



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023

JUILLET 2022

Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution
des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2023 [loi du 13 août 2004]

SOMMAIRE

PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2023	4
INTRODUCTION	7
1. PANORAMA DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ	9
1.1 Équilibre financier de l'Assurance Maladie	10
1.2 Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée	15
1.3 Cartographie des professions de santé libérales	46
1.4 Tableau de bord des indicateurs de santé publique	71
2. APPROCHE PAR PATHOLOGIE	79
2.1 Le diabète	80
2.2 L'insuffisance cardiaque	100
2.3 La santé mentale	115
2.4 Propositions	121
2.5 Références	122
3. L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET L'ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE	125
3.1 Une contribution forte et soutenue de l'Assurance Maladie à l'effort collectif de maîtrise de l'épidémie de Covid-19	126
3.2 Les conséquences directes de l'épidémie ont été lourdes	129
3.3. Un impact durable sur le système de santé et le parcours de soins des patients	140
3.4 Propositions	157
4. APPROCHE POPULATIONNELLE : MATERNITÉ-PETITE ENFANCE	159
4.1 L'enjeu d'une approche populationnelle sur le champ de la maternité et de la petite enfance	160
4.2 Caractérisation de la population cible et principaux déterminants de santé	161
4.3 Une offre de prévention, d'accompagnement et de suivi structurée à tous les stades de la grossesse et du développement de l'enfant	174
4.4 Perspectives	182
4.5 Propositions	190
4.6 Références	192
5. ANALYSES SECTORIELLES	195
5.1 La biologie médicale de ville : un secteur en mutation appelant un cadre de régulation renouvelé	196
5.2 Mesurer les délais d'accès aux nouveaux médicaments	219
6. RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS ET AMÉLIORER L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	239
6.1 La crise sanitaire : un révélateur des défis à relever par le système de santé français	240
6.2 Améliorer l'accès aux soins pour tous, les enjeux des prochaines négociations conventionnelles	260
6.3 Revisiter les modalités de prise en compte de la qualité, la pertinence et l'efficacité dans l'organisation et le financement des soins	265
6.4 Financements innovants et maladies chroniques : les premiers enseignements de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018	284
6.5 Améliorer l'accès financier aux soins : le 100 % Santé	292
6.6 Bilan des négociations entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les professionnels de santé en 2021 et 2022	310
6.7 Propositions	315
7. CONTRIBUER À L'ESSOR DE LA SANTÉ NUMÉRIQUE	319
7.1 La e-santé : un écosystème en plein essor	320
7.2 Régulation de la e-santé : éléments de comparaison internationale	322
7.3 L'Assurance Maladie : un acteur important de l'innovation en santé numérique	325
7.4 Trois enjeux pour les pouvoirs publics dans le champ de la e-santé : accompagner les innovateurs, évaluer les innovations et favoriser les usages en vie réelle des innovations ayant démontré leur potentiel	327
7.5 Proposition	330
8. EFFICIENCE, PERTINENCE, CONTRÔLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE	333
8.1 Les mesures d'efficacité pour 2023	334
8.2 Propositions	353
9. IMPACTS PLURIANNUELS DES ACTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE SUR L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) ET LE RESPECT DES OBJECTIFS	357
9.1 Les impacts des actions de gestion du risque de l'Assurance Maladie sont estimés à environ 1,2 milliard d'euros sur l'année 2023	359
9.2 Les actions de l'Assurance Maladie porteront également des effets à plus long terme	362

ANNEXE	368

Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2022

INDEX DES ENCADRÉS, FIGURES

ET TABLEAUX	372

Index des encadrés.....**372**

Index des figures.....**373**

Index des tableaux.....**378**

GLOSSAIRE	381

PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2023

Propositions sur l'approche par pathologie : diabète et insuffisance cardiaque 121

Proposition 1

Renforcer le parcours de soins sur l'insuffisance cardiaque

Proposition 2

Permettre aux patients diabétiques d'être pleinement acteurs de leur santé grâce aux innovations numériques

Propositions pour répondre aux impacts directs et indirects de la Covid-19 157

Proposition 3

Améliorer le taux de participation aux dépistages organisés des cancers (sein, col de l'utérus, colorectal)

Proposition 4

Améliorer le taux de vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)

Propositions sur le champ maternité et petite enfance 190

Proposition 5

Améliorer l'accompagnement des femmes enceintes pendant la grossesse et après l'accouchement

Proposition 6

Améliorer le suivi et la prise en charge des enfants

Proposition 7

Organiser le repérage systématique des troubles visuels et du langage, à l'école, pour tous les enfants de 3 ans, *via* la généralisation du repérage précoce par les orthophonistes et les orthoptistes en milieu scolaire

Proposition 8

Faire de Mon espace santé le carnet de santé numérique de l'enfant

Proposition 9

Renforcer le partenariat entre l'Assurance Maladie et la protection maternelle et infantile (PMI) pour garantir un suivi exhaustif de l'ensemble des enfants et renforcer l'action des pouvoirs publics à destination des enfants vulnérables

Propositions pour définir un nouveau dynamisme pour la biologie médicale 218

Proposition 10

Définir une nouvelle stratégie pour le secteur de la biologie médicale, dans le cadre d'une convention renouvelée ouvrant de nouvelles missions aux biologistes et visant à améliorer la pertinence des examens de biologie

Proposition 11

Définir un nouveau pacte financier avec le secteur de la biologie médicale, visant à soutenir l'innovation dans le cadre d'une régulation tarifaire pluriannuelle ambitieuse, compte tenu de la très forte croissance de la rentabilité du secteur

Proposition pour mesurer les délais d'accès aux médicaments 237

Proposition 12

Créer un observatoire sur les délais d'accès aux médicaments innovants, à l'échelle européenne, en coopération avec les institutions chargées du médicament dans les pays voisins

Propositions pour renforcer l'accès aux soins et améliorer l'organisation du système de santé 315

Proposition 13

Déployer une boîte à outils pour améliorer l'accès à un médecin traitant dans un contexte de raréfaction des médecins généralistes installés en ville

Proposition 14

Déployer de nouveaux leviers pour lutter contre les déserts médicaux et les inégalités territoriales d'accès aux soins

Proposition 15

Finaliser un cadre structurel pour l'activité de téléconsultation, afin d'améliorer l'accès aux soins tout en préservant la qualité de la prise en charge

Proposition 16

Redonner la main aux professionnels de santé, *via* la couverture par des CPTS de l'ensemble des bassins de vie du pays, afin qu'ils construisent localement des solutions pour améliorer l'accès aux soins adaptés à leurs territoires

Proposition 17

Améliorer l'accès aux « soins non programmés » (consultation/visite sans rendez-vous), pour désengorger les urgences

Proposition 18

Harmoniser et simplifier les dispositifs d'incitation à la qualité en ville et à l'hôpital (Rosp, Ifaq, Caques) et introduire des mécanismes d'incitation collectifs fondés sur les indicateurs populationnels pour les acteurs volontaires d'un territoire

Proposition 19

Améliorer la qualité de la lettre de liaison à la sortie des patients hospitalisés

Proposition 20

Expérimenter de nouvelles manières de mesurer et d'inciter à la qualité

Proposition 21

Faciliter le passage à l'échelle des expérimentations innovantes accompagnées dans le cadre de l'article 51 en créant un nouveau cadre de tarification permettant le financement de « forfaits », pouvant être adaptés à chaque dispositif

Proposition 22

Améliorer l'accès financier à certains soins particulièrement coûteux pour les patients, dans le prolongement du 100 % Santé

Proposition 23

Permettre l'accès individuel à la Complémentaire santé solidaire (CSS) aux enfants majeurs de moins de 25 ans dont les parents sont allocataires du revenu de solidarité active (RSA)

Proposition pour contribuer à l'essor de la santé numérique

330

Proposition 24

Accélérer et structurer le développement de la santé numérique autour de trois axes

Propositions pour améliorer l'efficacité et la pertinence des soins et renforcer les actions de contrôle et de lutte contre la fraude

353

Proposition 25

Améliorer l'observance, la pertinence de la prescription et la délivrance des produits de santé

Proposition 26

Soutenir la vaccination par les pharmaciens et les infirmiers afin d'améliorer la couverture vaccinale de la population

Proposition 27

Définir un nouveau plan d'action sur la pertinence des arrêts de travail, de la formation des professionnels (Mooc IJ) à une stratégie renouvelée des mésusages par un accompagnement et un contrôle renforcés des prescripteurs atypiques

Proposition 28

Sécuriser la facturation des professionnels de santé libéraux à l'Assurance Maladie

Proposition 29

Déployer la feuille de route de rénovation des demandes d'accord préalable (DAP) : mise en œuvre de nouvelles DAP sur prescriptions à forts enjeux financiers, suppression des DAP à faible valeur ajoutée (bilans orthophonistes) et dématérialisation de l'ensemble des DAP

Proposition 30

Relancer les travaux de pertinence en matière d'imagerie médicale en lien avec les représentants des radiologues, afin de limiter les examens inutiles, inappropriés ou redondants. Travailler, de surcroît, sur le mésusage des produits de contraste utilisés pour l'imagerie médicale en coupe (scanners, IRM)

INTRODUCTION

La période que traverse notre pays est sans aucun doute inédite dans son histoire sanitaire. Jamais l'importance de disposer d'un système de santé et d'assurance maladie solide et efficace n'est apparue aussi clairement.

Un constat est évident à ce jour : de profondes évolutions sont nécessaires pour tirer les enseignements de ce moment, faire face aux urgences de très court terme notamment en matière d'accès aux soins et mieux répondre aux besoins de santé de la population, qu'il s'agisse de soins non programmés ou de soins coordonnés pour les maladies chroniques, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Ces évolutions que beaucoup appellent de leurs vœux doivent être pensées en regard de la raison d'être de l'Assurance Maladie qui est de contribuer à un très haut niveau de santé de la population française, un très haut niveau de qualité et d'accès aux soins et d'assurer les conditions de sa soutenabilité à long terme.

Cela nécessite de placer les réflexions et actions de l'ensemble des acteurs dans une double temporalité : apporter rapidement des réponses aux attentes légitimes de la population et initier les évolutions de long terme d'un système de santé qui doit se transformer en profondeur.

L'un des enseignements majeurs de la crise est que la santé publique et la prévention doivent désormais occuper une place de premier plan dans les politiques de santé mais aussi dans les actions de l'Assurance Maladie. Cela demande une adaptation profonde des méthodes et modalités d'actions de l'ensemble des acteurs, Assurance Maladie au premier rang. Pour faire progresser la vaccination, les dépistages organisés des cancers, mieux accompagner les populations aux besoins les plus importants comme les mères et les jeunes enfants, les patients porteurs de maladies chroniques, aller vers les assurés précaires qui ne recourent pas aux prestations auxquelles ils ont droit.

La crise n'aura pas seulement été l'occasion de mesurer l'ampleur des changements nécessaires, elle aura à bien des égards montré la voie à suivre en matière d'organisation du système de santé en redessinant certaines frontières et en accélérant des changements parfois attendus de longue date : organisations coordonnées, nouveaux partages de tâches, nouveaux rôles pour des professions au cœur des soins primaires comme les infirmiers ou les pharmaciens, télémedecine, chirurgie ambulatoire... Notre système de santé doit intégrer, renforcer et tirer tout le parti de ces évolutions. Il doit aller plus loin en promouvant ces nouvelles organisations coordonnées ou intégrées qui répondent mieux aux besoins de la population et en faisant évoluer un cadre de financement qui trop souvent en limite le développement.

Rien de tout cela n'est possible sans assurer la viabilité économique à long terme du système de santé. Proche avant la crise de l'équilibre financier, la branche maladie est confrontée à un déficit inédit et durable. Elle a commencé à rénover en conséquence son approche de la gestion du risque dont elle met en œuvre cette année les premières actions. Cette approche est fondée sur une analyse et une compréhension fine des postes de dépenses, mais aussi de leur destination médicale et des résultats qu'elle

permet d'obtenir en matière de prévention et de santé publique, rendue possible par l'analyse des bases de données médico-administratives, dont les résultats doivent être mieux partagés avec les professionnels mais aussi avec les assurés.

Le rapport que remet chaque année l'Assurance Maladie aux ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie a pour objet d'éclairer la préparation et les débats du projet de loi de financement de la sécurité sociale et plus largement des politiques de santé. La présente édition de ce rapport entend tirer les enseignements des objectifs et du contexte qui viennent d'être exposés.

Afin de contribuer utilement à la réflexion et au débat public, l'Assurance Maladie a diversifié les approches et points de vue de description de ses dépenses pour mieux en comprendre les évolutions passées et à venir. En complément de la présentation médicalisée des dépenses, une cartographie des professionnels de santé libéraux est proposée en ouverture du rapport. Un effort particulier est réalisé pour rendre ces analyses plus accessibles avec le lancement d'un site de datavisualisation sur les pathologies, qui sera complété dans les mois à venir par d'autres thématiques.

Ce rapport est aussi l'occasion d'affirmer la place de la santé publique dans l'action de l'Assurance Maladie. Cela se traduit par la mise en avant d'un tableau de bord d'indicateurs de santé publique dans la cartographie qui ouvre les réflexions du rapport.

Enfin, il s'inscrit dans un cadre pluriannuel, par sa structure et son approche des sujets, notamment des mesures à impact financier. Il ne s'agit pas de renvoyer à demain des mesures ou des réflexions de court terme, dont beaucoup sont nécessaires. Il s'agit de prendre acte de la nécessité d'inscrire les constats et actions de gestion du risque dans une temporalité qui ne peut être réduite à une succession de réflexions et d'actions annuelles, indépendantes les unes des autres. Il s'agit également de suivre sur la durée des « fils rouges » correspondant aux grands enjeux de la gestion du risque et qui donneront à voir de manière plus lisible au fil des éditions du rapport, les analyses, les propositions et les mises en œuvre sur ces sujets.

Ces fils rouges sont les suivants : l'approche par pathologie, portant cette année sur l'insuffisance cardiaque, la santé mentale et introduisant la thématique du diabète ; l'approche par population, inaugurée par le sujet de la maternité et de la petite enfance ; l'organisation des soins qui est un des leviers majeurs que l'Assurance Maladie peut mobiliser à travers la vie conventionnelle et l'efficacité correspondant à des mesures plus classiques de gestion du risque, incluant les contrôles et la lutte contre la fraude.

Le défi que représente la période actuelle est majeur et la liste des chantiers à mener, impressionnante. L'Assurance Maladie entend jouer son rôle avec le même engagement que lors de la crise sanitaire et avec le même souci d'inscrire son action en synergie avec l'ensemble des acteurs du système de santé, seul moyen d'atteindre les résultats durables que sont en droit d'attendre l'ensemble des assurés.

1

PANORAMA DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

1.1 ÉQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE

1.1.1

Le déficit de la branche maladie s'élève à 26 milliards d'euros, deuxième déficit le plus important de l'histoire de l'Assurance Maladie

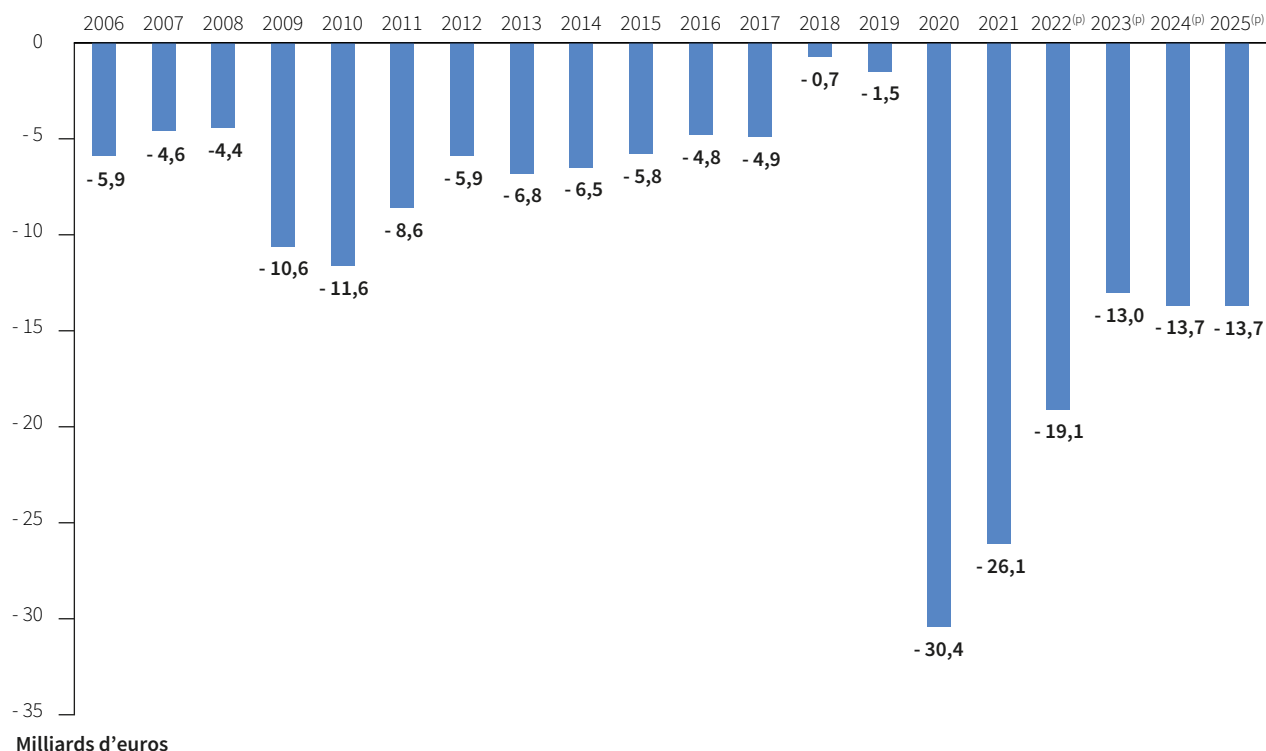
Alors que les comptes de la branche maladie étaient proches de l'équilibre en 2018 et 2019, la crise sanitaire a entraîné une reprise massive des déficits. Après un solde négatif de 30,4 milliards d'euros en 2020, les comptes de la branche maladie affichent un déficit de 26,1 milliards d'euros en 2021.

L'année 2020 avait été marquée par l'effet conjugué de la hausse des charges (+ 11 %), découlant essentiellement des mesures prises afin de faire face à la crise sanitaire et de la baisse des produits (- 5 %) dans un contexte de récession économique. Pour 2021, l'ampleur de la reprise économique permet seulement de limiter, par rapport à 2020, l'écart entre charges et produits. Les recettes n'ont toutefois pas atteint un niveau suffisant pour couvrir les dépenses engagées face à la crise sanitaire et aux mesures nouvelles du Ségur de la santé, conduisant à constater un déficit de près de 26,1 milliards d'euros.

Les perspectives financières à moyen et long terme demeurent préoccupantes avec un déficit persistant qui pourrait s'établir à près de 14 milliards d'euros en 2025 selon les projections réalisées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022.

FIGURE 1

Historique du solde de la branche maladie depuis 2006 (en milliards d'euros)



(p) Projections

Note de lecture : les chiffres présentés ici sont susceptibles d'avoir été revus lors de la commission des comptes de la Sécurité sociale du mois de juillet 2022.

Sources : Cnam, loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044553428>)

Ce déficit porte le report à nouveau de la branche maladie à - 37,4 milliards d'euros, inscrit au bilan combiné de la branche maladie au 31 décembre 2021. Le report à nouveau s'établirait à -175 milliards d'euros en l'absence des dotations en provenance de l'État et de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Le dernier versement de 24,8 milliards d'euros de la Cades, à la suite du décret 2021-40 du 19 janvier 2021 (6,1 milliards d'euros afin de couvrir les déficits 2017 à 2019 et 18,6 milliards d'euros pour les périodes de 2020 et prévisionnels), bien que le plus important depuis 2004, n'a pas suffi à combler le seul déficit de 2020 généré par la crise sanitaire ni *a fortiori* celui de 2021.

1.1.2

En diminution de 2 % par rapport à 2020, les charges nettes restent à un niveau élevé, supérieur de 9 % à celui d'avant-crise

L'évolution des dépenses fluctue en 2021 au rythme des vagues épidémiques et marque un rebond avec la mise en place progressive de la vaccination anti-Covid en mars, du pass sanitaire en juillet et de la campagne de rappel vaccinal en décembre. Les versements d'indemnités journalières liées à la Covid ont atteint leur niveau le plus élevé en avril avant de décroître progressivement jusqu'à la fin d'année, marquée par un rebond épidémique et la vague Omicron.

Si l'on exclut les dépenses engendrées par la crise sanitaire, la croissance des prestations de ville versées en 2021 se rapproche de celle constatée en 2019. Ce retour à une situation d'avant-crise demeure variable selon les spécialités en lien avec un retour au recours aux soins, notamment dentaires (+ 20 %), aux actes de kinésithérapie (+ 19 %) et une augmentation des dépenses de spécialités pharmaceutiques en raison de l'arrivée en officines de produits dont la délivrance était auparavant réservée aux pharmacies hospitalières ainsi que de la montée en charge de nouveaux traitements.

L'année 2021 met en exergue l'atypie de l'évolution des dépenses au titre des indemnités journalières qui diminuent de 9 % (dont 6 % pour les indemnités journalières dérogatoires Covid) après une croissance de 35 % en 2020, ce malgré l'ouverture du bénéfice de ces prestations aux professions libérales (financées par une cotisation spécifique) et l'extension du congé paternité. La décroissance du poste semble toutefois particulièrement circonscrite dans la durée au regard d'une reprise fortement marquée au cours du quatrième trimestre et toute relative puisque les indemnités journalières en 2021 enregistrent une hausse de 23 % entre 2019 et 2021.

Les dépenses nettes au bénéfice des établissements publics (73,8 milliards d'euros) progressent de 7,2 % et de 8,3 % pour les cliniques (15,5 milliards d'euros). Pour les premiers, on retrouve l'effet conjugué de la crise Covid et des mesures prises en faveur de l'hôpital. L'évolution 2021 particulièrement soutenue des établissements privés s'explique notamment par le versement d'une partie de la garantie de financement au titre de l'exercice 2020 au début de l'année 2021 (environ 7,5 % de la croissance).

La principale spécificité de l'année 2021 sur le champ des établissements est celle relative à la création de la branche autonomie au 1^{er} janvier 2021 qui conduit à exclure des comptes de la branche maladie les dépenses au titre du financement des établissements et services médico-sociaux, soit 26,5 milliards d'euros tous régimes.

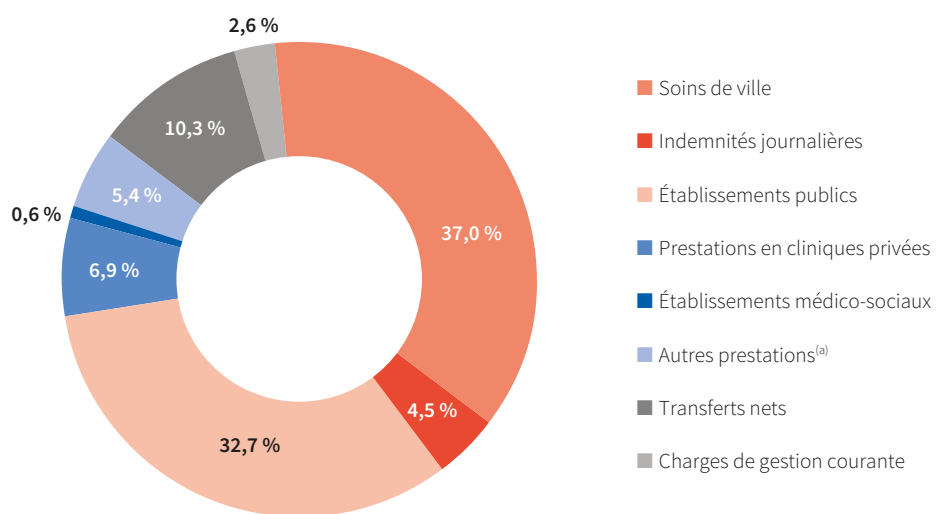
Les charges de gestion s'établissent à près de 6 milliards d'euros en 2021. Elles sont en progression de 0,7 % par rapport à 2020 et stables par rapport à 2019. Elles représentent 2,6 % des charges totales.

Cette croissance des dépenses est principalement imputable à la crise sanitaire qui impacte les postes de dépenses de personnels (+ 3,7 %), en raison de recrutements pour la poursuite du *contact tracing* et le déploiement de « l'aller vers » pour inciter les personnes âgées et les personnes vulnérables à se faire vacciner.

L'augmentation de ces postes a toutefois été en partie compensée par la réduction des achats ainsi que par des remises de gestion.

FIGURE 2

Structure des charges



(a) Hors Ondam

Source : Cnam

Les produits sont quasiment stables par rapport à 2020 mais encore en retrait de 3,3 % par rapport à 2019

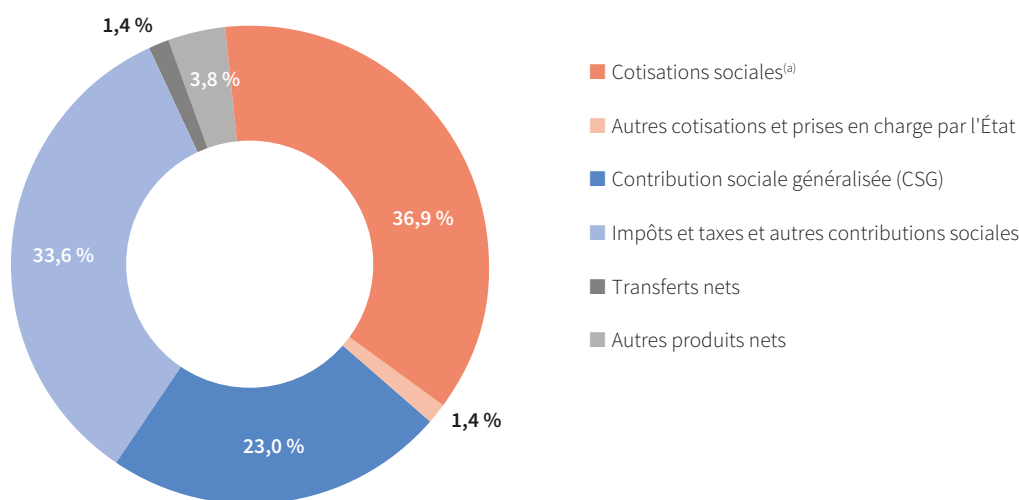
En miroir du transfert à la branche autonomie des charges relatives aux établissements et services médico-sociaux, les produits nets de la contribution sociale généralisée (CSG) affectés à l'Assurance Maladie en 2021 se trouvent réduits par rapport à 2020 de 20 milliards d'euros, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) devenant attributaire de ressources propres, notamment par le transfert d'une fraction de CSG ; ce transfert

tant des charges que des produits ne porte aucun effet sur le résultat de la branche maladie.

Les sources de financement de l'Assurance Maladie sont ainsi modifiées avec une augmentation de la part des cotisations et de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) dans la structure des recettes passant respectivement de 31,8 % à 36,9 % et de 29,7 % à 33,6 %, tandis que la CSG ne représente plus que 23 %, soit 10 points de moins qu'en 2019.

FIGURE 3

Structure des produits



(a) Y compris charges liées au recouvrement

Source : Cnam

Les cotisations et contributions sociales prélevées sur les revenus d'activité représentent, en 2021, 73 milliards d'euros, en progression de 11 % par rapport à 2020 et de 5 % par rapport à 2019.

La fraction des impôts et taxes affectées à la protection sociale (ITAF) collectés par l'État et contribuant également au financement de la branche maladie s'élève à 67 milliards d'euros, en forte augmentation (+ 13,5 %). Il s'agit notamment des taxes sur le tabac et l'alcool ainsi que d'une fraction de 20 % des recettes

de la TVA dont la part dans le financement se rapproche de celle du produit de la CSG. Les impôts sur les produits (hors TVA) sont les premiers contributeurs à la hausse des ITAF notamment sous l'effet de la forte hausse des revenus de la taxe sur les tabacs, liée au confinement et à la fermeture des frontières (limitant les achats transfrontaliers, non soumis à la fiscalité) ainsi qu'à deux hausses de fiscalité du tabac.

TABLEAU 1

Charges et produits nets entre 2019 et 2021 (en millions d'euros)

Cnam - Maladie	2019	2020	%	2021	%
Charges nettes	207 913	230 555	10,9	225 809	- 2,1
Prestations maladie-maternité nettes	186 709	202 848	8,6	196 546	- 3,1
Prestations maladie-maternité Ondam ^(a) nettes	174 301	190 244	9,1	185 180	- 2,7
Soins de ville en nature nets	70 816	73 164	3,3	83 642	14,3
Indemnités journalières (IJ) maladie nettes	8 188	11 085	35,4	10 091	- 9,0
Prestations en établissements publics nettes	61 821	68 837	11,3	73 789	7,2
Cliniques privées nettes	13 258	14 335	8,1	15 526	8,3
Établissements médico-sociaux nets	19 408	22 135	14,1	1 250	--
Soins des Français à l'étranger nets	810	687	- 15,1	881	28,2
Prestations maladie-maternité hors Ondam^(a) nettes	12 254	12 437	1,5	11 146	- 10,4
Dotations aux provisions nettes et pertes sur indus, franchises, participations	155	167	8,1	220	31,8
Transferts nets	15 179	21 781	43,5	23 251	6,8
Transferts d'équilibrage et compensations	9 118	10 910	19,7	10 099	- 7,4
Cotisations famille et vieillesse PAM ^(b)	1 010	1 027	1,7	1 021	- 0,6
Participation aux dépenses du FIR ^(c)	3 180	3 559	11,9	3 952	11,0
Financements de fonds et organismes du champ de l'Onda ^(a)	1 507	5 992	++	6 436	7,4
Autres transferts divers	364	292	- 19,6	1 744	++
Charges de gestion courante	5 942	5 891	- 0,9	5 953	1,0
Autres charges nettes	82,5	35,3	--	59	++
Produits nets	206 498	200 115	- 3,1	199 752	- 0,2
Cotisations, contributions et recettes fiscales nettes	198 765	191 370	- 3,7	189 431	- 1,0
Cotisations sociales	69 707	65 823	- 5,6	73 092	11,0
Cotisations prises en charge par l'État	2 063	2 397	16,2	2 814	17,4
CSG ^(d)	68 559	65 954	- 3,8	45 945	- 30,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	59 044	59 462	0,7	67 021	12,7
Charges liées au recouvrement	- 608	- 2 266	++	559	--
Transferts nets	2 815	2 920	3,7	2 717	- 7,0
Transferts d'équilibrage et compensations	117	160	36,8	188	17,4
Prise en charge nette des cotisations maladie des PAM ^(b)	127	118	- 7,1	110	- 6,4
Contribution nette de la CNSA ^(e)	1 214	1 324	9,1	-550	--
Autres transferts	1 358	1 319	- 2,9	2 968	++
Autres produits nets	4 918	5 824	18,4	7 604	30,6
Produits de gestion courante	388	398	2,6	447	12,3
Produits divers	4 792	6 305	31,6	8 285	31,4
Provisions nettes et pertes sur recours contre tiers, soins des étrangers et autres produits	- 262	- 879	++	- 1 127	28,3
Resultat net	- 1 415	- 30 440		- 26 057	

(a) Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie – (b) PAM : praticiens et auxiliaires médicaux – (c) FIR : Fonds d'intervention régional – (d) CSG : contribution sociale généralisée – (e) CNSA : Chambre nationale des services d'ambulance

Source : Cnam

1.2 LES DÉTERMINANTS DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES : UNE ANALYSE MÉDICALISÉE

Depuis sa création, la cartographie des pathologies et des dépenses a subi d'importantes évolutions. Bâtie sur des premières démarches portant sur un nombre plus limité de pathologies, avec un suivi d'un ou deux ans, la cartographie médicalisée des dépenses s'est rapidement enrichie avec de nombreux algorithmes, explorant les données sur une plus longue période, pour devenir un outil incontournable au service du pilotage du système de soins et des études sur les données de santé. Depuis 2019, elle porte sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie, ce qui a conduit la population analysée à 66,3 millions de personnes en 2019 et 2020 (soit 99 % de la population française¹). La période d'analyse s'étend actuellement de 2015 à 2020, l'exploitation des années antérieures n'étant pas possible en raison de l'absence d'informations sur les affections de longue durée (ALD) avant 2014 pour certains régimes. À partir de cette année, les données de la cartographie sont mises à disposition du grand public de manière interactive, à travers un site *Open Data* dédié².

La cartographie médicalisée des dépenses permet de répondre à des questions importantes, dans une perspective d'amélioration du système de santé français et de son efficience : quelles sont les pathologies les plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Combien de patients sont ainsi pris en charge ? Quelles ressources financières sont mobilisées pour assurer ces soins ? La disponibilité d'un recul de plusieurs années permet d'analyser les dynamiques d'évolution, médicales et autres, à l'œuvre : comment les dépenses progressent-elles ? Ces évolutions sont-elles liées au nombre de patients soignés ou à des changements dans les traitements et les processus de soins ? Quel est l'impact des innovations médicamenteuses ? Peut-on voir l'impact des actions de régulation mises en œuvre les années précédentes ? Dans un contexte où la contrainte sur les dépenses d'assurance maladie s'est accrue au fil du temps, où les questions de recours aux soins et d'accès aux innovations sont de plus en plus prégnantes, l'analyse du poids sanitaire et économique des pathologies et des facteurs de risque et la compréhension des dynamiques médicales qui sous-tendent ces évolutions sont indispensables pour l'ensemble des acteurs chargés d'élaborer ou de mettre en œuvre une politique publique de santé. Prioriser les actions d'organisation et de régulation et cibler les domaines prioritaires permet d'aboutir, *in fine*, à un accès aux soins efficient et équitable sur l'ensemble du territoire et à la pérennisation du système d'assurance maladie.

Les principaux constats des dernières années sont demeurés relativement semblables jusqu'en 2019, avec un poids important des maladies cardiovasculaires, des cancers et de la santé mentale, une augmentation lente et régulière des dépenses pour certaines pathologies, du fait du vieillissement de la population (maladies

cardiovasculaires, diabète, etc.), ou une augmentation ponctuelle et brutale, liée à l'arrivée de nouveaux traitements coûteux, pour d'autres. En 2020, les principaux constats traduisent les effets de la pandémie de Covid-19 et des périodes de confinement qu'elle a engendrées. Ainsi, malgré la poursuite de l'augmentation des dépenses remboursées, la croissance est considérablement plus faible entre 2019 et 2020 : alors que la dépense augmentait de 2,6 milliards par an en moyenne jusqu'en 2019, elle a augmenté de seulement 1,2 milliard entre 2019 et 2020. La baisse globale et importante du recours aux soins, aussi bien en ville qu'en établissement de santé, se traduit par des évolutions particulières des catégories moins spécifiques telles que les séjours hospitaliers ponctuels, les traitements antalgiques et anti-inflammatoires et la catégorie de personnes sans aucune pathologie repérable par les algorithmes de la cartographie. Une évolution notable est aussi la baisse des effectifs de maladies cardio-neurovasculaires aiguës et des dépenses liées à leur prise en charge. Enfin, une analyse spécifique des personnes avec un séjour hospitalier pour Covid-19 a été effectuée et est présentée plus loin dans le rapport. Les dépenses spécifiquement liées à la prise en charge de ces patients hospitalisés pour Covid-19 ont représenté environ 1,6 milliard d'euros pour l'Assurance Maladie durant l'année, soit un peu moins de 1 % de l'ensemble des dépenses remboursées dans le périmètre de la présente cartographie.

Il faut rappeler ici que le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie médicalisée ne sont pas strictement superposables et que ces dépenses ne correspondent pas à l'ensemble des ressources mobilisées pour faire face à la crise sanitaire et à ses conséquences **[Encadré 1]**. Par ailleurs, les différentes versions de la cartographie ne sont pas pleinement comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information et, lorsque c'est le cas, des améliorations apportées aux algorithmes. Pour le présent rapport, certains algorithmes de repérage des pathologies ont été modifiés relativement aux versions précédentes. C'est le cas pour le repérage des troubles addictifs, pour lesquels a été pris en compte le remboursement des traitements nicotiniques de substitution. Cette évolution vise à repérer spécifiquement les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique et pas le tabagisme actif ni l'ensemble des tentatives d'arrêt, mais induit néanmoins une augmentation des effectifs de cette catégorie, par rapport aux résultats présentés dans le rapport précédent. Cette augmentation est constatée surtout pour les années 2018 et 2019 et reflète la facilitation du recours à ces traitements, à la suite de leur inscription sur la liste des médicaments remboursables permettant la prise en charge directe et intégrale par l'Assurance Maladie,

1 Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), au 1^{er} janvier 2020, la France compte 67,064 millions d'habitants, dont 64,898 millions résidents de la métropole et 2,166 millions des cinq départements d'outre-mer.

2 La plateforme Data pathologies est accessible en ligne : <https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>

et à l'extension du droit de prescription³. L'augmentation des effectifs avec des troubles addictifs ne devra donc pas être interprétée comme une augmentation de prévalence de ces troubles, mais plutôt comme un reflet de la diffusion de ces traitements, qui ont par ailleurs contribué à la baisse de la prévalence du tabagisme dans la population française sur la période. Cette augmentation se reporte, dans une moindre mesure, sur les effectifs de la catégorie des maladies psychiatriques (qui comprend les

troubles addictifs). L'effet sur les dépenses remboursées pour l'ensemble de la catégorie des maladies psychiatriques est néanmoins minime et les principaux constats sur la période ne sont pas remis en cause par cette évolution méthodologique. De plus, il faut souligner les constats importants sur les autres pathologies de la catégorie et sur la consommation de traitements psychotropes, qui sont présentés plus bas et qui traduisent l'effet de la crise sanitaire sur les prises en charge en santé mentale.

ENCADRÉ 1

DIFFÉRENCES ENTRE LE CHAMP DE L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) ET CELUI DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES

Les dépenses retenues pour l'affectation aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) (quel que soit le régime d'affiliation) qui sont individualisables, c'est-à-dire rattachables à un individu.

Il n'y a pas de correspondance exacte entre le champ Ondam et celui de la cartographie médicalisée des dépenses. Les dépenses suivantes, relevant du champ Ondam, ne sont pas comptabilisées pour la cartographie des pathologies :

- les dépenses forfaitaires des professions médicales (telles que les rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), les forfaits patientèle ou les indemnités liées à la permanence des soins ambulatoires) ;
- la prise en charge des cotisations sociales des professions médicales et auxiliaires ;
- le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité lors des confinements ;
- les garanties de financement versées en 2020 aux établissements hospitaliers ;
- les dotations aux établissements

sociaux et médico-sociaux ;

– les dépenses spécifiques liées au Fonds d'intervention régional (FIR) et au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, devenu Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé – FMIS – en 2021) ;

– les dotations aux opérateurs intervenant dans le champ de la santé (Santé publique France – SPF, Haute Autorité de santé – HAS, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM...) ;

– les dotations aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

À l'inverse, les indemnités journalières maternité et les prestations d'invalidité, qui ne font pas partie du champ Ondam, sont comptabilisées dans le champ de la cartographie médicalisée des dépenses.

Ces différences de champ sont à l'origine des écarts constatés entre les évolutions des dépenses totales relevant du champ Ondam pour l'année 2020 et les évolutions des dépenses affectées à la prise en charge des pathologies, traitements ou événements de santé présentées dans cette partie. En particulier,

certaines ressources spécifiquement mobilisées pour répondre aux enjeux de la crise sanitaire telles que les hausses de dotations à SPF, aux établissements sanitaires et médico-sociaux (achats de masques, de vaccins, de matériels de protection, de respirateurs, etc.) ou les dispositifs de compensation financière de la perte d'activité pour les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux ne sont pas prises en compte dans le calcul des dépenses affectées aux pathologies, traitements ou événements de santé. Ainsi, si les dépenses totales dans le champ de l'Ondam ont augmenté de près de 10 % entre 2019 et 2020, les dépenses prises en compte dans le champ de la cartographie n'ont progressé que de 0,7 % sur la même période.

En 2020, sur le champ commun à la cartographie médicalisée des dépenses et à l'Ondam, les montants sont très proches (158,5 milliards d'euros pour la cartographie médicalisée des dépenses et 160 milliards d'euros pour l'Ondam).

Une présentation détaillée des dépenses considérées pour la cartographie médicalisée est disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

³ Le recours aux traitements nicotiniques de substitution a été étudié dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2020-rapport-propositions-pour-2021-charges-produits>

D'autres algorithmes ont quant à eux été ajoutés. Deux nouveaux, spécifiques à la prise en charge hospitalière des patients atteints de forme sévère de Covid-19, ont été définis (**Encadré 2**). Le premier concerne les cas confirmés de Covid-19, avec une prise en charge en hospitalisation complète. Pour ces personnes, les dépenses de soins spécifiquement affectées à la prise en charge de la Covid-19 ont été calculées⁴. Au sein de cette population, les personnes avec une prise en charge en soins critiques (réanimation, soins intensifs ou soins continus) au cours d'un séjour ont également été identifiées, sans possibilité toutefois d'étudier les dépenses spécifiquement affectées à ce groupe. Les critères de repérage utilisés pour ces deux algorithmes ont été définis en conformité avec les consignes de codage et les travaux publiés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne⁵.

Enfin, deux autres évolutions relatives aux algorithmes de repérage des pathologies sont à noter. Un nouvel algorithme repère l'obésité, mais ne concerne que les personnes avec une prise en charge hospitalière, une ALD spécifique ou un acte de chirurgie bariatrique récent et n'est donc pas représentatif de l'importance de ce facteur de risque au sein de la population française. Un algorithme spécifique au repérage des personnes prises en charge pour une trisomie 21, au sein de la catégorie des « autres affections de longue durée (dont 31 et 32) », a aussi été ajouté à la suite des travaux du groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare montrant que la trisomie 21 constituait un des facteurs importants des formes graves de Covid. Ces deux algorithmes permettent de faciliter les travaux épidémiologiques sur ces populations, mais les dépenses spécifiquement affectées à ces pathologies n'ont pas été estimées.

Dans une première partie sont donc présentés les effectifs et les dépenses mobilisés pour la prise en charge des différentes pathologies en 2020. Ensuite, sont décrites leurs évolutions entre 2019 et 2020 relativement à celles constatées les années précédentes, afin d'appréhender au mieux l'incidence de la pandémie sur les dépenses d'assurance maladie en 2020.

1.2.1

Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2020 et à quel coût ?

En 2020, 168 milliards d'euros ont été remboursés (**Figure 4**) par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 66,3 millions de personnes. Les pathologies et traitements chroniques représentent près de 62 % de cette dépense (environ 104 milliards d'euros) (**Tableau 2** et **Figure 5**) et concernent 36 % de la population (soit près de 24 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (**Figure 6**). À l'opposé, 56 % de la population, soit plus d'un assuré sur deux, a reçu uniquement des soins qualifiés de « courants ».

Comme les années précédentes, certaines pathologies ou situations de santé représentent une proportion particulièrement importante des dépenses d'assurance maladie (**Figure 5**).

Quatre catégories représentent plus de la moitié de l'ensemble des dépenses remboursées :

- la part la plus importante concerne les épisodes hospitaliers qualifiés de « ponctuels », au sens où l'hospitalisation n'est pas en lien avec l'une des pathologies de la cartographie : 33,4 milliards d'euros, soit 20 % des dépenses totales ;
- la santé mentale, si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et hypnotiques), représente 23,3 milliards d'euros, soit près de 14 % des dépenses totales ;
- la prise en charge des cancers atteint 21,2 milliards d'euros, soit 12,6 % des dépenses totales ;
- la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires atteint 17,8 milliards d'euros, soit 10,6 % des dépenses totales.

La prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 (y compris ceux avec prise en charge en soins critiques) aura généré une dépense de 1,56 milliard d'euros pour l'Assurance Maladie durant l'année, soit un peu moins de 1 % de l'ensemble des dépenses remboursées.

Une analyse plus fine des 23,3 milliards d'euros affectés aux maladies ou traitements chroniques psychiatriques montre le poids important des dépenses affectées aux troubles névrotiques et de l'humeur (6,2 milliards d'euros) et aux troubles psychotiques (4,9 milliards d'euros), qui représentent 48 % des dépenses affectées à la santé mentale. Ce poids important résulte principalement des dépenses des séjours hospitaliers, en établissements psychiatriques notamment.

Parmi les 21,2 milliards d'euros affectés aux cancers, 90 % concernent les cancers en phase active de traitement et 10 % les cancers sous-surveillance. On notera le poids important des cancers du sein (3,6 milliards d'euros), du poumon (2,7 milliards d'euros), du côlon (1,9 milliard d'euros) et de la prostate (1,9 milliard d'euros), qui représentent 47 % des dépenses mobilisées.

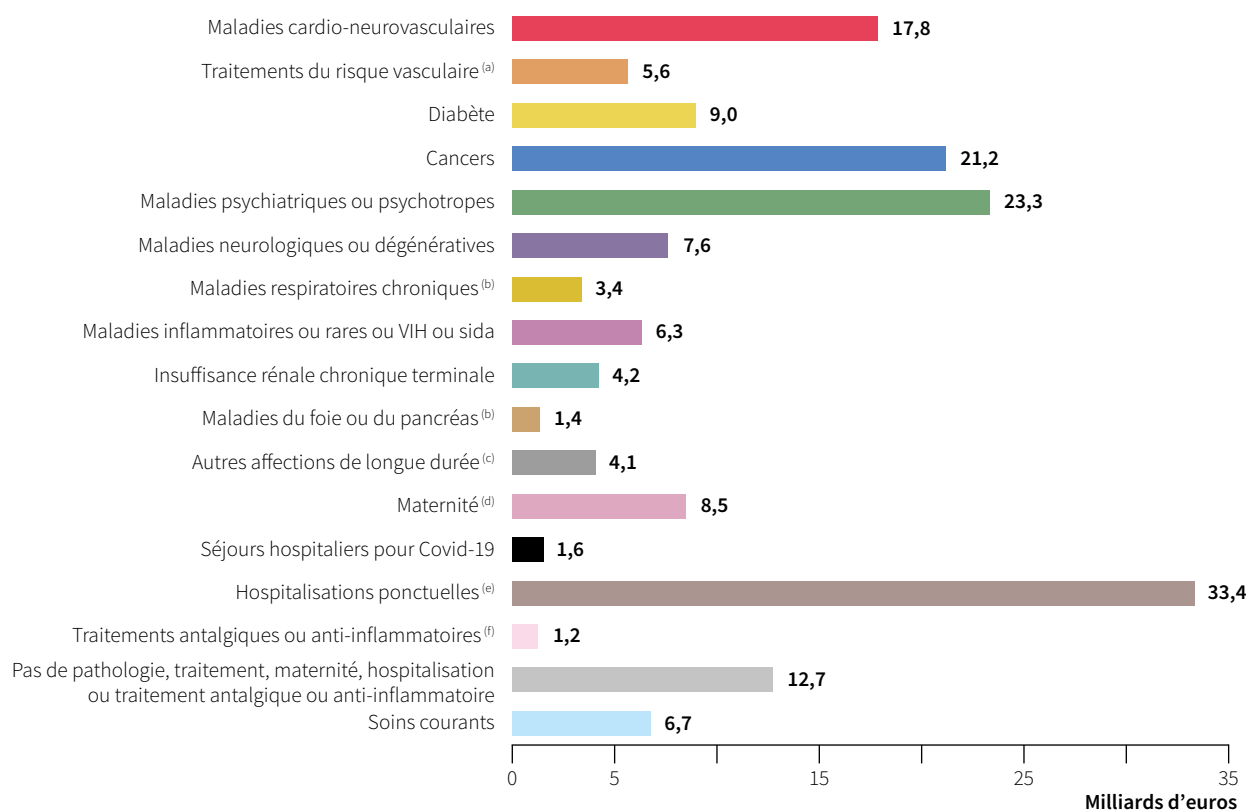
Au sein des maladies cardio-neurovasculaires (17,8 milliards d'euros), trois pathologies représentent plus des deux tiers des dépenses : la maladie coronaire (4,3 milliards d'euros), les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (3,9 milliards d'euros) et l'insuffisance cardiaque (IC) (3,0 milliards d'euros).

4 Il est à noter que ces dépenses spécifiques ne reflètent pas l'ensemble des ressources mobilisées pour faire face à la crise sanitaire et ses conséquences.

