputation.

De façon concordante, les récentes recommandations⁷⁷ insistent sur deux modalités de prise en charge ambulatoire : un comportement d'autosoin, appris dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique, et un suivi par un podologue pour fraisage d'hypercallosité et, si nécessaire, mise en place de semelles orthopédiques et/ou de chaussures sur mesure pour diminuer les pressions plantaires. L'Assurance Maladie prend en charge depuis 2008 un forfait podologique pour soins de prévention par le pédicure-podologue, pour les patients diabétiques de grades 2 et 3, avec respectivement quatre et six séances remboursées par an. La prise en charge de tels soins effectués à domicile est possible depuis 2013.

Cependant, on observe des dysfonctionnements importants dans les parcours de soins des patients diabétiques à haut risque podologique, à partir du grade 2, pour prévenir tant la survenue d'une plaie qu'une hospitalisation pour plaie ainsi que l'amputation.

Les amputations et hospitalisations pour plaie du pied des complications encore fréquentes avec un pronostic sévère

Les données épidémiologiques françaises sur le sujet sont nombreuses, grâce au Sniiram et aux études Entred 2001 et 2007⁷⁸. L'incidence de l'amputation est douze fois plus élevée chez les personnes diabétiques que chez les personnes non diabétiques. En 2007, environ 10 % des patients diabétiques étaient concernés par la présence ou l'antécédent d'une plaie chronique.

Pour le seul régime général d'Assurance maladie, environ 9 000 personnes diabétiques subissent chaque année une amputation d'orteil, de pied, de jambe ou de cuisse. Environ 22 000 sont hospitalisées pour une plaie du pied. Les taux d'hospitalisation pour ces deux motifs sont respectivement de 272 et 730 pour 100 000 patients diabétiques ; à titre de comparaison, en 2013, les taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral rapportés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) étaient respectivement de 382 et 559 pour 100 000 personnes diabétiques.

Les inégalités sociales sont particulièrement marquées sur ce type de complication du diabète : le risque d'hospitalisation pour plaie ou amputation est de 30 % supérieur chez les personnes diabétiques de bas niveau socioéconomique, à celles de haut niveau socioéconomique⁷⁹. Les hommes sont beaucoup plus atteints que les femmes, ce qui est lié à la fois à une neuropathie et à une artériopathie plus fréquentes, mais aussi à des comportements différents en ce qui concerne les facteurs de risque (dont le tabac), ainsi qu'à une attention différente portée aux pieds. Enfin, le pronostic au stade d'hospitalisation pour plaie ou amputation est particulièrement sévère, puisque respectivement 27 % et 36 % de ces patients sont de nouveau hospitalisés pour amputation et environ un quart décèdent dans les douze mois qui suivent.

Si le nombre de personnes amputées augmente, en lien avec la croissance du nombre de personnes diabétiques, en revanche, les taux standardisés, c'est-à-dire les effectifs rapportés aux nombres de personnes diabétiques avec des structures d'âge et sexe comparables, ont diminué entre 2008 et 2014 de 301 à 262 pour 100 000, et semblent s'être stabilisés depuis 2012 (**figure 48**). En d'autres termes, à âge et sexe identiques, on a moins de risque d'être amputé en 2014 qu'en 2008. On observe

⁷⁶ Selon la classification internationale de l'International Working Group on Diabetic Foot (IWGDF : <http://iwgdf.org>).

⁷⁷ Recommandations de 2015 de l'IWGDF.

⁷⁸ Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques. Voir, notamment : Fagot-Campagna A. et coll., « Que retenir du bilan d'Entred 2007-2010 ? », *Médecine des Maladies Métaboliques*, 2010, 4:212.

⁷⁹ Fosse-Edorh S., Fagot-Campagna A., Detournay B., Bihann H., Eschwege E., Gautier A. et Druet C., « Impact of socio-economic position on health and quality of care in adults with type 2 diabetes in France: the Entred 2007 study », *Diabet Med*, 2015.

Fosse-Edorh S., Mandereau-Bruno L. et Hartemann A., « Le poids des complications podologiques chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France en 2013 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2015, 34-35:638.

aussi un peu plus d'amputations au niveau d'un orteil (47 % en 2008, contre 49 % en 2014) et un peu moins au niveau de la cuisse (17 %, contre 15 %). Enfin, on constate des améliorations dans la prise en charge hospitalière, avec un geste de revascularisation beaucoup plus fréquent avant amputation (39 %, contre 46 %), ce qui assure une meilleure cicatrisation après le geste chirurgical.

Cette diminution relative du risque d'amputation s'accompagne d'une concentration de ce risque vers les catégories les moins accessibles à la prévention podologique : les hommes (69 % des personnes amputées en 2008, 73 % en 2014) et les populations précaires qui, chez les moins de 60 ans, représentaient 41 % des personnes amputées en 2014, contre 30 % en 2008⁸⁰.

Si le taux standardisé d'amputation diminue, celui des hospitalisations pour plaie du pied augmente fortement depuis 2008, de 508 à 701 pour 100 000 personnes diabétiques en 2014 (figure 48), soit un effectif de 12 180 à 22 350 personnes. On peut penser que cette évolution reflète une prise en charge un peu plus précoce et plus efficace, qui peut permettre d'éviter l'amputation par une mise en décharge imposée et des soins de plaie optimisés. Néanmoins, dans certaines régions à haut risque, le taux d'hospitalisation pour plaies est inférieur à la moyenne nationale et le recours à l'hospitalisation précoce y

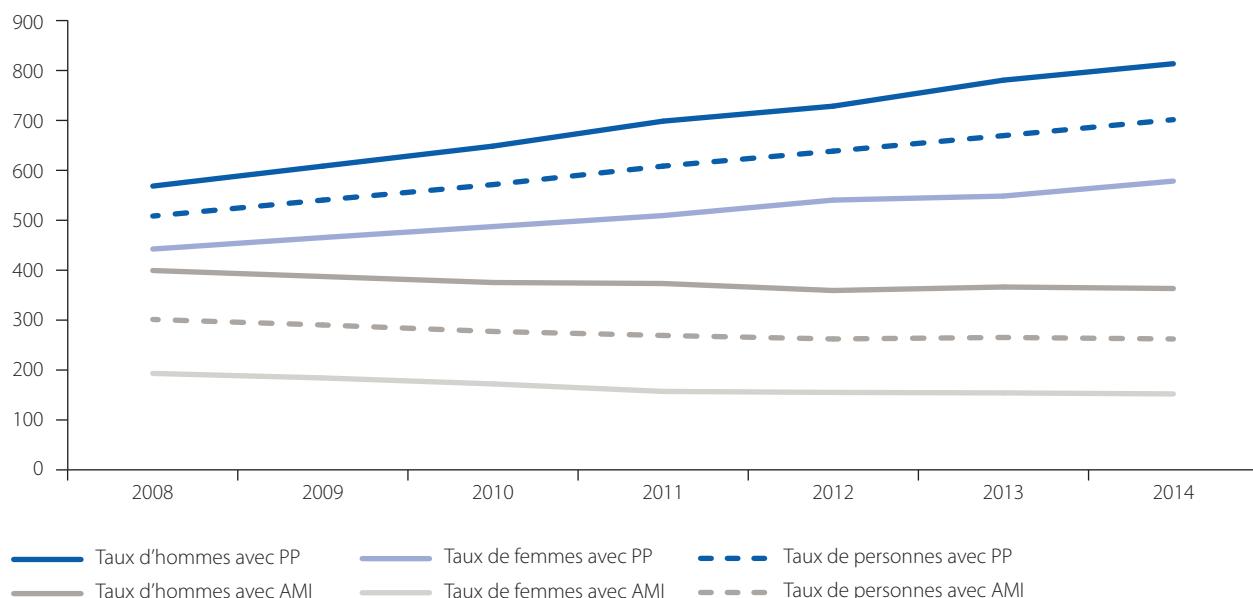
serait donc insuffisant (figure 49). Par exemple, on retrouve à La Réunion un fort taux d'amputation mais un faible taux d'hospitalisation pour plaie.

Un coût très élevé des soins liés aux complications podologiques, qui concernent peu de patients diabétiques

Peu de personnes sont concernées par les complications terminales du diabète, mais celles-ci ont des dépenses de soins remarquablement élevées. Ainsi, en 2012, si un patient diabétique a une dépense moyenne de 6 730 euros (dépense totale, liée au diabète ou non⁸¹), ceux qui ont été pris en charge pour dialyse ou amputation ont, eux, une dépense de 63 830 euros en moyenne. Ainsi, alors qu'ils représentent moins de 1 % de la population totale (22 850 personnes sur 2,9 millions de diabétiques affiliés au régime général de l'Assurance Maladie), leurs dépenses totalisent 1,5 milliard d'euros, soit 8 % de la dépense totale (figure 50).

Le coût spécifique du pied diabétique (amputation ou plaie du pied hospitalisée) est estimé pour 2012 à 660 millions d'euros⁸², dont 350 millions d'euros liés aux patients avec amputation et 310 liés à ceux ayant eu un séjour hospitalier en soins aigus pour plaie du pied. Avec respectivement

► FIGURE 48
Évolution de 2008 à 2014 des taux standardisés d'amputation des membres inférieurs (AMI) et d'hospitalisation pour plaie du pied (PP) pour 100 000 patients diabétiques



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

⁸⁰ Le marqueur de précarité utilisé combine le bénéfice de la CMU-C (remplacé par d'autres dispositifs au-delà de 60 ans), les codes de précarité du PMSI et certains codes dits de «petits régimes» (bénéficiaires du RSA, etc.).

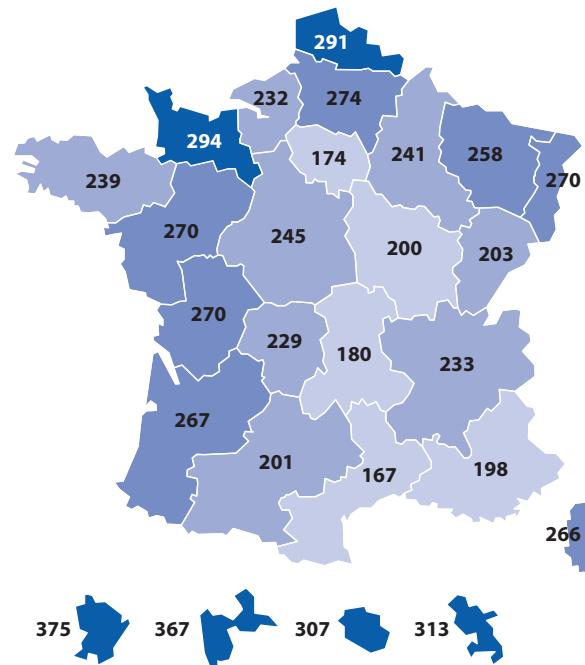
⁸¹ Voir chapitre 1, encadré 3 - Le diabète et ses complications, un coût de 10 milliards d'euros pour l'Assurance Maladie en 2012.

⁸² La dépense attribuable à la prise en charge de ces complications podologiques a été estimée par des modèles comparant les patients diabétiques hospitalisés pour amputation et ceux hospitalisés pour plaie du pied aux patients diabétiques n'ayant pas subi de tels événements en 2012. Cette comparaison a été faite à âge et sexe relativement comparables. Il est à noter cependant qu'il est parfois difficile d'isoler le coût spécifique au pied diabétique, car les patients concernés ont de multiples complications du diabète : par exemple, respectivement 11 % et 4 % des personnes hospitalisées pour amputation ou plaie sont aussi dialysées, alors que cette complication est elle aussi rare.

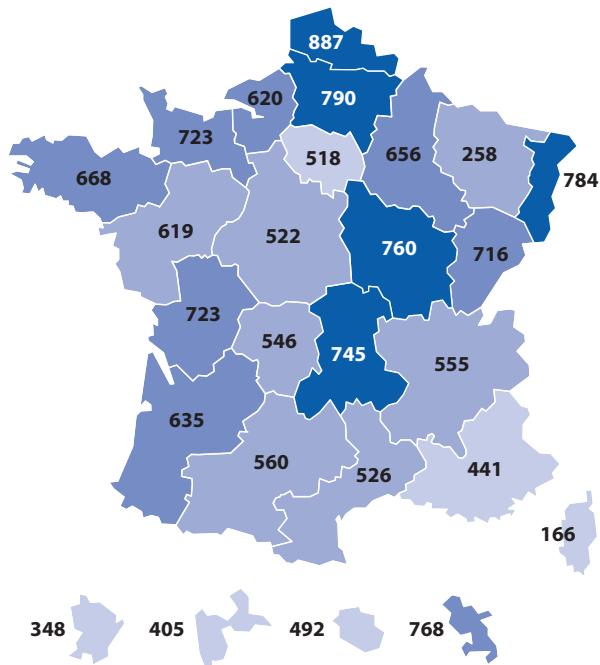
► FIGURE 49

Taux d'incidence standardisés^(a) d'hospitalisation pour 100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, en 2013

Amputations de membre inférieur



Hospitalisations pour plaies du pied



(a) Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne 2010 : Eurostat, population EU-27 chez les personnes âgées de plus de 45 ans

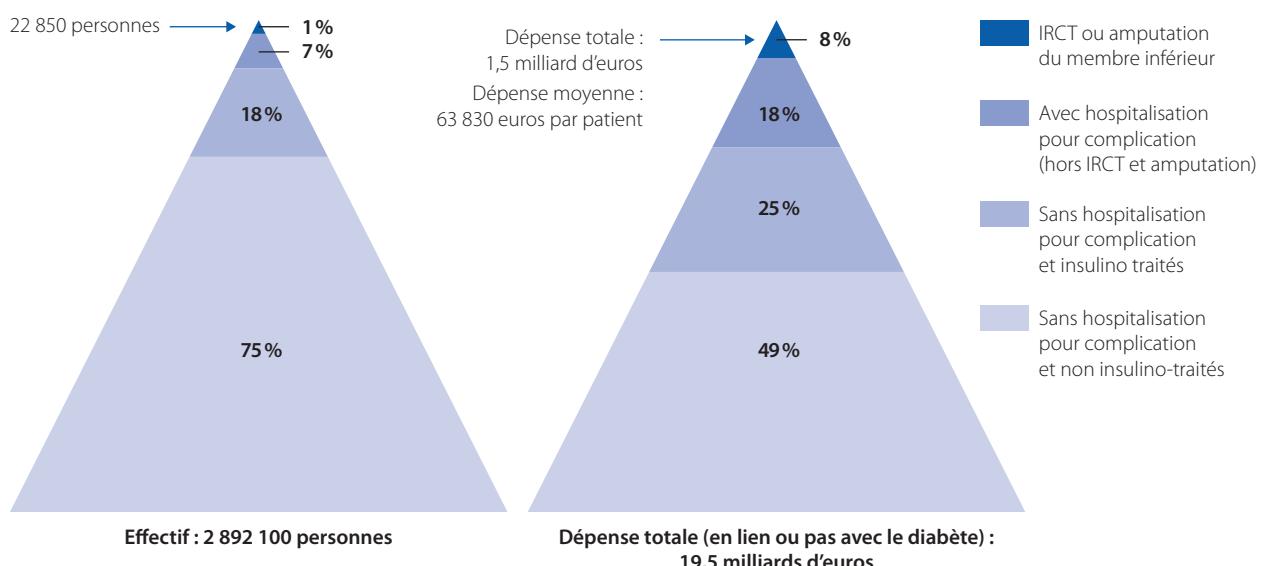
Champ : France entière (hors Mayotte)

Source : Sniiram, DCIR-PMSI

Source des cartes : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 34-35 du 10 novembre 2015.

► FIGURE 50

Répartition des effectifs de patients diabétiques selon quatre niveaux de risque et dépenses d'assurance maladie correspondantes, en 2012



Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (Sniiram 2011,2012)

une moyenne de 179 et 122 jours d'hospitalisation dans l'année pour les deux types de patients, l'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et en soins de suite et de réadaptation (SSR) représente près des trois quarts de cette dépense, avec un montant estimé à 487 millions d'euros. Encore s'agit-il d'une estimation par défaut : les patients pris en charge exclusivement en ville ou consultation externe pour plaie, ainsi que ceux ayant eu une hospitalisation pour plaie ou amputation l'année précédente n'ont pas été comptabilisés, alors qu'ils ont probablement des soins infirmiers et de kinésithérapie coûteux, et pour une part des frais d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation.

On retrouve dans la population des patients diabétiques une gradation des niveaux de risque qu'on illustre souvent, comme **figure 50**, par une pyramide, avec à l'extrémité une petite fraction de patients à très haut risque qui concentrent des coûts très élevés. Prévenir ou retarder l'apparition des complications terminales de la maladie est à la fois un enjeu majeur de santé, pour des personnes dont la survie est réduite et la qualité de vie lourdement altérée, et un enjeu pour la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Des améliorations possibles sur la prévention et la prise en charge

Des retards constatés dans la prise en charge

En 2014, pratiquement tous les patients diabétiques ayant eu une prise en charge par forfait podologique (98 %) bénéficient d'une prise en charge médicale pour affection de longue durée, soit diabète (85 %), soit artériopathie des membres inférieurs (6 %), soit autre. Pourtant, on constate des retards dans la prise en charge ambulatoire, en amont d'une hospitalisation. Ainsi, une étude pilote, menée en 2015 par la Société francophone du diabète dans 21 centres et auprès de 200 patients, a constaté que seulement 10 % des patients ayant une plaie du pied avaient été adressés dans les 48 heures à un centre expert, la moitié d'entre eux n'arrivant qu'après quatre semaines d'évolution⁸³. De ce fait, 30 % de ces patients ont dû être hospitalisés.

Une bonne montée en charge du forfait podologique, mais une cible prioritaire encore insuffisamment couverte

L'Assurance Maladie prend en charge depuis 2008 un forfait podologique pour soins de prévention par le pédicure-podologue pour les patients diabétiques de grade 2 et de grade 3, avec respectivement quatre et six séances remboursées par an.

Cette prestation s'est diffusée largement, avec 250 000 personnes diabétiques bénéficiaires du forfait en 2014. Cet effectif est cependant encore inférieur à la population que l'on estime relever de ce type de soins, évaluée à 340 000 personnes, et la population la plus à risque est

peut-être insuffisamment couverte. En effet, lorsqu'on analyse le profil des patients diabétiques ayant débuté des soins podologiques en 2013 (soit environ 50 000 patients, âgés de 69 ans en moyenne), on constate qu'il s'agit bien, fréquemment, de patients ayant un diabète compliqué (39 % traités par insuline, 35 % avec un marqueur de maladie cardio-neurovasculaire), mais que :

- seulement 45 % d'entre eux sont des hommes, alors que le risque podologique est plus élevé pour ces derniers que pour les femmes ;
- et un tiers d'entre eux n'ont bénéficié que d'une seule séance dans le cadre du forfait podologique sur douze mois, et seulement un autre tiers d'au moins quatre séances, comme il est recommandé.

Il est possible – et c'est une explication avancée par les professionnels de santé⁸⁴ – que le forfait ou la technique de gradation ne soient pas toujours bien connus des médecins prescripteurs, conduisant à la prescription de forfaits pour les patients en grade 0. Les podologues ne prendraient alors en compte qu'une seule séance dans le cadre d'un forfait, car elle a été prescrite et pour ne pas pénaliser le patient non éligible, mais ils ne renouvelleraient pas la séance.

Une action a d'ailleurs été engagée par l'Assurance Maladie entre novembre 2014 et mars 2015 sur l'ensemble du territoire afin d'informer les médecins généralistes de l'existence et des modalités d'utilisation du forfait podologique et de distribuer mémos et monofilaments. Des mémos sont aussi disponibles pour les podologues. L'impact de cette action sera évalué à un an, lorsque les données seront disponibles.

D'autres explications à l'usage encore insuffisant du forfait podologique sont avancées, comme l'absence de motivation des patients les plus précaires, qui ne perçoivent pas l'urgence de tels soins, ou encore l'avance de frais qui peut constituer un frein. En 2015, seuls 30 % des forfaits podologiques facturés à la date de janvier 2016 ont fait l'objet d'un tiers payant. La généralisation de ce dernier en 2016 pour les patients en affection de longue durée devrait permettre de lever ce frein.

On constate par ailleurs des écarts régionaux dans le taux d'initiation du forfait podologique, de 1,4 % en Île-de-France et Bourgogne-Franche-Comté à 2,5 % en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, et de 0,6 ou 0,7 % en Martinique et Guadeloupe à 2,2 % à La Réunion. La part de patients qui n'ont bénéficié que d'une séance varie de 30 % en Normandie à 46 % en Corse, et de 24 % à La Réunion à 48 % en Guadeloupe. La part de ceux qui ont bénéficié de moins de quatre séances varie de 60 % dans les Hauts-de-France, par exemple, à 73 % en Corse, et de 53 % à La Réunion à 81 % en Guadeloupe (**figure 51**).

Au-delà du forfait podologique, d'autres problématiques existent pour la prévention des plaies aggravées ou des amputations de ces patients à haut risque, telles que l'accès

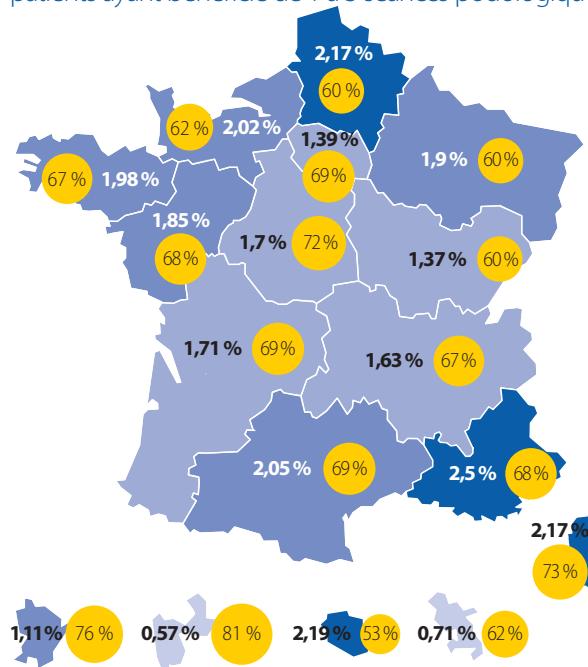
83 Communication du Pr A. Hartemann faite au Congrès du pied diabétique, Montpellier, février 2016.

84 Congrès du pied diabétique, Montpellier, février 2016.

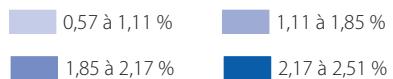
► FIGURE 51

Taux d'initiation des forfaits podologiques pour les patients diabétiques et densité de pédicures-podologues par département

Taux d'initiation des forfaits podologiques et part des patients ayant bénéficié de 1 à 3 séances podologiques



Taux d'initiation des forfaits podologiques parmi les personnes diabétiques



Part des patients ayant bénéficié de 1 à 3 séances de podologiques au cours des 12 mois



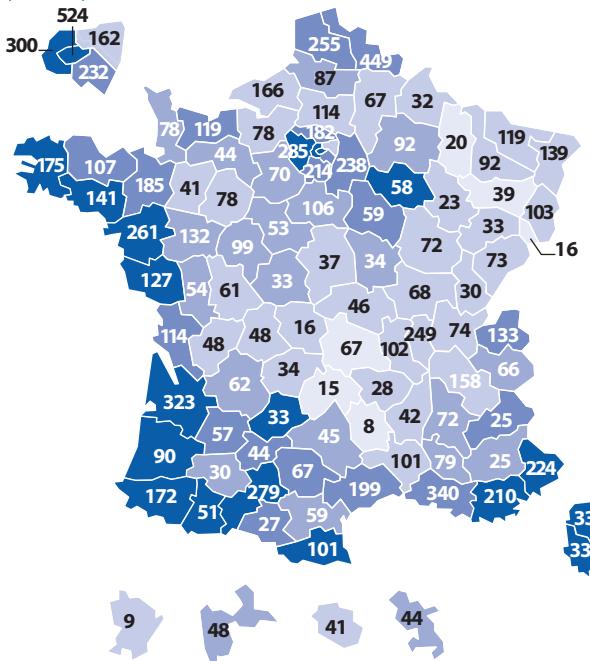
Champ : régime général hors sections locales mutualistes
Source : Cnamts (Sniiram)

à du matériel spécifique (semelles ou chaussures adaptées) qui peut être problématique ou, s'agissant de soins très spécialisés qui concernent peu de patients, la question des compétences et des savoir-faire spécifiques des professionnels (infirmières, podoloques) qui les prennent en charge.

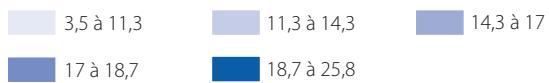
Des initiatives pour améliorer la prise en charge posthospitalisation avec le déploiement de programmes tels que Prado plaies chroniques

Le volet plaies chroniques du programme Prado est actuellement expérimenté afin de diminuer les durées de cicatrisation et les récidives grâce à un accompagnement du patient lors de son retour à domicile après une hospitalisation pour plaie chronique. Ce programme s'adresse aux personnes ayant été hospitalisées chez lesquelles un ulcère veineux ou des escarres ont été diagnostiqués, ainsi qu'aux personnes diabétiques ayant une plaie du pied.

Effectif et densité de pédicures-podologues par département en 2014



Densité pour 100 000 habitants



Note de lecture : les effectifs de pédicures-podologues sont indiqués dans chaque département.

Champ : tous régimes

Sources : Cnamts (Snir) et Insee, traitements Cnamts

Ce programme s'inscrit dans une politique globale d'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques en France en associant:

- des actions hospitalières de prévention des escarres (par exemple, l'extension à d'autres territoires du programme « Sauve ma peau » mis en place par l'agence régionale de santé Île-de-France en 2014) ;
 - des actions en direction des équipes de soins de proximité avec des visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) portant sur l'amélioration des pratiques dans le cadre de la gestion du risque (remise de mémo et/ou promotion de l'application smartphone « e-mémo plaies chroniques » téléchargeable gratuitement sur Google Play et App Store) ;
 - une expérimentation du programme de retour à domicile après hospitalisation pour les patients porteurs de plaies chroniques dans un premier temps, puis une extension aux patients porteurs de plaies chroniques et consultant en soins externes.

L'offre est composée de trois axes de prise en charge: l'initialisation du suivi médical, la mise en place de l'aide à la vie si nécessaire et l'accompagnement attentionné par l'équipe de soins de proximité avec le recours à l'expertise de la plaie. Pour les plaies du pied diabétique, l'avis d'expert est organisé systématiquement dans un délai idéalement donné par l'expert lors de l'hospitalisation (suite à une visite du patient ou un avis dématérialisé) ou à défaut à un mois.

L'expertise des plaies peut se faire en consultation ou par télémédecine en s'appuyant sur les organisations existantes disponibles sur le terrain (dans ou en dehors du cadre de l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2014).

En synthèse, un constat contrasté

D'un côté, des améliorations de la prise en charge ont conduit à une diminution ou à une stabilisation des taux d'amputation et, en parallèle, à un recours de plus en plus fréquent à l'hospitalisation pour plaie du pied.

Cependant, des disparités régionales persistent, et surtout, la prise en charge en amont de l'hospitalisation pourrait être améliorée. La connaissance des professionnels et des patients, la participation financière pour des patients souvent défavorisés socialement, l'offre et l'organisation des soins sur le territoire peuvent aujourd'hui constituer des freins. On note en particulier:

- un retard à l'adressage des patients avec plaie vers un centre spécialisé;
- une formation des infirmiers sur ces soins spécifiques de qualité variable, avec un nombre de patients soignés faible en moyenne;
- une prescription de matériel (semelles ou chaussures adaptées) complexe, car nécessitant des connaissances spécifiques de la part des professionnels et une avance de frais ainsi qu'un montant restant à la charge des patients;
- une formation des médecins sur la gradation du risque podologique encore insuffisante;
- même si le forfait podologique est davantage utilisé, des difficultés qui demeurent pour atteindre complètement la cible des patients les plus à risque (hommes et précaires) et respecter le nombre de séances requis.

Propositions

Propositions sur la prise en charge du pied diabétique

Proposition 8

_ Poursuivre les actions pour améliorer la prise en compte du risque podologique par les professionnels et les patients

- Information des professionnels de santé, endocrinologues et médecins généralistes, sur la technique de gradation du risque podologique et sa nécessité, ainsi que sur la prescription du forfait podologique (évaluer la campagne DAM réalisée en 2014-2015 auprès des médecins généralistes, la développer auprès des endocrinologues libéraux qui suivent des patients diabétiques, évaluer les connaissances des médecins lors du renouvellement de l'enquête Entred en 2017);
- Information des patients : générale, en utilisant tous les canaux (site ameli, site d'associations, sophia, etc.), individualisée auprès des patients entrant dans le forfait podologique (par courriers) ; évaluer les connaissances des patients lors du renouvellement de l'enquête Entred en 2017.

Proposition 9

_ Développer une filière ambulatoire et hospitalière spécifique pour les patients à très haut risque ou avec plaie du pied avec un maillage territorial

Peu de patients sont concernés par cette complication rare, mais extrêmement grave et coûteuse. Ces personnes à très haut risque, à la fois podologique et d'autres complications du diabète, relèvent d'une prise en charge plus spécialisée et intensifiée que les 3,5 millions de patients diabétiques suivis régulièrement par leur médecin traitant. Or notre système de santé semble peiner à les orienter au mieux, sauf au sein du milieu hospitalier et à un stade tardif.

Pour renforcer la proactivité du système vis-à-vis de cette fraction particulièrement fragile de patients diabétiques, il est proposé que les patients concernés fassent l'objet d'un repérage, réalisé par un professionnel expert dans ce domaine, qui ouvrirait droit à une orientation dans une filière haute-

ment spécialisée incluant la collaboration de diabétologues, podologues et infirmiers spécifiquement formés et offrant une prise en charge spécifique, c'est-à-dire certes des soins podologiques spécifiques, mais aussi des soins infirmiers spécifiques, un matériel de chaussage adapté et la possibilité d'avoir spécialisés rapides.

Cette filière serait à la fois hospitalière et ambulatoire.

Pour l'hospitalisation, il est nécessaire d'identifier les services hospitaliers MCO et SSR prenant en charge ces patients complexes au stade le plus grave, et d'assurer la visibilité de cette filière de recours très spécialisée. Une réflexion est à mener sur une tarification adaptée des prises en charge en hospitalisation de jour.

La filière ambulatoire pourrait aussi être assurée par des centres hospitaliers labellisés à partir d'un cahier des charges national (certains se sont déjà spécialisés dans la prise en charge du pied diabétique en consultation et font face à une forte demande), mais un niveau de recours intermédiaire pourrait aussi être assuré par des maisons de santé pluridisciplinaires.

La rémunération de ces prises en charge, pour les patients ainsi repérés, pourrait être redéfinie sous forme d'un forfait dédié.

Proposition 10

_ Mieux organiser la prise en charge en cas d'hospitalisation et assurer la continuité de soins spécialisés en sortie d'hospitalisation

L'expérimentation du volet plaies chroniques du programme Prado (ou des services offerts de même type développés dans certaines régions) doit être poursuivie et développée afin de raccourcir les séjours MCO et SSR, d'assurer la continuité de soins spécialisés lors du retour à domicile des patients et de diminuer le risque de récidive.

Actuellement, 44 % des patients sont réhospitalisés pour plaie dans l'année suivant leur sortie de l'hôpital. Un objectif de diminution de 2 % à l'horizon de 2018 pourrait être retenu.

3.3.2 / Les personnes âgées en Ehpad

Les progrès majeurs de prise en charge médicale ont conduit à un allongement important de l'espérance de vie et à un vieillissement de la population française. Au 1^{er} janvier 2013, 11,5 millions de personnes étaient âgées de 65 ans ou plus, soit 17,6 % de la population française⁸⁵. Si les tendances actuelles se poursuivent, près d'une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans en 2060⁸⁶. Cet allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'un accroissement de la fréquence des polypathologies⁸⁷ et des déficits sensoriels ou moteurs. En conséquence, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente. Elles étaient ainsi 1,2 million (7,8 % des 60 ans ou plus) à percevoir l'allocation personnelle d'autonomie (APA) en France métropolitaine en 2012 et pourraient être 2,3 millions en 2060⁸⁸.

Ces évolutions constituent un défi majeur pour l'organisation et le financement du système de santé français. Le maintien à domicile des personnes âgées, la limitation du recours aux soins hospitaliers évitables ou inadaptés et une meilleure coordination entre les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement de cette population sont aujourd'hui des priorités de l'action publique que l'on retrouve par exemple dans les dispositifs Paerpa. Le recours aux dispositifs de maintien à domicile, comme l'hospitalisation à domicile (HAD), est fréquemment cité comme un outil pertinent à cette fin.

Le développement récent de nouvelles sources de données, comme la base Resid-Ehpad et les progrès des systèmes d'information, permet aujourd'hui d'améliorer la connaissance des soins et prises en charge de cette population et d'envisager un suivi longitudinal, en complément des enquêtes qui constituaient la principale source d'information jusqu'à présent⁸⁹. Ce chapitre présente les premiers résultats issus de ces analyses autour des sujets suivants : l'état de santé à l'entrée et le devenir des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) dans l'année qui suit leur entrée, ainsi que le recours à l'HAD en Ehpad.

Les personnes admises en Ehpad : un état de santé très dégradé et une surmortalité élevée par rapport à la population générale

Une analyse a été menée sur la population des personnes accueillies pour la première fois en Ehpad au cours du premier trimestre 2013 et affiliées au régime général, soit 25 500 personnes⁹⁰. Afin de mieux comprendre les pathologies qui conduisent à l'admission en Ehpad et d'étudier les modifications du parcours de soins induites par cette admission, les

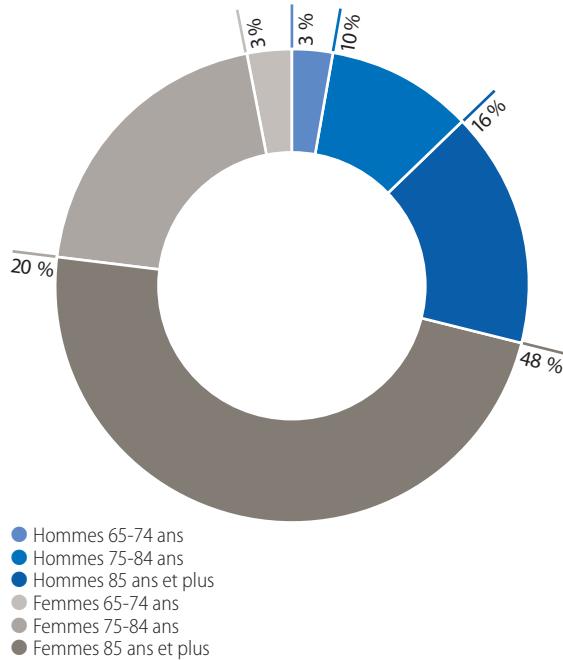
caractéristiques de ces nouveaux résidents ont été comparées à celles des personnes de même âge de la population du régime général domiciliées hors d'un Ehpad ou d'un établissement de santé autorisé à dispenser des soins de longue durée (établissement SLD).

Une surmortalité élevée, notamment chez les moins âgés

L'âge moyen des nouveaux résidents en Ehpad était de 86 ans et 71 % d'entre eux étaient des femmes. Les femmes de 85 ans et plus représentaient ainsi près de la moitié (48 %) de la population concernée. Seulement 6 % des nouveaux résidents étaient âgés de 65 à 74 ans, ils se répartissaient à proportion égale entre femmes et hommes (**figure 52**).

Plus d'une personne sur cinq admise en Ehpad au premier trimestre 2013 est décédée dans le courant de 2013 (22 %). La mortalité était moins élevée chez les femmes que chez les hommes, ce qui reflète les différences d'espérance de vie entre femmes et hommes. La mortalité s'élevait très rapidement avec

► FIGURE 52
Répartition selon l'âge et le sexe des patients admis en Ehpad au premier trimestre 2013



*Champ : régime général - France entière
Source : Cnamts (Sniiram, Resid-Ehpad)*

85 Bellamy V. et Beaumel C., «Bilan démographique 2015 – Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre», *Insee Première*, n° 1581, janvier 2016.

86 Blanpain N. et Chardon O., «Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans», *Insee Première*, n° 1320, octobre 2010.

87 Rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016 (chapitre 1 sur la cartographie des dépenses de soins et des pathologies).

88 Lecroart A., Froment O., Marbot C. et Roy D., «Projection des populations âgées dépendantes - Deux méthodes d'estimation», Drees et Insee, *Dossiers solidarité et santé*, n° 43, septembre 2013.

89 Il s'agit d'un appariement entre le système d'information Resid-Ehpad, le Sniiram – PMSI et l'outil de cartographie des pathologies et des dépenses. Voir encadré 8.

90 En 2013, 651 000 personnes étaient hébergées en Ehpad ou unités de soins de longue durée (USLD), quelle que soit leur affiliation à un régime d'assurance maladie. Près de 372 000 d'entre elles étaient hébergées en Ehpad, affiliées au régime général, âgées de 65 ans et plus, et avaient eu au moins un remboursement de soins à la fois en 2012 et en 2013. Cet effectif représente 4,5 % de la population de 65 ans et plus affiliée au régime général.

l'âge, de 16 % à 35 % chez les hommes respectivement âgés de 65 à 74 ans et ceux de 85 ans et plus, et de 14 % à 21 % chez les femmes des mêmes groupes d'âge.

Toutefois, en comparaison à la population générale hors Ehpad et établissement SLD de même âge et de même sexe, la fréquence de décès est d'autant plus élevée que les nouveaux résidents sont moins âgés et sont des femmes. Ainsi, le décès était 9 fois plus fréquent chez les hommes et 16 fois plus chez les femmes âgés de 65 à 74 ans nouvellement admis en Ehpad que dans la population générale de même âge, 6 fois plus fréquent – hommes et femmes confondus – dans la tranche 75-84 ans et 2 à 3 fois plus fréquent à partir de 85 ans. Ces résultats témoignent de la grande fragilité des personnes admises en Ehpad, et particulièrement des moins âgées et des femmes. L'analyse des pathologies (voir ci-dessous) confirme que la maladie contribue davantage à l'admission en Ehpad des personnes les plus jeunes et la dépendance à celle des plus âgées.

Une fréquence très élevée des maladies neurologiques, dégénératives ou psychiatriques, particulièrement chez les patients les moins âgés, avant l'admission en Ehpad

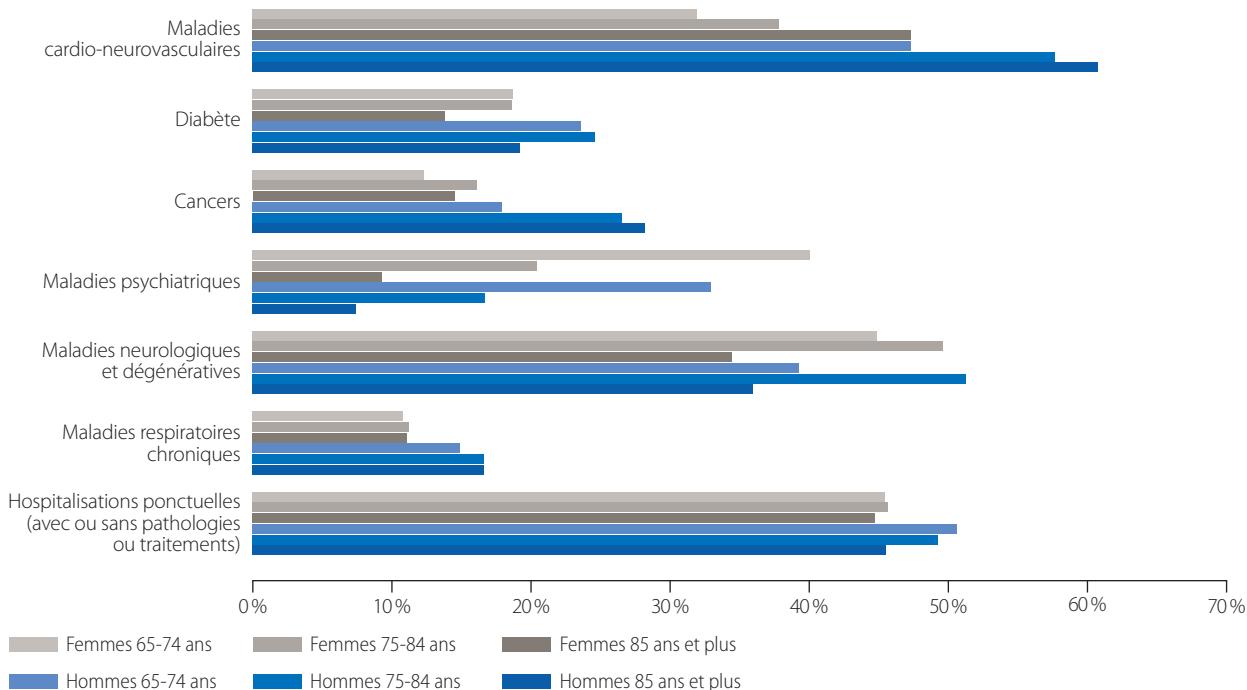
Au cours de l'année 2012, donc juste avant l'admission en Ehpad, 86 % des futurs résidents présentaient au moins une

pathologie chronique⁹¹. Les pathologies les plus fréquentes étaient les maladies cardio-neurovasculaires (48 %), les démences (34 %), les cancers (18 %), le diabète (17 %) et les maladies psychiatriques (14 %) (**figure 53**). Le profil des pathologies variait selon la classe d'âge des résidents. Ainsi, les maladies cardio-neurovasculaires dans leur ensemble étaient plus fréquemment présentes chez les personnes les plus âgées (85 ans et plus). Chez les patients les plus jeunes (65-74 ans), les accidents vasculaires cérébraux (22 % des hommes et 16 % des femmes) et les maladies psychiatriques (40 % tous sexes confondus, contre 9 % chez les 85 ans et plus) étaient plus fréquemment documentés. Les démences étaient plus fréquemment retrouvées dans la tranche intermédiaire 75-84 ans (41 % des hommes, 42 % des femmes) et, parmi les 65-74 ans, davantage chez les femmes (34 %) que chez les hommes (25 %). Enfin, les hospitalisations dites ponctuelles, c'est-à-dire non liées à des pathologies chroniques – apparaissaient fréquemment (46 %) – avec de faibles variations par âge et sexe, ce qui témoigne probablement soit de pathologies traumatiques, soit de pathologies infectieuses ayant compliqué la prise en charge ambulatoire, soit de la réalisation d'investigations diverses.

Les pathologies des personnes ne semblaient pas influer sur le type d'Ehpad dans lequel elles étaient hébergées (tarif global ou partiel, avec ou sans pharmacie à usage intérieur). La seule différence notable portait sur la démence, retrouvée

► FIGURE 53

Fréquence de différentes pathologies à l'entrée en Ehpad par âge et par sexe pour les patients entrés en Ehpad au premier trimestre 2013



Champ : régime général, données 2013 - France entière

Source : Cnamts (Sniiram, Resid-Ehpad)

91 Parmi les pathologies cardio-neurovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies psychiatriques, neurodégénératives, inflammatoires ou rares, le VIH, l'insuffisance rénale chronique terminale, les maladies du foie et du pancréas et autres affections de longue durée.

un peu plus fréquemment chez les personnes accueillies dans les établissements à tarif global que dans ceux à tarif partiel (38 %, contre 32 %).

On retrouve chez les résidents en Ehpad une surreprésentation de certaines pathologies par rapport à la population générale du même âge. Ainsi, les hommes et les femmes âgés de 65-74 ans résidant en Ehpad sont 30 et 40 fois plus souvent concernés par la démence, 11 fois plus souvent par la maladie de Parkinson, 10 fois plus souvent par une maladie neurologique, essentiellement l'épilepsie, et 21 et 18 fois plus souvent par un trouble psychotique que la population générale hors Ehpad et établissement SLD du même âge. Ces hommes et femmes de 65-74 ans ont aussi eu 14 et 9 fois plus souvent une hospitalisation pour un épisode cardio-neurovasculaire aigu, en particulier pour accident vasculaire cérébral (22 et 28 fois plus souvent) et insuffisance cardiaque aiguë (7 et 13 fois plus souvent). Ces pathologies ont donc probablement fortement contribué à l'admission en Ehpad.

Dans le groupe âgé de 75 à 84 ans, les maladies psychiatriques et neurodégénératives étaient beaucoup plus fréquentes (de l'ordre de 5 à 7 fois) que dans la population générale de même âge. Après 85 ans, les pathologies neurologiques, dégénéra-

tives, psychiatriques et cardio-neurovasculaires dominaient, mais avec un sur-risque moins marqué, de l'ordre de 2 à 3. En revanche, il existait peu de différences de fréquence avec la population générale pour d'autres pathologies somatiques n'entraînant pas forcément de handicap direct au long cours, comme les cancers ou le diabète, sauf lorsque ce dernier était traité par insuline, et le sur-risque était alors très modéré, de l'ordre de 1,3 à 2,3 fois celui de la population générale.

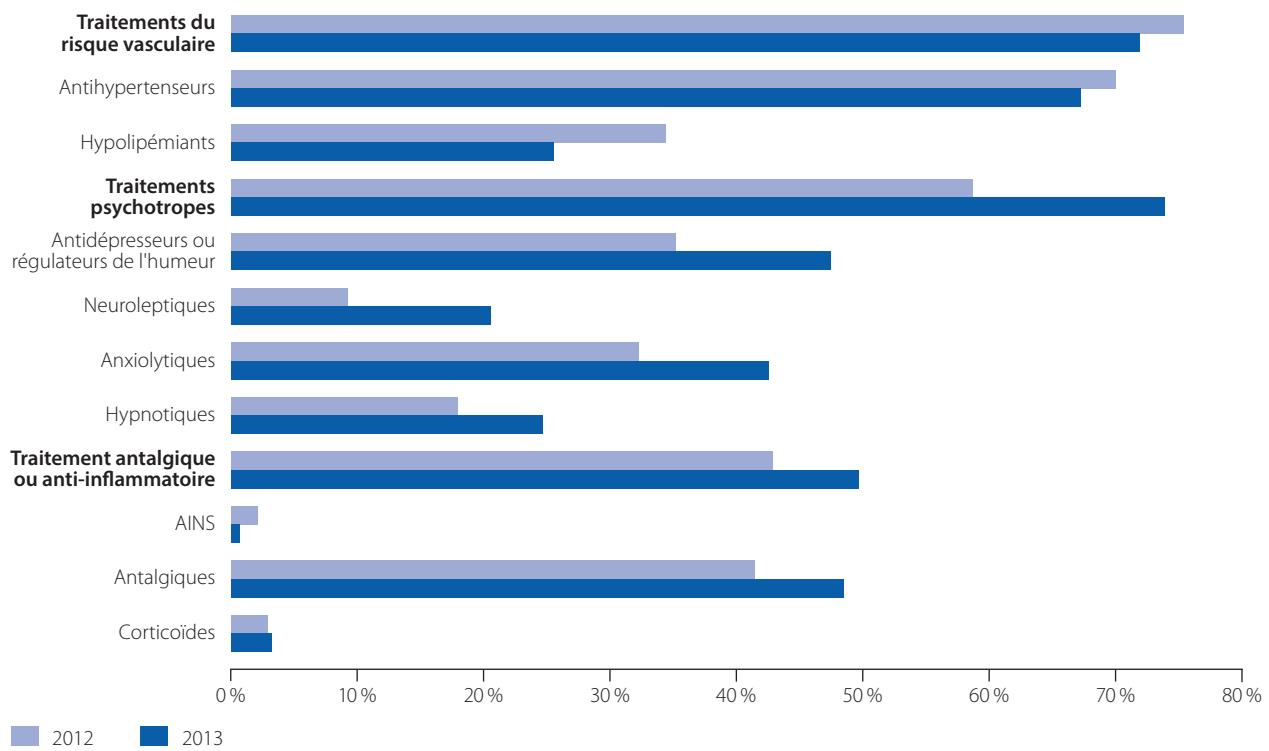
Une augmentation du recours aux psychotropes après admission en Ehpad

Le recours aux médicaments n'a pu être étudié qu'au sein des Ehpad qui ne disposaient pas de pharmacie à usage intérieur⁹², c'est-à-dire pour 79 % des personnes hébergées (**figure 54**).