5 La méthode détaillée de l'ensemble des étapes d'élaboration de la cartographie médicalisée des dépenses est accessible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

FIGURE 4

Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2020 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 168 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes



(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

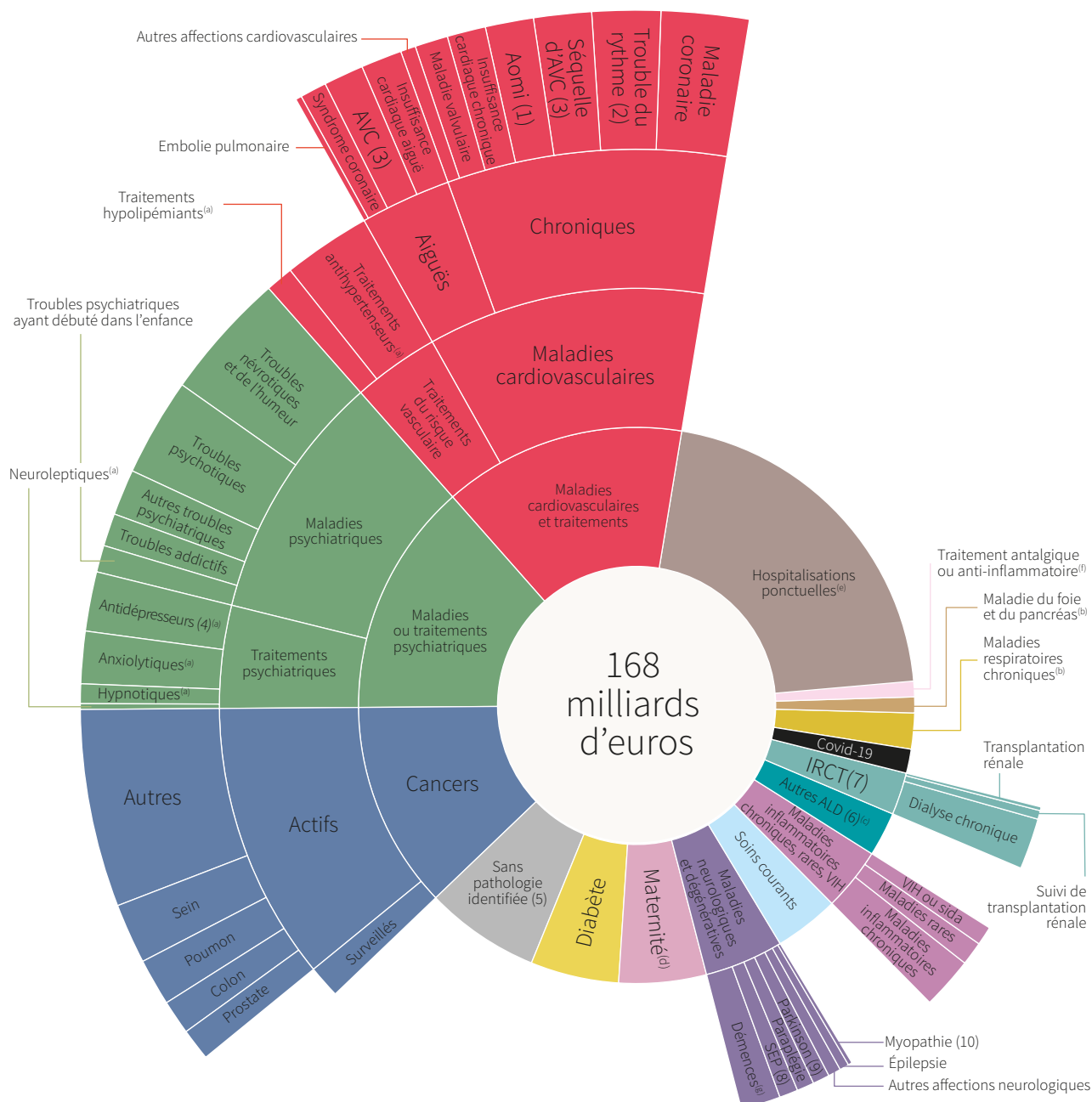
Note de lecture : les soins dits « courants » correspondent à la somme des dépenses qui ont été retranchées de chaque poste de dépense, pour toutes les personnes de la cartographie (20^e percentile des dépenses pour chaque pathologie). Les dépenses classées au sein de la catégorie « pas de pathologie » correspondent quant à elles aux dépenses des personnes non classées parmi l'ensemble des pathologies de la cartographie.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

FIGURE 5

Répartition des dépenses entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2020



- N(1) Aomi : artériopathie oblitérante des membres inférieurs (2) Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque
(3) AVC : accident vasculaire cérébral (4) Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur
(5) Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire identifié dans la cartographie
(6) Autres affections de longue durée (ALD) (7) IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
(8) SEP : sclérose en plaques (9) Maladie de Parkinson
(10) Myopathie ou myasthénie

(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations – (g) Dont maladie d'Alzheimer

Note de lecture : les soins dits « courants » correspondent à la somme des dépenses qui ont été retranchées des postes de soins de ville (hors transports et sages-femmes) et d'indemnités journalières pour maladie et accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP), pour toutes les personnes de la cartographie. Les dépenses classées au sein de la catégorie « pas de pathologie » correspondent quant à elles aux dépenses des personnes non classées parmi l'ensemble des pathologies de la cartographie.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

En 2020, 8,4 millions de personnes ont reçu un traitement chronique du risque vasculaire et près de 8,2 millions ont eu une hospitalisation dite « ponctuelle », pour des motifs autres que ceux correspondant aux pathologies chroniques identifiées *via* les algorithmes médicaux (Figure 6). Par ailleurs, les maladies cardio-neurovasculaires représentent 5,2 millions de personnes, le diabète, 4 millions de personnes, les maladies respiratoires chroniques, 3,6 millions de personnes, les cancers, 3,4 millions de personnes et les maladies psychiatriques, 2,8 millions de personnes. Si l'on ajoute aux maladies psychiatriques les 5,6 millions de personnes recevant un traitement chronique par psychotropes, ce sont plus de 8,4 millions de personnes qui ont été prises en charge pour une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale.

Les dépenses totales par pathologie dépendent du nombre de personnes traitées et de la dépense moyenne par patient (Tableau 2).

Deux principaux groupes de pathologies se distinguent (Figure 7) :

- celles qui concernent un nombre important de personnes, mais avec un coût moyen par patient relativement faible, comme le traitement chronique du risque vasculaire en prévention primaire (669 euros par an par personne en moyenne) ou le traitement chronique par psychotropes (1 225 euros par an par personne en moyenne) ;
- celles qui concernent peu ou relativement peu de personnes, mais pour lesquelles la dépense annuelle moyenne mobilisée par patient est élevée. C'est le cas notamment des cancers actifs (12 676 euros), des maladies cardio-neurovasculaires aiguës (9 986 euros), des maladies psychiatriques (5 926 euros) et de la maternité (6 819 euros). C'est aussi le cas des prises en charge hospitalières pour Covid-19 (7 874 euros).

Cette distinction n'est toutefois pas applicable pour l'ensemble des pathologies ou situations de santé : les hospitalisations ponctuelles se démarquent toujours avec un effectif très élevé (8 195 070 patients) et une dépense moyenne élevée (4 071 euros). Malgré des effectifs relativement faibles (101 000 bénéficiaires), le poids économique de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) n'est pas négligeable du fait d'une dépense annuelle moyenne par patient extrêmement élevée⁶ (41 753 euros).

Pour comparaison, la dépense moyenne pour l'ensemble des assurés inclus dans la cartographie médicalisée des dépenses est d'environ 2 540 euros et celle des assurés n'ayant consommé que des soins courants (ou des soins correspondant à des pathologies non repérées par les algorithmes de la cartographie) est d'environ 340 euros.

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Figure 8). Les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 (90,7 % de la dépense moyenne par individu), ce qui est logique au vu de la définition retenue pour repérer ces patients. Elles sont aussi importantes pour les maladies cardiovasculaires aiguës (82 %), l'IRCT (67 %), les maladies psychiatriques (64 %) et les cancers actifs (57 %), ce qui explique les niveaux de dépenses élevés pour ces groupes de pathologies. La part des dépenses hospitalières a cependant diminué d'au moins 1 point de pourcentage entre 2019 et 2020 pour chacune des pathologies autres que la Covid-19, reflétant l'effet de la crise sanitaire sur le recours aux soins et notamment sur les prises en charge hospitalières.

À l'inverse, les soins de ville concernent la majorité des dépenses mobilisées pour la prise en charge du diabète (84 % de la dépense moyenne par individu), des personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (75,5 %), des maladies inflammatoires ou rares ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou syndrome d'immunodéficience acquise (sida) (71 %), des cancers sous surveillance (68 %), des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) (62,5 %), des maladies neurologiques ou dégénératives (61,5 %) et des personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins repérés par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...) (59 %).

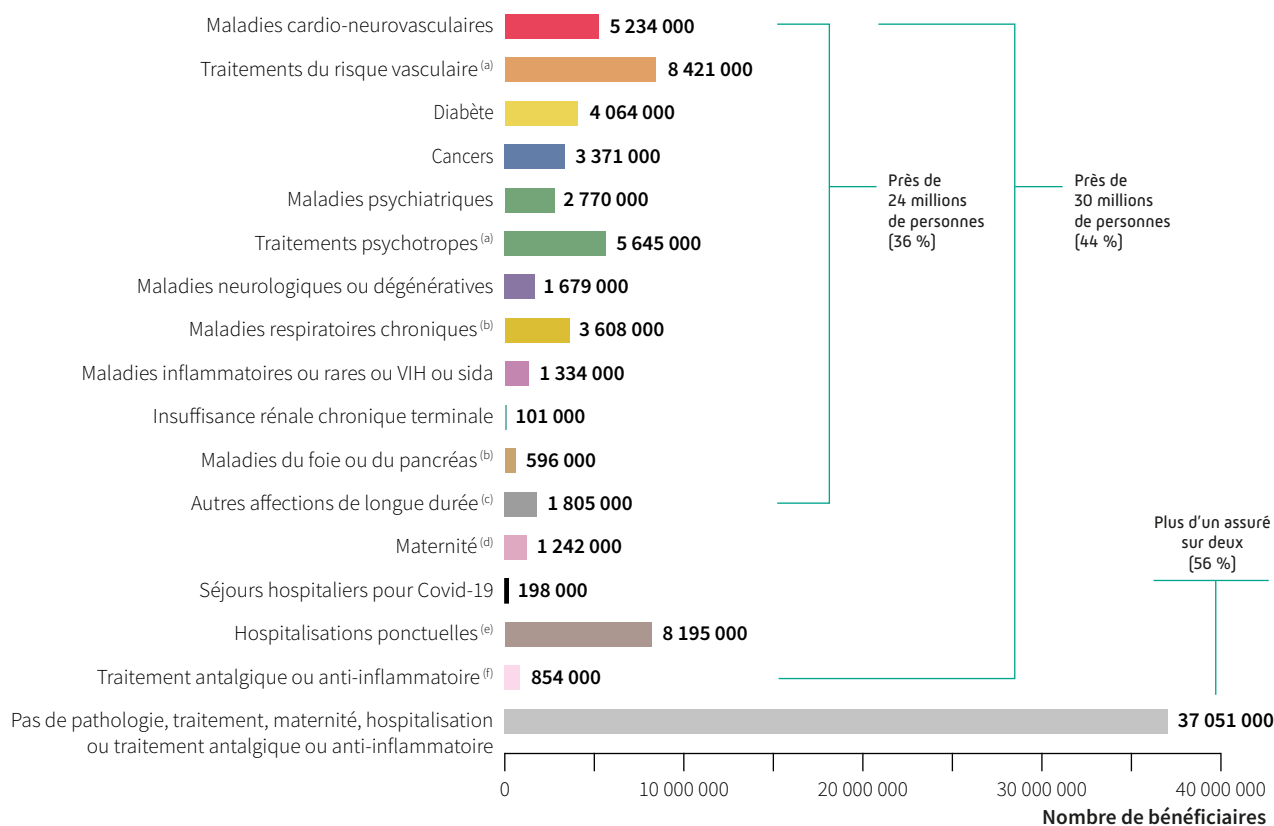
Enfin, les prestations en espèces⁷ ont un poids important dans les dépenses mobilisées dans le cadre de la maternité (44 %) ou pour les patients ayant bénéficié de traitements chroniques par psychotropes (43,5 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (48 %).

⁶ Pour cette raison, cette pathologie n'a pas été représentée dans la Figure 4.

⁷ La composition détaillée des postes de dépenses est disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>. Les prestations en espèces comprennent les indemnités journalières versées en cas de maladie, d'accident du travail ou maladie professionnelle, l'assurance maternité et les pensions d'invalidité.

FIGURE 6

Nombre de bénéficiaires pris en charge en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (66,3 millions de personnes au total)



(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

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

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

TABLEAU 2

Effectifs et dépenses moyennes par patient en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins

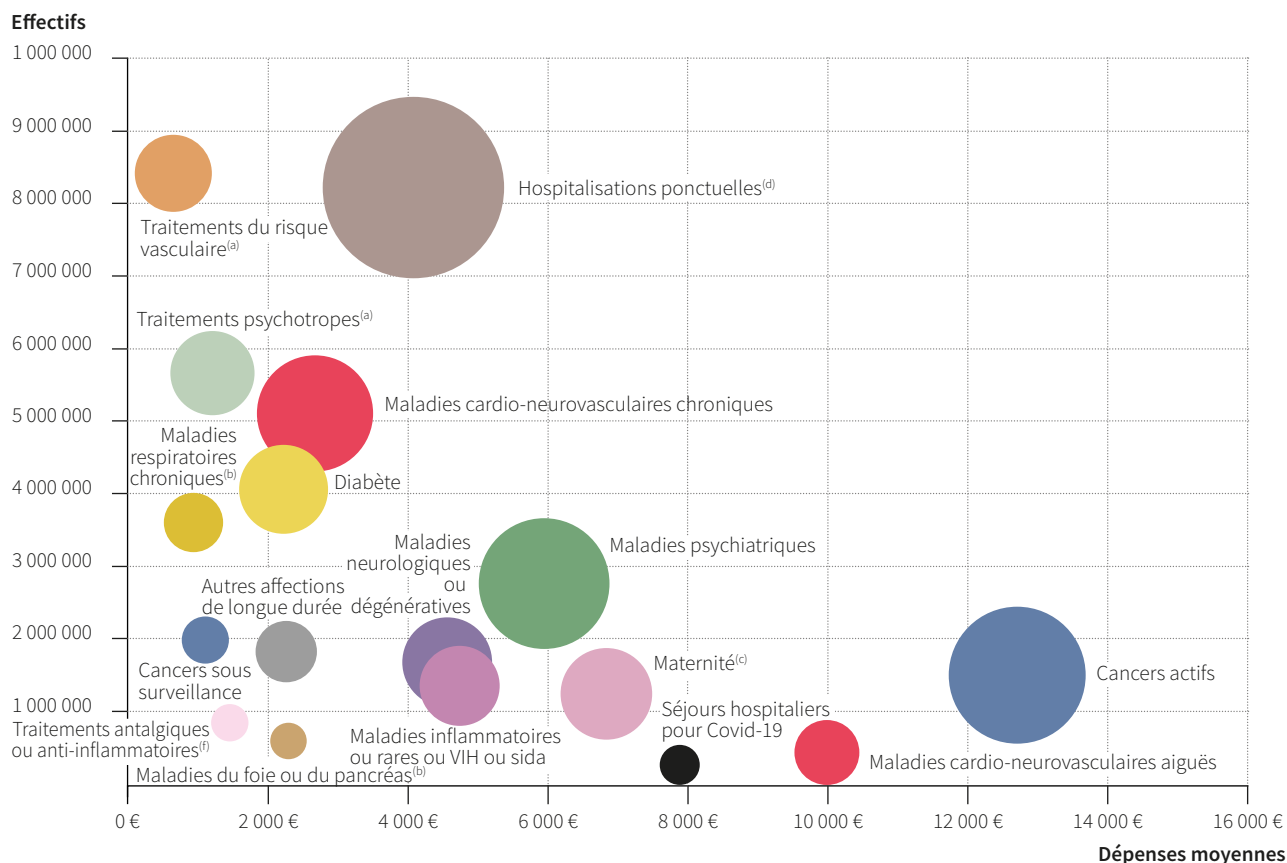
Catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	Effectif	Dépense moyenne	dont soins de ville	dont hospitalisations	dont prestations en espèces
Maladies cardio-neurovasculaires	5 234 337	3 410 €	1 563 €	1 612 €	235 €
dont maladies cardio-neurovasculaires aiguës	431 027	9 986 €	1 521 €	8 214 €	251 €
dont maladies cardio-neurovasculaires chroniques	5 090 707	2661 €	1 478 €	962 €	220 €
Traitements du risque vasculaire^(a)	8 421 356	669 €	505 €	36 €	128 €
Diabète	4 063 651	2 206 €	1 853 €	170 €	183 €
Cancers	3 371 089	6 289 €	2 608 €	3 316 €	366 €
dont cancers actifs	1 499 146	12 676 €	4 862 €	7 277 €	536 €
dont cancers sous surveillance	1 975 598	1 112 €	760 €	135 €	217 €
Maladies psychiatriques ou psychotropes	8 414 807	2 772 €	793 €	1 311 €	668 €
dont maladies psychiatriques	2 769 593	5 926 €	1 175 €	3 809 €	942 €
dont traitements psychotropes ^(a)	5 645 214	1 225 €	606 €	86 €	533 €
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 679 478	4 536 €	2 788 €	1 371 €	376 €
Maladies respiratoires chroniques^(b)	3 607 790	953 €	596 €	207 €	150 €
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	1 333 816	4 751 €	3 376 €	882 €	492 €
Insuffisance rénale chronique terminale	100 716	41 753 €	12 761 €	28 126 €	866 €
dont dialyse chronique	56 686	60 885 €	17 107 €	43 262 €	516 €
dont transplantation rénale	2 548	69 144 €	16 057 €	50 747 €	2340 €
dont suivi de transplantation rénale	41 482	13 927 €	6 621 €	6 052 €	1255 €
Maladies du foie ou du pancréas^(b)	596 199	2 289 €	1 133 €	885 €	271 €
Autres affections de longue durée^(c)	1 804 965	2 251 €	1 659 €	370 €	222 €
Maternité^(d)	1 242 396	6 819 €	993 €	2 839 €	2987 €
Séjours hospitaliers pour Covid-19	198 148	7 874 €	513 €	7 143 €	218 €
Hospitalisations ponctuelles^(e)	8 195 070	4 071 €	576 €	3 104 €	391 €
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires^(f)	854 196	1 456 €	674 €	82 €	699 €
Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	37 051 089	343 €	202 €	27 €	114 €

(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

FIGURE 7

Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

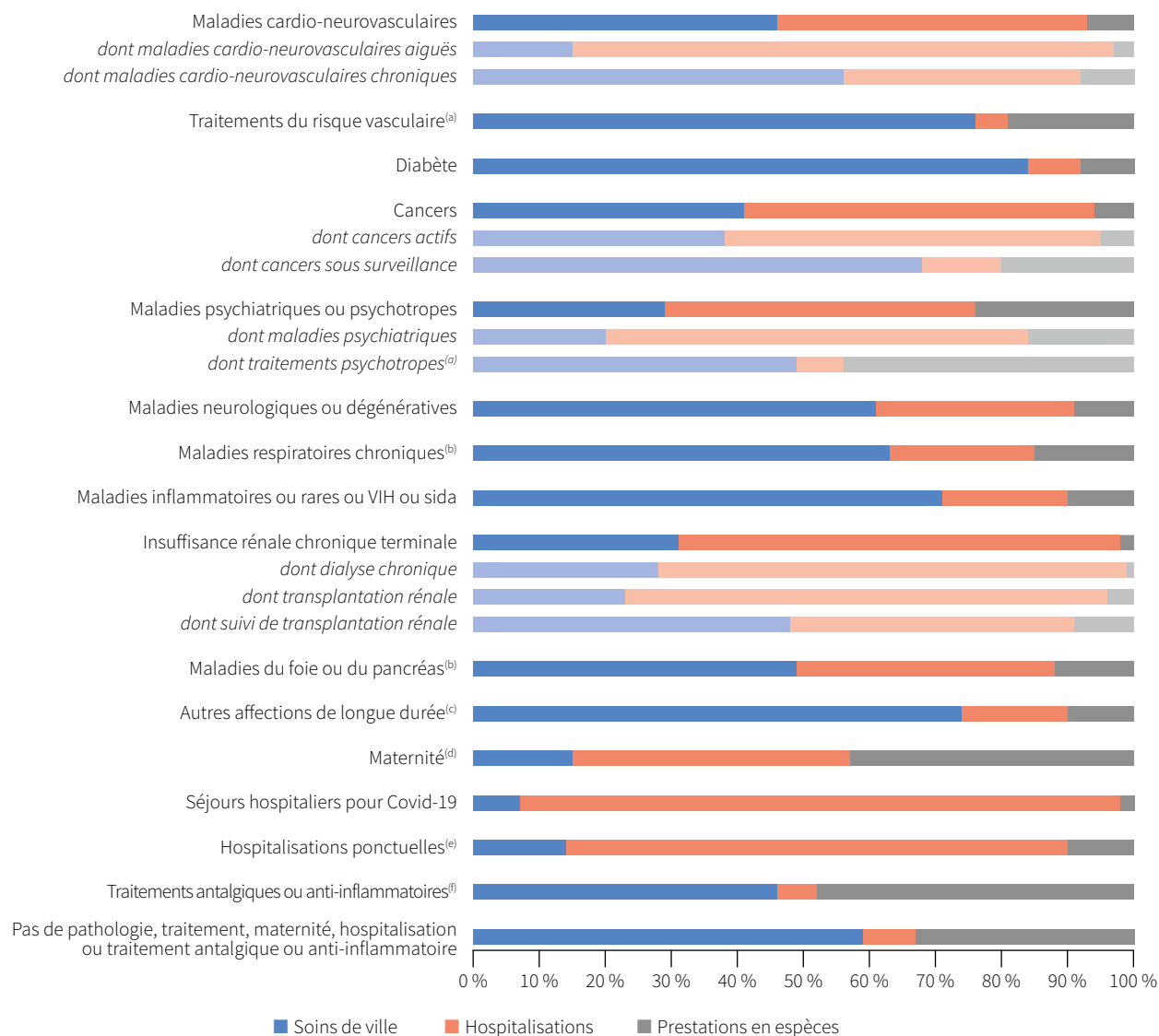
Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées. Seules ont été représentées les principales catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins afin de ne pas alourdir le graphique. Par ailleurs, pour les maladies cardio-neurovasculaires, les formes aiguës (événement survenu dans l'année) et chroniques de la maladie ont été distinguées 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, les cancers en phase active (avec un traitement en cours) ont été distingués de ceux en phase de surveillance. Enfin, les maladies psychiatriques, qui concernent des personnes en affection de longue durée (ALD) ou ayant été hospitalisées pour ce motif, ont été distinguées des personnes traitées par psychotropes sans diagnostic psychiatrique repérable dans les remboursements de soins.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

FIGURE 8

Structure des dépenses moyennes par patient en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

ENCADRÉ 2

DESCRIPTION SYNTHÉTIQUE DES CATÉGORIES DE PATHOLOGIES, TRAITEMENTS CHRONIQUES ET ÉPISODES DE SOINS DE LA CARTOGRAPHIE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES

Maladies cardio-neurovasculaires.

Ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque (IC), l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (Aomi), les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire (EP) et les autres affections cardiovasculaires. On distingue les pathologies en phase aiguë et chronique.

Traitements du risque vasculaire.

Il s'agit de personnes prenant des traitements antihypertenseurs et/ou hypolipémiants (en dehors de celles qui ont certaines maladies cardio-neurovasculaires, un diabète ou une insuffisance rénale chronique terminale – IRCT).

Diabète (quel que soit son type).

Cancers. Les plus fréquents (cancers du sein, de la prostate, du côlon et du poumon) sont distingués, les autres cancers étant regroupés. On distingue les cancers en phase active de traitement (dits « actifs ») et les cancers en phase de surveillance (dits « sous surveillance »).

Maladies 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).

Attention : comme mentionné plus haut, le remboursement des traitements nicotiniques de substitution a été pris en compte pour le repérage des troubles addictifs, avec une condition sur le nombre de remboursements de ces traitements (délivrés au moins trois fois dans l'année), afin de cibler spécifiquement les personnes engagées dans une démarche de

sevrage tabagique. Cette évolution induit une augmentation des effectifs par rapport aux résultats présentés dans le rapport précédent, qui reflète la facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 et ne doit pas être interprétée comme une hausse de prévalence des troubles addictifs.

Traitements psychotropes. Il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et/ou hypnotiques (mais qui n'ont pas de diagnostic psychiatrique repérable dans le système national des données de santé (SNDS) – *via* une hospitalisation ou une affection de longue durée (ALD) récente – et qui ne sont donc pas incluses dans la catégorie des maladies psychiatriques).

Maladies neurologiques et dégénératives. Elles comprennent les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques (SEP), 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... La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe.

Maladies inflammatoires, maladies rares et virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici), 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 par le VIH ou syndrome d'immunodéficience acquise (sida) fait l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).

Elle 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 (ALD) (regroupées).

Personnes avec une ALD autres que celles relatives aux pathologies mentionnées ci-dessus.

Maternité. Femmes de 15 à 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 (AINS) et corticoïdes.

Il s'agit de traitements délivrés au moins six fois dans l'année, qui peuvent être à visée rhumatologique chronique (lombalgie, arthrose, etc.), mais aussi liés à la prise en charge de toute pathologie chronique douloureuse, y compris celles repérées ci-dessus.

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 des symptômes ou pathologies mal définis.

Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire.

Personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus, donc *a priori* n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses,





traumatismes légers, symptômes divers...).

Séjours hospitaliers pour Covid-19.

Personnes avec au moins un séjour en hospitalisation complète au cours de l'année, dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Les analyses des dépenses spécifiquement affectées à la prise en charge de la Covid-19 concernent ces personnes. Il est à

noter que ces dépenses spécifiques ne reflètent pas l'ensemble des ressources mobilisées pour faire face à la crise sanitaire et ses conséquences. Au sein de cette population, nous avons également identifié les personnes avec une prise en charge en soins critiques (réanimation, soins intensifs ou soins continus) au cours d'un séjour, sans possibilité d'étudier les dépenses spécifiquement affectées à ce groupe. Les critères de repérage de ces personnes ont été définis en

conformité avec les consignes de codage et les travaux publiés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne :

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

1.2.2

Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?

Quelle est l'évolution de la dépense totale sur l'ensemble de la période ? Quelles sont les dynamiques médicales et économiques derrière ces évolutions ? Des ruptures de tendance en cours de période sont-elles observables, en particulier entre 2019 et 2020, la première année de la pandémie ? Celle-ci s'est-elle répercutée sur le nombre de patients pris en charge pour les autres pathologies ou sur les dépenses annuelles moyennes mobilisées pour chaque personne ?

La cartographie permet une étude de l'évolution de ces indicateurs sur une période qui augmente chaque année, la présente version portant sur la période 2015-2020. Cette profondeur historique permet d'analyser les évolutions en distinguant les tendances générales à moyen terme des évolutions annuelles de court terme. Une telle distinction est particulièrement pertinente pour analyser les données de l'année 2020, étant donné le contexte de la pandémie de Covid-19 et ses conséquences sur le système de soins.

Le précédent rapport⁸ avait contribué à montrer l'effet important de la crise sanitaire sur la consommation et le recours aux soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Cette année, les conséquences de cette baisse du recours sur le repérage de certains épisodes de soins, traitements fréquents ou pathologies et sur les dépenses de soins associées peuvent être explorées.

L'interprétation des évolutions d'effectifs et de dépenses doit tenir compte de plusieurs mécanismes : des modifications de la prise en charge ou de l'organisation des soins et des évolutions de prix ou de tarifs entraînant des évolutions des dépenses moyennes ; de la croissance et du vieillissement de la population française chaque année, qui, s'ils reflètent l'allongement de l'espérance de vie, contribuent aussi à la survenue de multiples pathologies chez les plus âgés ; et enfin des conséquences de la crise sanitaire sur la consommation, le recours aux soins et la santé de la population française.

1.2.2.1 Une augmentation de la dépense totale en cinq ans de 15,7 milliards d'euros, soit 2,6 milliards par an en moyenne, et de seulement 1,2 milliard entre 2019 et 2020

Depuis 2015, la dépense totale de la consommation de soins remboursés (Figure 9) pour l'ensemble des régimes a augmenté de 15,7 milliards d'euros (soit + 10,3 % en cinq ans, + 2 % par an en moyenne). Une partie de cette hausse des dépenses est liée à l'augmentation du nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins entre 2015 (64,7 millions) et 2020 (66,3 millions), soit une augmentation de 1,5 million de personnes en cinq ans (+ 0,48 % par an en moyenne sur la période).

Pour la majeure partie des pathologies, les dépenses augmentent chaque année sur l'ensemble de la période. L'augmentation la plus importante entre 2015 et 2020 est observée sur la prise en charge des cancers (+ 4,9 milliards d'euros). Les dépenses liées à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires et des maladies psychiatriques ont augmenté, mais à des niveaux toutefois moindres (respectivement + 1,9 milliard d'euros et + 1,6 milliard d'euros) malgré des évolutions à la baisse en 2020 pour certaines pathologies, détaillées dans les parties suivantes. En dehors des hospitalisations ponctuelles qui constituent un cas notable analysé ci-dessous, seules trois catégories voient leurs dépenses baisser sur la période : les maladies du foie et du pancréas, les traitements antalgiques et anti-inflammatoires et les traitements du risque vasculaire (Figure 9).

L'analyse des évolutions annuelles montre que la survenue de la pandémie a diminué le rythme de croissance de la dépense totale. Depuis 2015, la dépense totale évoluait à un rythme annuel souvent supérieur à + 2,0 % (+ 2,6 % en 2015, + 2,4 % en 2017, + 1,8 % en 2018, + 2,4 % en 2019), elle a augmenté de seulement 0,7 % en 2020, correspondant à 1,2 milliard d'euros. L'évolution moindre de la dépense totale s'explique par une stabilisation des effectifs ayant consommé des soins médicaux. Entre 2015 et 2019, cet effectif augmentait régulièrement (+ 0,82 % en 2016, + 0,29 % en 2017, + 0,57 % en 2018, + 0,75 % en 2019), alors qu'en 2020, les effectifs de patients pris en charge

8 Disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

par l'Assurance Maladie sont restés stables par rapport à 2019 (- 0,01 %, avoisinant 66,3 millions).

1.2.2.2 Des dynamiques contrastées selon les pathologies qui reflètent les effets de la crise sanitaire au cours de l'année 2020

L'analyse annuelle des dépenses permet de mettre en évidence pour l'année 2020 des évolutions variables selon les grandes catégories de pathologies, avec des inversions ou ruptures de tendance (Figure 10) qui sont détaillées plus bas. Deux facteurs peuvent influencer sur l'évolution des dépenses affectées à une pathologie : l'évolution du nombre de personnes prises en charge (Figure 11 et Figure 12) et l'évolution de la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne (Figure 13).

La baisse du recours aux soins, liée à la pandémie de Covid-19 et aux périodes de confinement qui ont touché l'ensemble du territoire national en 2020, a concerné aussi bien les soins en milieu

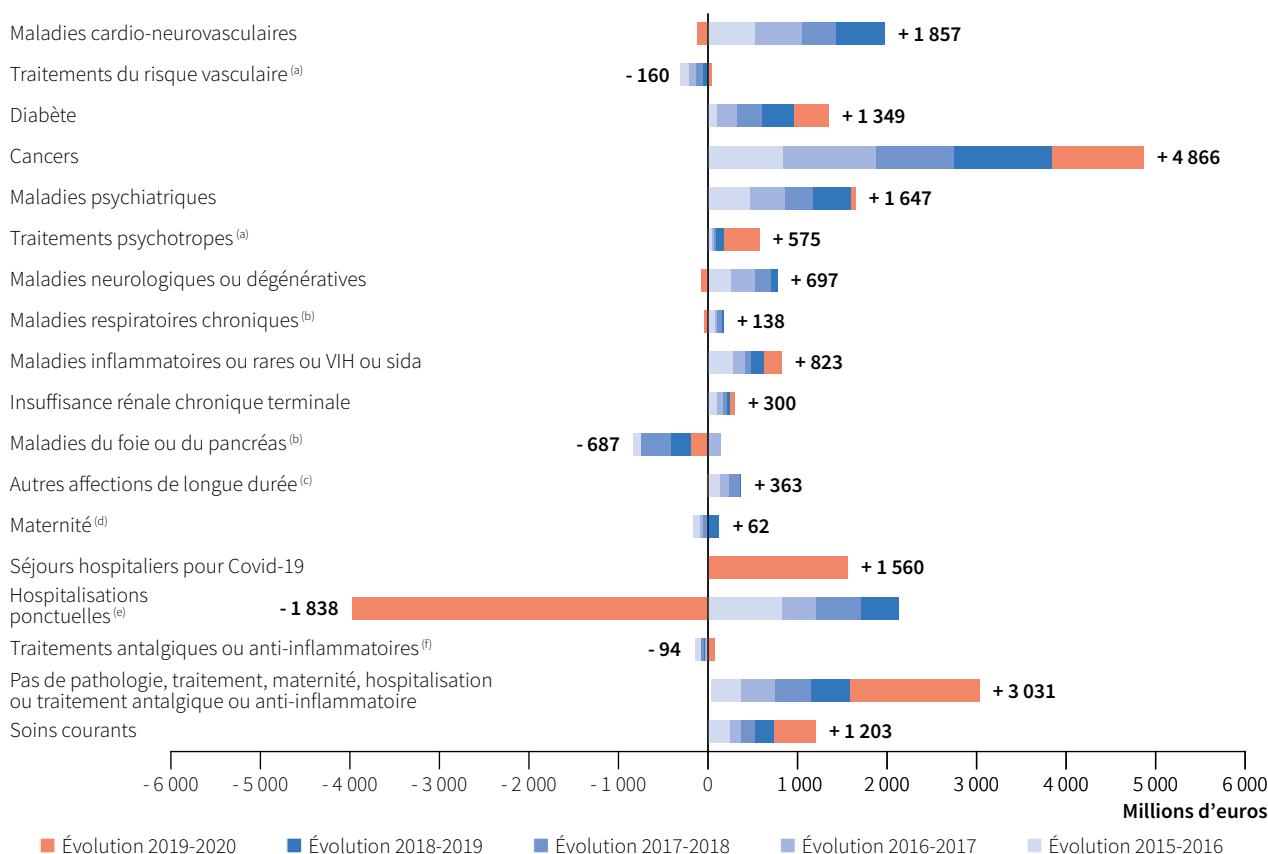
hospitalier que les soins de ville et s'est répercutée à la fois sur les effectifs et sur la dépense moyenne. Pour évaluer l'effet de ce moindre recours sur les effectifs, des analyses spécifiques ont porté sur l'évolution des patients incidents, c'est-à-dire des personnes nouvellement atteintes, sans prise en charge préalable pour une des pathologies repérables par nos algorithmes (Figure 14).

Les évolutions de la dépense moyenne remboursée par individu peuvent être expliquées par différents effets : certains soins ont pu être reportés, modifiant ainsi la consommation pendant les périodes de confinement, et il est aussi possible que, pour certaines pathologies, les prises en charge aient concerné les patients les plus sévères, avec un effet de concentration des dépenses sur ces cas plus graves.

Il convient par ailleurs de préciser que les analyses présentées ici ne permettent pas d'isoler les évolutions observées pour l'année 2020 dues au seul effet de la crise sanitaire.

FIGURE 9

Évolution des dépenses entre 2015 et 2020, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (en millions d'euros)



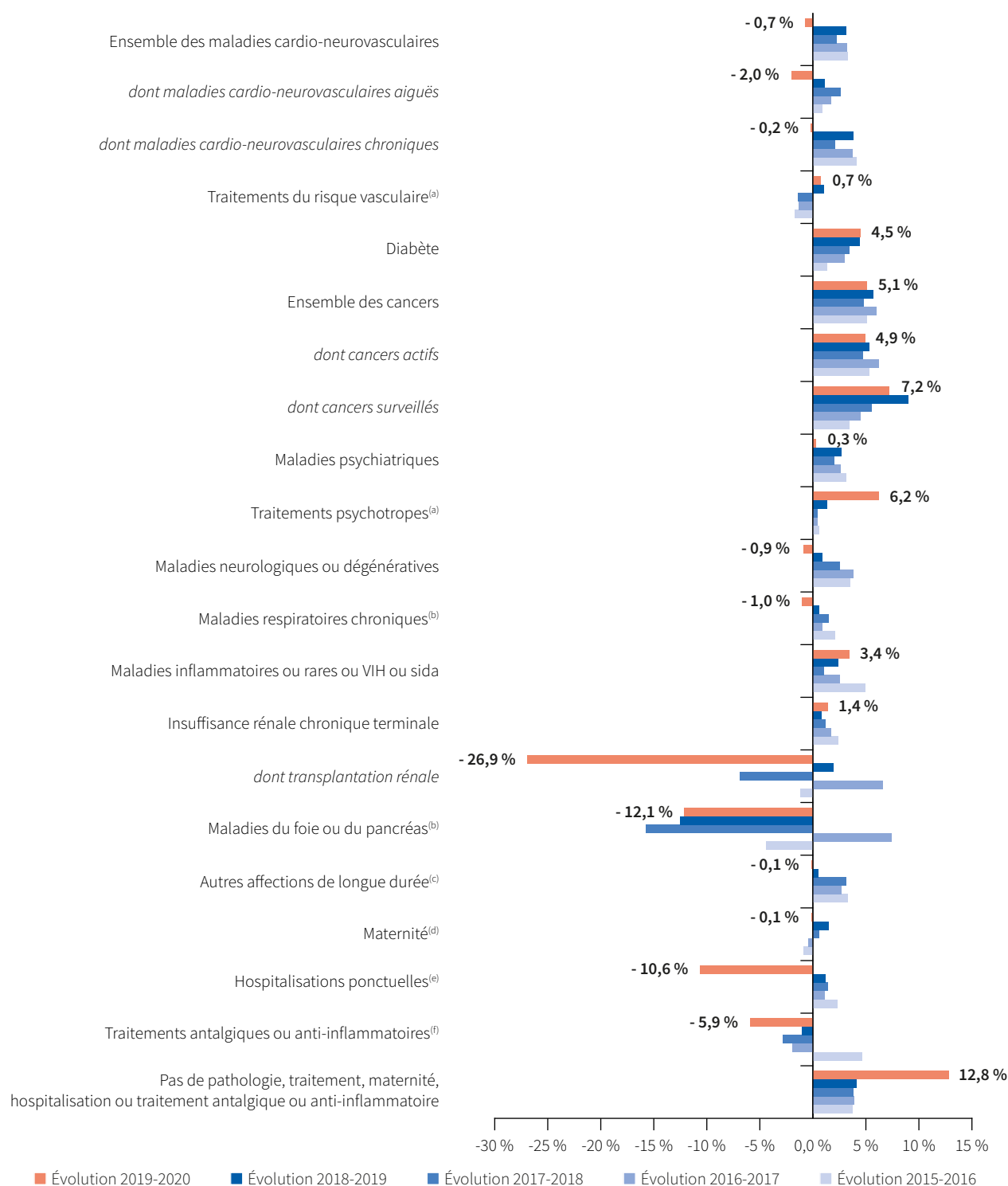
(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

FIGURE 10

Taux de croissance annuels des dépenses totales entre 2015 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



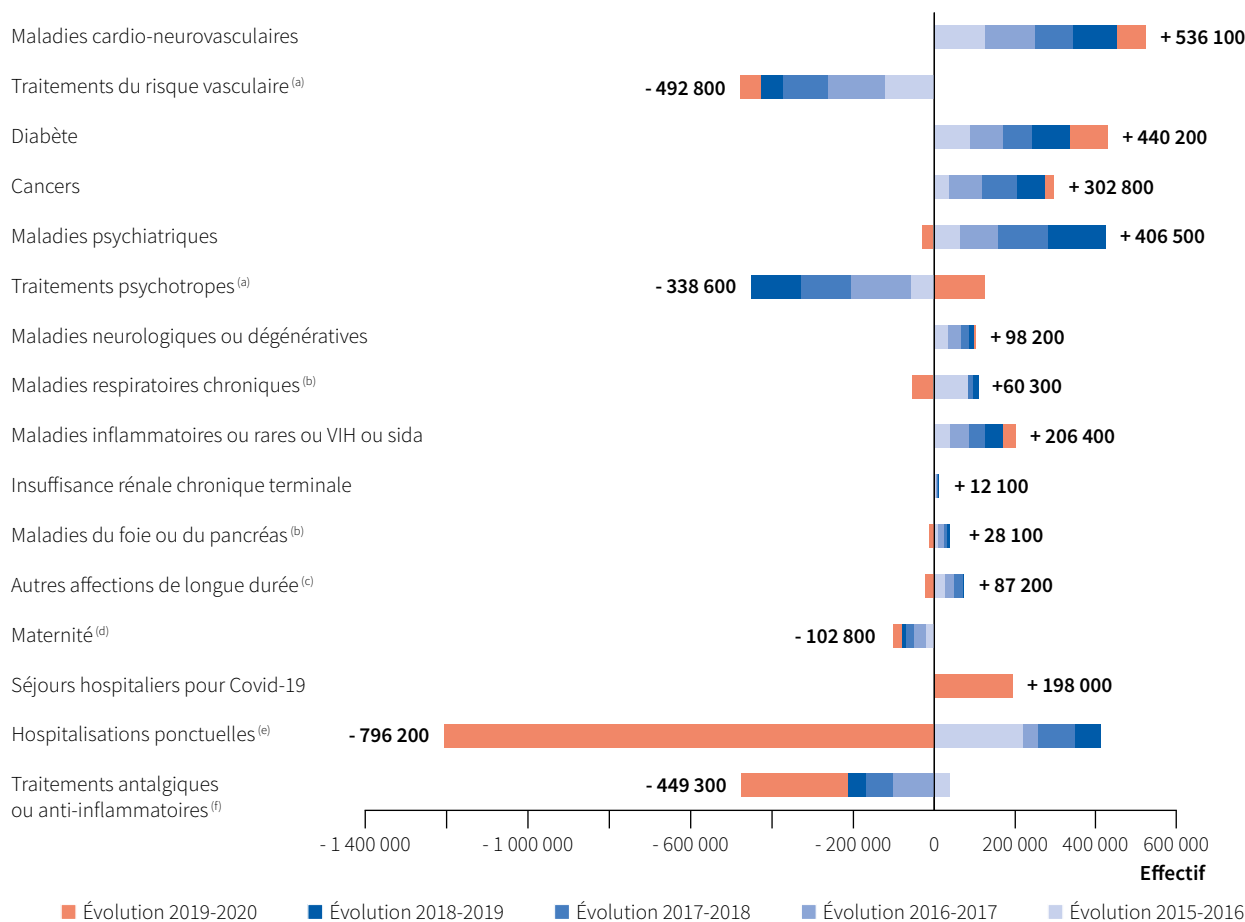
(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

FIGURE 11

Évolution des effectifs pris en charge entre 2015 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



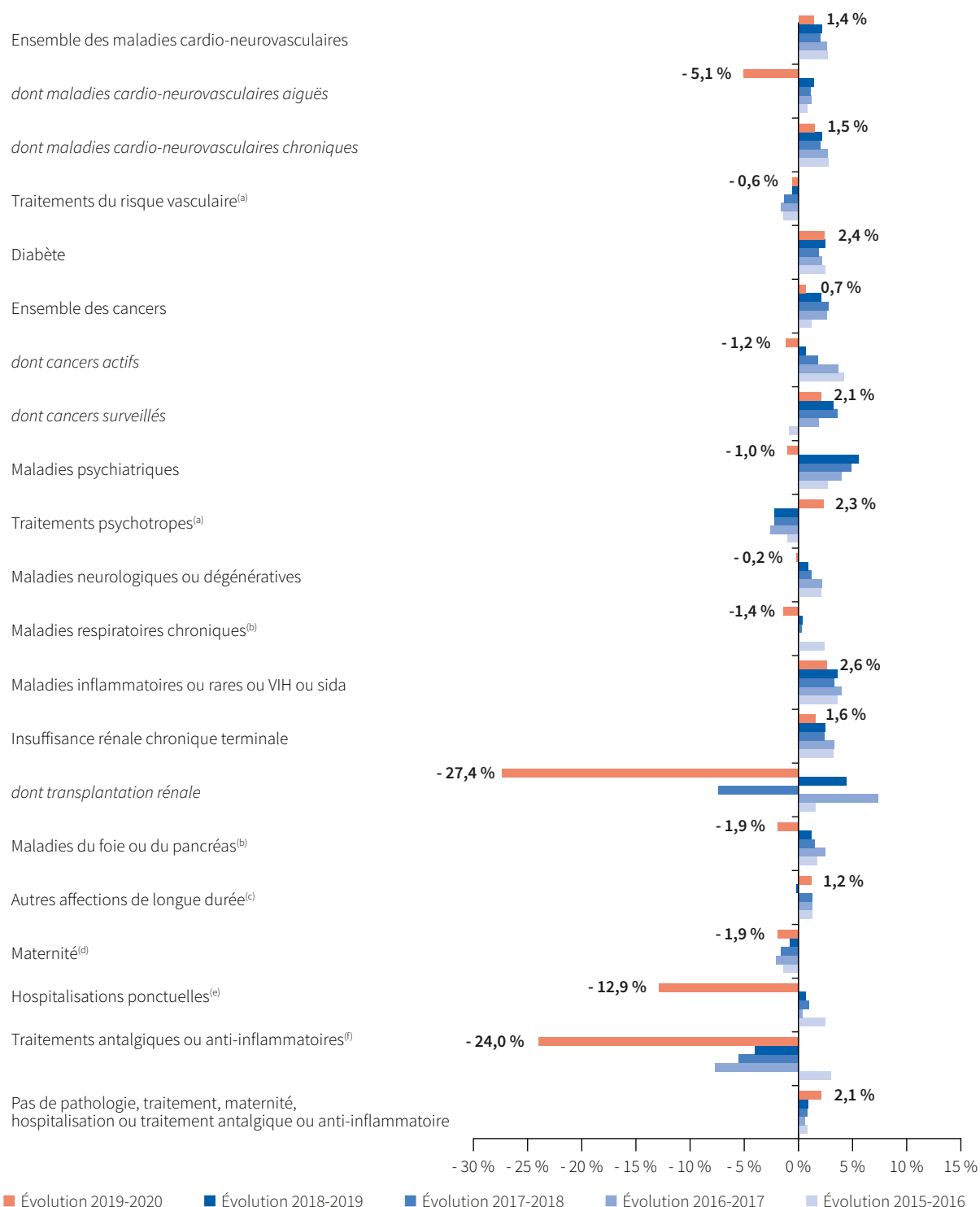
(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

FIGURE 12

Taux de croissance annuels des effectifs pris en charge entre 2015 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



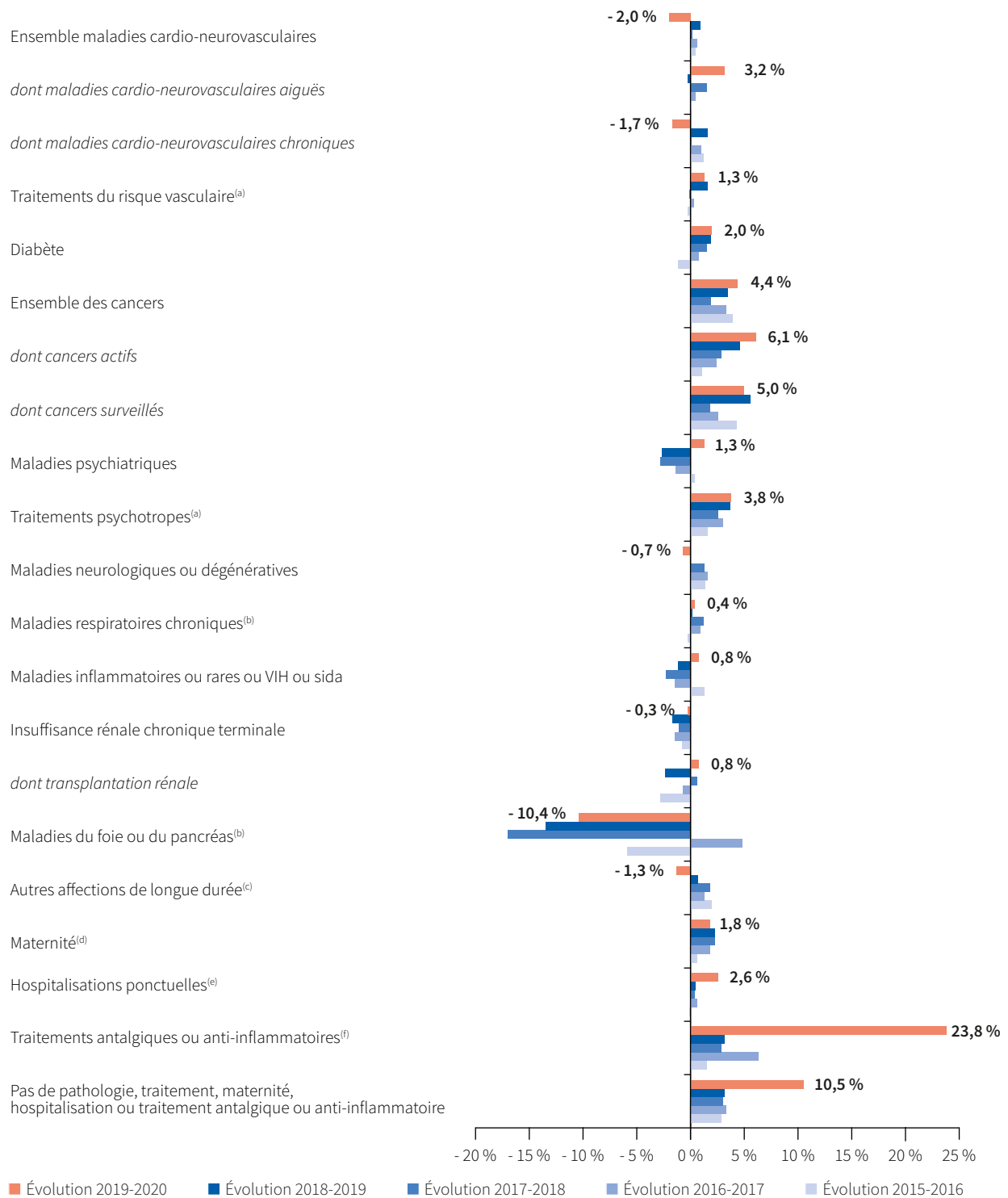
(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

FIGURE 13

**Taux de croissance annuels de la dépense moyenne entre 2015 et 2020
pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins**



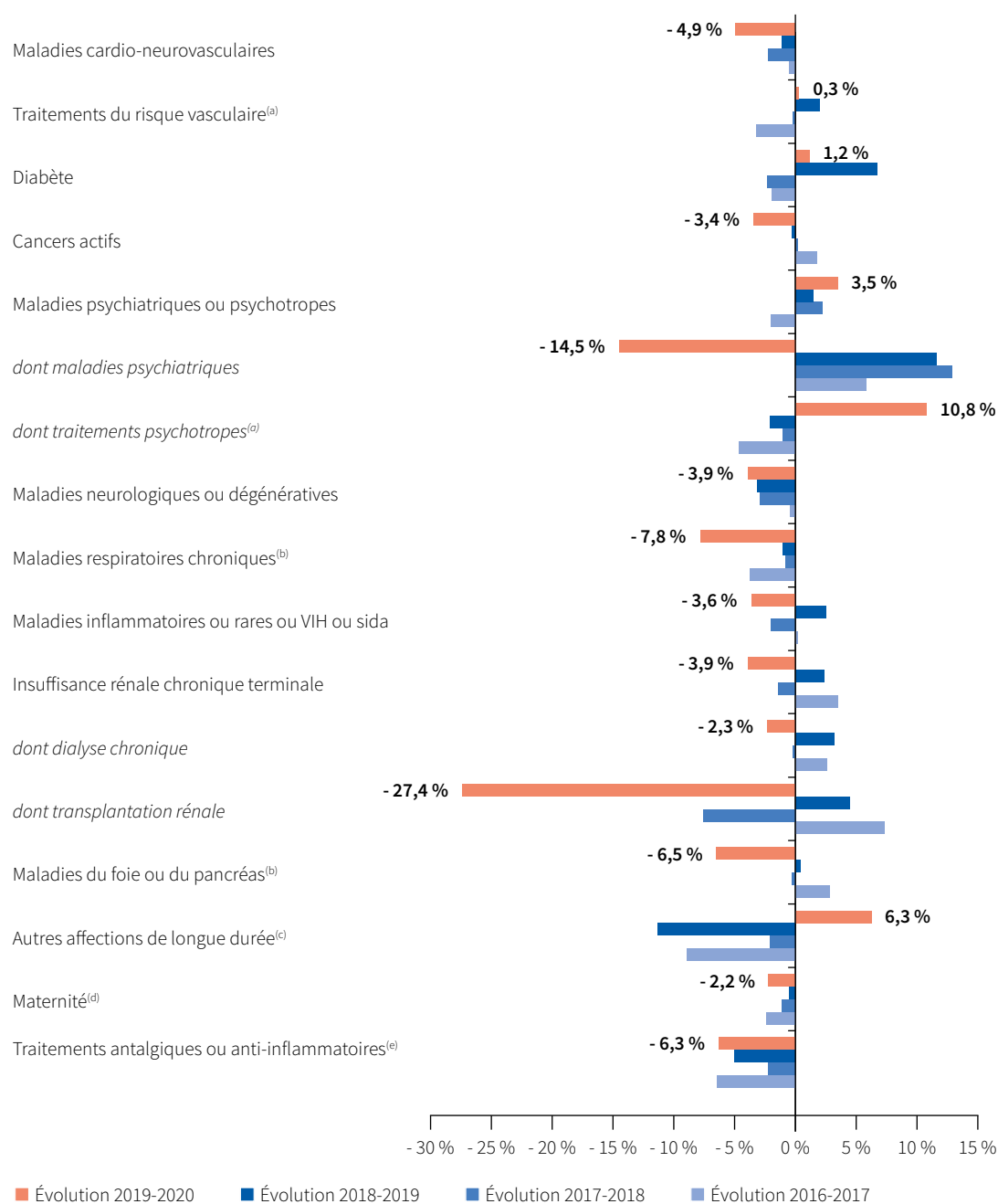
(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

FIGURE 14

Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

1.2.2.3 La baisse du recours aux soins hospitaliers et de ville : « hospitalisations ponctuelles » et « traitements antalgiques et anti-inflammatoires »

Les évolutions constatées sur la période pour la catégorie des hospitalisations ponctuelles reflètent exclusivement les effets de la crise sanitaire, avec la forte baisse des prises en charge hospitalières lors des deux premiers confinements liés à la pandémie. Le niveau de dépenses qui y est associé, en hausse régulière depuis 2015, a baissé de 4 milliards d'euros entre 2019 et 2020 (- 10,6 %), avec pour résultat une baisse de 1,8 milliard sur la totalité de la période⁹. Cette évolution s'explique par la baisse considérable du nombre de patients pris en charge entre 2019 et 2020, de l'ordre de 1,2 million (- 12,9 %, contre une augmentation continue, comprise entre 0,4 % et 2,5 % depuis 2015).