Après l'admission en Ehpad, comparativement à la situation antérieure, on observait une discrète augmentation du recours (trois délivrances sur douze mois) aux médicaments contre la démence, de 17,5 % à 19 %, peut-être liée à un diagnostic récent. De façon plus préoccupante, le recours déjà très fréquent aux psychotropes s'accentuait fortement, passant de 59 % avant l'admission en Ehpad à 74 % après celle-ci, qu'il s'agisse des traitements antidépresseurs (35 %, contre 47 %), anxiolytiques

► FIGURE 54

Fréquence du recours à différents traitements médicamenteux pendant l'année avant et l'année après l'entrée en Ehpad chez les résidents entrés en Ehpad au premier trimestre 2013 survivants à un an



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

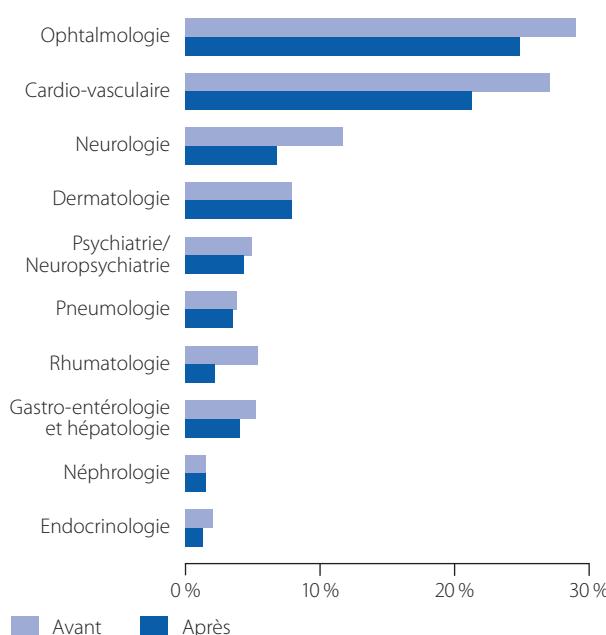
92 Pour ces Ehpad, on dispose des consommations de médicaments qui peuvent être chaînées au patient. Lorsque l'Ehpad a une pharmacie à usage intérieur, la consommation médicamenteuse est incluse dans le forfait et n'est pas observable dans les bases de remboursement.

(32 %, contre 42 %), hypnotiques (18 %, contre 25 %) et même neuroleptiques (9 %, contre 20 %).

Si ceci peut parfois témoigner d'une situation aiguë survenue juste avant l'admission et qui a entraîné l'entrée en Ehpad, ce recours massif aux psychotropes est préoccupant et signe un accompagnement difficile à mettre en œuvre dans les Ehpads. La HAS a mis en place entre 2006 et 2016 un programme pilote auprès de divers professionnels de santé, incluant des outils et des recommandations visant à diminuer la fréquence d'utilisation des différentes classes de psychotropes chez les personnes âgées (anxiolytiques, hypnotiques et neuroleptiques) et à améliorer la prise en charge des situations cliniques à l'origine des prescriptions. Elle avait déjà noté que plus d'une personne sur deux consommait des psychotropes après 70 ans. Or ces médicaments peuvent entraîner de nombreux effets secondaires, augmenter le risque de chute, de confusion, etc. Ce constat est toutefois à nuancer quant au recours aux traitements antidépresseurs. En effet, l'utilisation plus fréquente de ces traitements peut au contraire être le signe d'une meilleure prise en charge de la dépression, fréquente chez la personne âgée dépendante.

Parallèlement, des plans de santé publique, notamment les plans « Psychiatrie et Santé mentale », « Bien Vieillir » ou encore « Alzheimer », ont contribué à la diffusion de ces messages et actions. Des actions spécifiques aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou institutionnalisées ont ainsi été conduites. Leurs résultats semblaient donc encore largement insuffisants en 2013.

► FIGURE 55
Pourcentage de patients ayant recours à un spécialiste dans les douze mois avant et après leur admission en Ehpad



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

Des modifications marquées du recours aux soins après admission en Ehpad

Un patient sur deux change de médecin traitant, le recours aux médecins spécialistes diminue mais celui aux masseurs-kinésithérapeutes augmente fortement

Près d'un patient sur deux (46 %) a changé de médecin traitant après son admission en Ehpad, ce qui peut être lié au changement de domicile, à l'absence d'offre de visites à domicile du médecin lui-même ou au mode d'organisation de l'Ehpad. Ce changement, s'il n'est pas accompagné, peut générer des difficultés dans la connaissance de l'histoire médicale du patient et de sa prise en charge souvent très complexe, ainsi que dans la relation du soigné avec les soignants, à un moment de vulnérabilité particulière. D'autant que chez ces patients devenus probablement moins mobilisables, le recours annuel aux spécialistes libéraux ou en consultation externe hospitalière observé en 2013 chutait, pour le cardiologue de 27 % à 21 %, pour le neurologue de 12 % à 7 %, mais aussi pour l'ophtalmologue de 29 % à 25 % (**figure 55**)⁹³.

Le recours au masseur-kinésithérapeute libéral est analysable pour les établissements à tarif partiel. Il a augmenté très fortement, de 43 % des patients avant leur admission à 64 % après celle-ci. Si les maladies ayant causé l'entrée en Ehpad peuvent en partie justifier ce recours, on relevait cependant un nombre moyen d'actes annuels chez ceux ayant eu des soins de kinésithérapie qui tendait à augmenter très fortement, doublant presque, de 47 à 84 actes par personne (pour les patients toujours vivant à douze mois). L'Ehpad fournit donc là une offre de soins fréquente, dont le niveau semble très élevé, y compris en tenant compte d'une augmentation de besoins engendrés par l'état de santé des personnes hébergées⁹⁴.

Une diminution de la fréquence et de la durée des hospitalisations en court séjour après entrée en Ehpad

Avant l'admission en Ehpad, 75 % des personnes ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année. Ce taux chutait à 40 % l'année suivant l'admission. Le nombre moyen de jours passés à l'hôpital sur une année chutait également, de 21 jours avant l'admission à 11 jours après celle-ci. Ces fréquences et le nombre élevé de jours d'hospitalisation avant admission peuvent s'expliquer par la survenue ou l'aggravation de la pathologie qui a elle-même provoqué l'admission en Ehpad.

En revanche, la proportion de séjours sans nuitée sur douze mois augmentait, de 12 % avant l'admission à 22 % après celle-ci. Un séjour sans nuitée sur deux après l'admission était survenu dans le cadre de l'urgence, c'est à dire que le patient avait été adressé en urgence vers un hôpital, sans que cela ait nécessité de véritable hospitalisation par la suite.

93 L'analyse est restreinte aux patients qui survivent à douze mois, afin de garder la comparabilité temporelle.

94 Les soins infirmiers étant intégrés au forfait de l'établissement, ils ne peuvent être individualisés et n'ont donc pu être analysés.

Une très grande fréquence de l'hospitalisation en urgence chez les résidents en Ehpad au-delà de la première année

Au-delà d'un recours ponctuel, les urgences constituent également le circuit préférentiel d'accès à l'hospitalisation pour cette population. En effet, lorsqu'une hospitalisation survient chez un résident en Ehpad, quel que soit son âge, elle se fait par le biais des urgences dans 64 % des cas. À titre de comparaison, ce pourcentage est de 45,6 % pour l'ensemble des personnes âgées de 80 ans et plus, et de 15 % dans la tranche d'âge 30-70 ans, en population générale. Ce taux est plus faible pour les Ehpad ayant une pharmacie à usage intérieur (PUI), quel que soit le mode de tarification (tarif global avec PUI: 52 %, sans PUI: 64 %, tarif partiel avec PUI: 60 %, sans PUI: 67 %).

L'importante dispersion de ce taux semble témoigner d'une très grande variabilité de pratiques entre les Ehpad. Ainsi, le taux était inférieur à 55 % pour le premier quartile et supérieur à 79 % pour le troisième.

Comme on l'a vu plus haut, les résidents en Ehpad forment une population particulièrement fragile, dépendante et exposée à de nombreuses pathologies. Pour autant, les Ehpad sont censés fournir un environnement avec un niveau de médicalisation et d'accompagnement correspondant à cette fragilité et cette dépendance. On recense par ailleurs un nombre croissant d'initiatives de filières gériatriques, d'équipes mobiles de gériatrie ou de procédures d'accès direct à l'hospitalisation censées prévenir la survenue de ces hospitalisations.

Dans ces conditions, le recours massif à l'hospitalisation par les urgences soulève de nombreux questionnements sur le parcours des résidents en Ehpad. Le passage aux urgences peut témoigner d'un événement de santé non prévu qui prend au dépourvu ou dépasse les compétences des équipes des Ehpad. Il peut également signaler l'absence, la non-mobilisation ou l'échec des dispositifs de « contournement » des urgences. Il peut enfin répondre à des considérations d'ordre organisationnel ou tarifaire pour les établissements de santé. Quels qu'en soient les motifs, un tel taux de recours ne peut en tout état de cause être considéré comme normal, surtout dans les établissements présentant les taux les plus élevés.

L'entrée en Ehpad apparaît donc comme un moment charnière dans le parcours des personnes âgées. Davantage motivée par des raisons médicales chez les patients les plus jeunes et par un état de dépendance chez les plus âgés, elle s'accompagne de modifications très importantes dans la prise en charge des personnes, qu'il s'agisse des traitements prescrits ou des modalités de recours aux soins et, en particulier, de leur médecin traitant. L'état de santé très dégradé à l'entrée en Ehpad s'accompagne d'un sur-risque de mortalité par rapport à la population générale, surtout chez les patients les moins âgés.

Une faible utilisation de l'HAD en Ehpad

Le dispositif HAD en Ehpad

Depuis février 2007, les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont autorisés à intervenir en Ehpad. Cette intervention « vise à éviter ou à raccourcir l'hospitalisation éventuelle des résidents, source de désorientation, qui peut favoriser la perte de repères, et facteur d'aggravation de sa pathologie »⁹⁵.

Les bénéfices attendus de cette intervention sont autant sanitaires (évitement d'hospitalisations prolongées et de réhospitalisation, sources d'aggravation de la dépendance des personnes âgées) qu'économiques (évitement de coûts en transports sanitaires importants, désengorgement des urgences).

Un dispositif marginal dans les parcours de soins des personnes âgées

En 2014, l'HAD représentait une part très faible de la prise en charge des personnes âgées de 80 ans et plus, avec 21 836 séjours, dont 4 646 concernaient des résidents d'Ehpad. Le taux de recours à l'HAD des résidents en Ehpad de 80 ans et plus était de 0,7 %, contre 0,6 % pour les patients du même âge en population générale.

Dans les parcours de soins des personnes âgées de 80 ans et plus, l'HAD se situe principalement en aval du d'une hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO): 65,6 % des patients pris en charge en 2014 l'étaient en aval direct d'une hospitalisation MCO. Un tiers des personnes admises en HAD était transféré par la suite en MCO.

À l'inverse, pour les résidents en Ehpad de 80 ans et plus, l'HAD se situe en amont du MCO: 67 % des résidents de 80 ans et plus sont admis en HAD antérieurement à leur hospitalisation en MCO et 33 % des résidents de 80 ans et plus entrent en HAD après une hospitalisation en MCO ou en soins de suite et de réadaptation.

Une réponse circonscrite aux pansements complexes et aux soins en fin de vie chez les plus de 80 ans

La population âgée de 80 ans résidant en Ehpad et ayant recours à l'HAD présentait un niveau de dépendance, évalué par l'indice de Karnofsky, légèrement plus important que celui des non-résidents. Chez les résidents de 80 ans et plus, trois séjours sur sept correspondaient à une prise en charge de type « pansements complexes », un séjour sur quatre à des soins palliatifs et un sur huit était lié à un traitement intraveineux. Ces constats sont conformes au rôle de « support de coordination » dévolu à l'HAD pour les patients lourds et complexes.

Plus de la moitié (53 %) des prises en charge étaient liées à trois motifs principaux: ulcères et escarres pour 28 %, affections malignes pour 18 % et accidents vasculaires cérébraux pour 7 %.

95 Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Afin d'apprécier le rôle de substitution à l'hospitalisation de l'HAD pour les résidents de 80 ans et plus pour les indications les plus fréquentes (ulcères, maladies neurodégénératives, tumeurs malignes, insuffisance cardiaque), le ratio entre les prises en charge HAD et MCO a été calculé indication par indication, à niveaux de dépendance et de sévérité équivalents. L'HAD est plus mobilisée pour les affections dermatologiques, où elle représente deux séjours sur cinq, mais elle reste très peu mobilisée pour les autres indications (état grabataire, démence et tumeurs malignes), représentant moins d'un séjour sur huit.

L'impact du recours à l'HAD en Ehpad sur le taux de réhospitalisation est difficile à établir en raison d'un effectif de patients trop faible

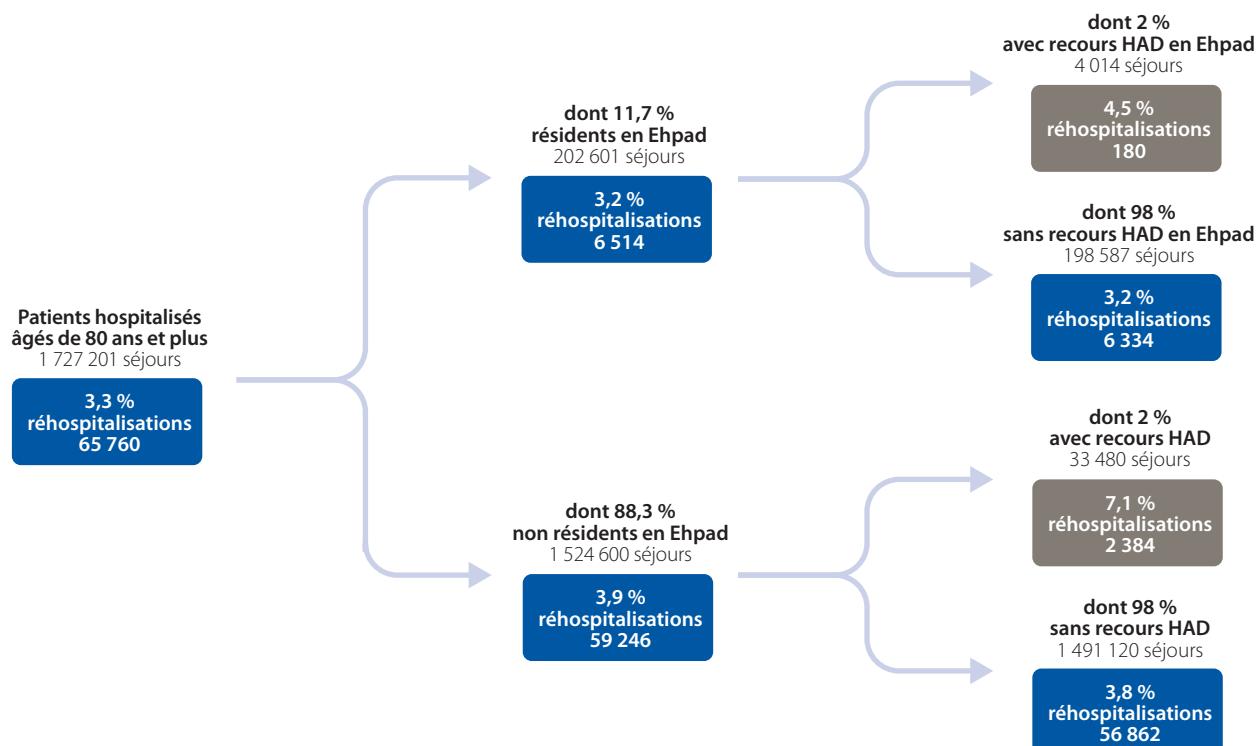
Sur l'ensemble des séjours MCO réalisés chez des patients âgés de 80 ans et plus en 2014, le taux de réhospitalisation était de 3,3 % (**figure 56**). Ce taux était plus faible chez les résidents en Ehpad (3,2 %) par rapport aux non-résidents (3,9 %). Les taux de réhospitalisation étaient cependant beaucoup plus élevés

pour les personnes prises en charge en HAD, qu'elles soient résidentes en Ehpad (4,5 %) ou non (7,1 %).

Les motifs d'hospitalisation et de réhospitalisation les plus fréquents étaient les affections cardio-vasculaires, les soins palliatifs, les lésions traumatiques et les pneumopathies, pathologies connues pour être à haut risque de réhospitalisation⁹⁶.

Cette différence de taux de réhospitalisation peut s'expliquer de plusieurs manières. Les patients éligibles à l'HAD, dans le contexte actuel, présentent un état de santé dégradé et des pathologies particulièrement lourdes et propices aux réhospitalisations. Cette population n'est donc pas comparable aux autres patients et le sur-risque constaté pourrait résulter d'un biais de sélection. Par ailleurs, ce phénomène paradoxal de majoration de risque lorsque des personnes regagnent un environnement où les aides ont été renforcées à domicile ou en Ehpad a déjà été décrit dans la littérature⁹⁷. En effet, une attention particulière leur est portée et des signaux plus faibles que pour la population générale peuvent se traduire par une hospitalisation.

► FIGURE 56
**Répartition des séjours MCO chez les patients âgées de 80 ans et plus en 2014 en fonction
de leur prise en charge en Ehpad et HAD et taux de réhospitalisation dans les trente jours en 2014^(a)**



(a) Est considéré comme une réhospitalisation tout séjour MCO survenant dans les trente jours après la sortie d'un séjour MCO et ayant le même motif (5 premiers caractères du GHM identiques) ; seuls les séjours 2014 sont considérés, sans lien avec les séjours 2015, le taux de réhospitalisation présenté est probablement une sous-estimation

Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (Sniiram, Resid-Ehpad)

96 Dharmanjan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI. et al., «Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia», *JAMA*, 2013, n° 309, pp. 355–363.

97 Gagnon AJ, Schein C, McVey L. et Bergman H, «Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people», *J Am Geriatr Soc*, 1999, n° 47, pp. 1118–1124.

L'évaluation de l'impact réel de l'HAD sur les réhospitalisations nécessiterait de mener une étude comparative avec des patients présentant des caractéristiques et des pathologies proches. Le faible effectif de patients pris en charge en HAD en Ehpad limite aujourd'hui les possibilités de réalisation de ce genre d'étude.

L'HAD en Ehpad est donc un mode de prise en charge qui peine à se développer, malgré la publication d'un texte renforçant ses missions en 2013⁹⁸. Son volume d'activité très limité ne permet pas de mesurer toute l'efficacité de ce dispositif; en particulier, il ne permet pas de démontrer un éventuel impact sur une moindre fréquence des hospitalisations et réhospitalisations.

Le dispositif HAD en Ehpad, un mode de prise en charge encore en devenir

Les résultats de cette analyse témoignent du difficile développement de l'HAD chez les personnes âgées de 80 ans et plus, particulièrement en Ehpad. Les taux de recours demeurent très faibles, l'intervention de l'HAD reste principalement circonscrite à son champ de compétences spécifiques sur des prises en charge spécialisées sur les plaies chroniques complexes (ulcères, escarres) ou en fin de vie. L'HAD peine en revanche à démontrer sa capacité à se substituer à une hospitalisation conventionnelle pour cette population fragilisée et à interve-

nir précocement en Ehpad pour des pathologies somatiques cardio-neurovasculaires ou en postchirurgical, qui sont pourtant les principales pourvoyeuses d'hospitalisations et de réhospitalisations chez les résidents.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation :

- le cadre réglementaire actuel de l'activité d'HAD en Ehpad est un facteur limitant: en effet, les conditions d'admission en HAD des résidents en Ehpad définies par le décret du 24 mars 2009 reposent sur un nombre limitatif de prises en charge parfois définies de manière imprécise. Par ailleurs, certaines prises en charge (comme l'assistance respiratoire) ne peuvent être réalisées qu'en association avec d'autres prises en charge HAD, réduisant de fait le champ d'intervention de l'HAD;
- il persiste encore une méconnaissance des prescripteurs médicaux hospitaliers ou libéraux vis-à-vis de l'HAD en général, et du dispositif HAD en Ehpad en particulier;
- l'absence de protocoles ou d'arbres décisionnels partagés entre les Ehpad, les établissements de santé et d'HAD ne facilite pas le recours à l'HAD en dehors de son champ d'expertise habituel;
- enfin, les difficultés d'accès à un avis médical pour les résidents afin d'assurer la continuité des soins dans des délais compatibles avec l'état de ces derniers, notamment en raison de la nécessité d'une expertise spécialisée pour certains traitements, fragilisent l'intervention de l'HAD.

► ENCADRÉ 8

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et l'outil Resid-Ehpad

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont été créés en 1999 par la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées. Ils sont signataires d'une convention tripartite avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé, par laquelle ils s'engagent sur les conditions de leur fonctionnement sur le plan financier et sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit à son article 58 de substituer progressivement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à ces conventions tripartites. Cette nouvelle catégorie d'établissements relevant du secteur médico-social,

méicalisés et habilités à recevoir des personnes âgées dépendantes, s'est substituée progressivement depuis 2002 à certaines maisons de retraite, à des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (établissements SLD) ou, plus rarement, à des logements-foyers.

Des informations sont également collectées sur les établissements: option tarifaire (tarif partiel ou global, conditionnant les postes de soins couverts par le forfait versé par l'Assurance Maladie à l'établissement), présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI, conditionnant le fait que les médicaments et dispositifs médicaux hors liste de l'arrêté du 30 mai 2008 entrent dans le forfait versé par l'Assurance Maladie ou non

et sont donc repérables individuellement ou non).

L'outil Resid-Ehpad permet depuis 2012 aux Ehpad et établissements SLD rattachés à une caisse pivot du régime général, de transmettre de manière automatisée à l'Assurance maladie les listes de leurs résidents et de leurs mouvements avec les dates d'entrée et de sortie. Resid-Ehpad ne contient pas de données médicales ni sociales. Ces données, restituées de façon anonyme et chainables au Sniiram, sont considérées comme exhaustives depuis 2013. Elles sont disponibles avec un historique de trente-trois mois glissants. Leur chaînage au Sniiram permet d'appréhender les caractéristiques des consommations de soins et de prise en charge des personnes résidentes en Ehpad.

98 Circulaire DGOS/R4 n° 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.

Propositions

Propositions sur la prise en charge des patients en Ehpad

Proposition 11

_ Modifier le cadre réglementaire et préciser les modalités de l'intervention de l'HAD en Ehpad pour favoriser son développement

Le développement de l'HAD en Ehpad passe par un repositionnement des structures sur des segments d'activité qu'elles n'occupent pas aujourd'hui et qui sont pourtant, comme on l'a vu plus haut, de gros pourvoeux d'hospitalisations et de réhospitalisations.

Le cadre réglementaire actuel de l'activité d'HAD ne facilite cependant pas un tel repositionnement. En effet, les conditions d'admission en HAD des résidents en Ehpad définies par le décret du 24 mars 2009 reposent sur un nombre limitatif de prises en charge parfois définies de manière imprécise. Par ailleurs, certaines prises en charge (comme l'assistance respiratoire) ne peuvent être réalisées qu'en association avec d'autres prises en charge HAD, réduisant de fait le champ d'intervention de l'HAD.

L'évolution de ce cadre réglementaire apparaît aujourd'hui comme une condition nécessaire au développement de l'HAD en Ehpad. Si l'on veut que l'HAD se développe sur d'autres prises en charge, au-delà de son champ d'expertise classique, il faudra définir assez précisément le contenu des activités que ces interventions nécessitent, et en assurer la connaissance et l'utilisation par les praticiens, en veillant à la pertinence des prescriptions.

Proposition 12

_ Envisager les modalités de mise en place et de financement d'une «transmission structurée» entre praticiens lors de l'entrée en Ehpad d'un résident qui change de médecin traitant

L'entrée en Ehpad est une phase critique pour une population particulièrement fragile. Environ la moitié des résidents admis en Ehpad change de médecin traitant à cette occasion, entraînant un risque de perte d'informations et de discontinuité dans la prise en charge.

L'objectif est d'assurer une transmission optimale d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant, avec le médecin coordonnateur, en particulier en ce qui concerne la reconstitution de l'histoire de la personne et la concilia-

tion de la prise en charge médicamenteuse. Il s'agit donc d'un échange structuré, avec une revue des antécédents, des pathologies, des traitements, permettant de passer le relais au nouveau médecin traitant qui va suivre la personne au sein de l'Ehpad. Cette problématique de la transmission d'informations est majeure, et c'est d'ailleurs un objectif que poursuit l'expérimentation Optim-Ehpad décrite plus haut (partie 2.1). Cet échange structuré pourra recourir aux moyens de la télémédecine, et sa rémunération sera définie dans le cadre conventionnel.

Proposition 13

_ Développer de nouveaux indicateurs de qualité de prise en charge en Ehpad en utilisant les possibilités offertes par la base Resid-Ehpad

Les analyses disponibles permettent de mettre en évidence un niveau de variabilité élevé des parcours de soins et de la qualité des prises en charge des résidents entre les différents Ehpad. Il reste en revanche beaucoup à faire pour mieux caractériser cette variabilité et ses déterminants. L'utilisation des données de Resid-Ehpad permet d'envisager des analyses auparavant impossibles ou très complexes. En particulier, il est possible de tenir compte du profil des résidents et, dès lors, de pouvoir comparer les établissements sur des bases plus pertinentes. À titre d'exemple, les indicateurs suivants pourraient être envisagés :

- recours aux urgences avec retour direct en Ehpad;
- taux d'entrée en hospitalisation par un service d'urgence (*versus* admission directe en court séjour gériatrique ou service de spécialité);
- taux d'hospitalisation en MCO suite à une fracture du col du fémur/taux de résidents ayant subi une pose de prothèse totale de la hanche dans l'année qui suit leur entrée en Ehpad;
- taux de patients hospitalisés ayant un diagnostic de dénutrition, d'infection associée aux soins ou d'escarres;
- taux de prescription de neuroleptiques, etc.

3.4 Promouvoir des modes de rémunération incitant à la qualité et à l'efficience

3.4.1 / La radiothérapie

Le paysage de la radiothérapie en France

Une modalité de traitement qui connaît des évolutions importantes

La radiothérapie est essentielle dans le traitement du cancer; comme la chirurgie, elle permet la destruction locale de la tumeur. Sa place dans la stratégie thérapeutique a évolué du fait de progrès technologiques importants au cours de la dernière décennie.

Les principaux cancers traités par radiothérapie sont ceux du sein, de la prostate, bronchiques, ORL, du rectum, de l'utérus, cutanés ainsi que les lymphomes. Le cancer du sein et celui de la prostate recouvrent 40 % des indications. Le nombre de traitements augmente progressivement, de 177 000 en 2007 à 204 000 en 2014.

Un traitement de radiothérapie se déroule en deux temps: la préparation (détermination du volume cible et des organes à risque, balistique) et les séances d'irradiation, en règle générale quotidiennes étalées sur plusieurs semaines. Le fractionnement – c'est-à-dire le nombre de séances et leur étalement – est variable selon la technique et le protocole. Les évolutions technologiques permettent de plus en plus de personnaliser le traitement sur le profil du patient et le profil biologique de la tumeur; la tendance est qu'avec des appareils de plus en plus précis, l'escalade de la dose d'irradiation au niveau de la tumeur est possible sans risque pour les organes adjacents à celle-ci, autorisant pour certaines localisations une diminution du nombre de séances.

Il existe plusieurs techniques d'irradiation:

- la radiothérapie conformationnelle, la plus utilisée en France;
- la radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité (RCMI), en plein essor, dont les indications sont limitées par la Haute Autorité de santé (HAS) à quelques localisations dont le cancer de la prostate, les cancers ORL, les tumeurs du rachis et de la voûte du crâne et, de façon récente, le cancer du col de l'utérus et celui du canal anal; cette technique permet de maximiser la dose d'irradiation sur les zones tumorales en préservant les organes à risque;
- la radiothérapie en conditions stéréotaxiques, qui permet d'éviter des interventions chirurgicales et dont les indications sont également limitées par la HAS: tumeurs cérébrales, malformations vasculaires, tumeurs broncho-pulmonaires. Cette technique permet de réaliser des traitements en moins de dix séances.

Les systèmes de contrôle balistique ont également changé avec l'évolution des modalités d'irradiation, qui nécessitent des contrôles plus précis et plus fréquents. Des systèmes d'imagerie embarquée sur les accélérateurs permettent de recaler au mieux les volumes cibles au moment de l'irradiation (radiothérapie guidée par l'image ou IGRT). Des systèmes d'asservissement au rythme respiratoire améliorent la précision du traitement pour les tumeurs dites «mobiles» (sein, poumon, etc.).

Une offre de radiothérapie qui s'est renforcée et modernisée dans la période récente

La radiothérapie est réalisée en France par 82 centres publics et 85 cabinets libéraux; ces derniers réalisent 48,5 % des traitements.

Les mesures du deuxième plan cancer ont permis en partie de rattraper le retard en termes d'équipements et de renforcer et de moderniser le parc français d'accélérateurs. Fin 2014, selon les données de l'Observatoire de la radiothérapie⁹⁹:

- 80 % des accélérateurs ont moins de dix ans et 37,7 % ont moins de cinq ans;
 - 88 % des centres sont équipés pour pratiquer la RCMI.
- La part des centres pratiquant les traitements par RCMI est passée de 30 % en 2010 à 82 % en 2014.

Des enjeux de coût et de qualité

En 2015, le montant des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie est de 492 millions d'euros pour la radiothérapie libérale. Il est de 500 millions d'euros en 2014 pour la radiothérapie publique¹⁰⁰.

Les dépenses de radiothérapie libérale ont connu une progression extrêmement rapide sur les dernières années, de 38,4 % entre 2011 et 2015, sans rapport avec l'évolution du nombre de patients traités, qui n'a augmenté, lui, que de 1,5 % sur la période ([tableau 8](#)). Cette progression s'accélère encore sur les deux dernières années (+ 11,4 % en 2015).

Un tel rythme de progression interpelle, la question étant de savoir s'il est en rapport avec l'amélioration du service rendu aux patients grâce aux nouvelles techniques plus performantes.

Car ces nouvelles techniques, qui représentent un gain réel pour les patients, ne se développent pas à un rythme aussi rapide qu'on pourrait le souhaiter. Ainsi, par rapport aux référentiels européens¹⁰¹, la France accuse un retard dans l'utilisation de la RCMI et de la radiothérapie en conditions stéréotaxiques. Ce constat est d'ailleurs également fait par

99 Observatoire national de la radiothérapie, disponible sur le site de l'Institut national du cancer (Inca).

100 Les données pour le secteur public sont issues du PMSI et sont disponibles avec une année de décalage.

101 Et notamment ceux du Department of Health, Radiotherapy Services in England de 2012.

la profession dans le Livre blanc de la radiothérapie publié en 2013 par la Société française de radiothérapie. Malgré la progression importante en termes d'équipements, la RCMI n'est utilisée que pour 22 % des traitements en 2014, alors qu'elle devrait atteindre l'objectif de 30 % des traitements dans les indications validées par la HAS.

En 2015, sur 85 centres :

- 36 n'ont facturé à l'Assurance Maladie aucune préparation en RCMI ;
- 9 pour moins de 10 % des traitements ;
- 18 entre 10 et 30 % des traitements ;
- 16 entre 30 et 50 % des traitements ;
- et 6 pour plus de 50 % des traitements.

En l'absence de codage précis de la tumeur, il est impossible de justifier cette diversité de pratiques (**figure 57**).

Ces techniques allongeant le temps de traitement, leur développement sans augmentation du parc des accélérateurs porte le risque d'augmenter le délai de mise en œuvre des traitements, ce qui représenterait un véritable préjudice pour les patients. Le troisième plan cancer recommande d'ailleurs de « garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie afin de faciliter les orientations adéquates et de réduire les délais d'accès ».

Ce constat d'un accès inégal aux techniques innovantes et de délais de mise en traitement variables est également repris dans le Livre blanc publié en 2013 par la Société française de radiothérapie, qui appelle à la mise en place d'indicateurs nationaux sur ces délais.

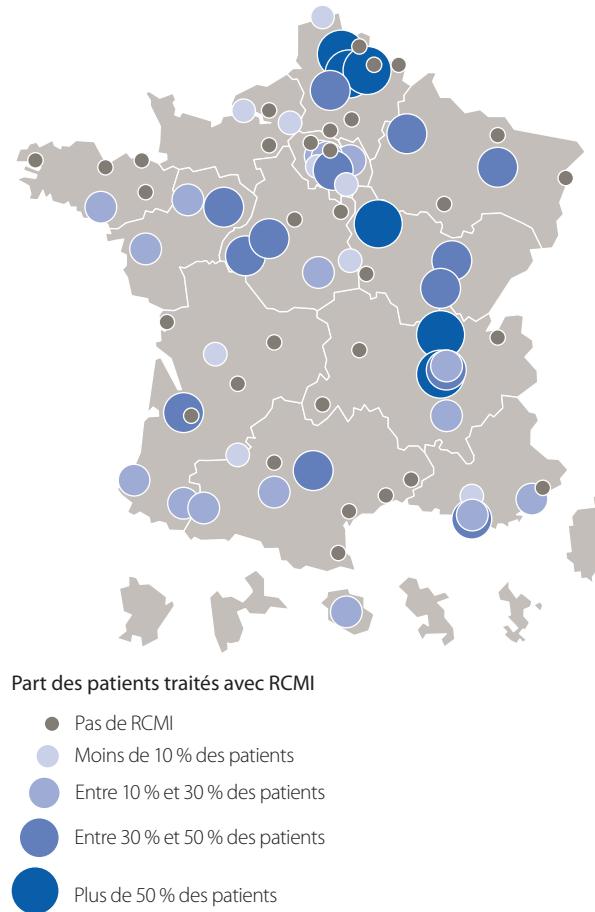
Des dépenses de radiothérapie qui augmentent très rapidement et, en même temps, un retard dans la diffusion des innovations qui ne garantit pas que tous les patients aient accès rapidement à la technique d'irradiation la mieux adaptée : tel est le constat global que l'on peut faire aujourd'hui.

Des règles de tarification inadaptées à l'évolution des techniques

Il est normal de s'interroger sur la croissance très rapide des dépenses facturées par patient, et sur la légitimité d'une telle

► FIGURE 57

Répartition des centres selon le taux de patients traités par RCMI en 2015



évolution. Or, s'il est certain que la diffusion des nouvelles techniques a induit des coûts supplémentaires pour les centres, l'inadéquation des règles de tarification actuelles ne permet pas de juger si l'augmentation des montants facturés est à la mesure de ces surcoûts ; on peut penser que ce n'est

► TABLEAU 8

Évolution de l'activité et des dépenses du secteur libéral de radiothérapie depuis 2011

Année	Montant des dépenses remboursées	Évolution	Nombre de patients	Évolution	Dépense moyenne par patient	Évolution
2011	355 366 026	-	86 602	-	4 103	-
2012	381 747 094	7,4 %	85 141	- 1,7 %	4 484	9,3 %
2013	396 053 883	3,8 %	84 715	- 0,5 %	4 675	4,3 %
2014	441 544 854	11,5 %	84 827	0,1 %	5 205	11,3 %
2015	492 059 962	11,4 %	87 921	3,6 %	5 597	7,5 %
Évolution 2011-2015	38,4 %			1,5 %		36,4 %

Source : Cnamts (Sniiram)

pas toujours le cas et, en tout état de cause, la variabilité des modalités de facturation d'un centre à l'autre traduit des pratiques difficilement justifiables. Tous ces éléments plaident donc pour une réforme du mode de financement de la radiothérapie libérale.

Des surcoûts liés aux nouvelles techniques

Il n'est pas douteux qu'il y ait derrière cette progression de réelles augmentations de coûts pour les centres, liées au développement des nouvelles techniques.

Celles-ci supposent d'abord des investissements importants, et la moitié des centres en ont effectivement réalisé depuis 2011 (**figure 58**). Les données de l'observatoire de la radiothérapie montrent d'ailleurs une augmentation de 11 % du nombre d'accélérateurs entre 2009 et 2013, et les dispositifs avancés se diffusent au fur et à mesure de leur renouvellement (22 % de renouvellements entre 2011 et 2014) : dispositifs d'imagerie portale ou additionnels (+ 31 points depuis 2009), systèmes de repositionnement (+ 25 points depuis 2009), possibilité de réaliser la modulation d'intensité (+ 25 points depuis 2010).

Les nouvelles techniques entraînent également des coûts de personnel supplémentaires et un allongement du temps consacré au patient.

Une tarification inadaptée

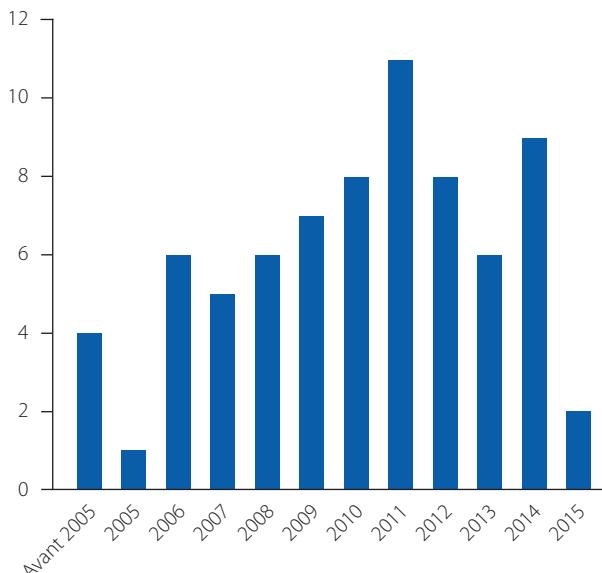
La tarification telle qu'elle est conçue aujourd'hui ne permet pas de prendre en compte ces différences de coûts de revient selon la technique, contrairement à ce qui a lieu dans le secteur public.

Le secteur public est financé par la tarification à l'activité (T2A), avec des groupes homogènes de séjours (GHS) de séances de préparation des traitements et des GHS de séance d'irradiation. La révision complète, en 2010, des actes de radiothérapie des chapitres 17 et 18 de la classification commune des actes médicaux (CCAM) a permis de modifier l'algorithme de groupage PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et de différencier ainsi des GHS différents en fonction des techniques et des accélérateurs utilisés. À titre d'exemple, une séance de radiothérapie conformationnelle 3D sera facturée 133,96 euros si elle se fait sans contrôle du positionnement, 168,59 euros avec contrôle du positionnement (**encadré 9**). Le tarif de séance est plus élevé pour la RCMI que pour la radiothérapie conformationnelle, et il est beaucoup plus élevé si celle-ci est effectuée sur une machine dédiée (420,43 euros) que sur un accélérateur polyvalent (178,57 euros).

Ce n'est d'ailleurs pas sans poser problème, car le nombre d'appareils dédiés ne cesse de croître dans le secteur public pour des raisons strictement financières, sans réelle justifica-

► FIGURE 58

Répartition des centres de radiothérapie libérale selon l'année de l'investissement le plus récent



Champ : 74 centres de radiothérapie libérale pour lesquels l'information est disponible
Source : Inca (Observatoire 2015 de la radiothérapie), traitements Cnamts

tion scientifique d'une amélioration de la qualité du traitement, notamment pour les cancers de la prostate.

On voit donc que dans le secteur public, la T2A prend en compte le déploiement des nouvelles techniques. L'augmentation des dépenses (+ 9,7 % en 2014 hors modifications de tarifs) résulte d'ailleurs davantage d'un effet de structure (part croissante des techniques plus récentes et plus onéreuses au sein des séances) que d'une augmentation du volume des patients traités.

À l'inverse, dans le secteur libéral, où le financement ne repose que sur les honoraires des radiothérapeutes, la tarification des actes¹⁰² ne prend pas en compte ces évolutions des modalités de traitement. Le tarif est unique quelle que soit la technique de préparation, 3D, RCMI ou en conditions stéréotaxiques, alors que les coûts de revient sont différents. Il ne permet pas de rendre compte de l'utilisation des nouvelles techniques de contrôle de la cible et de les tarifer, contrairement aux GHS dans le public (**encadré 9**).

Les modalités de tarification actuelles du secteur libéral sont donc inadaptées à l'évolution des techniques, qu'elles ne permettent pas de rémunérer de façon différenciée.

Dès lors, les centres ont adapté leurs modalités de facturation de façon diverse, utilisant les possibilités offertes par la nomenclature. On voit ainsi que, globalement :

102 Valorisations basées sur les cotations issues de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), le Syndicat national des radiothérapeutes oncologues (SNRO) ayant refusé l'application de la méthodologie de la CCAM avec progression vers les tarifs cibles. Les actes permettant la tarification libérale sont inscrits dans trois chapitres de la CCAM : chapitre 17 pour les préparations et reprises de préparations de traitement, chapitre 18 pour les gestes complémentaires des actes de préparation, chapitre 19 pour les séances d'irradiation avec des libellés issus de la NGAP et le supplément pour contrôle balistique par imagerie portale.

– dans les années 2010-2012, l'augmentation des dépenses a été liée à la modification de la structure des actes de préparation au profit des techniques les plus performantes, mieux tarifées ;
 – à partir de 2013, les actes de préparation contribuent peu à la dynamique des dépenses de radiothérapie (un peu plus de 4 % de la croissance à peine supérieure à celle du nombre de patients). En revanche, les actes d'irradiation et le supplément pour imagerie portale contribuent à eux seuls à 60 % de la

hausse des dépenses au cours de la dernière année ;
 – la possibilité d'utiliser des multiplicateurs en fonction du nombre de faisceaux utilisés explique cette hausse constante. Ainsi dans la RCMI par Arc-thérapie, certains centres facturent sur la base de 180 faisceaux, soit le maximum de la possibilité de facturation, multipliant d'autant les suppléments pour imagerie portale. C'est ainsi que ces suppléments représentent aujourd'hui 33 % des dépenses de radiothérapie.

► ENCADRÉ 9

Les modalités de tarification dans le secteur public et dans le secteur libéral

Un exemple de facturation des séances d'irradiation : 33 séances d'irradiation en radiothérapie conformationnelle 3D.

Tarification dans le secteur public

■ Tarif avec le GHS 9632 (sans contrôle du positionnement) : 4 420 euros (33 x 133,96 euros).

■ Tarif avec le GHS 9631 (avec contrôle du positionnement) : 5 563 euros (33 x 168,59 euros).

Tarification dans le secteur libéral

Il faut connaître la dose totale délivrée pour l'ensemble du traitement avec le type d'accélérateur utilisé pour calculer le tarif des séances d'irradiation à l'aide des codes du chapitre 19 de la CCAM.

Ainsi, si la dose totale délivrée est égale à 75 grays et que l'accélérateur délivre une énergie de 25 MeV ou plus, sur des champs de moins de 300 cm², les codes à utiliser sont les suivants :

■ YYYY356 : irradiation de moins de 300 cm² en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus ;

■ YYYY244 : irradiation de moins de 300 cm² en champs fixes par accélérateur par fraction de 0,9 gray pour les faisceaux de 25 MeV ou plus ;

■ YYYY050 : irradiation de moins de 300 cm² en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 centiGrays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus.

Quatre modificateurs sont à mentionner face au code de chacun des actes pour approcher la dose d'irradiation en arrondissant à l'entier le plus proche.

Code CCAM du chapitre 19	Tarif	Modificateur(s) ^(a)	Occurrences	Honoraires
YYYY356	167 €	W, V	8	1 336 €
YYYY244	16,70 €	Q	3	50,10 €
YYYY050	1,67 €	H	2	3,34 €
Total				1 389,44 €

(a) Modificateurs de multiplications : H = + 100 %, Q = + 200 %, V = + 300 %, W = + 400 %

À ce tarif s'ajoutent les contrôles balistiques par imagerie portale (code CCAM YYYY166) pour sept semaines de traitement et quatre faisceaux à

raison de trois contrôles par semaine et par faisceau. Mais en application des dispositions générales de la CCAM, quatre modificateurs, quels qu'ils soient, peuvent

être facturés avec YYYY166, supplément de chacun des trois actes d'irradiation. Ainsi, pour chaque YYYY166, un même modificateur peut être utilisé quatre fois.

Code CCAM	Tarif	Modificateur(s)	Occurrences	Honoraires
YYYY166 (YYYY356)	25,05 €	W, W, W, W	17	425,85 €
YYYY166 (YYYY244)	25,05 €	W, W, W, W	17	425,85 €
YYYY166 (YYYY050)	25,05 €	W, W, W, W	17	425,85 €
Total				1 277,55 €

Le tarif total pour les séances d'irradiation en secteur libéral est de

2 667 euros dans le respect des règles de facturation, qu'il y ait ou non contrôle

du positionnement de la cible.

Une hétérogénéité des modalités de facturation

Il est frappant de constater que les modalités de facturation varient beaucoup d'un centre à l'autre, ce qui interpelle sur l'utilisation de la nomenclature.

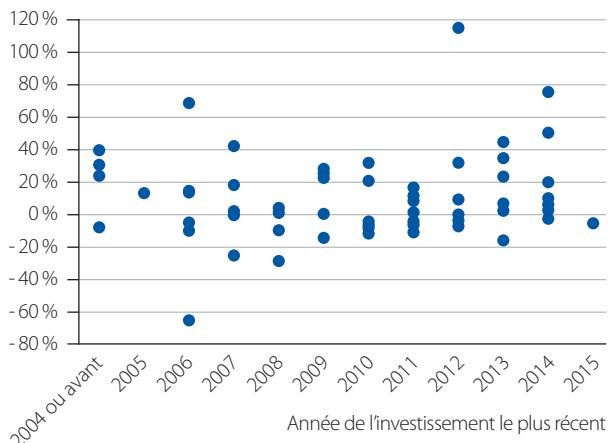
En moyenne, la facturation d'un traitement est composée à hauteur de 23 % par les actes de préparation, de 44 % par les séances d'irradiation et de 33 % par l'imagerie portale. Sur les 85 centres, 32 ont une facturation proche de cette répartition moyenne, mais :

- 31 centres ont une facturation faisant appel aux faisceaux d'irradiation dits « grands champs », bénéficiant d'une meilleure rémunération au chapitre 19 de la CCAM, mais dont les indications sont très limitées aujourd'hui du fait des progrès technologiques des accélérateurs ;
- 12 centres ont une part de l'imagerie portale beaucoup plus élevée, en moyenne 42 % du montant total de la facture ;
- 5 centres facturent de la cyclothérapie, technique obsolète mais dont la rémunération est plus élevée ;
- 4 centres ont un taux de reprise de préparation très élevé (14,2 %, contre 5,3 % en moyenne).

Compte tenu de l'inadaptation des règles de facturation à l'évolution des techniques et de l'hétérogénéité constatée dans l'utilisation de ces règles, il est difficile de conclure sur la légitimité de la croissance des montants facturés, et de faire la part des choses entre, d'une part, des augmentations opérées pour pouvoir financer le renouvellement du parc et les surcoûts liés aux nouvelles techniques et, d'autre part, des optimisations de facturation rendues possibles par une certaine latitude laissée par les règles actuelles.

► FIGURE 59 Évolution du prix moyen de traitement entre 2013 et 2015 et date de l'investissement le plus récent

Augmentation des dépenses entre 2013 et 2015



Note de lecture : chaque centre est positionné en fonction de l'année de son dernier investissement, croisée avec l'augmentation des dépenses entre 2013 et 2015. On voit que même des centres qui n'ont pas investi récemment augmentent fortement la facturation des traitements.

Champ : tous régimes - France entière
Sources : Cnamts (Sniiram) et Inca (Observatoire 2015 de la radiothérapie), traitements Cnamts

On peut en tout cas observer que le fait d'avoir fait des investissements dans les années récentes ne paraît pas corrélé à une plus forte augmentation du prix moyen facturé par patient sur les deux dernières années (figure 59).

Une évolution nécessaire des modalités de financement

Ce constat de l'inadaptation du système actuel aux techniques récentes (RCMI et radiothérapie en conditions stéréotaxiques) et aux évolutions de pratique (hypofractionnement) n'est pas nouveau. Partagé par les institutions, les fédérations hospitalières, le syndicat des radiothérapeutes libéraux, il a entraîné l'inscription dans la loi de financement de la Sécurité sociale 2014 du projet d'expérimentation d'un nouveau modèle unique de tarification de la radiothérapie dans les deux secteurs, public et libéral, pour les tumeurs du sein et de la prostate. Des travaux préparatoires sur les pratiques et les coûts ont été menés avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), les fédérations hospitalières et les professionnels de santé.

Les éléments présentés ci-dessus plaident pour reprendre ces travaux et pour réviser globalement le modèle de facturation de la radiothérapie libérale, au-delà de mesures ponctuelles.

Un premier travail d'estimation des coûts a été mené dans cette perspective.

Une première estimation du coût de la RCMI et de la radiothérapie en conditions stéréotaxiques

À partir des facturations existantes, le montant moyen d'un traitement remboursé peut être calculé : en 2015, il est de 5 524 euros au total, de 4 629 euros pour la radiothérapie conformationnelle 3D et de 9 571 euros pour la RCMI. Néanmoins, ces montants n'ont qu'une valeur indicative en raison de la sous-déclaration des traitements par RCMI.

C'est pourquoi la Cnamts a conduit, avec l'aide d'une société de conseil, une étude de type *microcosting* dans trois centres libéraux afin de mesurer le coût de revient d'un traitement par RCMI et d'un traitement en conditions stéréotaxiques ainsi que d'identifier les facteurs de variation de ces coûts.

L'objectif était de vérifier :

- la faisabilité de la mise en œuvre de la tarification des actes des chapitres 17 et 18 de la CCAM pour les centres libéraux selon un modèle T2A (honoraire médical + forfait technique), pour permettre une tarification différenciée selon les techniques et à la séance ;
- la pertinence de distinguer les honoraires médicaux, les dépenses d'investissement et celles de fonctionnement ;
- et poser ainsi les fondements d'un nouveau modèle tarifaire.

Principaux résultats de l'étude de *microcosting*

Cette étude a été menée auprès de trois centres disposant d'au moins quatre accélérateurs, avec une file active comprise entre 2 000 et 3 000 patients par an. Les trois centres pratiquent la RCMI et la radiothérapie en conditions stéréotaxiques. L'étude a permis, à partir des données réelles de ces trois centres, d'établir des coûts de revient moyens pour les traitements réalisés selon les différentes techniques de RCMI, et pour la radiothérapie en conditions stéréotaxiques selon le recours ou non à une machine dédiée (voir description de la méthode et des éléments pris en compte dans l'**encadré 10**). Le **tableau 9** présente les coûts moyens observés selon les quatre activités identifiées.

Cette étude de *microcosting* dans trois centres libéraux fournit une première estimation des coûts des traitements par RCMI et par radiothérapie en conditions stéréotaxiques.

Il s'agit de coûts moyens estimés et il peut y avoir une marge de variation autour des hypothèses qui fondent le calcul (par exemple, réalisation d'un deuxième scanner, reprise de la dosimétrie, allongement des séances liées au non-respect par le patient des consignes, etc.), mais il s'agit bien de coûts observés à partir d'une activité réelle.

Ils peuvent être amenés à évoluer : ainsi, les radiothérapeutes ont indiqué un glissement actuel du traitement des cancers de la prostate par RCMI à faisceaux fixes vers la RCMI par Arc-thérapie, qui permet d'augmenter le nombre de patients traités par jour en raison d'une diminution de la durée de la séance sur ce type d'appareil. Si cette tendance se confirme, le coût d'un traitement par Arc-thérapie devrait augmenter du fait de la croissance du nombre de cas complexes en dosimétrie,

celle-ci étant réalisée par du personnel avec un salaire plus élevé que les manipulateurs.

L'étude permet de montrer que :

- la radiothérapie en conditions stéréotaxiques sur machine dédiée est moins coûteuse que la RCMI ; l'accélérateur coûte plus cher, les séances sont plus longues et la dosimétrie plus complexe, mais la diminution du nombre de séances (divisé quasiment par dix) permet de baisser les coûts, avec une durée de traitement plus courte ; le coût total est également diminué d'éventuels nouveaux scanners, de reprises de dosimétrie et de consultations de suivi ;
- la radiothérapie en conditions stéréotaxiques sur machine polyvalente est moins coûteuse que sur machine dédiée, du fait des coûts d'achat et de maintenance très élevés d'une machine dédiée (+ 200 000 euros par an par rapport à une machine polyvalente) et du faible nombre de séances chaque année pour amortir ce coût (2 652 séances en moyenne pour une machine dédiée, contre 9 266 pour une machine polyvalente).

Les données confirment également la difficulté à définir séparément des forfaits techniques et des honoraires médicaux, et ce, en raison de la diversité de la gestion de ces entreprises tant en matière d'investissement que d'utilisation des ressources humaines.

► TABLEAU 9
Coûts moyens des traitements selon les techniques utilisées

Technologie	Scanner	Activités			Coût d'un traitement
		Dosimétrie	Irradiation	Suivi	
RCMI par faisceaux fixes	Repérage anatomique de la tumeur permettant son contourage et celui des organes à risque	Choix de la technique et calcul balistique		Consultations médicales de suivi et la consultation d'annonce par un manipulateur	5 705 €
RCMI par Arc-thérapie	131 €	1 529 €	3 350 €	665 €	5 650 €
Radiothérapie en conditions stéréotaxiques par machine dédiée	131 €	1 758 €	3 294 €	202 €	5 439 €
Radiothérapie en conditions stéréotaxiques par machine polyvalente	131 €	1 758 €	3 348 €	1 886 €	3 978 €

Source : Cnamts (étude de microcosting)

► ENCADRÉ 10

Méthodologie de l'étude de *microcosting*

Rappel : la méthode se base sur la collecte d'informations permettant de déterminer l'ensemble des tâches réalisées lors d'un traitement de radiothérapie et de calculer le coût complet de chaque tâche.

Le traitement de radiothérapie a été décomposé en quatre activités principales :

- l'acquisition des données « scanner » pour le contournage de la tumeur et des organes à risque ;
- la dosimétrie : choix de la technique d'irradiation et de la balistique ;
- les séances d'irradiation ;
- le suivi médical et la consultation d'annonce par le manipulateur (mesure 40 du premier plan cancer).

Ces quatre activités peuvent varier en fonction :

- des caractéristiques du patient (comorbidités, précédente irradiation) ;

- de la localisation anatomique de la tumeur ;
- du gradient de dose entre la tumeur et les organes à risque qui va déterminer le choix de la technique d'irradiation ;
- du nombre de cibles ;
- du volume des cibles.

Ainsi, le coût d'un traitement par RCMI de la prostate est sensiblement différent de celui d'un cancer ORL, tout comme il peut être aussi différent d'un patient à l'autre.

Chaque activité est multipliée par son taux d'occurrence lors du traitement. Les taux d'occurrence tiennent compte pour chaque traitement des facteurs suivants :

- le taux de dossiers simples, difficiles, complexes et exceptionnels pour la dosimétrie ; cette notion s'appuie sur des données horaires variant d'une journée de travail pour les cas exceptionnels à 2 heures pour les cas simples, 6 heures

pour les cas complexes et 3 heures 30 pour les cas difficiles ; ces durées sont fortement dépendantes de la tumeur et de l'anatomie du patient ;

- le taux de refus des dossiers après dosimétrie nécessitant une reprise de celle-ci ;
- le taux de patients devant refaire un scanner en cours de traitement en raison d'un amaigrissement ;
- le taux de reprise de dosimétrie en cours de traitement ;
- le taux de descente de patient de la table d'irradiation pour non-respect des consignes de traitement (pour la prostate : vessie pleine/rectum vide) ;
- le nombre de fractions (séances).

En conclusion

L'inadaptation des règles de tarification actuelles, ne reflétant pas les écarts de coûts et utilisées de façon variable selon les centres, appelle une révision du modèle de financement de la radiothérapie libérale. Ce nouveau modèle doit permettre de financer l'innovation à son juste prix et favoriser l'accès des patients à la technique d'irradiation la plus adaptée.

L'étude de *microcosting* menée sur des centres ayant réalisé des investissements majeurs au cours de ces dernières années, a permis d'établir qu'il y a un sens à tarifer les traitements de radiothérapie au forfait et non à la séance, et elle donne des clés pour étudier la proposition des professionnels de santé sur la distinction entre honoraire médical et forfait technique en distinguant un forfait « équipement » et un forfait « fonctionnement ». Deux possibilités sont envisageables :

- une tarification forfaitaire tout compris par traitement en différenciant par technique ;
- une tarification forfaitaire avec trois composantes : technique, fonctionnement et honoraire médical, et à plusieurs niveaux,

plus difficile à mettre en place du fait d'un travail en équipe tant pour la préparation que pour le suivi du traitement avec des délégations nombreuses prévues par les décrets de compétence.

Ce travail devra être poursuivi en partenariat avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Atih. Il faut notamment poursuivre l'étude des coûts de revient, l'étendre à des centres ayant deux accélérateurs seulement pour vérifier les valeurs sur des structures avec des capacités d'investissement moindres et inclure la radiothérapie conformationnelle 3D qui représente 80 % des traitements actuels.

Si une tarification au traitement est retenue, une réévaluation à un rythme régulier des tarifs est à prévoir en raison des évolutions technologiques et des pratiques médicales.

Propositions

Propositions sur la radiothérapie

Proposition 14

_ Mettre en œuvre une réforme de la tarification de la radiothérapie libérale fondée sur des forfaits différenciés par technique

L'inadaptation des règles de tarification actuelles, qui ne permettent pas de prendre en compte le coût des nouvelles techniques plus performantes, et sont utilisées de façon variable selon les centres, impose une révision du modèle de financement de la radiothérapie libérale. Ce nouveau modèle doit permettre de financer l'innovation à son juste prix et favoriser l'accès à des patients à la technique d'irradiation la plus adaptée.

Il est donc nécessaire de reprendre et de compléter les travaux menés dans le cadre des expérimentations prévues par l'article 43 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2014.

Le premier travail de *microcosting* réalisé à la demande de la Cnamts montre la faisabilité d'un modèle de ce type : les actes décrivant les séances de radiothérapie aux chapitres 17 et 18 de la CCAM peuvent permettre, sous réserve de quelques aménagements, de construire un algorithme conduisant à une tarification forfaitaire.

Ce travail permet déjà de poser des premiers éléments de coûts, mais il doit bien sûr être étendu et approfondi, en partenariat avec la profession, la DGOS et l'Atih, en incluant l'ensemble des techniques (notamment la radiothérapie conformationnelle 3D, qui représente la majorité des traitements actuels) et en élargissant le panel à des centres ayant moins d'accélérateurs et de capacités d'investissement. Différentes hypothèses de forfaitisation (globale ou différenciant la composante technique, la composante de fonctionnement et l'honoraire médical) sont à étudier.

Proposition 15

_ Promouvoir les machines polyvalentes pour la RCMI et la radiothérapie en conditions stéréotaxiques

L'étude de *microcosting* confirme que la radiothérapie en conditions stéréotaxiques sur machine polyvalente est beaucoup moins coûteuse que sur machine dédiée, du fait des coûts d'achat et de maintenance très élevés d'une machine dédiée et du faible nombre de séances chaque année pour amortir ce coût. Les mêmes raisonnements peuvent s'appliquer à la RCMI.

L'utilisation de ce type d'équipement doit donc être favorisée. Or, actuellement, le nombre d'appareils dédiés ne cesse de croître, notamment dans le secteur public (pour la radiothérapie en conditions stéréotaxiques et pour la RCMI), et ce, davantage pour des raisons financières que dans le but d'une amélioration de la qualité du traitement qui n'est pas démontrée scientifiquement car le système de tarification leur est favorable.

Proposition 16

_ Favoriser les regroupements de centres libéraux de radiothérapie pour accroître le nombre d'accélérateurs par centre et envisager que les centres libéraux acquièrent le statut d'établissement de santé

La moitié des centres ne dispose que de deux accélérateurs, ce qui est un frein à la diffusion des nouvelles modalités de radiothérapie, qui allongent le temps de traitement et présente un risque d'augmentation des délais de traitement. Dans le cadre de la réforme à venir du régime des autorisations, l'accession des centres libéraux au statut d'établissement de santé favoriserait les possibilités de groupement.

3.4.2 / La réhabilitation améliorée après chirurgie

Une réponse aux exigences du virage ambulatoire

La réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac) est une modalité d'organisation des soins chirurgicaux adoptée par de nombreux pays depuis le début des années 1990 (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suède, Danemark, États-Unis). Sa mise en œuvre permet de limiter les durées des séjours hospitaliers, d'accélérer la récupération, de réduire les complications postopératoires et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Bien que certains établissements pionniers aient importé cette pratique en France, sa diffusion reste encore très limitée alors qu'il s'agit d'un levier important pour favoriser le virage ambulatoire. Ce constat a conduit l'Assurance Maladie à proposer dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016 de réaliser une analyse médico-économique (**encadré 11**) pour comparer la Raac à une prise en charge conventionnelle (proposition n° 30), analyse devant servir de base à une politique incitative à son développement. Cette étude a été réalisée en 2016 et ses résultats sont présentés ci-dessous.

Évaluation médico-économique de la Raac : principaux résultats

Description des patients Raac

L'âge moyen et la répartition par sexe des patients ayant bénéficié de la Raac ne différaient pas significativement de ceux de la population générale (**tableau 10**).

Le niveau de sévérité moyen des séjours des patients des établissements pratiquant la Raac était significativement

inférieur à celui de l'ensemble des patients, ce qui s'explique par le fait que seuls les patients ayant un score anesthésique ASA 1 et 2 sont éligibles à la Raac.

Il est important de noter qu'au-delà de ces résultats moyens, la distribution des scores de sévérité pour une même spécialité varie beaucoup selon les établissements de l'étude. Ainsi, pour la chirurgie de la hanche, la proportion de patients avec un niveau de sévérité 1 variait entre 36,8 % et 81,6 %.

Les durées moyennes de séjour en établissements pratiquant la Raac sont plus courtes, et l'écart s'est creusé entre 2012 et 2014, signe d'un effet propre de la Raac, qui permet également une diminution du recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR)

Impact sur la durée moyenne de séjour et les dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

La durée moyenne de séjour (DMS) dans les établissements pratiquant la Raac était plus courte que la moyenne nationale pour chacune des spécialités étudiées, en 2012 comme en 2014, à l'exception de la chirurgie du côlon (**figure 60**). Pour cette spécialité, la DMS était supérieure de 0,6 jour dans les établissements pratiquant la Raac en 2012.

La différence moyenne de DMS toutes spécialités confondues était de 2,3 jours en 2012 et de 3,2 jours en 2014.

On observe d'une manière générale une diminution des DMS entre 2012 et 2014. Afin d'isoler l'effet propre de l'organisation Raac sur la DMS, une analyse de «différence des différences» a été réalisée. Cette méthode consiste à comparer la différence de DMS entre les établissements pratiquant la Raac et l'ensemble des établissements en 2012 à celle retrouvée en 2014. Si cette différence s'accroît, cela signifie que l'organisation Raac permet une réduction des DMS plus importante que la tendance générale par un effet qui lui est propre.

► TABLEAU 10

Effectifs et caractéristiques des patients opérés en 2014 en Raac comparés aux valeurs de l'ensemble des patients ayant bénéficié de la même intervention en France en 2014

	2012						2014					
	Effectif		Âge moyen (ans)		Niveau de sévérité moyen		Effectif		Âge moyen (ans)		Niveau de sévérité moyen	
	Raac	France	Raac	France	Raac	France	Raac	France	Raac	France	Raac	France
Chirurgie bariatrique	775	37 820	41,0	39,7	1,29	1,29	1 162	46 981	41,3	40,5	1,13	1,26
Côlon	124	47 587	69,3	66,4	2,43	2,36	94	45 947	69,0	66,7	2,32	2,44
Gynécologie	258	66 538	56,7	54,7	1,30	1,30	314	64 180	56,5	54,8	1,20	1,31
Orthopédie du genou	1 986	91 619	70,1	70,5	1,50	1,54	2 204	102 962	69,9	70,3	1,32	1,50
Orthopédie de la hanche	2 452	152 837	69,5	72,4	1,46	1,63	2 646	158 760	69,6	72,5	1,44	1,67
Urologie	201	21 874	64,2	64,0	1,39	1,51	156	19 967	64,0	64,7	1,32	1,58
Total	5 796	418 275	65,1	65,1	1,46	1,61	6 576	438 797	64,1	65,0	1,34	1,61

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnamts (PMSI MCO 2012 et 2014)

► ENCADRÉ 11

Méthodologie de l'évaluation médico-économique de la Raac

L'étude a consisté à étudier la durée des séjours et les dépenses liées de l'épisode de soins en vie réelle chez les patients pris en charge dans des établissements pratiquant la Raac et chez l'ensemble des patients pris en charge dans les mêmes cinq spécialités (tous établissements français) pour cinq spécialités chirurgicales en 2012 et en 2014, ainsi qu'à comparer pour chaque année les patients des établissements pratiquant la Raac à l'ensemble des opérés et à observer l'évolution entre 2012 et 2014.

Il a été possible d'identifier 140 établissements qui, sur la période

2012-2014, avaient appliqué un programme de Raac plus ou moins avancé.

Après analyse des données PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et en partenariat avec l'association Grace, 13 établissements ont finalement été retenus pour l'étude, avec une ancienneté et une file active de patients Raac suffisantes.

Cinq spécialités chirurgicales ont été retenues : colon, chirurgie bariatrique, orthopédie (hanche et genou), gynécologie et urologie.

Ces spécialités concernaient 24 services sur les 13 établissements.

La population prise en charge dans ces services était de 5 796 patients en 2012 et de 6 576 patients en 2014, qui ont été inclus dans l'analyse (soit, respectivement, 1,4 % et 1,5 % de l'ensemble des patients opérés pour ces indications dans la population générale en 2012 et 2014).

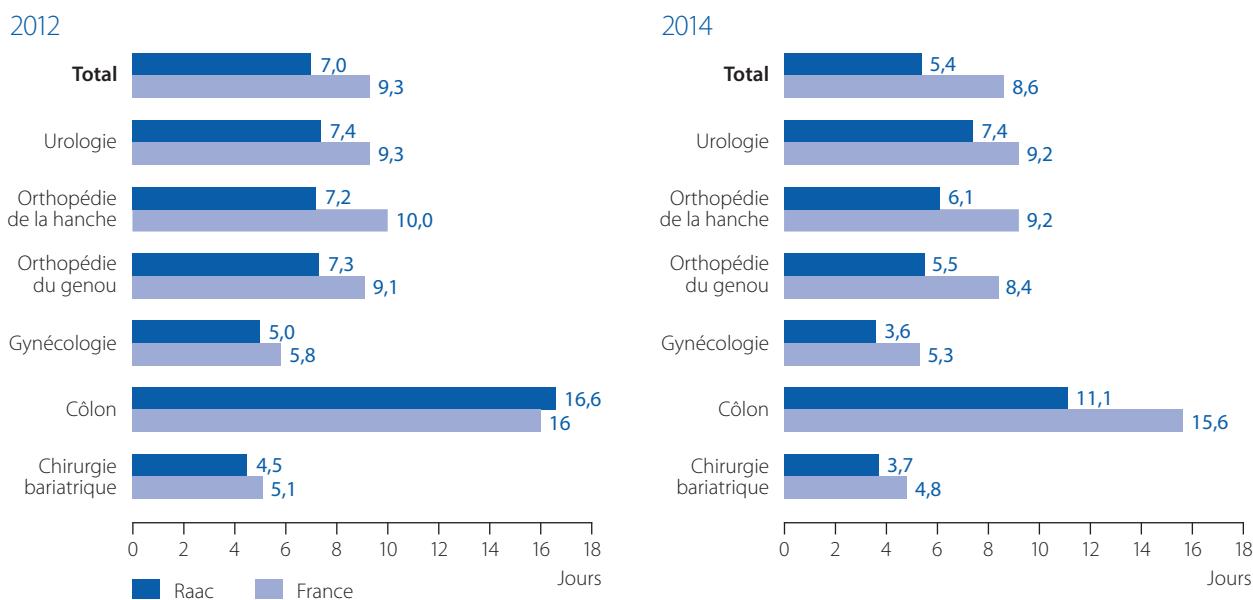
L'étude des coûts concernait l'ensemble de la consommation de soins des patients inclus durant le mois précédent le séjour hospitalier, le séjour lui-même et les trois mois suivants sa sortie. Les dépenses de ville, de séjours hospitaliers MCO et SSR ont été identifiées à partir des données Sniiram-PMSI.

Les résultats de cette analyse montrent que les établissements pratiquant la Raac ont vu leur DMS baisser de 0,9 jour de plus que l'ensemble des établissements sur la moyenne des cinq spécialités (tableau 11). Cette tendance est retrouvée pour chacune des spécialités étudiées, à l'exception de l'urologie, pour laquelle la différence en 2014 est supérieure de 0,1 jour à celle de 2012.

Si cet effet peut paraître modeste pour certaines spécialités, il convient de noter que pour certains séjours de patients relevant du niveau de sévérité 2, la durée de séjour correspondait exactement à celle de la borne basse du groupe homogène de séjours (GHS), laissant penser que des effets de codage existent et que des gains de DMS plus importants pourraient être envisagés.

► FIGURE 60

Durées moyennes de séjour pour cinq spécialités chirurgicales pour les établissements pratiquant la Raac et pour l'ensemble des établissements de France, en 2012 et 2014



Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnamts (PMSI MCO 2012 et 2014)

► TABLEAU 11

Analyse des différences de durées moyennes de séjour (DMS) entre 2012 et 2014 pour les établissements pratiquant la Raac et pour l'ensemble des établissements

	DMS 2012 (en jours)			DMS 2014 (en jours)			Différence des différences 2014-2012 (en jours)
	Raac	France	Différence	Raac	France	Différence	
Chirurgie bariatrique	4,5	5,1	- 0,6	3,7	4,8	- 1,1	- 0,5
Côlon	16,6	16,0	0,6	11,1	15,6	- 4,5	- 5,1
Gynécologie	5,0	5,8	- 0,8	3,6	5,3	- 1,7	- 0,9
Orthopédie du genou	7,3	9,1	- 1,8	5,5	8,4	- 2,9	- 1,1
Orthopédie de la hanche	7,2	10	- 2,8	6,1	9,2	- 3,1	- 0,3
Urologie	7,4	9,3	- 1,9	7,4	9,2	- 1,8	0,1
Total	7	9,3	- 2,3	5,4	8,6	- 3,2	- 0,9

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnamts (PMSI MCO 2012 et 2014)

► TABLEAU 12

Calcul des économies potentielles sur le coût des séjours hospitaliers MCO liées à la Raac en 2014

	Coût des séjours pondéré	Charges variables	Écart de DMS 2014	Économies
Chirurgie bariatrique	4 764 €	1 435 €	23 %	309 €
Côlon	10 794 €	3 717 €	29 %	1 054 €
Gynécologie	4 224 €	1 383 €	32 %	425 €
Orthopédie du genou	7 910 €	1 853 €	35 %	623 €
Orthopédie de la hanche	7 212 €	1 884 €	34 %	616 €
Urologie	6 473 €	2 191 €	19 %	403 €
Total	7 017 €	1 955 €	31 %	580 €

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnamts (PMSI MCO 2012 et 2014)

À tarifs constants, la baisse de la DMS ne permet pas de générer des économies directes pour l'Assurance Maladie. En revanche, on peut estimer les économies de production potentielles liées à cette baisse de la DMS à partir des données de l'échelle nationale commune des coûts (ENCC). Un coût pondéré par séjour, tenant compte du case-mix et de la répartition public/privé, a été calculé pour chaque spécialité et les charges variables ont été isolées. Les économies potentielles ont été calculées sur ces charges variables au prorata de la diminution de la DMS (écart relatif de la DMS en 2014 entre les établissements pratiquant la Raac et l'ensemble des établissements) pour chaque spécialité et en moyenne (**tableau 12**).

En moyenne, l'écart de DMS lié à la Raac permet une économie de 580 euros par séjour. En posant l'hypothèse que 40 % des séjours réalisés en France en 2014 pour les spécialités concernées se fassent en Raac, on peut estimer une réduction de 100 millions d'euros du coût des séjours sur une année.

Impact sur le taux de recours au SSR

Sur les 6 576 patients inclus en 2014, seuls 1 481 ont eu recours au SSR, soit 22 %. Cependant, 95 % de ces patients relevaient de la spécialité orthopédie. Pour cette spécialité, le taux de recours au SSR pour les établissements pratiquant la Raac était inférieur à celui de l'ensemble des établissements aussi bien pour le genou que pour la hanche, en 2012 et en 2014. Le fait que les patients éligibles à la Raac soient en général moins complexes que l'ensemble des patients peut expliquer une partie de cet écart.

Entre 2012 et 2014, le taux recours au SSR pour les patients de la spécialité orthopédie du genou a diminué de façon plus importante pour les établissements pratiquant la Raac que pour l'ensemble des établissements. On observe le phénomène inverse pour la spécialité orthopédie de la hanche, où le taux de recours au SSR a crû pour les établissements pratiquant la Raac, alors qu'il diminuait de façon importante pour l'ensemble des établissements, réduisant ainsi l'écart entre les deux.

En moyenne, le différentiel de recours au SSR s'est creusé de 0,5 % entre les établissements pratiquant la Raac et l'ensemble

des établissements sur la période 2012-2014. Les comportements très différents entre les spécialités incitent à la prudence dans l'interprétation de l'effet de la Raac sur le recours au SSR, qui mériterait d'être analysé de façon spécifique.

Le développement de la Raac ne s'est pas accompagné d'une augmentation des dépenses préopératoires

La Raac n'a en moyenne pas d'impact sensible sur les dépenses préopératoires (différence des différences = + 1 euro). Les différences s'équilibrant entre les spécialités dont les dépenses augmentent (gynécologie, côlon) et celles pour lesquelles elles diminuent (chirurgie bariatrique, urologie) (tableau 13).

Sur ce point, il est important de noter que les protocoles de Raac prévoient de plus en plus fréquemment une phase de « préhabilitation » avant le séjour (par exemple, un bilan nutritionnel ou de la kinésithérapie préopératoire), dont l'effet est peu visible sur

les résultats de la présente étude du fait d'un développement trop récent, mais dont il faudra tenir compte à l'avenir.

L'effet de la Raac sur les dépenses postopératoires varie selon la spécialité considérée

En moyenne, les dépenses postopératoires des patients des établissements pratiquant la Raac sont plus élevées que celles de l'ensemble des patients en 2012 comme en 2014 (tableau 14). Ces dépenses ont diminué pour les deux populations entre 2012 et 2014, mais l'étude de la différence des différences montre que la diminution a été plus importante pour les patients Raac, de l'ordre de 277 euros supplémentaires.

La situation est très variable en fonction des spécialités. Pour la chirurgie du côlon, alors que les patients des établissements pratiquant la Raac avaient en 2012 des dépenses inférieures de 230 euros à l'ensemble des patients, la situation s'est inversée

► TABLEAU 13

Impact de la Raac sur les dépenses du mois précédent l'hospitalisation, hors médicaments (dépenses recensées : actes de kinésithérapie, soins infirmiers, actes de radiologie, analyses et prélèvements, consultations, visites)

	Dépenses 2012			Dépenses 2014			Différence des différences 2014-2012
	Raac	France	Différence	Raac	France	Différence	
Chirurgie bariatrique	84 €	83 €	1 €	53 €	65 €	- 12 €	- 13 €
Côlon	341 €	332 €	9 €	190 €	164 €	26 €	17 €
Gynécologie	289 €	301 €	- 12 €	146 €	144 €	2 €	14 €
Orthopédie du genou	160 €	156 €	4 €	217 €	208 €	9 €	5 €
Orthopédie de la hanche	169 €	165 €	4 €	211 €	199 €	12 €	8 €
Urologie	170 €	181 €	- 11 €	141 €	239 €	- 98 €	- 87 €
Total	160 €	157 €	3 €	180 €	176 €	4 €	1 €

Sources : Cnamts (pour les séjours : PMSI MCO 2012 et 2014, tous régimes - France entière ; pour les dépenses : DCIR, régime général - France entière)

► TABLEAU 14

Impact de la Raac sur les consommations dans les trois mois suivant l'hospitalisation, hors médicaments et SSR^(a)

	Dépenses 2012			Dépenses 2014			Différence des différences 2014-2012
	Raac	France	Différence	Raac	France	Différence	
Chirurgie bariatrique	2 242 €	2 006 €	236 €	1 873 €	1 762 €	111 €	- 125 €
Côlon	1 884 €	2 114 €	- 230 €	2 319 €	2 216 €	103 €	333 €
Gynécologie	1 741 €	1 282 €	459 €	1 694 €	1 308 €	386 €	- 73 €
Orthopédie du genou	6 729 €	8 680 €	- 1 951 €	6 246 €	7 456 €	- 1 210 €	741 €
Orthopédie de la hanche	5 715 €	6 295 €	- 580 €	5 265 €	6 272 €	- 1 007 €	- 427 €
Urologie	2 560 €	2 072 €	488 €	3 264 €	2 433 €	831 €	343 €
Total	5 230 €	4 936 €	294 €	4 759 €	4 742 €	17 €	- 277 €

(a) Périmètre : actes CCAM, actes en K, actes de kinésithérapie, soins infirmiers, actes de radiologie, analyses et prélèvements, consultations, visites, indemnités journalières, dispositifs médicaux

Sources : Cnamts (pour les séjours : PMSI MCO 2012 et 2014, tous régimes - France entière ; pour les dépenses : DCIR, régime général - France entière)

en 2014 avec une dépense supérieure de 103 euros. L'effet propre de la Raac sur ces dépenses estimé par la différence des différences est de + 333 euros. Pour les spécialités orthopédie du genou et urologie, l'effet propre de la Raac semble également conduire à une augmentation des dépenses postopératoires.

Pour les autres spécialités, en revanche, la Raac a conduit à une diminution plus forte des dépenses posthospitalisation que pour l'ensemble des patients, la plus notable étant l'orthopédie de la hanche avec un gain relatif de 427 euros par patient.

Ces effets contrastés peuvent s'expliquer par de nombreux facteurs, propres à chaque spécialité. Il peut s'agir d'un déport de coûts hospitaliers sur la ville (suivi renforcé par exemple) pour les augmentations ou, à l'inverse, d'une meilleure maîtrise et d'une pertinence du suivi postopératoire par le biais d'une protocolisation permettant de mieux maîtriser les coûts.

Les patients pris en charge dans les établissements pratiquant la Raac ont des dépenses de médicaments supérieures à l'ensemble des patients, en préopératoire comme en postopératoire

En 2014, les patients pris en charge dans les établissements pratiquant la Raac avaient en moyenne une dépense de médicaments supérieure de 16,40 euros à l'ensemble des patients. Ces coûts supplémentaires étaient répartis équitablement entre le préopératoire (7,70 euros) et le postopératoire (8,70 euros) (**tableau 15**).

La spécialité orthopédie présente une consommation de médicaments fortement supérieure en Raac pour la hanche et le genou, particulièrement en préhospitalisation. Cette augmentation pourrait correspondre à la mise en œuvre de protocoles, notamment relatifs à la prévention de la douleur.

La Raac induit une diminution du coût total des soins mais pas nécessairement des dépenses

Les patients pris en charge dans les établissements pratiquant la Raac ont un profil de dépenses différent de l'ensemble des patients opérés la même année, variable selon la spécialité considérée.

Si les dépenses préopératoires constatées varient peu, les dépenses postopératoires sont impactées par la Raac, à la baisse pour certaines spécialités, à la hausse pour d'autres.

Pour les patients des établissements pratiquant la Raac, le recours au SSR baisse de façon modérée, alors que les dépenses de médicaments avant et après l'hospitalisation augmentent.

Du strict point de vue des dépenses de santé, l'impact de la Raac apparaît modéré, à tarification de séjours hospitaliers identique. En effet, l'essentiel des gains économiques se fait par la réduction des durées des séjours hospitaliers. Les gains économiques théoriques sur la partie hospitalière sont en revanche potentiellement importants (de l'ordre de 580 euros par séjour en moyenne).

L'intérêt économique du développement de la Raac se trouve donc dans la transformation de ces gains économiques en économies de dépenses pour l'Assurance Maladie, sachant qu'une partie de ces gains devra être consacrée à l'augmentation des dépenses pré et posthospitalisation ainsi qu'à la structuration de la Raac dans les établissements qui ne l'ont pas encore faite.

Les modes de tarification actuels des séjours hospitaliers constituent en théorie un incitatif médico-économique fort pour les établissements qui souhaitent recourir à la Raac. En effet, alors que les tarifs sont calculés sur la base de séjours plus longs et plus coûteux, la Raac permet de dégager en moyenne 580 euros d'économies par séjour, ce qui permet notamment de dégager des ressources pour financer la montée

► TABLEAU 15
Dépenses de médicaments un mois avant et trois mois après l'hospitalisation pour les patients des établissements pratiquant la Raac et pour l'ensemble des patients en 2014

	Préhospitalisation			Posthospitalisation			Total		
	Raac	France	Différence	Raac	France	Différence	Raac	France	Différence
Chirurgie bariatrique	8,90 €	10,20 €	- 1,30 €	104,40 €	96,30 €	8,10 €	113,30 €	106,50 €	6,80 €
Côlon	21,40 €	20,10 €	1,30 €	-	-	(a)	-	-	-
Gynécologie	15,50 €	12,80 €	2,70 €	60,58 €	68,35 €	- 7,80 €	76,08 €	81,15 €	- 5,10 €
Orthopédie du genou	27,60 €	13,70 €	13,90 €	85,03 €	77,37 €	7,70 €	112,63 €	91,07 €	21,60 €
Orthopédie de la hanche	24,90 €	13,90 €	11,00 €	97,13 €	87,37 €	9,80 €	122,03 €	101,27 €	20,80 €
Urologie	16,00 €	17,10 €	- 1,10 €	101,97 €	112,87 €	- 10,90 €	117,97 €	129,97 €	- 12,00 €
Total	21,90 €	14,20 €	7,70 €	96,04 €	83,39 €	8,70 €	117,94 €	97,59 €	16,40 €

(a) Pour les dépenses en lien avec le côlon, les écarts étaient extrêmement importants en raison des traitements anticancéreux. Les données n'ont donc pas été incluses en posthospitalisation.

Sources et champs : Cnamts (pour les séjours : PMSI/MCO 2012 et 2014, tous régimes - France entière ; pour les dépenses : DCIR, régime général - France entière)

en charge de la Raac. La nécessité de mettre en place un mode de financement incitatif spécifique à la Raac n'apparaît ainsi pas évidente de prime abord.

Deux arguments militent cependant pour aller dans ce sens. D'une part, le développement encore modeste de la Raac en France laisse penser que l'incitation économique n'est que théorique et qu'elle souffre d'une lisibilité insuffisante pour les acteurs de terrain, un modèle alternatif portant des incitations plus claires pourrait être très utile. D'autre part, les modalités de financement actuelles ne permettent pas de redistribuer directement les économies générées sur les coûts hospitaliers vers les dépenses pré et posthospitalisation, et rendent difficiles le suivi et la maîtrise de ces dernières.

Les coûts d'entrée dans la Raac pouvant constituer une barrière à son développement, une baisse des tarifs des séjours de chirurgie entraînant la diminution ou la suppression de la marge permettant aux établissements d'y faire face serait un signal qui n'inciterait aucunement les établissements qui ne sont pas dans la dynamique à faire des efforts dans ce sens.

À l'inverse, la mise en place d'un forfait propre à la Raac comprenant, outre le séjour lui-même, une partie des dépenses pré et posthospitalisation, incluant en particulier les consultations et le suivi médical spécialisé, apparaît être une piste intéressante. Cette solution, expérimentée avec un certain succès dans d'autres pays, présente l'avantage d'envoyer un signal clair aux acteurs en faveur du développement de la Raac. Dans cette configuration, un partage des économies réalisées entre le payeur et les offreurs de soins avec une visibilité sur une période de trois ans est un facteur susceptible de rassurer les acteurs et de les inciter à s'engager dans une telle démarche.

Étant donné les situations variables selon le type de chirurgie, il pourrait être pertinent d'expérimenter la mise en place de ce type de forfaits sur une ou deux spécialités chirurgicales. La spécialité orthopédie, hanche et genou, paraît être un candidat pertinent pour cette expérimentation.

Exemple de calibrage d'un forfait à l'épisode de soins

Afin de tester en réel la faisabilité de sa proposition, l'Assurance Maladie propose de réaliser une expérimentation avec quelques établissements, sous conditions de contractualisation : les structures recevraient un montant fixe durant l'ensemble de l'expérimentation afin de sécuriser leurs recettes sur un segment homogène de patients, de déconnecter le montant payé de la durée du séjour (hausse de la marge qui suppose un effacement de la borne basse en sévérité 2) et d'obtenir un montant forfaitaire garanti sur trois ans, alors que les tarifs varient chaque année.

Les acteurs n'ayant actuellement que peu d'«intérêt» à entrer dans un système de financement forfaitaire par rapport au paiement à l'acte, la garantie sur un temps donné du maintien du tarif du GHS à son niveau actuel ainsi que l'ajustement du financement à la performance et à la qualité en seraient les modes d'incitation.

Les établissements de santé seraient gagnants sur ce financement, sur la maîtrise de leur prise en charge et sur l'intérêt qu'ils auraient à la qualité et à la performance de leur coordination, pour laquelle ils seront eux-mêmes obligés de contractualiser avec les autres professionnels de santé. L'Assurance Maladie, elle, n'aurait plus à supporter les dépenses liées à des réinterventions évitables.

La performance des établissements pourrait être jugée à partir d'indicateurs tels que la réduction de la DMS, le taux de réhospitalisation, le taux d'infections associées aux soins (IAS), la lutte contre la douleur (qui peut être appréhendée par exemple au travers de la consommation d'antalgiques), mais aussi des indicateurs de résultats rapportés par les patients (PROMs) ou la satisfaction des patients. Un indice synthétique pourrait être construit à partir des indicateurs retenus, et les résultats pourraient donner lieu à une modulation du forfait au parcours.

Ce forfait pourrait comprendre :

- les examens et consultations diagnostiques et anesthésiques préopératoires, ainsi que les analyses biologiques préopératoires et l'électrocardiographie (ECG) ;
- l'intervention chirurgicale, le dispositif implanté, les médicaments administrés, le séjour hospitalier ;
- ainsi que des soins consécutifs à l'hospitalisation, pour lesquels plusieurs options d'inclusion dans le forfait sont possibles :
 - au minimum la consultation de contrôle postopératoire dans les trois mois,
 - éventuellement des soins de suite et de réhabilitation (modalités à définir),
 - et une forme de garantie sur les complications : ce peut être le traitement des complications et les réinterventions pendant une certaine durée (une période de deux ans est prise comme référence en Suède, voire de cinq ans en cas d'épisode infectieux survenu au cours des vingt-quatre premiers mois), y compris si les soins sont dispensés dans un autre établissement hospitalier.

Un premier travail d'estimation du montant de ces forfaits, en fonction de l'intervention (prothèse de hanche et de genou) et du périmètre pris en compte, a été réalisé et démontre la faisabilité opérationnelle de ce modèle. Il conviendrait de l'approfondir dans le cadre de l'expérimentation.

Dans d'autres pays, la mise en place de ces forfaits pour des épisodes de soins bien définis a conduit à des résultats positifs, comme le montre l'expérience suédoise, qui vient de donner lieu à une évaluation approfondie présentée ci-dessous.

3.4.3 / Les forfaits par épisode de soins : retour sur l'expérience du modèle Orthochoice en Suède

Forfaits par épisode : les grands principes

Les modalités de financement des acteurs du système de santé ont un impact clairement établi sur l'organisation et le fonctionnement de ces acteurs. De fait, la réforme de ces modalités est devenue un élément incontournable de la conduite du changement dans la plupart des systèmes de santé.

Les limites des modalités classiques, comme le financement à l'activité dans les hôpitaux, le paiement à l'acte ou la capitation, sont devenues évidentes dans un contexte où les maladies chroniques imposent des prises en charge d'une complexité croissante, impliquant de nombreux acteurs sur une longue durée.

Parmi ces limites, trois occupent une place importante :

- la fragmentation du financement des acteurs d'un même parcours, qui ne favorise pas la coordination et peut parfois inciter à des comportements défavorables à l'intérêt collectif (diminution excessive des DMS en court séjour au détriment du SSR, par exemple);
- le lien avec l'activité qui porte un caractère inflationniste marqué et n'empêche pas la réalisation d'actes inutiles ou redondants, voire qui peut y inciter;
- l'absence de prise en compte de la qualité et de la performance, qui n'incite que trop peu les acteurs à réaliser des efforts dans ce sens.

Depuis plusieurs années, des réflexions et des expérimentations ont été menées dans de nombreux pays pour développer des modèles alternatifs permettant de dépasser ces limites. Deux grands types de modèle ont été conçus dans ce cadre : le paiement à l'épisode de soins (*bundle payment*) et celui à la performance, certains modèles pouvant intégrer les deux de façon mixte. Derrière ces dénominations génériques, on trouve une très grande diversité de modèles.

Le principe du paiement à l'épisode de soins est simple. Il s'agit de payer sous la forme d'un forfait global unique l'ensemble des interventions nécessaires à la réalisation d'un épisode de soins préalablement défini, au lieu de payer individuellement les intervenants concernés. Ceux-ci auront donc une incitation forte à organiser le parcours des patients de façon coordonnée et à réduire ou à supprimer les actes ou interventions non pertinentes ou non nécessaires.

Ces modèles peuvent être regroupés en deux grandes familles. La première est construite autour d'une pathologie ou d'un acte chirurgical (prothèse de hanche, décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque, etc.), tandis que la seconde, plus rare, se rapproche de la capitation en couvrant l'ensemble des soins pour une population donnée.

C'est la première famille qui a fait l'objet du plus grand nombre d'expérimentations et d'évaluations, et ce, dans plusieurs pays. Il est difficile de déterminer de façon synthétique l'intérêt ou la pertinence du paiement au forfait, tant les modèles varient en fonction de la pathologie considérée et du périmètre de prestations incluses dans le forfait. Par ailleurs, en l'absence de recul sur certaines expérimentations, il convient de rester prudent sur les résultats qu'elles ont obtenus et sur leur caractère durable et transposable au système français.

La France n'est pas éloignée de ces réflexions, plusieurs expérimentations de paiement au forfait pour des épisodes de soins ayant été proposées dans les lois de financement de la Sécurité sociale successives (radiothérapie, insuffisance rénale chronique). Plus récemment, une mission a été confiée à M. Olivier Véran sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé. Dans son rapport d'étape, la mission préconise de poursuivre la réflexion sur la définition de forfaits et parcours pour les prises en charge de pathologies chroniques médicales. Notamment sur la base de programmes cliniques intégrés, comme pour la hanche et le genou.

Les difficultés rencontrées par les expérimentations de paiement au forfait en France et à l'étranger permettent d'anticiper quatre conditions favorisant leur réussite :

- le forfait doit correspondre à un modèle ou un protocole de soins clairement défini permettant d'en connaître précisément les bornes et les coûts;
- l'incentif économique ou financier seul ne suffit pas à faire évoluer les organisations. Il envoie tout au plus un signal aux acteurs et nécessite d'être accompagné notamment d'éléments relatifs à la qualité et d'une réflexion organisationnelle ;
- certaines barrières réglementaires ou de modalités de financement compliquent ou rendent impossible la mise en place de forfaits par ailleurs correctement conçus;
- la réussite des expérimentations repose sur une volonté politique et managériale forte, tant les changements peuvent être profonds pour les organisations.

Le modèle Orthochoice

Description

Un des modèles les plus intéressants est le programme Orthochoice développé en Suède dans le comté de Stockholm, dont le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2014 avait déjà présenté les grandes lignes.

Ce programme a été lancé en 2009 pour les patients bénéficiant de la pose d'une prothèse de hanche ou de genou (des programmes similaires ont été lancés pour d'autres pathologies, cataracte, chirurgie du rachis notamment).