Une analyse des principaux motifs associés aux hospitalisations ponctuelles, présentée dans un rapport précédent¹⁰, avait montré qu'il s'agit majoritairement d'endoscopies digestives et d'actes chirurgicaux dans les domaines orthopédiques et ophtalmologiques. La baisse des effectifs constatée en 2020 traduit les retards accumulés lors des confinements dans les domaines du dépistage des cancers colorectaux, de la chirurgie prothétique ou de la cataracte, mais potentiellement aussi une moindre activité de traumatologie, liée à la baisse du nombre d'accidents constatés durant les confinements. On observe également une hausse de la dépense moyenne, nettement plus forte que les années précédentes (2,6 %, alors qu'elle ne dépassait pas les 0,6 % les années précédentes), traduisant probablement le caractère plus sévère, en 2020, des personnes avec des prises en charge hospitalières qualifiées de « ponctuelles » (pour des motifs qui ne correspondent pas aux groupes de pathologies repérés par ailleurs).

Le même constat est visible sur le recours aux soins de ville, avec une baisse des dépenses associées aux traitements antalgiques et anti-inflammatoires à partir de 2020 (- 5,9 %), même s'il s'agit davantage d'une rupture que d'une inversion de tendance, puisqu'entre 2016 et 2019 cette catégorie de traitement connaissait déjà des baisses de consommation régulières (à des niveaux toutefois moindres, ne dépassant pas - 2,8 %). Le nombre de personnes ayant eu recours aux traitements antalgiques et anti-inflammatoires a baissé de 24 %, alors qu'il diminuait au maximum de 7,7 % les années précédentes. Cette baisse porte principalement, entre 2019 et 2020, sur les effectifs incidents et est particulièrement visible sur les traitements par anti-

inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Figure 15). On observe par ailleurs une forte augmentation de la dépense moyenne (+ 23,8 % contre au maximum + 6,3 % les années précédentes), ce qui pourrait traduire une concentration des dépenses sur les personnes aux besoins de soins les plus élevés.

Parallèlement, les dépenses pour les personnes sans aucune pathologie (personnes n'ayant que des soins courants) ou avec des pathologies non repérables via les algorithmes de la cartographie (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers, etc.) ont augmenté de 1,4 milliard d'euros entre 2019 et 2020 (+ 12,8 %), plus de trois fois la hausse annuelle constatée depuis 2015, conduisant à une augmentation de 3,0 milliards d'euros sur l'ensemble de la période. On constate en 2020 une hausse de la croissance des effectifs (+ 2,1 %, correspondant à environ 762 000 individus supplémentaires, contre une croissance inférieure à 1,0 % les années précédentes) qui traduit le report vers cette catégorie d'une partie des personnes non prises en charge pour d'autres pathologies et en particulier des 1 200 000 hospitalisations ponctuelles en moins. L'augmentation des dépenses est aussi liée à la hausse de la dépense moyenne (+ 10,5 %, contre environ 3,0 % avant 2020).

Cette catégorie regroupe aussi les personnes atteintes de pathologies pour lesquelles aucun algorithme spécifique n'est disponible et qui ne nécessitent pas forcément de prise en charge hospitalière ou de mise en affectation de longue durée (ALD).

Il est intéressant de noter l'évolution de la structure des dépenses pour ces personnes, avec une augmentation de la part des prestations en espèces entre 2019 et 2020, passant de 26 % à 33 % (+ 1,3 milliard d'euros), correspondant vraisemblablement à la prise en charge des indemnités journalières dérogatoires pendant la pandémie (Figure 16).

Enfin, s'agissant des traitements chroniques par antalgiques ou anti-inflammatoires, le nombre de personnes ayant recours à ces traitements avait connu une baisse particulièrement importante à partir de 2017, entraînant une diminution des dépenses totales. Cette baisse des effectifs avait été constatée dans un rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en 2019¹¹ qui montrait qu'elle concernait essentiellement les antalgiques opioïdes faibles et qu'elle s'expliquait probablement par les nombreuses actions mises en place pour lutter contre le mésusage de la codéine chez les jeunes (recommandations¹², communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017).

⁹ Comme indiqué dans l'Encadré 2, ces dépenses ne comprennent pas les garanties de financement versées aux établissements hospitaliers.

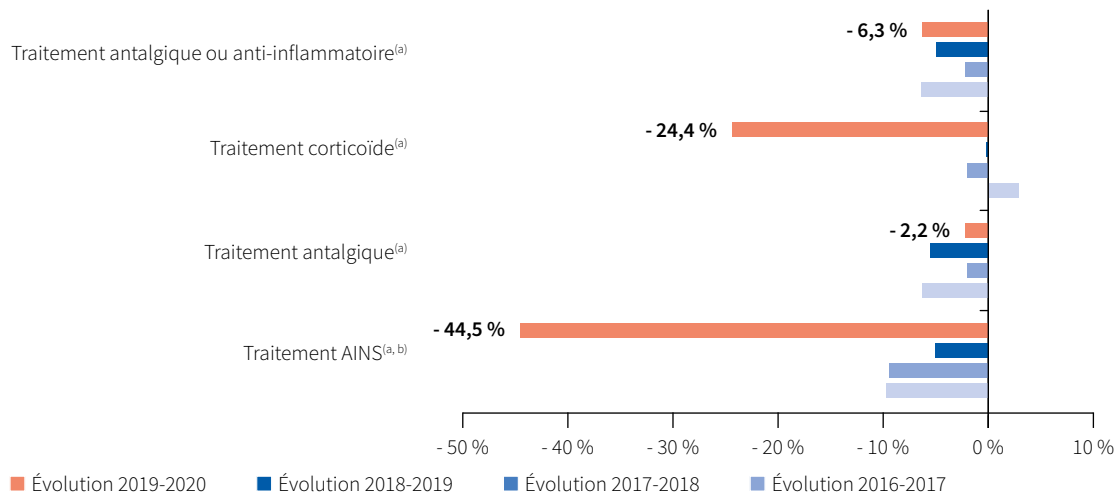
¹⁰ Les motifs des séjours hospitaliers qualifiés de « ponctuels » ont été explorés dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2018, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2017-rapport-propositions-pour-2018-charges-produits>

¹¹ En février 2019, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié un rapport sur la consommation des antalgiques : « État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques ».

¹² La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en janvier 2016 des recommandations de bonne pratique sur la « Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternative à la codéine ». En 2018, l'Académie nationale de médecine publie « Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades ».

FIGURE 15

Évolution des effectifs incidents pour les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires, pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)



(a) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations – (b) AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

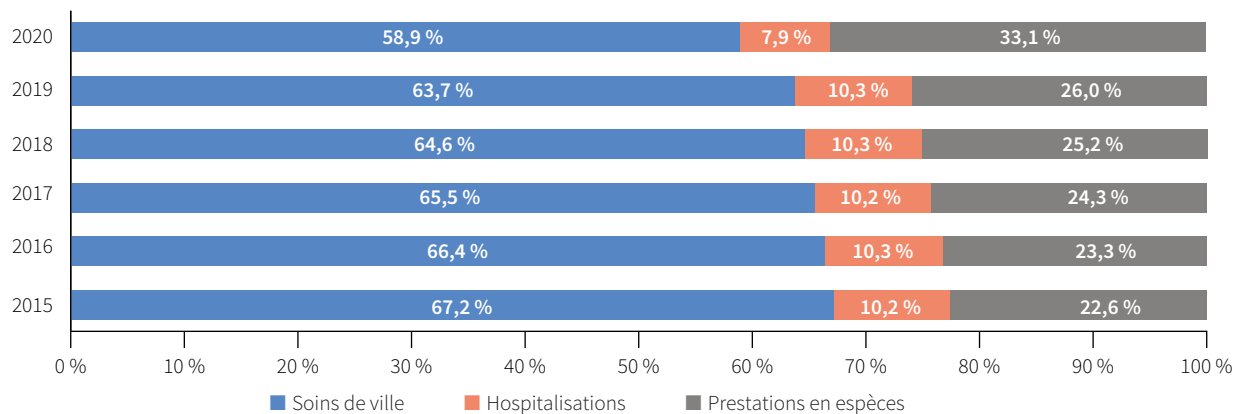
Note de lecture : l'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1 mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

FIGURE 16

Structure de la dépense totale pour les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins repérables par la cartographie, pour chacune des années entre 2015 et 2020



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

1.2.2.4 Maladies cardio-neurovasculaires aiguës et maladies neurologiques ou dégénératives : diminution en 2020 des effectifs pris en charge et des dépenses associées

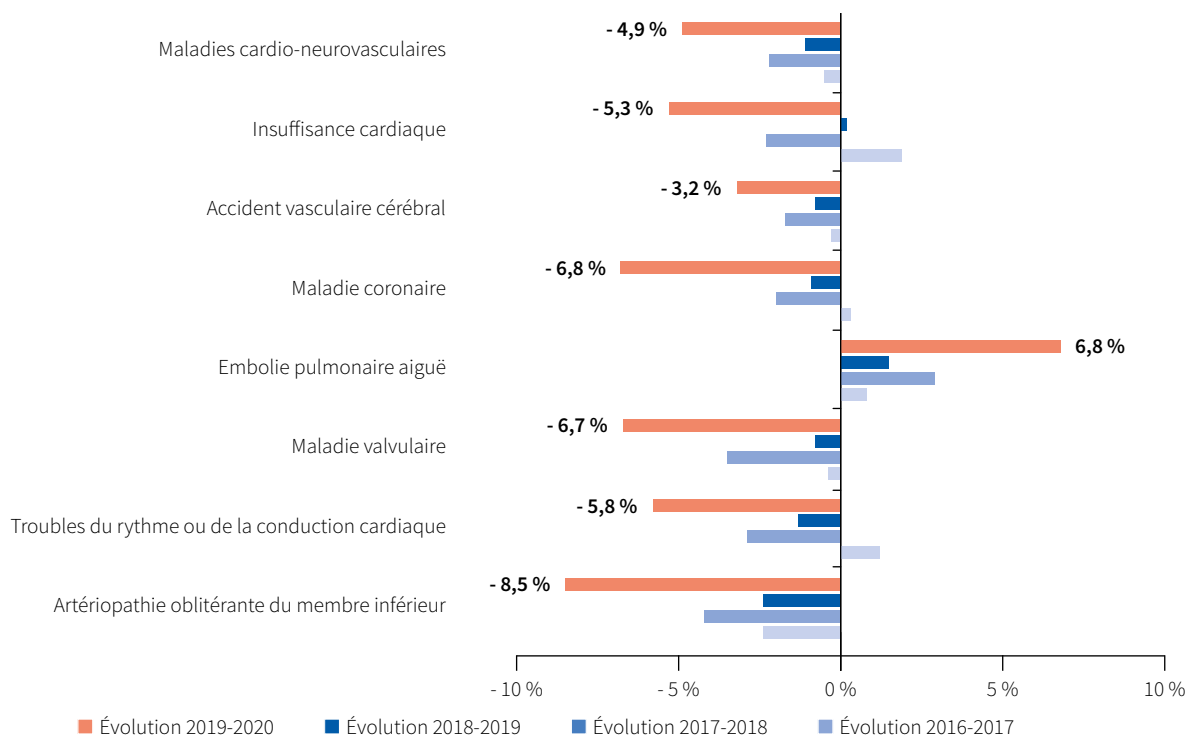
Les maladies cardio-neurovasculaires ont vu leur dépense globale diminuer de 0,7 % en 2020. Cela concerne davantage les pathologies aiguës (- 2,0 %), parmi lesquelles l'insuffisance cardiaque (IC) (- 6,6 %), que les pathologies chroniques (- 0,2 %). Les effectifs des maladies cardio-neurovasculaires aiguës ont fortement baissé entre 2019 et 2020 (- 5,1 %) par rapport aux années précédentes où on constatait une augmentation. Cette diminution est particulièrement marquée pour l'insuffisance cardiaque aiguë (- 10,5 % en 2020, contre une légère augmentation observée les années précédentes). Pour les pathologies cardio-neurovasculaires chroniques, les effectifs ont continué d'augmenter (+ 1,5 %) à un rythme toutefois moindre que les années précédentes. La baisse des effectifs des maladies cardio-neurovasculaires aiguës s'explique principalement par le

moindre repérage de ces pathologies en 2020, comme le montre l'évolution des effectifs incidents pour chacune des années entre 2016 et 2020 (Figure 17). L'hypothèse que la mortalité, que ce soit par Covid-19 ou par une autre cause, ait été plus importante en 2020 parmi les personnes atteintes de pathologies cardio-neurovasculaires non encore repérées ne peut, toutefois, pas être exclue. La seule pathologie pour laquelle les effectifs ont augmenté en 2020 est l'embolie pulmonaire aiguë, qui constitue une des complications avérées de la Covid-19. Parallèlement, la dépense moyenne pour les pathologies cardio-neurovasculaires aiguës a fortement augmenté en 2020 (+ 3,2 %, contre des valeurs inférieures à 1,5 % les années précédentes), traduisant une modification des prises en charge ou une concentration sur les cas les plus graves et probablement les plus coûteux.

La baisse des dépenses totales observée pour les maladies neurologiques ou dégénératives avoisinait 1 % en 2020. Les effectifs de ces pathologies ont aussi légèrement baissé (- 0,2 %), alors que la tendance était à la hausse les années précédentes (Figure 12). La dépense moyenne, quant à elle, n'évolue pas spécialement pour ces pathologies.

FIGURE 17

Évolution des effectifs incidents de maladies cardio-neurovasculaires pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)



Note de lecture : l'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1 mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

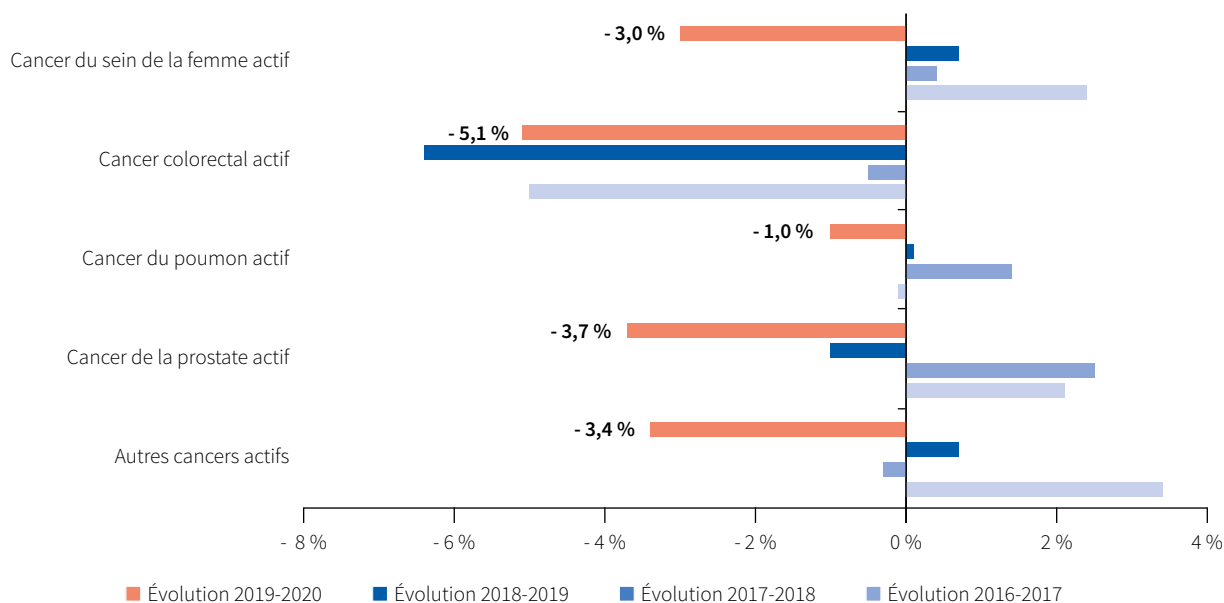
1.2.2.5 Cancers pris en charge : des évolutions spécifiques selon la localisation de la maladie

S'agissant des cancers, l'effet de la pandémie doit être analysé en distinguant les cancers en phase active de traitement (« cancers actifs ») des cancers sous surveillance. Aucune évolution notable n'est constatée pour les cancers sous surveillance. Pour les cancers actifs, les effectifs diminuent en 2020 (- 1,2 %), alors qu'ils augmentaient légèrement les années précédentes. Ce constat se reflète dans les incidences des cancers actifs du sein, de la prostate et des autres cancers, qui ralentissent fortement en

2020, laissant supposer une baisse du repérage de ces cancers [Figure 18]. Pour ces localisations, les patients nouvellement pris en charge composent l'essentiel des effectifs (plus de 50 %) [Figure 19]. Par ailleurs, la dépense moyenne des cancers actifs augmente de 6,1 %, davantage que les augmentations constatées les années précédentes. Ces constats sont concordants avec les travaux de l'Institut national du cancer (INCa)¹³ qui ont montré une baisse de l'ordre de 10 % du nombre de mammographies en 2020 et de 6 % des exérèses de tumeur. Ces constats sont également discutés dans le chapitre 3 du présent rapport, relatif à l'impact sur le système de santé et les parcours de soins de la pandémie.

FIGURE 18

Évolution des effectifs incidents des cancers actifs pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)



Note de lecture : l'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1 mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

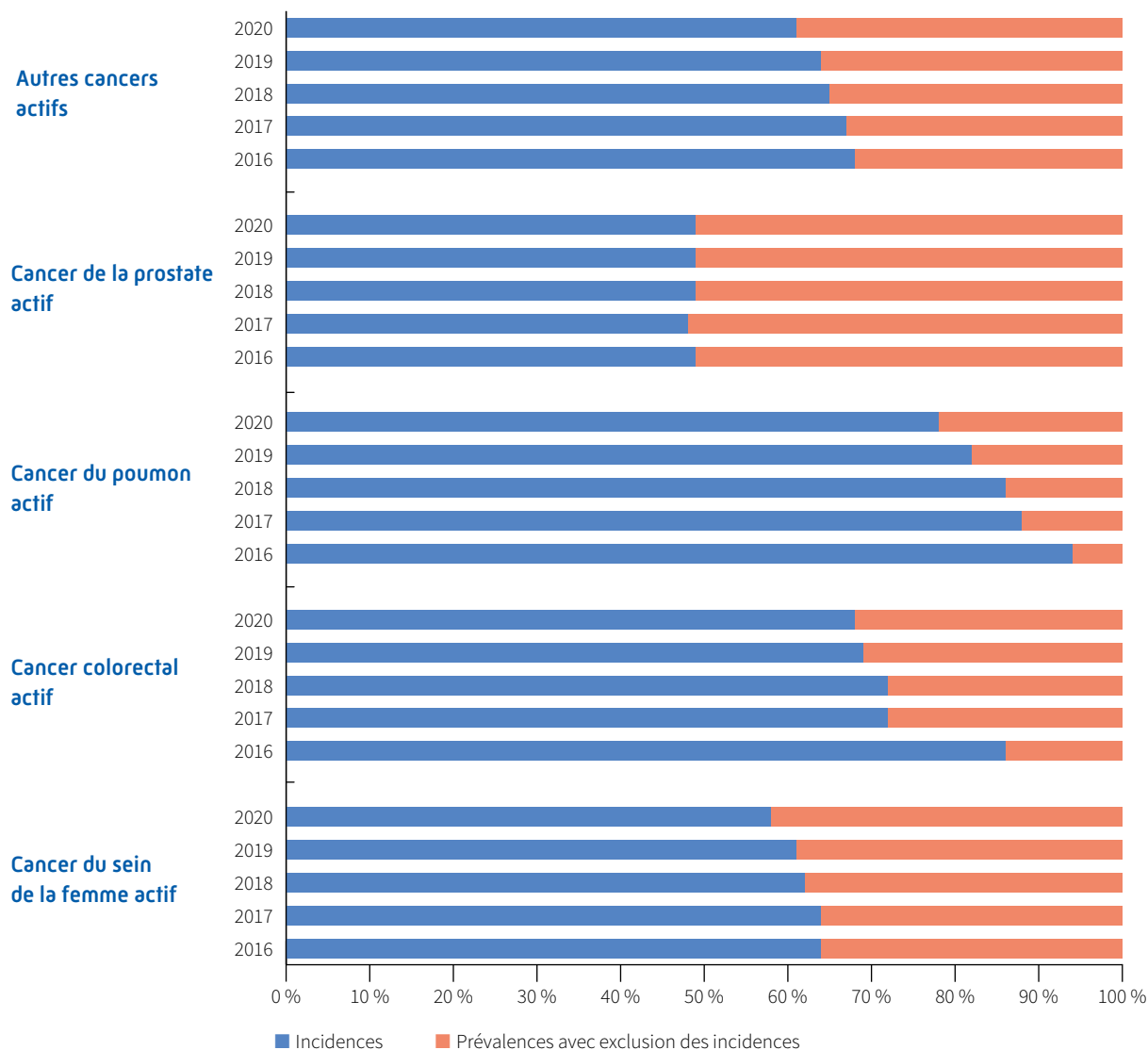
Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

13 Le Bihan Benjamin C, Simonnet JA, Rocchi M, Khati I, Ménard E, Houas-Bernat E, Méric JB, Bousquet PJ. Monitoring the impact of COVID-19 in France on cancer care: a differentiated impact. Sci Rep. 2022 Mar 10;12(1):4207. doi: 10.1038/s41598-022-07984-w. PMID: 35273304; PMCID: PMC8908298.

FIGURE 19

Part des effectifs incidents parmi les personnes prises en charge pour un cancer actif, pour chacune des années entre 2016 et 2020, selon la localisation (en pourcentage)



Note de lecture : l'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1 mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

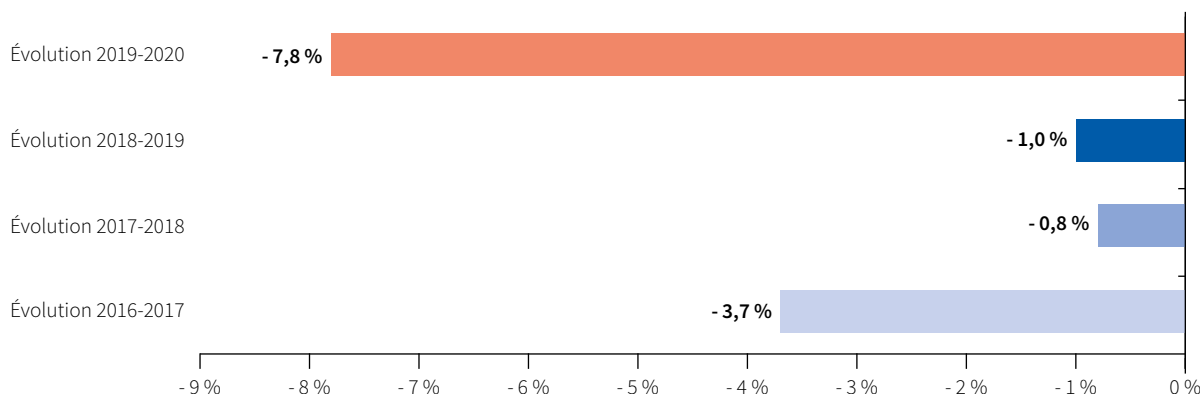
1.2.2.6 Moins de maladies respiratoires chroniques en 2020 : une conséquence des mesures de lutte contre la Covid-19 ?

La baisse des dépenses associées à la prise en charge des maladies respiratoires chroniques en 2020 est liée à la baisse des effectifs, avec une diminution particulièrement importante des effectifs incidents (- 7,8 % contre au maximum - 3,7 % les années

précédentes) (Figure 20). Par ailleurs, la part des dépenses hospitalières affectée aux maladies respiratoires chroniques baisse de près de 6 points en 2020 (de 28 % à 22 %), ce qui peut être envisagé comme une conséquence bénéfique des mesures de lutte contre la Covid-19, avec une diminution des exacerbations aiguës d'asthme et de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

FIGURE 20

Évolution des effectifs incidents de maladies respiratoires chroniques, pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)



Note de lecture : l'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1 mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

1.2.2.7 Santé mentale : une baisse des prises en charge hospitalières et une consommation accrue de psychotropes en 2020

Les dépenses liées à la prise en charge des maladies psychiatriques ont fortement ralenti en 2020, avec une augmentation de seulement 0,3 % alors qu'elles augmentaient d'au moins 2,0 % chacune des années précédentes. Ce ralentissement est principalement dû à la baisse importante des dépenses affectées aux troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance (diminution de 100 millions d'euros environ, soit - 8 % par rapport à 2019), et dans une moindre mesure aux baisses constatées pour les autres troubles psychiatriques et pour les troubles addictifs (- 33 millions d'euros, soit environ - 2 %, pour chacun des deux groupes) (Figure 21).

La baisse des dépenses liées à la prise en charge des personnes avec un trouble psychiatrique ayant débuté dans l'enfance est liée à la forte diminution de la dépense moyenne par individu (- 11 % entre 2019 et 2020, correspondant à environ - 711 euros par assuré), traduisant probablement les difficultés à maintenir une prise en charge et un suivi réguliers lors des périodes de confinement.

Pour les autres troubles psychiatriques et les troubles addictifs, cette baisse est expliquée par la diminution des effectifs de personnes prises en charge, baisse d'effectifs constatée aussi pour les personnes avec déficience mentale ou troubles névrotiques et de l'humeur et qui poursuivent des tendances déjà en cours avant 2020 (sauf pour les troubles addictifs, dont l'évolution sur la période reflète la diffusion des traitements substitutifs, comme mentionné plus avant). On observe parallèlement une augmentation importante de la dépense moyenne, reflétant une modification des prises en charge, avec potentiellement une

concentration du recours sur des cas plus sévères. Cette augmentation de la dépense moyenne par individu est importante notamment pour les troubles psychotiques (+ 3,1 % entre 2019 et 2020, correspondant à environ 310 euros de hausse).

À l'inverse, les dépenses pour la catégorie de personnes ayant recours à des traitements psychotropes (sans diagnostic repéré de maladie psychiatrique) (Figure 22) ont augmenté de 6,2 % en 2020, en rupture avec les valeurs observées les années précédentes qui ne dépassaient pas + 1,3 %. L'évolution de la dépense moyenne par assuré est stable sur l'ensemble de la période, contrairement aux effectifs qui augmentent de 2,3 % en 2020, alors qu'ils diminuaient de plus de 2 % les années précédentes. L'augmentation des effectifs s'explique en partie par une augmentation des cas incidents en 2020 (Figure 22). Cette augmentation résulte du recours accru aux anxiolytiques et dans une moindre mesure aux hypnotiques pendant et autour des périodes de confinement. Ces résultats sont cohérents avec les effets de la pandémie de Covid-19 sur le recours aux soins mis en avant par d'autres travaux. Le rapport du groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare sur « [l']usage des médicaments de ville en France », durant l'épidémie de Covid-19, après les huit semaines de confinement et une semaine de post-confinement, avait déjà mis en évidence une hausse plus forte qu'attendue de la consommation d'hypnotiques au sortir du confinement¹⁴. En plus de l'augmentation de la consommation de psychotropes directement en lien avec les effets de la pandémie sur la santé mentale, il est aussi possible qu'une partie de la baisse des effectifs des maladies psychiatriques se fasse au profit des effectifs de cette catégorie, du fait de l'absence de prise en charge hospitalière pour certains patients (Encadré 2).

¹⁴ Rapport disponible en ligne : <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-de-ville-en-france-rapport4/>

FIGURE 21

Taux de croissance annuels des dépenses et des effectifs pour les maladies psychiatriques, entre 2015 et 2020 (en pourcentage)

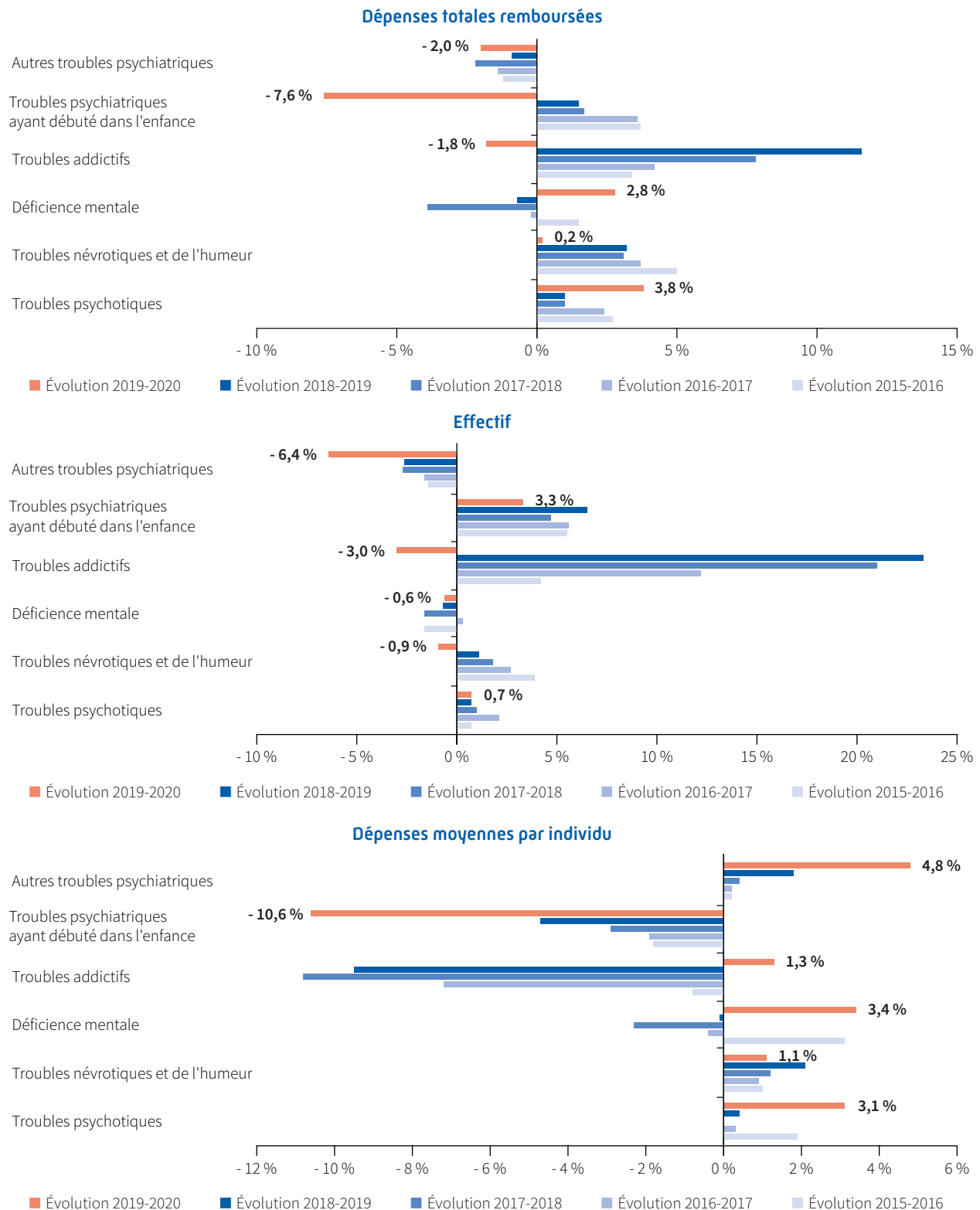
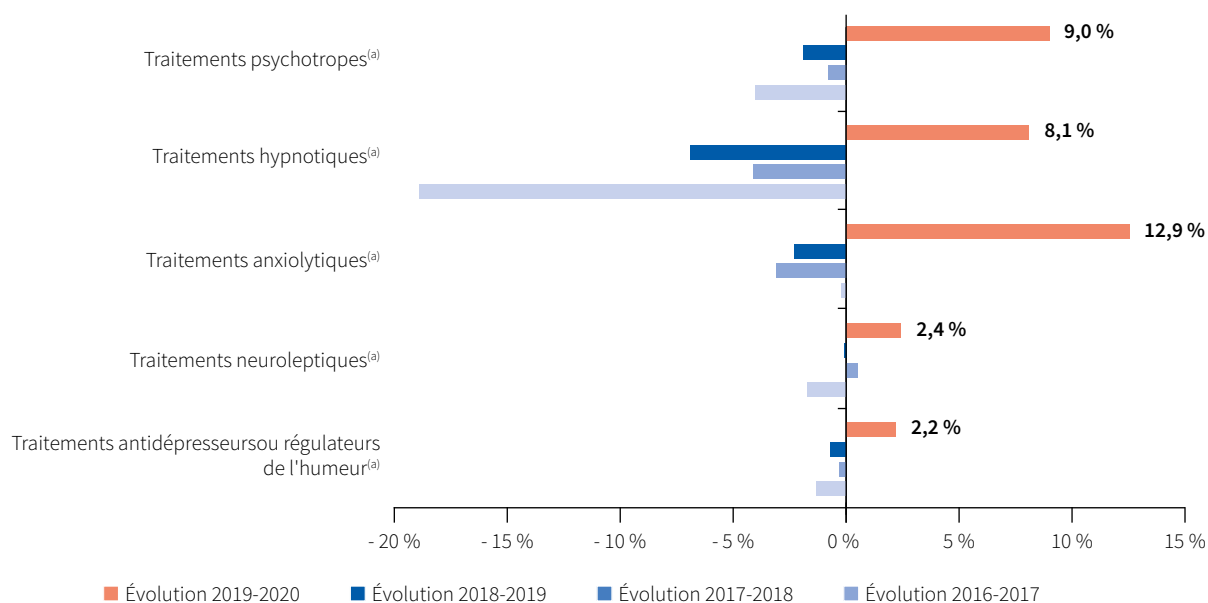


FIGURE 22

Évolution des effectifs incidents de traitements psychotropes pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)



(a) Avec ou sans pathologies

Note de lecture : l'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1 mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

1.2.2.8 L'insuffisance rénale chronique : continuité de la prise en charge des dialyses, mais fort recul des transplantations

Pour l'insuffisance rénale chronique, la dépense totale augmente également en 2020, mais à un rythme plus soutenu que les années précédentes. La dépense totale affectée aux personnes en dialyse chronique augmente davantage en 2020 (+ 3,4 % contre une croissance annuelle entre + 0,6 % et + 1,2 % depuis 2016) en raison du cumul de l'augmentation des effectifs (+ 2,8 % contre + 2,3 % l'année précédente) et de l'augmentation de la dépense moyenne (+ 0,5 %, alors qu'elle diminuait les années précédentes). Les dialyses chroniques représentent la composante majoritaire au sein de cette catégorie (autour de 56 % des effectifs, contre 4 % pour les personnes transplantées au cours de l'année et 40 % pour celles en suivi de transplantation rénale) et masquent ainsi la forte diminution des effectifs de transplantation rénale (- 27,4 % entre 2019 et 2020), alors que ces effectifs avaient tendance à augmenter les années précédentes. Cette baisse des transplantations pendant la pandémie, déjà constatée par l'agence de biomédecine¹⁵, a plus particulièrement concerné les organes pour lesquels il existe un traitement de suppléance, comme le rein ou le pancréas.

1.2.2.9 Diabète, maladies du foie ou du pancréas, traitements du risque vasculaire et maladies inflammatoires ou rares ou VIH : un effet moindre ou nul de la Covid-19

Les dépenses affectées à la prise en charge du groupe comportant les maladies inflammatoires, les maladies rares, le VIH et le sida augmentent de 3,4 % en 2020, dans la moyenne des évolutions annuelles constatées les années précédentes. En revanche, on assiste à un ralentissement des effectifs à partir de 2020 (+ 2,6 % contre + 3,6 % en 2019), ainsi qu'à une augmentation de la dépense moyenne (+ 0,8 %), quand elle diminuait les années précédentes (autour de - 1,5 %).

Les dépenses affectées à la prise en charge des maladies du foie ou du pancréas diminuent presque chaque année depuis 2015, du fait de la baisse importante de la dépense moyenne par patient, en lien avec les baisses successives des prix pour les nouveaux traitements de l'hépatite virale chronique C (les antiviraux à action directe (AAD) de deuxième génération) les années qui ont suivi leur mise sur le marché¹⁶. Le suivi du recours à ces traitements AAD est présenté ci-contre [Encadré 3].

15 L'agence de biomédecine a évalué la baisse du nombre total de greffes en France entre 2019 et 2020 à 25 %. Cette baisse d'activité a été moins marquée pour les organes pour lesquels il n'existe pas de traitement de suppléance (- 13 % pour le cœur, - 17 % pour le foie et - 26 % pour le poumon, contre - 29 % pour le rein et - 60 % pour le pancréas).

16 Parmi les nombreux travaux à ce sujet, la diffusion de ces traitements a aussi été étudiée dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2020-rapport-propositions-pour-2021-charges-produits>

La baisse des dépenses est variable selon les années et ne présente pas de lien apparent avec la pandémie. En revanche, les effectifs de patients pris en charge pour une maladie du foie ou du pancréas ont baissé en 2020, après avoir augmenté régulièrement entre 2015 et 2019.

Pour les personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire, on n'observe pas d'évolution notable entre 2019 et 2020. Les dépenses affectées à cette catégorie ont baissé d'environ 1,5 % chaque année entre 2015 et 2018, pour augmenter en 2019 (+ 1,0 %) et en 2020 (+ 0,7 %). La baisse constatée

jusqu'en 2018 concernait exclusivement les personnes traitées par hypolipémiants en prévention primaire et était vraisemblablement en lien avec la remise en cause de l'efficacité de ces traitements en prévention primaire. Les dépenses mobilisées pour les personnes traitées par antihypertenseurs en prévention primaire ont été quant à elles relativement stables.

Enfin, les évolutions relatives au diabète ne montrent pas de différences notables avec les évolutions observées les années précédentes.

ENCADRÉ 3

SUIVI DES ANTIVIRAUX À ACTION DIRECTE (AAD) DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C CHRONIQUE ENTRE 2014 ET 2022

En 2016, environ 133 000 personnes étaient atteintes d'une hépatite C chronique, dont 26 000 (19 %) ne connaissaient pas leur infection¹⁷. La possibilité d'éliminer l'hépatite C est devenue une réalité grâce aux antiviraux à action directe (AAD). Commercialisés depuis fin 2013 en France, ils ont bouleversé la thérapeutique : les taux de guérison de l'infection supérieurs à 95 %, associés à des profils de tolérance très satisfaisants par rapport aux anciens traitements selon les études cliniques, se sont confirmés en vie réelle. Le dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) et la mise sous traitement rapide représentent des enjeux majeurs dans un objectif d'éradication de la maladie en France à l'horizon 2030. Ainsi, le programme national de santé publique¹⁸ « Priorité prévention » 2018-2022 a fixé deux objectifs : une diminution de 90 % de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues par rapport à 2011, et une réduction de 65 % de la prévalence de l'hépatite C chronique en population adulte par rapport à 2014 grâce à l'accès au traitement, soit un objectif de 120 000 personnes traitées entre 2014 et fin 2022.

Les données de remboursement collectées par l'Assurance Maladie permettent de suivre la consommation des différents AAD et leurs conditions d'utilisation. Deux *Points de repère*¹⁹ et une publication dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*²⁰ de Santé publique France (SPF) ont synthétisé ces données de suivi. Les résultats suivants ont pour objectif d'actualiser ces données jusqu'en septembre 2021. Les dépenses sont calculées sur la base des prix publics des médicaments, qui ne prennent pas en compte les mécanismes de régulation des dépenses ni les remises négociées par le Comité économique des produits de santé (Ceps).

Entre janvier 2014 et septembre 2021, près de 95 500 patients²¹ ont initié un traitement par AAD pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de plus de 4,5 milliards d'euros. Cela équivaut à 85 900 patients guéris de l'hépatite C chronique avec l'hypothèse d'un taux de guérison de 90 %, légèrement plus faible que celui constaté dans les études observationnelles, pour tenir compte de possibles défauts d'observance.

Malgré ces chiffres qui traduisent un très haut niveau de couverture assuré sur une courte période, l'objectif de 120 000 personnes traitées fin 2022 sera difficilement atteignable ; à la fin du 3^e trimestre 2021, il est atteint à 80 %.

Une forte augmentation du nombre de patients ayant initié un traitement par AAD jusqu'en 2017 suivie d'une baisse

L'ouverture du périmètre de prise en charge des AAD depuis l'année 2014, où seuls les patients les plus graves bénéficiaient d'une prise en charge des AAD jusqu'à l'accès universel des AAD à toutes les personnes vivant avec le VHC en août 2017, a conduit à une augmentation du nombre de patients ayant initié un traitement par AAD : 11 500 en 2014 ; 13 904 en 2015 ; 14 291 en 2016 et 19 248 en 2017 (Figure 23). L'année 2017 est atypique avec un nombre très important de personnes initiant un traitement par AAD. Cette augmentation est particulièrement visible sur le 1^{er} semestre 2017, donc avant l'ouverture du périmètre de prise en charge des AAD (août 2017), au moment de la commercialisation de Zepatier® en janvier et Epclusa®



17 2016, France métropolitaine, « Prévalence des hépatites chroniques C et B et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest ». L. Saboni et coll., BEH sept 2019.

18 Comité interministériel pour la santé. « Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie », 2018-2022. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2018. 47 p. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/>

19 « Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C : retour sur 18 mois de prise en charge par l'Assurance Maladie », n° 44 de février 2016 et « Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C chronique : retour sur 4 ans de prise en charge par l'Assurance Maladie », n° 52 de mai 2019, *Points de repère*, Cnam.

20 « Les antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C chronique : retour sur 4 ans de prise en charge par l'Assurance Maladie (janvier 2014-décembre 2017) », BEH, septembre 2019, SPF.

21 Patients ayant initié un traitement par antiviraux à action directe (AAD) (sans délivrance d'AAD dans les six mois précédents).

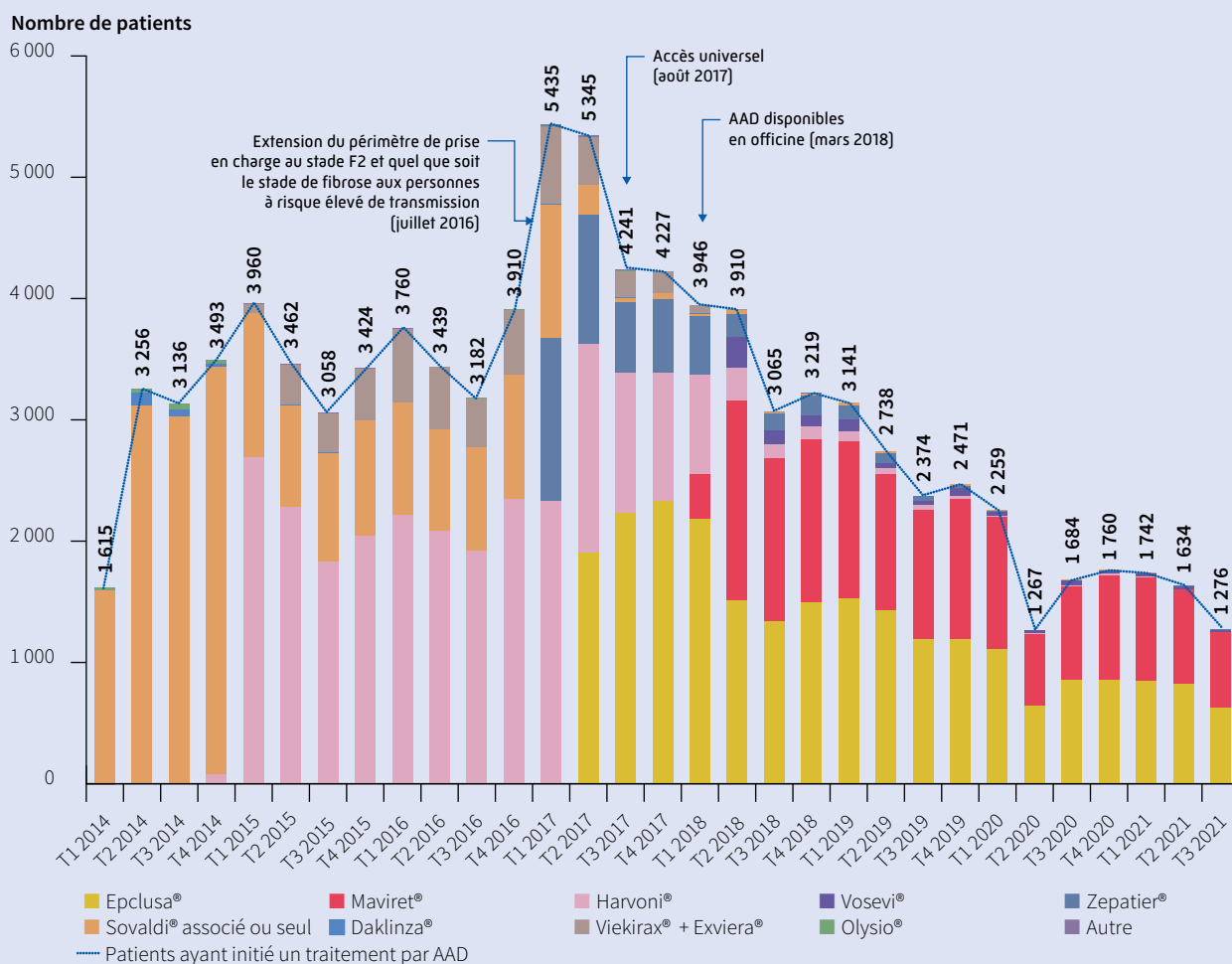
▼
en avril. Après 2017, le nombre de patients ayant initié un traitement par AAD diminue : 14 140 en 2018, 10 724 en 2019, 6 970 en 2020 et 4 652 sur les 3 premiers trimestres 2021. Le 1^{er} semestre 2018 se distingue tout de même par un nombre de patients

assez élevé, certainement dynamisé par la possibilité d'obtenir les AAD en officine de ville et non plus seulement en pharmacie hospitalière. Le 2^e trimestre 2020 est marqué par une baisse importante des patients initiés durant le premier confinement lié à la pandémie de Covid-19 (avril-mai

2020) où l'accès aux professionnels de santé était compliqué. L'observation du nombre de patients initiés par mois montre que les autres confinements de 2020 et 2021 n'ont pas eu le même impact.

FIGURE 23

Nombre de patients ayant initié un traitement par antiviraux à action directe (AAD) par trimestre, selon la stratégie thérapeutique



L'initiation à un traitement par AAD est définie ici comme une primodélivrance sans aucune délivrance préalable dans les six mois précédents. Ainsi, un patient peut avoir initié plusieurs fois (retraitement) un AAD. La part de patients « retraités » est de 1,3 % sur la dernière période étudiée de juillet 2019 à septembre 2021. À titre de comparaison, elle était de 2 % en moyenne en 2014-2017.

Les caractéristiques démographiques et médicales des patients ayant initié un traitement par AAD ont évolué au cours du temps

L'extension du périmètre de prise en charge des AAD à des patients ayant une hépatite C chronique moins sévère évoluant depuis moins d'années a fait baisser l'âge moyen des patients lors de leur initiation : de

57,8 ans en moyenne en 2014-2015, il est passé à 55 ans en 2016-2017 et atteint 53,7 ans en 2020.

Les données de la littérature montrent l'existence d'un facteur protecteur du sexe féminin sur les maladies du foie par une vitesse de progression de la fibrose et un risque de carcinome hépatocellulaire



moindres. Effectivement, le nombre de patients initiés à un AAD en 2020 est de 14,2 pour 100 000 hommes et presque moitié moins pour les femmes (7,5 pour 100 000 femmes). Les femmes traitées par AAD représentaient 35 % des patients en 2014-2015. Sous l'effet de l'extension de la prise en charge à des patients moins sévères, la proportion de femmes traitées a augmenté à 43 % en 2016-2018, mais elle tend à diminuer depuis : 39 % en 2019 pour revenir à 36 % en 2020. Par ailleurs, les femmes traitées par AAD sont plus âgées que les hommes : 77 % sont âgées de 50 ans et plus en 2020 (88 % en 2014-2015) contre 61 % pour les hommes (75 % en 2015-2015). Les patients identifiés comme pris en charge pour une infection par le VIH²² représentaient 13 % de l'ensemble des patients ayant initié un AAD entre 2014 et 2017 avec un pic à 18-19 % en 2015-2016 explicable par l'accès universel aux AAD de cette population dès 2014. Depuis 2017, cette part reste stable : 7 % de patients VIH parmi l'ensemble des patients initiés à un traitement par AAD.

Plus de patients ayant initié un traitement par AAD en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Occitanie

Depuis 2014, c'est en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Occitanie qu'il y a eu le plus de patients ayant initié un traitement par AAD rapporté à la taille de leur population. Ainsi 230 patients ont initié un traitement par AAD sur 100 000 habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur, 206 en Occitanie et 197 en Île-de-France, la moyenne nationale étant de 146. À l'inverse, il y a eu 74 patients ayant initié un traitement par AAD pour 100 000 habitants des Hauts-de-France et 86 dans les Pays de la Loire. Il est difficile d'interpréter ces différences qui sont très liées aux variations régionales de prévalence de l'hépatite C, mais qui peuvent peut-être aussi relever d'une différence de prise en charge.

Entre 2014 et 2017, le nombre annuel de patients initiés a augmenté dans toutes les régions, à l'exception de la Corse, où il est resté globalement stable. La Nouvelle-Aquitaine et la Bretagne sont les régions où l'évolution a été la plus importante. Entre 2017 et 2020, le nombre annuel de patients ayant initié un traitement par AAD a diminué dans toutes les régions mais cette diminution a été plus modérée en Corse et en Bourgogne-Franche Comté.

Des prescripteurs et une délivrance d'AAD qui ont évolué en fonction des conditions de prise en charge

Si jusqu'en mars 2018 les AAD étaient intégralement délivrés en pharmacie hospitalière dans le cadre de la rétrocession, avec leur disponibilité en ville, la majorité des patients initiés se sont très rapidement tournés vers les officines. Au 2^e trimestre 2018, 47 % des patients initiés ont eu une délivrance d'AAD en ville, 59 % au 3^e trimestre et ce pourcentage augmente chaque trimestre pour atteindre les 85 % depuis le 4^e trimestre 2020.

Depuis l'ouverture de la prescription de deux AAD pangénotypiques (Epclusa® et Maviret®) aux médecins généralistes en mai 2019, la proportion de patients initiés à un traitement par AAD prescrit par un généraliste reste faible, de l'ordre de 6 %. La majorité des prescriptions sont hospitalières (71 % des patients initiés) et 20 % sont rédigées par un gastro-entérologue libéral exerçant en cabinet de ville ou en clinique privée.

Plus de 4,5 milliards d'euros d'AAD pour le traitement d'une hépatite C chronique remboursés depuis 2014

Les remboursements d'AAD ont évolué depuis 2014 en fonction du nombre de personnes traitées, de leurs prix faciaux mais aussi des durées de traitement.

Sur les 18 premiers mois de commercialisation, 1,6 milliard

d'euros ont été remboursés, soit plus du tiers (35 %) des remboursements jusqu'à septembre 2021, et ce malgré une baisse des prix des AAD par rapport à leurs prix en ATU (autorisation temporaire d'utilisation) début 2015 et une durée de traitement qui tend à se raccourcir²³, les patients les plus graves ayant été traités en priorité.

Ensuite, les remboursements trimestriels se stabilisent autour de 190 millions d'euros jusqu'en 2017, année où il y a eu le plus de patients traités mais aussi des baisses de prix. À partir de 2018, il y a une baisse constante des remboursements parallèlement à la baisse du nombre de patients traités, conjuguée à une baisse des durées de traitement.

En fin de période d'observation (2020-2021) pour les AAD les plus représentés, 89 % des patients traités par Epclusa® ont une durée de traitement comprise entre 12 et 16 semaines²⁴ et 87 % des patients traités par Maviret® avaient une durée de traitement compris entre 8 et 11 semaines, ce qui est conforme à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et aux avis de la Commission de la transparence (CT) de la Haute Autorité de santé (HAS). La durée de traitement peut être variable selon les individus en fonction de leur génotype, de leur traitement antérieur et de la présence d'une cirrhose. Si Sovaldi® représentait la quasi-totalité des dépenses des AAD au début de l'année 2014, la structure de prescription a été considérablement modifiée à chaque nouvelle commercialisation d'AAD. Harvoni® devient majoritaire en termes de remboursement dès 2015 jusqu'à l'arrivée d'Epclusa® en janvier 2017 et juste après celle de Maviret® en avril. Ces deux derniers médicaments représentent la quasi-totalité des remboursements depuis le 2^e trimestre 2018.



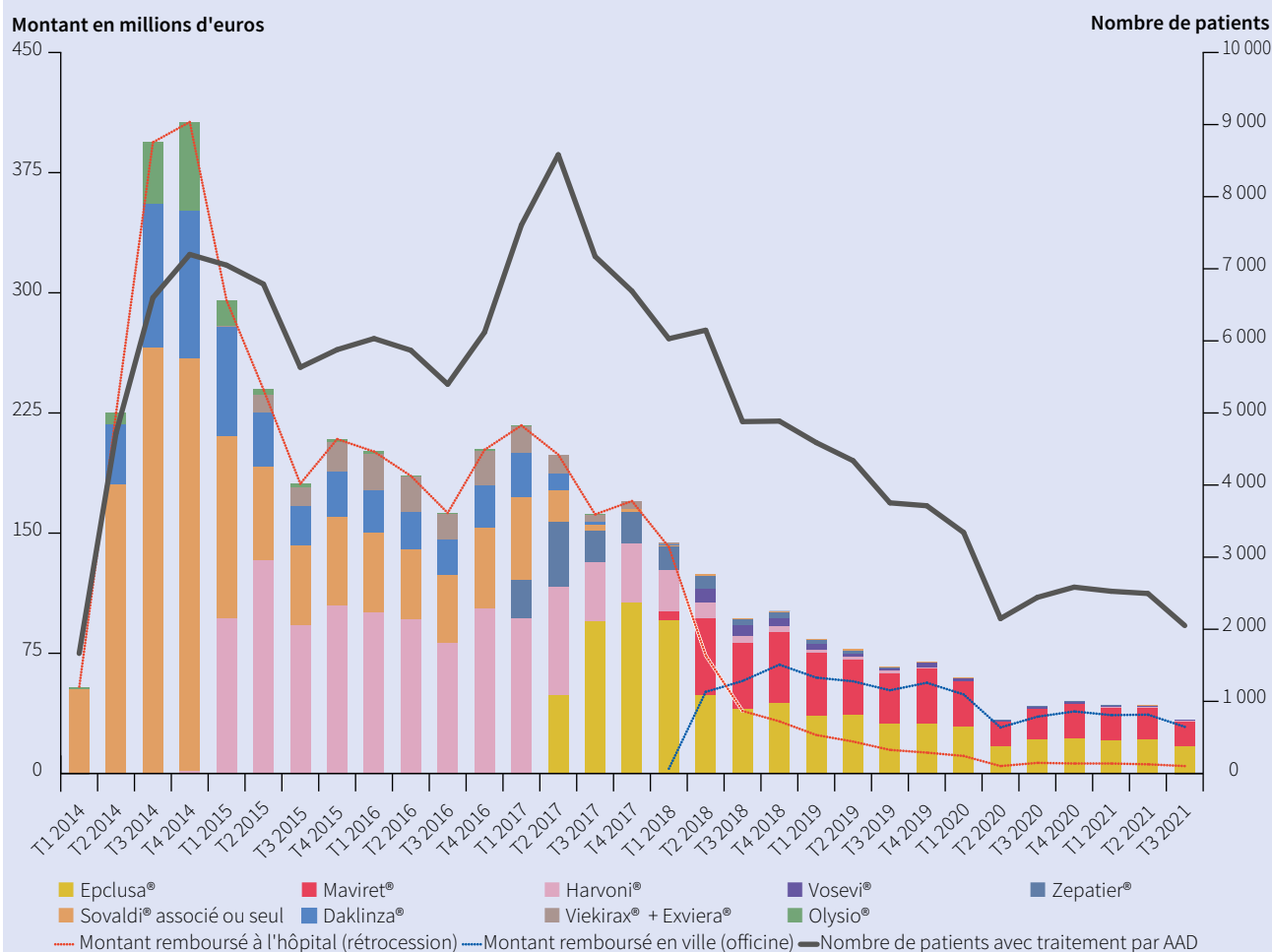
22 Personnes prises en charge pour une infection par le VIH, repérées par la prise en charge en affection de longue durée (ALD) n° 7 et/ou le fait d'avoir eu au moins trois délivrances d'anti-rétroviraux spécifiques du VIH remboursées.

23 « Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C : retour sur 18 mois de prise en charge par l'Assurance Maladie », n° 44 de février 2016, *Points de repère*, Cnam.

24 Calculs sur les patients initiés une seule fois entre juillet 2019 et septembre 2020 (au moins un an d'observation) et gardant la même stratégie thérapeutique.

FIGURE 24

Montants remboursés d'antiviraux à action directe (AAD) par trimestre, selon la stratégie thérapeutique (en millions d'euros)



Évolution des conditions de prescription, de délivrance et de prise en charge des AAD par l'Assurance Maladie

L'encadrement de la prescription et de la délivrance des AAD initialement décidé par les autorités de santé visait à maximiser leur apport attendu et à assurer l'égalité de leur mise à disposition sur l'ensemble du territoire national, tout en répondant au besoin de vigilance vis-à-vis d'une nouvelle classe de médicaments dont les effets indésirables et les interactions médicamenteuses à moyen terme n'étaient pas connus (instruction ministérielle du 28 décembre 2014). Ainsi :

- la prescription d'AAD était réservée aux spécialistes en hépato-gastro-entérologie, médecine interne et infectiologie exerçant en établissement de santé ;
- l'initiation d'un traitement par un AAD était conditionnée à l'avis donné par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) réalisée dans un service expert de lutte contre les hépatites virales ;
- les AAD étaient pris en charge pour les patients adultes atteints d'hépatite C, en association avec d'autres médicaments, ayant un stade de fibrose hépatique F2 sévère, F3 ou F4 ; et quel que soit le stade de fibrose hépatique pour

les patients co-infectés par le VIH, atteints de cryoglobulinémie mixte (II et III) systémique et symptomatique, ou de lymphome B ; l'inscription des AAD était limitée à la liste à l'usage des collectivités et à la liste de rétrocession ;

– leur délivrance, pour les patients non hospitalisés, était limitée aux pharmacies à usage intérieur (PUI) autorisées à rétrocéder.

L'instruction ministérielle du 30 avril 2015 a permis l'ouverture de RCP aux services d'hépatologie qui en faisaient la demande, hors service expert de lutte contre les hépatites virales.



L'instruction ministérielle du 28 juillet 2016 a étendu le périmètre de prise en charge aux personnes ayant une hépatite C chronique au stade de fibrose hépatique F2 et quel que soit le stade de fibrose aux personnes en attente ou ayant fait l'objet d'une transplantation d'organe, en hémodialyse, présentant des manifestations extrahépatiques du VHC, infectées par le virus de génotype 3 ou co-infectées par un virus à tropisme hépatique ainsi qu'aux personnes à risque élevé de transmission (dont désir de grossesse, usagers de drogues, personnes détenues).

L'instruction ministérielle du 6 août 2017 pose le cadre de l'accès universel aux AAD en élargissant, d'une part, leur prise en charge à tous les stades de fibrose hépatique pour les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché, et en limitant, d'autre part, la tenue d'une RCP pour les seules situations particulières suivantes : patients en échec d'un premier traitement par AAD, insuffisants rénaux, hémodialysés ou transplantés rénaux, ayant une cirrhose grave, un carcinome hépatocellulaire ou un antécédent de carcinome hépatocellulaire, en pré ou post-transplantation hépatique,

co-infectés par le VIH, le virus de l'hépatite B (VHB) ou un autre virus à tropisme hépatique.

Enfin, à compter de mars 2018, les AAD commercialisés ont été inscrits sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux et sont disponibles en officine. Ainsi, le seul encadrement qui perdure en 2018 pour les AAD est la prescription d'origine hospitalière et réservée aux spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, en médecine interne ou en infectiologie.

1.3 CARTOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ LIBÉRALES

1.3.1

Démographie des professionnels de santé libéraux et évolutions notables depuis 2000

1.3.1.1 Les professionnels de santé libéraux en 2021

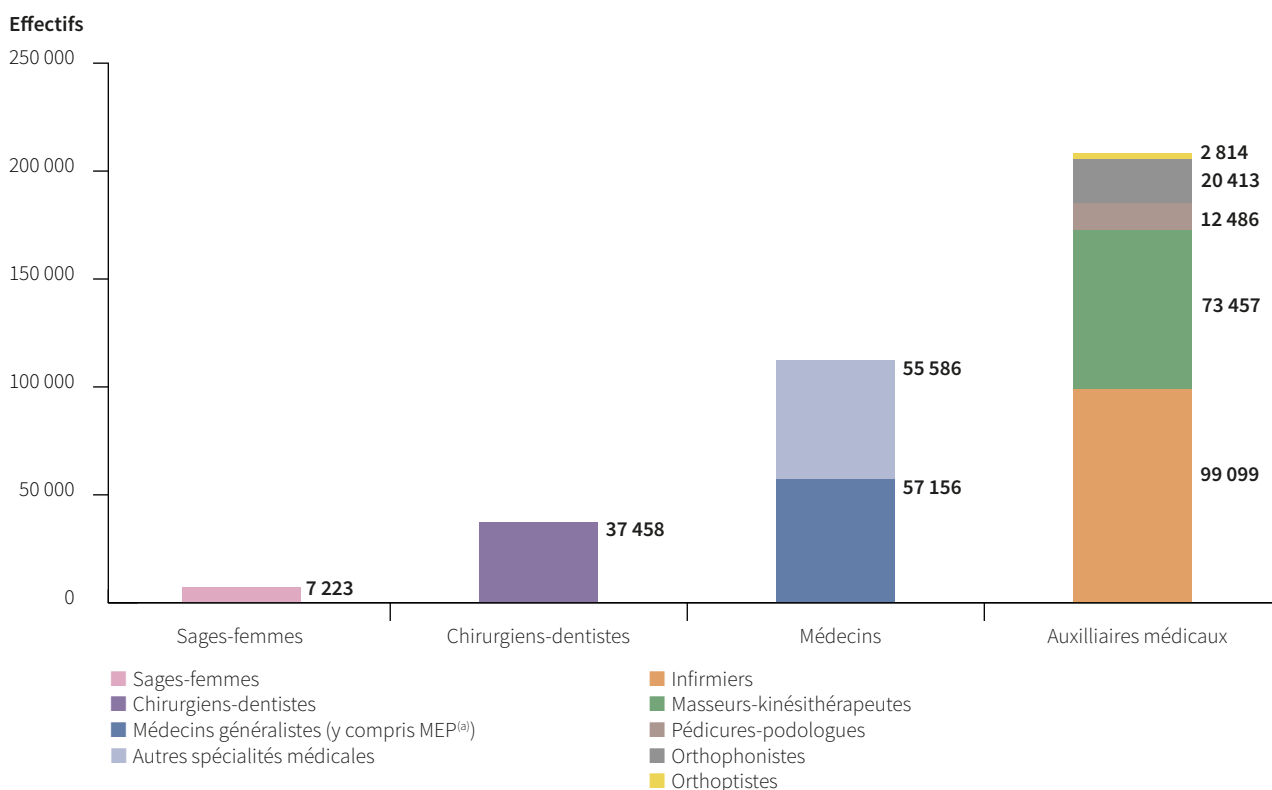
En 2021, la France compte plus de 365 000 professionnels de santé libéraux²⁵ [Encadré 4], soit environ 40 % de plus qu'en 2000.

Parmi ces professionnels de santé libéraux (exercice libéral exclusif ou mixte, c'est-à-dire partagé avec un exercice salarié à temps partiel) :

- 57 % sont des auxiliaires médicaux : ils sont plus de 200 000, dont près de la moitié sont des infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel), un tiers sont des masseurs-kinésithérapeutes et le reste des orthophonistes (10 % des auxiliaires médicaux), pédicures-podologues (6 %) et orthoptistes (1 %) ;
- 31 % sont des médecins : 113 000 médecins exerçant en libéral, dont la moitié (51 %) est représentée par les médecins généralistes (y compris les médecins à expertise particulière – MEP). Après les médecins généralistes, les spécialités les plus nombreuses qui exercent en libéral sont les chirurgiens (7 500 chirurgiens de spécialités variées), les psychiatres (près de 6 200), les radiologues (près de 5 500), les cardiologues (5 000) et les spécialistes en accès direct, à l'exception des stomatologues (gynécologues et ophtalmologues : environ 4 500) ;
- 10 % sont des chirurgiens-dentistes ;
- et 2 % sont des sages-femmes.

FIGURE 25

Effectifs de professionnels libéraux parmi les professions médicales et les auxiliaires médicaux en 2021



(a) MEP : médecin à expertise particulière

Champ : professionnels de santé libéraux (exercice libéral exclusif ou mixte) actifs au 31 décembre 2021, tous secteurs conventionnels (y compris non conventionnés) - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

25 Hors pharmaciens. On dénombre en outre 21 218 officines pharmaceutiques en France.

ENCADRÉ 4

| L'EXERCICE LIBÉRAL

L'exercice libéral comprend à la fois le cabinet de ville et l'exercice en établissement de santé privé lorsque les professionnels de santé ne sont pas salariés, mais rémunérés à l'acte. L'exercice libéral est plus ou moins important selon les professions, certaines exerçant majoritairement en milieu hospitalier. Les professionnels exerçant en tant que salariés à l'hôpital ou dans d'autres structures ne sont pas comptabilisés ici. Par ailleurs, les professions de santé libérales présentées dans cette partie Cartographie des professions de santé libérales sont celles ayant une convention avec l'Assurance Maladie. Ces données ne concernent pas les professions

de santé non conventionnées avec l'Assurance Maladie, qui peuvent également exercer en libéral (diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens...).

Dénombrement des professionnels dans cette partie : professionnels de santé libéraux ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires dans l'année, déclarés actifs au 31 décembre de l'année n.

Les médecins à expertise particulière (MEP) sont des médecins généralistes ayant déclaré une compétence particulière. Le terme de MEP regroupe des médecins ayant déclaré (avec justificatif de compétence

des modes d'exercice ou des techniques de soins spécifiques très variés : homéopathie, acupuncture, angiologie, phlébologie, échographie, médecine d'urgence, nutrition...

La spécialité « chirurgiens », dans cette partie, regroupe les spécialités suivantes : chirurgie générale, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, chirurgie vasculaire et chirurgie viscérale et digestive.

1.3.1.2 Des dynamiques démographiques différentes selon les professions

Les effectifs de médecins généralistes libéraux (incluant les MEP) stagnent entre 2000 et 2010 autour de 62 000, puis connaissent une baisse moyenne de 0,8 % par an depuis 2010 pour atteindre environ 57 000 généralistes en 2021.

Les effectifs des autres spécialités médicales libérales stagnent entre 2000 et 2004 autour de 54 000, puis augmentent légèrement jusqu'en 2010, avant de décroître entre 2010 et 2018 d'environ 0,3 % par an, puis de ré-augmenter de 2018 à 2021 de 0,3 % par an en moyenne. L'évolution est variable selon les spécialités : les effectifs de chirurgiens, neurologues et cardiologues augmentent de plus de 1 % par an entre 2000 et 2021, tandis que les effectifs de gynécologues, dermatologues et rhumatologues diminuent de plus de 1 % par an entre 2000 et 2021.

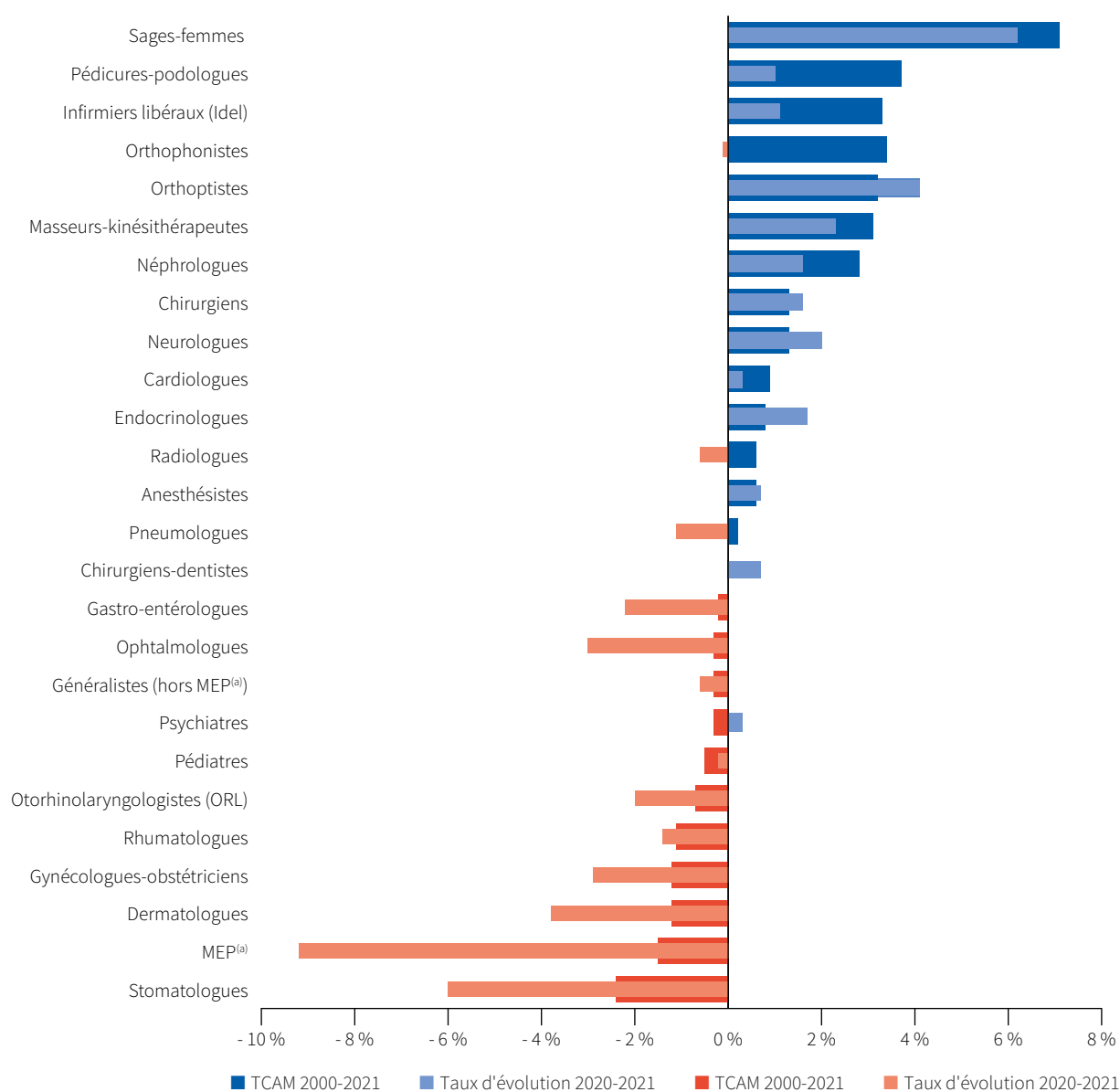
Les effectifs de chirurgiens-dentistes libéraux sont globalement stables depuis vingt ans, autour de 37 000 professionnels : après une légère baisse entre 2005 et 2012, ils repartent à la hausse depuis 2012 pour rattraper en 2021 le niveau du début des années 2000.

Avec une augmentation moyenne de 7 % par an, les effectifs de sages-femmes libérales ont quant à eux quadruplé en vingt ans, passant de 1 716 en l'an 2000 à 7 223 en 2021.

Enfin, les effectifs des auxiliaires médicaux libéraux ont connu une forte augmentation depuis vingt ans : avec une augmentation moyenne de 3,1 % à 3,7 % par an depuis les années 2000, les effectifs ont globalement doublé pour chacune de ces professions. Ainsi les Idel passent d'environ 50 000 en 2000 à près de 100 000 en 2021, les masseurs-kinésithérapeutes de 39 000 à 73 000, et les orthophonistes de 10 000 à 20 000.

FIGURE 26

Taux de croissance annuels moyens (TCAM) des effectifs par profession entre 2000 et 2021 et taux d'évolution entre 2020 et 2021



(a) MEP : médecin à expertise particulière

Note de lecture : entre 2000 et 2021, le nombre d'infirmières et infirmiers libéraux (Idel) a augmenté en moyenne de 3,3 % par an, soit un taux de croissance moyen plus élevé que celui observé entre 2020 et 2021 (1,1 %).

Champ : professionnels de santé libéraux, tous secteurs conventionnels - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

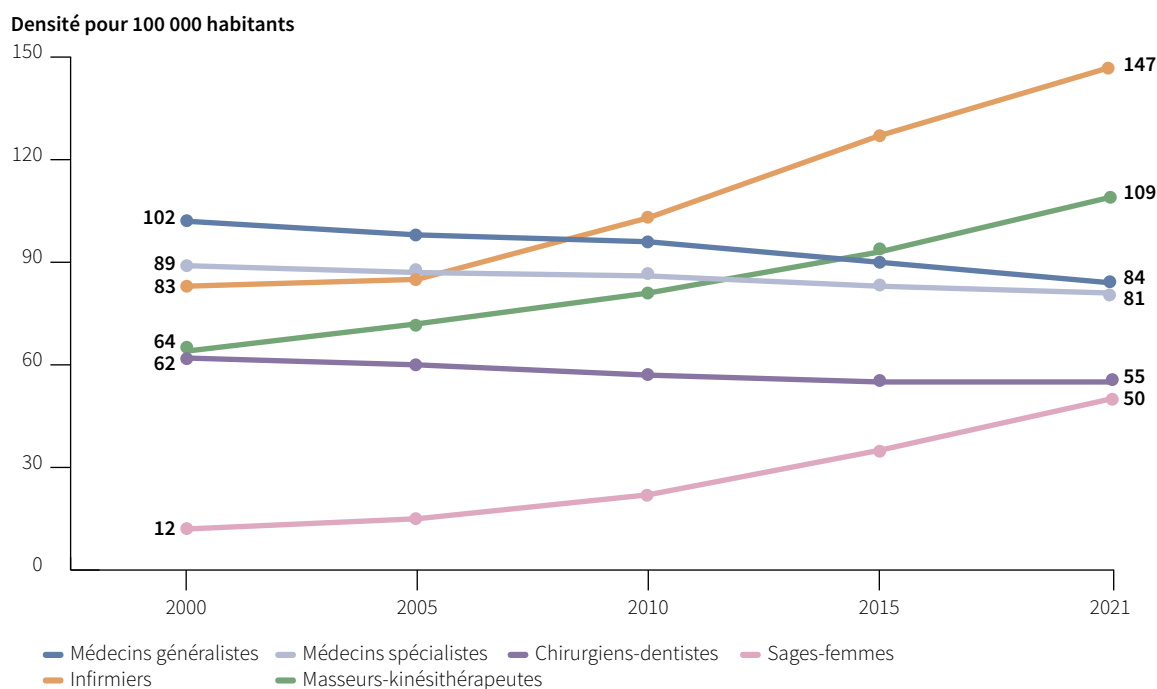
Parallèlement à l'évolution des effectifs, on observe une baisse importante de la densité médicale (c'est-à-dire les effectifs rapportés à la population française) en particulier chez les médecins généralistes (- 18 % chez les généralistes et - 9 % parmi les autres spécialités en vingt ans).

Chez les chirurgiens-dentistes également, la stagnation des effectifs se traduit mécaniquement par une baisse de la densité (- 11 %) en raison de la hausse continue de la population.

À l'inverse, la densité des sages-femmes libérales augmente de manière très importante (multipliée par quatre en vingt ans), ainsi que celle des Idel (+ 78 %) et des masseurs-kinésithérapeutes (+ 69 %).

FIGURE 27

Évolution de la densité des professionnels de santé libéraux depuis 2000



Note de lecture : la densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants est calculée en rapportant le nombre de professionnels de santé au 31 décembre de l'année n à la population au 1^{er} janvier de l'année n+1 estimée par l'Insee. Pour les sages femmes, la densité est calculée pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

Champ : professionnels de santé libéraux, tous secteurs conventionnels

Sources : Cnam (SND, Amos), Insee (données de population)

1.3.1.3 Une répartition inégale sur le territoire

D'une manière générale, la densité des différentes professions a tendance à suivre un gradient croissant du Nord de la France vers le Sud, de façon plus ou moins marquée, avec une concentration des effectifs sur les côtes méditerranéennes et atlantiques.

Mayotte se retrouve parmi les départements les moins dotés avec les densités de professionnels de santé libéraux les plus

faibles mesurées, alors que la situation est plus contrastée dans les autres départements d'outre-mer : dans une moindre mesure, la Guyane est aussi globalement sous dotée, tandis que La Réunion présente une densité supérieure à la moyenne nationale pour toutes les professions, sauf les médecins spécialistes. Les mêmes constats se font en Martinique, à part pour les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes dont la densité est légèrement inférieure mais proche de la moyenne nationale. La Guadeloupe est moins bien dotée en médecins mais mieux dotée pour toutes les autres professions.

FIGURE 28

Densités départementales de professionnels de santé pour 100 000 habitants en 2021

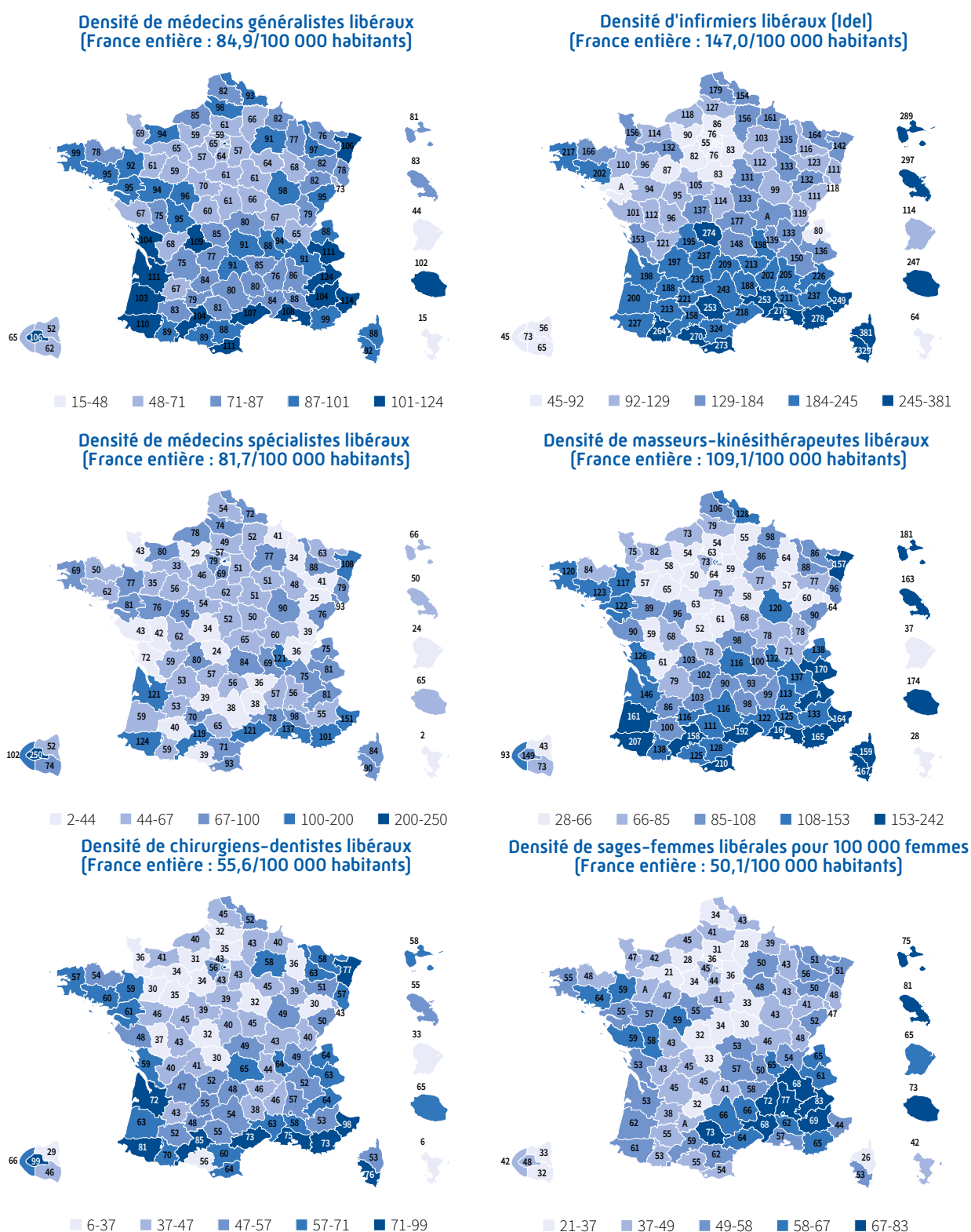


TABLEAU 3

Rapports interdéciles D9/D1 de la densité départementale de professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants en 2021

Décile de densité	Médecins généralistes	Autres spécialités médicales	Infirmiers diplômés d'État libéraux (Idel)	Masseurs-kinésithérapeutes	Chirurgiens-dentistes	Sages-femmes
D1	61,0	36,5	81,5	57,8	34,2	32,8
D5	82,6	61,7	148,3	95,5	49,1	49,3
D9	106,0	101,2	252,7	164,1	69,8	66,2
Rapport D9/D1	1,7	2,8	3,1	2,8	2,0	2,0

Champ : tous secteurs - France entière

Sources : Cnam (SND, Amos), Insee (données de population)

La répartition géographique des professionnels de santé libéraux sur le territoire est plus ou moins hétérogène selon les professions, avec davantage d'inégalités dans la répartition des Idel, des masseurs-kinésithérapeutes et des médecins spécialistes : en effet, le rapport entre le 9^e décile et le 1^{er} décile de densité départementale (rapport D9/D1) est de 2,8 à 3,1, ce qui signifie que les 10 % des départements les plus dotés ont une densité au moins trois fois supérieure aux 10 % de départements les moins dotés. Ce rapport est de 2 pour les sages-femmes et chirurgiens-dentistes, et de 1,7 pour les médecins généralistes.

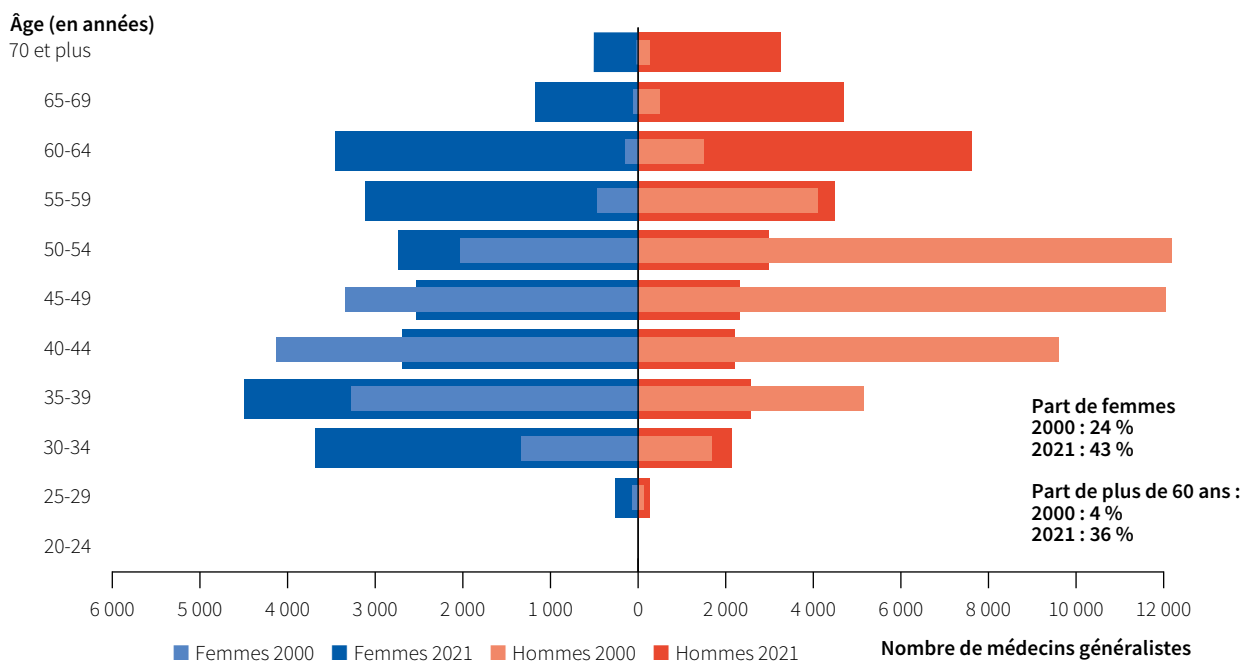
1.3.1.4 Une pyramide des âges qui a beaucoup évolué pour la plupart des professions

Depuis les années 2000, on observe une féminisation des professions de médecin, chirurgien-dentiste et masseur-kinésithérapeute, particulièrement marquée chez les masseurs-kinésithérapeutes pour qui la part des femmes a plus que doublé. Parmi ces professions, les femmes représentent, en 2021, 43 à 48 % des effectifs alors qu'elles étaient 23 à 31 % vingt ans auparavant. On observe ce phénomène également parmi les autres spécialités médicales, quoique dans une moindre mesure.

Chez les médecins généralistes, les femmes deviennent majoritaires parmi les moins de 50 ans et représentent jusqu'à 63 % des effectifs chez les moins de 40 ans. Dans les autres spécialités médicales, le phénomène commence à s'observer dans les plus jeunes générations (moins de 30 ans) et les femmes sont aussi nombreuses que les hommes parmi les 30-40 ans. À l'inverse, certaines professions, comme les Idel, sont toujours majoritairement féminines, voire quasi exclusivement pour les sages-femmes, mais pour ces deux professions on observe une progression de la part d'hommes qui représentent, en 2021, 3 % des sages-femmes et 18 % des Idel.

Parallèlement, on observe un vieillissement dans toutes les professions, particulièrement marqué parmi les médecins chez qui la part des plus de 60 ans a bondi en vingt ans : ils étaient moins de 10 % en 2000, et représentent maintenant plus d'un tiers des effectifs en 2021 (36 % chez les médecins généralistes à 39 % chez les spécialistes). Le vieillissement des effectifs est également constaté chez les chirurgiens-dentistes, les plus de 60 ans représentant près d'un quart des effectifs en 2021, et dans une moindre mesure parmi les Idel et masseurs-kinésithérapeutes avec une augmentation des plus de 60 ans mais dont la part reste inférieure à 10 % des effectifs. Cette évolution est également beaucoup moins marquée chez les sages-femmes libérales.