Le principe du programme est de proposer un paiement forfaitaire pour la pose de prothèse de hanche ou de genou pour les patients ayant un score anesthésique ASA 1 ou 2. Le forfait couvre les éléments suivants :

- les soins préhospitaliers;
- le séjour chirurgical et la prothèse ;

- les soins hospitaliers et en ville pendant un mois postopératoire;
- les dispositifs médicaux (prothèse);
- la rééducation en établissement (mais pas la kinésithérapie de ville);
- l'ensemble des soins liés aux complications en lien avec la prothèse (infection, réintervention, changement de prothèse) survenant dans les deux ans, voire dans les cinq ans en cas d'infection traitée par antibiotiques survenant dans les deux ans après la chirurgie;
- l'introduction d'une part liée à la performance de 3,2 % maximum du tarif, basée sur des résultats rapportés par le patient PROMs, fait partie des évolutions envisagées de ce modèle. Ces modalités ont été testées avec un certain succès dans la chirurgie du rachis.

Ce modèle est particulièrement complet, parce qu'il allie paiement au forfait et paiement à la performance. Une de ses caractéristiques majeures est la garantie à deux voire cinq ans, qui couvre un ensemble de complications préalablement définies. Il a évolué au fil du temps pour prendre en compte les enseignements et critiques formulés lors de sa mise en œuvre.

Les objectifs de ce modèle étaient de réduire les coûts de production, de garantir la qualité en améliorant la prise en charge de la douleur (paiement à la performance) et en diminuant les complications (garantie à cinq ans), et de réduire les délais d'attente pour la chirurgie (près de 40 % des patients attendaient plus de 90 jours en 2007).

Évaluation

Plus de cinq ans après son lancement, une évaluation a été réalisée par les équipes de l'université Karolinska et la société IVBAR.

En quatre ans, 71 % des patients opérés pour des prothèses de hanche ou de genou dans le Comté de Stockholm l'ont été selon le modèle Orthochoice (soit plus de 12 500 patients). Le modèle a permis une résorption des files d'attente (moins de 5 % de patients attendant plus de 90 jours en 2012, contre 37 % en 2009) tout en assurant une maîtrise des volumes.

Des gains de productivité de 16 % ont été enregistrés dans les établissements participants, principalement en augmentant le nombre de patients opérés par équipe et par jour et en réduisant la durée des séjours (une journée de moins en moyenne).

Par ailleurs, le coût moyen payé pour un patient sur une période de deux ans a diminué de 20 %. La principale explication avancée par les évaluateurs est celle de l'efficacité de la période de garantie, qui a permis de diminuer significativement la survenue de certaines complications concernées. En effet, le taux d'hospitalisation pour complications en lien avec la prothèse a diminué de 18 % et le taux de réintervention à deux ans de 23 %. Une analyse de différence des différences montre que cette baisse significative a eu lieu alors que le taux de réintervention augmentait dans les autres comtés suédois.

Les auteurs ont observé une amélioration et un renforcement de la qualité du suivi de ces patients qui peut expliquer ces résultats. Par ailleurs, les réinterventions réalisées par tout autre opérateur que l'équipe initiale étaient refacturées à celle-ci par le comté, ce qui limite le risque que la réduction des complications résulte d'un effet de codage (les montants refacturés à ce titre sont passés de 1,4 million d'euros en 2009 à 380 000 euros en 2011).

En outre, une baisse des prescriptions d'opiacés (- 21 %) et d'antibiotiques (- 9 %) a été observée, témoin d'un changement bénéfique de pratiques médicales.

Les indicateurs de qualité n'ont pas été dégradés par l'intensification de la prise en charge, les indicateurs PROMs ayant même été légèrement améliorés.

Ce programme a donc permis au comté de Stockholm de prendre en charge 21 % de patients en plus pour un coût total en baisse de 3 %, tout en améliorant la qualité des soins et en diminuant les principales complications associées.

Enseignements pour la France

S'il est toujours difficile de transposer à l'identique des modèles d'organisation issus d'autres pays, l'exemple d'Orthochoice incite à aller au-delà du simple paiement au forfait pour expérimenter l'introduction d'éléments liés à la qualité.

D'après les responsables du programme suédois, la garantie de cinq ans est un élément fondamental du programme. En effet, sur ce type de chirurgie, il est possible de contenir des complications précoces (30 ou 90 jours postopératoires) par antibiothérapie et l'incitation est considérée comme insuffisante pour l'amélioration des pratiques. En revanche, l'extension de la garantie à une période beaucoup plus longue ne peut se faire sans une modification profonde et une amélioration des pratiques, ce que les responsables du programme estiment avoir documenté dans leur rapport.

L'intérêt de cette garantie réside également dans son modèle économique. Il est possible de modéliser la survenue des complications, leurs coûts, et donc les économies engendrées par leur diminution. Le forfait pourrait tenir compte de ces économies et proposer un partage des gains avec les établissements.

Concernant la part liée à la performance (douleur rapportée par le patient), l'expérimentation suédoise a semble-t-il été très bien acceptée par l'ensemble des acteurs. La Suède a cependant une culture plus ancienne et forte que la France en la matière, et il pourrait être préférable dans un premier temps de se contenter de mesures de ces indicateurs, avant de lier une partie du paiement à leur valeur et leur évolution.

Proposition

Proposition sur la réhabilitation améliorée après chirurgie

Proposition 17

Mettre en place une expérimentation de rémunération forfaitaire tenant compte de la performance pour la réhabilitation améliorée après chirurgie en orthopédie (chirurgie du genou et de la hanche)

Cette expérimentation se ferait avec des établissements volontaires, dont une partie ne pratique aujourd'hui pas la Raac. Elle aurait pour objectifs d'évaluer la faisabilité et l'impact de ce mode de rémunération et de déterminer les conditions d'une éventuelle généralisation.

Le périmètre du forfait au parcours peut être plus ou moins étendu, plusieurs options pouvant être testées.

La question se pose notamment de l'inclusion de la rééducation, qui peut faire intervenir des acteurs différents de ceux réalisant l'intervention chirurgicale (établissements de SSR ou masseurs-kinésithérapeutes de ville). Il est possible cependant d'envisager des contractualisations entre ces acteurs.

Le principe d'une garantie sur les complications apparaît comme un levier fort d'amélioration dans l'expérience suédoise et devrait être inclus dans l'expérimentation. L'association avec des indicateurs de performance permettrait également de renforcer l'attention à la qualité. Parmi les indicateurs de qualité envisageables, l'expérience du patient sur l'amélioration de sa situation fonctionnelle pourrait être testée. Ces « patient reported outcome measures » (PROMs) sont peu utilisés en France alors qu'ils se développent dans d'autres pays. Ils sont par exemple utilisés en Suède pour moduler le forfait au parcours dans le cas de la chirurgie du rachis.

3.5 Réguler l'offre de soin

3.5.1 / Les dispositifs médicaux de la LPP, un secteur mal connu et faiblement régulé

En 2014, le régime général de l'Assurance Maladie a remboursé 4,3 milliards d'euros au titre des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), hors dispositifs implantables. Ce poste, regroupant une grande variété de produits et de soins (les lits médicaux, les fauteuils roulants, la fourniture d'oxygène, les prothèses diverses, le matériel pour le traitement du diabète, les aides auditives et visuelles, etc.) connaît une croissance soutenue. Sur la période 2010-2014, la dépense a augmenté de 836 millions d'euros pour le régime général.

La quasi-totalité des secteurs de la LPP présente une dynamique forte, liée essentiellement à une croissance des volumes. Le taux de recours augmente sensiblement avec l'élargissement du périmètre de la LPP pour la prise en charge à domicile de pathologies chroniques et graves, permettant ainsi des sorties plus précoces de l'hôpital. L'amélioration des technologies, la miniaturisation des équipements, les innovations concourent également au développement des dispositifs médicaux en ville. Enfin, la dynamique des volumes est aussi liée au vieillissement de la population, à la chronicisation et à l'augmentation de la prévalence des pathologies (diabète, cancers, etc.) ou encore à leur meilleur dépistage. Ainsi, la liste des produits et prestations est le reflet des tendances lourdes qui s'opèrent dans le système de soins, comme le virage ambulatoire et l'allongement de la durée de traitement de certaines pathologies. Pour autant, malgré la croissance rapide des volumes, les prix ont relativement peu évolué, ce qui reflète la difficulté de réguler un secteur particulièrement fragmenté.

Une croissance des dépenses particulièrement dynamique

Les dépenses présentées au remboursement pour les dispositifs médicaux délivrés en ville atteignaient, en 2014, 5,1 milliards d'euros conduisant à une dépense remboursée par le régime général de l'Assurance Maladie de l'ordre de 4,3 milliards d'euros (**tableau 16**). Sur les quatre dernières années,

les montants remboursables ont progressé de 6,1 % par an en moyenne alors que, sur la même période, les dépenses liées à l'ensemble des soins de ville n'ont progressé annuellement que de 2,4 %. La LPP fait donc partie des postes de dépenses les plus dynamiques, à l'instar des transports (+ 4,6 %) ou des honoraires des auxiliaires médicaux (+ 6,4 %); compte tenu des masses financières qu'elle représente, cette évolution constitue un des facteurs de risque importants pour le respect de l'Ondam.

Les dépenses remboursées de dispositifs médicaux en ville sont assez concentrées : trois classes sont prédominantes et représentent plus de la moitié des montants remboursés en 2014 (**figure 61**). Il s'agit de la classe respiratoire (traitement respiratoire, apnée du sommeil, oxygénothérapie, etc.), de l'appareillage orthopédique externe (orthèses et orthoprothèses) et du diabète (contrôle de la glycémie, pompes à insuline, etc.)

Avec plus d'un milliard d'euros de dépenses, la classe respiratoire rassemble tous les dispositifs et prestations liés aux diverses affections respiratoires : bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), apnée du sommeil, mucoviscidose. La pression positive continue (PPC) pour le traitement de l'apnée du sommeil engendre la dépense la plus importante. C'est aussi un poste en très forte augmentation (+ 9,8 % par an entre 2010 et 2014), qui a contribué à hauteur de 63 % à la croissance totale de la classe (et second poste qui contribue le plus à la croissance de la LPP). Cette progression peut s'expliquer par le fait que la reconnaissance de l'apnée du sommeil dans l'altération de la qualité de vie est relativement récente et qu'elle est diagnostiquée et traitée depuis une dizaine d'années. Il faut de plus s'attendre à ce que ces montants continuent d'augmenter dans les années à venir : la Haute Autorité de santé (HAS) a en effet modifié récemment ses recommandations pour le traitement de cette pathologie, élargissant la population potentiellement bénéficiaire. Ainsi, l'augmentation en 2015 est de l'ordre de 23 % en volume, et la tendance 2016 est encore plus impressionnante.

La deuxième classe de dispositifs pour le montant des dépenses regroupe, sous l'appellation « appareillage orthopé-

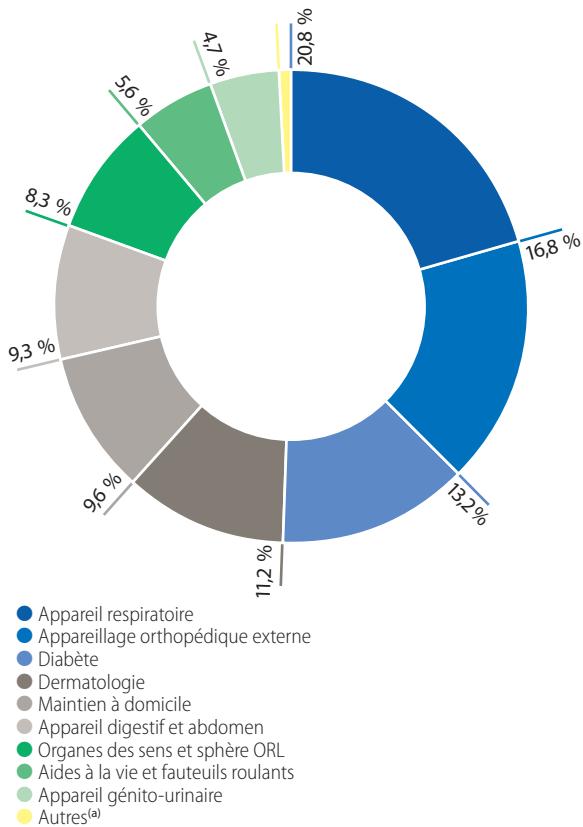
► TABLEAU 16
Montants et évolution des dépenses de la LPP (en millions d'euros)

		2010	2011	2012	2013	2014
Montant remboursable	Montant	3 998	4 233	4 464	4 759	5 060
	Évolution n/n-1	-	5,9 %	5,4 %	6,6 %	6,3 %
Montant remboursé	Montant	3 438	3 580	3 749	4 031	4 275
	Évolution n/n-1	-	4,1 %	4,7 %	7,5 %	6,0 %
Taux de remboursement		86,0 %	84,6 %	84,0 %	84,7 %	84,5 %

Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniiram)

► FIGURE 61

Poids de chacune des douze classes technico-thérapeutiques de la LPP dans le total du montant remboursable en 2014



(a) Sont regroupées sous cette appellation les classes « prothèses réparatrices à visée esthétique », « neurologie » et « système cardio-vasculaire »

Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniiiram)

dique externe», aussi bien du petit appareillage souvent fabriqué en série (bas de contention, colliers cervicaux, ceintures lombaires, etc.) que du grand appareillage pour personnes handicapées ou amputées fabriqué sur mesure. Avec 526 millions d'euros présentés au remboursement en 2014, les orthèses constituent plus de la moitié des dépenses de la classe (62 %) et leur évolution est un peu plus forte que celle de la LPP (+ 7,6 % par an en moyenne). Les orthoprothèses représentent 23 % de la classe et sont en augmentation de 4,9 % par an.

Enfin, la troisième principale classe regroupe les dispositifs destinés au traitement du diabète par l'injection d'insuline (seringues, pompes, etc.) ou au contrôle de la glycémie (lecteurs et bandelettes jetables notamment). Bien que le diabète soit une pathologie dont la prévalence augmente régulièrement, la dépense globale présentée au remboursement de cette classe a augmenté moins rapidement que l'ensemble de la LPP (+ 2,9 % par an en moyenne), pour atteindre 666 millions d'euros en 2014. Cela est dû en partie aux actions initiées en 2011 visant à contenir l'usage des bandelettes pour les diabétiques de type 2.

En termes de dynamique des dépenses, les progressions annuelles moyennes les plus importantes sont enregistrées pour les classes « maintien à domicile » (8,2 %) et « appareil digestif et abdomen » (7,6 %) (tableau 17).

Le virage ambulatoire, l'augmentation de l'espérance de vie et la chronicisation des maladies conduisent à un accroissement mécanique des besoins en soins à domicile et donc d'aide au maintien à domicile. De fait, cette classe technico-thérapeutique est une de celles qui augmentent le plus au sein de la LPP, de 8,4 % par an en moyenne. Les dépenses liées à la location de lits médicalisés représentent 167 millions d'euros et ont augmenté de 9,8 %, contribuant ainsi à 40 % de la croissance dans la classe. Cette augmentation est uniquement due à une progression des quantités, alors que les prix et la structure de cette classe n'ont pas bougé. De même, les dispositifs concernant la perfusion à domicile (antibiothérapie, traitement du cancer, traitement de la douleur, maladie de Parkinson, etc.) représentent 42 % des dépenses de la classe et contribuent pour 47 % à la croissance.

Autre poste très dynamique, au sein de la classe « appareil digestif et abdomen », les nutriments pour supplémentation orale (soupes, crèmes dessert, boissons lactées, etc.), destinés principalement aux personnes âgées dépendantes, représentent 223 millions d'euros de dépenses et augmentent de 8,5 % par an. La légère baisse des prix (- 3 %) n'a pas compensé la forte hausse des quantités délivrées (+ 41 %) liée notamment à l'extension des indications aux patients dénutris en général.

Une croissance de la dépense tirée par un effet volume important non compensé par des baisses de prix

De manière générale, l'évolution des dépenses est due soit à un effet de volume (variation des quantités délivrées ou du poids relatif de chaque dispositif à l'intérieur de la classe), soit à un effet prix (variation des prix unitaires des dispositifs). Concernant la LPP, la progression des dépenses s'explique essentiellement par une augmentation importante des volumes (+ 31 %), alors que l'effet prix est de - 3 % (figure 62). Quelles que soient les classes considérées, les effets de volume sont très importants et toujours positifs, traduisant une augmentation des taux de recours des assurés du régime général à la LPP. En revanche, les effets prix sont relativement faibles, voire nuls, à l'exception de la classe « respiratoire », où les prix ont diminué de 9 % sur la période 2010-2014.

Une forte partie de la croissance des dépenses remboursées de la LPP est liée à un petit nombre de produits et prestations. Ainsi onze postes représentent à eux seuls les trois quarts de l'évolution des montants remboursables entre 2010 et 2014 (tableau 18).

En premier lieu viennent les orthèses (+ 170 millions d'euros les dispositifs pour le traitement de l'apnée du sommeil, dont les remboursements ont augmenté de 145 millions d'euros entre 2010 et 2014 (contribution de 14 % à la croissance), puis les pansements primaires ou actifs (10 %).

► TABLEAU 17

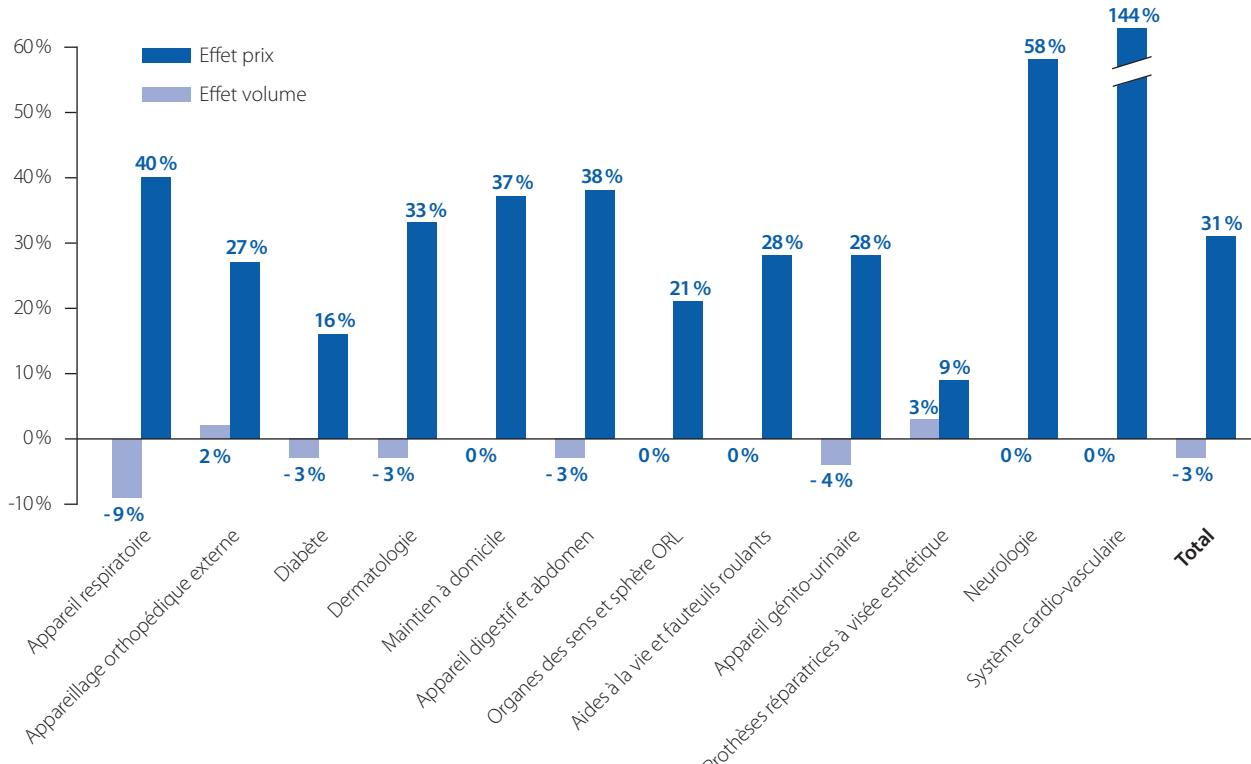
Montants remboursables et taux de remboursement des douze classes technico-thérapeutiques de la LPP

	Montant remboursable 2014 (en millions d'euros)	Taux de croissance annuel moyen 2010-2014	Contribution à la croissance	Taux de remboursement	Évolution 2010-2014 (en points)
			2010-2014	2014	
R - Respiratoire	1 052,4	6,30 %	22 %	83 %	- 2,5
O - Appareillage orthopédique externe	852,1	6,80 %	19 %	77 %	- 3,0
H - Diabète	666,4	2,90 %	7 %	97 %	0,2
D - Dermatologie	567,1	6,70 %	12 %	78 %	- 1,4
T - Maintien à domicile	484,6	8,20 %	12 %	95 %	0,6
A - Appareil digestif et abdomen	472,5	7,60 %	11 %	89 %	- 0,3
S - Organes des sens et sphère ORL	419,6	4,80 %	7 %	64 %	- 4,3
K - Aides à la vie et fauteuils roulants	281,6	6,40 %	6 %	92 %	0,5
G - Appareil génito-urinaire	236,0	5,10 %	4 %	93 %	0,8
E - Prothèses réparatrices à visée esthétique	17,7	2,80 %	0 %	95 %	- 0,1
N - Neurologie	9,6	12,10 %	0 %	77 %	- 1,8
C - Système cardio-vasculaire	0,1	25,00 %	0 %	96 %	- 13,7
Total	5 059,7	6,10 %	100 %	85 %	- 1,5

Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France métropolitaine

Source : Cnamts (Sniiram)

► FIGURE 62

Structure de l'évolution des dépenses des douze classes technico-thérapeutiques entre 2010 et 2014Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniiram)

► TABLEAU 18
Les onze dispositifs qui contribuent le plus à la croissance de la LPP

Dispositif	Montant remboursable en 2010 (en millions d'euros)	Montant remboursable en 2014 (en millions d'euros)	Contribution à la croissance 2010-2014
Orthèses	392,5	562,2	16,4 %
Pression positive continue pour apnée du sommeil, prestation seule	319,6	464,7	13,7 %
Pansements primaires ou actifs	253,0	364,9	10,5 %
Nutriments pour supplémentation orale	161,0	223,2	5,9 %
Traitements respiratoires, prestations avec oxygène	129,5	182,4	5,0 %
Lits médicaux, location	115,1	167,0	4,9 %
Autotraitement du diabète, pompes externes	70,8	110,9	3,8 %
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles, déambulateurs	78,8	117,5	3,7 %
Perfusion, diffuseurs portables et divers	79,0	116,0	3,5 %
Orthoprothèses	163,0	197,3	3,2 %
Autotraitement du diabète, matériel d'injection pour pompes	69,7	103,6	3,2 %
Total	1 831,9	2 609,6	73,7 %

Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniliram)

Des dispositifs et prestations complexes nécessitant des prescriptions précises

Les risques de non-pertinence et de gaspillage associés à cette croissance très rapide des dépenses de la LPP sont d'autant plus préoccupants que le secteur apparaît mal connu par les prescripteurs. La LPP regroupe une très grande variété de

produits et de soins (lits médicaux, fauteuils roulants, fourniture d'oxygène, prothèses diverses, matériel pour traitement du diabète, aides auditives et visuelles, etc.) et les études cliniques indépendantes sont peu nombreuses. Or l'acte de prescription nécessite de disposer de connaissances précises sur les dispositifs disponibles et leurs différentes indications, ce qui ne semble pas toujours le cas. Un des facteurs explicatifs de la

► ENCADRÉ 12

La convention nationale entre les prestataires de soins à domicile et l'Assurance Maladie

La signature, le 15 juillet 2015, d'une nouvelle convention rénove et consolide le partenariat entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les trois principales organisations professionnelles représentant les acteurs de la prise en charge à domicile des malades chroniques et des personnes âgées ou handicapées.

Dans ce secteur clé du champ des dispositifs médicaux et des prestations associées au regard des enjeux économiques et sanitaires, la finalité de cet accord est double : d'une part, adapter les pratiques professionnelles

aux exigences de qualité des prestations et de maîtrise des dépenses afin de répondre à une demande croissante ; d'autre part, moderniser les échanges entre l'Assurance Maladie et les prestataires en sécurisant les circuits de facturation grâce à Sesam Vitale et la dématérialisation des ordonnances. Sur la qualité, la convention comprend un certain nombre de bonnes pratiques professionnelles, parmi lesquelles figurent notamment la formation des salariés du prestataire, ainsi que les relations avec les professionnels de santé. L'interdiction pour le prestataire de participer à la rédaction

des ordonnances, mais également à la réalisation du diagnostic, ou de prêter du personnel directement ou indirectement à un établissement ou un professionnel de santé, y est ainsi clairement stipulée et sera dès lors opposable à l'ensemble des prestataires.

Les signataires ont également reconnu l'intérêt de mettre à disposition des outils (modèles types et aides à la prescription) visant à aider le prescripteur, lorsqu'il le souhaite, dans sa rédaction des ordonnances, des outils qui seront fournis par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

3.5 RÉGULER L'OFFRE DE SOIN

croissance des dépenses résiderait d'ailleurs dans le fait que la prescription de ces produits n'est pas optimisée, ne favorisant pas ainsi le bon usage.

Une étude conduite par BVA pour le compte de l'Assurance maladie montre à cet égard que l'expérience des médecins généralistes dans la prescription de dispositifs médicaux et de prestations inscrites à la LPP se concentre naturellement sur les domaines qui font partie de leur pratique courante : bas, collants et chaussettes de contention, auto-surveillance glycémique et compléments nutritionnels. Pour les autres prestations qui font moins partie de leur quotidien, les médecins généralistes sont nombreux à répondre que la prescription est complexe, voire très complexe (**figure 63**). C'est le cas particulièrement de la nutrition parentérale, qui a été inscrite récemment à la LPP, de l'oxygénothérapie (400 millions d'euros de dépense), le matériel pour colostomie (80 millions d'euros), la perfusion à domicile (plus de 200 millions d'euros) ou l'incontinence urinaire (80 millions d'euros). Cette difficulté serait directement liée à la méconnaissance des différents produits et prestations pris en charge et de leurs indications.

En outre, l'évolution régulière des nomenclatures et des indications des différents postes de la LPP nécessite d'informer les prescripteurs. À titre d'exemple, les indications des sièges coquilles ont récemment été revues par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) et la population concernée par la prise en charge largement réduite. La modification de nomenclature

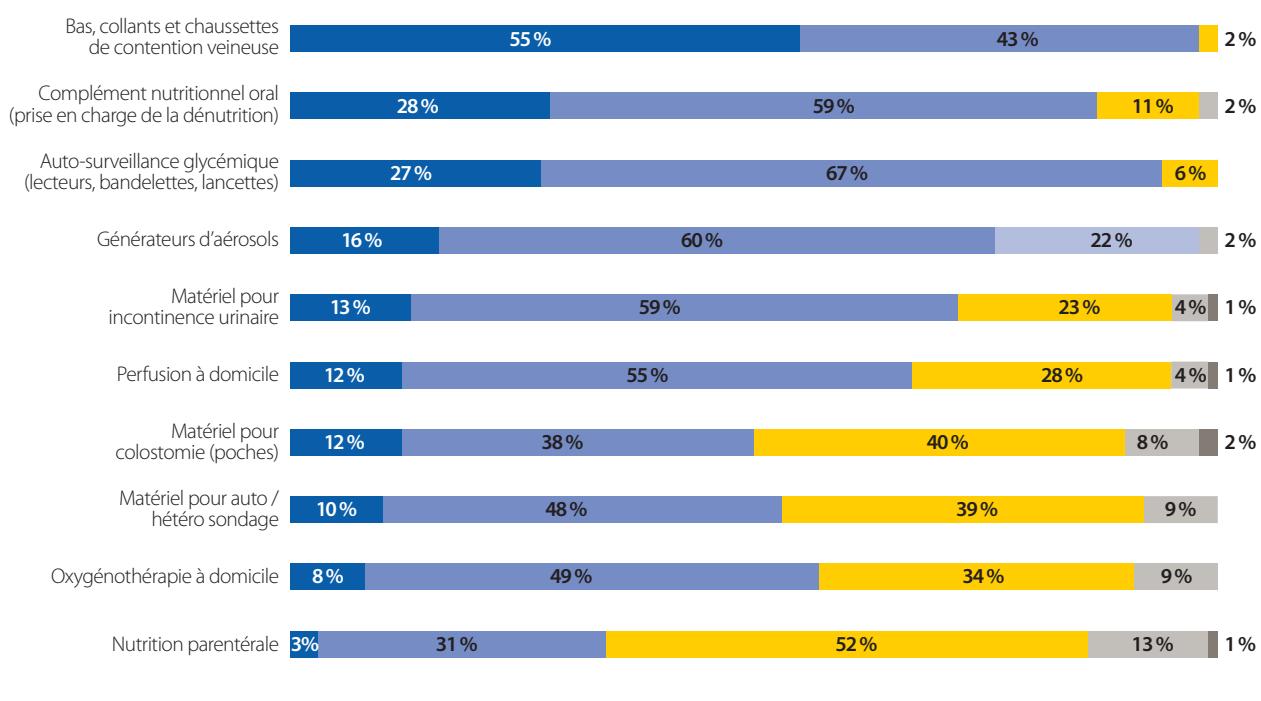
qui suivra ce nouvel avis de la Cnedimts devra s'accompagner d'une large information des médecins prescripteurs, à l'image de la campagne d'information réalisée par le délégué de l'Assurance Maladie sur les compléments nutritionnels oraux.

Sur des domaines particuliers, l'imprécision relative des prescriptions, engendrée par la complexité de la LPP, confère aux prestataires un rôle dans l'orientation de la prescription qu'ils ne devraient pas avoir : adaptation de la prescription initiale, ou bien proposition aux médecins de modèles d'ordonnances, voire d'ordonnances préremplies.

Ainsi, les prestataires jouent un grand rôle non seulement dans la délivrance, mais aussi dans la définition et l'orientation de la prescription, alors même qu'ils sont parties prenantes. Le Comité économique des produits de santé (Ceps) négocie d'ailleurs directement avec les prestataires des accords visant à modifier la structure des délivrances des prestations d'oxygénothérapie, notamment entre l'oxygène liquide et les dispositifs alternatifs moins coûteux pour l'Assurance Maladie. Cela illustre bien que dans le domaine de la LPP, l'interlocuteur de la maîtrise médicalisée n'est pas uniquement le prescripteur, mais également le prestataire lui-même. Suite à la signature de ces accords, le volume des prestations d'oxygène liquide a fortement diminué au profit de forfaits alternatifs moins coûteux, sans intervention de l'Assurance Maladie auprès des médecins prescripteurs. La convention entre les prestataires de soins à domicile et l'Assurance Maladie participe également de ce même objectif (**encadré 12**) en régulant et en encadrant les pratiques des prestataires.

► FIGURE 63

Réponses d'un échantillon de médecins généralistes à la question : « Pour chaque type de produit ou prestation cité, diriez-vous que leur prescription vous semble... »



Source : enquête BVA

La qualité des prestations de soins à domicile : un fort enjeu

La qualité des prestations à domicile (oxygénothérapie, PPC, pompes à insuline, perfusion à domicile, nutrition entérale) et la constance de cette qualité sur l'ensemble du territoire constituent des enjeux importants en termes de santé publique. Or, sur un marché représentant plus du tiers des dépenses de la LPP en ville et comptant un très grand nombre d'acteurs très diversifiés de par leur statut (prestataires privés, associations ou pharmaciens) ou de par leur taille (très petites entreprises et sociétés de stature nationale), l'homogénéité de la qualité de service n'est pas assurée. Comme le soulignaient les auteurs du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 2010, « le problème de la qualité des prestations est posé par les conditions très libérales d'installation, d'exercice et du mode de rémunération des prestataires qui créent les conditions d'un démarquage actif et contestable auprès des prescripteurs ».

Ainsi, afin de garantir des standards en termes de services aux patients (à défaut d'objectiver la qualité de la prestation), les nomenclatures des prestations inscrites à la LPP imposent un certain nombre de critères et de spécifications minimales que doivent remplir les prestataires. Par exemple, la nouvelle nomenclature pour la perfusion à domicile définit avec précision les modalités de la prestation pour en garantir la qualité. Elle prévoit explicitement les conditions du suivi du patient avec le service à l'origine de la prescription et avec les autres professionnels intervenant à domicile. Le texte confirme également le rôle du prestataire dans la formation et l'accompagnement du patient et/ou de ses aidants à son traitement, y compris au travers d'une astreinte infirmière. Des obligations similaires existent également pour l'oxygénothérapie ou l'insulinothérapie par pompe.

Si les voies conventionnelles et les contrôles de l'Assurance Maladie peuvent permettre, dans une certaine mesure, d'objectiver et de contrôler la qualité des pratiques et le respect des contraintes imposées, deux éléments complémentaires seraient de nature à encourager les bonnes pratiques :

- recueillir des informations permettant d'objectiver la qualité du service rendu concrètement sur le terrain, notamment à partir de l'expérience des patients ; un certain nombre de pays mettent en place des indicateurs de qualité construits à partir d'un recueil auprès des patients sur leur expérience des soins, et cette démarche apparaît très pertinente pour les prestations de soins à domicile ;
- mettre en œuvre des modalités de rémunération prenant en compte la qualité du suivi des prestataires. Celle-ci peut notamment être mesurée, dans certains cas, au travers de l'adhésion du patient – facteur majeur, on le sait, de l'efficacité, de la qualité et de la sécurité du traitement. Aider les patients à mieux adhérer à leur traitement est d'ailleurs un des objectifs des prestataires, et doit s'inscrire dans leur démarche de qualité de prise en charge et d'accompagnement. L'adhésion au traitement pourrait ainsi constituer un indicateur de qualité pris en compte dans leur rémunération, afin de les inciter à apporter au patient le meilleur service et à être à l'écoute de ses difficultés, de ses attentes et de la

mobilisation de ses propres compétences. Cette rémunération à la performance des prestataires n'induirait aucune modification de la prise en charge pour le patient. À cet égard, les technologies numériques permettent maintenant de suivre en continu le bon usage d'un dispositif, d'apprecier la qualité de la prestation et de mener en temps réel les actions permettant le cas échéant de l'optimiser au profit du patient, réduisant ainsi les risques sur l'adhésion au traitement des malades chroniques. Des aménagements législatifs et réglementaires sont nécessaires pour autoriser ces transmissions d'informations, qui seraient faites avec l'accord du patient, et en encadrer les règles de transmission et de conservation.

Des difficultés à fixer les prix et à les faire évoluer

Les prix des dispositifs médicaux remboursables sont fixés par le Ceps sur la base des avis émis par la Cnedimts et de la HAS, qui donnent une évaluation de l'amélioration du service attendu (ASA), ou un avis d'efficience. Ces avis sur le service attendu ou l'amélioration du service attendu permettent d'orienter la tarification par rapport à des dispositifs médicaux de même finalité thérapeutique et déjà inscrits sur la liste des produits et prestations. Aux termes de l'article R-165-4 du code de la Sécurité sociale, les produits ou prestations qui n'apportent ni amélioration ni économies pour l'Assurance Maladie ne peuvent être inscrits à la LPP. Selon cet article, dès lors que l'amélioration du service attendu est classée de niveau V, il y aurait toute légitimité à ne pas inscrire ces nouveaux dispositifs, ou de les inscrire à des tarifs inférieurs aux dispositifs comparables déjà inscrits sur la liste des produits et prestations (nouveaux pansements arrivant sur le marché, nouveaux stents etc.).

La justification d'un tarif similaire aux dispositifs comparables se fonde parfois sur celle d'économies réalisées grâce à une commodité d'usage, permettant une meilleure observance des traitements, ou grâce à une substitution à d'autres soins plus onéreux. Cependant, les avis de la HAS, qui se basent sur des critères cliniques, ne permettent pas de confirmer ou d'informer l'avantage revendiqué par les fabricants (ou les prestataires) sur le plan de cette commodité d'usage pour le patient, ou sur des éventuelles économies réalisées sur une substitution partielle ou totale d'une stratégie thérapeutique plus onéreuse.

De fait, il est très fréquent qu'un nouveau dispositif bénéficie d'un prix équivalent à celui de ses concurrents sans pour autant justifier d'une amélioration du service attendu, mais uniquement sur la base des avantages revendiqués par le fabricant, non étayés par une évaluation scientifique rigoureuse. Cela conduit à ce que ne soit pas toujours suivie la règle selon laquelle un produit n'apportant pas d'amélioration (ASA de niveau V) doit permettre des économies de traitement.

À la fois pour garantir une certaine transparence pour les assurés et les prescripteurs sur les qualités relatives des dispositifs, mais aussi pour pouvoir justifier ou non d'une baisse de prix par rapport aux comparateurs, les évaluations devraient pouvoir donner des éclairages sur les avantages en termes de

3.5 RÉGULER L'OFFRE DE SOIN

commodité d'usage, ou sur des économies par substitution à des stratégies thérapeutiques supposées plus onéreuses.

La dynamique des prix en fonction du cycle de vie des produits ou des évolutions en volume est aussi relativement lente. Comme le souligne l'Igas, « chaque baisse de prix intervient en effet dans un environnement microéconomique particulier, avec des logiques propres que le Ceps doit étudier avant de procéder à une négociation. De plus, le Ceps doit parfois faire face lors de ces négociations à une multiplicité de parties prenantes : fabricants (eux-mêmes atomisés en plusieurs fédérations professionnelles défendant des intérêts spécifiques par sous-secteurs), pharmaciens, prestataires de soins à domicile. Ces contraintes sont à l'origine de délais importants pour certaines négociations. Enfin, les baisses de tarifs d'une classe entière de dispositifs médicaux proposées par le Ceps (par exemple, les implants orthopédiques) sont parfois contestées et déboutées en Conseil d'État, par défaut notamment de bases législatives et réglementaires ».

C'est pourquoi on observe, pour la grande majorité des secteurs, et malgré des hausses de volume parfois considérables, pas ou peu de baisses de prix. Comme on l'a vu plus haut, la location hebdomadaire de lits médicalisés, qui a crû de 39 % de 2010 à 2014, n'a pas vu son tarif modifié sur la période. De même, les compléments de nutrition orale ont augmenté en volume de 41 % en quatre ans, et la baisse de prix n'a été que de 3 %. Dernier exemple, les pansements primaires, qui ont progressé de 44 % entre 2010 et 2014, n'ont subi qu'une baisse de prix de 2 % sur la période.

Un équilibre économique entre achat et location à étudier en fonction des durées d'utilisation

Avec le vieillissement de la population, la chronicisation des pathologies et l'existence de traitements à vie, on peut se poser la question de l'arbitrage entre location et achat des dispositifs médicaux destinés au maintien à domicile. C'est notamment

le cas pour les lits médicaux (remboursés uniquement à la location), des véhicules pour personnes handicapées (qui existent à l'achat et à la location) ou encore des appareils à PPC remboursés dans le cadre d'une prestation hebdomadaire globale incluant la mise à disposition de l'appareil.

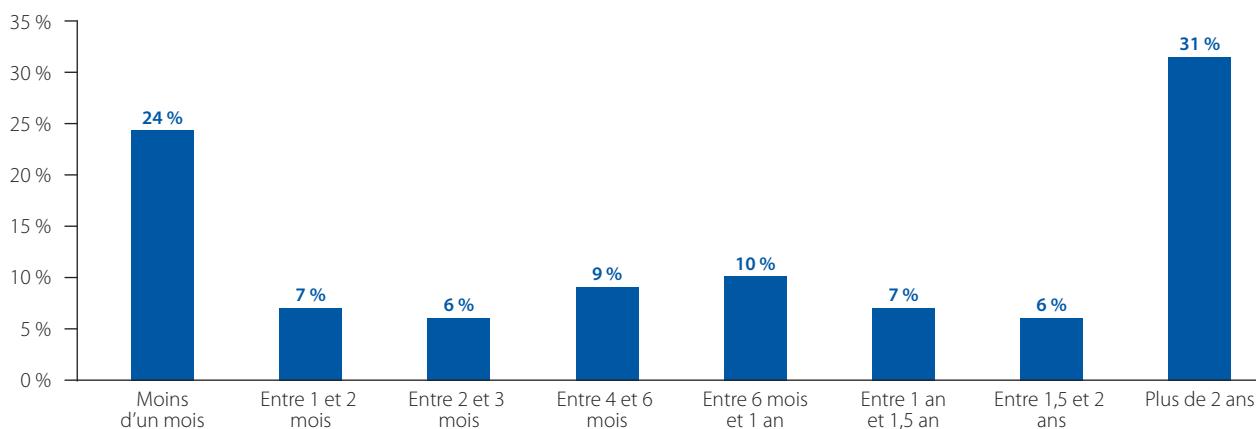
La question de l'optimisation économique pour l'Assurance Maladie mérite d'être posée : quand un dispositif est utilisé pendant plusieurs années, la location est-elle efficiente ? À l'inverse, l'achat n'est pas toujours pertinent notamment pour des soins de très courte durée.

Par exemple, les lits médicaux, qui sont remboursés sur la base de 14 euros par semaine, sont « amortis » au bout de 60 à 70 semaines de location. Or plus de 35 % des patients incidents ont des durées de location supérieures à 78 semaines (18 mois) (**figure 64**). On peut concevoir que les marges dégagées par ces locations de longue durée fassent partie de l'équilibre économique des prestataires ; encore faut-il s'assurer que cet équilibre soit équitable avec l'Assurance Maladie sur le long terme. Avec une croissance de près de 10 % par an de ce poste, il est justifié de s'interroger sur les modes de tarification qui seraient les plus adaptés aux locations de longue durée.

Sur les appareils PPC, la logique est un peu différente de celle des lits. D'une part, les assurés qui débutent un traitement par PPC sont relativement jeunes (62 % ont moins de 65 ans – voir **figure 65**) et en cas d'efficacité et d'adhésion au traitement, ils sont destinés à le poursuivre pendant de longues années. D'autre part, le coût de la prestation par PPC comprend non seulement la mise à disposition de l'appareil mais également les consommables et le service apporté au patient. Toutefois, compte tenu du montant que peut représenter le traitement par PPC sur le long terme (14 000 euros par patient pour quinze ans de traitement), il conviendrait de s'interroger sur l'intérêt, là encore, d'une tarification alternative pour les patients au long cours, incluant une partie achat ou modulant la part rémunérant la location.

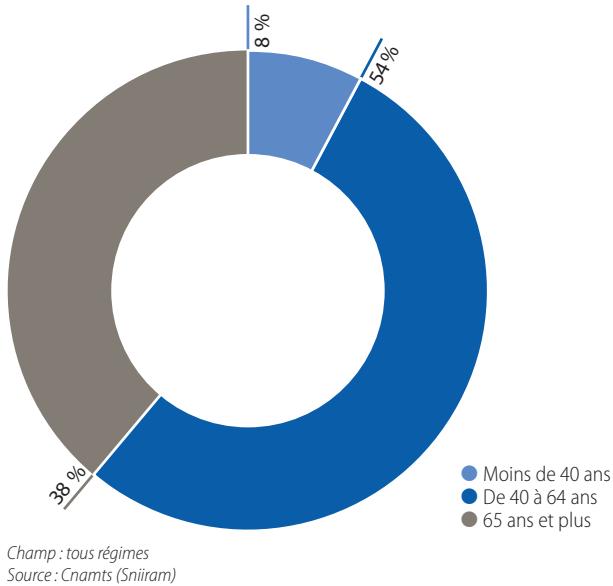
► FIGURE 64

Répartition des patients en fonction de la durée de location de leur lit médical



*Champ : assurés ayant eu un remboursement de forfait de livraison entre janvier et mars 2013 et des remboursements pour location de lit entre janvier et décembre 2015, tous régimes - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)*

► FIGURE 65
Répartition des nouveaux patients traités par PPC en 2015 par tranche d'âge



Les effets pervers des mécanismes incitatifs pour la liste en sus

À la dépense de produits et prestations délivrées aux patients en ambulatoire s'ajoute celle relative aux dispositifs médicaux achetés par les établissements de santé, publics et privés. Ces dispositifs médicaux font l'objet d'un suivi et de modalités de

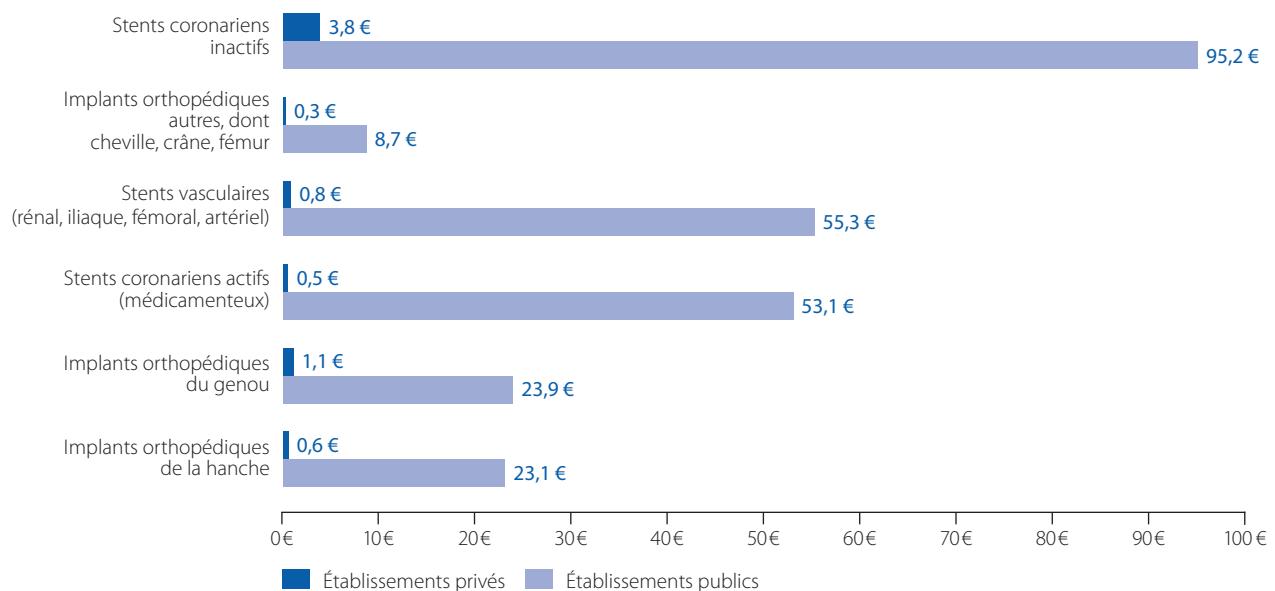
remboursement différents selon qu'ils sont :

- inclus dans les groupes homogènes de malades (GHS) : il s'agit de tous les types de dispositifs médicaux, allant des dispositifs médicaux implantables (hors liste en sus) à des dispositifs médicaux stériles ou non stériles de toutes sortes (pansements, systèmes de perfusion, seringues, lits médicaux, etc.). Ces dispositifs médicaux sont financés dans le cadre de la tarification à l'activité : leur coût est ainsi inclus dans les groupes homogènes de séjour (GHS) et leur prix d'acquisition est le résultat des stratégies d'achat des établissements;
- inscrits sur la liste en sus, qui correspond aux dispositifs médicaux implantés plus de trente jours dans le corps humain et remboursés individuellement par l'Assurance Maladie en plus des dépenses liées aux GHS. Ils représentent un montant de dépenses pour l'Assurance Maladie de 1,4 milliard d'euros en 2014.