FIGURE 29

Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux (MEP^(a) inclus) en 2000 et 2021

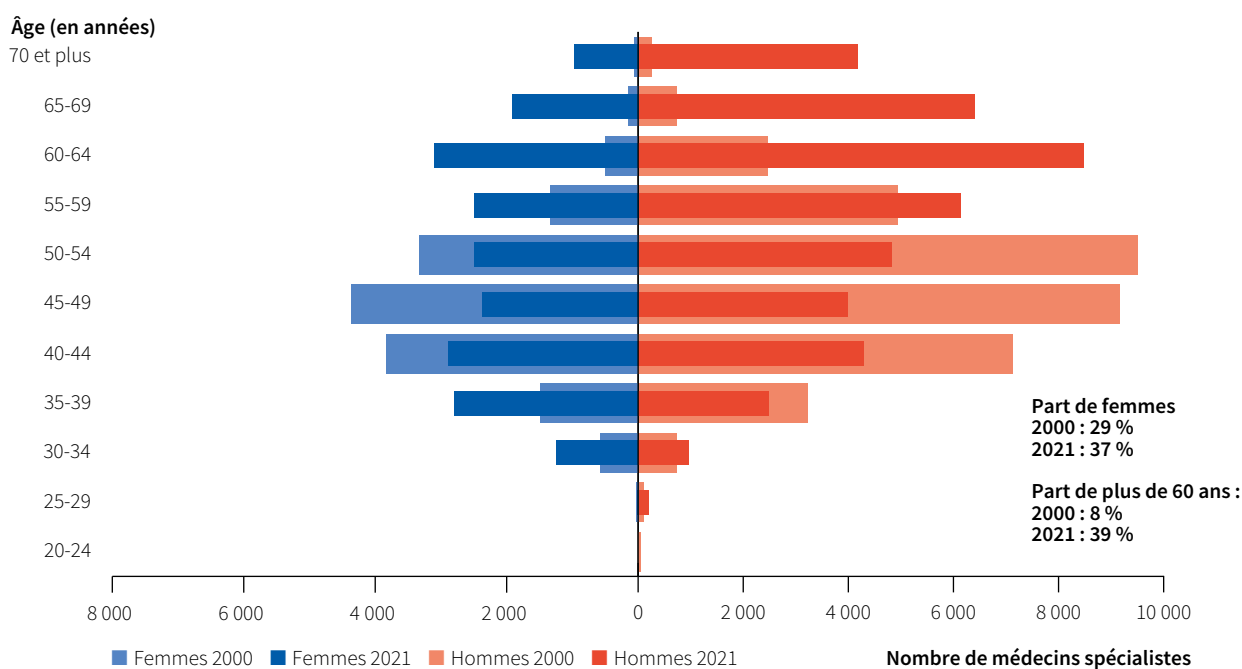
(a) MEP : médecin à expertise particulière

Champ : professionnels de santé libéraux, tous secteurs conventionnels - France entière

Source : Cnam (SNDS, Amos)

FIGURE 30

Pyramide des âges des médecins spécialistes libéraux en 2000 et 2021

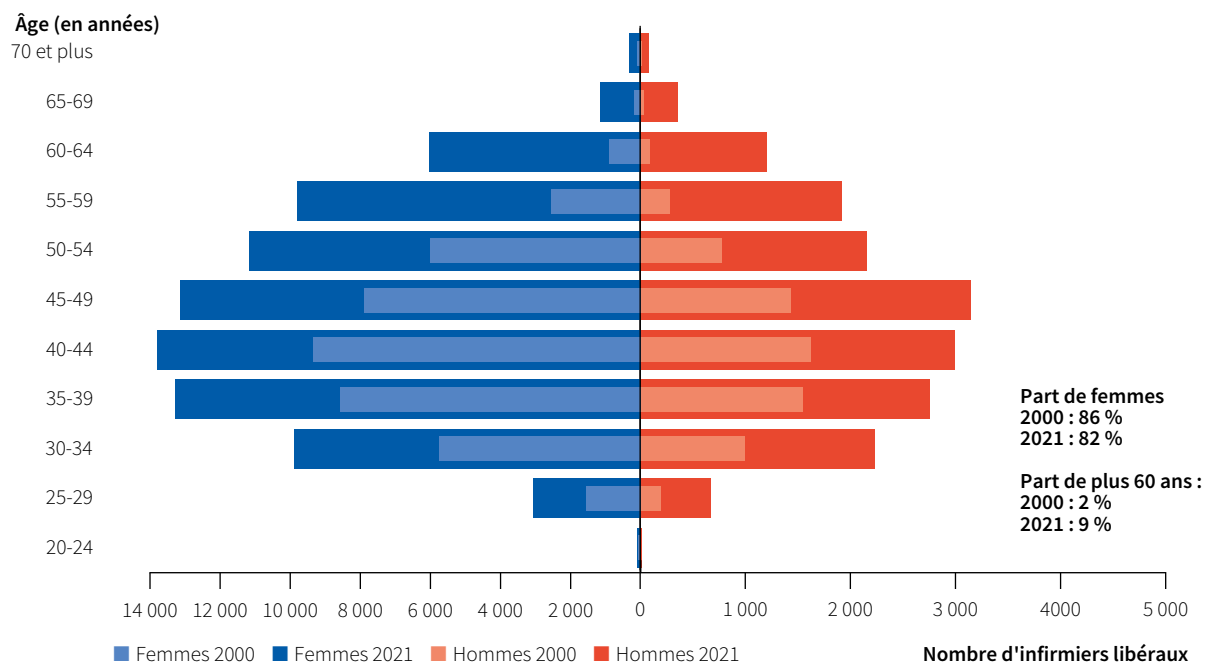


Champ : professionnels de santé libéraux, tous secteurs conventionnels - France entière

Source : Cnam (SNDS, Amos)

FIGURE 31

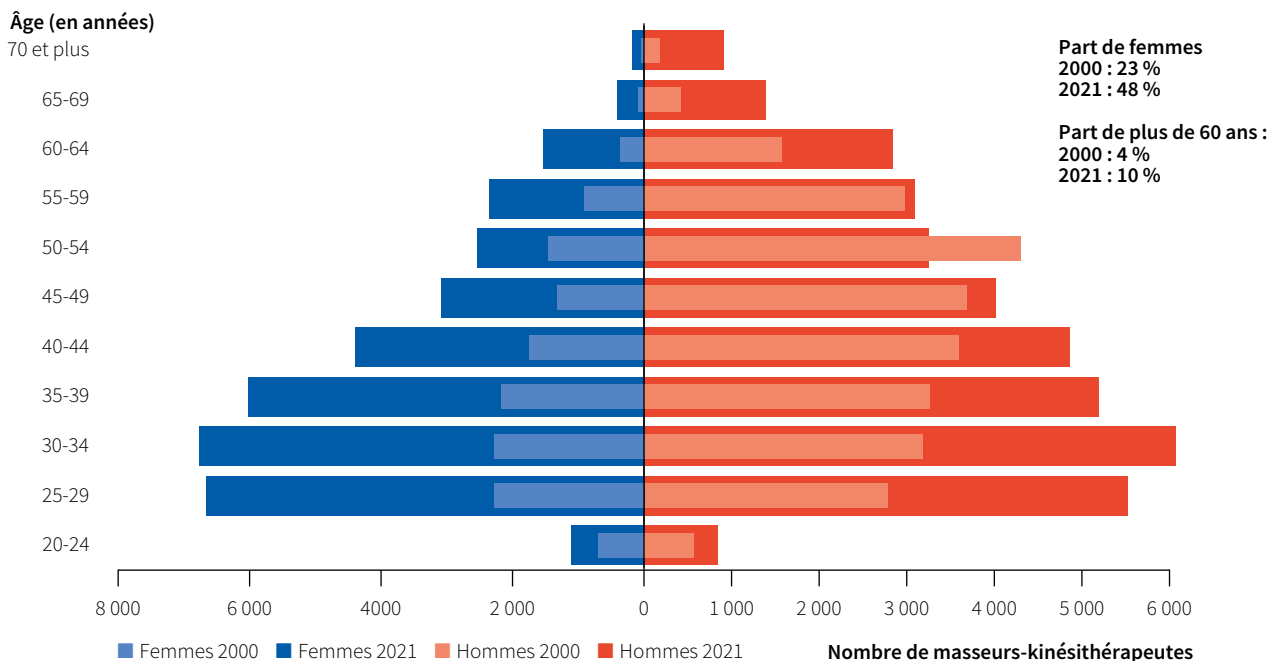
Pyramide des âges des infirmières et infirmiers libéraux (Idel) en 2000 et 2021



Champ : professionnels de santé libéraux, tous secteurs conventionnels - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

FIGURE 32

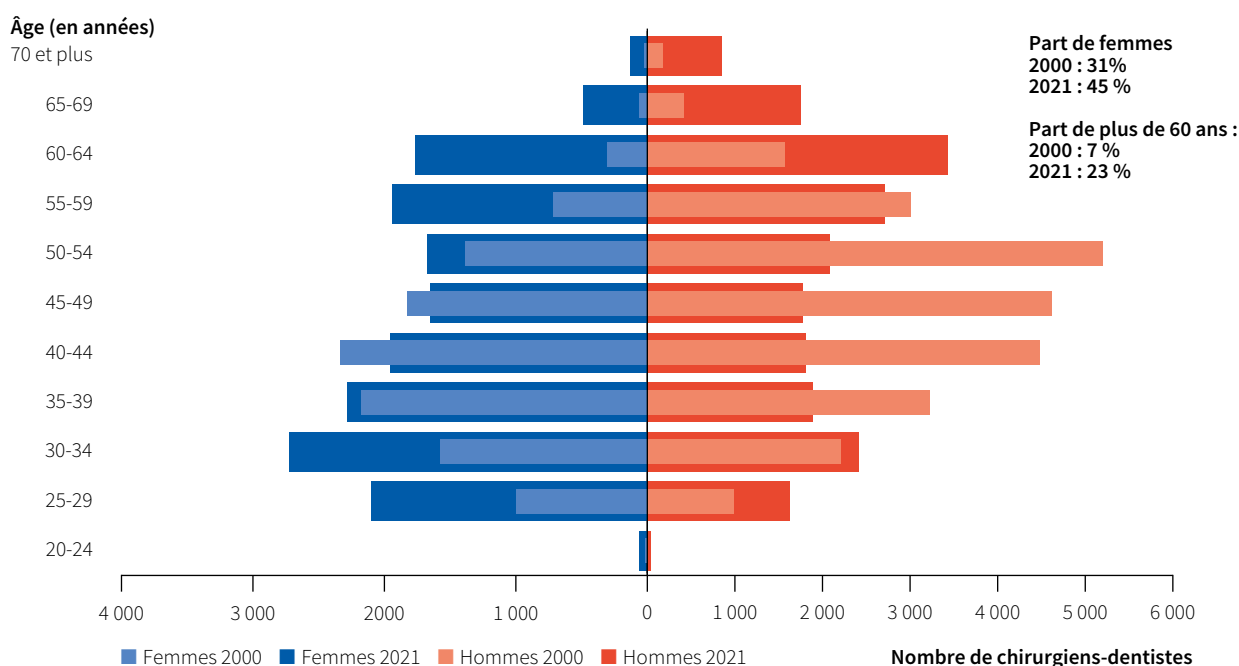
Pyramide des âges des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2000 et 2021



Champ : professionnels de santé libéraux, tous secteurs conventionnels - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

FIGURE 33

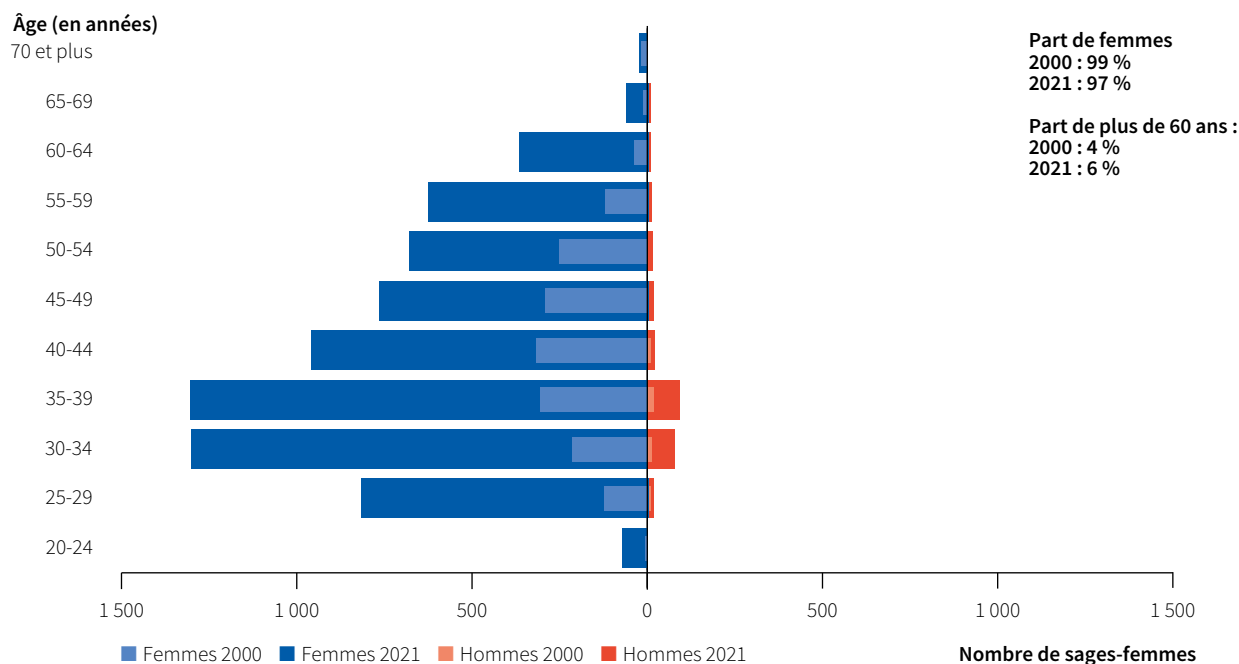
Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes libéraux en 2000 et 2021



Champ : professionnels de santé libéraux, tous secteurs conventionnels - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

FIGURE 34

Pyramide des âges des sages-femmes libérales en 2000 et 2021



Champ : professionnels de santé libéraux, tous secteurs conventionnels - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

1.3.2

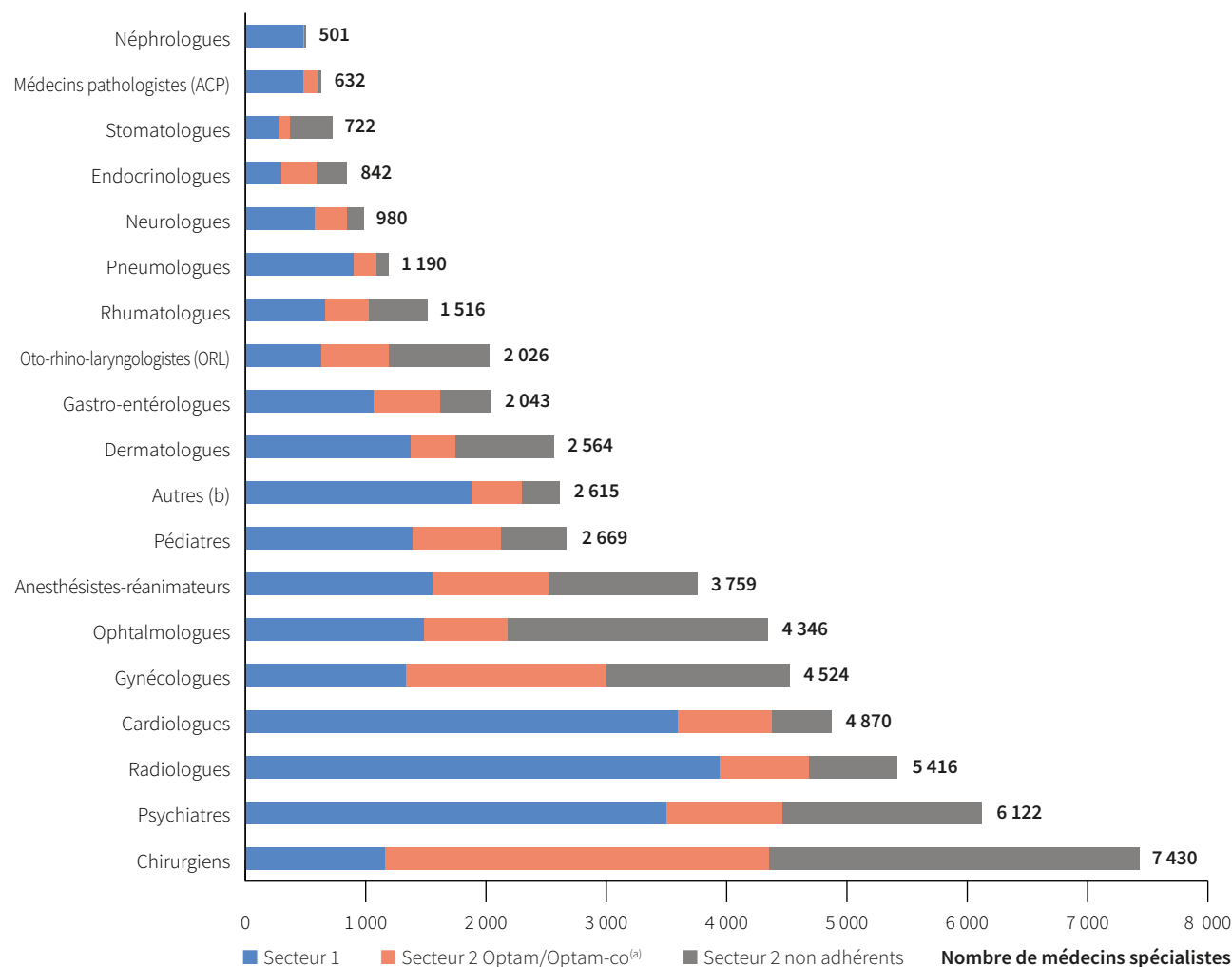
**Secteurs conventionnels,
honoraires et dépassements****1.3.2.1 Secteurs de conventionnement
et effectifs des spécialités médicales
en 2021**

En 2021, 95 % des médecins généralistes sont en secteur 1, et 3 % sont en secteur 2 Optam (option de pratique tarifaire maîtrisée) (**Encadré 5**). Pour les autres spécialités médicales, plus de 50 % sont installés en secteur 2, avec une variabilité selon les spécialités (**Figure 35**) :

- les spécialités médicales majoritairement en secteur 2 sont les chirurgiens (84 %, dont la moitié sont adhérents à l'Optam ou à l'Optam-co - option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique), suivis par les gynécologues et les oto-rhino-laryngologistes (ORL), dont les deux tiers exercent en secteur 2 (un peu plus de la moitié des gynécologues en secteur 2 étant adhérents à l'Optam-co contre seulement 40 % des ORL) ;
- à l'inverse, les trois quarts des radiologues, cardiologues et pneumologues sont en secteur 1, et respectivement 12 %, 15 % et 14 % de secteur 2 Optam/Optam-co ;
- enfin, les neurologues et les psychiatres sont environ à 60 % en secteur 1, et les pédiatres, dermatologues et gastro-entérologues aux alentours de 54 %.

FIGURE 35

Effectifs de médecins spécialistes en 2021 selon le secteur de conventionnement et l'adhésion aux contrats Optam/Optam-co^(a)



(a) Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée, Optam-co : option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique

(b) Autres spécialités : effectifs de libéraux inférieurs à 500 : radiothérapie, médecine nucléaire, médecine interne, oncologie, hématologie, médecine physique et de réadaptation, gériatrie, allergologie, médecine vasculaire, maladies infectieuses et tropicales, médecine légale, médecine d'urgence

Champ : médecins libéraux conventionnés, hors généralistes - France entière

Sources : Cnam, FNPS (Fichier national des professionnels de santé)

ENCADRÉ 5

| SECTEURS D'ACTIVITÉ DES MÉDECINS

Les secteurs d'exercice des médecins**Secteur 1**

Les médecins installés en secteur 1 pratiquent des tarifs fixés dans la convention médicale, sans dépassement d'honoraire, sauf cas exceptionnels détaillés ci-après (en fin d'encadré dans la partie relative aux dépassements d'honoraires). Ces tarifs servent de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie.

Secteur 2

Ce secteur, dit « conventionné à honoraires libres », permet aux médecins de fixer librement le tarif de leurs consultations, dans des limites déontologiques (détail en fin d'encadré). Le patient est remboursé des honoraires sur la base du tarif fixé par la convention médicale (tarifs applicables aux médecins de secteur 1).

Secteur avec droit à dépassement permanent (secteur 1 DP)

En principe, les médecins de secteur 1 appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale sans dépassements d'honoraires (dits « tarifs conventionnels, opposables ou de secteur 1 »). Toutefois, par dérogation, certains médecins exerçant en secteur 1 peuvent adhérer à un contrat (Optam – option de pratique tarifaire maîtrisée – ou Optam-co – option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique) et peuvent dans ce cadre pratiquer des dépassements d'honoraires. Il s'agit de médecins installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013 et qui disposent

de titres hospitaliers ouvrant droit à l'accès au secteur 2 (secteur d'exercice permettant la pratique de dépassements).

Les contrats Optam/Optam-co

Afin de contribuer à modérer les dépassements d'honoraires des médecins, et dans la continuité du précédent contrat d'accès aux soins (CAS), la convention médicale de 2016 a créé deux nouveaux contrats : l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ainsi qu'une variante spécifique adaptée aux chirurgiens et gynécologues-obstétriciens (Optam-co). Ces deux options sont en vigueur depuis janvier 2017. En souscrivant à ces dispositifs, les médecins s'engagent à maîtriser leurs dépassements d'honoraires en respectant un taux de dépassement moyen, et à favoriser l'activité à tarif opposable, en permettant ainsi de faire bénéficier les patients d'un moindre reste à charge et d'un meilleur remboursement de leurs soins.

Les honoraires sans dépassement (HSD)

Chaque acte médical pratiqué par un médecin a un tarif dit « conventionnel » (fixé par la convention médicale). Les médecins, généralistes ou spécialistes, qui exercent en secteur 1, appliquent le tarif fixé dans la convention nationale sans dépassement d'honoraires (dits « tarifs conventionnels, opposables ou de secteur 1 »).

Les honoraires dits « sans dépassement » (c'est-à-dire aux tarifs conventionnels) présentés dans ce document incluent uniquement

les honoraires relatifs à l'activité et excluent les autres rémunérations de type forfaitaire potentiellement perçues (rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), prime Optam, forfaits divers...).

Les dépassements d'honoraires des médecins

Pour les médecins en secteur 2, les honoraires sont libres, c'est-à-dire que ces médecins sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, au-delà du tarif conventionnel. Il leur est demandé d'appliquer ces honoraires « avec tact et mesure » selon les termes du Code de déontologie : le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il peut être pris en charge, en totalité ou en partie, par la mutuelle complémentaire, selon les garanties souscrites dans le contrat.

Les médecins en secteur 1 sont autorisés à pratiquer un dépassement d'honoraires à titre exceptionnel : si le patient demande une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet ou encore pour une visite en urgence à domicile qui s'avère être un appel de confort... Il s'agit des exigences de temps ou de lieu du patient (cela correspond au code « DE » sur la feuille de soins) : ces dépassements ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Une consultation en dehors du parcours de soins coordonnés peut également donner lieu à un dépassement d'honoraires.

Le nombre et la part de médecins en secteur 2 et 1 DP ont augmenté au cours des vingt dernières années, passant de 37 % en 2000 à 51 % en 2021.

À l'inverse, la part de médecins généralistes en secteur 1 a augmenté de 9 points en vingt ans : 95 % des médecins généralistes exercent désormais en secteur 1.

TABEAU 4

Évolution depuis 2000 de la part de secteur 2 parmi les médecins libéraux, selon les spécialités

Spécialité	2000	2005	2010	2015	2020	2021
Médecins généralistes (y compris les médecins à expertise particulière - MEP)	14 %	12 %	11 %	9 %	6 %	5 %
Total spécialistes	37 %	39 %	41 %	44 %	50 %	51 %
Total médecins (généralistes + spécialistes)	25 %	25 %	25 %	25 %	27 %	28 %
Chirurgiens	72 %	76 %	78 %	80 %	83 %	84 %
Gynécologues-obstétriciens	50 %	52 %	55 %	60 %	68 %	70 %
Ophtalmologues	49 %	52 %	54 %	57 %	63 %	66 %
Psychiatres	25 %	27 %	30 %	34 %	41 %	43 %
Anesthésistes	22 %	26 %	35 %	44 %	55 %	59 %
Cardiologues	20 %	19 %	20 %	21 %	25 %	26 %

Champ : tous secteurs (y compris non conventionnés) - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

1.3.2.2 Les honoraires selon les professions et spécialités médicales

Honoraires totaux

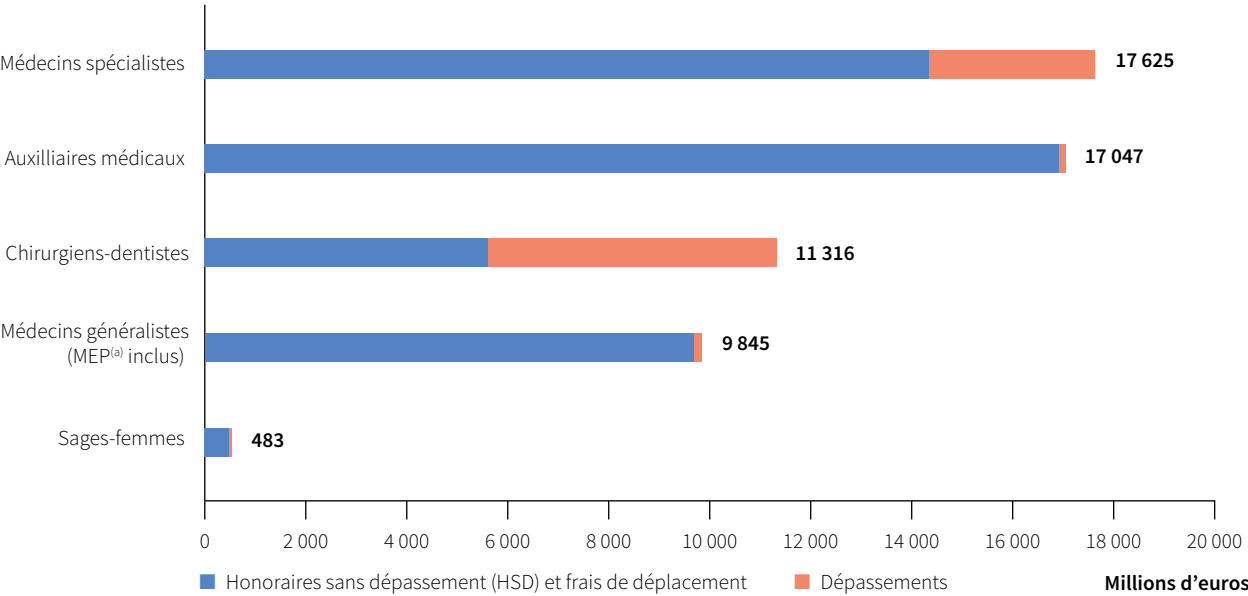
Les honoraires totaux des médecins s'élèvent à 27,5 milliards d'euros, dont près de 9,9 milliards pour les médecins généralistes et 17,6 milliards pour les médecins spécialistes. Parmi les spécialités médicales, les dépenses de radiologie (3 milliards

d'euros), de chirurgie (2,5 milliards d'euros) et d'ophtalmologie (2,1 milliards d'euros) sont les plus élevées.

Les rémunérations forfaitaires²⁶ des médecins libéraux s'élèvent à 1,6 milliard d'euros, dont 1,3 milliard d'euros pour les médecins généralistes. Ainsi, pour les médecins généralistes, en 2021, la part forfaitaire représente 15 % de l'ensemble des rémunérations. Cette part étant seulement de 4 % en 2006, la progression est de 11 points en quinze ans.

FIGURE 36

Montant des honoraires par grande catégorie de professionnels de santé libéraux, en 2021 (en millions d'euros)

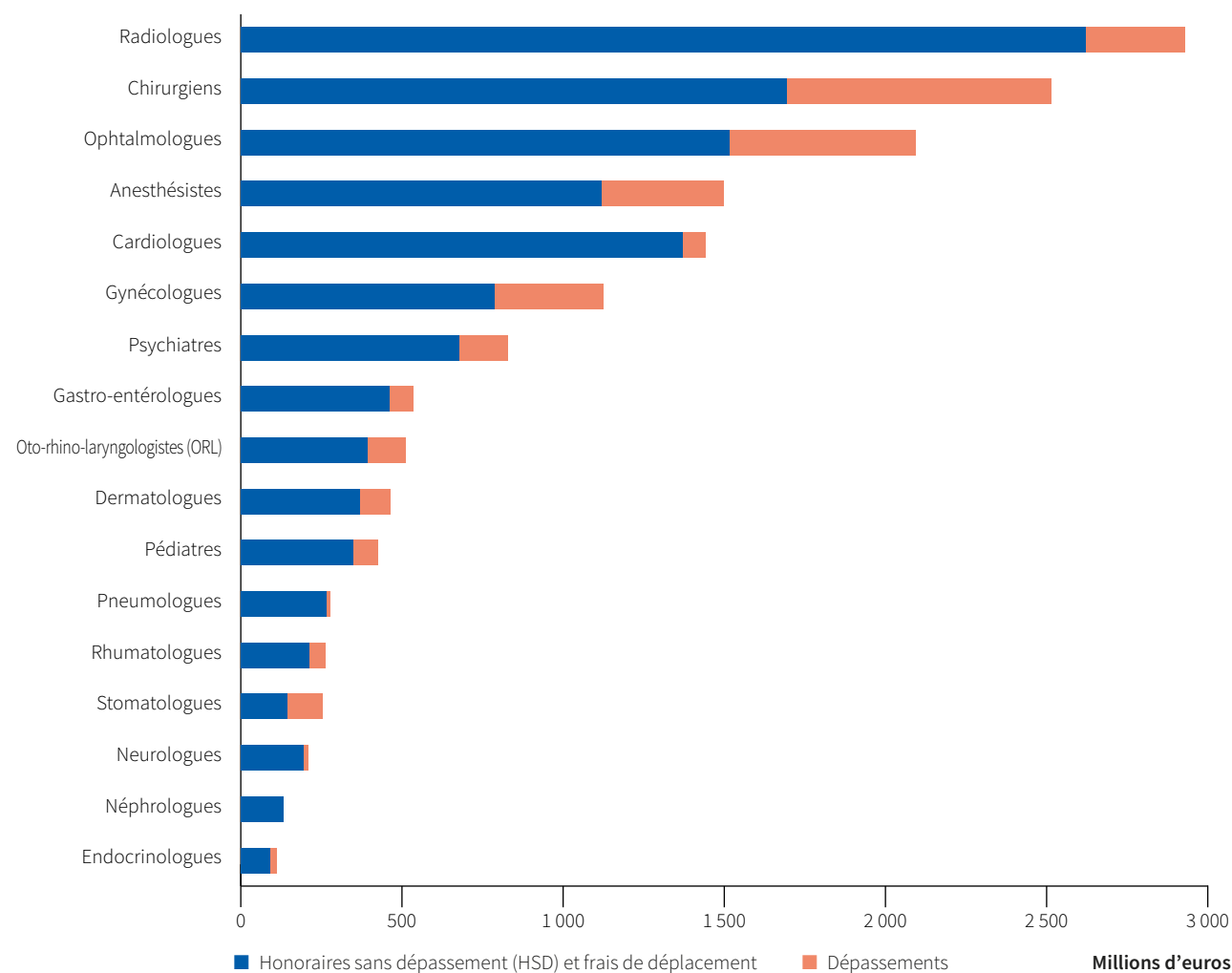


(a) MEP : médecin à expertise particulière

Champ : professionnels de santé libéraux, tous secteurs conventionnels ; dépenses tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

26 Les rémunérations forfaitaires comprennent la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), le forfait patientèle médecin traitant (FPMT), le forfait structure, les majorations personnes âgées (MPA), la prime Optam et l'aide forfaitaire au recrutement d'un assistant médical.

FIGURE 37

Montants des honoraires par spécialité médicale, en 2021 (en millions d'euros)**Dépassements d'honoraires**

Les dépassements d'honoraires représentent 2 % des honoraires totaux des médecins généralistes (tous secteurs confondus), contre 19 % des honoraires des autres spécialités médicales.

Les médecins pratiquant les plus forts taux moyens de dépassement (montants des dépassements rapportés aux honoraires sans dépassement) sont les stomatologues (74 %), chirurgiens²⁷ (48 %), gynécologues-obstétriciens (42 %), ophtalmologues (38 %), ORL (30 %), ainsi que les anesthésistes (34 %).

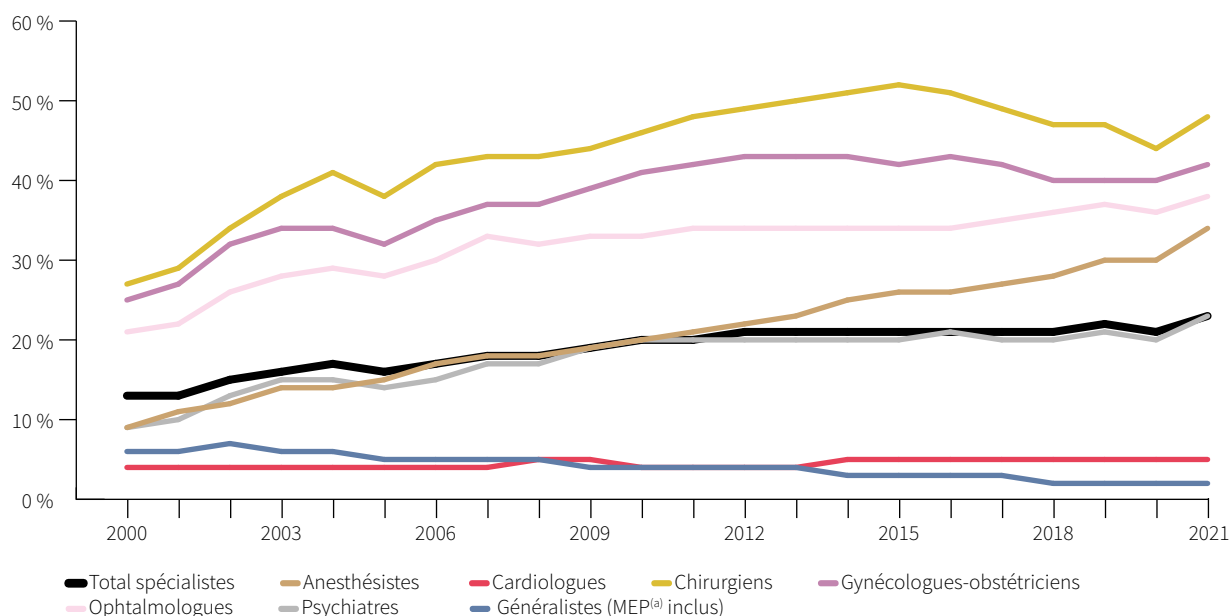
Ceux pratiquant les plus faibles taux de dépassement sont les néphrologues (0,5 %), les pneumologues (5 %), les cardiologues (5 %) et les neurologues (8 %).

Le montant global des dépassements est de 3,5 milliards d'euros en 2021. L'augmentation des montants de dépassement au cours des années est notamment liée à la hausse du nombre de médecins exerçant en secteur 2. Pour limiter les dépassements et améliorer l'accès aux soins, l'Assurance Maladie a mis en place en 2012 les contrats d'accès aux soins (CAS) et depuis 2017 les dispositifs Optam et Optam-co qui visent à maîtriser l'évolution des dépassements des médecins du secteur 2 (**Encadré 5**). La mise en place du CAS en 2012, puis de l'Optam en 2017, a permis d'inverser la dynamique haussière des taux de dépassement : ainsi le taux de dépassement moyen, mesuré sur l'ensemble des médecins pouvant facturer des dépassements (secteur 2 et 1DP), a baissé de 8 points entre 2012 et 2021 alors que sur la même période la part de l'activité réalisée à tarif opposable a progressé de plus de 10 points.

²⁷ Chirurgie générale, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, chirurgie vasculaire et chirurgie viscérale et digestive.

FIGURE 38

Évolution du taux de dépassement des médecins, tous secteurs conventionnels confondus, depuis 2000

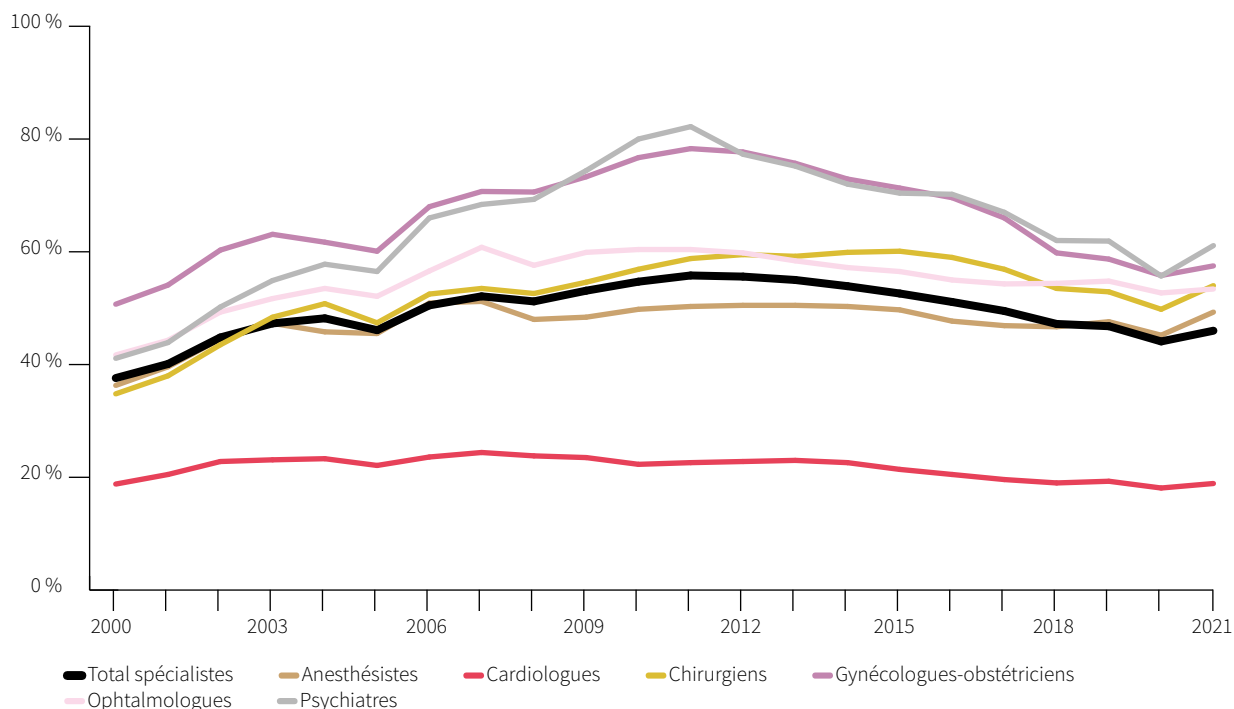


(a) MEP : médecin à expertise particulière

Champ : médecins libéraux, tous secteurs conventionnels ; dépenses tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS, Snir-PS et Amos)

FIGURE 39

Évolution du taux de dépassement des médecins spécialistes en secteur 2 et 1DP, depuis 2000



Champ : médecins libéraux hors généralistes, secteurs 2 et 1DP - France entière
Source : Cnam (SNDS, Snir-PS et Amos)

Honoraires moyens par professionnel

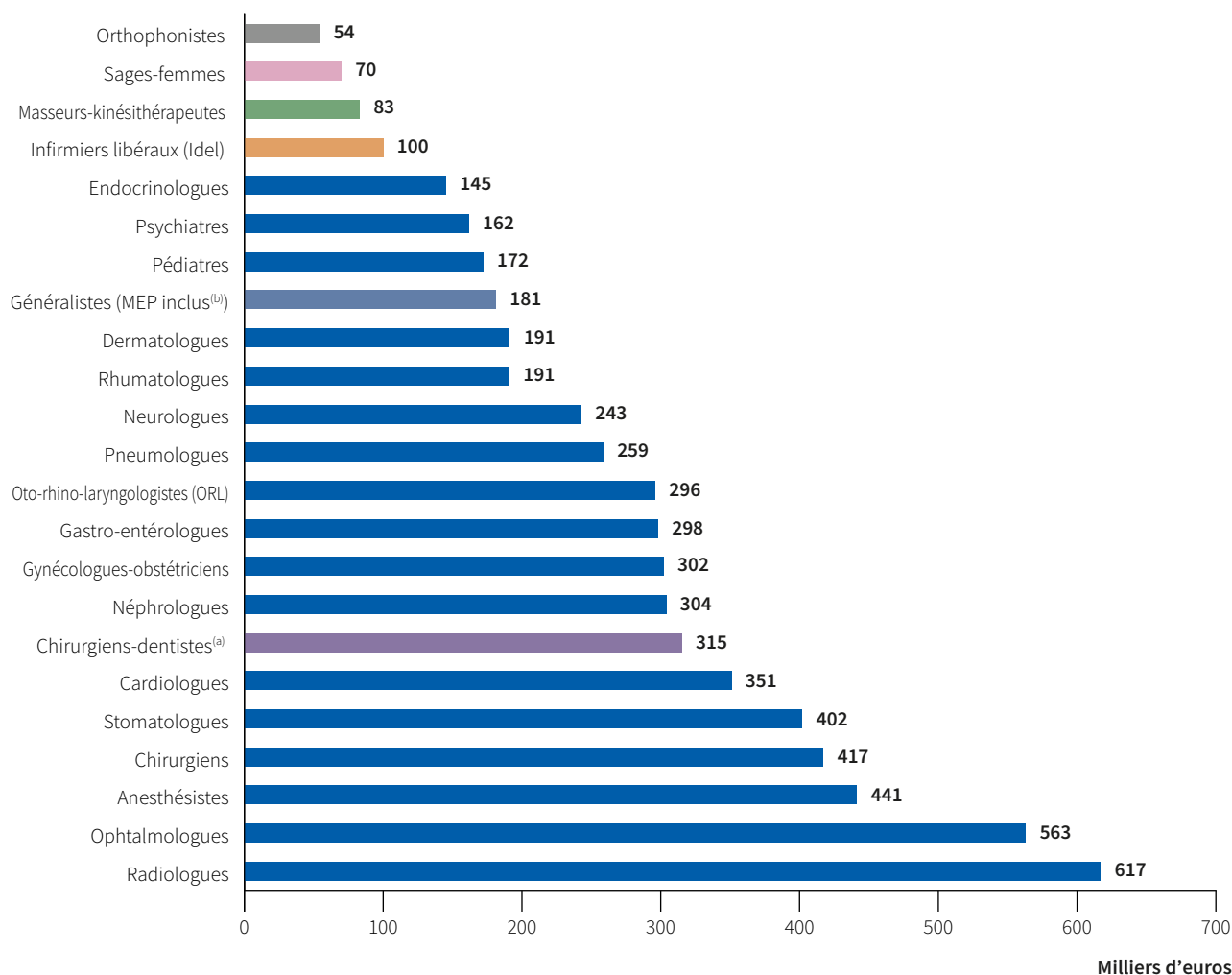
Les honoraires moyens sont présentés pour les professionnels de santé libéraux définis comme actifs à part entière (APE)²⁸. Les honoraires sont à différencier des revenus qui sont obtenus après déduction des charges (cotisations et contributions sociales, matériels médicaux, loyer du cabinet, etc.). Il existe une variabilité importante des taux de charges selon les professions et spécialités en fonction des spécificités d'exercice nécessitant plus ou moins le recours à du matériel (équipement, local pro-

fessionnel, etc.). Ainsi, les taux de charges représentent 44 % des honoraires totaux pour les psychiatres, 57 % pour les ophtalmologues et 67 % pour les radiologues libéraux tous secteurs confondus²⁹. Le taux de charges d'un médecin généraliste s'élève en moyenne à 47 % des honoraires.

Par ailleurs, ne sont pas inclus dans les honoraires les revenus tirés d'activités salariées pour les professionnels de santé libéraux ayant une activité mixte (hospitalière ou autre).

FIGURE 40

Honoraires totaux par tête des professionnels de santé actifs à part entière (APE), en 2021 [en milliers d'euros]



(a) Les chirurgiens-dentistes comprennent les spécialistes d'orthopédie dento-faciale (ODF)

(b) MEP : médecin à expertise particulière

Champ : professionnels de santé libéraux actifs à part entière (APE), tous secteurs conventionnels - France entière

Source : Cnam (SNDS, Amos)

28 Un professionnel de santé libéral actif à part entière (APE) est un professionnel de santé ayant exercé une activité libérale normale, sur une année complète, dans le cadre conventionnel. Sont donc exclus du groupe des professionnels de santé libéraux APE : les professionnels de santé libéraux qui se sont installés au cours de l'année, les professionnels de santé libéraux qui ne sont pas conventionnés, les professionnels de santé libéraux qui exercent à l'hôpital à plein temps et les professionnels de santé libéraux qui ont atteint 65 ans au cours de l'exercice.

29 Sources : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), appariement des données de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) et de la Direction générale des Finances publiques (DGFIP), 2017.

Les spécialités médicales ayant les honoraires les plus élevés sont les radiologues et les ophtalmologues. Les spécialités cliniques comme les pédiatres, les psychiatres et les endocrinologues ont des honoraires moins élevés (une certaine part d'entre eux ayant une activité libérale mixte avec une activité hospitalière ou salariée autre).

Des honoraires moyens en hausse avec des évolutions variables selon les professions de santé

Les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes ont quasiment doublé leurs honoraires depuis 2000. Globalement, on observe des dynamiques haussières fortes dans toutes les professions, sauf les masseurs-kinésithérapeutes qui atteignent quasiment un plateau dès 2014, et les orthophonistes qui ont des taux d'évolution plus modérés sur l'ensemble de la période. L'année 2020 est très particulière, avec une baisse plus ou moins

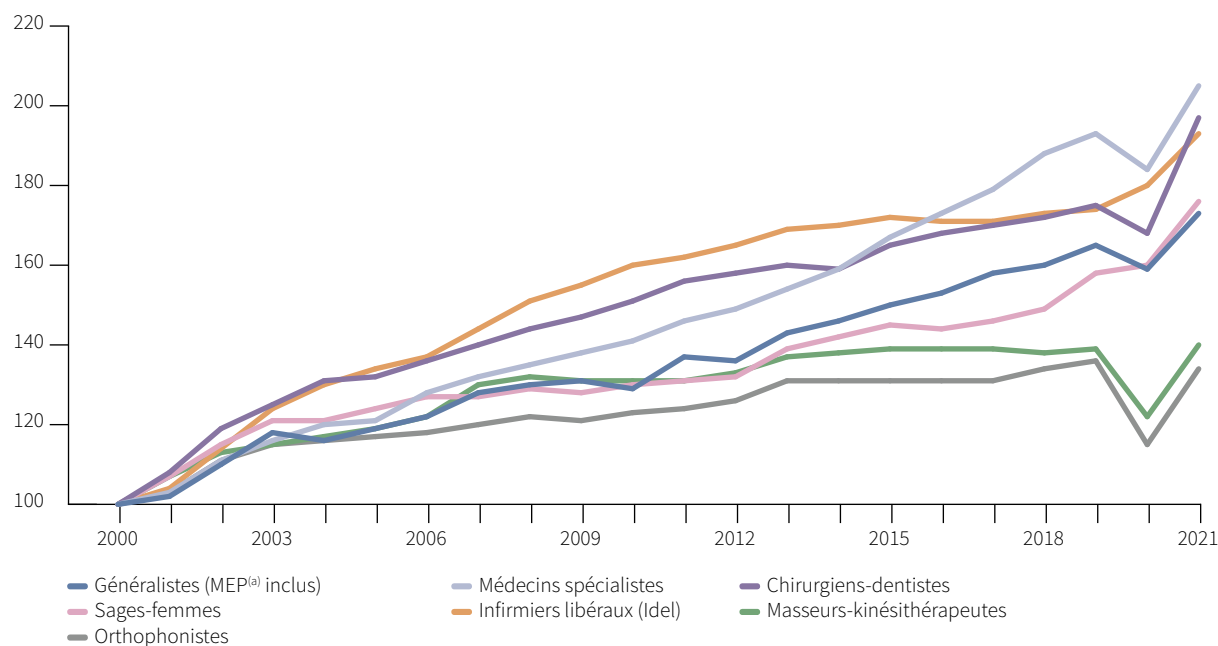
marquée pour toutes les professions en raison de la crise sanitaire, sauf chez les sages-femmes et les infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel). On observe une hausse marquée chez les Idel jusqu'en 2013 et sur les deux dernières années. L'augmentation des honoraires en 2021 s'explique aussi par une forte activité des Idel liée à la Covid-19, notamment aux tests de dépistage.

En 2021, l'ensemble des professions retrouvent – et la plupart dépassent – les niveaux d'avant-crise avec des honoraires moyens supérieurs à ceux de 2019.

Parmi les spécialités médicales, ce sont les ophtalmologues qui augmentent le plus en termes d'honoraires moyens (en moyenne + 5,5 % par an entre 2000 et 2021), suivis par les anesthésistes (+ 3,7 % par an), stomatologues (+ 3,6 % par an) et gynécologues-obstétriciens (+ 3,5 % par an).

FIGURE 41

Évolution comparée des honoraires totaux annuels par tête parmi les grandes catégories de professionnels de santé libéraux actifs à part entière (APE) (base 100 en 2000)

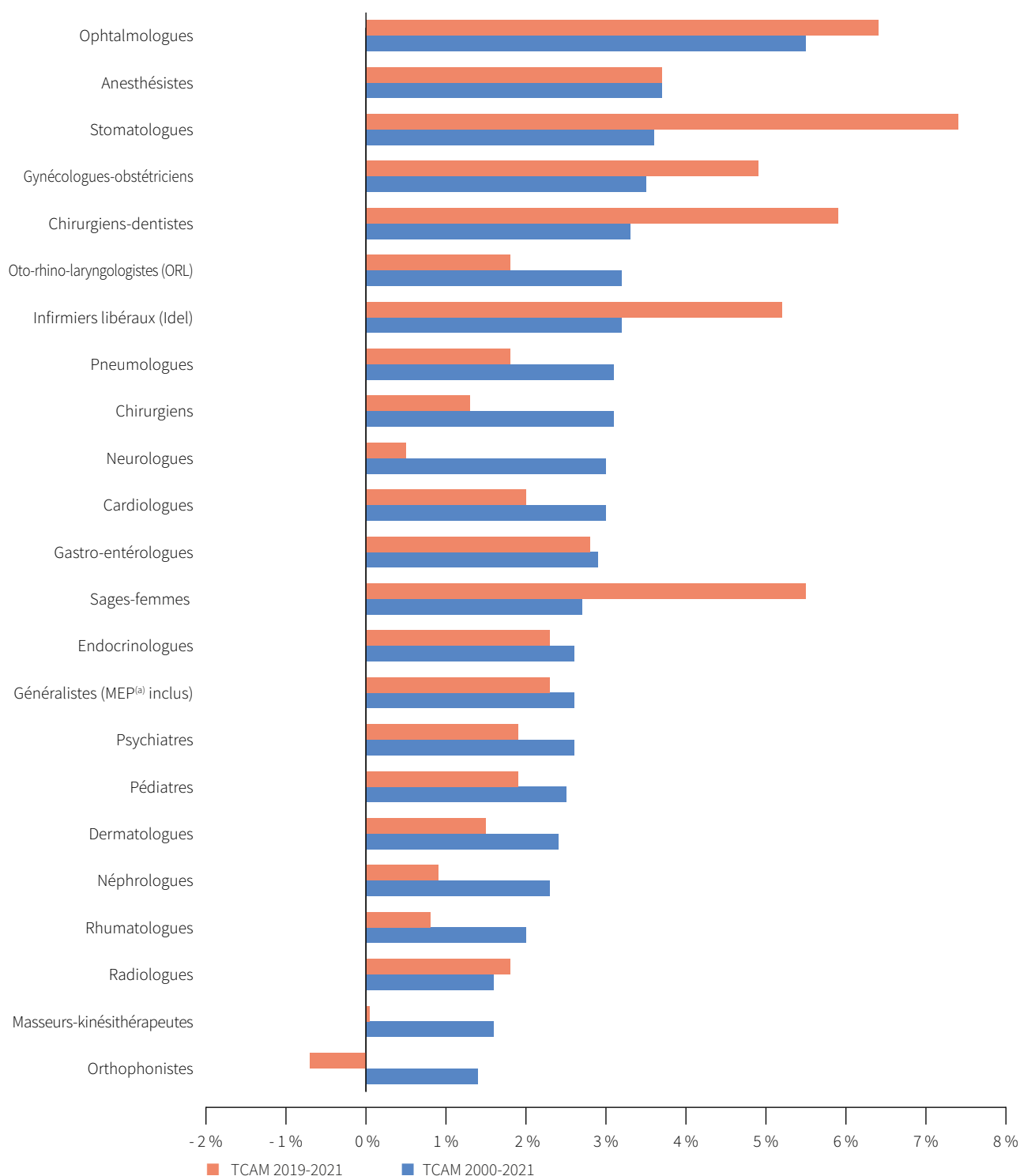


(a) MEP : médecin à expertise particulière

Champ : professionnels de santé libéraux actifs à part entière (APE), tous secteurs conventionnels - France entière
Source : Cnam (SNDS, Snir-PS et Amos)

FIGURE 42

Taux de croissance annuels moyens (TCAM) des honoraires totaux par tête entre 2000 et 2021 et entre 2019 et 2021



(a) MEP : médecin à expertise particulière

Champ : professionnels de santé libéraux actifs à part entière (APE), tous secteurs conventionnels - France entière
Source : Cnam (SNDS, Snir-PS et Amos)

En 2019, des revenus varient selon les honoraires et les taux de charges par spécialité

Les revenus d'activité des médecins libéraux dépendent de leurs honoraires ainsi que du taux de charges **[Tableau 5]**.