Pour chacun des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, le Ceps fixe un tarif de responsabilité, les établissements étant assurés d'être remboursés par l'Assurance Maladie à concurrence de ce tarif. Cependant, afin d'inciter les établissements de santé à négocier leur prix d'achat à un prix inférieur au tarif, l'Assurance Maladie procède au remboursement du prix d'achat réel plus une partie de la différence entre le tarif et le prix d'achat réel : ce dispositif est nommé « écart au tarif indemnisable » (ETI). En pratique, cela signifie que les établissements gardent 50 % des rabais qu'ils obtiennent auprès des distributeurs et en restituent 50 % à l'Assurance Maladie.

On peut constater que globalement, ce dispositif a un impact relativement limité en termes d'économies et que

► FIGURE 66
Montant moyen des écarts indemnisables pour quelques catégories de dispositifs médicaux implantables, pour le secteur public et le secteur privé, en 2014



les politiques d'achat (et de facturation) varient fortement d'un établissement à l'autre (**figure 66**). En effet, le montant total de l'écart indemnisable s'élevait en 2014 à environ 30 millions d'euros, soit moins de 2 % du total des dépenses engagées. Mais cette moyenne correspond à un taux de 3,3 % dans le secteur public, contre seulement 0,1 % dans le privé. Cette différence de taux se retrouve quel que soit le type de dispositifs implantables, et ne semble pas liée à l'ampleur des volumes de dispositifs posés dans les établissements. Par exemple, pour les prothèses de hanche ou de genou, dont 60 % sont posées dans les cliniques privées, les rabais obtenus s'élèvent à 10 % dans le public et à seulement 0,2 % dans le privé. De même, dans les établissements publics, ces ristournes atteignent 12 % pour les stents coronariens actifs et même 38 % pour les stents coronariens inactifs. *A contrario*, pour des volumes de même ordre de grandeur dans les cliniques privées, on n'observe quasiment aucun rabais. Il est assez paradoxal d'imaginer que ces établissements à but lucratif payent le prix fort pour des dispositifs implantables pour lesquels les établissements publics obtiennent des remises significatives. Il apparaît plus probable que d'autres types de négociations s'opèrent qui échappent à la facturation à l'Assurance Maladie, et donc à la régulation des tarifs.

Néanmoins, même au sein des établissements publics de santé, les pratiques ne sont pas uniformes et les rabais obtenus varient beaucoup d'un établissement à l'autre. Pour un tarif de responsabilité de 550 euros, la ristourne sur un stent coronarien inactif standard peut atteindre 280 euros dans certains établissements; dans d'autres hôpitaux, elle ne dépasse pas 200 euros. Les rabais sont moins importants en moyenne pour les stents coronariens actifs (médicamenteux), mais les situations sont là aussi variables, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) parvenant à récupérer un quart du tarif et encaissant sur ce seul poste 1,6 million d'euros en écart indemnisable, tandis que d'autres établissements avec des volumes importants ne font pas mieux que des taux de 2 %.

Le montant dérisoire de l'ETI par rapport aux dépenses engagées, l'inexistence de ceux-ci dans le secteur privé et l'extrême variabilité entre les établissements laissent craindre une sous-déclaration importante au détriment de l'Assurance Maladie, ou des pratiques commerciales non transparentes échappant à la régulation. De surcroît, outre le fait que le mécanisme de l'ETI ne conduit pas à des économies substantielles, il ne permet pas non plus de révéler les prix de marché utiles à la régulation globale des tarifs.

Propositions

Propositions sur la LPP

Proposition 18

Renforcer la connaissance et la pertinence des prescriptions de dispositifs et prestations inscrits à la LPP

Pour améliorer la qualité de la prescription et son adéquation au besoin du malade, ainsi que la transparence sur les rôles respectifs des médecins et des prestataires, il est nécessaire de réduire l'asymétrie d'information entre les professionnels de la LPP et les prescripteurs. Des actions d'information auprès des professionnels prescripteurs seront conduites

par l'Assurance Maladie sur des secteurs identifiés. Il faut également favoriser le développement des outils susceptibles de faciliter la prescription de la LPP, avec notamment les logiciels d'aide à la prescription, des modèles d'ordonnances remplissables en ligne sur Espace Pro de l'Assurance Maladie et, à terme, la prescription électronique en ligne.

Par ailleurs, les indications et les conditions de prescription doivent être mieux cadrées dans un certain nombre de domaines, à l'instar de ce qui a été fait récemment pour les sièges coquilles, afin de ne rembourser que ce qui est vraiment utile. Là également des actions d'accompagnement de l'Assurance Maladie doivent être déployées sur le terrain, auprès des prescripteurs, pour assurer le respect de ces indications.

Proposition 19

Accroître la qualité des prestations fournies sur l'ensemble du territoire par la transparence et par des modes de rémunération prenant en compte cette qualité

Deux pistes sont à explorer :

- lancer un dispositif de recueil d'informations, en lien avec les associations de patients, qui permettrait d'objectiver la qualité de l'accompagnement, le respect des spécifications minimales, mais aussi des aspects de type « expérience patient ». Cette remontée d'informations pourrait alimenter des indicateurs de qualité qui feraient l'objet d'un retour auprès des prestataires ;
- au-delà du retour d'information, il est possible d'envisager dans certains cas une modulation de la rémunération des prestataires en fonction de la performance correspondant à la qualité du service rendu et à son corollaire en termes d'adhésion des patients, qui conditionne l'efficacité du traitement et qui pourrait être un indicateur de résultat de la qualité de l'intervention du prestataire. En outre, la télétransmission d'informations doit être encadrée, afin de permettre un échange d'informations plus rapide et de façon sécurisée entre les patients, les prescripteurs et les prestataires dans le but de construire la meilleure prise en charge globale possible pour les patients. Une disposition législative est nécessaire pour mettre en place ces évolutions au service de la qualité des soins.

Proposition 20

Sécuriser les fondements de la doctrine du Ceps par une assise législative et réglementaire pour favoriser les baisses de prix sur ce secteur

Le défaut de critères légaux de fixation des prix conduit à fragiliser la pérennité de l'approche conventionnelle. Ainsi, en avril 2016, la suspension d'une baisse de prix sur les prothèses de hanche a montré qu'un accord pouvait être remis en cause car l'un des éléments utilisés par le Ceps pour justifier des niveaux de baisse demandés ne figurait pas dans les critères légaux de fixation de prix. Par ailleurs, plusieurs laboratoires questionnent le bien-fondé des plans de baisse de prix annuels du Ceps au regard de ces mêmes critères, alors que ces diminutions de prix permettent la réalisation des économies attendues du Ceps.

Proposition 21

Pour les dispositifs médicaux et prestations utilisés sur le long terme par les patients, étudier les modes de tarification alternatifs à la location

Les locations d'équipement interviennent pour certains dispositifs sur des durées très longues et une réflexion doit être menée afin d'adapter les modes de rémunération dans ces situations, ce qui peut passer par un achat ou par un tarif de location dégressif.

Proposition 22

Améliorer la transparence des mécanismes incitatifs sur les achats de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus

La transparence est la condition nécessaire du fonctionnement correct de ce mécanisme, conçu pour favoriser la mise en concurrence des industriels par les acheteurs, inciter ces derniers à négocier les prix et récupérer ainsi des économies au profit de l'ensemble du système. Cette transparence est insuffisante aujourd'hui et doit être améliorée. À ce titre, la capacité des agences régionales de santé à pouvoir vérifier les clauses contractuelles conclues entre fournisseurs et acheteurs devrait être renforcée.

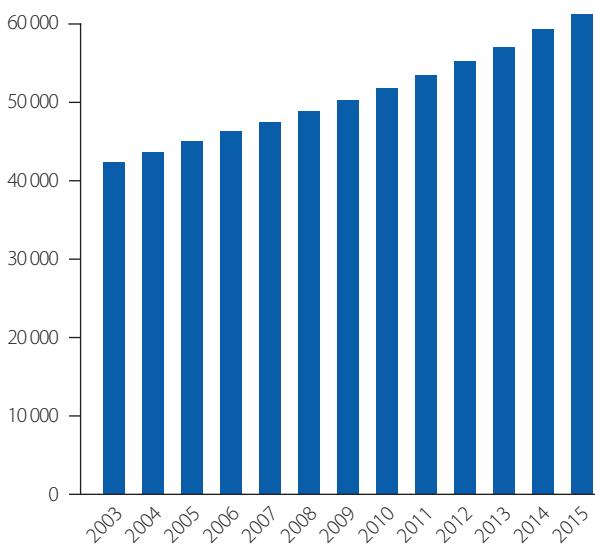
3.5.2 / La régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Les dépenses d'assurance maladie pour des soins de masso-kinésithérapeutes réalisés en ville se sont élevées en 2014 à 3,5 milliards d'euros, soit 4,5 % des dépenses totales. Plus de 9 millions de personnes (régime général) ont bénéficié d'un soin, soit 15 % de la population, avec en moyenne 23 actes par personne traitée ; le taux de recours augmente naturellement avec l'âge : 27 % chez les 65 ans et plus, 35 % chez les 80 ans et plus.

Au cours des cinq dernières années, la croissance de ces dépenses a été relativement élevée, de l'ordre de 4 % par an en moyenne (**figure 67**). En dix ans, ce sont 1,8 milliard d'euros de dépenses supplémentaires qui ont été consacrés à ces soins.

Cette croissance des dépenses est soutenue par une hausse importante des effectifs de professionnels libéraux, qui ont augmenté de près de moitié entre 2003 (43 000 professionnels) et 2015 (61 600) (**figure 68**), soit une croissance de l'ordre de 3 % par an ; le rythme s'accélère même sur les années récentes (+ 3,5 % en moyenne annuelle sur les quatre dernières années). Si le nombre de places ouvertes en France pour les étudiants masseurs-kinésithérapeutes – qui a presque doublé en quinze ans (passant de 1 369 en 1999 à 2 631 en 2015) – explique en partie ce phénomène, les professionnels formés à l'étranger contribuent également très fortement à l'essor démographique. Chaque année

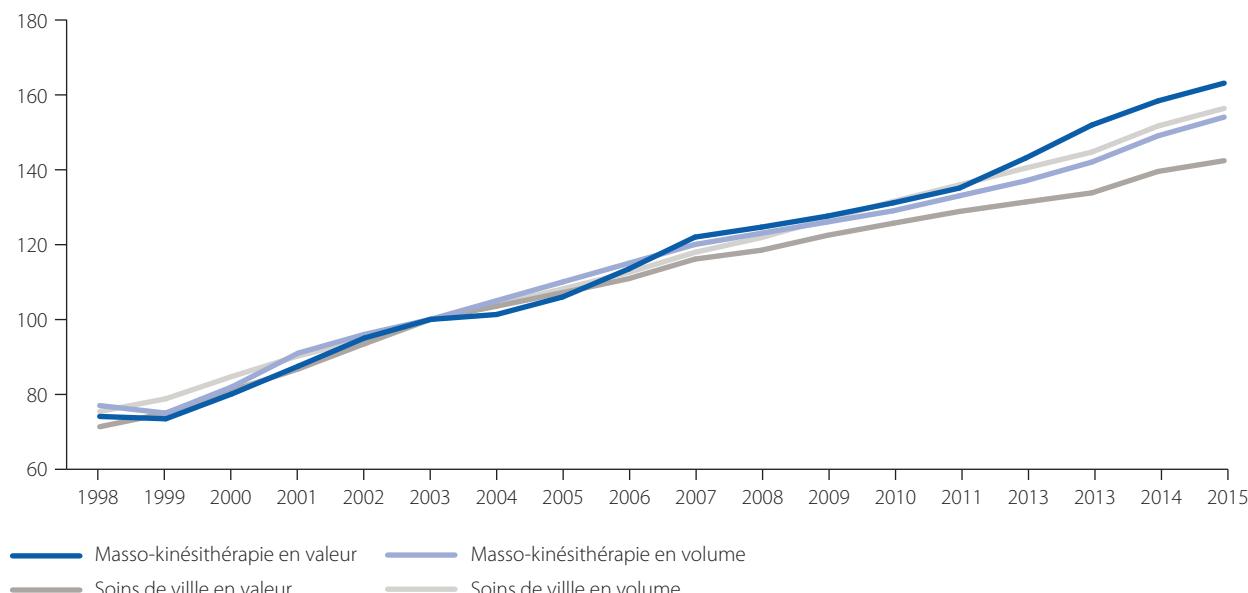
► **FIGURE 68**
Évolution des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes libéraux entre 2003 et 2015



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

depuis 2003, les nouveaux diplômés en masso-kinésithérapie autorisés à exercer sont près de quatre sur dix à avoir étudié hors de France ; au total, 17 000 masseurs-kinésithérapeutes inscrits en 2015 ont été formés à l'étranger, soit 27 % des effectifs¹⁰³.

► **FIGURE 67**
Évolution en valeur et en volume des dépenses de masso-kinésithérapie et de soins de ville (base 100 en 2003)



Champ : en date de soins corrigées des variations calendaires et saisonnières, régime général - France métropolitaine
Source : Cnamts (statistique mensuelle)

103 Drees, « Portrait des professionnels de santé », février 2015.

Malgré cet afflux de nouveaux professionnels, les honoraires moyens ont continué à progresser au rythme de 1,6 % en moyenne entre 2003 et 2015, et ce rythme moyen s'est maintenu sur la période récente.

Il est certain que l'évolution démographique (augmentation et vieillissement de la population) induit une croissance des besoins en soins de masso-kinésithérapie. Néanmoins, elle n'explique qu'un tiers de la croissance du volume des actes entre 2010 et 2015 : en d'autres termes, à âge identique, on recourt plus souvent aux actes de masso-kinésithérapie en 2015 qu'en 2010, et c'est ce qui explique la majorité de la croissance (**figure 69**). Cette augmentation du recours correspond-elle à une évolution des besoins de la population ? Il est difficile de répondre à cette question, notamment parce que l'absence de nomenclature sur les actes de masso-kinésithérapie ne permet pas d'analyser en détail l'évolution de la structure de la consommation. Aujourd'hui, en effet, l'essentiel des actes se répartit sur quelques lettres clés (AMC, AMK et AMS) et une trentaine de cotations, qui ne reflètent pas la diversité des actes et des prises en charge.

Quantitativement, cette notion de « besoin » est difficile à objectiver, comme en témoigne l'extrême disparité de la répartition des masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire. En effet, la densité de professionnels varie du simple au quadruple d'un département à l'autre, avec 39 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis à 170 dans le département des Hautes-Alpes. Au total, près d'un tiers des départements (souvent au nord de la France) ont une densité inférieure de plus de 30 % à la moyenne nationale (81 pour 100 000 habitants), alors que le pourtour méditerranéen et les départements alpins sont relativement bien dotés. Ainsi, au lieu de corriger les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins, la forte croissance des effectifs au cours des dix dernières années – bien que bénéficiant à l'ensemble des départements – a plutôt eu tendance à les accroître : le ratio interquartile des densités départementales¹⁰⁴, qui était de 1,6 en 2015 est aujourd'hui de 1,7. C'est pourquoi on peut s'interroger sur l'adéquation aux besoins de la population.

Par ailleurs, ces disparités de densité induisent de fortes différences en termes d'activité des masseurs-kinésithérapeutes en fonction de leur département d'exercice (**figure 70**). Dans les départements où la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est élevée :

- les professionnels ont moins de patients en moyenne (dans les dix départements où la densité est la plus élevée, le nombre de patients par masseur-kinésithérapeute est inférieur de près de 20 % à la moyenne nationale) ;
- en revanche, le nombre d'actes par patients est sensiblement plus élevé : ainsi, dans le Var, les patients des masseurs-kinésithérapeutes reçoivent en moyenne 30 actes par an, soit le double

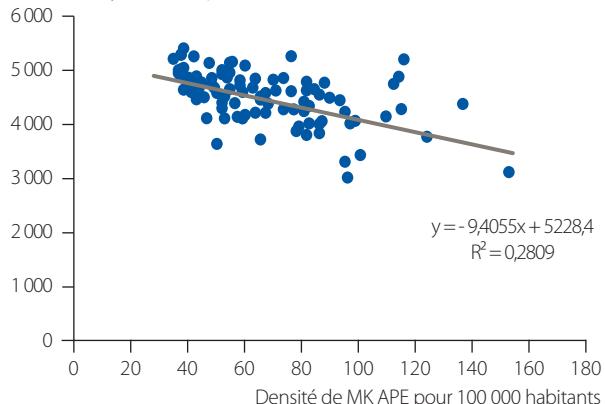
¹⁰⁴ Si on range les départements par ordre croissant de densité, le premier quartile est la valeur telle qu'un quart des départements sont en dessous, le troisième quartile est la valeur telle qu'un quart des départements sont au-dessus (la moitié des départements se situant entre ces deux valeurs). Le rapport interquartile donne donc une mesure de l'écart entre les 25 % les mieux dotés et les 25 % les moins bien dotés.

► FIGURE 70

Lien entre la densité des masseurs-kinésithérapeutes (MK APE^(a)) par département, le nombre moyen de patients, le nombre moyen d'actes par patient et les honoraires moyens par professionnel

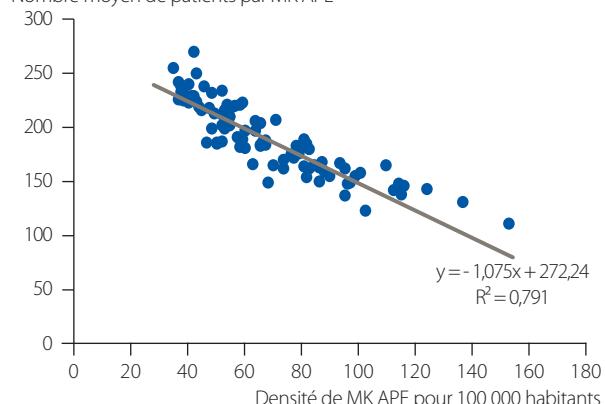
Densité et nombre moyen d'actes par masseur-kinésithérapeute

Nombre moyen d'actes par MK APE



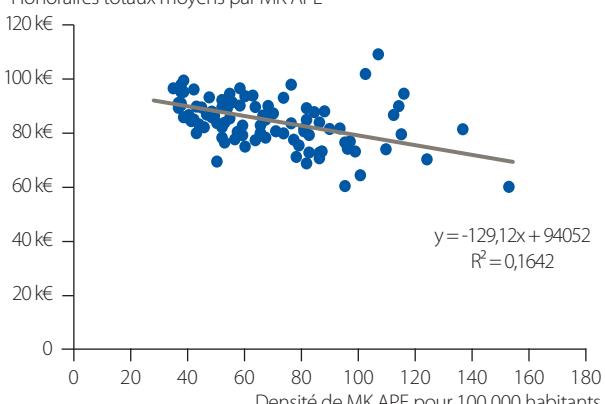
Densité et nombre moyen de patient par masseur-kinésithérapeute

Nombre moyen de patients par MK APE



Densité et honoraires totaux moyens par masseur-kinésithérapeute

Honoraires totaux moyens par MK APE



(a) APE : actifs à part entière, c'est-à-dire les professionnels de santé ayant exercé une activité libérale normale, sur une année complète, dans le cadre conventionnel

Champ : tous régimes - France métropolitaine

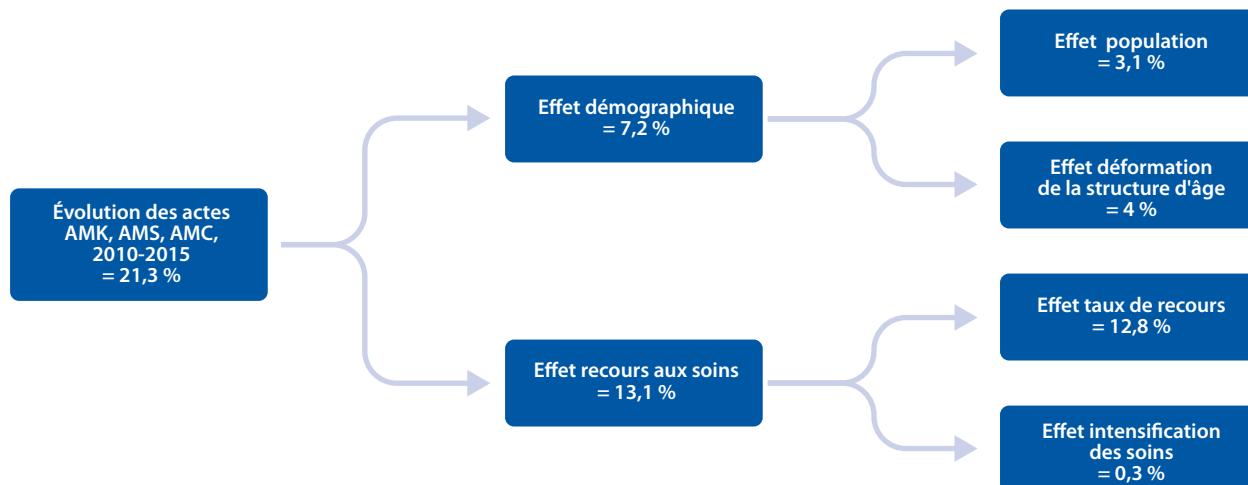
Sources : Cnamts (Snir 2014) et Insee

de ce que l'on observe dans la Sarthe où la densité est trois fois moins élevée ; tout se passe comme si dans les départements où la densité de professionnels est particulièrement élevée, l'allongement des durées de rééducation permettait de compenser une patientèle moins importante ;
– nonobstant cette compensation, les honoraires moyens par professionnels dans les départements où la concurrence est forte

restent moins élevés par rapport à la moyenne nationale (4 % de moins dans les dix départements où la densité est la plus forte). Ainsi, outre l'inadéquation aux besoins de la population, la répartition inégale des professionnels induit dans les zones où ils sont très nombreux une situation concurrentielle qui n'est pas sans conséquences sur leurs conditions d'exercice, leurs revenus et, bien-sûr, les dépenses prises en charge.

► FIGURE 69

Décomposition de la croissance des actes de masso-kinésithérapie entre 2010 et 2015



Champ : masseurs-kinésithérapeutes libéraux, actes AMC, AMK, AMS, tous régimes – France entière

Sources : Cnamts (DCIR) et Insee

Propositions

Propositions sur la masso-kinésithérapie

Proposition 23

Mettre en place la régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

L'évolution de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes montre qu'il est essentiel de mettre en place un dispositif de régulation démographique. Face à un afflux de professionnels qui ne peut plus être régulé au travers des capacités de formation nationales, cette voie négociée permet d'éviter une concurrence excessive préjudiciable aux intérêts des professionnels eux-mêmes, en même temps qu'elle rééquilibre la réponse aux besoins de la population. L'expérience des accords avec d'autres professionnels montre que dans la durée, ce rééquilibrage peut se faire progressivement et qu'en l'absence de tels accords, l'inégalité de la distribution géographique a tendance à s'accroître spontanément.

Proposition 24

Mettre en œuvre une nomenclature plus fine et plus traçante des actes de masso-kinésithérapie pour permettre une meilleure compréhension des activités

L'amélioration qualitative de la connaissance de l'activité de masso-kinésithérapie de ville, des besoins de soins auxquels elle répond, des pathologies et situations cliniques des patients soignés est aujourd'hui une nécessité. Cette démarche s'est développée dans beaucoup d'autres secteurs. Dans un contexte de ressources rares et de forte contrainte financière, elle permet des approches médicalisées sans lesquelles il ne peut y avoir de régulation intelligente de la dépense.

La mise en place d'une nomenclature permettant de caractériser plus précisément les soins prodigués est donc un objectif à poursuivre.

3.5.3 / La biologie : des restructurations en cours, une réflexion globale à développer

Une réforme ambitieuse

L'activité de biologie médicale, qui joue un rôle important dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques, constitue un poste de poids dans les dépenses de santé. Les dépenses induites par les laboratoires de ville atteignaient 3,73 milliards d'euros en 2014 pour 572 millions d'actes réalisés, tandis que les laboratoires hospitaliers représentaient une charge de l'ordre de 2,4 milliards d'euros en 2012 selon les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) citées par la Cour des comptes, dont une partie liée aux examens réalisés pour les patients ambulatoires (139 millions d'exams recensés en 2014).

La biologie médicale a fait l'objet d'une réforme ambitieuse portée par l'ordonnance Ballereau en 2010 (ordonnance n° 2010-49) et la loi du 30 mai 2013. Cette réforme reposait sur quatre grands principes : la médicalisation de la biologie impliquant que le rôle du biologiste dépasse la seule phase d'analyse technique des échantillons, la qualité prouvée par une obligation d'accréditation des laboratoires, le maintien de la proximité et la lutte contre la financiarisation par la fixation de règles prudentielles qu'il revient aux agences régionales de santé de faire respecter. À travers ces grands principes, c'est bien une restructuration profonde du secteur qui était attendue, en favorisant les regroupements de laboratoires, qui comptaient plus de 2 200 entités juridiques en 2010 pour près de 4 000 sites géographiques, chiffre très supérieur à celui des autres pays européens (l'Allemagne, par exemple, dont la population est supérieure à celle de la France, ne compte que quelques centaines d'entités géographiques).

Dans le même temps, une politique de maîtrise des dépenses de biologie a été mise en œuvre par la Cnamts, reposant d'une part sur un protocole d'accord triennal visant à assurer une croissance maîtrisée par un mécanisme prix/volume, d'autre part sur des actions de maîtrise médicalisée visant à réduire le recours non pertinent à une série d'examens ciblés (comme le dosage de la vitamine D).

Près de cinq ans après le début de la réforme, alors que le protocole d'accord triennal sur la biologie de ville arrive à son terme il apparaît pertinent d'évaluer les évolutions du secteur et d'en tirer des orientations pour la régulation de ce secteur et de ses dépenses.

La réforme de 2010 a induit une restructuration très profonde du secteur, surtout en ville

L'offre de biologie médicale en ville s'est restructurée et a vu une diminution importante du nombre de laboratoires sans impact cependant sur le maintien d'une offre de proximité

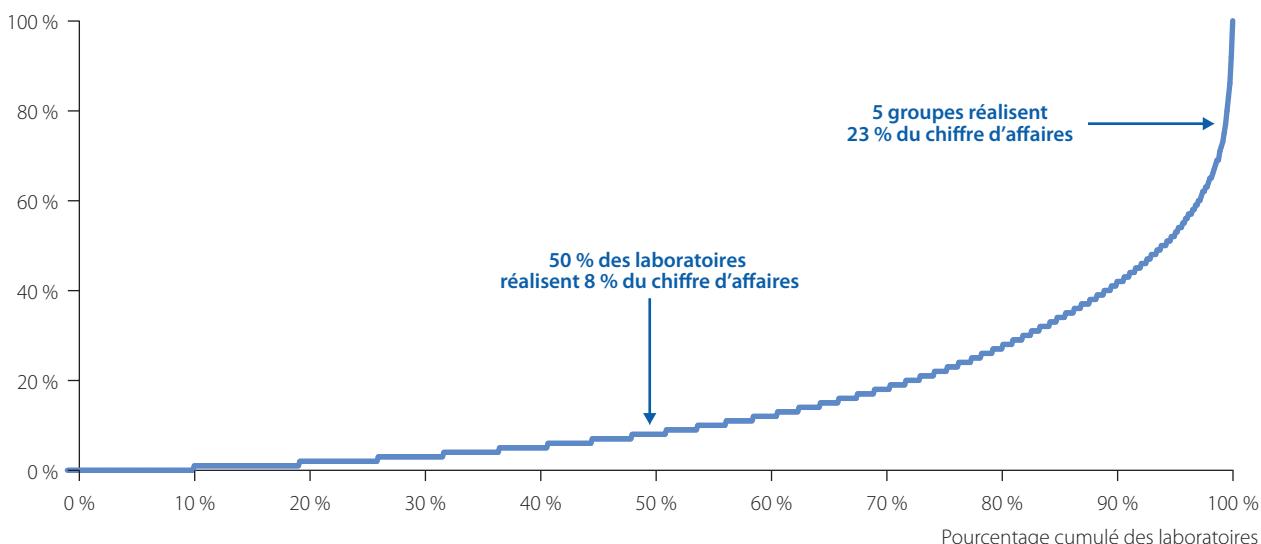
Le secteur des laboratoires de ville a connu une restructuration très importante et présente en 2014 un visage radicalement différent de celui qui était le sien en 2010. Le nombre d'entités juridiques a diminué de près de 60 %, passant de 2 200 à 962, alors que le nombre de sites géographiques est resté quasi inchangé, aux alentours de 3 900. Cette évolution témoigne à la fois d'un mouvement de concentration important et d'un maintien global de l'offre de proximité.

En 2014, cinq groupes réalisaient ainsi 23 % du chiffre d'affaires global du secteur, alors que 50 % des laboratoires ne représentaient que 8 % (**figure 71**). Le chiffre d'affaires moyen par entité juridique est par ailleurs passé de 4,80 millions d'euros à 10,80 millions d'euros

► FIGURE 71

Concentration du chiffre d'affaires des laboratoires d'analyse de biologie médicale de ville en 2014

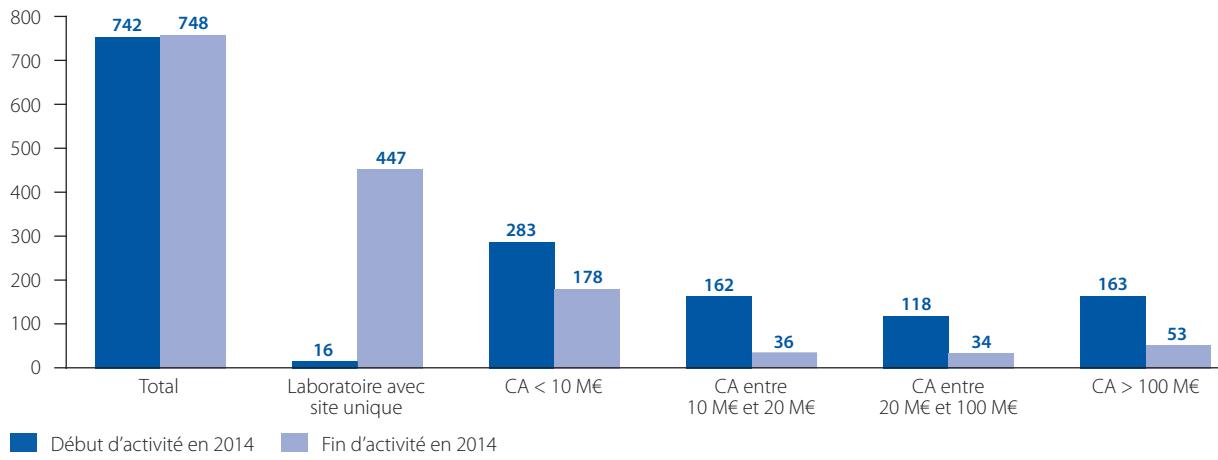
Pourcentage cumulé du chiffre d'affaires



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

► FIGURE 72

Nombre de créations et de cessations/regroupements d'activité des sites géographiques des laboratoires de biologie médicale de ville ayant eu lieu en 2014, en fonction du chiffre d'affaires (CA) de leur entité de regroupement



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

entre 2010 et 2014, illustrant les effets de cette concentration. Pour autant, le mouvement de concentration ne s'est pas limité à l'absorption de «petits» laboratoires par des grands groupes. Des regroupements ont également eu lieu, à l'initiative des biologistes, entre laboratoires de taille petite ou moyenne, selon une logique géographique favorisée par les règles prudentielles qui prévoient qu'une même entité juridique ne peut s'étendre au-delà de trois territoires de santé limitrophes et ne peut représenter plus de 33 % du total des examens sur les territoires concernés. Certains groupes ont cependant pu contourner ces règles, notamment par la création de holdings regroupant plusieurs sociétés d'exercice libéral (SEL) de laboratoires et présents en conséquence sur un très grand nombre de territoires.

Ce mouvement de regroupement est clairement un effet direct de la réforme, le nombre de sites géographiques concernés par des créations ou modifications de leur statut juridique ayant fortement augmenté entre 2010 et 2014.

Pour important qu'il soit, le mouvement de concentration du secteur n'était pas encore achevé en 2014, année pendant laquelle les restructurations étaient encore très actives (figure 72). Les laboratoires les plus touchés par ces mouvements étaient les plus petits avec un site unique ou un chiffre d'affaires inférieur à 10 millions d'euros.

En 2014, il persistait encore 582 laboratoires exploitant entre un et trois sites, soit 71 % de l'effectif des laboratoires, mais seulement 22 % du chiffre d'affaires total du secteur. Ces laboratoires auront probablement vocation soit à se regrouper entre eux, soit à rejoindre des entités plus importantes, régionales ou nationales, poursuivant la mue d'un secteur auparavant très éclaté et aujourd'hui concentré autour d'un nombre réduit d'acteurs.

Ainsi, à la fin 2015, on peut estimer que les quatre principaux groupes couvraient 30 % du marché de la biologie libérale,

et que les groupes régionaux animés par des biologistes en couvraient 40 %.

La réorganisation de l'offre de ville a permis de dégager des gains de productivité par le biais d'une mutualisation des plateaux techniques

Au-delà du seul regroupement des laboratoires ou de leur croissance en taille, la réforme a également conduit à deux évolutions marquantes de leur organisation.

La première est la mutualisation des sites analytiques où sont situés les plateaux techniques, permettant de dégager des économies d'échelle, comme en témoigne l'évolution de la place de l'achat de matières premières qui représentait 15,9 % du chiffre d'affaires en 2010 et qui n'en représentait plus que 14,7 % en 2014 (tableau 19). Les chiffres du syndicat de l'industrie du diagnostic In Vitro (SDIV) confirment ces données et montrent que le prix d'achat de certains tests a pu diminuer jusqu'à 44 %. De même, le poids moins élevé des dépenses de personnel dans les laboratoires de taille plus importante traduit certainement l'existence de telles économies d'échelle. Cette mutualisation s'est faite en maintenant un nombre de sites géographiques équivalent, garantissant le maintien d'une offre de proximité, comme on l'a vu plus haut. Une telle évolution s'est faite par la spécialisation des sites géographiques, les analyses étant traitées dans des plateaux techniques mutualisés, et un grand nombre de sites étant dédiés aux activités de prélèvement (phase préanalytique) et d'interprétation et de remise des résultats (phase postanalytique). Cette nouvelle organisation n'est pas sans incidence sur l'organisation du travail des biologistes, les textes prévoyant la présence ou la disponibilité d'un biologiste par site géographique pendant ses horaires d'ouverture, alors qu'il n'y a plus d'activité d'analyse à réaliser dans la plupart de ces sites. Les textes laissent aujourd'hui une marge d'interprétation aux acteurs sur les conditions effectives de cette présence, qui aboutit à des organisations parfois

► TABLEAU 19

Évolution des principaux postes de dépenses des laboratoires de ville entre 2010 et 2014, répartis par quartiles croissants du chiffre d'affaires 2014 (en pourcentage du chiffre d'affaires)

	Chiffre d'affaires	Achat de matière première	Autres achats et charges externes	Charges de personnel	Dotation aux amortissements et aux provisions	Charges financières	Impôts et taxes	Bénéfice
Quartile 1 (plus faible chiffre d'affaires)								
2010	100,00 %	15,02 %	24,98 %	44,02 %	3,05 %	2,82 %	5,28 %	7,45 %
2014	100,00 %	16,84 %	25,26 %	43,43 %	2,68 %	0,71 %	4,90 %	5,97 %
Évolution	-	1,81	0,28	- 0,6	- 0,36	- 2,11	- 0,38	- 1,48
Quartile 2								
2010	100,00 %	16,20 %	20,83 %	44,41 %	3,01 %	2,58 %	6,15 %	8,28 %
2014	100,00 %	16,23 %	22,01 %	45,79 %	2,83 %	0,54 %	6,04 %	7,10 %
Évolution	-	0,03	1,18	1,38	- 0,63	- 2,04	0,11	- 1,18
Quartile 3								
2010	100,00 %	15,88 %	19,58 %	45,17 %	3,36 %	2,36 %	7,32 %	9,17 %
2014	100,00 %	15,68 %	20,30 %	45,40 %	2,33 %	0,59 %	7,23 %	8,30 %
Évolution	-	- 0,2	0,72	0,23	- 1,03	- 1,77	- 0,09	- 0,87
Quartile 4 (chiffre d'affaires le plus élevé)								
2010	100,00 %	15,96 %	23,81 %	40,10 %	3,80 %	2,63 %	8,13 %	9,96 %
2014	100,00 %	14,14 %	24,60 %	40,92 %	2,99 %	3,67 %	7,51 %	8,74 %
Évolution	-	- 1,81	0,78	0,82	- 0,81	1,04	- 0,62	- 1,22
Ensemble des laboratoires								
2010	100,00 %	15,93 %	22,91 %	41,43 %	3,64 %	2,59 %	7,74 %	9,61 %
2014	100,00 %	14,65 %	23,70 %	42,13 %	2,83 %	2,82 %	7,26 %	8,45 %
Évolution	-	- 1,28	0,79	0,7	- 0,81	0,23	- 0,48	- 1,16

Source : Diane 2015, traitements Cnamts

très différentes entre les sites, certains ayant un biologiste en permanence présent, d'autres préférant qu'il ne soit que joignable à certaines heures. Ces choix pèsent évidemment sur les coûts et la rentabilité des organisations.

Le regroupement des sites analytiques n'a pas seulement permis des économies d'échelle, il a également induit des charges supplémentaires pour les laboratoires, en particulier les frais de transport des échantillons auparavant traités sur place, neutralisant une partie des gains liés aux économies d'échelle de la phase analytique.

La seconde évolution est la diversification de l'activité des groupes ou groupements. Historiquement, la taille modeste des laboratoires français ne leur permettait pas de réaliser l'ensemble des analyses biologiques. Des laboratoires se

sont alors positionnés sur l'activité d'analyses spécialisées en sous-traitance des laboratoires de routine. Deux en particulier se sont retrouvés en situation d'oligopole. Cette segmentation du marché a été profondément modifiée par les regroupements incités par la réforme de 2010, suite auxquels un plus grand nombre de laboratoires a été en situation de réaliser ces analyses spécialisées. Les laboratoires antérieurement spécialisés ont, à l'inverse, étendu leurs activités à la biologie de routine.

Un secteur qui reste globalement financièrement profitable

Les conséquences financières de la réforme sont multiples pour les laboratoires de ville, et variables en fonction de leur taille. D'une manière générale, outre les économies d'échelle

3.5 RÉGULER L'OFFRE DE SOIN

et les coûts supplémentaires liés à la spécialisation des sites, les laboratoires les plus importants ont vu leurs charges financières croître de 2,63 % à 3,67 % de leur chiffre d'affaires, évolution très largement supérieure à celle des laboratoires de plus petite taille (**tableau 19**). Cette croissance résulte des emprunts nécessaires aux acquisitions réalisées par ces groupes ainsi que des investissements induits par le regroupement des plateaux techniques.

L'obligation d'accréditation a également pesé sur les comptes des laboratoires, principalement sur le poste « autres achats et charges externes », qui passe de 22,91 % du chiffre d'affaires en 2010 à 23,70 % en 2014 pour l'ensemble des laboratoires. Ces charges pèsent plus lourdement pour les établissements les plus petits, qui y consacrent un peu plus du quart de leur chiffre d'affaires, témoignant de l'intérêt financier de la mutualisation pour faire face aux contraintes de l'accréditation. Elles sont également élevées pour les établissements les plus importants, résultant probablement d'une plus grande complexité à gérer ces tâches dans des groupes qui se répartissent sur une grande partie du territoire national. Une partie de la croissance des charges de personnel est probablement imputable aux conséquences de l'accréditation (recrutement de qualiticiens, par exemple).

Ces différents mouvements ont eu lieu dans un contexte de régulation tarifaire forte. En 2014, un protocole d'accord triennal a été signé, qui permettait de moduler les tarifs des examens de biologie en fonction des volumes constatés de manière à respecter un objectif de croissance des dépenses fixé à 0,25 % par an. Si ce protocole induisait une contrainte financière certaine sur le secteur, il fournissait également une visibilité de moyen terme très appréciable pour les gestionnaires et investisseurs et qui a certainement contribué à son évolution. Par ailleurs, des actions de maîtrise médicalisée ont été menées sur certains examens dont les volumes apparaissaient trop élevés.

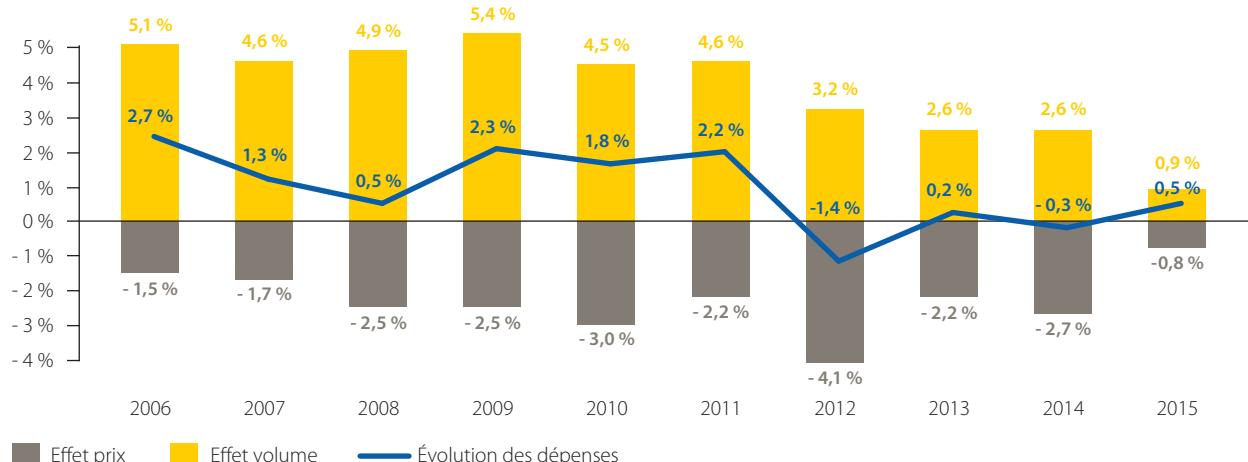
L'évolution des dépenses depuis 2012 montre l'efficacité des politiques de maîtrise pour contenir les dépenses de biologie (**figure 73**). Par construction, le protocole d'accord triennal assure quant à lui depuis 2014 une évolution maîtrisée des dépenses. Les évolutions plus récentes des volumes incitent à poursuivre et renforcer cet effort de maîtrise.

En dépit de cette régulation plus importante, le résultat financier du secteur reste profitable, avec des bénéfices se montant à 8,45 % du chiffre d'affaires global, contribuant à en faire un secteur attractif pour les investisseurs, malgré une baisse de 1,16 point entre 2010 et 2014. Il est à noter que les laboratoires de grande taille avaient en 2014 une rentabilité plus importante que ceux de petite taille (8,74 % du chiffre d'affaires contre 5,97 % (**tableau 19**)). Cet élément va certainement contribuer à la poursuite des regroupements déjà engagés.

En synthèse, les résultats présentés ci-dessus montrent que le secteur des laboratoires de ville a réagi de manière rapide et importante à la réforme de 2010. De profondes restructurations ont eu lieu, changeant profondément le visage du secteur, avec un nombre réduit d'acteurs de taille plus importante, proposant une activité plus diversifiée et tirant parti d'économies d'échelle certaines. Deux logiques sont ici à l'œuvre, l'une basée sur des groupes financiers qui ont, par le biais d'acquisitions de laboratoires, diversifié leurs capacités d'exams et se projettent sur l'ensemble du territoire national, l'autre fondée sur des démarches de biologistes qui ont construit des groupes locaux ou régionaux par la mutualisation, la fusion ou l'acquisition de structures existantes.

Le secteur est cependant encore au milieu du gué de cette transformation et il est probable que les années à venir viennent parachever cette évolution, aboutissant à la prédominance d'un nombre encore plus restreint d'acteurs. La maîtrise des dépenses de biologie médicale pendant la période du protocole d'accord témoigne de l'efficacité de ce mode de régulation.

► FIGURE 73
Évolution des dépenses de biologie médicale entre 2006 et 2015 et contribution des effets prix et volume



Champ : en date de soins, régime général - France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniiram)

Le maintien d'un niveau de rentabilité élevé des laboratoires suggère cependant qu'il subsiste des marges de manœuvre tarifaires pour une maîtrise encore plus grande des dépenses.

Le secteur hospitalier a connu des évolutions beaucoup moins importantes

Les évolutions du secteur hospitalier, considéré par la réforme sur le même pied que le secteur de ville, sont beaucoup moins documentées. L'activité des laboratoires hospitaliers se partage entre des analyses pour les patients hospitalisés dont le volume est recensé dans la statistique annuelle des établissements (SAE) et des analyses au titre de l'activité externe qui sont tarifées comme de l'activité de ville et recensées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et également dans la SAE.

Le nombre de laboratoires hospitaliers recensés dans la SAE est passé de 552 en 2010 à 417 en 2014 (406 dans des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), 8 en psychiatrie et 3 dans des établissements de soins de suite et de réadaptation - SSR). Cette baisse est proportionnellement moins importante qu'en ville et s'explique plus par des mouvements internes aux établissements que par le résultat de mutualisations. L'ordonnance de 2010 porte en effet l'obligation pour les établissements ayant plusieurs laboratoires de biologie médicale de fusionner ces derniers en une entité unique. Ce mouvement pouvant se faire de manière purement administrative, sans qu'il y ait nécessairement de mutualisation ou de changement d'organisation. On ne recense par ailleurs que 17 groupements de coopération sanitaire porteurs d'un laboratoire de biologie médicale et/ou titulaires d'une autorisation, dont 2 GCS de statut privé¹⁰⁵. Cette évolution plus modérée que celle de la ville est également corroborée par les retours de l'accompagnement de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) pour les coopérations en matière de biologie médicale. D'après cette agence, ces coopérations sont assez peu nombreuses, fréquemment encore à l'état de projet, et sont plus souvent motivées par des contraintes locales, en particulier de démographie des biologistes, que par les contraintes de l'accréditation.

Des écarts de productivité importants qui persistent dans les laboratoires hospitaliers

Contrairement à la ville, il est difficile de déterminer si des gains de productivité ont pu être réalisés dans les laboratoires hospitaliers, les données existantes étant essentiellement déclaratives ou incomplètes. Les données disponibles montrent néanmoins une grande variabilité sur ce point. Ainsi, en 2014, selon les données de la SAE retraitées dans l'outil HospiDiag, le nombre d'examens produits par technicien variait presque du simple au double entre les établissements MCO du premier et du dernier quartile (24 769 examens, contre 42 908). On retrouvait des variations d'une ampleur comparable (de 1 à 1,4) en

2009 sur la productivité exprimée en nombre d'actes cotés en B produits par technicien (578 737 actes cotés en B pour le premier quartile, 825 988 pour le dernier quartile). Bien que l'analyse de ces données soit limitée par le caractère déclaratif de la SAE, ainsi que par le changement de mode de recueil de l'activité de biologie depuis 2013¹⁰⁶, ces chiffres suggèrent, d'une part, qu'il existe des écarts de productivité importants entre laboratoires hospitaliers de biologie médicale et, d'autre part, que l'impact de la réforme a été sur ce point au mieux très modeste.

Le niveau de restructuration encore faible des laboratoires hospitaliers, conjugué à l'existence et à la persistance de ces écarts, milite pour qu'une politique fortement incitative soit menée afin de favoriser et d'accélérer la recomposition des laboratoires de biologie médicale hospitaliers et ainsi tirer parti de gains de productivité tels qu'on a pu les constater dans les laboratoires de ville. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT), institués par la loi de modernisation de notre système de santé, constituent à n'en pas douter un outil très important à cette fin, le décret sur les GHT prévoyant explicitement l'option de création d'un laboratoire commun au sein du groupement.

La régulation de la biologie médicale n'est pas réalisée de manière globale, mais repose sur une approche dual entre ville et hôpital aboutissant à une situation sous-optimale en termes de qualité, de pertinence et de maîtrise des dépenses

Comme on l'a vu ci-dessus, les laboratoires de ville et hospitaliers ont connu des évolutions contrastées, alors que l'esprit de la réforme de 2010 était de considérer la biologie médicale dans son ensemble, sans distinction de statut. Ceci peut s'expliquer en partie par les modalités de régulation et de financement du secteur, qui varient en fonction de la nature de l'activité de biologie et du statut des laboratoires.

L'activité et les tarifs des laboratoires de ville font l'objet de négociations conventionnelles entre l'Uncam et les syndicats représentatifs de biologistes, qui ont pris récemment la forme d'un protocole d'accord triennal.

L'activité des laboratoires hospitaliers est financée dans les tarifs des GHS pour les hôpitaux publics et n'est pas suivie en tant que telle, la seule source permettant de la mesurer étant la SAE, tandis qu'elle est financée à l'acte hors des GHS et réintégrée secondairement dans les dépenses hospitalières pour les cliniques privées. L'activité externe des laboratoires hospitaliers est, elle, financée à l'acte selon les mêmes modalités que celles des laboratoires de ville, mais les données sont remontées via le PMSI. Enfin, certains actes innovants, inscrits au répertoire des actes innovants hors nomenclature (RIHN) ou à la liste complémentaire à ce répertoire, ne peuvent être remboursés que s'ils sont réalisés

105 Source : Observatoire des recompositions hospitalières.

106 Activité exprimée en nombre de B avant 2013, en nombre d'examens depuis.

3.5 RÉGULER L'OFFRE DE SOIN

par des laboratoires hospitaliers¹⁰⁷, alors que des laboratoires de ville sont en capacité technique de les réaliser.

De ces circuits et modalités multiples résultent la très grande difficulté de disposer d'une vision claire et fiable du secteur dans son ensemble et la quasi-impossibilité de le réguler de façon globale en tenant compte des nombreuses interactions entre les laboratoires de ville et hospitaliers.

Pourtant, les données disponibles mettent en évidence une situation loin d'être optimale. La densité des laboratoires de biologie varie de 2,1 à 12,5 laboratoires pour 100 000 habitants dans les différents départements français (données 2014), suivant une répartition proche du reste de celle de l'offre de soins. La variation de l'activité de ville suit la même répartition que celle des laboratoires, avec un nombre d'examens par habitant variant de 6 à plus de 10,5 entre les différents départements français en 2014 (**figure 74**). Une partie de ces écarts peut s'expliquer par les profils épidémiologiques différents des populations des départements, pour autant, l'existence d'un effet de l'offre de soins sur la consommation est ici difficilement contestable.

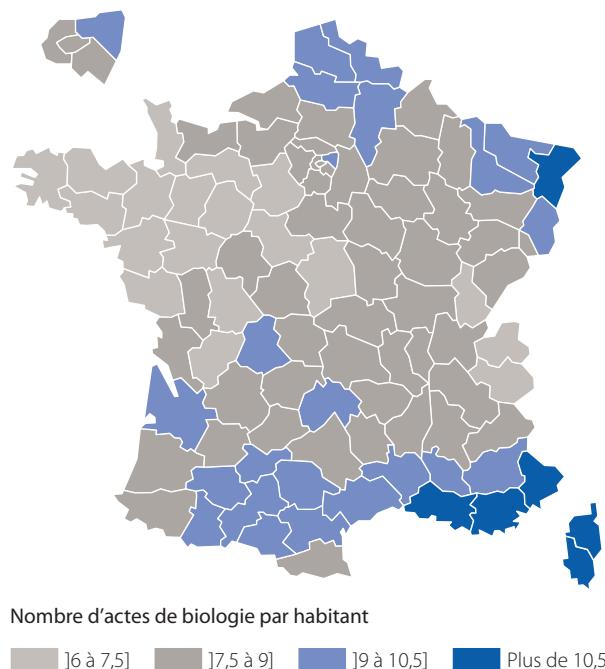
On retrouve des variations également importantes entre les départements concernant l'activité externe des hôpitaux, qui varie de 0,1 à

3,3 examens par habitant (**figure 75**), ou les montants de remboursement correspondants (**figure 76**). Si cette activité externe peut se développer en réponse à une relative faiblesse de la biologie de ville, elle semble également très fortement conditionnée par une politique d'offre. Ainsi, les établissements hospitaliers de la région Paca ont produit près de 50 % d'examens par habitant de plus que leurs homologues de la région Aquitaine (1,3 contre 0,87), alors que ces deux régions jouissent par ailleurs d'une activité élevée des laboratoires de ville. Une telle situation témoigne de l'existence, dans certaines zones géographiques, d'une logique de concurrence entre les deux secteurs plutôt que de complémentarité, laissant ouverte la possibilité d'examens redondants ou non pertinents pour les patients et générant des coûts évitables pour la collectivité.

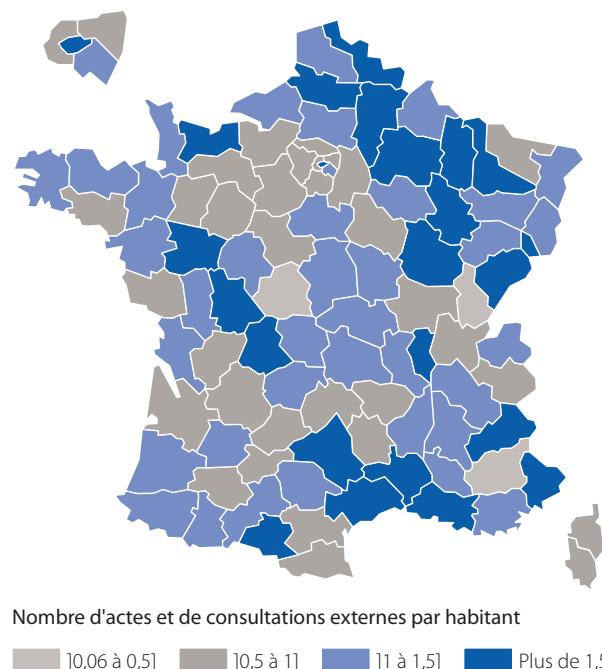
L'évolution récente de cette activité hospitalière conforte cette interprétation. En effet, comme le montre le **tableau 20**, ces dépenses ont crû de plus de 13 % entre 2011 et 2014, alors que celles de biologie de ville n'ont pas subi de diminution particulière en regard, bien qu'une partie de cette croissance soit certainement imputable à une amélioration du codage et de la facturation de cette activité à l'hôpital.

La logique de concurrence entre laboratoires de ville et hospitaliers ne joue pas seulement sur les examens pour les patients ambula-

► FIGURE 74
Nombre d'actes de biologie par habitant, réalisés par des laboratoires de ville en 2014, ajusté sur la structure d'âge



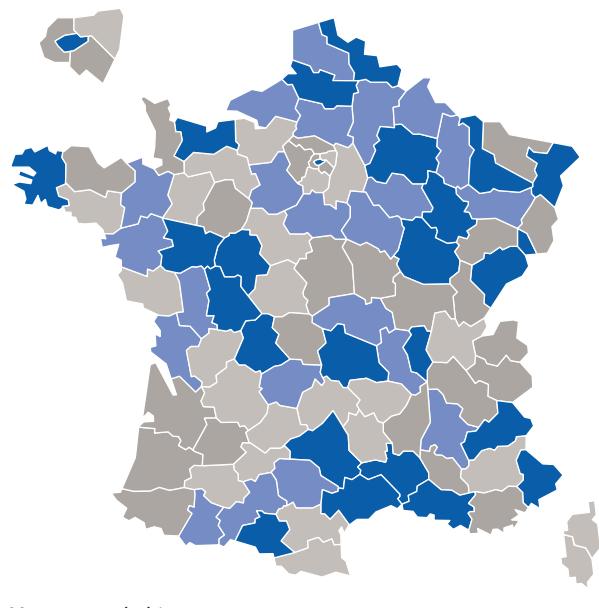
► FIGURE 75
Nombre d'actes et de consultations externes de biologie par habitant, réalisés par les hôpitaux publics en 2014, ajusté sur la structure d'âge



¹⁰⁷ Ces examens ne sont pas tarifés à l'acte, mais par une enveloppe forfaitaire de MIIG (missions d'intérêt général), de l'ordre de 300 millions d'euros, répartie entre les établissements en fonction de leur activité.

► FIGURE 76

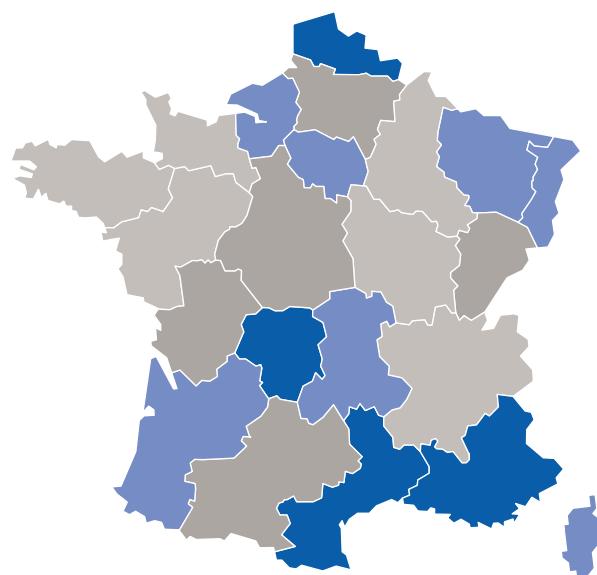
Montant des actes et des consultations externes de biologie par habitant, réalisés par les hôpitaux publics en 2014, non ajusté sur la structure d'âge



Champ : tous régimes - France métropolitaine
Source : Cnamts (PMSI)

► FIGURE 77

Nombre total d'examens (patients hospitalisés, activité hospitalière externe, laboratoires de ville) par habitant, réalisés en 2015 (ou année la plus proche)



Champ : tous régimes - France métropolitaine
Source : Biomed, traitements Cnamts

toires, mais également sur ceux pour les patients hospitalisés. Il existe en effet de nombreux établissements publics de santé dont l'activité (MCO ou psychiatrie) nécessite la réalisation d'examens de biologie, mais qui ne disposent pas de laboratoires. Cette situation est loin d'être anecdotique. Dans le département de l'Indre, par exemple, où aucun des établissements publics ne dispose d'un laboratoire de biologie médicale, les examens sont sous-traités à des laboratoires privés ou adressés à des centres hospitaliers en dehors du département. Il n'existe aujourd'hui aucun recensement de ces partenariats et de leur montant financier.

La réforme de 2010 a interdit la pratique des ristournes sur le coût du B qui avaient permis à des laboratoires de ville de remporter de nombreux appels d'offres. Elle en a cependant

laissé ouverte la possibilité aux laboratoires hospitaliers dans le cadre de conventions de partenariat, créant ainsi une asymétrie que le Conseil d'État n'a pas considérée comme de la concurrence déloyale. Cette disposition visant à favoriser les coopérations hospitalières aboutit à la perte de marchés et d'activités importants pour certains laboratoires de ville, et comporte deux risques principaux. Le premier est celui de la fermeture de certains des laboratoires de ville perdant ces marchés, et dont l'équilibre économique ou la rentabilité des sites pourraient être menacés, fragilisant le maillage et la proximité de l'offre de biologie médicale, notamment en termes de réponse à l'urgence. Le second est, au vu des écarts de productivité entre établissements publics, que ce mécanisme ne favorise pas l'offre la plus efficiente et nuise à l'équilibre des comptes sociaux.

► TABLEAU 20

Évolution des dépenses de la biologie réalisée en activité externe par les établissements publics

	2012	2013	2014	2015	Évolution 2012/2011	Évolution 2013/2012	Évolution 2014/2013
Base de remboursement (en €)	460 123 740	491 778 622	506 387 796	518 104 556	6,9 %	3,0 %	2,3 %
Montant remboursé (en €)	371 189 305	398 957 451	411 421 589	421 254 893	7,5 %	3,1 %	2,4 %

Rappel : les actes externes des établissements publics figurent dans l'Ondam hospitalier.

Champ : actes cotés B dans les bases des actes externes issues du PMSI pour les années de soins 2011 à 2014, tous régimes et toutes spécialités - France entière
Source : Cnamts (PMSI)

La régulation de l'offre est confiée au niveau régional aux agences régionales de santé, qui s'appuient sur les schémas régionaux d'organisation des soins, doivent faire appliquer les règles prudentielles ainsi que suivre la mise en œuvre de la procédure d'accréditation à l'aide notamment de l'outil Biomed. Sur ce dernier point, comme le souligne un rapport parlementaire remis en janvier 2016, la non-publication de textes d'application semble constituer un frein à l'action des agences régionales de santé (ARS). À titre d'exemple, le rapport indique que les ARS ne peuvent prendre de sanction en cas de non-respect des règles prudentielles, faute de texte d'application. De même, le texte relatif aux examens susceptibles d'être nécessaires en urgence est encore attendu, ce qui limite l'impact des mutualisations dans le secteur hospitalier, alors qu'il existe des exemples de réussite sur ce point dans le secteur de ville.

En l'absence de données fiables et partagées entre les secteurs de ville et hospitalier, il est difficile d'analyser finement ces risques

et d'anticiper leur impact potentiel. La tâche des ARS est donc complexe, si l'on tient compte par ailleurs du fait qu'un nombre croissant d'acteurs du secteur adopte des stratégies nationales ou multirégionales qui dépassent les frontières des régions.

La base de données Biomed est la seule source d'informations permettant à l'heure actuelle de croiser l'ensemble des données d'activité des laboratoires de ville et hospitaliers. D'une mise en œuvre récente, cette base est naturellement perfectible en termes de qualité et d'exhaustivité, elle constitue néanmoins une source précieuse d'informations. Ainsi, le nombre total d'actes par habitant réalisés soit en laboratoire de ville, soit en activité externe, soit lors d'une hospitalisation varie de 13 à 22,8 actes selon la région considérée ([figure 77](#)). Les données actuellement disponibles ne permettent pas encore de réaliser des analyses départementales ou des ajustements sur l'âge, mais les perspectives d'études sont particulièrement intéressantes.

Propositions

Propositions sur le secteur de la biologie médicale

Proposition 25

Poursuivre les gains de productivité dans le secteur libéral de biologie médicale afin de pouvoir intégrer les actes innovants tout en maîtrisant les dépenses

.....
La réforme de 2010 a induit une restructuration très profonde de la biologie de ville qui a permis de dégager des gains de productivité par le biais d'une mutualisation des plateaux techniques. Cette réorganisation n'est sans doute pas encore à son terme, et sa poursuite devrait permettre de continuer à gagner en efficience sur l'activité actuelle, pour permettre l'entrée d'examens innovants dans la nomenclature tout en assurant la maîtrise de la dépense globale.

Proposition 26

Favoriser la restructuration de l'offre hospitalière de biologie

.....
Si la biologie de ville s'est beaucoup restructurée, le secteur hospitalier a connu des évolutions beaucoup moins fortes, et les données disponibles suggèrent qu'il existe des écarts importants de productivité entre établissements. Il est souhaitable qu'une politique incitative soit menée pour favoriser et accélérer la recomposition des laboratoires de biologie médicale hospitaliers, afin de tirer parti de gains de productivité tels qu'on a pu les constater dans les laboratoires de ville.

Proposition 27

Promouvoir une approche transversale de ce secteur permettant d'optimiser l'ensemble de l'activité de biologie

.....
L'analyse des données disponibles renvoie l'image d'un secteur de la biologie médicale dont la répartition et l'activité semblent répondre au moins autant à une logique d'offre qu'à celle d'une réponse aux besoins de la population. Le développement d'une logique de concurrence entre les laboratoires de ville et hospitaliers sur l'activité des patients ambulatoires, autant que sur celle des patients hospitalisés, constitue un défi que les outils de régulation existants ne semblent pas être en mesure de relever, d'autant qu'il n'existe aucun outil transversal permettant d'obtenir une vision globale et cohérente du secteur.

Il est nécessaire de mettre en place une réflexion d'ensemble sur ce secteur, qui permette :

- d'améliorer la connaissance du secteur et de ses évolutions de façon globale et d'effectuer une meilleure comparaison des laboratoires de ville et hospitaliers;
- de fournir aux acteurs régionaux des outils d'analyse et de régulation adaptés en renforçant les outils existants;
- de fournir des orientations nationales claires pour la mise en place et l'évaluation des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) ;
- d'établir une vision prospective des évolutions du secteur pour en améliorer le pilotage.

Une mission ou structure nationale de coordination commune aux secteurs de ville et hospitaliers, pourrait être mise en place à cet effet.

Annexes

Annexe 1 : Suiui de la mise en œuvre des propositions pour 2016

Propositions pour 2016	Mise en œuvre des propositions juin 2016
1 – 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	
<ul style="list-style-type: none"> 53 actions liées au surpoids de l'enfant ont été financées dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) en 2015 sur la base d'un cahier des charges commun destiné à faciliter leur évaluation. 33 actions présentent un volet prise en charge pour plus de 1 500 enfants. Sur ces 33 actions, 26 comportent des interventions collectives diététiques ou d'accompagnement psychologique et 21 des interventions individuelles, consultations diététiques ou psychologiques, ou parfois une offre de pratique d'activité physique. La tranche d'âge la plus souvent présente est celle des 6-12 ans. Les professionnels interviennent principalement dans les écoles, en PMI (protection maternelle et infantile), à l'hôpital ou dans les locaux des mairies et, parfois, au domicile des familles. Plusieurs types de partenaires peuvent être impliqués dans les projets dont des réseaux diabète, des associations sportives, des centres communaux d'action sociale (CCAS). La Cnamts, avec la direction de la Sécurité sociale et la direction générale de la Santé, mettra en place fin 2016 une expérimentation visant à prévenir l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans en surpoids ou à risque d'obésité, conformément à l'article 68 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016. Trois territoires ont été sélectionnés pour cette expérimentation, sur la base de leurs caractéristiques socioéconomiques. 	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> Publication par la Cnamts d'une lettre réseau concernant la chirurgie bariatrique de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans dès décembre 2015 complétée par une instruction ministérielle parue en janvier 2016 visant à présenter le dispositif aux ARS et aux établissements potentiellement concernés. Publication en mars 2016 du référentiel de la Haute Autorité de santé (HAS) « Critères d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans » à la suite d'une saisine de la Cnamts. Déploiement en cours d'une action de pertinence sur la chirurgie bariatrique de l'adulte dans le cadre des mises sous accord préalable (MSAP) en établissements de santé « actes chirurgicaux » : chirurgie bariatrique et chirurgie du syndrome du canal carpien. <p>Proposition 3 : améliorer le suivi de l'ensemble des patients opérés</p> <ul style="list-style-type: none"> Aujourd'hui, 24 programmes de formation relatifs à la prise en charge de l'obésité et au suivi des patients opérés en chirurgie bariatrique sont actuellement proposés aux professionnels de santé dans le cadre du développement professionnel continu. Les mécanismes permettant le remboursement des compléments nutritionnels nécessaires aux patients opérés sont actuellement à l'étude. <p>2 – Prévention du diabète</p> <p>Proposition 4 : mettre en place une expérimentation à grande échelle de programmes intensifs de prévention du diabète par le changement des habitudes de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaboration en décembre 2015 par un groupe d'experts multidisciplinaires et pluri-institutionnels d'un document regroupant des avis et des recommandations visant à mettre en place un programme de prévention du diabète de grande ampleur. Sélection de trois territoires sur des critères de prévalence élevée du diabète : la Seine-Saint-Denis, La Réunion et le Bas-Rhin. Organisation d'un groupe de travail copiloté par le ministère (la DGS) et la Cnamts et en partenariat avec les agences régionales de santé (ARS) et les Cpmam prévu au 2^e trimestre 2016.

3 – 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

- Travaux en cours pour un programme d'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation (Prado) après un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT) en lien avec le plan AVC. Les sociétés savantes, dont le Collège de médecine générale, la HAS et le ministère de la Santé participent à ce travail. L'expérimentation est prévue sur une dizaine de territoires début 2017.

4 – 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

- Élaboration d'un mémo sur la prévention et le dépistage de la maladie rénale chronique rédigé en partenariat avec le Collège de la médecine générale, la Société française d'hypertension artérielle et la Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation. Ce mémo, validé par la HAS le 18 mai 2016, donne des recommandations aux médecins généralistes sur la conduite à tenir en cas de maladie rénale chronique et sur l'information du patient.
- Action d'accompagnement par les délégués d'Assurance Maladie (DAM) auprès de tous les médecins généralistes avec une priorité pour les médecins les plus en écart par rapport aux recommandations de la HAS. Les messages communiqués par les DAM sont centrés sur l'amélioration du dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients à risque (diabétiques, hypertendus, maladies cardio-vasculaires, etc.) par un dosage annuel de créatininémie et de protéinurie (albuminurie pour les patients diabétiques). En plus du mémo, un profil individuel est présenté lors des visites à chaque médecin. Ce profil reprend la pratique du médecin en matière de prévention (dosages biologiques de la créatininémie et protéinurie et/ou albuminurie) chez les patients à risque. Les visites des DAM débuteront au mois de juillet 2016.

5 – Suivi des patients après fracture pour fragilité osseuse

Proposition 7 : mettre en place une prise en charge globale de la fracture dans le Prado orthopédie existant

- Depuis début 2016, l'action «fragilité osseuse» complète le programme Prado orthopédie afin de proposer une prise en charge globale de la fracture, centrée sur le médecin traitant, pour les patients âgés de 50 ans et plus, l'objectif étant d'éviter les récidives.
- Des outils d'accompagnement, dont trois destinés aux professionnels de santé et un livret destiné aux patients ont été élaborés avec les sociétés savantes concernées (chirurgie orthopédique, rhumatologie) et les associations de patients et validés par la HAS.

6 – Améliorer l'accès aux droits et aux soins

Proposition 8 : déployer nationalement la démarche Planir après évaluation d'un ensemble d'actions menées

- Les organismes (Cpam, les CGSS et la CCSS) ont déployé plus de 6 000 actions qui ont abouti, après un travail d'évaluation local et national, à la sélection de 7 actions d'ampleur qui seront généralisées entre 2016 (6 actions) et 2017 (1 action) :
 - un parcours santé jeunes, associant les Cpam et les centres d'exams de santé (CES) ;
 - un partenariat avec les conseils départementaux pour les enfants bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
 - la mise en place d'une ligne urgence précarité (LUP) à disposition des professionnels et les établissements de santé ;
 - un partenariat avec les établissements publics de santé au profit des consultants des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ;
 - travaux en cours sur les bénéficiaires de l'aide complémentaire santé (ACS) : diffusion d'un «kit ACS» dédié aux partenaires ;
 - une expérimentation élargie : la plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PfidaSS) ;
 - un partenariat avec les organismes tutélaires au profit des majeurs protégés et des actions ciblées au bénéfice des personnes reconnues handicapées.

7 – 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

- Un contrat spécifique a été introduit dans l'accord national des centres de santé et une négociation conventionnelle s'ouvrira au second semestre 2016 avec les chirurgiens-dentistes libéraux.

ANNEXE 1
SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2016

8 – 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
<ul style="list-style-type: none">Instruction pour la promotion des génériques dans le cadre des actions de maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) en juin 2015 (avec un objectif de 44 % de taux de prescription dans le répertoire).Déploiement de la mention systématique du caractère substituable sur les ordonnances de sortie d'hôpital.
Proposition 11 : promouvoir auprès des médecins hospitaliers et libéraux une prescription des antidiabétiques les plus récents (gliptines, A-GLP1) de qualité, efficiente et respectueuse des recommandations
<ul style="list-style-type: none">La campagne d'accompagnement sur le bon usage des antidiabétiques gliptines et des A-GLP1 a été mise en place en septembre 2015 auprès des endocrinologues et des médecins généralistes au travers d'échanges confraternels avec remise de mémos validés par la HAS et de profils de prescription individualisés.
Proposition 12 : favoriser le développement de l'orthèse d'avancée mandibulaire dans le traitement de l'apnée du sommeil
<ul style="list-style-type: none">Un projet de nomenclature sur l'orthèse d'avancée mandibulaire a été soumis par la Cnamts au Comité économique des produits de santé (Ceps) et a abouti à la publication de l'avis de projet au <i>Journal officiel</i> en juin 2016.La procédure d'inscription de l'acte nécessaire aux chirurgiens-dentistes pour permettre la réalisation de l'orthèse devrait aboutir au troisième trimestre 2016, la commission de hiérarchisation des actes professionnels ayant déjà émis un avis favorable.
9 – Organisation de la diffusion des innovations thérapeutiques coûteuses
Proposition 13 : créer un dispositif de veille mutualisé afin de mieux anticiper les médicaments innovants susceptibles d'arriver sur le marché à court et moyen termes
<ul style="list-style-type: none">Implication de l'Assurance Maladie dans les travaux du Comité de prospective des innovations médicamenteuses (CPIM) au sein du Ceps.Un dispositif de veille mutualisée entre les acteurs publics n'a pas encore été mis en place mais un délégué ministériel à l'innovation en santé a été nommé en janvier 2016.
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
<ul style="list-style-type: none">Nouvelle campagne d'accompagnement par l'Assurance Maladie sur les traitements de l'hépatite C, afin de garantir l'efficience de la prescription en janvier 2016 (conformité aux critères de prise en charge).Actualisation des prix de certains anti-cancéreux.
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
<ul style="list-style-type: none">Action non encore mise en œuvre.
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)
<ul style="list-style-type: none">Cette mesure n'est pas systématique (non prévue de manière automatique dans la loi ou l'accord cadre Ceps-Leem), mais le remboursement de tout ou partie de la différence entre le prix ATU/post-ATU et le prix réel peut-être envisagé dans le cadre de négociations conventionnelles entre le Ceps et l'industriel.
Proposition 17 : gérer la liste en sus par indication thérapeutique
<ul style="list-style-type: none">Publication du décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la Sécurité sociale.Les travaux de réévaluation des spécialités de la liste en sus par la Commission de la transparence de la HAS sont en cours.

10 – 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)

- Nouvelle campagne d'accompagnement lancée début 2016 : pertinence des amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans.
- Travaux lancés sur d'autres thèmes : chirurgie de la cataracte, drains transtympaniques, angioplastie coronaire, lombalgie chronique.
- Mise en œuvre en 2016 de la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) en établissements de santé « actes chirurgicaux » : chirurgie bariatrique et chirurgie du syndrome du canal carpien (nouveau thème 2016). Pour 2017, les outils ont été diffusés (avril 2016) pour deux nouveaux thèmes : cholécystectomie pour lithiasis biliaire et thyroïdectomie pour nodule sans hyperthyroïdie.

Proposition 19 : déployer une stratégie en collaboration avec la Société française d'anesthésie-réanimation (Sfar) pour faire évoluer les comportements des prescripteurs et réduire les examens préanesthésiques superflus

- Action d'accompagnement des établissements de santé en cours de finalisation : courrier d'information Sfar/Cnamts (début septembre 2016), envoi à tous les établissements de leur profil d'activité + affiches patients (fin octobre 2016), soutien de la démarche d'autoévaluation des établissements volontaires par les experts de la Sfar à la demande de l'établissement (fin 2016-2017), bilan fin 2017 par l'Assurance Maladie et les agences régionales de santé et actions plus incitatives si besoin (contractualisation tripartite).
- Communications scientifiques : deux communications orales au congrès de la Sfar (septembre 2015), publication écrite Sfar/Cnamts en cours.

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

- Poursuite des actions de maîtrise médicalisée sur la biologie : vitamine D, groupes sanguins et dosages thyroïdiens.

11 – Améliorer la pertinence des transports de malades

Proposition 21 : mettre à disposition un cahier des charges national d'organisation d'une plateforme d'appels des transporteurs

- Cahier des charges mis à disposition de l'ensemble des régions en décembre 2015 et mise en place de plateformes prévue en 2016.

Proposition 22 : déployer la carte de transport assis après évaluation de l'expérimentation

- Les premiers éléments d'évaluation de l'expérimentation réalisée en mars 2016 ne permettent pas à ce stade de démontrer un impact positif net de l'expérimentation en faveur d'un transfert de prescriptions de transports en ambulance au profit de transports en «TAP» (transport assis professionnalisé). L'évaluation sera finalisée dans les prochains mois pour identifier les conditions et les modalités d'une extension de la carte de transport assis.

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

- Réflexion en cours avec les directions ministérielles compétentes pour harmoniser les tarifs entre départements limitrophes sans disparités majeures en termes d'offre et les taux des remises négociées par les caisses.

Proposition 24 : expérimenter une enveloppe de transports pour les établissements

- La mise en œuvre de cette mesure nécessite une mesure législative dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

ANNEXE 1

SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2016

12 – Indemnités journalières

Proposition 25 : apporter des outils aux médecins pour la prescription d'arrêts de travail

- Mise à disposition de nouveaux profils pour les prescripteurs avec comparaison par commune et patientèle comparables (en support des EC et visites des DAM auprès des médecins généralistes).
- Mise à disposition des médecins d'un mémo réglementaire indemnités journalières (IJ) sur ameli.
- Campagnes d'échanges confraternels avec discussion autour de cas patients et diffusion des nouveaux profils.
- Enrichissement en 2015 de l'avis d'arrêt de travail dématérialisé par la mise à disposition ou actualisation de 6 fiches repères complémentaires et mises en ligne sur Espace Pro dans la rubrique « Référentiels et Mémos » (notamment après intervention sur des varices des membres inférieurs et dans le cadre de la grippe saisonnière).
- Référentiels parcours de soins « nodules thyroïdiens » et « cholécystectomie » diffusés dans le cadre des campagnes auprès des médecins généralistes et autres spécialistes concernés intégrant les durées d'arrêts de travail.

Proposition 26 : faire évoluer les processus de gestion et de contrôle des arrêts de travail pour une meilleure efficience

- Actualisation des seuils de contrôle des arrêts de travail, notamment en suites d'intervention chirurgicale, et diffusion d'un nouvel algorithme de ciblage des contrôles en février 2016.
- Expérimentation d'une fonction de facilitation pour la gestion des arrêts de travail qui vient en appui du médecin traitant et du médecin-conseil. Dans un premier temps démarche expérimentée dans trois échelons locaux du service médical (ELSM), extension à 17 sites à partir d'avril 2016.

Proposition 27 : évaluer des actions pilotes menées en direction des entreprises en vue de leur diffusion éventuelle

- L'efficacité des actions menées (qui se fondaient sur de la communication et un accompagnement administratif) n'a pu être suffisamment mesurée. Des actions renouvelées plus ciblées avec des informations plus précises à destination des employeurs et comportant des solutions en termes de prévention prendront le relais dès septembre 2016.

13 – 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

- Poursuite du déploiement du programme qui a concerné près de 340 000 patients en 2015 :
 - élargissement du champ du volet maternité avec une expérimentation en cours sur les sorties précoces fin 2015 et l'intégration d'un volet fragilité osseuse pour le programme orthopédie début 2016 ;
 - extension prévue mi-2016 à toute chirurgie dès lors qu'un accompagnement au retour à domicile est jugé pertinent par l'équipe médicale en lien avec la réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac) ;
 - élargissement en 2016 du volet pathologies chroniques avec une extension à environ 70 sites pour l'insuffisance cardiaque et 65 sites pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ; lancement d'une expérimentation concernant la prise en charge des plaies chroniques depuis mi-2015 sur 10 sites ; un volet AVC/AIT sera expérimenté début 2017.
- Le volet pathologies chroniques est mis à la disposition du médecin traitant afin d'améliorer la coordination nécessaire à la prise en charge d'épisodes aigus dans des situations cliniques chroniques souvent complexes. Suite à l'expérimentation d'un programme en lien avec Paerpa, un volet populationnel va être mis en place pour les patients de plus de 75 ans dont la situation clinique est jugée « à risque » par l'équipe médicale.

14 – Réhabilitation améliorée après chirurgie

Proposition 29 : promouvoir auprès des établissements de santé et des patients la réhabilitation améliorée après chirurgie, qui permet de répondre au virage ambulatoire en garantissant la sécurité et la qualité des soins

- Appui à la Raac de façon dédiée par le Prado pour les patients qui répondent aux critères d'entrée dans ce dispositif.
- Accompagnement des établissements pour leur présenter les écarts au niveau des résultats (durées moyennes de séjour, complications, etc.) entre les services sous Raac et ceux qui ne le sont pas.
- Information du patient *via* le portail ameli.

Proposition 30 : sur la base d'une évaluation médico-économique, réfléchir à une politique incitative pour encourager le développement de la Raac

- Évaluation médico-économique du parcours Raac sur un mois avant l'intervention et jusqu'à trois mois après l'intervention sur un échantillon de 13 cliniques comprenant 26 services Raac et plus de 6 000 patients : enseignements principaux présentés dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2017.

15 – 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

- Evolution des tarifs des interventions sur la cataracte dans le cadre de la campagne tarifaire.
- Suite à l'évaluation médico-économique (proposition 30) et aux travaux à partir de méthodes de *microcosting*, poursuite des travaux sur les tarifs à proposer dans le cadre d'un paiement au parcours.

ANNEXE 1
SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2016

Annexe 2 : Bilan des négociations entre l'Uncam et les professionnels de santé

La présente annexe dresse un bilan des négociations menées en 2015-2016 avec les professionnels de santé en présentant les principaux textes conclus.

Médecins

Avec la convention de 2011 (parue au *Journal officiel* du 26/09/2011) signée par quatre syndicats, CSMF, MG France, SMI et FMF, les partenaires conventionnels ont souhaité mettre en place un nouveau partenariat pour consolider l'attractivité de la médecine libérale et se sont attachés à renforcer l'accès aux soins sur tout le territoire, valoriser la qualité des pratiques, à diversifier les modes de rémunération et à simplifier les échanges entre les médecins et l'Assurance Maladie.

En effet, la stratégie conventionnelle a fortement évolué depuis quelques années avec le développement d'une dimension organisationnelle et des objectifs de qualité des soins et de santé publique.

En outre, la vie conventionnelle a été particulièrement dynamique : 11 avenants ont été signés entre septembre 2011 et octobre 2013, dont quatre plus particulièrement importants : Rosp de certaines spécialités, contrat d'accès aux soins, régulation des pratiques tarifaires excessives, révision des tarifs d'imagerie et de cardiologie.

Ainsi, avec la convention de 2011 et ses avenants, les partenaires conventionnels ont mis en œuvre des mesures visant à :

Renforcer l'accès aux soins sur tout le territoire

- en faveur d'une meilleure répartition de l'offre de soins avec deux nouvelles options démographie ;
- en faveur de l'accessibilité financière des soins.

Valoriser la qualité des pratiques médicales

Ont été ainsi valorisés :

- les fonctions de médecin traitant et de médecin correspondant pour le suivi au long cours des patients avec la mise en place de forfaits ;
- la qualité des pratiques médicales, la prise en charge des pathologies chroniques, la prévention et l'efficience avec la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique ;
- certains actes cliniques pour lesquels l'utilité est particulièrement avérée au regard de la situation médicale des patients.

Améliorer l'organisation du cabinet et la simplification des échanges

- accompagnement de l'informatisation des cabinets médicaux, de manière à favoriser la tenue du dossier médical avec notamment l'élaboration du volet de synthèse par le médecin traitant et les échanges dématérialisés entre professionnels ;
- développement des téléservices pour faciliter les échanges avec l'Assurance Maladie.

La convention signée le 26 juillet 2011 arrive à échéance le 26 septembre 2016. La date butoir pour conclure une nouvelle convention est donc fixée au 26 août 2016 (article R. 162-54-5 du code de la Sécurité sociale). À défaut, l'échec des négociations devra être constaté et l'arbitre, désigné au début des négociations, saisi.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-5 du code de la Sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi de modernisation de notre système de santé, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a adressé à l'Uncam, le 23 décembre dernier, un courrier fixant ses lignes directrices pour la future négociation de la convention médicale en rappelant que celle-ci constitue un des leviers majeurs pour la mise en place des réformes essentielles à la préservation de notre système de santé.

Le Conseil de l'Uncam a voté les orientations pour la négociation de la future convention médicale le 17 janvier 2016. Les négociations ont été ouvertes le 24 février 2016 et doivent s'achever avant le 26 août 2016.

Les orientations votées par le Conseil de l'Uncam portent sur quatre axes :

- accompagner les médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles, diverses et plus ou moins intégrées, garantissant la cohérence des interventions des différents acteurs de la prise en charge des patients, le renforcement de la coordination constituant un élément essentiel pour accompagner le virage ambulatoire ;
- favoriser la qualité des pratiques médicales notamment en poursuivant le développement de dispositifs comme la rémunération sur objectifs de santé publique et en valorisant à leur juste niveau les actes particulièrement utiles pour une bonne prise en charge des patients, en particulier pour les spécialités pour lesquelles est observée une tension démographique ;
- renforcer les actions de prévention et de dépistage, mais également de promotion de la santé, permettant aux patients de mieux s'approprier leur santé en adoptant de meilleures habitudes de vie ;
- faciliter l'accès aux soins avec l'amélioration des mesures visant à équilibrer la répartition géographique des médecins sur le territoire et la consolidation des dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires, l'objectif majeur étant que tous les assurés sociaux, quelles que soient leurs ressources financières, puissent accéder aux soins de premier recours et spécialisés.

ANNEXE 2

BILAN DES NÉGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Structures pluriprofessionnelles de proximité

L'objectif des négociations qui se sont déroulées en 2014 étaient 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, et ce, 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 pluri professionnel 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 conclu entre l'Uncam et l'UNPS ; et l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) : II de l'article L. 162-14-1 du code de la Sécurité sociale.

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.

Des négociations devraient reprendre d'ici début 2017 pour négocier un avenant à l'Acip.

Pour l'accord conventionnel interprofessionnel destiné à mettre en place une rémunération des structures de santé pluriprofessionnelles formalisées (maisons de santé, centres de santé) pour pérenniser les expérimentations des nouveaux modes de rémunération, les conditions juridiques nécessaires pour aboutir à sa conclusion n'ont pas été réunies.

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 code de la Sécurité sociale) se substituant à l'ACI.

Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité a été approuvé par arrêté du 23 février 2015 publié au *Journal officiel* du 27 février 2015.

Ce règlement arbitral a permis de pérenniser les expérimentations des nouveaux modes de rémunération 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 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, soit avant février 2017.

Le règlement arbitral 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.

394 structures pluriprofessionnelles ont signé un contrat proposé dans le cadre du règlement arbitral durant l'année 2015, dont :

Sisa ^(a) monosites	261
Sisa multisites	77
Total	338

Centres de santé	56
------------------	----

(a) Sisa : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

Parmi les 394 structures ayant souscrit au contrat proposé dans le règlement arbitral :

Structures ex-ENMR (incluses auparavant dans les expérimentations de nouveaux modes de rémunérations)	261	68 %
Nouvelles structures	124	32 %
Total	394	100 %

Au total, les sommes versées au titre de l'année 2015 représentent 16 millions d'euros soit une rémunération moyenne de 46 030 euros par structure :

Types de structure	Moyenne en euros
Sisa monosites	40 510 €
Sisa multisites	58 198 €
Centres de santé	54 691 €

22 nouvelles structures ont signé un contrat depuis le début de l'année 2016 (données arrêtées fin mai 2016), ce qui porte à 416 le nombre de structures pluri-professionnelles ayant signé le contrat proposé dans le règlement arbitral.

Centres de santé

Le nouvel accord national régissant les relations entre les caisses d'assurance maladie et les gestionnaires des centres de santé a été signé le 8 juillet 2015 par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé. Cet accord a été publié au *Journal officiel* du 30 septembre 2015.

Il s'articule autour de quatre grands axes :

- offrir des nouveaux services aux patients en mettant à profit le travail en équipe ;
- renforcer l'accès aux soins ;
- valoriser la qualité et l'efficience des pratiques médicales ;
- moderniser et améliorer les échanges et la vie conventionnelle.

Est ainsi mis en place un nouveau dispositif de rémunération sur objectifs, inspiré du règlement arbitral relatif aux soins de proximité, portant sur les thèmes suivants : l'accès aux soins, l'organisation du travail en équipe et le développement des systèmes d'information. Les engagements correspondants sont regroupés selon deux blocs, un bloc commun principal soulignant l'identité commune des centres de santé médicaux, polyvalents, dentaires et infirmiers, en tant que structures de soins de proximité, et un bloc commun complémentaire où des engagements plus spécifiques aux centres de santé en termes de démarche qualité et d'accompagnement des publics vulnérables sont regroupés. La première rémunération au titre de ce dispositif a été versée, sous forme d'avance, le 30 mai 2016.

Au travers de cet accord, les centres de santé s'inscrivent également au cœur des actions visant à l'amélioration de la qualité des soins, au renforcement de la prévention et à la mise en place du parcours de soins coordonné. À ce titre, ils bénéficient, à l'instar des médecins traitants libéraux, de l'ensemble des rémunérations et majorations liées aux parcours de soins coordonné (RMT, RST, FMT) et de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Ils peuvent également souscrire aux contrats incitatifs destinés à favoriser l'installation et le maintien en zone déficitaire des centres de santé médicaux ou polyvalents, infirmiers ou dentaires.

Par ailleurs, dans un souci de maîtrise des dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques, une option dentaire a été créée, et ce, afin de réduire le reste à charge des patients. Destinée aux centres de santé dentaires ou polyvalents ayant une activité dentaire, cette nouvelle option engage le centre de santé dans une dynamique de stabilisation de ses tarifs et de son taux de dépassement moyen constaté. En contrepartie, le centre bénéficie d'une rémunération forfaitaire supplémentaire correspondant à un pourcentage de ses honoraires pour ses actes de soins conservateurs et chirurgicaux.

Enfin, les partenaires conventionnels ont souhaité préserver l'équilibre financier des centres de santé. L'accord prévoit ainsi un dispositif d'accompagnement permettant d'assurer, sur trois ans, la transition entre l'ancien et le nouvel accord par la prise en charge du différentiel qui serait constaté entre le montant des anciennes options de coordination versées en 2014 et

le total des nouvelles rémunérations dues au titre du nouvel accord. De même, les centres ayant participé aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération et souscrit au règlement arbitral percevront un différentiel de rémunération identique à celui prévu par le règlement arbitral, dès lors qu'ils auront adhéré au nouvel accord avant le 31 décembre 2015. Les centres de santé bénéficient en outre du règlement du solde des options de coordination prévues par l'ancien accord pour les adhésions souscrites avant l'entrée en vigueur de l'accord et de l'aide à la télétransmission, sous réserve de leur adhésion au nouvel accord avant le 31 décembre 2015.

Sages-femmes

Les avenants conventionnels n° 1 et n° 2, publiés respectivement au *Journal officiel* du 14 mars 2012 et du 27 février 2014, ont prévu des avancées significatives en matière de nomenclature pour les sages-femmes, notamment par la mise en place progressive d'une convergence tarifaire entre ces dernières et les médecins pour les actes à compétence partagée entre les deux professions (essentiellement échographies et accouchements).

L'avenant n° 3, publié au *Journal officiel* du 11 septembre 2015, a concrétisé ces avancées et permis l'entrée en vigueur effective, à compter du 11 mars 2016, de la tarification en CCAM des actes techniques des sages-femmes dont la compétence est partagée avec les médecins.

Par ailleurs, des aménagements au dispositif démographique de conventionnement des sages-femmes en zone « surdotée » ont également été mis en place par cet avenir. Ainsi, depuis le 12 septembre 2015, le conventionnement en zone « surdotée » n'est possible que si une sage-femme conventionnée dans la zone a totalement cessé son activité, la possibilité de conventionnement dans ce type de zone liée à une réduction d'activité ayant été supprimée.

Cependant, afin de prendre en compte l'activité particulière de ces professionnels, deux nouveaux cas dérogatoires exceptionnels ont été introduits permettant un conventionnement d'une sage-femme dans la zone sans départ préalable de la zone d'une autre sage-femme. Un conventionnement peut donc être accepté à titre dérogatoire si la sage-femme :

- réalise un accompagnement global des patientes dans le cadre du suivi de leur grossesse,
- pour des raisons familiales, personnelles ou professionnelles, est amenée à réduire significativement et durablement son activité de 50 % dans la zone « surdotée », pour faire appel à une collaboratrice ou une associée. Ce critère étant soumis à une procédure spécifique d'examen du dossier en CPR.

Enfin, cet avenir conventionnel n° 3 instaure la possibilité d'enclencher une procédure de déconventionnement exceptionnel en cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels par des sages-femmes, à l'instar de ce qui a été instauré pour les médecins.

ANNEXE 2

BILAN DES NÉGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Chirurgiens-dentistes

L'année 2015 n'a pas été marquée par une vive actualité conventionnelle. La profession des chirurgiens-dentistes a connu une avancée majeure avec l'entrée en vigueur de l'activité bucco-dentaire au sein de la CCAM en juin 2014. La mise en place de cette nouvelle codification descriptive des actes devrait permettre d'effectuer un premier bilan de l'activité des chirurgiens-dentistes.