TABLEAU 5

Revenus de l'activité libérale des médecins libéraux en 2019

	Niveau de revenu libéral (en euros)		
	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2
Omnipraticiens	90 900	91 600	79 200
Anesthésistes-réanimateurs	203 400	174 500	230 500
Cardiologues	156 300	154 300	163 200
Chirurgiens	172 100	123 900	183 600
Gynécologues ^(a)	106 700	78 800	122 000
Ophthalmologues ^(a)	191 800	146 300	218 100
Oto-rhino-laryngologistes ^(a)	124 400	112 200	131 100
Dermatologues	93 000	85 800	103 000
Gastro-entérologues	133 700	124 300	146 100
Pédiatres	79 700	75 700	85 200
Pneumologues	118 100	122 000	102 000
Psychiatres et neuropsychiatres	80 300	81 800	77 800
Radiodiagnostic et imagerie médicale	202 600	197 500	221 400
Médecine nucléaire	282 900	282 900	286 600
Oncologie médicale	157 700	165 700	135 700
Radiothérapie	517 600	530 500	433 100
Rhumatologues	86 600	85 300	87 800
Autres spécialistes ^(b)	119 300	132 600	97 600
Ensemble des spécialistes	146 000	137 500	155 500
Ensemble des médecins	116 800	106 600	146 500

(a) Une part significative de l'activité de cette spécialité correspond à des actes chirurgicaux et certains médecins peuvent se spécialiser dans la réalisation de ces actes. Ils n'est cependant pas possible de les distinguer à l'heure actuelle

(b) Le regroupement « autres spécialistes » rassemble les spécialités à faible effectif : médecine interne, médecine physique et de réadaptation, neurologie, gériatrie, néphrologie, anatomo-cyto-pathologie, endocrinologie, hématologie et oncologie médicale

Champ : médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2019, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires en 2019 et 1 euro de revenu libéral
Source : Drees

1.3.3

Des files actives variables selon les professions

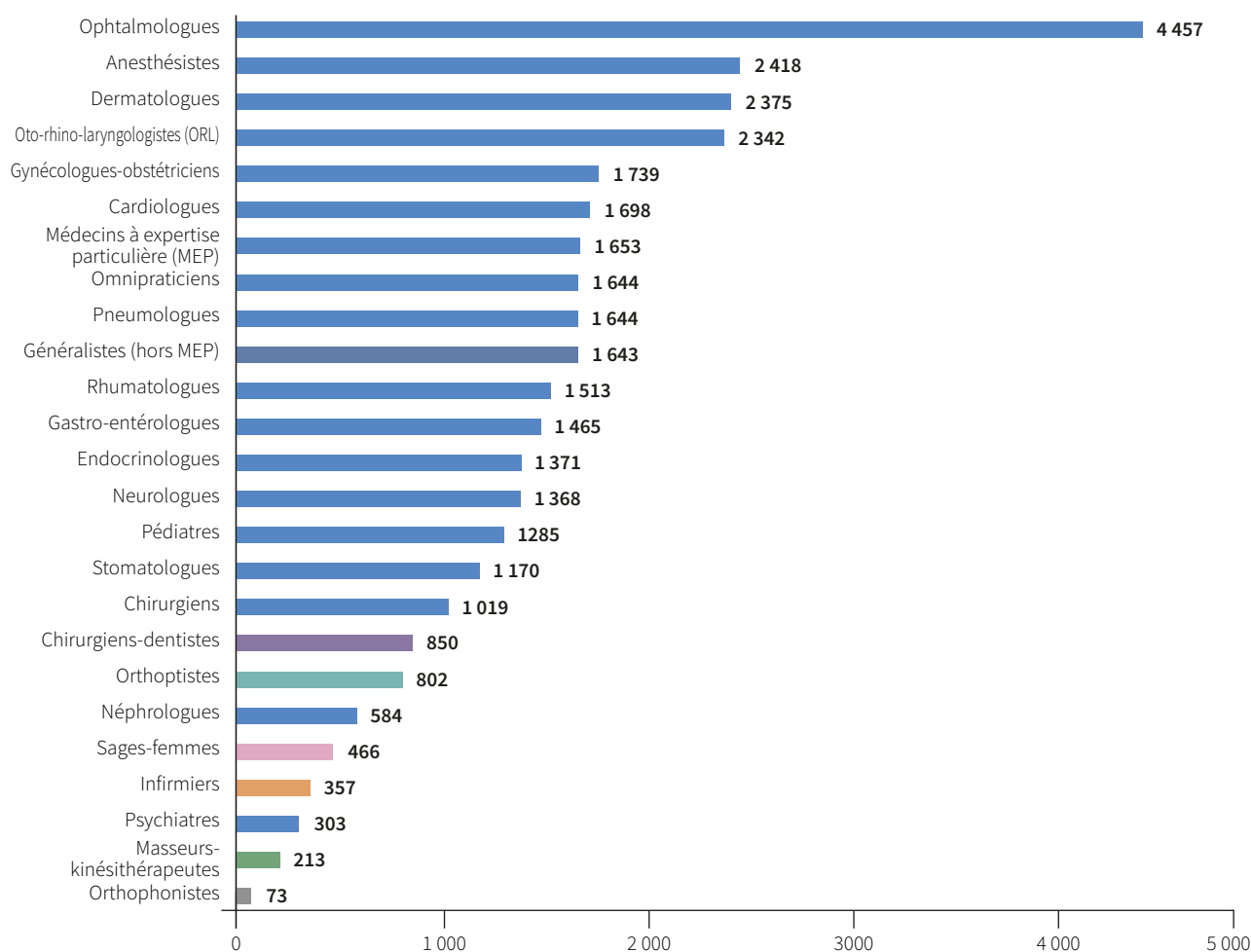
La « file active » correspond au nombre de patients ayant réalisé au moins un acte dans l'année auprès du professionnel.

Il existe une grande variabilité dans les files actives moyennes selon les professions et spécialités : ainsi, un ophtalmologue voit en moyenne quasiment 4 500 personnes par an, soit quinze fois plus de patients qu'un psychiatre.

Les médecins, à l'exception des psychiatres et des néphrologues, sont les professionnels avec les files actives moyennes de patients les plus élevées (supérieures à 1 000 par an). Ils sont suivis des dentistes et des orthoptistes (file active moyenne supérieure à 800 par an). Les orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, psychiatres, Idel et sages-femmes sont les professions ayant les files actives de patients les plus faibles. Par ailleurs, ces professionnels voient plus de fois leurs patients dans l'année : on compte en moyenne 27 actes par patient par an pour les masseurs-kinésithérapeutes et 72 actes par patient pour les Idel, alors qu'un médecin généraliste réalise en moyenne quatre consultations par patient et par an³⁰.

30 Données 2019, l'année 2021 est particulière : moins d'actes par infirmière et infirmier libéral diplômé d'État (Idel) en raison des tests de dépistage Covid pratiqués à un plus grand nombre de patients uniques.

FIGURE 43

File active^(a) annuelle moyenne selon la profession ou spécialité médicale, en 2021

(a) File active : nombre de patients uniques ayant réalisé au moins un acte dans l'année auprès du professionnel

Champ : professionnels de santé libéraux conventionnés - France entière

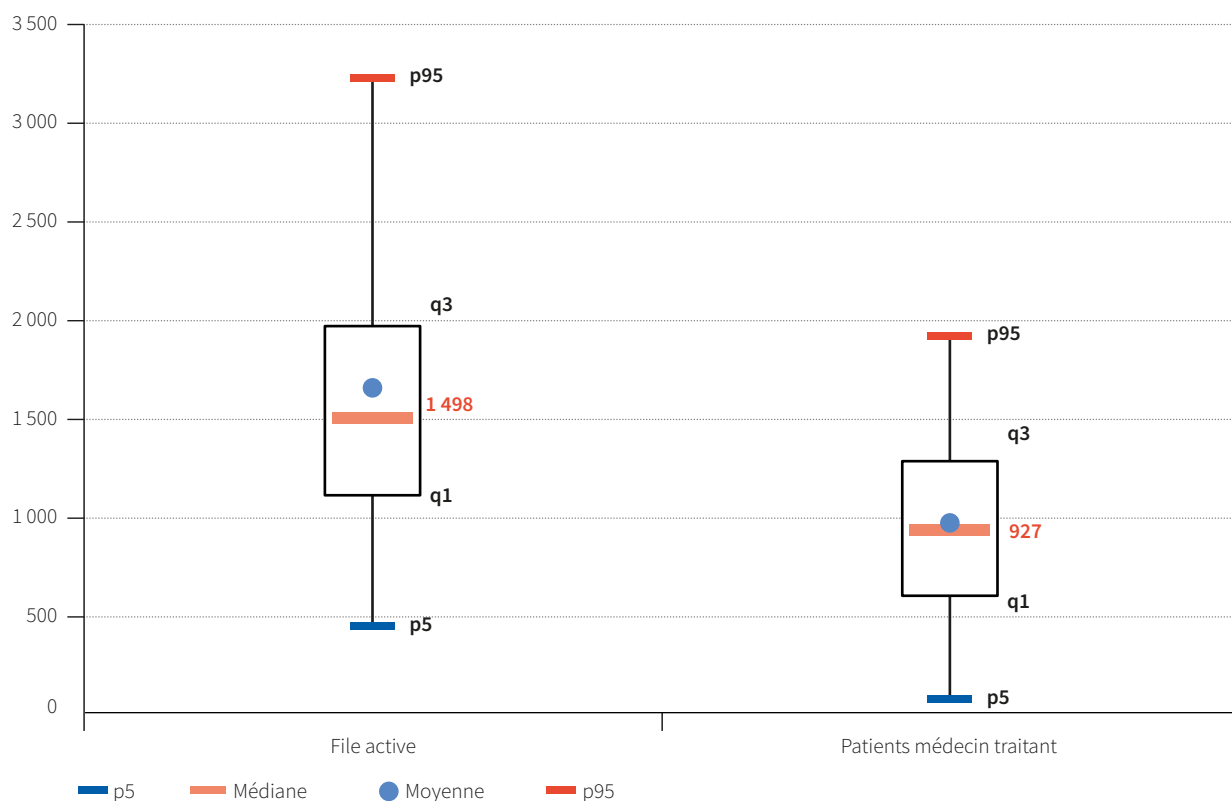
Source : Cnam (SNDS)

En 2021, un médecin généraliste (hors médecin à expertise particulière – MEP) voit en moyenne 1 643 patients dans l'année, avec une médiane à 1 498, et il a en moyenne 960 patients adultes (âgés de plus de 16 ans) dont il est le médecin traitant (médiane à 927). 50 % des médecins ont entre 600 et 1 300 patients « médecin traitant de l'adulte ».

On note que la distribution de la file active est plus hétérogène que celle de la patientèle médecin traitant, avec des valeurs extrêmes qui tendent à augmenter la moyenne par rapport à la médiane.

FIGURE 44

Distribution de la file active et de la patientèle médecin traitant des médecins généralistes (hors MEP^(a)), en 2021



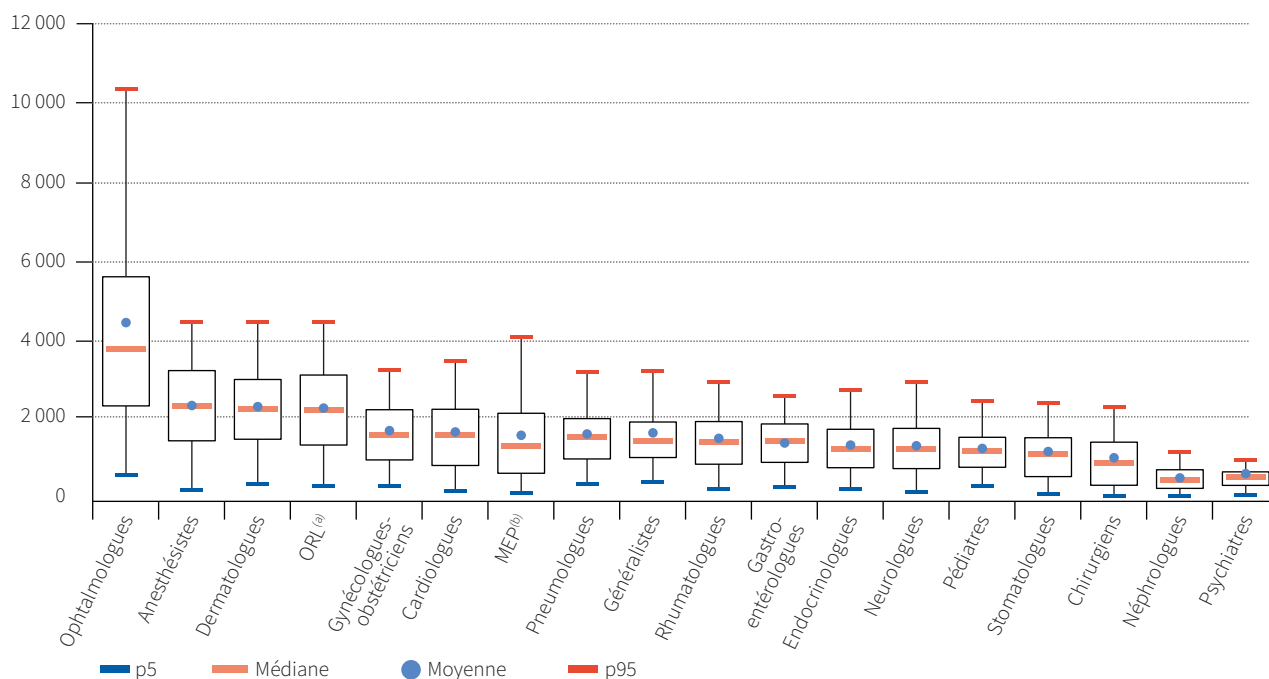
(a) MEP : médecin à expertise particulière

Note de lecture : les graphiques de type *box plot* ou « boîte à moustaches » permettent d'observer la distribution d'une variable au sein d'une population donnée. Une boîte à moustaches sera d'autant plus étalée que la distribution de la variable est hétérogène au sein de la population de référence. Le rectangle contient 50 % des valeurs observées (cela signifie que 50 % des médecins généralistes voient entre 1 100 et 2 000 patients par an).

Champ : médecins généralistes libéraux conventionnés (hors MEP) - France entière
Source : Cnam (SNDS)

FIGURE 45

Distribution de la file active des médecins selon leur spécialité, en 2021



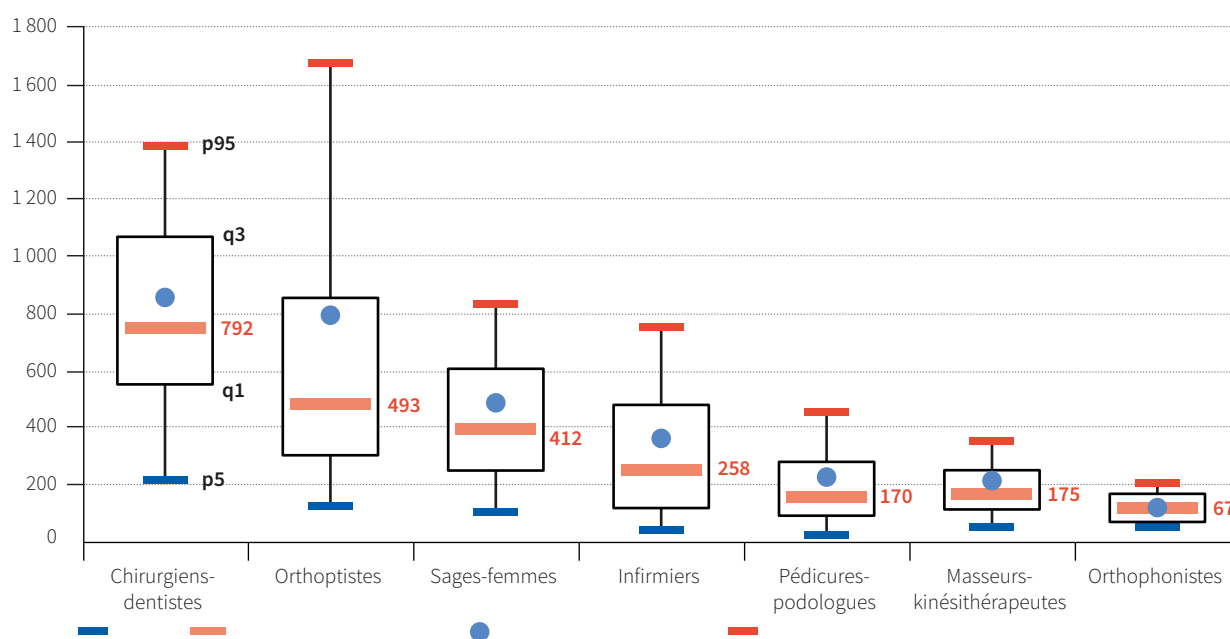
(a) ORL : oto-rhino-laryngologiste – (b) MEP : médecin à expertise particulière

Note de lecture : les graphiques de type *box plot* ou « boîte à moustaches » permettent d'observer la distribution d'une variable au sein d'une population donnée. Une boîte à moustaches sera d'autant plus étalée que la distribution de la variable est hétérogène au sein de la population de référence. Le rectangle contient 50 % des valeurs observées.

Champ : professionnels de santé libéraux conventionnés - France entière
Source : Cnam (SNDS)

FIGURE 46

Distribution de la file active des chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, en 2021



Champ : professionnels de santé libéraux conventionnés - France entière
Source : Cnam (SNDS)

1.3.4

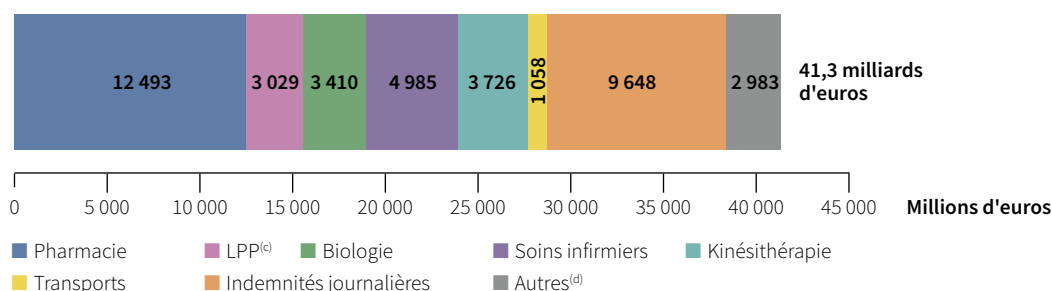
Structure des dépenses prescrites
selon les spécialités médicales

En 2021, les prescriptions de médecins généralistes représentent 74 % du total des prescriptions médicales exécutées en base de remboursement, soit 41,3 milliards d'euros. La pharmacie

est le premier poste des dépenses prescrites des généralistes, représentant en valeur 30 % des prescriptions. Les indemnités journalières sont le deuxième poste (près d'un quart du total), et les soins infirmiers, le troisième poste.

FIGURE 47

Montant des dépenses prescrites^(a) par les médecins généralistes (MEP^(b) inclus) en 2021 (en millions d'euros), par poste de prescription



(a) Les dépenses prescrites présentées correspondent aux montants de la base de remboursement des prescriptions exécutées en 2021. Les actes de radiologie ne sont pas identifiés dans les prescriptions (le radiologue étant considéré comme prescripteur des examens qu'il effectue)

(b) MEP : médecin à expertise particulière

(c) LPP : liste des produits et prestations

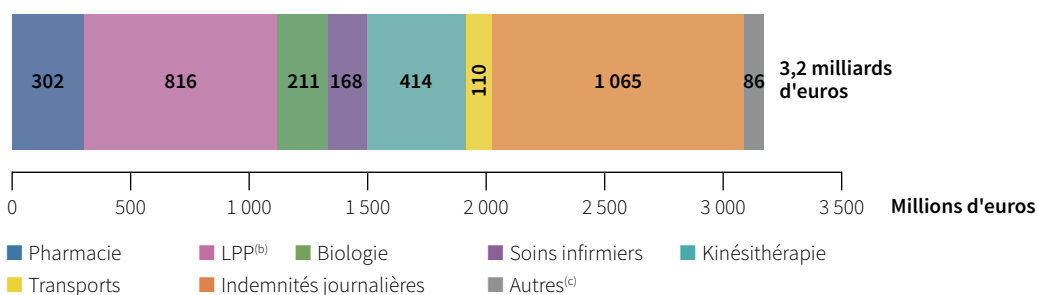
(d) La catégorie « Autres » regroupe notamment : les frais de déplacement (déplacement de professionnels prescrits), les orthophonistes, les orthoptistes, les vaccins, les cures, les télésoins prescrits...

Champ : professionnels de santé libéraux prescripteurs en secteurs 1 et 2 ; dépenses tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS, Amos)

FIGURE 48

Montant des dépenses prescrites^(a) par les chirurgiens en 2021 (en millions d'euros), par poste de prescription



(a) Les dépenses prescrites présentées correspondent aux montants de la base de remboursement des prescriptions exécutées en 2021. Les actes de radiologie ne sont pas identifiés dans les prescriptions (le radiologue étant considéré comme prescripteur des examens qu'il effectue)

(b) LPP : liste des produits et prestations

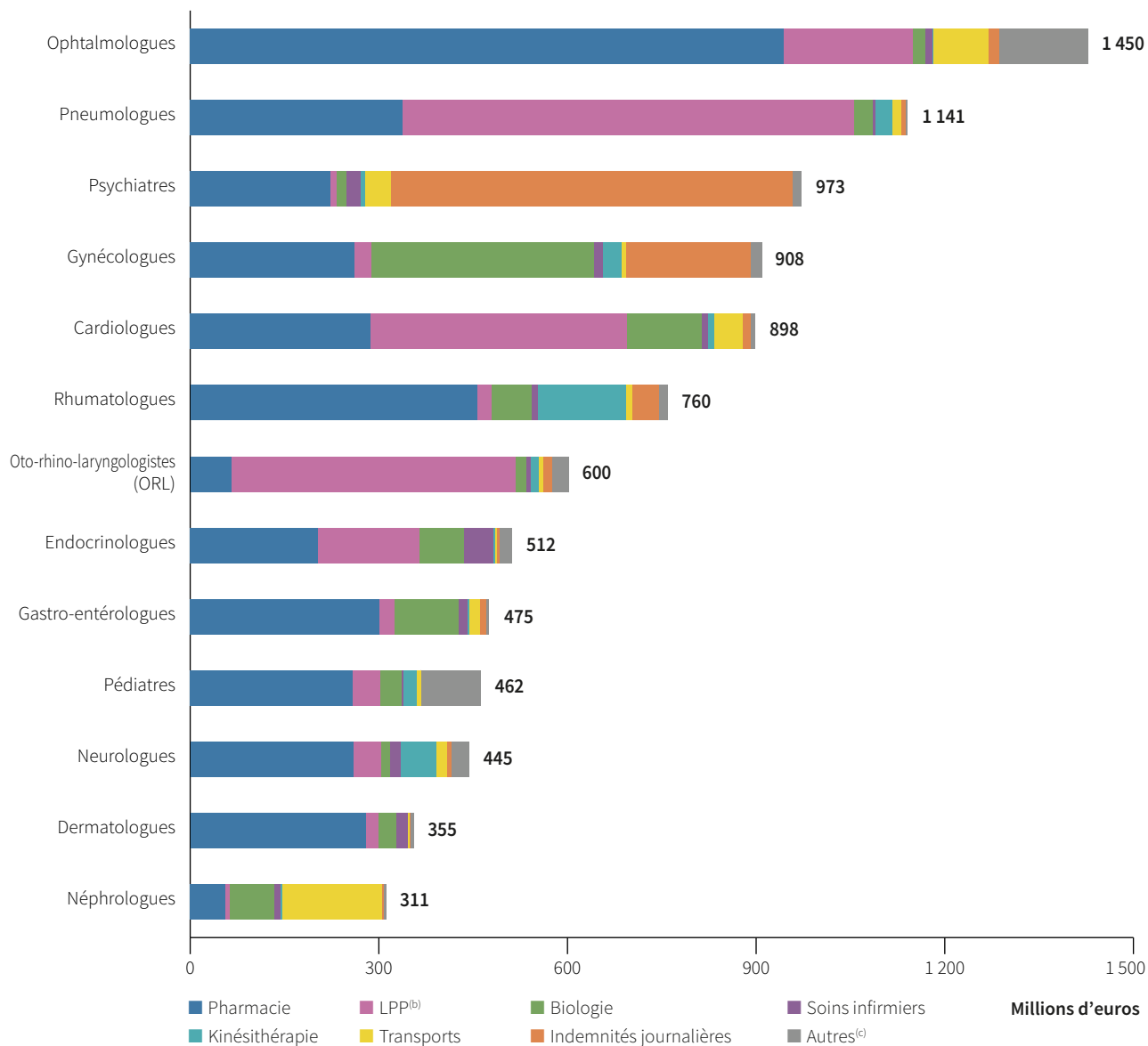
(c) La catégorie « Autres » regroupe notamment : les frais de déplacement (déplacement de professionnels prescrits), les orthophonistes, les orthoptistes, les vaccins, les cures, les télésoins prescrits...

Champ : professionnels de santé libéraux prescripteurs en secteurs 1 et 2 ; dépenses tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS, Amos)

FIGURE 49

Montant des dépenses prescrites^(a) en 2021, par poste de prescription et selon la spécialité du prescripteur (en millions d'euros)



(a) Les dépenses prescrites présentées correspondent aux montants de la base de remboursement des prescriptions exécutées en 2021. Les actes de radiologie ne sont pas identifiés dans les prescriptions (le radiologue étant considéré comme prescripteur des examens qu'il effectue)

(b) LPP : liste des produits et prestations

(c) La catégorie « Autres » regroupe notamment : les frais de déplacement (déplacement de professionnels prescrits), les orthophonistes, les orthoptistes, les vaccins, les cures, les télésoins prescrits...

Champ : professionnels de santé libéraux prescripteurs en secteurs 1 et 2 ; dépenses tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS, Amos)

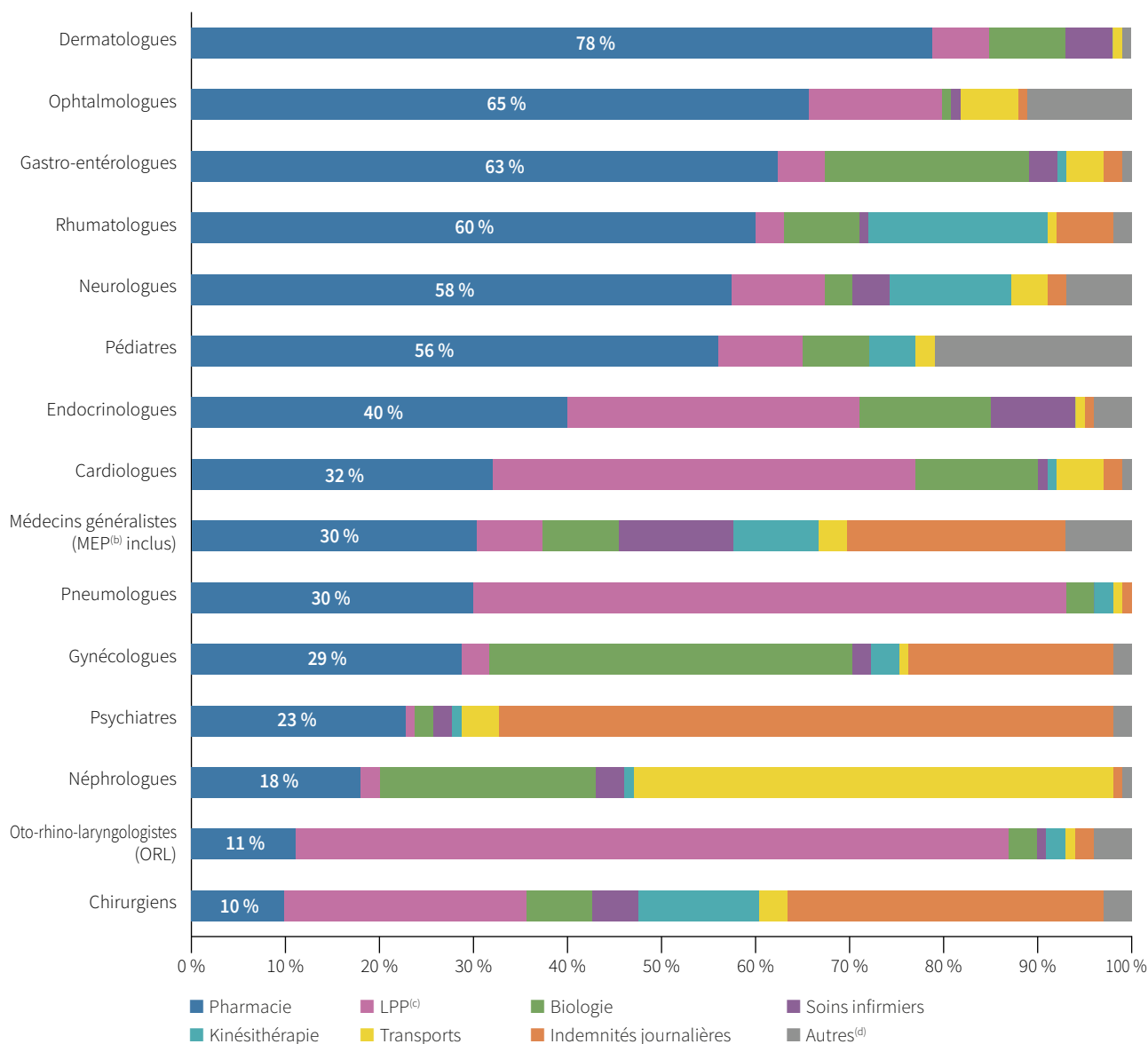
La pharmacie est le premier poste de prescription dans la majorité des spécialités, représentant jusqu'à huit prescriptions sur dix chez les dermatologues, ou encore les deux tiers des prescriptions des ophtalmologues et des gastro-entérologues.

Les dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP)³¹ sont le premier poste de prescription chez les ORL,

pneumologues et cardiologues (respectivement 75 %, 63 % et 45 %). Chez les pneumologues, il s'agit à 97 % de prescriptions d'appareils d'assistance respiratoire (notamment la ventilation en pression positive continue (PPC), pour l'apnée du sommeil) et d'oxygénothérapie à domicile. Pour les ORL, il s'agit surtout d'audioprothèses représentant 78 % des prescriptions de LPP.

FIGURE 50

Répartition des dépenses prescrites^(a) en 2021, par poste de prescription et selon la spécialité du prescripteur



(a) Les dépenses prescrites présentées correspondent aux montants de la base de remboursement des prescriptions exécutées en 2021. Les actes de radiologie ne sont pas identifiés dans les prescriptions (le radiologue étant considéré comme prescripteur des examens qu'il effectue)

(b) MEP : médecin à expertise particulière

(c) LPP : liste des produits et prestations

(d) La catégorie « Autres » regroupe notamment : les frais de déplacement (déplacement de professionnels prescrits), les orthophonistes, les orthoptistes, les vaccins, les cures, les télésoins prescrits...

Champ : professionnels de santé libéraux prescripteurs en secteurs 1 et 2 ; dépenses tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

31 LPP : liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie. Il s'agit notamment des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques.

Pour les cardiologues, les deux tiers des prescriptions de LPP sont pour des implants (implants et stents vasculaires et coronariens, stimulateurs cardiaques).

La biologie est le premier poste prescrit par les gynécologues (39 % des prescriptions).

Les médecins généralistes et les endocrinologues sont les deux spécialités prescrivant le plus de soins infirmiers (respectivement 12 % et 9 % des dépenses prescrites).

Les rhumatologues, chirurgiens et neurologues sont les spécialités les plus prescriptrices de séances de kinésithérapie (19 % des dépenses prescrites pour les rhumatologues et 13 % pour les neurologues et chirurgiens).

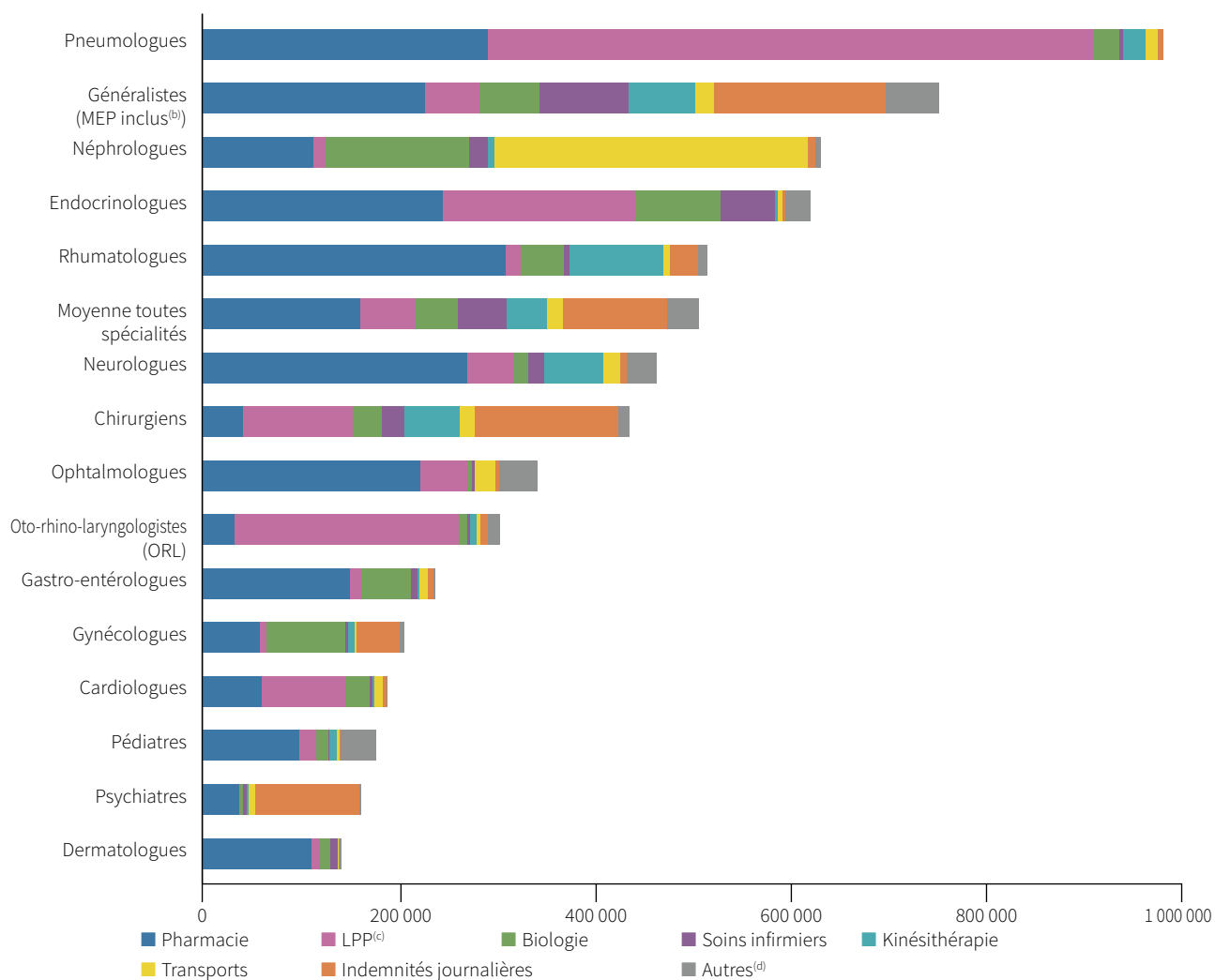
Les indemnités journalières sont le premier poste prescrit par les psychiatres et les chirurgiens, représentant respectivement deux tiers et un tiers des dépenses prescrites.

La catégorie « Autres » représente un cinquième des prescriptions des pédiatres, et un dixième des prescriptions des ophtalmologues : pour les pédiatres, il s'agit essentiellement de prescriptions d'orthophonie (84 %), d'orthoptie (7 %) et de vaccins (6 %), alors que pour les ophtalmologues, il s'agit de prescription d'orthoptie à 96 %.

Enfin, les transports sont le premier poste des dépenses prescrites par les néphrologues : plus de 50 %.

FIGURE 51

Montant moyen par médecin des dépenses prescrites^(a) en 2021, par poste de prescription et selon la spécialité du prescripteur



(a) Les dépenses prescrites présentées correspondent aux montants de la base de remboursement des prescriptions exécutées en 2021. Les actes de radiologie ne sont pas identifiés dans les prescriptions (le radiologue étant considéré comme prescripteur des examens qu'ils effectuent) - (b) MEP : médecin à expertise particulière - (c) LPP : liste des produits et prestations - (d) La catégorie "Autres" regroupe notamment : les frais de déplacement (déplacement de professionnels prescrits), les orthophonistes, les orthoptistes, les vaccins, les cures, les télésoins prescrits...

Note de lecture : un médecin généraliste génère en moyenne en 741 165 euros de remboursement (base de remboursement) pour ses prescriptions exécutées en 2021.

Champ : professionnels de santé libéraux prescripteurs en secteurs 1 et 2 ; dépenses tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS, Amos)

1.4 TABLEAU DE BORD DES INDICATEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a mis en exergue la résilience de notre système de santé, mais aussi ses limites : une politique de prévention insuffisamment développée, des inégalités de santé marquées sur les territoires, des indicateurs peu favorables en matière d'espérance de vie en bonne santé.

L'implication de l'Assurance Maladie dans la gestion de la crise Covid (*contact tracing*, actions d'aller vers les publics en matière de vaccination, dispositif *ad hoc* de prise en charge des indemnités...) a été déterminante. Elle a montré sa capacité, sous le pilotage stratégique de l'État et des agences régionales de santé (ARS), à déployer dans les temps les outils d'accompagnement et de suivi, d'animer les relations conventionnelles avec les acteurs, de porter les actions au plus près de nos concitoyens. Il est important de mettre cette expérience et ces réussites au service d'une politique de santé publique renouvelée et efficiente.

Dans la perspective de sa future convention d'objectifs et de gestion (COG), l'Assurance Maladie souhaite poursuivre et renforcer son action en matière de prévention et d'accompagnement des maladies chroniques en s'inscrivant dans les objectifs de santé publique définis par l'État.

Elle souhaite mettre encore davantage la force de son réseau présent sur tous les territoires, sa capacité d'analyse des données de santé, ses compétences administratives et médicales

au service de ces objectifs, pour déployer des actions dans une démarche partenariale avec les acteurs de santé. Dans ce cadre, elle propose aujourd'hui un tableau de bord de santé publique.

Ce tableau, qui a vocation à s'enrichir dans les années à venir en lien avec les autres acteurs du système de santé, vise à présenter un suivi de la situation à partir d'indicateurs quantifiés sur les principaux enjeux en matière de prévention, de santé des populations et d'accompagnement des malades chroniques.

Il couvre des thématiques et indicateurs au-delà du champ propre de l'Assurance Maladie. En effet, les enjeux de santé publique sont l'affaire de tous dans le système de santé : professionnels et établissements de santé, organismes de prévention, agences sanitaires, assureurs publics et assureurs complémentaires. Il est donc particulièrement important de pouvoir partager le diagnostic de la situation, qui montre aujourd'hui les faiblesses de notre système, autour de grandes thématiques de santé publique pour renforcer l'engagement coordonné de chacun et renforcer l'impact des actions menées par tous.

L'Assurance Maladie s'appliquera à jouer son rôle de façon renforcée pour améliorer la situation de santé en demi-teinte décrite par le présent tableau de bord qui recense également de façon synthétique ses principales actions.

TABLEAU 6

Tableau d'indicateurs de santé publique

A - Prévention des cancers

Définition de l'indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Objectif cible	Principales actions de l'Assurance Maladie
Participation au dépistage du cancer colorectal								
Part des personnes dépistées sur 24 mois/ population des 50 à 74 ans <i>Sources : CRCDC^(a) et Insee^(b) (ELP^(c)). Exploitation Santé publique France (SPF)</i>	29,3 %	33,5 %	32,1 %	30,5 %	28,9 %	34,6 %	65 % (objectif européen)	Promotion du dépistage auprès des professionnels de santé et assurés éligibles (campagnes d'incitation, incitation dans le cadre de la Rosp ^(d)) Mise en place du site de commande en ligne des kits de dépistage (mars 2022) et de la remise de kits par les pharmaciens (mai 2022) <i>Voir le chapitre 3 L'impact de la Covid-19 sur le système de santé et l'action de l'Assurance Maladie ► Proposition 3 (envoi des listes)</i>
Participation au dépistage du cancer du sein								
Part des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant bénéficié au moins d'une mammographie bilatérale sur les 24 derniers mois dans le cadre d'un dépistage organisé ou individuel/population cible <i>Sources : CRCDC^(a) et Insee^(b) (ELP^(c)). Exploitation Santé publique France</i>	61,7 %	59,5 %	59,6 %	59,8 %	54,1 %	56,0 %	70 % (objectif européen)	Promotion du dépistage auprès des professionnels de santé et assurés éligibles (campagnes d'incitation, incitation dans le cadre de la Rosp ^(d)) <i>Voir le chapitre 3 L'impact de la Covid-19 sur le système de santé et l'action de l'Assurance Maladie ► Proposition 3 (envoi des listes)</i>
Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus								
Part des femmes âgées de 25-65 ans ayant participé au dépistage au cours des 36 derniers mois/population cible <i>Sources : Cnam (SNDS^(e), DCIR^(f) - tous régimes) et Insee^(b). Exploitation SPF</i>	59,1 %	59,4 %	59,4 %	58,2 %	58,8 %	-	70 % (objectif européen)	<i>Voir le chapitre 3 L'impact de la Covid-19 sur le système de santé et l'action de l'Assurance Maladie ► Proposition 3 (envoi des listes)</i>
Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)								
Taux de couverture vaccinale (2 doses) par le vaccin HPV chez les filles âgées de 16 ans selon l'année de naissance (1) <i>Source : Cnam (SNDS^(e), DCIR^(f)). Exploitation Santé publique France</i>	19,5 %	21,4 %	23,7 %	27,9 %	32,7 %	37,4 %	80 % (objectif 2030)	Proposition rapport Charges et Produits 2022 Information ciblée à destination des assurés et médecins généralistes/pédiatres/sages-femmes, à travers des campagnes d'e-mailing <i>Voir le chapitre 3 L'impact de la Covid-19 sur le système de santé et l'action de l'Assurance Maladie ► Proposition 4 (proposition HPV)</i>

B – Prévention bucco-dentaire

Définition de l'indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Objectif cible	Principales actions de l'Assurance Maladie
Recours aux chirurgiens-dentistes								
Part des enfants âgés de 3 à 24 ans ayant eu au moins un acte réalisé par un chirurgien-dentiste dans les 12 derniers mois <i>Source : Cnam (SNDS^(e))</i>		53,9 %	56,2 %	60,3 %	46,4 %			Poursuite du dispositif M'T dents (consultations chez le dentiste pris en charge par l'Assurance Maladie tous les 3 ans, de 3 à 24 ans) Poursuite de la campagne de communication, proposition d'un accompagnement multicanal en soutien des envois des bons de prise en charge courriers pour toutes les tranches d'âges Action spécifique en classe de CP dans les zones défavorisées

C – Vaccination contre la grippe

Définition de l'indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Objectif cible	Principales actions de l'Assurance Maladie
Vaccination contre la grippe saisonnière								
Taux de couverture vaccinale antigrippale - ensemble de la population éligible <i>Source : Cnam (SNDS^(e))</i>	45,7 %	45,6 %	46,8 %	47,8 %	55,8 %	52,6 %	75 % (objectif OMS ^(g))	Prise en charge à 100% (vaccin et injection) pour les publics éligibles, dont les femmes enceintes Campagnes d'incitation à la vaccination auprès des publics à risque et des professionnels de santé
Vaccination contre la grippe saisonnière des femmes enceintes								
Taux de couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes âgées de 18 à 44 ans <i>Source : Cnam (SNDS^(e))</i>	2,1 %	3,7 %	7,9 %	15,8 %	11,7 %	7,9 %		Élargissement des compétences des pharmaciens et infirmiers et articulation des prochaines campagnes de vaccination grippe/Covid-19

(a) CRCDC : centres régionaux de coordination des dépistages des cancers

(b) Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

(c) ELP : estimations localisées de population

(d) Rosp : rémunération sur objectifs de santé publique

(e) SNDS : système national des données de santé

(f) DCIR : datamart de consommation interrégimes

(g) OMS : Organisation mondiale de la santé

(1) Les données affichées correspondent à un schéma complet à 16 ans, selon la cohorte de naissance (les données de 2021 correspondent à la cohorte de naissance 2005)

D – Maternité-petite enfance

Définition de l'indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Objectif cible	Principales actions de l'Assurance Maladie
Suivi de la grossesse								
Part des femmes (par accouchement) ayant eu au moins 3 échographies de grossesse (tous actes d'échographie confondus) au cours de la grossesse <i>Source : Cnam (SNDS^(e))</i>				90,0 %	91,5 %	92,5 %		Mise à disposition d'informations personnalisées (courriers, calendrier personnalisé, guide « Ma Maternité ») auprès des femmes enceintes dès la réception de la déclaration de grossesse <i>Voir le chapitre 4 Approche populationnelle : maternité-petite enfance</i>
Suivi postnatal								
Part des femmes ayant eu recours au moins une fois à une sage-femme ou un médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie de la maternité <i>Source : Cnam (SNDS^(e))</i>				79,7 %	81,7 %	79,9 %		Sécurisation du suivi de la femme en sortie de maternité selon les recommandations de la HAS ^(h) , notamment en cas de sortie précoce (programme Prado Maternité d'accompagnement des mères) <i>Voir le chapitre 4 Approche populationnelle : maternité-petite enfance</i>
Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)								
Taux de couverture vaccinale ROR - (2 doses) à l'âge de 33 mois, selon l'année de naissance ⁽²⁾ <i>Sources : Cnam (SNDS^(e), DCIR^(f)) Exploitation Santé publique France</i>			81,6 %	83,1 %	83,9 %	84,9 %		Prise en charge du vaccin à 100 % jusqu'à 18 ans Campagne ciblée et graduée de courriers/e-mails/SMS aux parents d'enfants non vaccinés ou vaccinés de manière incomplète contre le ROR <i>Voir le chapitre 4 Approche populationnelle : maternité-petite enfance</i>

(e) SNDS : système national des données de santé

(f) DCIR : datamart de consommation interrégimes

(h) HAS : Haute Autorité de santé

(2) Les données affichées correspondent à un schéma 2 doses à l'âge de 33 mois chez les enfants nés entre janvier et mars de l'année n-2

E – Addictions

Définition de l'indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Objectif cible	Principales actions de l'Assurance Maladie
Addiction au tabac								
Pourcentage de fumeurs quotidiens de plus de 15 ans <i>Source : données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)</i>	29,4 %	26,9 %	25,4 %	24,0 %	25,5 %		16 % (2027 - PNLT 2 ⁽ⁱ⁾)	Plan d'action FLCA (fonds de lutte contre les addictions) et actions Cnam de lutte contre le tabagisme : prise en charge des traitements nicotiniques de substitution ; développement du e-coaching Tabac info service ; appel à projets Mois sans tabac ; action dans les centres d'examen de santé : « ici on vous aide à arrêter de fumer » Identification de nouvelles actions probantes dans le cadre des travaux sur le PNLT ⁽ⁱ⁾ 2023-2028
Addiction à l'alcool								
Quantité d'alcool consommée chez les plus de 15 ans (en litres d'alcool par personne) <i>Source : OCDE</i>	11,70	11,70	11,60	11,40			4,80 l	Financements par la Cnam d'associations de lutte contre l'alcool, dans le cadre du FNPEIS ^(j) Mise en œuvre des contractualisations pluriannuelles avec les grandes associations de lutte contre l'alcool et soutien des actions de marketing social de Santé publique France dans le cadre des plans d'action FLCA

(i) PNLT : programme national de lutte contre le tabac 2018-2022

(j) FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires

F - Maladies chroniques

Définition de l'indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Objectif cible	Principales actions de l'Assurance Maladie
Accès à un médecin traitant des patients en ALD								
Part des patients en affection de longue durée (ALD) ayant un médecin traitant (tous régimes)	95,9 %	95,8 %	95,7 %	95,5 %	95,3 %	95,0 %		Incitation dans le cadre de la Rosp^(d) du médecin traitant Promotion de l'exercice coordonné et des dispositifs visant à libérer du temps médical pour parvenir à l'objectif d'un médecin traitant pour tous (assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée, délégations de tâches...) <i>Voir le chapitre 6 Renforcer l'accès aux soins et améliorer l'organisation du système de santé</i> ► Proposition 13
Dosage de l'hémoglobine glyquée chez les populations diabétiques								
Part des patients ayant un médecin traitant traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année selon les recommandations	78,9 %	78,6 %	79,3 %	79,6 %	76,8 %	78,8 %		Incitation dans le cadre de la Rosp^(d) du médecin traitant Programme d'accompagnement des malades chroniques sophia <i>Voir la partie 1 du chapitre 2 Approche par pathologie : le diabète</i>
Recours aux soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque								
Part des patients atteints d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins 4 consultations par un médecin généraliste par an ⁽⁴⁾				[67 % ; 84 %]				Déploiement du parcours « Insuffisance cardiaque » Démarche d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins : - développement d'un outil d'analyse des données pour établir un diagnostic territorial dans chaque région ; - mobilisation des acteurs (MSP, CPTS, établissements, professionnels libéraux et patients) ; - déploiement d'une campagne « grand public » en septembre 2022 <i>Voir la partie 2 du chapitre 2 Approche par pathologie : l'insuffisance cardiaque</i>
Part des patients atteints d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins 2 consultations par un cardiologue par an ⁽⁴⁾				[27 % ; 44 %]				



F – Maladies chroniques (suite)

Définition de l'indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Objectif cible	Principales actions de l'Assurance Maladie
Dépistage de la maladie rénale chronique en populations à risque								
Part des patients ayant un médecin traitant traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	7,1 %	9,0 %	22,4 %	24,8 %	24,6 %	25,5 %		Incitation dans le cadre de la Rosp^(d) du médecin traitant Programme d'accompagnement des malades chroniques sophia

Source : Rosp^(d) médecin traitant⁽³⁾

(d) Rosp : rémunération sur objectifs de santé publique

(e) SNDS : système national des données de santé

(3) L'indicateur concerne exclusivement les patients ayant déclaré un médecin traitant

(4) (Distribution régionale [minimum ; maximum])

2

APPROCHE PAR PATHOLOGIE

I 2.1 LE DIABÈTE

L'Assurance Maladie est fortement engagée depuis de nombreuses années dans la prévention du diabète, la prise en charge et l'accompagnement des personnes diabétiques aussi bien par des actions envers ces personnes que par la production d'études contribuant à la connaissance. Dans la continuité des travaux sur les maladies cardiovasculaires et la santé mentale, présentés dans le précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie³², l'approche par pathologie de la gestion du risque a été appliquée cette année au diabète. L'objectif de cette approche est de mettre en avant la cohérence des différentes actions autour d'une pathologie précise et leur pertinence pour répondre à des problématiques spécifiques, tout au long du parcours de santé des personnes atteintes ou à risque de développer cette pathologie.

Dans cette partie, une stratification de l'ensemble des personnes diabétiques selon quatre niveaux (ou strates) de sévérité est décrite. Cette stratification permet de préciser les besoins de soins associés à chaque niveau et de détailler, par la suite, les différentes actions en fonction des enjeux spécifiques auxquels elles répondent : prévention primaire de l'incidence du diabète, prévention de l'aggravation du diabète pour les patients déjà traités et stabilisation de la pathologie au sein d'un niveau de sévérité donné.

2.1.1

Décrire la population des personnes diabétiques selon des niveaux de sévérité de la maladie : une approche structurante pour les actions de prévention

La cartographie médicalisée des dépenses permet d'objectiver le poids économique et sanitaire du diabète, grâce aux algorithmes médicaux de repérage des pathologies et à la méthodologie d'affectation à ces pathologies des dépenses de soins remboursées. Ainsi, en 2018, environ 3,9 millions d'individus étaient pris en charge pour un diabète, dont 55 % d'hommes, d'un âge moyen de 67 ans. Les dépenses annuelles moyennes étaient de 2 100 euros par individu, dont 84 % de dépenses de ville (1 800 euros), 9 % de dépenses de soins hospitaliers (200 euros) et 7 % de prestations en espèces (140 euros).

Ces résultats populationnels précieux ne permettent pas, cependant, de distinguer plus finement différents groupes au sein de l'ensemble des diabétiques afin de cibler certains besoins de prise en charge spécifiques. Les analyses présentées ici sont complémentaires des résultats issus de la cartographie médicalisée des dépenses et permettent de distinguer quatre niveaux de sévérité du diabète. La définition de ces niveaux s'appuie sur un travail antérieur [Encadré 6], en adoptant néanmoins une approche légèrement différente, adaptée à la rénovation de la gestion du risque entamée récemment.

L'objectif de ces analyses est de décrire la répartition de l'ensemble des patients diabétiques au sein de ces quatre niveaux de gravité en 2018, les caractéristiques et dépenses individuelles associées à chaque niveau et les transitions entre niveaux d'une année sur l'autre. Une description de la répartition au sein des différents niveaux des personnes nouvellement prises en charge en 2019 (diabétiques incidents) a également été effectuée.

32 « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 », rapport disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

ENCADRÉ 6

SPÉCIFICITÉS DE L'APPROCHE ACTUELLE PAR RAPPORT AUX TRAVAUX ANTÉRIEURS

Une analyse des niveaux de sévérité des patients diabétiques avait déjà été publiée dans le rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2017 », disponible en ligne :

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2016-07_rapport-propositions-pour-2017_assurance-maladie_0.pdf

Cette étude visait principalement à souligner l'importance de la prévention des complications podologiques du diabète et concernait une population de patients diabétiques traités en 2012. Les patients étaient stratifiés en niveaux de sévérité croissants, le niveau maximal regroupant les patients avec une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) ou ayant subi une amputation au cours de l'année, et l'étude était effectuée sur une seule année. Les différents niveaux traduisaient l'intensité des

besoins et du recours aux soins au cours de l'année, correspondant à des niveaux de dépenses moyennes croissantes et se matérialisant par une « pyramide des risques » (le risque étant un risque de dépenses annuelles élevées).

Pour l'étude présentée cette année, nous suivons une cohorte de patients sur deux ans (Encadré 7) et les strates représentent des niveaux de gravité clinique propre au diabète, traduisant l'évolution naturelle de la maladie à moyen ou long terme. Une implication de ce choix est que les niveaux sont supposés « irréversibles » : en présence d'une complication classant dans un niveau de sévérité donné, il n'est plus possible d'évoluer vers un niveau de sévérité inférieur. En conséquence, le recours aux soins des patients classés dans un même niveau est potentiellement hétérogène, en fonction de l'équilibre à court

terme du diabète et de la gravité des complications spécifiques au cours de l'année. Par exemple, au sein d'une même strate, un patient avec une exacerbation aiguë d'insuffisance cardiaque (IC) aura un recours plus intense et des dépenses plus élevées qu'un patient diabétique et insuffisant cardiaque mieux stabilisé sans exacerbation dans l'année ; de même pour un patient avec un séjour pour amputation au cours de l'année par rapport à un patient ayant subi une amputation au cours de l'année précédente.

À noter que l'objectif principal, aussi bien pour ce travail que pour l'étude antérieure, est d'illustrer la gradation des besoins de soins des patients diabétiques et pas de proposer une stratification clinique fine des complications micro ou macroangiopathiques du diabète.

2.1.1.1 Répartition au sein des quatre niveaux de sévérité des personnes prises en charge pour un diabète en 2018 : caractéristiques et dépenses associées à chaque niveau

L'ensemble des personnes prises en charge pour un diabète et vivantes au 31 décembre 2018 a été réparti au sein de quatre niveaux de sévérité, mutuellement exclusifs et traduisant une gravité clinique croissante : le niveau 1 regroupe les personnes diabétiques sans complications spécifiques et sans recours aux traitements injectables, le niveau 2 regroupe les personnes diabétiques ayant recours à un traitement injectable (insulinothérapie ou agonistes de GLP-1), le niveau 3 correspond aux

complications spécifiques du diabète (autres que celles classant dans le niveau 4) et le niveau 4 regroupe les personnes avec une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) ou une amputation au niveau du membre inférieur (Encadré 7).

La majorité des 3,7 millions de personnes³³ prises en charge en 2018 a un diabète non compliqué et ne nécessitant pas de recours aux traitements injectables (Tableau 7, niveau 1). Le niveau 2 inclut aussi des personnes diabétiques de type 1, expliquant la moyenne d'âge moins élevée au sein de cette strate (61 ans contre 67 pour l'ensemble de la population). Les personnes avec un diabète compliqué (niveaux 3 et 4) sont en moyenne plus âgées, plus souvent des hommes (65 % contre 55 % pour l'ensemble de la population) et plus souvent bénéficiaires de la couverture santé solidaire.

³³ Il s'agit des personnes vivantes au 31 décembre 2018 et repérées aussi comme diabétiques en 2019 par les algorithmes de la cartographie. Cette sélection explique l'écart entre les effectifs pour ces analyses et ceux des résultats sur l'ensemble des diabétiques pris en charge en 2018 (environ 3,9 millions) mentionnés plus haut.

Les dépenses de ville représentent 54 % des dépenses totales remboursées en 2018 et les dépenses hospitalières 40 %. Le niveau 3 de sévérité regroupe environ un quart des diabétiques en 2018 et représente 40 % de l'ensemble des dépenses remboursées et près de la moitié (46 %) des dépenses hospitalières (**Tableau 8**). Le niveau de sévérité le plus élevé (niveau 4)

regroupe 1 % des effectifs et représente 9 % des dépenses totales et 15 % des dépenses hospitalières.

À noter qu'il s'agit de l'ensemble des dépenses individuelles (en amont de l'exercice d'affectation des dépenses aux différentes pathologies) et pas des dépenses spécifiques à la prise en charge du diabète.

TABLEAU 7

Caractéristiques des personnes diabétiques, selon le niveau de sévérité du diabète, en 2018

Niveau de sévérité en 2018 ^(a)	Effectif	Pourcentage	Âge moyen	Part d'hommes	Part avec CMU-C ou ACS ^(b)
4	38 731	1,0 %	68,1	64,9 %	26,7 %
3	923 950	24,8 %	71,5	65,7 %	23,7 %
2	640 261	17,2 %	60,9	48,4 %	20,6 %
1	2 117 992	56,9 %	66,7	51,8 %	21,0 %
Total	3 720 934	100 %	66,9	54,8 %	21,3 %

(a) Niveaux de sévérité croissants, en fonction des complications liées au diabète. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

(b) Personnes bénéficiant d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide à la complémentaire santé, part calculée parmi les personnes âgées de 60 ans ou moins. CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire, ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS et cartographie - version de juin 2022)

TABLEAU 8

Dépenses remboursées en 2018, selon le niveau de sévérité du diabète

Niveau de sévérité en 2018 ^(a)	Part de la population	Part des dépenses totales ^(b)	Part des dépenses hospitalières ^(b)	Part des dépenses de ville ^(b)	Part des prestations en espèces ^(b)
4	1,0 %	8,9 %	14,6 %	5,5 %	2,4 %
3	24,8 %	39,6 %	46,3 %	35,9 %	28,8 %
2	17,2 %	19,8 %	11,4 %	25,8 %	21,6 %
1	56,9 %	31,8 %	27,8 %	32,9 %	47,2 %
Total (en euros)		25 791 624 000	10 262 164 000	13 858 928 000	1 670 531 000

(a) Niveaux de sévérité croissants, en fonction des complications liées au diabète. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

(b) Il s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge du diabète

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS et cartographie - version de juin 2022)

On observe un gradient croissant avec le niveau de sévérité pour les dépenses annuelles moyennes par individu (**Tableau 9**), allant d'environ 4 000 euros au sein du niveau 1 jusqu'à près de 60 000 euros au sein du niveau 4³⁴. Les dépenses hospitalières annuelles (toutes prises en charge confondues, pas exclusivement les soins hospitaliers liés au diabète) sont près de trois fois supérieures au sein du niveau 3 par rapport au niveau 2 (environ 5 100 euros contre 1 800 euros). Au sein du niveau 4,

les deux tiers des dépenses sont liés à des soins hospitaliers. Par ailleurs, les dépenses totales et hospitalières associées au niveau 4 sont plus de cinq fois supérieures à celles du niveau 3. Les dépenses de ville sont majoritaires au sein des niveaux 1 et 2, avec un poids particulièrement important pour les personnes du niveau 2 ayant recours aux traitements injectables (70% de la dépense moyenne annuelle).

TABLEAU 9

Dépenses moyennes par individu en 2018, selon le niveau de sévérité du diabète

Niveau de sévérité en 2018 ^(a)	Effectif	Dépenses moyennes par individu (en euros)			
		Dépenses totales ^(b)	Dépenses hospitalières ^(b)	Dépenses de ville ^(b)	Prestations en espèces ^(b)
4	38 731	59 340	38 600	19 710	1 030
3	923 950	11 040	5 140	5 380	520
2	640 261	7 960	1 820	5 570	560
1	2 117 992	3 870	1 350	2 150	370
Total	3 720 934	6 930	2 760	3 720	450

(a) Niveaux de sévérité croissants, en fonction des complications liées au diabète. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

(b) Il s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge du diabète

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDIS et cartographie - version de juin 2022)

2.1.1.2 Évolution du niveau de sévérité du diabète entre 2018 et 2019³⁵

Le **Tableau 10** présente les caractéristiques des différents groupes, en fonction de l'évolution du niveau de sévérité entre 2018 (premier chiffre) et 2019 (deuxième chiffre), regroupés selon le niveau de 2018. Entre 2018 et 2019, environ 10 % des patients du niveau 1 et 10 % des patients du niveau 2 évoluent vers des niveaux supérieurs de sévérité et 1 % des personnes du niveau 3 évoluent vers le niveau 4. Au sein d'un même niveau initial, les personnes dont la sévérité progresse sont en général plus âgées,

plus souvent des hommes et plus souvent bénéficiaires de la couverture santé solidaire, par rapport aux personnes dont le niveau de sévérité est stable entre 2018 et 2019.

On note que la mortalité au cours de l'année 2019 pour les personnes évoluant vers les niveaux 3 ou 4 est plus élevée que celle des personnes déjà présentes au sein de ce niveau (8,3 % contre 6,3 % et 16,1 % contre 12,4 % respectivement). Enfin, même si la majorité des évolutions vers le niveau 4 se font à partir du niveau 3, un tiers environ des personnes évoluant vers le niveau 4 le font directement depuis les niveaux 1 ou 2 (environ 4 300 sur 13 000).

34 Comme mentionné plus haut, il s'agit de l'ensemble des dépenses individuelles remboursées et pas de celles spécifiquement affectées à la prise en charge du diabète.

35 Les niveaux sont considérés comme « irréversibles » : en présence d'une complication classant dans un niveau de sévérité donné, il n'est plus possible d'évoluer vers un niveau de sévérité inférieur (Encadré 6, Encadré 7).

TABLEAU 10

Caractéristiques des personnes diabétiques, selon l'évolution du niveau de sévérité entre 2018 et 2019

Évolution du niveau de sévérité ^(a)	Effectif	Pourcentage	Âge moyen	Part d'hommes	Part avec CMU-C ou ACS ^(b)	Mortalité en 2019 (taux brut)
Les patients en niveau 4 en 2018 se retrouvent tous aussi en niveau 4 en 2019						
4-4	38 731	100 %	68,1	64,9 %	26,7 %	12,4 %
Évolutions en 2019 des patients de la niveau 3 en 2018						
3-4	8 852	1,0 %	71,6	72,8 %	28,8 %	16,1 %
3-3	915 098	99,0 %	71,5	65,6 %	23,6 %	6,3 %
	923 950					
Évolutions en 2019 des patients de la niveau 2 en 2018						
2-4	2 069	0,3 %	68,0	65,8 %	29,2 %	8,6 %
2-3	6 817	10,0 %	65,5	50,9 %	24,8 %	8,3 %
2-2	574 375	89,7 %	60,4	48,0 %	20,2 %	1,9 %
	640 261					
Évolutions en 2019 des patients de la niveau 1 en 2018						
1-4	2 225	0,1 %	71,0	70,6 %	27,5 %	9,7 %
1-3	111 209	5,3 %	71,5	57,4 %	23,7 %	10,2 %
1-2	79 254	3,7 %	62,2	49,8 %	22,3 %	1,2 %
1-1	1 925 304	90,9 %	66,6	51,5 %	20,8 %	1,4 %
	2 117 992					

(a) Le premier chiffre correspond au niveau de sévérité pour l'année 2018 et le second à celui pour l'année 2019. Les résultats sont regroupés en fonction du niveau de l'année 2018. Une personne ne peut pas évoluer vers un niveau inférieur. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

(b) Personnes bénéficiant d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide à la complémentaire santé, part calculée parmi les personnes âgées de 60 ans ou moins. CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire, ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SND et cartographie - version de juin 2022)

Le **Tableau 11** présente les dépenses remboursées en 2019 et leur variabilité, pour les différents groupes, en fonction de l'évolution du niveau de sévérité entre 2018 (premier chiffre) et 2019 (deuxième chiffre), regroupés cette fois-ci selon le niveau de 2019.

L'évolution vers des niveaux de sévérité plus élevés est associée à des dépenses de soins plus élevées. Pour les personnes évoluant vers les niveaux 2 ou 3, les dépenses en 2019 sont plus élevées que pour celles déjà présentes au sein de ces niveaux (par exemple respectivement 18 000 euros contre 10 500 euros pour les groupes 2-3 et 3-3). De même, l'évolution vers le niveau 4 depuis le niveau 3 est associée à des dépenses plus élevées (respectivement 58 000 euros contre 53 500 euros pour les groupes 3-4 et 4-4). Par rapport aux personnes n'évoluant

pas vers un niveau plus élevé de sévérité, les dépenses des personnes diabétiques dont la maladie s'aggrave ou se complique sont au moins deux fois supérieures (respectivement 18 000 euros contre 8 000 euros environ pour les groupes 2-3 et 2-2) et jusqu'à cinq fois plus élevées (respectivement 58 000 euros contre 10 500 euros pour les groupes 3-4 et 3-3). Ce surcoût est principalement lié aux dépenses hospitalières.

Il est possible qu'une partie de ces écarts soit liée à la mortalité plus élevée au sein de ces groupes qui évoluent vers des niveaux de sévérité supérieurs entre 2018 et 2019 (**Tableau 10**). Cependant, ce facteur n'explique probablement qu'une faible partie de ce surcoût, qui reflète principalement les prises en charge hospitalières des complications³⁶.

36 Cette interprétation n'est pas certaine, car deux facteurs peuvent avoir des effets contraires sur les dépenses d'un groupe : d'un côté, la proximité de la mort est associée à des dépenses élevées, notamment hospitalières, et les personnes décédées au cours de l'année pourraient augmenter la moyenne des dépenses annuelles du groupe ; de l'autre, le suivi est incomplet en cas de décès et les dépenses ne correspondent qu'à une partie plus ou moins longue de l'année, ce qui pourrait diminuer la moyenne des dépenses annuelles du groupe.

TABLEAU 11

Variabilité des dépenses moyennes par individu en 2019, selon l'évolution du niveau de sévérité entre 2018 et 2019

Évolution du niveau de sévérité ^(a)	Effectif	Part au sein du niveau de 2019	Dépenses totales ^(b)			Dépenses de soins hospitaliers ^(b)		
			Moyenne	Médiane	Q3-Q1	Moyenne	Médiane	Q3-Q1
4-4	38 731	74,7 %	53 488	50 850	63 852	33 813	34 368	48 975
3-4	8 852	17,1 %	58 178	53 278	43 589	42 529	37 928	34 983
2-4	2 069	4,0 %	47 865	41 943	37 018	33 511	27 392	30 492
1-4	2 225	4,3 %	43 941	37 031	38 591	33 037	26 738	31 932
	51 877							
3-3	915 098	83,9 %	10 484	5 202	11 274	4 641	520	4 403
2-3	63 817	5,9 %	17 910	12 627	15 516	9 524	4 697	8 839
1-3	111 209	10,2 %	15 935	10 220	15 377	10 935	5 793	10 952
	1 090 124							
2-2	574 375	87,9 %	7 710	4 277	6 848	1 789	104	944
1-2	79 254	12,1 %	7 979	3 732	6 487	2 766	149	1 866
	653 629							
1-1	1 925 304	100 %	3 960	1 498	2 462	1 450	20	506

Évolution du niveau de sévérité ^(a)	Dépenses de soins de ville ^(b)			Prestations en espèces ^(b)
	Moyenne	Médiane	Q3-Q1	Moyenne ^(c)
4-4	18 745	14 599	18 055	930
3-4	14 938	12 151	13 538	710
2-4	13 390	10 889	10 754	964
1-4	10 167	7 367	9 190	737
3-3	5 374	2 983	4 727	469
2-3	7 739	5 503	6 646	647
1-3	4 562	2 738	3 463	438
2-2	5 403	3 300	4 757	518
1-2	4 583	2 712	3 049	631
1-1	2 164	1 227	1 350	347

(a) Le premier chiffre correspond au niveau de sévérité pour l'année 2018 et le second à celui pour l'année 2019. Les résultats sont regroupés en fonction du niveau de l'année 2019. Une personne ne peut pas évoluer vers un niveau inférieur. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

(b) Il s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge du diabète

(c) La médiane et l'écart Q3-Q1 sont nuls

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDIS et cartographie - version de juin 2022)

2.1.1.3 Niveaux de sévérité du diabète des personnes nouvellement prises en charge en 2019 (diabétiques incidents)

Environ 265 000 personnes ont été nouvellement prises en charge pour un diabète en 2019 (**Tableau 12**). Par rapport à l'ensemble des diabétiques pris en charge en 2018, leur moyenne d'âge est d'environ sept années inférieure (60 contre 67 ans). Parmi les diabétiques incidents, le niveau 2 est probablement majoritairement constitué de diabétiques de type 1, ce qui se traduit par une plus faible proportion de la population totale classée dans ce niveau (6,5 % des 264 000 incidents 2019 contre 17,2 % des 3,7 millions de diabétiques en 2018) et par une moyenne d'âge moins élevée (46 ans contre 61 ans).

Près des trois quarts des diabétiques incidents n'ont pas de complications lors de la prise en charge (niveau 1), mais on constate aussi que pour 20 % des diabétiques incidents en 2019, le niveau de sévérité du diabète lors de la prise en charge initiale est d'emblée élevé (niveau 3).

Comparativement aux dépenses remboursées pour l'ensemble des diabétiques en 2018 (**Tableau 8**), la part des dépenses hospitalières est plus importante chez les incidents et représente 50 % de l'ensemble des dépenses, contre 39 % pour les dépenses de ville (**Tableau 13**). Par rapport à l'ensemble des diabétiques (**Tableau 9**), la prépondérance des dépenses hospitalières chez les incidents concerne principalement le niveau 2 (5 600 euros contre 1 800 euros par an en moyenne), et reflète les spécificités de la prise en charge des diabétiques de type 1 (**Tableau 14**).

Ces analyses, basées sur les données du système national des données de santé (SNDS) et plus particulièrement de la cartographie médicalisée des dépenses, permettent de tirer certains enseignements importants sur la trajectoire des patients pris en charge pour diabète, tout au long du parcours de santé, depuis l'entrée dans la pathologie jusqu'à l'évolution vers les complications les plus sévères. Ainsi, les dépenses hospitalières annuelles³⁷ sont près de trois fois supérieures au sein du niveau 3 par rapport au niveau 2 (environ 5 100 euros contre 1 800 euros). Ces dépenses hospitalières sont aussi plus élevées pour les diabétiques incidents, nouvellement pris en charge, par rapport à celles de l'ensemble des diabétiques de même niveau de sévérité.

Pour les personnes évoluant vers un niveau de sévérité supérieur, le niveau moyen des dépenses annuelles (tous postes confondus) est plus élevé que celui des personnes déjà présentes au sein du niveau supérieur et au moins deux fois supérieur par rapport aux dépenses des personnes dont le niveau de sévérité n'évolue pas (environ 18 000 euros par an pour le groupe 2-3, contre 10 500 euros pour le groupe 3-3 et 8 000 euros pour le groupe 2-2).

Dans la suite de cette partie, les nombreuses actions initiées ou soutenues par l'Assurance Maladie dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du diabète sont présentées en fonction des problématiques spécifiques auxquelles elles répondent.

³⁷ On rappelle qu'il s'agit de l'ensemble des dépenses hospitalières, toutes prises en charge confondues, et pas exclusivement des dépenses de soins hospitaliers liées au diabète.

TABLEAU 12

Caractéristiques des personnes diabétiques incidentes en 2019, selon le niveau de sévérité du diabète

Niveau de sévérité en 2019 ^(a)	Effectif	Pourcentage	Âge moyen	Part d'hommes	Part avec CMU-C ou ACS ^(b)
4	1 746	0,7 %	60,7	65,3 %	27,2 %
3	52 653	20,0 %	64,4	67,8 %	22,9 %
2	17 175	6,5 %	46,0	41,0 %	30,0 %
1	192 138	72,9 %	60,4	53,7 %	21,2 %
Total	263 712	100,0 %	60,3	55,8 %	22,4 %

(a) Niveaux de sévérité croissants, en fonction des complications liées au diabète. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

(b) Personnes bénéficiant d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide à la complémentaire santé, part calculée parmi les personnes âgées de 60 ans ou moins. CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire, ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS et cartographie - version de juin 2022)

TABLEAU 13

Dépenses remboursées pour les personnes diabétiques incidentes en 2019, selon le niveau de sévérité du diabète

Niveau de sévérité en 2019 ^(a)	Part de la population	Part des dépenses totales ^(b)	Part des dépenses hospitalières ^(b)	Part des dépenses de ville ^(b)	Part des prestations en espèces ^(b)
4	0,7 %	5,4 %	7,7 %	3,7 %	1,5 %
3	20,0 %	37,4 %	44,3 %	32,3 %	24,8 %
2	6,5 %	12,4 %	11,9 %	12,7 %	13,8 %
1	72,9 %	44,7 %	36,1 %	51,3 %	59,9 %
Total (en euros)		1 626 850 000	808 347 000	631 235 000	187 268 000

(a) Niveaux de sévérité croissants, en fonction des complications liées au diabète. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

(b) Il s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge du diabète

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS et cartographie - version de juin 2022)

TABLEAU 14

Dépenses moyennes par individu pour les personnes diabétiques incidentes en 2019, selon le niveau de sévérité du diabète

Niveau de sévérité en 2019 ^(a)	Effectif	Dépenses moyennes par individu (en euros)			
		Dépenses totales ^(b)	Dépenses hospitalières ^(b)	Dépenses de ville ^(b)	Prestations en espèces ^(b)
4	1 746	50 540	35 640	13 290	1 610
3	52 653	11 550	6 800	3 870	880
2	17 175	11 780	5 610	4 670	1 500
1	192 138	3 790	1 520	1 690	580
Total	263 712	6 170	3 070	2 390	710

(a) Niveaux de sévérité croissants, en fonction des complications liées au diabète. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

(b) Il s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge du diabète

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS et cartographie - version de juin 2022)

ENCADRÉ 7

| MÉTHODOLOGIE DE CONSTITUTION DES GROUPES ÉTUDIÉS

Cette étude porte sur l'ensemble des personnes prises en charge pour un diabète en 2018 (quel que soit leur régime d'affiliation) et vivantes au 31 décembre 2018. L'algorithme de la cartographie (combinant diagnostics ayant donné lieu à une prise en charge pour affection de longue durée (ALD), diagnostics renseignés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à la suite d'un séjour hospitalier et traitements spécifiques) a été utilisé pour repérer le diabète. Quatre niveaux de sévérité ont été définis, traduisant l'évolution de la maladie à moyen et long terme, avec la survenue de complications spécifiques.

Définition des quatre niveaux (ou strates) de sévérité du diabète

Les quatre niveaux ont été définis à l'aide des algorithmes de repérage de la cartographie lorsqu'ils correspondaient à des complications spécifiques et à l'aide des données du système national des données de santé (SNDS). La sévérité du diabète est croissante depuis le niveau 1, niveau sans complications, jusqu'au niveau 4, niveau avec les complications les plus sévères. La présence d'un seul des critères permet de classer une personne dans le niveau de sévérité correspondant. Les niveaux sont considérés « irréversibles » : en présence d'une complication classant dans un niveau de sévérité donné, il n'est plus possible d'évoluer vers un niveau de sévérité inférieur.

Niveau 4 : complications du diabète jugées « terminales » :

– insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) (basé sur

l'algorithme de la cartographie regroupant dialyse chronique, transplantation rénale ou suivi de transplantation rénale) ;

– séjour hospitalier avec amputation au niveau du membre inférieur.

Niveau 3 : complications spécifiquement liées à l'évolution du diabète (micro et macroangiopathies, risque vasculaire) autres que celles du niveau 4 :

– atteintes rénales sans insuffisance chronique terminale ;

– complications neurovasculaires podologiques sans amputation ;

– rétinopathie diabétique ;

– pathologies cardiovasculaires : maladie coronaire, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral, artériopathie des artères distales ;

– apnée du sommeil ;

– troubles de l'érection ;

– complications métaboliques aiguës.

Niveau 2 : recours à des traitements injectables (insuline ou analogues de GLP-1) :

personnes sans aucune des complications correspondant aux niveaux 3 et 4, mais avec au moins trois délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques injectables (insuline ou agonistes de GLP-1) au cours de l'année.

Niveau 1 : pas de complications :

personnes repérées comme diabétiques mais ne présentant aucun des critères de sévérité

classant dans un des autres niveaux.

Cette stratification en niveaux de sévérité est basée sur un travail publié dans le rapport de l'Assurance Maladie pour l'année 2017 (disponible en ligne : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2016-07_rapport-propositions-pour-2017_assurance-maladie_0.pdf). À noter que l'objectif principal, aussi bien des analyses présentées ici que du travail antérieur, est d'illustrer la gradation des besoins de soins des patients diabétiques et pas de proposer une stratification clinique fine des complications micro ou macroangiopathiques du diabète.

Analyses chez les diabétiques incidents

Personnes repérées par l'algorithme de la cartographie comme diabétiques en 2019 et non repérées les années antérieures. La prise en charge du diabète pour ces personnes a débuté en 2019 et elles sont considérées comme « diabétiques incidents ».

Mesure des dépenses de soins remboursées

Les dépenses de soins individuelles pour les années 2018 et 2019 ont été calculées et détaillées selon les trois principaux postes. Il s'agit de l'ensemble des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie et pas des dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du diabète. Pour l'année 2018, seuls les patients vivants sont sélectionnés et les dépenses correspondent aux soins reçus au cours de l'année entière. Pour les patients décédés au cours de l'année 2019, les dépenses couvrent une période plus ou moins longue.

2.1.2

L'Assurance Maladie a initié et développé au cours des années de nombreuses actions ciblant les problématiques concernant le diabète (en particulier de type 2) qui concourent à éviter le passage au niveau de sévérité supérieur

Ces différentes actions sont décrites en fonction de leurs enjeux : ce peut être des actions de prévention primaire en amont de l'apparition du diabète, de prévention secondaire agissant à un stade précoce de son évolution ou encore de prévention d'aggravation du diabète pour les patients traités, dite « prévention tertiaire ».

Certaines de ces actions ont, à ce jour, produit des résultats et méritent d'être développées, d'autres doivent être renforcées, d'autres encore pourront voir le jour, notamment en lien avec les innovations numériques.

Elles sont présentées ici en fonction de leur place par rapport aux niveaux de sévérité du diabète. Par leur impact sur l'apparition de complications notamment, ces actions peuvent permettre aux personnes ayant un diabète de se stabiliser dans un niveau de sévérité et d'éviter de passer à un niveau de sévérité supérieur dans la pyramide.

Ces niveaux de sévérité, décrits dans la partie précédente, sont numérotés de 1 à 4.

2.1.2.1 Un certain nombre d'actions visent à limiter l'entrée dans la maladie comme son aggravation et le passage à un niveau de sévérité supérieur

Parmi ces actions, celles qui visent à réduire l'effet des facteurs sociaux et environnementaux sur lesquels il est possible d'agir ont une place importante. De fait, ces facteurs expliquent en grande partie l'accroissement constant du diabète de type 2 : surpoids, obésité, manque d'activité physique, sédentarité et précarité.

Pour prévenir l'entrée dans la maladie, des informations sur la maladie, son mode d'apparition, ses conséquences et la manière de la retarder ainsi que des outils d'autoévaluation du risque et de mobilisation pour limiter les facteurs de risque contrôlables peuvent être mis à disposition du grand public.

L'enjeu est aussi de repérer précocement les assurés en situation de prédiabète ou de diabète et de mettre en place des actions de prévention ciblées concernant notamment l'alimentation, l'activité physique et plus globalement l'hygiène de vie. Ce dépistage à des stades précoces, voire non installés de la maladie, doit être intégré dans la pratique quotidienne des médecins traitants en systématisant le dépistage chez les personnes à risque de diabète (obésité ou score de risque Findrisc³⁸ supérieur à 15) via une mesure de glycémie. Comme pour les maladies cardiovasculaires, des actions de dépistage précoces et d'optimisation de la reconnaissance des symptômes évitent des diagnostics tardifs et réduisent des aggravations et des hospitalisations évitables **[Encadré 8]**.

En cas de dépistage positif, des actions complémentaires visant à agir sur les comportements peuvent permettre de réduire l'apparition de la maladie et sa sévérité. Par exemple, la mise en place de consultations de prévention par une diététicienne pourrait participer à prévenir et/ou retarder l'apparition du diabète par des messages sur les bienfaits d'une alimentation saine associée à une activité physique régulière. D'autres actions visant à limiter les facteurs de risque comportementaux pourraient être mises en place. Elles pourraient être portées au sein des structures d'exercice coordonné.

38 Le score Findrisc a été établi par l'Association Finlandaise du Diabète (Finnish Diabetes Risk Score). Son utilisation est recommandée par la Haute Autorité de santé pour repérer les sujets à risque de diabète à l'aide d'un questionnaire validé.

ENCADRÉ 8

TROIS EXPÉRIMENTATIONS EN COURS : « MISSION : RETROUVE TON CAP », « MYDIABBY » ET « RISQUE DE RECHUTE MALADIE CHRONIQUE »

La « Mission : retrouve ton cap » (MRTC) est une expérimentation de ce type, à destination des enfants, qui a été lancée par l'Assurance Maladie début 2018 pour une durée de trois ans dans quatre départements : le Nord, le Pas-de-Calais, la Seine-Saint-Denis et La Réunion.

Cette action est fondée sur l'enjeu que représentent le surpoids et l'obésité dès le plus jeune âge. L'obésité dans l'enfance est un élément prédictif de l'obésité à l'âge adulte : la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 % à 50 % avant la puberté, et de 50 % à 70 % après la puberté. L'obésité infantile est également un facteur prédictif d'augmentation du risque métabolique, du risque cardiovasculaire et du risque de décès prématuré à l'âge adulte. Ainsi, afin d'éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques dont le diabète,

la Haute Autorité de santé (HAS) recommande de dépister tôt et de proposer une prise en charge précoce pour les enfants à risque d'obésité.

Ce programme consiste à orienter les enfants en surpoids ou à risque d'obésité vers une prise en charge gratuite, précoce, pluridisciplinaire (diététique, psychologie, activité physique) et personnalisée. Les premiers résultats sont prometteurs.

Le dispositif a été généralisé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 et sera bientôt proposé plus largement *via* la participation au dispositif de centres de santé (CDS) et de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Parmi les projets en expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, « MyDiabby » concerne, pour sa part, le suivi du diabète pendant la grossesse. Il est en cours d'expérimentation pour deux ans avec une fin prévue pour le 31 juillet 2022.

L'expérimentation s'appuie sur la télésurveillance. Elle propose une rémunération forfaitaire par patiente. Cette surveillance à distance doit contribuer à une meilleure prise en charge et un meilleur suivi. Ainsi, un diabète gestationnel aura plus de chance de disparaître après l'accouchement et la femme évitera l'entrée dans la maladie diabétique après sa grossesse.

Pour éviter le risque de rechute de pathologies chroniques, une autre expérimentation sur l'activité physique adaptée (APA) est en cours dans le cadre de l'article 51. Publiée le 4 décembre 2021 pour cinq ans, elle vise à favoriser une adaptation ou des changements des habitudes de vie par la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité, par un meilleur équilibre alimentaire et par l'arrêt du tabagisme, afin de prévenir les rechutes chez les patients atteints de certaines pathologies chroniques comme le diabète.

Le service sophia, dispositif d'accompagnement en santé au service des diabétiques depuis quatorze ans, vise à diminuer les risques de complications de la maladie

L'accompagnement en santé des assurés atteints de diabète constitue également un levier clé, porté par l'Assurance Maladie au travers du service sophia, premier dispositif mis en œuvre à grande échelle et acteur majeur du *Disease management* (prise en charge des maladies chroniques, en français) dont les études médico-économiques ont démontré l'efficacité.

Le service sophia est le parcours d'accompagnement en santé des assurés atteints de pathologies chroniques, dont le diabète. Élaboré par l'Assurance Maladie avec l'aide de sociétés savantes et des associations de patients en réponse à l'augmentation des pathologies chroniques, il est depuis quatorze ans aux côtés des assurés diabétiques en affection de longue durée (ALD), éligibles au service. Il vise à renforcer leurs compétences afin de les rendre davantage acteurs de leur santé grâce à un renforcement des

connaissances sur la pathologie et les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), en s'appuyant sur la motivation au changement de comportement de chacun.

Le service sophia accompagne les assurés atteints de diabète (et d'asthme) qui adhèrent à celui-ci, en renforçant la coordination avec leur médecin traitant. Cet accompagnement est segmenté en fonction des facteurs de risque de l'adhérent et d'éventuelles complications. Il s'appuie sur une communication multicanal incluant courriers, e-mails et appels téléphoniques. Et parce qu'aucun changement durable ne peut être imposé, l'accompagnement est centré sur une approche motivationnelle qui incite le patient à trouver lui-même ses solutions pour le rendre acteur de sa santé.

En 2022, plus des deux tiers des diabétiques sont éligibles au service sophia (2 623 500 sur 3 720 900 diabétiques) et 850 000 patients diabétiques sont adhérents³⁹.

³⁹ Les patients éligibles au service sophia sont des personnes de plus de 18 ans, avec une affection de longue durée, diabète ou autre, qui ont déclaré un médecin traitant et ont bénéficié de plus de trois délivrances d'antidiabétiques oraux ou d'insuline dans l'année. Par ailleurs, ils doivent être rattachés au régime général, à une section locale mutualiste ou à un régime d'assurance maladie obligatoire hébergé par le régime général. Les chiffres présentés sont issus des données Cnam, Département en santé des assurés – DASA – et Direction de la stratégie, des études et des statistiques – DSES. Le taux d'adhésion au service est stable au cours du temps (comme le taux de refus d'adhésion). Le taux moyen de croissance des éligibles est de 3 % par an, soit 90 000 nouveaux éligibles (prévalence), compensés par la purge annuelle. La purge annuelle de la base des éligibles induit la sortie, après trois ans, des personnes décédées (22 000), des refus d'adhésion (70 000), des sorties volontaires (3 000).

Le choix des thématiques d'accompagnement repose sur les besoins en termes de santé des adhérents ainsi que sur leur stade de changement de comportement

Les actions menées visent à limiter les changements de niveau de risque et/ou à maintenir les adhérents dans ceux-ci.

Un parcours de fond écrit est mis en œuvre pour l'ensemble des adhérents. Il comprend un journal trimestriel adressé à près de 900 000 adhérents, rédigé en partenariat avec la Fédération française des diabétiques (FFD). Il permet à la fois l'information des adhérents mais également la création d'une communauté grâce aux témoignages des adhérents. Une version numérique est proposée *via* une newsletter. Il comprend également des livrets pédagogiques thématiques.

Des parcours d'accompagnement personnalisés sont proposés selon les besoins des adhérents :

- parcours personnalisés écrits : des courriers ciblés sont adressés aux adhérents qui sont en écart aux soins par rapport aux recommandations de la HAS ;
- parcours personnalisés téléphoniques : un accompagnement thématique est réalisé par des infirmiers conseillers en santé (ICS) selon la situation de l'adhérent et son appétence au changement de comportement. Ces entretiens motivationnels portent sur des thématiques choisies selon le besoin de l'adhérent, son désir de changement sur la thématique donnée et sa situation par rapport aux recommandations de la HAS ;
- lors de leur première année d'adhésion, les adhérents peuvent recevoir jusqu'à une dizaine de documents d'accompagnement, permettant ainsi de renforcer leur connaissance de la maladie et d'être davantage acteurs de leur santé.

L'apport, démontré, du service sophia sur la réduction des écarts aux soins perdure malgré la pandémie

Les complications chroniques du diabète et leurs conséquences ont été présentées dans les deux parties précédentes. Elles peuvent pourtant être évitées et/ou retardées si le diabète est équilibré et en les dépistant *via* des examens de suivi à une fréquence donnée.

Les complications pouvant conduire à des hospitalisations et diminuer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète génèrent également des coûts importants pour la société. La réduction des écarts aux soins est un levier de prévention de survenue de ces complications.

Le service sophia propose aux adhérents en écart aux soins un accompagnement spécifique permettant de les sensibiliser à la réalisation des examens recommandés par la HAS. Ce sont majoritairement ces adhérents qui bénéficient d'un accompagnement téléphonique. Des parcours d'accompagnement sur l'intérêt de la réalisation d'un électrocardiogramme, d'un bilan rénal, ophtalmologique, dentaire, de soins des pieds, du dosage de l'HbA1c, permettent à l'adhérent d'actualiser ses connais-

sances sur ces sujets et de mettre en place ses solutions pour être observant dans la réalisation de ces examens.

La démarche d'évaluation constante a démontré l'apport du service dans la durée notamment sur les écarts aux soins

Le service sophia a fait l'objet d'une démarche d'évaluation constante. L'impact positif du service sur la réduction des écarts aux soins a été démontré par les évaluations médico-économiques. Ainsi, une évaluation médico-économique à huit ans a montré des résultats positifs sur la plupart des examens recommandés et sur l'ensemble des huit années de la période d'évaluation, avec des niveaux de réalisation atteints plus élevés chez les adhérents comparativement au groupe témoin⁴⁰.

Malgré la pandémie, l'apport du service sophia dans la réduction des écarts aux soins se poursuit

La crise sanitaire a entraîné une diminution dans la réalisation des examens de suivi recommandés par la HAS (hémoglobine glyquée, bilans cardiologique, rénal, ophtalmique, dentaire et podologique) pour l'ensemble des diabétiques.

Même si une forte partie des effectifs des ICS a été mobilisée sur le *contact tracing* et les campagnes relatives à l'intérêt de la vaccination anti-Covid pour les adhérents diabétiques les plus à risque, les diabétiques accompagnés par le service sophia ont continué à respecter davantage les recommandations sur les examens de suivi recommandés que les diabétiques non accompagnés par le service.

Ainsi, par rapport à 2018-2019, la réalisation des examens de suivi recommandés par la HAS reste supérieure pour les adhérents au service sophia à celle des éligibles non accompagnés par le service. En léger recul pour les adhérents non accompagnés par téléphone, elle progresse pour les adhérents bénéficiant d'un suivi téléphonique personnalisé par les infirmiers des centres d'accompagnement sophia sur le bilan rénal et le fond d'œil.

L'impact du service sophia est très positif sur la réalisation de l'examen du fond d'œil

La réalisation d'un examen de fond d'œil est l'examen de suivi recommandé pour détecter les complications oculaires. Sa réalisation est recommandée au moins tous les 24 mois.

Il s'agit de l'examen pour lequel les adhérents au service sophia ont le différentiel positif, par rapport aux non-adhérents, le plus important. 68,7 % des adhérents ont réalisé cet examen dans le délai recommandé entre janvier 2019 et décembre 2020. Ce chiffre est en légère baisse par rapport à la période de comparaison précédente (janvier 2018-décembre 2019) et peut s'expliquer par la situation épidémique à partir de mars 2020. Pour autant, le pourcentage d'adhérents accompagnés par téléphone par un ICS et ayant réalisé leur examen a augmenté de plus de 1,8 point (68,8 %), et ce, malgré la pandémie.

Ce résultat est supérieur de 7,9 points à celui des non-adhérents sur la même période (60,9 %).

⁴⁰ Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam). Note de synthèse des dernières évaluations du service sophia. Février 2019.

TABLEAU 15

Impact du service sophia sur la réalisation de l'examen du fond d'œil

Période de réalisation du fond d'œil	Adhérents	Non-adhérents	Adhérents appelés
Janvier 2018 à décembre 2019	70,0	62,5	67,0
Janvier 2019 à décembre 2020	68,7	60,9	68,8
Variation (en points)	- 1,31	- 1,53	1,81

Source : Cnam

Le bilan dentaire pour les adhérents présente des résultats en deçà des niveaux pré-Covid, mais très supérieurs à ceux des éligibles non adhérents

Le bilan dentaire est en fort recul par rapport à 2019 : près de 6 points pour les adhérents (37 % de réalisation) et près de 5 points pour les non-adhérents (32 % de réalisation). S'agis-

sant des adhérents appelés, la baisse de réalisation est bien moindre (- 1,6 point) avec un taux de réalisation de plus de 38 %. La situation des DOM est moins favorable avec un recul de 4,6 % (33 %) pour les adhérents appelés, dont les résultats restent néanmoins positifs par rapport aux non-adhérents.

TABLEAU 16

Impact du service sophia sur la réalisation de l'examen dentaire

Période de réalisation de l'examen dentaire	Adhérents	Non-adhérents	Adhérents appelés
Décembre 2019	42,5	36,5	40,2
Décembre 2020	37,1	31,9	38,6
Variation (en points)	- 5,46	- 4,69	- 1,52

Source : Cnam

Les résultats de réalisation du bilan rénal sont ceux pour lesquels l'impact du service est le plus positif

Les résultats des adhérents non appelés par les ICS du service ont reculé légèrement plus que ceux des non-adhérents mais restent supérieurs (52,6 % de taux de réalisation en recul de 1,7 point,

contre 47,4 % et un recul de 1,5 point pour les non-adhérents). Les adhérents appelés ont notablement progressé (+ 4,5 points pour un taux de réalisation de 54,5 %, soit 7 points de plus que les non-adhérents).

TABLEAU 17

Impact du service sophia sur la réalisation du bilan rénal

Période de réalisation du bilan rénal	Adhérents	Non-adhérents	Adhérents appelés
Décembre 2019	54,3	48,9	50,0
Décembre 2020	52,6	47,4	54,5
Variation (en points)	- 1,71	- 1,45	4,52

Source : Cnam

2.1.2.2 Les actions visant à prévenir l'évolution vers le besoin de traitements injectables et en particulier l'insulinothérapie (niveau de sévérité 2)

Ces actions de prévention secondaire agissent à un stade précoce de l'évolution du diabète.