Ce premier bilan ne peut être mené qu'en 2016, dans la mesure où 2015 a été la première année de pleine application de la CCAM, 2014 ayant été une année de transition avec la coexistence de deux nomenclatures (NGAP et CCAM) applicables, l'entrée en vigueur s'étant faite à mi-année.

Par ailleurs, la convention nationale de 2006 régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes est arrivée à échéance le 18 juin 2016. Elle a été reconduite tacitement, ainsi que ses trois avenants, le 18 juin 2016, en l'absence d'opposition des parties signataires à sa reconduction dans les délais impartis (soit avant le 18 décembre 2015).

Des négociations en vue de la conclusion d'un avenant n° 4 seront ouvertes au second semestre 2016 à la suite du vote des orientations par le Conseil de l'Uncam le 12 juillet 2016.

Infirmier(e)s

En 2015, la vie conventionnelle a été marquée par les travaux relatifs à l'évolution de la démarche de soins infirmiers (DSI).

La DSI a été introduite en 2002 dans la NGAP. Il s'agit d'un bilan préalable que doivent réaliser les infirmiers libéraux lors de l'initiation ou du renouvellement de la prescription médicale de soins infirmiers à domicile à une personne dépendante.

En raison de la complexité et de la lourdeur de la procédure et de ses supports, la DSI est insuffisamment utilisée par les professionnels. Dès lors, l'Assurance Maladie et les représentants des infirmiers ont convenu, dans le cadre de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières, de lui substituer un autre dispositif plus simple et plus efficient, le bilan de soins infirmiers (BSI). Après plusieurs mois de travail, les représentants des syndicats infirmiers et de l'Assurance Maladie ont abouti, en décembre 2015, à une version finalisée du BSI.

Celui-ci est composé d'un support d'évaluation (grille) dématérialisé, standardisé et commun que devra remplir l'infirmier libéral, en cochant les différents items proposés et d'une synthèse, générée automatiquement au regard des seuls items cochés, qui sera adressée par l'infirmier au médecin traitant, puis à l'Assurance Maladie.

Afin d'améliorer la coordination, les échanges seront dématérialisés.

Une étude qualitative du projet de nouveau dispositif BSI a été réalisée en avril 2016 auprès d'un échantillon d'infirmiers et de médecins généralistes.

Au vu des résultats de cette étude, il apparaît que les professionnels ont globalement bien accueilli ce nouveau dispositif tant sur le fond que sur la forme. Néanmoins, quelques remarques et suggestions d'amélioration ont été exprimées et prises en compte.

Dans un deuxième temps (à partir du quatrième trimestre 2016), les partenaires conventionnels ont convenu de réaliser sur plusieurs territoires une expérimentation du BSI par des professionnels (infirmiers/médecins) en vie réelle, dans la perspective d'une éventuelle généralisation du dispositif à discuter lors des négociations conventionnelles en 2017.

Masseurs-kinésithérapeutes

L'actualité conventionnelle avec les masseurs-kinésithérapeutes a été plutôt calme au cours de l'année 2015.

À la suite de l'annulation, en mars 2014, par le Conseil d'État, des dispositions conventionnelles instaurant un dispositif de régulation du conventionnement en zone surdotée pour les masseurs-kinésithérapeutes, il a été proposé, dès 2015, de rétablir une base légale permettant aux partenaires conventionnels de définir, notamment pour cette catégorie de professionnels, un dispositif de régulation démographique du conventionnement basé sur des critères géographiques. Ainsi, l'article 72 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 a introduit cette possibilité dans le champ conventionnel pour les masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et chirurgiens-dentistes.

Aussi, des négociations entre l'Uncam et les représentants des masseurs-kinésithérapeutes en vue de la conclusion d'un nouvel avenant conventionnel vont s'ouvrir dès la rentrée 2016 afin de rétablir l'équilibre instauré par les partenaires conventionnel, par le biais de l'avenant n° 3, qui avait mis en place un dispositif démographique visant à une meilleure répartition des professionnels sur le territoire grâce à deux leviers :

- l'incitation au maintien et à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes en zones sous-denses à travers des incitations financières ;
- la régulation du conventionnement par le biais de l'application de la règle d'une arrivée pour un départ dans les zones surdenses.

Dans cette optique, des premiers échanges ont eu lieu, dès le mois de mai 2016, au cours de groupes de travail sur la démographie avec les représentants des syndicats nationaux, dans le but de réfléchir aux modalités de refonte de la méthodologie de zonage sur laquelle va se baser le futur dispositif démographique rénové des masseurs-kinésithérapeutes.

Orthoptistes

La convention nationale de 1999 régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les orthoptistes est arrivée à échéance le 31 décembre 2014. Elle a été reconduite tacitement, ainsi que ses avenants, en l'absence de sa dénonciation par ses parties signataires.

Par ailleurs, pour la profession, l'année 2015 a été marquée par la conclusion de l'avenant n° 11 à la convention nationale des orthoptistes libéraux, approuvé par avis publié au *Journal officiel* du 18 mars 2016.

Cet accord vise à conditionner désormais la participation des organisations syndicales aux instances paritaires visées dans la convention nationale des orthoptistes à leur qualité de syndicat représentatif de la profession et de signataire de la convention nationale.

En effet, à la suite de l'enquête de représentativité, lancée en mai 2014 par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, il est apparu que le syndicat des orthoptistes de France (SOF) ne remplissait plus le critère de représentativité lié aux effectifs de la profession et n'était donc plus reconnu comme syndicat représentatif.

Dès lors, et conformément aux dispositions du code de la Sécurité sociale (articles L. 162-1-7, L. 162-9 et R. 162-54-1), le Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO) est devenu par conséquent l'unique syndicat représentatif de la profession, légitimement habilité à négocier ces accords conventionnels avec l'Uncam et à siéger au sein de la commission de hiérarchisation des actes d'orthoptie.

Cependant, au regard de la précédente rédaction de la convention nationale des orthoptistes, la perte de la qualité d'organisation syndicale représentative du SOF n'a pas entraîné de modification dans la composition des sections professionnelles des instances paritaires conventionnelles (commissions paritaires nationales et régionales des orthoptistes libéraux), ni dans celle du collège professionnel de la commission de hiérarchisation des actes d'orthoptie, dans la mesure où les syndicats signataires de la convention (SOF et SNAO) étaient nommément désignés dans la composition de ces instances.

L'avenant n° 11 à la convention nationale des orthoptistes a modifié en conséquence les dispositions relatives à la participation des organisations syndicales aux instances conventionnelles et à la commission de hiérarchisation des actes d'orthoptie afin de les harmoniser avec les articles précités du code de la Sécurité sociale. Seuls les syndicats représentatifs de la profession et signataires de la convention sont donc désormais autorisés à participer aux instances conventionnelles.

Orthophonistes

L'avenant n° 13 à la convention nationale des orthophonistes, conclu le 29 mars 2012, a mis en place, à titre expérimental, un dispositif démographique ayant pour objectif, par l'application de différentes mesures incitatives – notamment les contrats incitatifs orthophonistes –, de rééquilibrer l'offre de soins en orthophonie grâce à une meilleure répartition des orthophonistes libéraux sur le territoire en fonction des besoins en soins, mesures assorties d'objectifs quantifiés à atteindre à l'issue du dispositif.

Les parties signataires ont assuré un suivi et une évaluation régulière des mesures et de l'atteinte des objectifs fixés par l'avenant n° 13 dans le cadre de la Commission paritaire nationale (CPN) des orthophonistes. Le bilan final évaluant l'impact des mesures conventionnelles sur l'amélioration de la répartition démographique de la profession a été effectué à l'issue des trois ans d'expérimentation, lors de la CPN du 14 avril 2016.

Ce bilan a confirmé l'efficacité de ces mesures : les dispositions incitatives ont permis de réduire les disparités géographiques d'installation de ces professionnels sur le territoire.

Cependant, si ces dispositions conventionnelles ont contribué à réduire les disparités de répartition de l'offre de soins et ont favorisé le maintien en exercice et l'installation des professionnels dans les zones sous-denses, un des objectifs fixés par l'avenant n° 13, visant à atteindre un solde positif des installations des professionnels dans la quasi-totalité des zones déficitaires, n'est pas totalement atteint.

En outre, les conditions permettant de réaliser à court terme les travaux conventionnels d'adaptation du dispositif démographique expérimental incitatif en zone déficiente, en vue d'une éventuelle pérennisation, ne sont pas actuellement réunies.

La publication de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a en effet modifié, par le biais de son article 158, la procédure d'élaboration des zonages démographiques des professionnels de santé, et notamment revu celle concernant la détermination des zones déficitaires en offre de soins.

Ces nouvelles dispositions impliquent la finalisation de travaux ministériels qui n'aboutiront que dans les prochains mois, et dont les partenaires conventionnels devront tenir compte pour le réaménagement des dispositifs démographiques conventionnels.

Or le mécanisme incitatif initié par l'avenant n° 13 dans les zones très sous-dotées (contrats incitatifs orthophonistes) arrivait à expiration à la fin du premier semestre 2016 dans l'ensemble des territoires concernés.

C'est pourquoi, afin de maintenir et de renforcer la dynamique positive engagée par les orthophonistes, l'Uncam et la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) ont signé, le 30 mai 2016, un avenir n° 15 à la convention nationale

ANNEXE 2

BILAN DES NÉGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

des orthophonistes visant à proroger, à titre conservatoire, le dispositif démographique expérimental mis en place par l'avenant n° 13, selon les mêmes modalités et objectifs, pour une durée de deux ans supplémentaires.

Cet avenant entrera en vigueur au lendemain de sa publication au *Journal officiel*, qui devrait intervenir au plus tard en août 2016, compte-tenu des délais légaux d'opposition et d'approbation ministérielle.

Pédicures-podologues

Les négociations d'un avenant n° 4 à la convention nationale des pédicures-podologues ont été lancées en juillet 2015 et comportaient quatre thèmes :

- maîtriser la prise en charge des cotisations sociales ;
- valoriser de nouveaux domaines d'intervention ;
- favoriser la simplification des échanges entre les pédicures-podologues et l'Assurance Maladie ;
- inclure la procédure de déconventionnement d'urgence, en cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels, telle que prévue pour l'ensemble des autres professionnels de santé.

Deux réunions techniques avec la Fédération nationale des podologues (FNP) en septembre ont été nécessaires pour approfondir les différentes hypothèses de calcul de la prise en charge des cotisations sociales présentées par la Cnamts mais contestées par la profession.

Les négociations ont été ensuite suspendues, en raison de la transmission par la FNP à l'Uncam d'une mise en demeure d'ouvrir des négociations considérées par la profession comme interrompues.

La FNP a déposé les 18 mars et 18 mai 2016 un recours pour excès de pouvoir en soulevant une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) contestant la compétence des partenaires conventionnels pour définir l'assiette de la participation de l'Assurance Maladie au financement des charges sociales des pédicures-podologues. Le conseil d'Etat n'a pas retenu le bien-fondé de la QPC, en considérant le recours de la FNP comme sans objet.

Pharmaciens

Deux avenants à la convention des pharmaciens d'officine (publiée au *Journal officiel* du 06 mai 2012) et un avenant à l'accord national relatif à la délivrance de spécialités génériques ont été signés en 2015.

L'avenant n° 8 à la convention nationale, signé le 22 décembre 2015, consolide la mission d'accompagnement pharmaceutique réalisée auprès des patients atteints de pathologies chroniques en permettant aux pharmaciens d'officine souhaitant inscrire ces accompagnements dans la durée de les adapter plus facilement sur le long terme en fonction du profil du patient.

Ce nouveau dispositif conventionnel étend également l'accompagnement des patients sous anticoagulant oral, réservé initialement aux patients sous antivitamine K (AVK), aux patients sous anticoagulant oral par voie directe (AOD), ainsi que celui dédié aux patients asthmatiques, qui concerne désormais tous les patients chroniques et non plus uniquement ceux en initiation de traitement, permettant ainsi à l'ensemble des patients concernés par ces pathologies de bénéficier d'un suivi personnalisé et adapté de la part du pharmacien d'officine.

Les avenants n° 9 à la convention nationale et n° 10 à l'accord portant sur la délivrance de spécialités génériques confirment la dynamique que les parties signataires ont engagée depuis 2012 : des objectifs plus ambitieux sont ainsi valorisés dans la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour soutenir les efforts des officines les plus performantes.

La stabilité de la délivrance de la même marque de générique, indicateur d'importance dans la qualité des soins, est étendue à l'ensemble des patients de 75 ans et plus atteints de pathologies chroniques (élargissement de 12 à 19 molécules).

L'objectif national de substitution fixé par les partenaires est relevé de 85 % à 86 % pour l'année 2016, ainsi que les objectifs départementaux, déclinés en objectifs individuels pour chaque pharmacie.

L'avenant n° 9 à la convention nationale complète également le volet de la rémunération sur objectifs de santé publique par un nouvel engagement des pharmaciens portant sur la transmission du numéro d'identification des prescripteurs hospitaliers au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), permettant ainsi de favoriser les actions en faveur de la pertinence des prescriptions hospitalières exécutées en ville.

Perspectives conventionnelles dans le secteur de la pharmacie
La convention nationale de 2012 arrive à échéance en mai 2017. Les négociations de la prochaine convention nationale devraient s'ouvrir en fin d'année 2016, dès publications des résultats de l'enquête de représentativité en cours publiés.

Les principaux enjeux de cette nouvelle convention nationale porteront sur la poursuite de la réforme du mode de rémunération des pharmaciens.

Annexe 3 : La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) quatre ans après

1. La Rosp, un levier d'évolution confirmé des pratiques des médecins

Au cœur de la convention signée en 2011 par l'Assurance Maladie et les quatre principaux syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML, MG France, FMF), la diversification des modes de rémunération a introduit la généralisation du système de rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Ce dispositif s'est substitué au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) mis en place en 2009 sur la base de la libre adhésion.

Ce nouveau mode de rémunération s'est organisé autour de trois axes structurants : faire progresser la qualité des soins et la prévention ; conforter l'accès aux soins ; moderniser et simplifier les conditions d'exercice.

Après quatre années de plein exercice, l'Assurance Maladie dresse un bilan positif de la mise en place de ce dispositif qui contribue à améliorer la santé publique et la qualité du service au patient.

2. Une progression continue depuis 2011

La comparaison annuelle du rapport entre la rémunération versée et la rémunération potentielle maximale permet de mesurer

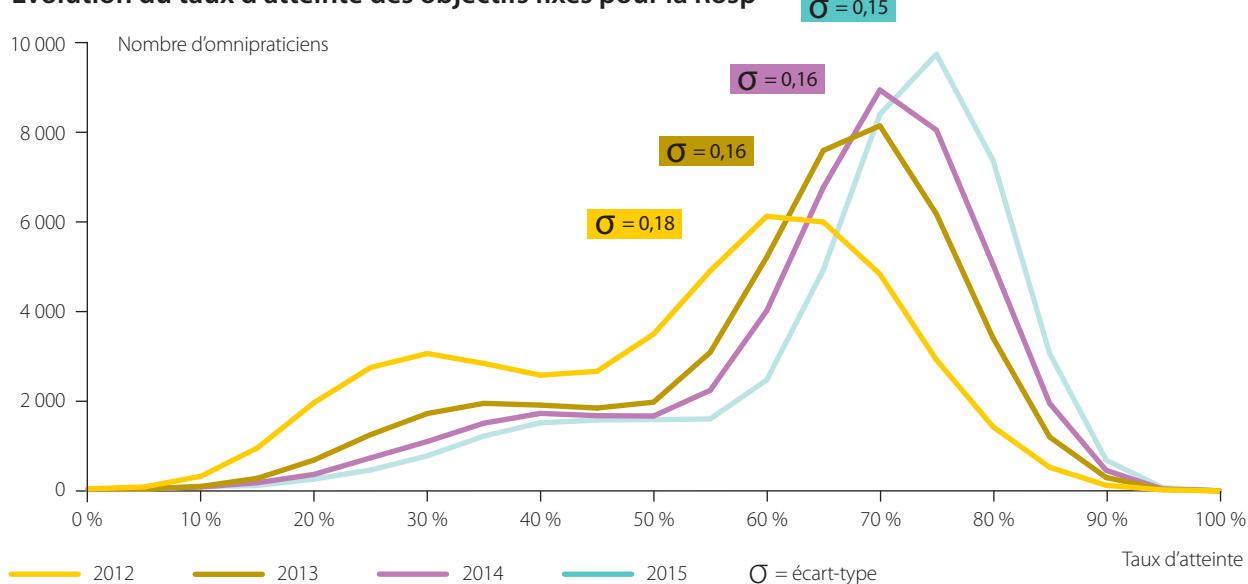
la progression dans l'atteinte des objectifs fixés pour la Rosp. À champs comparables¹⁰⁸, le taux d'atteinte des objectifs pour les médecins généralistes et médecins à expertise particulière marque une nouvelle progression entre 2014 et 2015. Il évolue ainsi de 65,1 % à 68,3 %, soit + 3,2 points, une progression proche de celle observée l'année précédente. Depuis 2012, première année d'évaluation, le taux d'atteinte des objectifs pour les omnipraticiens a progressé de 15,4 points (de 52,9 % à 68,3 %). Une progression équivalente est constatée chez les seuls médecins généralistes dont le taux d'atteinte global des objectifs a évolué de 53,0 % en 2012 à 68,5 % en 2015, soit une amélioration de 15,5 points en trois ans.

Les courbes de résultats ci-après¹⁰⁹ représentent la distribution des médecins par rapport à leur taux d'atteinte des objectifs. Le déplacement progressif des courbes vers la droite traduit la progression continue des résultats des professionnels et le resserrement de la courbe constaté par rapport à 2012 est le reflet d'une plus grande homogénéisation des taux d'atteinte (figure 78).

En 2015, 72 % des médecins éligibles ont progressé dans l'atteinte de leurs objectifs par rapport à 2014 (contre 68 % entre 2013 et 2014).

► FIGURE 78

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 à 2015)

108 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 en tant que médecin traitant d'au moins 200 patients. Les mêmes critères sont pris en compte pour les seuls médecins généralistes.

109 Courbes des taux d'atteinte des objectifs de 2012 à 2015 des omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle en tant que médecin traitant d'au moins 200 patients.

ANNEXE 3

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) QUATRE ANS APRÈS

Une progression observée sur l'ensemble des volets

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 service¹¹⁰.

L'analyse des taux d'atteinte par volets¹¹¹ depuis la mise en place de la Rosp révèle que les résultats des médecins généralistes et des médecins à expertise particulière ont progressé sur l'ensemble des volets, et ce de manière particulièrement significative sur les deux volets qui concernent l'optimisation des prescriptions d'une part, l'organisation du cabinet d'autre part (+ 20 points).

En 2015, les résultats ont continué à progresser sur l'ensemble des volets mais ils tendent à se stabiliser sur les volets concernant le suivi des maladies chroniques et la prévention (**tableau 21**). Sur chacun des volets, plus de la moitié des omnipraticiens éligibles a réalisé des progrès dans l'atteinte de ses objectifs au cours de la dernière année d'observation.

► TABLEAU 21 Taux d'atteinte de la Rosp par volet

Volets	Taux d'atteinte 2012	Taux d'atteinte 2013	Taux d'atteinte 2014	Taux d'atteinte 2015	Progression 2012/2014	Progression 2014/2015
Suivi des maladies chroniques	50,3 %	56,7 %	58,9 %	60,6 %	+ 10,3 points	+ 1,7 point
Prévention	35,1 %	40,4 %	41,0 %	42,1 %	+ 7,0 points	+ 1,1 point
Prescription	56,0 %	64,1 %	69,9 %	76,1 %	+ 20,1 points	+ 6,2 points
Organisation du cabinet	63,3 %	76,3 %	80,9 %	83,3 %	+ 20,0 points	+ 2,4 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 à 2015)*

► TABLEAU 22

Part des omnipraticiens dont le taux d'atteinte progresse

Volets	Entre 2014 et 2015	Entre 2014 et 2015
Suivi des maladies chroniques	56 %	56 %
Prévention	54 %	47 %
Prescription	77 %	76 %
Organisation du cabinet	55 %	51 %

*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 à 2015)*

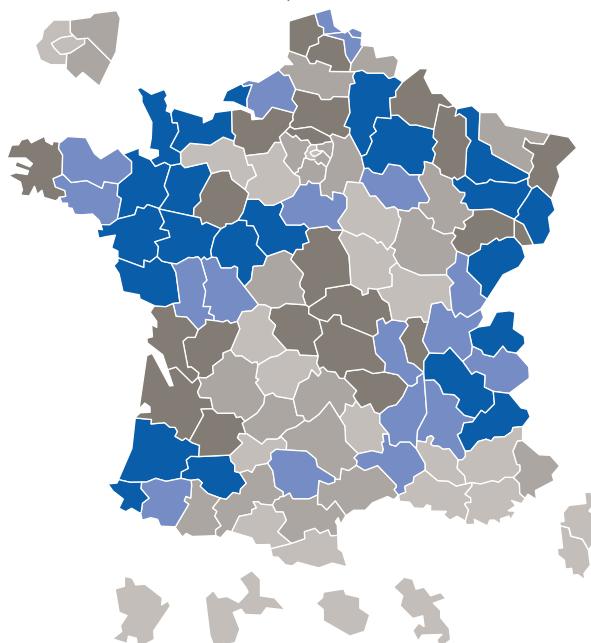
À noter, la part des médecins généralistes et des médecins à expertise particulière dont le taux d'atteinte progresse connaît une augmentation plus significative sur les volets qui concernent la prévention et l'organisation du cabinet (**tableau 22**).

¹¹⁰ Tous les indicateurs de la Rosp ont été élaborés à partir des référentiels des autorités de santé, sur la base de consultations des sociétés savantes, et 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.

¹¹¹ Champ de calcul utilisé précisé ci-dessus.

► FIGURE 79
Taux d'atteinte de la Rosp

Taux d'atteinte de la Rosp en 2014

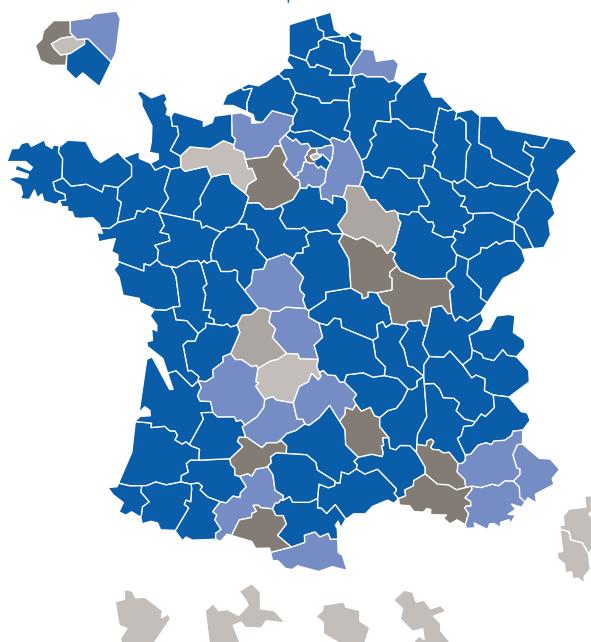


France entière : 65,1 %

Taux d'atteinte (en %)

41,5 à 63,1	63,1 à 64,6	64,6 à 66,0
66,0 à 67,3	67,3 à 71,9	

Taux d'atteinte de la Rosp en 2015

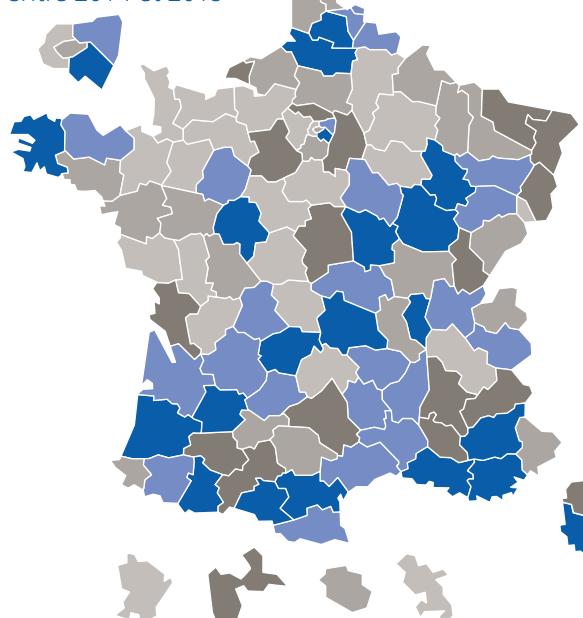


France entière : 68,3 %

Taux d'atteinte (en %)

43,5 à 63,1	63,1 à 64,6	64,6 à 66,0
66,0 à 67,3	67,3 à 74,5	

Évolution du taux d'atteinte de la Rosp entre 2014 et 2015



France entière : + 3,2 points

Évolution (en points)

0,81 à 2,58	2,58 à 3,08	3,08 à 3,38
3,38 à 3,80	3,80 à 4,44	

Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients

Source : Cnamts (bases de rémunération Rosp 2014 et 2015)

Une progression des taux d'atteinte sur l'ensemble du territoire

L'analyse géographique des taux d'atteinte des objectifs montre que 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 2015¹¹² supérieur à 61 % sur l'ensemble du territoire (contre 57,5 % en 2014) (figure 79).

¹¹² Sondage BVA pour la Cnamts, « Perception des médecins sur la convention de 2011 », décembre 2015. Terrain réalisé du 6 au 27 octobre 2015 par téléphone auprès de 600 médecins libéraux, dont 318 médecins généralistes et 282 médecins spécialistes. Représentativité de l'échantillon assurée selon les variables de quotas de sexe, âge, région et type d'exercice (cabinet de groupe ou individuel). Question : « Pour chacun des objectifs suivants prévus dans la convention, avez-vous fait évoluer votre pratique dans le sens de ces objectifs ? »

ANNEXE 3

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) QUATRE ANS APRÈS

Une efficacité du système confirmée par les médecins

Les résultats observés rejoignent le ressenti que les médecins ont concernant l'évolution de leurs pratiques. Une étude menée par l'institut BVA fin 2015, sur ce sujet, montre qu'une majorité significative et croissante d'entre eux reconnaît désormais à ce dispositif conventionnel un impact réel sur l'évolution de leurs pratiques (**figure 80**).

Sur l'ensemble des objectifs fixés dans le cadre de la Rosp, les médecins interrogés sont 86 % à déclarer avoir fait évoluer leurs pratiques pour l'optimisation des prescriptions avec le recours à des médicaments génériques (contre 77 % en 2013 lors de la première vague de l'étude), 88 % pour l'informatisation du cabinet avec la tenue de dossiers médicaux informatisés et l'utilisation des téléservices de l'Assurance Maladie (contre 81 % en 2013), 87 % pour la prévention avec des indicateurs de vaccination contre la grippe, de dépistage des cancers (contre 79 % en 2013) et 91 % (contre 81 % deux ans plus tôt) pour le suivi des pathologies chroniques avec des indicateurs de bonnes pratiques relatifs aux patients atteints de diabète ou d'hypertension artérielle.

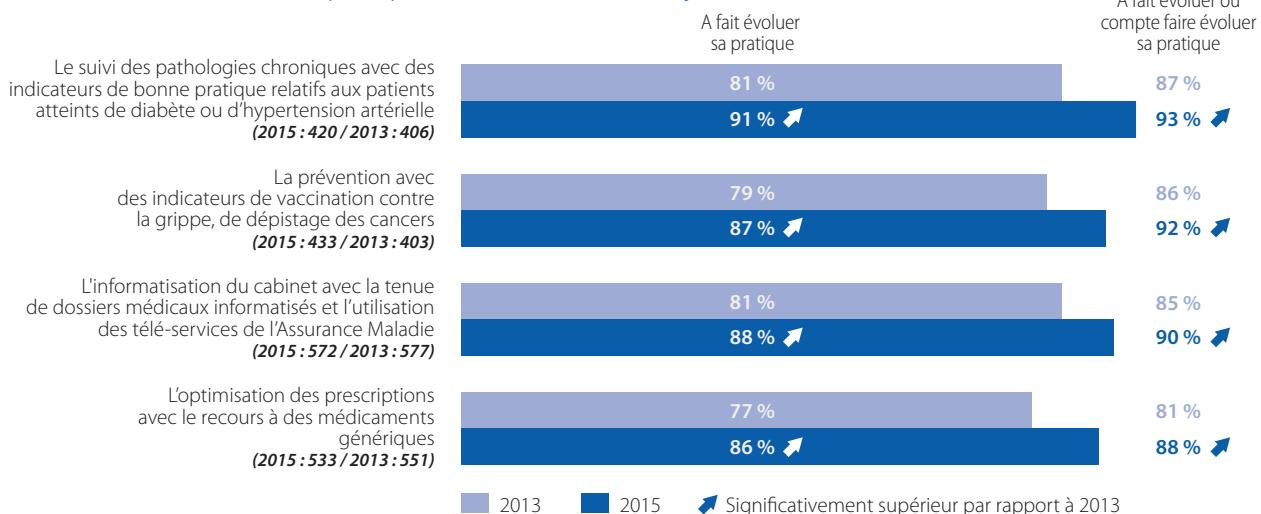
Un constat renforcé chez les médecins généralistes, qui sont plus de 91 % à déclarer avoir fait évoluer leurs pratiques (**figure 81**).

Cette dernière étude montre une évolution significative des opinions sur le sujet de la part des médecins depuis la mise en place de la convention en 2011. Une étude menée par l'institut BVA au moment de la signature de la convention en 2011¹¹³ confirmait en effet que seuls 71 % des médecins traitants envisageaient de faire évoluer leur pratique pour le suivi des pathologies chroniques, 65 % pour la prévention, 62 % pour l'informatisation. Et ils n'étaient que 46 % à estimer qu'ils feraient, à l'avenir, évoluer leur pratique en matière de prescription.

L'évolution positive de l'opinion des professionnels de santé concernant la Rosp et la convention médicale qui la sous-tend conforte la pertinence de la démarche de rémunération sur objectifs engagée par l'Assurance Maladie pour améliorer la qualité des soins au service du patient.

► FIGURE 80 Perception des médecins sur la convention de 2011

Question aux médecins^(a) : « Pour chacun des objectifs suivants prévus dans la convention, avez-vous fait évoluer votre pratique dans le sens de ces objectifs ? »



(a) Base : à ceux ayant entendu parler de la convention (hors « NSP : ne sait pas »)

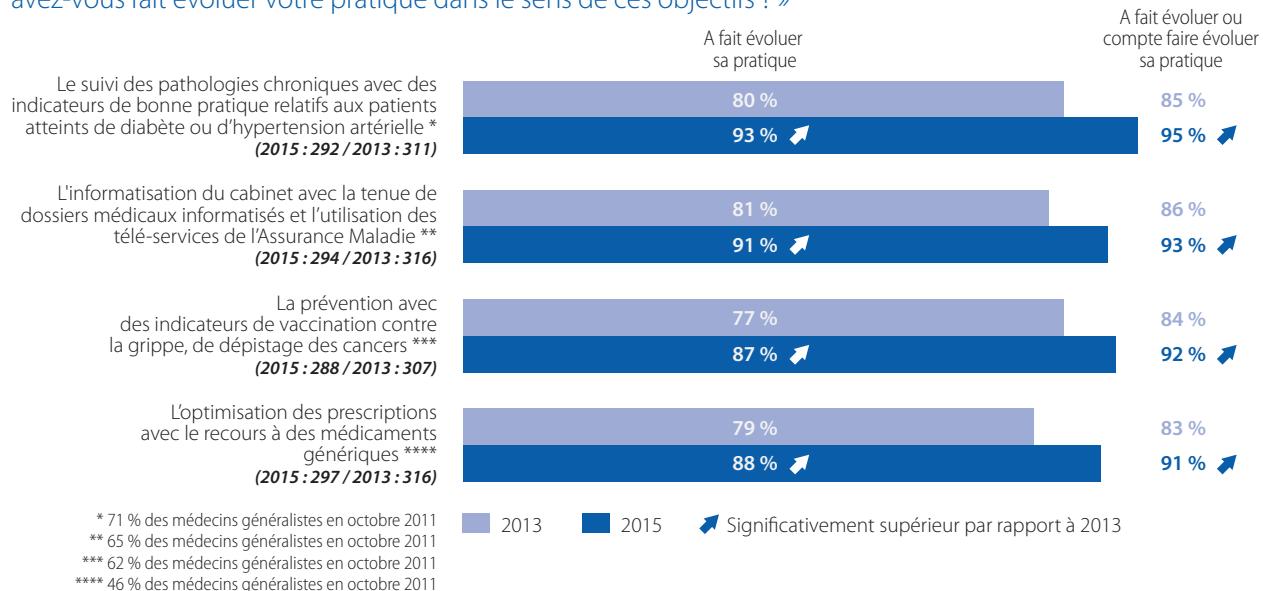
*Champ : échantillon représentatif de 600 médecins libéraux, dont 318 médecins généralistes et 282 médecins spécialistes
Source : Enquête BVA pour la Cnamts (« Perception des médecins sur la convention de 2011 », décembre 2015)*

113 Enquête BVA pour la Cnamts, « Le médecin traitant et la nouvelle convention », octobre 2011.

► FIGURE 81

Perception des médecins généralistes sur la convention de 2011

Question aux médecins généralistes^(a) : « Pour chacun des objectifs suivants prévus dans la convention, avez-vous fait évoluer votre pratique dans le sens de ces objectifs ? »



(a) Base : à ceux ayant entendu parler de la convention (hors « NSP : ne sait pas »)

Champ : échantillon représentatif de 318 médecins généralistes libéraux

Source : Enquête BVA pour la Cnamts (« Perception des médecins sur la convention de 2011 », décembre 2015)

ANNEXE 3

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) QUATRE ANS APRÈS

3. Le bilan volet par volet

L'amélioration de 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 bonnes pratiques 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.

Le suivi des pathologies chroniques

Dans le cadre de la précédente convention, l'amélioration du suivi des patients diabétiques, indispensable pour prévenir et éviter les complications de cette pathologie grave (affections cardio-vasculaires, perte de la vue, insuffisance rénale, etc.), a été définie comme un axe de progression prioritaire. Huit indicateurs (dont quatre déclaratifs) ont été élaborés en 2011 à partir des recommandations de la Haute Autorité de santé : périodicité recommandée du contrôle glycémique (dosages d'hémoglobine glyquée) et objectifs cibles d'HbA1C notamment. Ces indicateurs permettent de mesurer la qualité du suivi, notamment au regard du risque de survenue de complications.

Depuis la mise en place du dispositif, une progression des pratiques est observée sur l'ensemble des indicateurs mesurés sur ce volet (**tableau 23**). L'évolution est particulièrement significa-

tive pour les indicateurs concernant les dosages d'hémoglobine glyquée (+ 8,7 points) et le suivi des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire sous statines et aspirine faible dosage (+ 7,2 points).

Si les quatre indicateurs cliniques présentés dans la **figure 82** ont tous enregistré une progression favorable au cours des quatre dernières années, cette progression ne s'est pas poursuivie en 2015 pour l'un d'entre eux : la part des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire sous statines.

Les indicateurs concernant les dosages d'hémoglobine glyquée ont évolué de + 8,7 points depuis 2011. En 2015, la part des patients diabétiques ayant eu trois ou quatre dosages de l'hémoglobine glyquée atteint 54,6 %, l'objectif étant fixé à 65 %.

À noter : cet indicateur devra être revu dans le cadre de la mise en place de la nouvelle convention afin d'intégrer les dernières recommandations publiées par la Haute Autorité de santé en 2014. Ces dernières préconisent 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, ce qui pourrait expliquer en partie le ralentissement de la progression observée au cours des deux dernières années.

Le suivi des diabétiques à haut risque cardio-vasculaire sous statines et aspirine à faible dosage a, quant à lui, progressé de + 7,2 points depuis la mise en place de la Rosp. Cette progression signifie qu'un nombre plus important de patients bénéficie d'un traitement conforme aux recommandations, patients 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

► TABLEAU 23

Les résultats sur le volet « suivi des pathologies chroniques » en synthèse

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2015	Évolution en points déc. 2015-déc. 2011
HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	≥ 65 %	45,9 %	54,6 %	+ 8,7
Suivi ophtalmologique	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	≥ 80 %	61,3 %	62,4 %	+ 1,1
Diabétiques à haut risque cardio-vasculaire sous statines	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine	≥ 75 %	58,3 %	60,2 %	+ 1,9
Diabétiques à haut risque cardio-vasculaire sous statines et aspirine faible dose	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant	≥ 65 %	51,6 %	58,8 %	+ 7,2

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 à 2015)

peuvent être plus particulièrement exposés les diabétiques, notamment traités par insuline^{114, 115}.

Fait notable, la part de patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil, restée stable au cours des trois premières années, a progressé d'un point en 2015 (62,4 % avec un objectif cible de 80 %). Ce résultat encourageant démontre la nécessité d'investir dans ce domaine et de poursuivre les initiatives permettant de réduire les disparités d'accès à un ophtalmologiste qui existent sur le territoire, liées à des difficultés tant démographiques qu'économiques qui sont un frein à l'évolution des pratiques. La nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie, en coopération entre orthoptistes et ophtalmologues, mise en place par l'Assurance Maladie et entrée en vigueur en janvier 2015, contribue à favoriser l'accès aux soins. En 2015, plus de 5 500 patients ont bénéficié de ce dispositif de dépistage.

Ces efforts doivent être poursuivis pour favoriser la réalisation de cet examen essentiel à l'identification précoce des com-

plications oculaires du diabète, qui permet la prévention de la déficience visuelle.

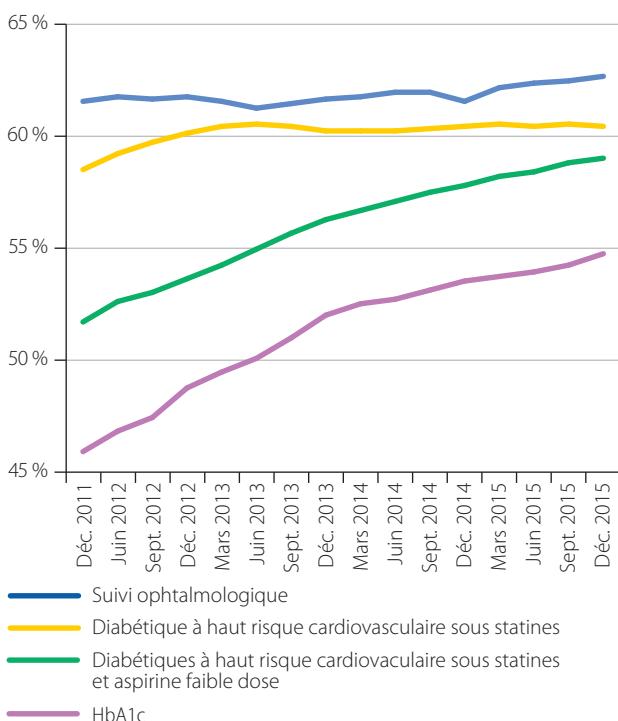
Restée stable en 2015, la part de patients diabétiques à haut risque cardio-vasculaire qui bénéficient du traitement recommandé par statines est insuffisante (60,2 % des patients) au regard de l'objectif cible fixé à 75 %. Elle a cependant progressé de 1,9 point depuis 2011.

Au regard de la progression observée depuis 2011, pour la seule année 2015, ce sont pas moins de 277 000 patients diabétiques supplémentaires qui auront pu bénéficier des dosages d'hémoglobine glyquée recommandés, 87 000 patients diabétiques à haut risque cardio-vasculaire qui auront été mis sous traitement par statines et par aspirine à faible dosage ou anticoagulant et 33 000 patients supplémentaires qui auront réalisé une consultation ophtalmologique ou un examen du fond d'œil.

Ces résultats confirment l'intérêt de la Rosp pour l'amélioration du suivi des patients atteints de pathologies chroniques, avec des efforts à poursuivre pour atteindre les objectifs fixés.

► FIGURE 82

Évolution des indicateurs relatifs au suivi des diabétiques de décembre 2011 à décembre 2015



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée
Source : Cnamts (Snilram)

La prévention

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 ainsi été définis dans le cadre de la Rosp en 2011. 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

Depuis la mise en place du dispositif, des progrès notables ont été constatés pour l'ensemble des indicateurs concernant la prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes âgées de plus de 65 ans, responsable de nombreuses hospitalisations chaque année¹¹⁶ (**tableau 24 et figure 83**). Cette 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.

La diminution progressive du recours aux benzodiazépines à demi-vie longue constatée au cours des trois premières années se poursuit en 2015, permettant de limiter les effets délétères de ces produits (interactions médicamenteuses, augmentation des

114 Algra A.M. et Rothwell P.M., « Effects of regular aspirin on long-term cancer incidence and metastasis: a systematic comparison of evidence from observational studies versus randomised trials », *The Lancet* [en ligne], disponible sur www.thelancet.com/oncology, mars 2012.

115 Rothwell P.M., Wilson M., Price J.F., Belch J.F.F., Meade T.W. et Mehta Z., « Effect of daily aspirin on risk of cancer metastasis: a study of incident cancers during randomised controlled trials », *The Lancet* [en ligne], disponible sur www.thelancet.com/oncology, mars 2012.

116 On l'évalue à 130 000 hospitalisations 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>

ANNEXE 3
LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE
SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) QUATRE ANS APRÈS

► TABLEAU 24

Les résultats sur la prévention du risque iatrogène en synthèse (indicateurs à objectif descendant)

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2015	Évolution en points déc. 2015-déc. 2011
Vasodilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année	≤ 5 %	10,6 %	1,0 %	- 9,6
Benzodiazépines à demi-vie longue	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	≤ 5 %	13,7 %	10,0 %	- 3,7
Durée de traitement par benzodiazépines	Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à douze semaines	≤ 12 %	15,0 %	14,2 %	- 0,8

Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients - France entière

Source : Cnams (bases de rémunération Rosp 2012 à 2015)

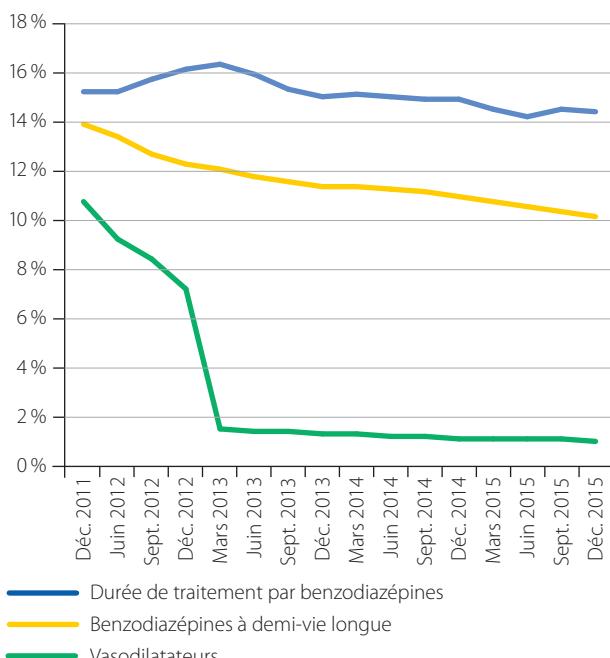
chutes, etc.). Une baisse de 3,7 points de la part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie¹¹⁷ longue dans l'année a été enregistrée depuis 2011.

La part des patients dont la durée de traitement par benzodiazépines est supérieure à douze semaines a également diminué

en 2015, atteignant 14,2 % (- 0,8 point par rapport à 2011). Les efforts doivent être poursuivis pour réduire l'usage prolongé des benzodiazépines, qui peut avoir des conséquences particulièrement graves chez les personnes âgées (somnolence, troubles de la mémoire, confusion, chutes). L'objectif cible a été fixé à 12 %. La diminution depuis le 1^{er} décembre 2014 du taux de remboursement à 15 % de certaines benzodiazépines hypnotiques renforce la sensibilisation des patients aux risques associés à ces traitements, notamment en cas de mauvaise observance, et a contribué ainsi à soutenir la pratique des médecins sur ce volet en 2015.

Suite au déremboursement de la majorité des vasodilatateurs, en raison d'un SMR jugé insuffisant, ils ne sont aujourd'hui plus prescrits qu'à 1 % des patients de plus de 65 ans, conformément aux recommandations. Du fait de l'évolution du contexte, la surprescription des vasodilatateurs aux patients âgés de plus de 65 ans ne représente plus un enjeu de santé publique.

► FIGURE 83
Évolution des indicateurs relatifs à la prévention des risques iatrogènes de décembre 2011 à décembre 2015



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée
Source : Cnams (Sniiram)

Après quatre années de mise en œuvre de la Rosp, si on applique la progression observée depuis 2011 aux résultats de la dernière année, on peut estimer que la prescription de benzodiazépines aura été évitée en 2015 à un total de 381 000 patients et que 36 000 patients de moins se seront vu prescrire un traitement par benzodiazépines d'une durée supérieure à douze semaines.

Ce résultat encourageant confirme les effets positifs de l'ensemble des actions soutenues depuis plusieurs années pour prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez les sujets âgés. Dans un contexte d'augmentation constante de la consommation de médicaments dans la population âgée, liée notamment au développement avec l'âge de la polyphathologie, des progrès restent à faire et la vigilance doit être maintenue pour réduire le risque d'événements indésirables chez ces populations fragiles.

¹¹⁷ 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.

Une vigilance à maintenir sur la prescription d'antibiotiques

Une réduction importante du nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans affection de longue durée (ALD) est observée depuis la mise en place de la Rosp (figure 84).

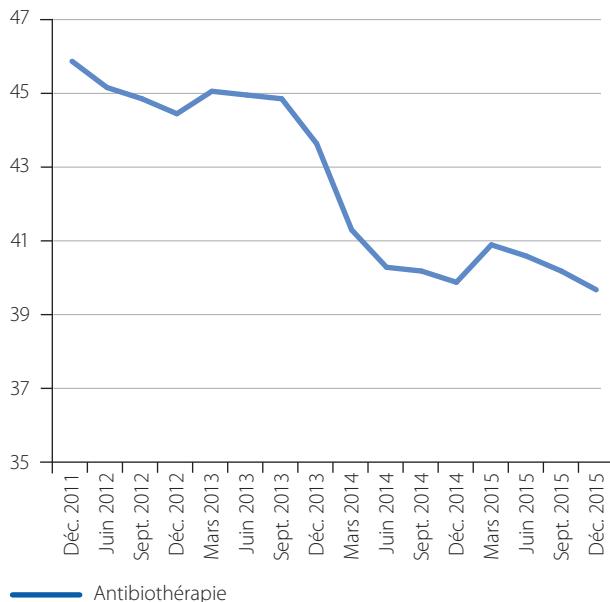
Après une baisse de 3,7 points enregistrée en 2014 par rapport à 2013, à un peu moins de 40 prescriptions pour 100 patients (contre plus de 45 prescriptions pour 100 patients en 2011), le ratio s'est cependant stabilisé en 2015 (à 39,6, soit 0,2 point de baisse par rapport à 2014) (tableau 25).

Le bilan à quatre ans montre une amélioration significative des pratiques en matière de prescription d'antibiotiques. La baisse de 6,1 points constatée depuis 2011 représente pour l'année 2015 un total d'environ 1 805 000 prescriptions évitées. Le ralentissement de la baisse des prescriptions observé en 2015 alerte toutefois sur la nécessité de maintenir une mobilisation globale sur ce sujet afin d'atteindre l'objectif national de 37 prescriptions pour 100 patients.

À cet effet, l'Assurance Maladie a depuis plusieurs années renforcé son action pour diminuer le phénomène de résistance en évitant les prescriptions inappropriées. De nombreuses actions sont conduites dans le cadre des plans nationaux de gestion du risque, comme l'information des médecins, la mise à leur disposition de tests de diagnostic rapide des angines à streptocoques mais aussi de support d'information à remettre à leurs patients.

► FIGURE 84

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 2015



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée

Source : Cnamts (Sniiram)

► TABLEAU 25

Les résultats sur la prévention du risque iatrogène lié à la prescription d'antibiothérapie en synthèse (indicateur à objectif descendant)

	Indicateur	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2015	Évolution en points déc. 2015-déc. 2011
Antibiothérapie	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	≤ 37	45,7	39,6	- 6,1

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 à 2015)

ANNEXE 3

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) QUATRE ANS APRÈS

Une mobilisation à soutenir sur les champs de la vaccination et du dépistage

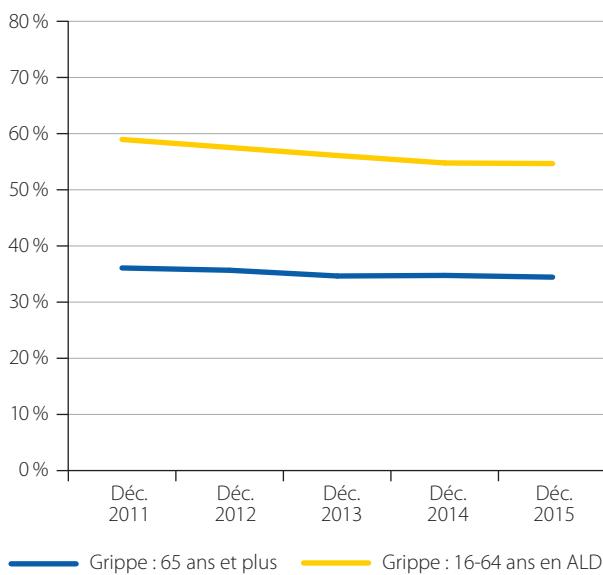
Les objectifs fixés dans le cadre de la Rosp relatifs à l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein et à celle de la vaccination contre la grippe visent à accroître sensiblement les taux de couverture nationaux du dépistage et de la vaccination. Ceux-ci restent insuffisants 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 risque¹¹⁸ pour la vaccination anti-grippale).

L'objectif relatif à la vaccination anti-grippale a été défini pour enrayer la baisse des vaccinations observée depuis plusieurs années. Cette démarche a été mise en place dans un contexte d'interrogations sur la vaccination, nourries par les controverses concernant la vaccination contre le virus H1N1 et contre l'hépatite B. Pour cela, les pouvoirs publics se sont mobilisés dès 2013 afin de renforcer l'information des assurés et des professionnels de santé sur ce sujet. Une campagne d'information consacrée à la vaccination anti-grippale est ainsi organisée chaque année par l'Assurance Maladie depuis 2013 pour notamment inciter les populations à risque (soit quelque 10 millions de personnes, âgées de plus 65 ans ou atteintes de maladies chroniques) à se protéger. Les travaux initiés par le ministère des Affaires sociales et de la Santé devraient également participer à redonner confiance dans la vaccination et à réduire les idées reçues.

Dans ce contexte de défiance qui persiste encore, les résultats observés depuis la mise en place du dispositif sont encourageants et montrent que les moyens mobilisés commencent à faire évoluer les pratiques (figure 85).

En effet, si les indicateurs relatifs à la vaccination restent mal orientés en 2015, on observe depuis deux ans un ralentissement marqué de cette baisse, et ce, de manière plus significative chez les patients de 65 ans et plus. La part des patients de 65 ans et

► FIGURE 85 Évolution des indicateurs de prévention relatifs à la vaccination antigrippale de décembre 2011 à décembre 2015



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée

Source : Cnamts (Sniiram)

plus vaccinés contre la grippe saisonnière a ainsi diminué de 4,2 points depuis 2011, mais de seulement 0,1 point en 2015. Celle des patients adultes de 16 à 64 ans en ALD a, quant à elle, diminué de 1,6 point depuis la mise en place du dispositif et de 0,3 point en 2015 (tableau 26).

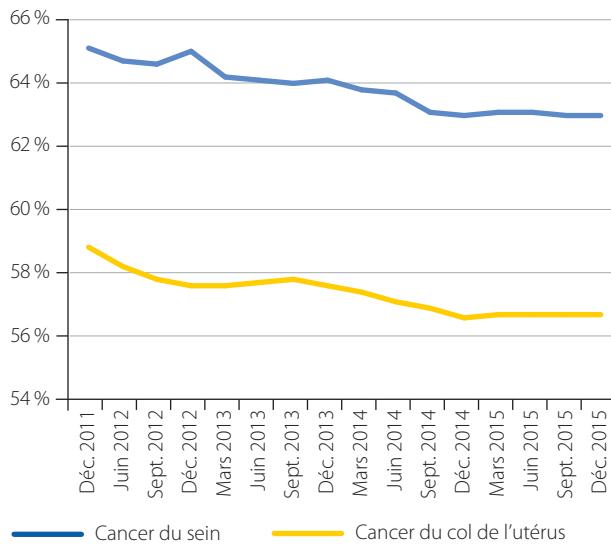
Une tendance similaire est constatée en matière de dépistage des cancers. La mobilisation croissante pour renforcer la prévention sur les cancers féminins, notamment auprès des populations les plus fragiles, produit de premiers effets qu'il conviendra de confirmer dans la durée (figure 86).

► TABLEAU 26 Les résultats sur les indicateurs de vaccination en synthèse

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2015	Évolution en points déc. 2015-déc. 2011
Grippe : 65 ans et plus	Part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75 %	57,8 %	53,6 %	- 4,2
Grippe : 16-64 ans en ALD	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne et vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75 %	35,4 %	33,8 %	- 1,6

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 à 2015)

¹¹⁸ Les personnes âgées de 65 ans et certaines catégories de personnes considérées comme fragiles : les patients souffrant de certaines pathologies chroniques (affections respiratoires, cardio-vasculaires, diabète, etc.), les femmes enceintes et les personnes en situation d'obésité morbide ou radioactive. C'est l'indicateur utilisé en pharmacologie pour évaluer la durée d'activité d'un médicament dans le corps humain.

► FIGURE 86**Évolution des indicateurs de prévention relatifs au cancer du sein et au cancer du col de l'utérus de décembre 2011 à décembre 2015**

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée

Source : Cnamts (Sniiram)

Après avoir enregistré une baisse au cours des trois premières années, la part de patientes âgées de 25 à 65 ans qui ont effectué un frottis cervico-vaginal au cours des trois dernières années a augmenté de 0,1 point par rapport à 2014, soit 23 000 personnes de plus dépistées en 2015 (**tableau 27**).

S'agissant du cancer du sein, la part de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années s'est stabilisée en 2015 à 62,8 %, après une baisse d'1 point observée en 2014.

Au global, malgré une stabilisation des pratiques encourageante, tant sur le champ de la vaccination que sur celui du dépistage, ces résultats sont insatisfaisants au regard des enjeux de santé publique.

Le renforcement de la prévention doit être un axe prioritaire de la nouvelle convention médicale afin de faire évoluer durablement les pratiques des médecins en la matière.

Ce changement ne peut cependant s'opérer sans une mobilisation convergente de tous les acteurs. Les démarches initiées depuis quelques années dans ce domaine doivent ainsi être poursuivies, voire renforcées, pour permettre un changement durable des pratiques nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés.

► TABLEAU 27**Les résultats sur les indicateurs de dépistage en synthèse**

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2015	Évolution en points déc. 2015-déc. 2011
Cancer du sein	Part des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	≥ 80 %	64,9 %	62,8 %	- 2,1
Cancer du col de l'utérus	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	≥ 80 %	58,7 %	56,6 %	- 2,1

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 à 2015)

ANNEXE 3

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) QUATRE 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.

Depuis la mise en place du dispositif, les taux de prescription ont progressé de manière significative et continue sur l'ensemble des indicateurs observés. L'objectif a ainsi été atteint voire dépassé pour cinq des sept indicateurs définis en 2011 (**tableau 28**).

Bien que les pratiques continuent d'évoluer, des marges de progression existent encore pour atteindre l'objectif de 65 % de recours aux IEC (inhibiteurs d'enzymes de conversion) plutôt qu'aux sartans sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (exprimées en nombre de boîtes). On observe en 2015 sur cet indicateur une augmentation de 1,1 point par rapport à 2014, avec un taux de 42,6 %.

Concernant le recours aux génériques, des efforts restent à faire en matière de prescription d'antibiotiques. Le taux de prescription a progressé de 1 point en 2015, avec un taux de 84,1 %.

Sur les cinq classes de médicaments suivies, la progression reste soutenue en 2015 pour la prescription de statines (+ 3,3 points par rapport à 2014), permettant d'atteindre l'objectif fixé.

La progression est particulièrement marquée pour la prescription d'antidépresseurs (+ 10,9 points par rapport à 2014), permettant de dépasser l'objectif. Cette dernière évolution s'explique en partie par l'inscription du Séroplex® (Escitalopram) dans le répertoire des génériques en 2014.

Au cours des quatre dernières années, la Rosp aura ainsi contribué à faire évoluer les pratiques de prescription au service de l'efficience globale du système de soins, permettant d'atteindre voire de dépasser les objectifs fixés. L'évolution du cadre réglementaire devra cependant être prise en compte dans la révision des indicateurs afin de préserver le rôle amplificateur de la rémunération.

► TABLEAU 28

Les résultats sur les indicateurs d'efficience en synthèse

	Indicateur d'efficience et optimisation des prescriptions	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2015	Évolution en points déc. 2015-déc. 2011
Antibiotiques	Part de prescriptions d'antibiotiques réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 90 %	78,6 %	84,1 %	+ 5,5
IPP	Part de prescriptions d'IPP réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 85 %	71,3 %	100,0 %	+ 28,7
Statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 70 %	38,2 %	70,3 %	+ 32,0
Antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 65 %	64,1 %	82,1 %	+ 18,0
Antidépresseurs	Part de prescriptions d'antidépresseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 80 %	66,0 %	86,5 %	+ 20,6
IEC-sartans	Part des inhibiteurs d'enzymes de conversion (IEC) sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boîtes)	≥ 65 %	39,4 %	42,6 %	+ 3,1
AAP	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires (AAP)	≥ 85 %	82,0 %	86,3 %	+ 4,3

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 à 2015)

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 ainsi que 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 et des données cliniques et paracliniques du patient) et à la sécurisation des prescriptions (signalement d'éventuelles interactions médicamenteuses, contre-indications, etc.). Le renforcement de l'information des patients contribue par ailleurs à favoriser l'accès aux soins.

La part de médecins disposant des prérequis nécessaires pour être éligibles à la rémunération sur ce volet se stabilise après deux années de progression.

En 2015, les pratiques continuent d'évoluer positivement sur les cinq indicateurs pour l'ensemble des médecins éligibles à la rémunération sur le volet organisation du cabinet¹¹⁹.

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 2 points pour l'ensemble de ces médecins (58 %) et de 3 points chez les médecins généralistes et médecins à expertise particulière (78 %). Depuis la mise en place de la Rosp, cette pratique a progressé de 14 points. L'utilisation croissante de ces logiciels, outils précieux d'aide à la décision, favorise la diffusion de bonnes pratiques.

En 2015, 83 % des médecins généralistes et médecins à expertise particulière concernés par cet indicateur et remplissant les prérequis élaborent une synthèse annuelle pour leur patientèle « médecin traitant » à partir du dossier informatisé et la mette à leur disposition sur demande (contre 71 % en 2012). La progression de 2 points enregistrée en 2015 sur cet indicateur « synthèse médicale » est 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 qualité du suivi et de la prise en charge pour les patients.

La progression la plus marquée observée en 2015 concerne l'équipement informatique des cabinets permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices. Cet indicateur a progressé de 5 points chez tous les profils de médecins éligibles et ayant les prérequis.

Les indicateurs traduisent enfin une amélioration de l'information des patients en cabinet et sur le site ameli. En 2015, 95 % des médecins généralistes et médecins à expertise particulière (+ 1 point) et 75 % des médecins spécialistes (+ 2 points) déclarent afficher les informations sur les horaires de consultations et les modalités d'organisation du cabinet.

Ces résultats montrent que la Rosp a permis de renforcer significativement l'équipement des médecins et l'information au service des patients et des médecins eux-mêmes. Cette progression contribue à fluidifier les échanges entre médecins, d'une part, et entre médecins et Assurance Maladie d'autre part. Elle représente par ailleurs un socle solide pour le déploiement de nouveaux services utiles dans le suivi des patients.

¹¹⁹ Ayant les prérequis.

4. Les rémunérations versées pour l'année 2015

En généralisant la rémunération sur objectifs de santé publique, 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 chacun des médecins concernés cette année (89 489 médecins) une rémunération complémentaire annuelle moyenne de 4 514 euros, calculée en fonction de leurs résultats sur les différents indicateurs (contre 4 215 euros en 2014).

Parmi eux, les 57 045 médecins généralistes et médecins à expertise particulière sont rémunérés à hauteur de 6402 euros en moyenne (contre 5 935 euros en 2014).

Les médecins généralistes seuls perçoivent, pour leur part, 6 756 euros en moyenne (contre 6 264 euros en 2014). Ce complément de rémunération valorise l'activité de médecin traitant des médecins généralistes, au centre du système de soins actuel.

Pour les médecins spécialistes, dans leur très grande majorité uniquement concernés par le volet « organisation », la rémunération moyenne annuelle se situe à 1 194 euros (contre 1 129 euros en 2014).

Les cardiologues et gastroentérologues rémunérés perçoivent en moyenne respectivement 2 358 euros et 2 144 euros pour les progrès réalisés sur le plan clinique et sur le volet organisation.

Au total, l'ensemble de la rémunération sur objectifs de santé publique représente une dépense brute de 404 millions d'euros pour 2015 entièrement provisionnée dans l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie, qui a à nouveau été respecté cette année.

Cet investissement, qui croît conformément à l'évolution positive des indicateurs de la Rosp en matière de santé publique, d'efficience et de modernisation du cabinet (294,4 millions d'euros en 2012, 351,9 millions d'euros en 2013 et 377,4 millions d'euros en 2014¹²⁰), est un investissement d'avenir, au service de la santé et des patients. Les économies réalisées sur les prescriptions permettent de mieux financer les actions de prévention et le suivi des pathologies chroniques.

¹²⁰ Les montants 2014 sont supérieurs à ceux communiqués dans le dossier de presse d'avril 2015 car ils tiennent compte des corrections apportées pour les indicateurs relatifs à la grippe et au dépistage du cancer du sein.

Annexe 4 : Méthodologie de la cartographie médicalisée des dépenses pour les années 2012, 2013 et 2014

1. Caractérisation des pathologies, états de santé et traitements

Une description synthétique des groupes de pathologies et traitements de la cartographie est proposée en encadré 1. Pour plus de détails, vous pouvez consulter le site ameli.fr : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/methodologie.php>.

2. Affectation des dépenses aux pathologies, états de santé et traitements

Mise en garde : en raison des nombreuses évolutions et améliorations apportées dans la méthodologie du côté des effectifs (amélioration des algorithmes) mais surtout du côté des dépenses (voir ci-dessous), il n'est pas possible de comparer directement les résultats présentés dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016 avec ceux du présent rapport. Toutefois, afin de pouvoir disposer d'évolutions, les dépenses réaffectées aux groupes de population ont été recalculées pour 2012 et 2013 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, états de santé et traitements¹²¹. 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 29.

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 (voir étape 6).

Les dépenses, par poste, sont connues pour chaque bénéficiaire 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 ; RIMP – recueil d'informations médicalisé en psychiatrie ; HAD - hospitalisation à domicile).

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 assu-

► TABLEAU 29
Exemple de combinaisons de pathologies, états de santé et traitements

Combinaison	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

121 Les pathologies, états de santé et traitements, repérés grâce aux algorithmes médicaux développés, constituent 56 « groupes de population » (voir partie précédente de l'annexe 4).

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2012-2013-2014

Évolutions/améliorations 2017

Plusieurs traitements ont été réalisés en amont, sur les données sources, de façon à améliorer la qualité des tables initiales de dépenses par individu. En particulier :

- Les données extrêmes des postes des soins de ville (hors médicaments et autres produits de santé) supérieures au 99,99^e percentile ont été bornées à la valeur du 99,99^e percentile ou, le cas échéant, à celle du seuil de référence retenue, considérant qu'au-delà de ce seuil il s'agissait de valeurs extrêmes aberrantes. Pour le poste « autres produits de santé », les dépenses ont été bornées au-delà du 99,99^e. Pour le poste médicament, aucune correction n'a été nécessaire, l'analyse préalable réalisée ayant montré que les dépenses extrêmes n'étaient pas forcément aberrantes (traitements de l'hémophilie notamment). Concernant les prestations en espèces, les dépenses ont été bornées sur la base des montants plafonds annuels estimés sur la base des plafonds journaliers et/ou durées maximales réglementaires. Pour le poste « indemnités journalières maladie AT/MP », dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer les deux risques, le plafond est calculé sur la base de la réglementation relative aux AT/MP pour laquelle les montants plafonds d'indemnités journalières sont supérieurs. Les données extrêmes des actes et consultation externes (supérieures au 99,9^e percentile) ont été bornées sur 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 ;
- des modifications ont également été apportées au poste de dépenses relatif aux « séjours en établissements psychiatriques » (voir étape 4) ;
- enfin, un nouveau poste a été introduit dans le champ de la cartographie. Il s'agit du poste « hospitalisations à domicile (HAD) » pour lequel les dépenses sont affectées aux différents groupes de population selon la méthode de proratisation.

rés 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 psychiatrie (y compris celle du secteur ambulatoire), ainsi que celles relatives aux actes et consultations externes (en public) et à l'hospitalisation à domicile (HAD).

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 et en psychiatrie fait l'objet d'un traitement spécifique (voir étape 3 et 4).

Par sommation on obtient les montants de dépenses, par poste, pour chaque combinaison de pathologies/traitements/ épisodes de soins.

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, états 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 priorité 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 ponctuel¹²².

Toutes les hospitalisations MCO des individus n'ayant aucune des pathologies, états 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.

Les dépenses des séjours MCO en établissements privés des personnes n'ayant aucune des pathologies ou traitements identifiés sont conservées, considérant qu'il pouvait s'agir de passages aux urgences.

Concernant les dépenses relatives aux séjours MCO en établissement privés, la valorisation des séjours est effectuée directement sur la base des facturations PMSI transmises par l'ATIH. Pour les séjours MCO en public, la valorisation repose également sur les données transmises par l'ATIH.

Étape 4 : Valorisation et rattachement 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 RIMP et le PMSI-SSR) qui permet de décrire leur activité et de rattacher les séjours, de façon générale, aux bénéficiaires de soins grâce au même numéro d'identification que celui utilisé dans le Sniiram. À la différence du secteur MCO, ces recueils d'activités ne sont pas associés à des tarifs de séjour, et on ne peut donc pas valoriser les séjours directement à partir de ces seules données.

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. L'estimation d'un coût moyen journalier pour chaque établissement et type de séjour repose 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.

Évolutions/améliorations 2017

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 pour certaines pathologies. Pour les hémophiles, la règle de gestion des séjours en rapport avec cette pathologie prend désormais en compte le diagnostic associé. Ces séjours étaient jusqu'à présent essentiellement attribués aux hospitalisations ponctuelles ou à une autre pathologie dès lors que la personne avait une autre pathologie ce qui tendait à sous-estimer les dépenses des séjours MCO en lien avec l'hémophilie. Les règles de priorisation des séjours avec séances de dialyse ont également été modifiées, mais l'impact des changements apportés est moindre.

122 Ce « top » correspond à un groupe de population supplémentaire..

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2012-2013-2014

Évolutions/améliorations 2017

Deux modifications importantes ont été apportées aux dépenses relatives aux établissements psychiatriques, ce qui a pour principales conséquences non seulement d'augmenter sensiblement le montant total affecté aux pathologies ou traitements en lien avec la santé mentale, mais également de modifier la répartition des dépenses entre pathologies et traitements en lien avec la santé mentale. Aucune comparaison ne peut donc être faite avec les versions précédentes.

La première modification concerne les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics (9 % à 12 % des dépenses selon les années considérées) qui ont été à nouveau intégrées au champ des dépenses réaffectées aux pathologies. Ces dépenses, qui avaient été exclues dans la version précédente, ont par conséquent été prises en compte ici et réaffectées par proratisation (voir étape 7) aux personnes ayant des maladies psychiatriques mais également à celles ayant uniquement pris de façon chronique des traitements par psychotropes. Cette modification conduit à augmenter, 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 850 millions d'euros selon les années considérées.

La deuxième modification importante concerne le changement de méthode de réaffectation des dépenses relatives aux séjours en établissements psychiatriques. En effet, les séjours en établissements psychiatriques sont désormais rattachés de façon directe, et non plus par proratisation, aux pathologies du patient en fonction des diagnostics principaux et associés du séjour, comme pour les séjours MCO (même règles d'affectation). Cette amélioration a également un impact direct sur les montants affectés à chacune des maladies psychiatriques ainsi que sur la répartition des dépenses entre ces pathologies.

Les dépenses relatives aux séjours en établissement SSR restent affectées par proratisation et non de façon directe.

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, etc.). 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, états 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 maternité et à l'invalidité (en revanche, la méthodologie a été appliquée aux indemnités journalières 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 correspondants¹²³. Toutefois, dans les tableaux et graphiques de résultats présentés dans le premier chapitre du rapport, ces dépenses ont été ajoutées par convention à celles des consommateurs sans pathologie, état de santé, traitement ou hospitalisation ponctuelle identifié¹²⁴ grâce aux algorithmes médicaux, l'ensemble constituant les dépenses correspondants aux « soins courants ».

123 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 ».

124 Les 57 groupes de population concernés par la méthode d'affectation 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 ».

Étape 6 : Réaffectation aux 57 pathologies ou groupes de population 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 un seul des 57 groupes de population identifiés, on défaillera 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, etc.).

Une illustration de la méthode d'affectation des dépenses pour les patients ayant plusieurs pathologies est proposée dans l'**encadré 13**.

Cas particuliers des dépenses d'hospitalisation MCO et psychiatriques

Pour les hospitalisations en établissements de santé MCO ou psychiatriques, les dépenses hospitalières sont affectées aux groupes de population sur la base principalement des diagnostics principaux et reliés (voir étape 4). Ainsi, nous distinguons deux cas :

- si l'hospitalisation est associée à un seul des 56 groupes de population repéré 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 ».

► ENCADRÉ 13

Exemple d'affectation des dépenses pour les patients ayant plusieurs pathologies

Prenons l'exemple d'une dépense d'indemnités journalières (IJ) maladie AT/MP de 2 millions d'euros pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétique et ont eu un infarctus du myocarde. Comment répartir cette dépense entre les deux pathologies ?

Première étape : on détermine la dépense moyenne du poste IJ maladie AT/MP pour les patients atteints d'une unique pathologie :

Dépense moyenne du poste IJ maladie AT/MP des personnes diabétiques sans autre pathologie:
160 €/an

Dépenses moyenne du poste IJ maladie AT/MP des personnes ayant un infarctus sans autre pathologie: 1 295 €/an

Ces dépenses moyennes constituent les clés de proratisation qui vont être utilisées pour répartir les 2 millions d'euros du poste IJ maladie AT/MP entre le diabète et l'infarctus du myocarde.

Toutefois, afin d'améliorer la stabilité des clés de proratisation, un traitement spécifique des valeurs extrêmes est réalisé au préalable. La correction consiste à borner les dépenses individuelles sur le montant correspondant au 99,9^e percentile, dès lors que la dépense individuelle est supérieure à ce montant. Ce traitement est effectué uniquement pour le calcul des clés de proratisation et ne modifie pas la dépense individuelle.

Seconde étape : on répartit au prorata la dépense de 2 millions d'euros entre les deux pathologies :

Dépenses du poste IJ maladie AT/MP affectées au diabète
 $2\ 000\ 000 \times 160/(160 + 1\ 295)$
 $= 219\ 931$

Dépenses du poste IJ maladie AT/MP affectées à l'infarctus du myocarde
 $2\ 000\ 000 \times 1\ 295/(160 + 1\ 295)$
 $= 1\ 780\ 069$

Au final, sur une dépense totale de 2 millions d'euros d'indemnités journalières maladie AT/MP observée pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétique et ont eu un infarctus du myocarde, 219 931 € seront affectés à la prise en charge du diabète et 1 780 069 € à la prise en charge de l'infarctus du myocarde.

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2012-2013-2014

Étape 7 : Calcul des montants affectés à chaque groupe de population

Pour les 57 groupes de population faisant l'objet d'une réaffectation des dépenses par proratisation

Au total, le montant de dépenses affecté à une pathologie est calculé par sommation :

- des dépenses de patients n'ayant que cette pathologie (après avoir retranché le montant forfaitaire de dépenses correspondant à la consommation courante de soins telle que décrit à l'étape 5) ;
- des dépenses proratisées imputables à la pathologie pour les patients ayant plusieurs pathologies (ou traitements ou épisode de soins) ;
- des dépenses hospitalières en établissements de santé MCO ou psychiatriques correspondant aux séjours en lien avec la 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 proratisation) 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 (voir 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 ».

Étape 8 : 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 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 indemnités journalières maternité (qui comprennent également les indemnités journalières 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 ([tableau 30](#)).

Le calage

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 affectées, pour chaque poste de dépenses, ont ensuite été multipliées par le coefficient de passage correspondant.

Évolutions 2017

Quelques simplifications dans les sources de données utilisées et la méthodologie, ont été apportées. En particulier, le calage est désormais effectué à la fin, sur la base des dépenses réaffectées, ce qui simplifie considérablement le processus sans impact sur les résultats.

Les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics et les dépenses des hospitalisations à domicile (HAD) intégrées cette année dans le champ de la cartographie ont donc également été prises en compte dans le calage sur les grands agrégats.

► TABLEAU 30

Correspondance entre le champ Ondam^(a) et celui de la cartographie médicalisée des dépenses en 2014

	Dépenses remboursées (en milliards d'euros)			Part des dépenses du champ Ondam prises en compte dans la cartographie à champ Ondam pour les honoraires en cliniques privées	Postes Ondam hors champ de la cartographie
	constatées en 2014	prises en compte dans la cartographie	prises en compte dans la cartographie à champ Ondam pour les honoraires en cliniques privées		
Soins de ville (y compris indemnités journalières maladie AT/MP ^(b))	80,9	74,3	78,1	97 %	Permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM ^(c) , FAC ^(d) , aides à la télétransmission
Établissements de santé	74,8 ^(e)	70,7 ^(f)	66,9	89 %	Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG, etc.), Migac ^(g)
Établissements et services médico-sociaux	17,5	0	0	0 %	Tous
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR)	3,0	0	0	0 %	FIR
Autres prises en charge (FMESPP ^(h) , Fiqs ⁽ⁱ⁾ , etc.)	1,7	0	0	0 %	FMESPP, Fiqs
Total Ondam	178	145	145	81 %	
Postes hors champ Ondam (indemnités journalières maternité et invalidité)		10	10		
Total dépenses de la cartographie		155,0	155,0		

(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) L'Ondam 2014 inclut un nouveau sous-objectif retraçant les dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR) financées par l'Assurance Maladie.

(f) Les honoraires en cliniques privées sont attribués aux établissements de santé dans la cartographie, contrairement au champ Ondam constaté où ces derniers sont affectés aux soins de ville

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

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

(i) Fiqs : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

Source : Cnamts

ANNEXE 4
MÉTHODOLOGIE DE LA CARTOGRAPHIE
MÉDICALE POUR LES ANNÉES 2012-2013-2014

Index des figures, tableaux et encadrés

Figures

Figure 1 :	Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2014	5
Figure 2 :	Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2014 (en pourcentage)	6
Figure 3 :	Nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2014 par groupe de pathologie ou situation de soins	6
Figure 4 :	Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales par groupes de pathologies en 2014	7
Figure 5 :	Évolution annuelle moyenne des effectifs par grands groupes de pathologies entre 2012 et 2014	13
Figure 6 :	Évolution annuelle moyenne entre 2012 et 2014 des dépenses remboursées par grands groupes de pathologies	14
Figure 7 :	Évolution des dépenses remboursées entre 2012 et 2014 par grands groupes de pathologies	14
Figure 8 :	Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2014 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies	15
Figure 9 :	Évolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014, par groupe de pathologies	17
Figure 10 :	Évolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyenne par patient, par catégorie de cancer (cancers actifs) entre 2012 et 2014	18
Figure 11 :	Cancer de la prostate en phase active - Évolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014	19
Figure 12 :	Maladies du foie et du pancréas - Évolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014	20
Figure 13 :	Maladies du foie et du pancréas - Évolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014	20
Figure 14 :	Évolution du montant des dépenses remboursées pour traitements antiviraux à action directe de l'hépatite C, selon le type de traitement, et pour anciens traitements, entre 2014 et 2015	21
Figure 15 :	Évolution du nombre de patients traités pour diabète de 2010 à 2014	22
Figure 16 :	Diabète - Évolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014	22
Figure 17 :	Diabète - Évolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014	22
Figure 18 :	Évolution du coût des antidiabétiques par schéma thérapeutique entre 2012 et 2015	23
Figure 19 :	Projections des remboursements d'antidiabétiques à l'horizon 2020	24
Figure 20 :	Maladies inflammatoires chroniques - Évolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014	26
Figure 21 :	Maladies inflammatoires chroniques intestinales - Évolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014	27
Figure 22 :	Insuffisance rénale chronique terminale – Évolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient de 2012 à 2014	28
Figure 23 :	Insuffisance rénale chronique terminale - Décomposition des coûts par poste de dépense en 2014	28
Figure 24 :	Insuffisance rénale chronique terminale - Évolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014	29
Figure 25 :	Découpage du plan triennal en blocs opérationnels	33
Figure 26 :	Évolution mensuelle des parts de marché des familles de statines (en nombre d'instaurations de traitements)	35
Figure 27 :	Nombre moyen de molécules par patient (patients âgés de 66 à 75 ans avec ALD ou de plus de 75 ans)	36
Figure 28 :	Démarche graduée en fonction de la situation du praticien	38
Figure 29 :	Une nouvelle démarche d'accompagnement aux premiers résultats encourageants : évolution du nombre moyen d'indemnités journalières par patient ayant perçu des indemnités journalières	39
Figure 30 :	Évolution des prescriptions de transports dans deux centres hospitaliers ayant mis en place une commande centralisée	40
Figure 31 :	Déploiement de volet maternité du programme Prado sur le territoire en mai 2016	42
Figure 32 :	Progression des taux de chirurgie ambulatoire pour cinq gestes chirurgicaux dans les établissements mis sous accord préalable et comparaison avec les autres établissements	43
Figure 33 :	Progression de la fréquence de recours au SSR pour six gestes chirurgicaux dans les établissements mis sous accord préalable et comparaison avec les autres établissements	43
Figure 34 :	Taux de substitution par des génériques en mai 2012 et en décembre 2015	46
Figure 35 :	Part de marche des génériques en 2011 et 2015, hors paracétamol	47
Figure 36 :	Évolution de la population adulte déclarant fumer quotidiennement en 2000 et 2013	52
Figure 37 :	Architecture de l'accompagnement e-coaching	58
Figure 38 :	Extrait de la boîte à outils pour les Centres d'examens de santé : les profils de fumeurs et anciens fumeurs	58

Figure 39 :	Proportion de patients (avec arrêt de plus de 6 mois) ayant eu recours à certains types de soins en fonction du délai depuis début du premier arrêt	63
Figure 40 :	Détail des spécialités des médecins consultés	64
Figure 41 :	Indice de gravité par secteur (c'est-à-dire nombre de jours d'indemnités journalières pour lombalgies par millier d'heures travaillées) pour les risques maladie et AT/MP	66
Figure 42 :	Évolution du nombre de séjours en lien avec la chirurgie sur les tendons de l'épaule	69
Figure 43 :	Nombre de patients opérés pour une chirurgie arthroscopique pour tendinopathie de l'épaule	68
Figure 44 :	Densités de chirurgiens orthopédiques et dénombrement des troubles musculo-squelettiques de l'épaule en 2014	69
Figure 45 :	Taux de recours aux IRM et/ou arthroscanners avant chirurgie de l'épaule et densité d'équipements	70
Figure 46 :	Distribution de la durée des arrêts de travail après chirurgie en fonction du risque	71
Figure 47 :	Durées des arrêts de travail postopératoires en fonction du type de prescripteur	72
Figure 48 :	Évolution de 2008 à 2014 des taux standardisés d'amputation des membres inférieurs et d'hospitalisation pour plaie du pied pour 100 000 patients diabétiques	76
Figure 49 :	Taux d'incidence standardisés d'hospitalisation pour 100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, en 2013	77
Figure 50 :	Répartition des effectifs de patients diabétiques selon quatre niveaux de risque et dépenses d'assurance maladie correspondantes en 2012	77
Figure 51 :	Taux d'initiation des forfaits podologiques pour les patients diabétiques et densité de pédicures-podologues par département	79
Figure 52 :	Répartition selon l'âge et le sexe des patients admis en Ehpad au premier trimestre 2013	82
Figure 53 :	Fréquence de différentes pathologies à l'entrée en Ehpad par âge et par sexe pour les patients entrés en Ehpad au premier trimestre 2013	83
Figure 54 :	Fréquence du recours à différents traitements médicamenteux pendant l'année avant et l'année après l'entrée en Ehpad chez les résidents entrés en Ehpad au premier trimestre 2013 survivants à un an	84
Figure 55 :	Pourcentage de patients ayant recours à un spécialiste dans les douze mois avant et après leur admission en Ehpad	85
Figure 56 :	Répartition des séjours MCO chez les patients âgées de 80 ans et plus en 2014 en fonction de leur prise en charge en Ehpad et HAD et taux de réhospitalisation dans les trente jours en 2014	87
Figure 57 :	Répartition des centres selon le taux de patients traités par RCMI en 2015	91
Figure 58 :	Répartition des centres de radiothérapie libérale selon l'année de l'investissement le plus récent	92
Figure 59 :	Évolution du prix moyen de traitement entre 2013 et 2015 et date de l'investissement le plus récent	94
Figure 60 :	Durées moyennes de séjour pour cinq spécialités chirurgicales pour les établissements pratiquant la Raac et pour l'ensemble des établissements de France, en 2012 et 2014	99
Figure 61 :	Poids de chacune des douze classes technico-thérapeutiques de la LPP dans le total du montant remboursable en 2014	108
Figure 62 :	Structure de l'évolution des dépenses des douze classes technico-thérapeutiques entre 2010 et 2014	109
Figure 63 :	Réponses d'un échantillon de médecins généralistes à la question : « Pour chaque type de produit ou prestation cité, diriez-vous que leur prescription vous semble... »	111
Figure 64 :	Répartition des patients en fonction de la durée de location de leur lit médical	113
Figure 65 :	Répartition des nouveaux patients traités par PPC en 2015 par tranche d'âge	114
Figure 66 :	Montant moyen des écarts indemnisables pour quelques catégories de dispositifs médicaux implantables, pour le secteur public et le secteur privé, en 2014	114
Figure 67 :	Évolution en valeur et volume des dépenses de masso-kinésithérapie et de soins de ville	117
Figure 68 :	Évolution des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes libéraux entre 2003 et 2015	117
Figure 69 :	Décomposition de la croissance des actes de masso-kinésithérapie entre 2010 et 2015	119
Figure 70 :	Lien entre la densité des masseurs-kinésithérapeutes APE par département, le nombre moyen de patients, le nombre moyen d'actes par patient et les honoraires moyens par professionnel	118
Figure 71 :	Concentration du chiffre d'affaires des laboratoires d'analyse de biologie médicale de ville en 2014	120
Figure 72 :	Nombre de créations et de cessations/regroupements d'activité des sites géographiques des laboratoires de biologie médicale de ville ayant eu lieu en 2014 en fonction du chiffre d'affaires de leur entité de regroupement	121
Figure 73 :	Évolution des dépenses de biologie médicales entre 2006 et 2015 et contribution des effets prix et volume	123
Figure 74 :	Nombre d'actes de biologie par habitant, réalisés par des laboratoires de ville en 2014, ajusté sur la structure d'âge	125
Figure 75 :	Nombre d'actes et consultations externes de biologie par habitant, réalisés par les hôpitaux publics en 2014, ajusté sur la structure d'âge	125
Figure 76 :	Montant des actes et consultations externes de biologie par habitant, réalisés par les hôpitaux publics en 2014, non ajusté sur la structure d'âge	126

Figure 77 :	Nombre total d'examens (patients hospitalisés, activité hospitalière externe, laboratoires de ville) par habitant, réalisés en 2015	126
Figure 78 :	Évolution du taux d'atteinte des objectifs fixés pour la Rosp	142
Figure 79 :	Taux d'atteinte de la Rosp	144
Figure 80 :	Perception des médecins sur la convention de 2011	145
Figure 81 :	Perception des médecins généralistes sur la convention de 2011	146
Figure 82 :	Évolution des indicateurs relatifs au suivi des diabétiques de décembre 2011 à décembre 2015	148
Figure 83 :	Évolution des indicateurs relatifs à la prévention des risques iatrogènes de décembre 2011 à décembre 2015	149
Figure 84 :	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 2015	150
Figure 85 :	Évolution des indicateurs de prévention relatifs à la vaccination antigrippale de décembre 2011 à décembre 2015	151
Figure 86 :	Évolution des indicateurs de prévention relatifs au cancer du sein et au cancer du col de l'utérus de décembre 2011 à décembre 2015	152

Tableaux

Tableau 1 :	Effectifs et dépenses moyennes remboursées par an par patients en 2014, pour les principaux groupes de populations considérées	8
Tableau 2 :	Évolution entre 2012 et 2014 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies	16
Tableau 3 :	Récapitulatif des économies attendues	48
Tableau 4 :	Répartition des interventions étudiées en fonction de leur impact sur les inégalités sociales de santé	55
Tableau 5 :	Nombre estimé de premiers arrêts pour lombalgie pour les patients ayant eu une imagerie du rachis lombaire en 2013, sur une période de deux ans encadrant l'examen	63
Tableau 6 :	Répartition des arrêts et des indemnités journalières par domaine d'activité professionnelle	65
Tableau 7 :	Recours aux soins de masso-kinésithérapie après chirurgie, selon le risque	71
Tableau 8 :	Évolution de l'activité et des dépenses du secteur libéral de radiothérapie depuis 2011	91
Tableau 9 :	Coûts moyens des traitements selon les techniques utilisées	95
Tableau 10 :	Effectifs et caractéristiques des patients opérés en 2014 en Raac comparés aux valeurs de l'ensemble des patients ayant bénéficié de la même intervention en France en 2014	98
Tableau 11 :	Analyse des différences de durées moyennes de séjour entre 2012 et 2014 pour les établissements pratiquant la Raac et pour l'ensemble des établissements	100
Tableau 12 :	Calcul des économies potentielles sur le coût des séjours hospitaliers MCO liées à la Raac en 2014	100
Tableau 13 :	Impact de la Raac sur les dépenses du mois précédent l'hospitalisation, hors médicaments	101
Tableau 14 :	Impact de la Raac sur les consommations dans les trois mois suivant l'hospitalisation, hors médicaments et SSR	101
Tableau 15 :	Dépenses de médicaments un mois avant et trois mois après l'hospitalisation pour les patients des établissements pratiquant la Raac et pour l'ensemble des patients en 2014	102
Tableau 16 :	Montants et évolution des dépenses de la LPP	107
Tableau 17 :	Montants remboursables et taux de remboursement des douze classes technico-thérapeutiques de la LPP	109
Tableau 18 :	Les onze dispositifs qui contribuent le plus à la croissance de la LPP	110
Tableau 19 :	Évolution des principaux postes de dépenses des laboratoires de ville entre 2010 et 2014, répartis par quartiles croissants du chiffre d'affaires 2014	122
Tableau 20 :	Évolution des dépenses de la biologie réalisée en activité externe par les établissements publics	126
Tableau 21 :	Taux d'atteinte de la Rosp par volet	143
Tableau 22 :	Part des omnipraticiens dont le taux d'atteinte progresse	143
Tableau 23 :	Les résultats sur le volet « suivi des pathologies chroniques » en synthèse	147
Tableau 24 :	Les résultats sur la prévention du risque iatrogène en synthèse	149
Tableau 25 :	Les résultats sur la prévention du risque iatrogène lié à la prescription d'antibiothérapie en synthèse	150
Tableau 26 :	Les résultats sur les indicateurs de vaccination en synthèse	151
Tableau 27 :	Les résultats sur les indicateurs de dépistage en synthèse	152
Tableau 28 :	Les résultats sur les indicateurs d'efficience en synthèse	153
Tableau 29 :	Exemple de combinaisons de pathologies, états de santé et traitements	156
Tableau 30 :	Correspondance entre le champ Ondam et celui de la cartographie médicalisée des dépenses en 2014	162

Encadrés

Encadré 1 – Description des groupes de pathologies et traitements de la cartographie en quelques lignes	9
Encadré 2 – Un poids des pathologies qui varie selon les territoires	10
Encadré 3 – Le diabète et ses complications, un coût de 10 milliards d'euros pour l'Assurance Maladie en 2012	25
Encadré 4 – Un exemple d'analyse régionalisée : le parcours de l'insuffisance rénale chronique terminale dans la région Pays-de-la-Loire	30
Encadré 5 – L'expérimentation Optim-Ehpad	37
Encadré 6 – Les Quality Adjusted Life Years (Qalys), années de vie ajustées sur la qualité	54
Encadré 7 – Le dispositif d'évaluation de l' <i>e-coaching</i> de Tabac info service	59
Encadré 8 – Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et l'outil Resid-Ehpad	88
Encadré 9 – Les modalités de tarification dans le secteur public et dans le secteur libéral	93
Encadré 10 – Méthodologie de l'étude de <i>microcosting</i>	96
Encadré 11 – Méthodologie de l'évaluation médico-économique de la Raac	99
Encadré 12 – La convention nationale entre les prestataires de soins à domicile et l'Assurance Maladie	110
Encadré 13 – Exemple d'affectation des dépenses pour les patients ayant plusieurs pathologies	160

Glossaire

AAP : antiagrégants plaquettaires	Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ACI : accord conventionnel interprofessionnel	
Acip : accord-cadre interprofessionnel	Insee : Institut national des statistiques et des études économiques
ACS : aide complémentaire santé	InVS : Institut de veille sanitaire
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien	IPP : inhibiteurs de la pompe à protons
ALD : affection de longue durée	IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
Anap : Agence nationale d'appui à la performance	IRM : imagerie par résonance magnétique
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	IVG : interruption volontaire de grossesse
ARS : agence régionale de santé	LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
ASMR : amélioration du service médical rendu	LPP : liste des produits et prestations
AT/MP : accident du travail/maladie professionnelle	MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	MG France : Fédération française des médecins généralistes
ATU : autorisation temporaire d'utilisation	Mici : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
AVC : accident vasculaire cérébral	Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
AVK : anti-vitamines K	MSAP : mise sous accord préalable
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive	NGAP : nomenclature générale des actes professionnels
CCAM : classification commune des actes médicaux	NHS : <i>National Health Service</i>
CCAS : centre communal d'action sociale	Nice : <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale	OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
Ceps : Comité économique des produits de santé	OMS : Organisation mondiale de la santé
CES : centre d'examens de santé	Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
CHU : centre hospitalier universitaire	Paerpa : personnes âgées en risque de perte d'autonomie
CIM : classification internationale des maladies	PAM (régime des) : praticiens et auxiliaires médicaux
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire	Pfidass : plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
Cnamts : Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés	PNRT : programme national de réduction du tabagisme
Cpam : caisse primaire d'assurance maladie	PMI : protection maternelle et infantile
CSMF : Confédération des syndicats médicaux français	PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
DAM : délégué de l'Assurance Maladie	PNRT : programme national de réduction du tabagisme
DCIR : données de consommation interrégimes	Prado : programme d'accompagnement du retour à domicile
DGOS : direction générale de l'offre de soins au ministère de la Santé	PUI : pharmacie à usage intérieur
DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge	Rein (registre) : réseau épidémiologie et information en néphrologie
DMS : durée moyenne de séjour	RIMP : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
DP : diagnostic principal	Rosp : rémunération sur objectifs de santé publique
DR : diagnostic relié	RTU : recommandation temporaire d'utilisation
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	Sfar : Société française d'anesthésie-réanimation
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	sida : syndrome d'immunodéficience acquise
ELSM : échelon local du service médical	Sisa : société interprofessionnelle de soins ambulatoires
ENC : étude nationale de coût	SLM : section locale mutualiste
ENMR : expérimentation des nouveaux modes de rémunération	SML : Syndicat des médecins libéraux
FAC : Fonds d'actions conventionnelles	Sniiram : système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie
Fiqcs : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins	sophia : service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les malades chroniques
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés	Sros : schéma régional d'organisation sanitaire
FMF : Fédération des médecins de France	SSR : soins de suite et de réadaptation
FNP : Fédération nationale des podologues	T2A : tarification à l'activité
FNPEIS : Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires	TAP : transport assis professionnalisé
GHM : groupe homogène de malades	TNS : traitement nicotinique de substitution
GHS : groupe homogène de séjour	Uncam : Union nationale des caisses d'assurance maladie
HAD : hospitalisation à domicile	UNPS : Union nationale des professionnels de santé
HAS : Haute Autorité de santé	VIH : virus de l'immunodéficience humaine
HbA1c : hémoglobine glyquée	VSL : véhicule sanitaire léger
IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion	
IJ : indemnités journalières	
Inca : Institut national du cancer	

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