Elles permettent un bon équilibre du diabète et évitent ou retardent l'apparition de complications spécifiques du diabète (cardiovasculaires, rénales, ophtalmologiques, nerveuses et dentaires) qui correspondent aux effets d'un diabète déséquilibré sur l'organisme. La première cause de mortalité en cas de diabète

est, ainsi, la maladie cardiovasculaire pour laquelle des mesures de prévention peuvent être mises en place.

Elles visent aussi la détection précoce de ces complications pour éviter leurs effets délétères. En effet, les complications du diabète de type 2 (comme celles du diabète de type 1) se développent généralement sans symptômes pendant des années et peuvent de ce fait passer inaperçues pendant un certain temps. C'est pourquoi il est essentiel de les détecter au plus tôt en réalisant les examens de suivi recommandés par la Haute Autorité de santé (HAS).

TABLEAU 18

Examens de suivi recommandés pour dépister des complications du diabète

Examen	Fréquence	Dépistage
Visite chez le médecin traitant	Tous les 3 mois	Surveillance du poids, IMC ^(a) , tension artérielle
Examen du fond d'œil	Tous les 2 ans au moins	Rétinopathie diabétique
Électrocardiogramme	Une fois par an	Pour vérifier le bon fonctionnement du cœur et dépister une complication cardiaque
Bilan rénal	Une fois par an par une prise de sang (créatinine et débit de filtration glomérulaire) et une analyse d'urine (micro albuminurie)	Complication rénale
Examen des pieds	Une fois par an, par un médecin ou un podologue	Atteinte des nerfs (neuropathie diabétique)
Bilan dentaire	Une fois par an	Pour dépister et traiter d'éventuelles lésions des dents
Dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c)	Deux fois par an au moins. Tous les 3 mois en cas de déséquilibre du diabète	Équilibre du diabète
Bilan lipidique	Afin de mesurer la concentration dans le sang des graisses (HDL ^(b) et LDL ^(c) cholestérol)	Complications cardiovasculaires

(a) IMC : indice de masse corporelle – (b) HDL : *High Density Lipoprotein* – (c) LDL : *Low Density Lipoprotein*

Source : Cnam

La réalisation des examens de suivi est recommandée à fréquence variable selon l'examen, et permet de dépister et d'éviter l'apparition des complications spécifiques du diabète. La sévérité de ces complications justifie ce dépistage dès le diagnostic pour le diabète de type 2 (à partir de cinq ans d'ancienneté du diabète de type 1).

La Fédération française des diabétiques (FFD), soutenue par l'Assurance Maladie, mène de nombreuses actions au bénéfice des patients diabétiques. D'une part, grâce à des actions visant à faire connaître la maladie et ses complications (journaux, e-mails, plateforme d'écoute téléphonique...) et les moyens de retarder leur apparition (accompagnement hygiéno-diététique, activité physique adaptée, soutien psychologique...), d'autre part, en impliquant les patients dans la prise en charge de leur pathologie en étant accompagnés par les bénévoles patients formés à l'éducation thérapeutique du patient. Elle s'associe également au service sophia, dispositif d'accompagnement des patients diabétiques mis en place par l'Assurance Maladie depuis 2008, décrit précédemment.

De même, l'Assurance Maladie finance intégralement l'activité des infirmières Asalée (action de santé libérale en équipe) au sein des structures d'exercice coordonné qui réalisent des séances d'éducation thérapeutique de patients diabétiques en partenariat avec le médecin traitant afin de les impliquer dans la définition d'objectifs thérapeutiques personnalisés et d'améliorer leur suivi.

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée (IPA) et les assistants médicaux constituent également de nouveaux métiers qui devraient permettre de renforcer le suivi des patients diabétiques.

Ces différents modèles ont vocation à être développés pour répondre aux besoins des patients atteints de diabète, ou plus généralement d'une maladie chronique.

À titre d'illustration, le suivi par le patient d'un nombre limité de variables partagées avec son équipe de soins, avec ou sans dispositif médical connecté, peut améliorer l'observance et le repérage des risques de complications avant l'apparition de conséquences délétères.

De la même façon, les travaux sur les « *Patient-Reported Outcome Measures* » (PROMs, indicateurs de résultats de santé rapportés par les patients, en français) ont montré leur efficacité pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Ils peuvent contribuer à l'objectif d'engagement du patient atteint de maladie chronique qui constitue un levier prometteur pour le pronostic de pathologies pour lesquelles le contrôle des facteurs comportementaux et la systématisation du suivi sont essentiels.

En outre, l'Assurance Maladie mène des actions de gestion du risque (GDR) visant également les facteurs comportementaux qui, si elles peuvent concerner tous les niveaux de sévérité du diabète, sont essentielles dès ce niveau de sévérité, afin d'éviter la survenue de complications.

Ce premier niveau de prise en charge misant sur le contrôle de facteurs comportementaux peut être associé à un traitement médicamenteux adapté s'il s'avère insuffisant pour maintenir un bon équilibre du diabète.

Ce traitement médicamenteux repose sur une stratégie graduée définie par les recommandations de bonne pratique, stratégie qui fait l'objet de campagnes d'accompagnement multicanal par l'Assurance Maladie.

La campagne Metformine est la première action d'accompagnement multicanal lancée dans le cadre du programme Rénov'GDR. La Metformine, qui est un médicament socle du diabète de type 2 confirmé par la Société Française de diabétologie (SFD), a prouvé son efficacité sur le contrôle de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) par son action antidiabétique multicible. Elle contribue à main-

tenir un bon équilibre du diabète afin d'éviter la survenue de complications. La Metformine doit être positionnée en première intention pour initier un traitement médicamenteux, et doit être maintenue lors des intensifications de traitement. Il est toutefois nécessaire de prévenir les effets secondaires digestifs pouvant survenir avec ce traitement.

Le recours à la Metformine comme premier traitement du diabète a diminué, passant de 78,5 % du volume des prescriptions au 1^{er} semestre 2019 à 74,9 % en 2020 malgré sa pertinence rappelée par la HAS.

L'Assurance Maladie a donc renouvelé les modalités d'accompagnement visant son usage *via* une campagne multicible, multicanal et personnalisée selon les pratiques des professionnels :

- multicible, car elle s'adresse aux trois acteurs impliqués sur ce sujet – les généralistes, les pharmaciens et les patients – et vise à créer une synergie d'action médecin/pharmacien autour du patient ;
- multicanal, car elle comporte un plan de communication étoffé (newsletters, contenu sur ameli.fr, relais par les organisations professionnelles et associations de patients) qui vient enrichir et prolonger la communication faite par le délégué de l'Assurance Maladie (DAM) ou le praticien conseil. Elle intègre aussi de nouvelles modalités de communication *via* les e-mails post-visite, le mémo digitalisé, la mise à disposition de vidéos courtes d'experts portant une parole de pair vers le généraliste ;
- personnalisée, car la cible des généralistes a été segmentée pour définir un accompagnement (argumentaire, échange autour de cas patients) répondant à ses besoins.

Dès le mois de mai 2022, la deuxième partie de la campagne Metformine a été déployée en adressant aux généralistes, six mois après la visite, un e-mail personnalisé en fonction de l'évolution de leur pratique et réaffirmant la place de la Metformine.

En sus, une action sur la prescription des gliflozines auprès des médecins spécialistes et généralistes prescripteurs est prévue au 4^e trimestre 2022.

Les gliflozines sont une classe d'antidiabétiques oraux inhibiteurs des SGLT2 (sodium-glucose cotransporteur 2) : ils augmentent l'élimination du glucose dans les urines et permettent ainsi de réguler la glycémie.

L'objectif, pour l'instant, est de limiter la prescription des gliflozines en monothérapie dans le diabète de type 2 (hors indication thérapeutique remboursable (ITR) et hors autorisation de mise sur le marché (AMM) sauf chez les patients intolérants à la Metformine). Il s'agit de porter un message unique et simple afin d'atteindre les prescripteurs de gliflozines rapidement, dans un contexte d'actualisation des recommandations et de réévaluation des médicaments du diabète de type 2 prévue par la HAS au 2^e semestre 2022. En effet, il a été décrit un effet protecteur

cardiaque et rénal de ces molécules en sus de leur action antidiabétique qui pourrait avoir un intérêt particulier pour les patients présentant une atteinte de ces organes.

Le message et le canal de communication seront différenciés et adaptés selon que le médecin a déjà prescrit une gliflozine en monothérapie ou non.

Enfin, les interventions des pédicures-podologues en matière de prévention peuvent concerner tous les niveaux de sévérité du diabète (de 1 à 4).

Le « pied diabétique » peut être lié à une atteinte neuropathique et/ou artérielle favorisant l'apparition de plaies avec un risque infectieux. Dans des cas extrêmes, ces situations peuvent aboutir à l'amputation. Une plaie nécessite une prise en charge spécialisée, souvent multidisciplinaire. C'est pourquoi il est essentiel de dépister le plus tôt possible ces neuropathies, et ce, à tous les niveaux de sévérité du diabète.

La neuropathie sensitive est donc un marqueur clé du risque d'ulcération du pied chez le patient diabétique. Son diagnostic s'effectue par un test de sensibilité au monofilament à la plante de chacun des pieds, réalisé par un professionnel de santé.

Afin de valoriser les interventions des pédicures-podologues, un avenant à la convention nationale des pédicures-podologues a été conclu le 22 septembre 2020 entre la Fédération nationale des podologues (FNP) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Il est entré en vigueur le 15 mai 2021 (avenant 4), et se substitue aux dispositions des trois premiers avenants. Il permet d'encourager la qualité des soins malgré la complexité et la diversité des différentes situations cliniques.

À la première consultation, le pédicure-podologue réalise un bilan complet pour évaluer le grade de l'atteinte neuropathique des pieds du patient sur une échelle de 0 à 3. Cette séance est prise en charge, quel que soit le grade de l'atteinte neuropathique, au titre du forfait de prévention (POD1,19).

En 2021, 122 096 actes ont été facturés pour cette première séance POD1,19, soit 3,9 millions d'euros d'honoraires sans dépassement (HSD) facturés par les podologues (**Tableau 19**).

L'avenant 4 a également ouvert la possibilité d'augmenter le nombre maximal de séances pour les grades de sévérité 2 et 3 (cinq séances contre quatre auparavant pour le grade 2 et huit séances contre six auparavant pour le grade 3). Ces actes ont connu une croissance en 2021 de 22 % par rapport à 2020 (POD1,19 et séances de suivi – soit POD1), sans que l'on puisse exclure l'effet complémentaire d'un rebond d'activité post-Covid. En effet, certains assurés ont probablement désiré rattraper leur « retard » – lié à la crise sanitaire – à pratiquer les examens de suivi recommandés expliquant ainsi ce rebond, même si l'inscription au remboursement de ces actes les a aussi incités à les réaliser.

TABLEAU 19

Remboursement par l'Assurance Maladie des actes de pédicures/podologues

Prestation	Coefficient	Quantité 2019	Quantité 2020	Quantité 2021	HSD ^(a) 2019 en euros	HSD ^(a) 2020 en euros	HSD ^(a) 2021 en euros	AMO ^(b) 2019 en euros	AMO ^(b) 2020 en euros	AMO ^(b) 2021 en euros
POD 1	1	1 431 647	1 401 084	1 591 889	38 647 973,85	37 823 108,28	42 975 122,46	38 157 490,06	37 411 949,45	42 555 034,90
POD 1,19	1,19	0	0	122 096	0	0	3 917 787,72	0	0	3 888 475,34

(a) Honoraires sans dépassement – (b) Assurance maladie obligatoire (montant AMO : montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire)

Source : Cnam (SND5)

Cette action déterminante pour dépister les neuropathies diabétiques et prévenir l'évolution vers des plaies chroniques invalidantes des pieds est donc à maintenir et à renforcer dans tous les niveaux de sévérité. Elle est à réévaluer pour l'année 2022 compte tenu de la période post-Covid qui peut fausser les chiffres de 2021.

Le projet de l'article 51 dénommé « la clinique ambulatoire de la maladie chronique » concernant la prise en charge de maladies chroniques sur un site unique peut concerner tous les niveaux de sévérité du diabète.

Ce modèle de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques sur un site unique avec des moyens humains et techniques spécifiques peut permettre des prestations de bilan, de définition du plan personnalisé de soins (PPS), de traitement et suivi, dans une démarche pluriprofessionnelle coordonnée. Ainsi, il peut assurer le suivi des patients diabétiques pour détecter et éviter l'apparition de complications. Ce projet a été publié le 4 décembre 2021 pour trois ans et demi. Les premières inclusions sont prévues en octobre 2022.

Il cible les patients atteints de diabète, mais aussi d'autres pathologies (maladies cardiovasculaires, maladies inflammatoires chroniques intestinales, maladies du foie, respiratoires, rénales, cancers). Il est divisé en deux groupes de niveaux de sévérité : les patients monopathologiques (62 %) et les patients pluripathologiques (38 %).

Un suivi sur deux ans doit permettre un maintien des comportements favorables à la santé des patients chroniques. Ce suivi spécialisé et dédié peut permettre d'éviter l'ascension vers un niveau de risque supérieur de complications et/ou de se maintenir dans un niveau de risque quel qu'il soit en ce qui concerne le diabète.

2.1.2.3 Les actions visant à prévenir les complications spécifiques autres que l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) ou les amputations au niveau du membre inférieur (macro et microangiopathies cardiovasculaires et neurologiques – niveau de sévérité 3)

Les complications aiguës liées au traitement par insuline du diabète sont l'hypoglycémie, l'acidocétose, le coma hypo ou hyperglycémique et le coma hyperosmolaire. Certaines de ces

complications peuvent aussi survenir avec d'autres traitements hypoglycémisants ou dans d'autres circonstances en cas de diabète (écart de régime, activité physique intense, prise d'alcool, infections), mais l'insuline constitue un marqueur de sévérité du diabète.

En cas d'hypoglycémie, le resucrage *per os*, par intraveineuse (IV), par instillation nasale ou injection de glucagon est une urgence pouvant nécessiter une hospitalisation dans un cas sur deux. L'acidocétose est une urgence métabolique liée à une carence insulinaire majeure et peut nécessiter une hospitalisation pour réhydratation, supplémentation potassique et insulinothérapie.

L'ensemble des interventions proposées au niveau inférieur doivent être associées, soit l'ensemble des actions permettant l'équilibre du diabète et le recul de l'apparition des complications vasculaires microangiopathiques (atteinte de la rétine, du rein, des nerfs) et macroangiopathiques (infarctus, accident vasculaire cérébral – AVC), qui surviennent sur le long terme. Une fois l'insulinothérapie mise en place, le contrôle de la glycémie devient clé pour éviter les complications aiguës qui mettent en jeu le pronostic vital immédiat.

À ce stade, il est en effet recommandé de garantir l'équilibre diabétique par l'autosurveillance glycémique en plus de la surveillance du taux d'hémoglobine glyquée. L'autosurveillance sert principalement à contrôler et prévenir les déséquilibres (hypo/hyperglycémies) et à adapter le traitement. Elle permet aussi au patient de mesurer l'effet d'un aliment, d'une pratique sportive ou d'une activité physique sur sa glycémie. Cette surveillance pluriquotidienne s'effectue par contrôle de la glycémie capillaire ou interstitielle, selon des objectifs individualisés.

Plusieurs dispositifs médicaux d'autosurveillance du glucose interstitiel en continu permettent d'optimiser l'équilibre glycémique. Ces dispositifs permettent aussi un télé-suivi *via* la transmission des données de glycémie au médecin traitant ou au diabétologue sans majoration tarifaire.

Certaines innovations thérapeutiques inscrites au remboursement fin 2021 permettent d'améliorer encore l'équilibre de certains diabètes sévères de type 1 et ainsi leur évolution vers des complications. Il s'agit par exemple du système de boucle fermée hybride (DBLG1) conçu par la société Diabeloop qui est un système de délivrance d'insuline en boucle fermée pour une gestion automatisée d'insuline.

Depuis mi-septembre 2021, il est pris en charge par l'Assurance Maladie pour les formes sévères du diabète de type 1 mal équilibré. Le dispositif DBLG1 est composé de trois éléments connectés entre eux par *Bluetooth Low Energy* (Bluetooth à basse consommation) : une pompe à insuline externe, un capteur de glucose et un terminal mobile (smartphone) qui utilise un algorithme.

Deux autres systèmes de boucle semi-fermée dédiés à la gestion automatisée du diabète de type 1 (créés par les sociétés Medtronic et Tandem Diabetes Care) sont inscrits au remboursement depuis avril 2022.

Ces différents dispositifs constituent une voie de progrès indiscutable pour les patients soumis à une insulinothérapie intensifiée sous condition de prescription pertinente et d'une formation adéquate du patient comme du professionnel en charge du suivi.

Concernant le suivi des patients sous insuline ne disposant pas de dispositifs de mesure automatisée du glucose interstitiel (notamment en l'absence de traitement intensifié ou chez les patients âgés), une mise à jour du carnet de surveillance a été réalisée par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam). Il comporte pour chaque semaine un tableau de contrôle glycémique journalier et un tableau récapitulatif de surveillance infirmière hebdomadaire permettant un meilleur suivi et un meilleur équilibre du diabète chez ces patients. Cela peut aussi permettre d'éviter certaines complications.

L'autre innovation prise en charge par l'Assurance Maladie depuis avril 2021 est la greffe d'îlots de Langerhans qui est un traitement d'exception réservé aux formes les plus sévères de diabète de type 1 avec instabilité extrême et risque d'hypoglycémies

sévères, ainsi qu'aux formes avec insuffisance rénale et pour les patients ayant bénéficié d'une greffe rénale. La technique a prouvé son efficacité en améliorant nettement le contrôle glycémique et donc l'évolution vers des complications, mais elle impose un traitement immunosuppresseur lourd (sauf en cas d'autogreffe ou de préexistence de ce traitement du fait de la greffe préalable d'un autre organe, le rein, par exemple, en lien avec une insuffisance rénale terminale).

2.1.2.4. Les actions visant à prévenir l'évolution vers l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) ou les amputations au niveau du membre inférieur (niveau de sévérité 4)

Le « parcours DT2 », l'un des projets de l'article 51 en cours d'instruction et inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021, a toute sa place ici. Il s'agit d'instaurer un parcours diabète pour améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'un DT2 en affection de longue durée (ALD) pour lesquelles une complication est découverte et en éviter l'aggravation (prévention tertiaire).

En effet, toutes les actions permettant d'améliorer l'observance du traitement médicamenteux et non médicamenteux et la surveillance recommandée (l'autosurveillance ou la télésurveillance glycémique, le suivi médical, la réalisation des examens de suivi recommandés) sont à déployer pour éviter les complications aiguës et l'aggravation vers des niveaux de sévérité extrême.

2.1.3

De nouvelles actions sont à mettre en œuvre pour améliorer la répartition des personnes atteintes de diabète dans les niveaux de risque

ENCADRÉ 9

LA PROMOTION DES BONNES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE EN LIEN AVEC L'ACTUALISATION DES PROCHAINES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES PATIENTS

Des actions de prévention primaire seront à déployer en lien avec la réévaluation des recommandations de la HAS des médicaments de diabète de type 2.

Il s'agit d'abord de repérer les personnes à risque (outil Findrisc), puis de dépister une situation de prédiabète *via* une glycémie à jeun chez toute personne à risque.

Ensuite, un suivi rigoureux des patients souffrant de diabète dès l'entrée dans la pathologie permettra d'améliorer leur prise en charge, leur suivi et d'éviter ainsi l'apparition de complications. La promotion de ces actions, auprès de tous les professionnels de santé intervenant sur la prise en charge du diabète (médecins généralistes, diabétologues, infirmiers (ères), diététicien (nes), podologues) et auprès des associations de patients et des réseaux diabète en utilisant tous les outils disponibles, est fondamentale.

Une bonne qualité de relation médecin/patient est primordiale pour un meilleur suivi de la

pathologie. En effet, le manque de coordination ainsi que le manque d'anticipation face à certaines situations peuvent être à l'origine de complications pour les personnes atteintes de diabète.

Il est important de promouvoir l'accompagnement des patients vers l'activité physique adaptée et la nutrition, car cela constitue la base de la prise en charge du diabète de type 2 et permet au patient de s'approprier sa pathologie dès le début et de retarder les complications. Des groupes de parole animés par des patients experts, en lien avec un médecin diabétologue, peuvent permettre de délivrer ces informations et d'assurer une meilleure adhésion des patients. Ce type d'offre d'accompagnement des patients est à développer.

De même, le déploiement de programmes d'éducation thérapeutique diabète (ETP) dans les centres d'exams de santé auprès des personnes socialement défavorisées ou éloignées du système de soins et la mise en place

également d'une expérimentation d'un programme d'ETP « facteurs de risques cardiovasculaires et diabète » dans une approche globale peuvent permettre un meilleur suivi du diabète et des comorbidités associées.

Les outils de communication de type « mémos santé » adressés aux patients et aux professionnels de santé concernant l'équilibre du diabète, les facteurs de risque associés, l'alimentation, la surveillance, les complications, l'activité physique et également les examens de suivi recommandés sont indispensables dans cette optique.

La promotion d'autres outils, comme les capteurs de glucose interstitiel auprès des professionnels de santé, la télésurveillance ou les systèmes dits « à boucle fermée » permettant une gestion automatisée de l'équilibre glycémique, sont des voies prometteuses pour la prise en charge de cette maladie chronique associant des complications aiguës et chroniques mettant potentiellement en jeu le pronostic vital.

2.1.3.1 L'utilisation du digital et des innovations en santé est à maintenir et promouvoir

Parmi les perspectives prometteuses pour répondre aux défis des années à venir (augmentation de l'incidence de la pathologie,

ressources médicales limitées), le levier du numérique doit être mobilisé autant que possible.

Les outils numériques en lien avec les outils de gestion automatisée de la surveillance, voire de l'insulinothérapie, permettront une meilleure prise en charge et un meilleur traitement des patients atteints de diabète en évitant des passages aux

urgences et des hospitalisations notamment, en lien avec les complications aiguës ou chroniques de la maladie diabétique.

L'utilisation du digital par les patients eux-mêmes, au plus près du diagnostic, permet d'augmenter l'autonomie dans la gestion de la maladie chronique et des facteurs de risque associés (hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, tabac) par exemple en utilisant des applications dédiées. Ce type de service peut accompagner les différentes étapes du parcours du patient : information, sensibilisation, repérage, dépistage, suivi et accompagnement.

Mon espace santé (MES) a vocation à devenir un outil central dans le suivi du diabète. MES est déjà mobilisable sur le mode déclaratif (les assurés atteints de diabète peuvent y renseigner leurs constantes concernant le diabète – taux de glycémie, tension artérielle, poids, indice de masse corporelle (IMC), tour de taille – qui seront bientôt enrichies) et permettra rapidement l'utilisation de toutes les potentialités du catalogue d'applications, notamment *via* le lien automatisé avec les dispositifs médicaux connectés, permettant l'alerte sur la gestion de la glycémie, mais aussi sur le suivi recommandé pour éviter les complications chroniques.

2.1.3.2 Le service sophia, à maintenir, renforce la personnalisation de l'accompagnement et s'inscrit encore davantage dans les démarches patient-centrées

Un renforcement de l'accompagnement des adhérents diabétiques souffrant d'insuffisance cardiaque

En 2022, les adhérents au service sophia atteints de diabète et d'insuffisance cardiaque (IC) bénéficieront d'un accompagnement spécifique. La finalité de cette action est d'accompagner les adhérents dans le repérage des symptômes d'IC (l'essoufflement, la prise de poids, les œdèmes et la fatigue), la détermination du stade fonctionnel NYHA et le repérage des signes d'alerte de décompensation. L'accompagnement visera à impliquer le patient dans la prise en charge de sa santé au travers de parcours thématiques sur l'observance du traitement, la réalisation d'une activité physique modérée, une alimentation modérément salée et l'arrêt du tabac.

Ce rappel des recommandations adaptées encadre le suivi des complications cardiovasculaires des diabétiques. Il visera à stabiliser l'adhérent dans le niveau de sévérité de la pyramide et/ou à l'empêcher de changer de niveau de sévérité en évitant une hospitalisation.

Un accompagnement en multicanal renforçant la capacité de l'adhérent à s'autogérer en lui laissant le choix préférentiel du canal

Outre l'optimisation des délais de mise en place de l'accompagnement personnalisé, et en sus des journaux, courriers, newsletters et appels, il est proposé à l'adhérent un espace qui lui est dédié. Celui-ci permet non seulement d'échanger avec les infirmiers conseillers en santé (ICS), mais également d'intervenir dans son parcours d'accompagnement sur les thématiques

d'écarts aux soins, l'observance étant un élément majeur pour éviter le changement de strates dans la pyramide.

En écho à la réflexion stratégique en cours de construction sur le diabète dans Mon espace santé (MES), un référencement du service sophia dans MES permettra à terme une meilleure articulation avec le dossier médical notamment sur les données de laboratoire, facilitant ainsi l'accompagnement de l'adhérent.

Actuellement, l'adhésion au service sophia est une action volontaire de la part de la personne éligible et de ce fait l'accompagnement débute après celle-ci. Une réflexion est en cours sur la possibilité de proposer un accompagnement aux personnes diabétiques éligibles au service sophia et qui n'auraient pas encore fait état de leur souhait d'adhérer. La mise à disposition dans MES d'un carnet de suivi des diabétiques indiquant les examens de suivi recommandés par la Haute Autorité de santé (HAS) peut être un outil complémentaire à l'accompagnement sophia.

Enfin, de nombreux diabétiques ne peuvent aujourd'hui intégrer le service sans médecin traitant déclaré, cet élément étant une condition d'entrée dans le service. Au regard du rôle central du médecin traitant dans le suivi du patient diabétique, une action pourrait être menée auprès de ces assurés pour qu'ils puissent trouver un médecin traitant et bénéficier ainsi d'un suivi de qualité et d'un accompagnement sophia.

Une inscription dans les démarches patient-centrées qui se renforce

Le service sophia a été mis en place en concertation avec les associations de patients et la communauté médicale et scientifique. L'adhésion est une démarche volontaire de la personne atteinte de diabète et l'accompagnement repose sur une guidance qui va l'amener à trouver ses propres solutions pour s'autogérer.

La satisfaction de l'adhérent est, par ailleurs, mesurée régulièrement et l'accompagnement permet de renforcer le patient dans son rôle de partenaire de l'équipe de soins.

Le service est donc totalement en écho avec les démarches patient-centrées qui « s'appuient sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps » (HAS).

Tout en maintenant son rôle de promotion de comportements favorables à la santé et de prévention des complications, le service peut renforcer l'orientation patient-centrée en venant encore davantage en appui des adhérents pour les aider à s'orienter dans le futur parcours diabète. La mesure de leur expérience patient ainsi que celle de l'impact du programme sur leur santé seront par ailleurs riches d'enseignements.

2.1.4

Références

1. <https://www.ameli.fr/pedicure-podologue/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/situation-patient-diabete/situation-patient-diabete>
2. <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france>
3. *La revue du Praticien*, Vol. 71 Décembre 2021 item 247 Diabète de l'adulte et complications
4. *La Revue du Praticien*, n° 5, Page(s) : 559-67 | Rubrique éditoriale : ITEM248 -Prévention primaire par la nutrition chez l'adulte et chez l'enfant - Date de publication : 2022-05-20
5. *La Revue du Praticien* médecine générale - tome 36 - n° 1065 - mars 2022 : diabète de type 2 l'essentiel
6. Haute Autorité de santé / bon usage des dispositifs médicaux / indication et prescription d'une autosurveillance glycémique chez un patient diabétique
7. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/surpoids-et-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique>
8. <https://diabetelab.federationdesdiabetiques.org/parcours-soins-diabetiques-type-2/>

2.2 L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'engagement de l'Assurance Maladie auprès des personnes à risque ou atteintes d'insuffisance cardiaque (IC) et des acteurs de soins responsables de leur prise en charge a été souligné dans la précédente édition de ce rapport⁴¹. Les différents points critiques du parcours de l'insuffisance cardiaque ont été présentés (**Encadré 10**) et l'importance de prévenir les exacerbations aiguës et de favoriser la stabilité de la pathologie a été illustrée par un exercice de modélisation. Cette année, cette partie présente les objectifs opérationnels que s'est fixés l'Assurance Maladie, autour des problématiques reconnues comme prioritaires, pour améliorer la prise en charge et surtout la prévention de l'insuffisance cardiaque. En plus de l'enjeu central de prévenir les décompensations aiguës chez les patients déjà atteints, l'accent est mis sur l'importance de prévenir l'évolution vers l'insuffisance cardiaque des personnes à risque. Cet enjeu de prévention primaire est illustré par l'analyse de l'incidence de l'insuffisance cardiaque parmi les personnes avec une maladie coronaire, au cours de quatre années de suivi.

L'approche par pathologie de la gestion du risque est une démarche qui permet de structurer les différentes actions autour d'une pathologie précise et de mettre en avant la pertinence de ces actions pour répondre à des problématiques spécifiques, tout au long du parcours de santé. Elle s'inscrit ainsi dans le moyen et long terme. Cette partie aurait cependant été incomplète sans une analyse des effets de la crise sanitaire sur le parcours de l'insuffisance cardiaque à plus court terme. En complément des résultats de la cartographie médicalisée des dépenses, présentés dans un chapitre spécifique, l'évolution du poids sanitaire et économique de l'insuffisance cardiaque et une sélection d'indicateurs du parcours de soins pour les années 2019 à 2021 sont présentées dans cette partie.

2.2.1

Des modifications notables du parcours de soins de l'insuffisance cardiaque en 2020, en partie persistantes en 2021

Un des constats majeurs issus des résultats de la cartographie médicalisée des dépenses est la baisse importante en 2020 des effectifs des maladies cardio-neurovasculaires aiguës et des dépenses liées à leur prise en charge. L'insuffisance cardiaque aiguë est la pathologie pour laquelle ces évolutions sont les plus importantes, avec une diminution d'environ 21 000 personnes (- 10,5 %) et de plus de 100 millions d'euros remboursés (- 6,6 %) entre 2019 et 2020 (**Figure 52**).

Pour rappel, les algorithmes médicaux permettent de repérer les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, en distinguant deux groupes exclusifs : les personnes avec au moins un séjour hospitalier pour insuffisance cardiaque dans l'année (IC aiguë) et celles avec un diagnostic d'insuffisance cardiaque connu (à travers des séjours hospitaliers lors d'années antérieures ou une mise sous affection de longue durée – ALD), mais sans prise en charge hospitalière pour insuffisance cardiaque dans l'année (IC chronique)⁴². Une hospitalisation pour insuffisance cardiaque peut être un premier épisode, à l'occasion duquel le diagnostic est posé, ou survenir chez une personne déjà atteinte, lors d'une exacerbation aiguë de la pathologie nécessitant une prise en charge hospitalière, ce qui la fera passer du statut « chronique » au statut « aigu ». Les évolutions observées pour l'insuffisance cardiaque chronique (**Figure 52**) ainsi que les analyses spécifiques sur les effectifs incidents présentés précédemment dans ce rapport montrent que les évolutions constatées en 2020 concernent très majoritairement des patients chez qui le diagnostic d'insuffisance cardiaque n'avait pas été posé.

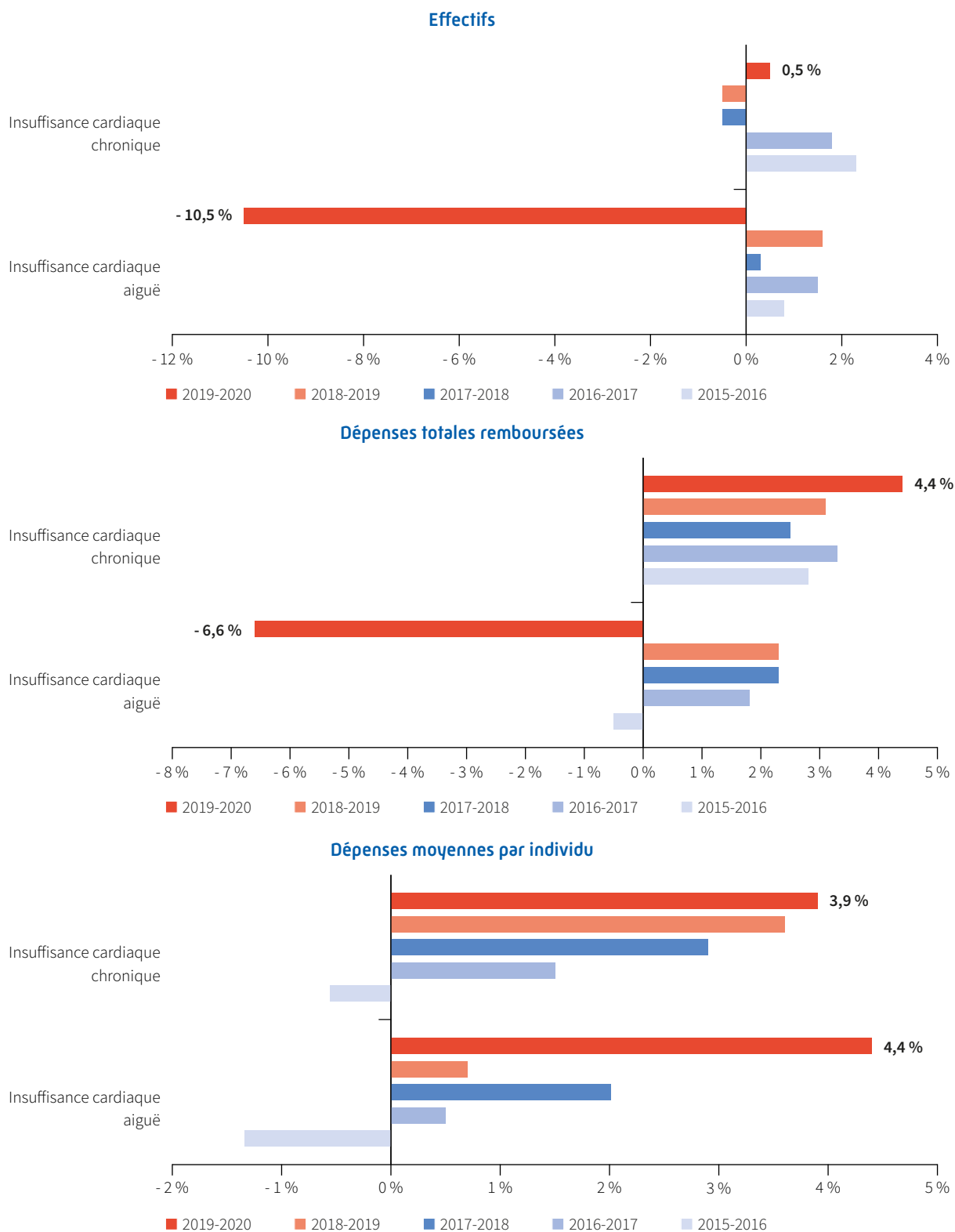
La baisse du recours hospitalier constaté à l'échelle nationale, avec un moindre repérage de l'insuffisance cardiaque en 2020, est observée au sein de chacune des régions métropolitaines et se traduit par une baisse des effectifs et une part moins importante d'IC aiguë parmi l'ensemble des personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque (**Tableau 20**).

41 « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 », rapport disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

42 La définition détaillée des algorithmes de repérage des pathologies est disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

FIGURE 52

Taux de croissance annuels des effectifs et des dépenses entre 2015 et 2020, selon le caractère aigu ou chronique de l'insuffisance cardiaque



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2022)

TABLEAU 20

Évolution des effectifs d'insuffisance cardiaque (IC) entre 2015 et 2020, selon la région

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
France entière^(a)	Ensemble des personnes avec IC^(b)	835 800	852 300	866 800	864 400	864 000	846 500
	dont IC aiguë^(b)	22,7 %	22,4 %	22,4 %	22,5 %	22,9 %	20,9 %
Auvergne-Rhône-Alpes	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	100 800	102 800	105 100	104 700	105 000	102 400
	dont IC aiguë ^(b)	21,5 %	21,5 %	21,6 %	21,8 %	22,2 %	20,2 %
Bourgogne-Franche-Comté	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	40 800	41 500	42 100	41 500	41 600	40 800
	dont IC aiguë ^(b)	22,7 %	22,3 %	22,2 %	22,8 %	23,1 %	20,6 %
Bretagne	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	43 600	44 100	44 400	44 000	43 900	42 900
	dont IC aiguë ^(b)	25,0 %	24,9 %	24,7 %	24,9 %	24,5 %	22,9 %
Centre-Val de Loire	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	39 200	39 900	40 200	39 600	39 700	38 500
	dont IC aiguë ^(b)	22,3 %	21,7 %	21,9 %	21,5 %	22,1 %	20,7 %
Corse	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	5 000	5 200	5 200	5 100	5 000	5 000
	dont IC aiguë ^(b)	17,3 %	16,8 %	16,1 %	18,0 %	17,2 %	17,9 %
Grand Est	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	72 400	74 500	75 200	74 900	74 500	73 000
	dont IC aiguë ^(b)	23,3 %	23,0 %	22,9 %	23,1 %	23,6 %	21,0 %
Hauts-de-France	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	76 200	76 800	78 200	78 100	78 400	77 400
	dont IC aiguë ^(b)	24,2 %	24,2 %	24,2 %	23,8 %	24,5 %	22,1 %
Île-de-France	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	109 900	112 900	115 900	117 000	116 600	113 800
	dont IC aiguë ^(b)	24,7 %	23,9 %	24,0 %	23,9 %	23,8 %	21,1 %
Normandie	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	48 300	49 500	50 800	50 900	51 000	50 200
	dont IC aiguë ^(b)	23,8 %	23,7 %	23,0 %	23,6 %	24,1 %	22,0 %
Nouvelle-Aquitaine	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	86 200	88 000	90 500	89 500	88 800	87 100
	dont IC aiguë ^(b)	23,4 %	22,8 %	22,4 %	22,5 %	22,8 %	21,0 %
Occitanie	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	79 100	80 300	81 400	80 900	80 200	77 900
	dont IC aiguë ^(b)	20,1 %	20,2 %	20,4 %	20,6 %	21,0 %	19,4 %
Pays de la Loire	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	45 500	45 700	45 900	45 800	46 600	46 400
	dont IC aiguë ^(b)	23,2 %	23,1 %	22,8 %	23,3 %	24,9 %	22,8 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Ensemble des personnes avec IC ^(b)	72 600	73 900	74 700	74 200	74 000	72 200
	dont IC aiguë ^(b)	19,0 %	19,2 %	19,3 %	19,4 %	20,1 %	18,7 %

(a) Les départements et régions d'outre mer ne sont pas représentés ; la somme des effectifs régionaux ne correspond pas aux effectifs France entière

(b) Repérés par les algorithmes médicaux de la cartographie, qui combinent les informations issues des séjours hospitaliers, avec un recul de cinq années, et des affections longue durée (ALD) et qui distinguent l'IC aiguë, en cas de séjour hospitalier pour IC dans l'année, de l'IC chronique, lorsque le diagnostic d'IC est connu mais qu'il n'y a pas de prise en charge hospitalière pour IC dans l'année. Effectifs arrondis à la centaine.

Champ : tous régimes - France métropolitaine

Source : Cnam (SNDS)

Pour évaluer plus finement les modifications du suivi et de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques depuis le début de la crise sanitaire, des indicateurs relatifs au parcours de soins ont été calculés pour les années 2019 à 2021 (**Tableau 21**). Les analyses ont concerné, pour chacune des trois années, les personnes avec une insuffisance cardiaque déjà connue au début de l'année et non décédées au cours de l'année, afin d'être représentatives du parcours de soins sur une année complète. Cette sélection est à l'origine des écarts constatés, pour les effectifs et pour la répartition entre le caractère aigu ou chronique, avec les chiffres présentés plus haut.

Le taux de recours au médecin généraliste s'est maintenu à un niveau élevé durant toute la période et la baisse du recours en

ville a concerné les cardiologues et les masseurs-kinésithérapeutes. Le taux de recours au cardiologue a diminué de 2 points en 2020, avec moins de 60 % des patients consultant un cardiologue (58,5 % contre 60,6 % en 2019), pour retrouver en 2021 son niveau prépandémie (qui demeure cependant en deçà des objectifs). La baisse du recours aux masseurs-kinésithérapeutes (sans acte spécifique dédié à la prise en charge des patients insuffisants cardiaques à ce jour) traduit possiblement une difficulté accrue d'accès, pour ces patients souvent âgés et polypathologiques.

Inversement, la proportion de patients bénéficiant de soins infirmiers libéraux, qui concernaient déjà les trois quarts des patients et qui peuvent s'effectuer à domicile, a augmenté de plus de

4 points en 2020 et de 2 points supplémentaires en 2021. L'augmentation de l'activité des infirmières et infirmiers libéraux en 2020 avait déjà été objectivée dans les travaux présentés dans le précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie⁴³ et a concerné l'ensemble des assurés et pas uniquement les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Elle pourrait refléter l'adaptation de leur activité pour renforcer le suivi paramédical des pathologies chroniques au domicile et compenser la baisse du suivi spécialisé (comme le montre aussi la diminution du nombre médian de contacts), mais s'explique probablement aussi en partie par l'activité de dépistage de l'infection par Sars-CoV-2.

L'analyse du suivi biologique et de la consommation médicamenteuse ne montre pas de rupture majeure de prise en charge. L'augmentation de la part des patients avec un dosage des peptides natriurétiques (+ 3 % entre 2019 et 2021) pourrait s'expliquer par la similarité des symptômes de l'insuffisance cardiaque et de la Covid-19 (fatigue, essoufflement accru...), nécessitant cet examen pour distinguer les deux diagnostics. Au sein des médicaments du système rénine-angiotensine, la substitution progressive des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) par les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) pourrait refléter la crainte initiale d'une susceptibilité accrue à la Covid-19 des patients exposés aux IEC – susceptibilité que les travaux scientifiques ont infirmée par la suite – ou la fréquence notable d'effets indésirables avec les IEC (toux et nécessité de surveillance régulière de la fonction rénale et de l'ionogramme sanguin), rendant la gestion du traitement moins aisée pour le prescripteur en période pandémique.

Enfin, ces analyses confirment que la principale rupture de parcours entre 2019 et 2020 concerne le recours aux soins hospitaliers. On constate une baisse de la part de patients avec un séjour à l'hôpital, que ce soit pour l'ensemble des motifs (- 4 %), ou spécifiquement pour des motifs cardiovasculaires (- 1,8 %) et pour insuffisance cardiaque (- 1,2 %). Ce moindre recours à l'hôpital par rapport à 2019 est aussi observé en 2021, avec des taux similaires à ceux de 2020.

Par ailleurs, les données issues de l'appliquetif ViaTrajectoire, outil d'aide à l'orientation des patients dans les structures sanitaires et médico-sociales, permettent de décrire l'impact potentiel de la pandémie sur l'orientation des patients insuffisants cardiaques dans les structures de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Si le nombre de prescriptions de séjours demeure globalement stable entre 2018 et 2020, avec une diminution objectivée en 2021 (réduction de 9 % du nombre d'orientations), le taux effectif d'admission est en baisse significative dès 2020 (- 2,8 % par rapport à 2019) et se poursuit en 2021 (- 1,9 % par rapport à 2020 et - 4,7 % par rapport à 2019).

Une difficulté accrue d'accessibilité à ces structures de soins, associée à un souhait de limitation d'exposition au portage viral en collectivité, est susceptible d'expliquer en partie ce défaut de recours au SSR, notamment en sortie d'établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) suite à décompensation de la pathologie.

43 Ainsi, les infirmiers libéraux sont la seule profession de santé pour laquelle le recours en population générale sur l'ensemble de l'année 2020 a été supérieur à celui de l'année 2019 : « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 », rapport disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

TABLEAU 21

Sélection d'indicateurs du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques, pour les années 2019, 2020, 2021

		2019	2020	2021
Ensemble des personnes suivies ^(a)		616 500	609 600	590 800
dont personnes avec insuffisance cardiaque aiguë ^(a)		18,4 %	18,8 %	17,0 %
dont personnes avec insuffisance cardiaque chronique ^(a)		81,6 %	81,2 %	83,0 %
Suivi ambulatoire^(b)				
Cardiologues	au moins 1 contact	60,6 %	58,5 %	60,7 %
	N contacts ^(c) : médiane (Q1-Q3)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)
Généralistes	au moins 1 contact	93,4 %	93,2 %	93,8 %
	N contacts ^(c) : médiane (Q1-Q3)	8 (5-13)	7 (4-12)	7 (5-12)
Infirmiers diplômés d'État (IDE)	au moins 1 contact	75,2 %	79,5 %	81,6 %
	N contacts ^(c) : médiane (Q1-Q3)	14 (3-114)	12 (3-100)	11 (3-88)
Kinésithérapeutes	au moins 1 contact	35,0 %	32,8 %	32,9 %
	N contacts ^(c) : médiane (Q1-Q3)	31 (12-76)	29 (11-69)	33 (13-77)
Examen biologique				
Bilan de la fonction rénale		85,7 %	85,1 %	85,9 %
Bilan lipidique		56,3 %	56,8 %	59,6 %
Dosage de l'hémoglobine glyquée		38,7 %	39,3 %	41,6 %
Dosage des peptides natriurétiques		44,1 %	45,1 %	47,1 %
Consommation médicamenteuse				
Diurétiques		73,7 %	73,1 %	73,1 %
Médicaments du système rénine-angiotensine	au moins 1 délivrance	61,7 %	61,7 %	62,6 %
	N délivrances ^(c) : médiane (Q1-Q3)	11 (8-13)	11 (8-13)	11 (8-13)
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC)	au moins 1 délivrance	37,8 %	36,2 %	35,5 %
	N délivrances ^(c) : médiane (Q1-Q3)	8 (5-12)	8 (5-12)	8 (5-12)
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II)	au moins 1 délivrance	27,0 %	28,0 %	29,8 %
	N délivrances ^(c) : médiane (Q1-Q3)	9 (5-12)	9 (5-12)	9 (5-12)
Béta-bloquants	au moins 1 délivrance	64,7 %	65,1 %	66,0 %
	N délivrances ^(c) : médiane (Q1-Q3)	11 (7-12)	10 (6-12)	10 (6-12)
Béta-bloquants associés à IEC ou ARA II		44,6 %	44,9 %	46,0 %
Séjours hospitaliers complets (au moins 1 nuitée)				
MCO toutes causes	au moins 1 séjour	39,8 %	35,8 %	35,9 %
	durée de séjour ^(c) : médiane (Q1-Q3)	10 (4-21)	10 (4-21)	9 (4-20)
au moins 1 séjour pour motif cardiovasculaire		16,8 %	15,0 %	15,4 %
au moins 1 séjour pour insuffisance cardiaque		8,3 %	7,1 %	7,3 %

(a) Sélection des personnes avec une insuffisance cardiaque repérée par les algorithmes médicaux de la cartographie l'année n-1 et l'année n et non décédés au cours des années n-1 et n. Effectifs arrondis à la centaine. - (b) Inclut les consultations et visites en ville et les consultations hospitalières externes - (c) Parmi les personnes avec au moins un contact ou une délivrance ou un séjour

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDIS)

2.2.2

L'engagement de l'Assurance Maladie sur quatre dimensions majeures de l'amélioration des parcours

L'analyse des grands constats inhérents à cette pathologie, partagée par la Haute Autorité de santé (HAS), les sociétés savantes et les associations de patients, a révélé quatre dimensions majeures : fréquence et sous-estimation, sévérité, coût important pour la collectivité et complexité de la prise en charge.

Les premiers objectifs opérationnels que s'est fixés l'Assurance Maladie visent ainsi à répondre à ces enjeux :

- poursuivre l'accompagnement des acteurs de soins investis dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (IC), en enrichissant les outils mis à leur disposition par de nouveaux supports basés sur les données du système national des données de santé (SNDS) et décrivant l'épidémiologie de l'insuffisance cardiaque et la trajectoire de soins des patients sur leur territoire ;
- sensibiliser les patients à risque et les opérateurs de soins à la reconnaissance des signes et symptômes évocateurs d'une insuffisance cardiaque symptomatique ;
- organiser le suivi immédiat au décours d'une hospitalisation pour décompensation ;
- contribuer à la structuration et la coordination des soins, notamment pour les patients les plus sévères.

ENCADRÉ 10

RAPPEL DES POINTS CRITIQUES DU PARCOURS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

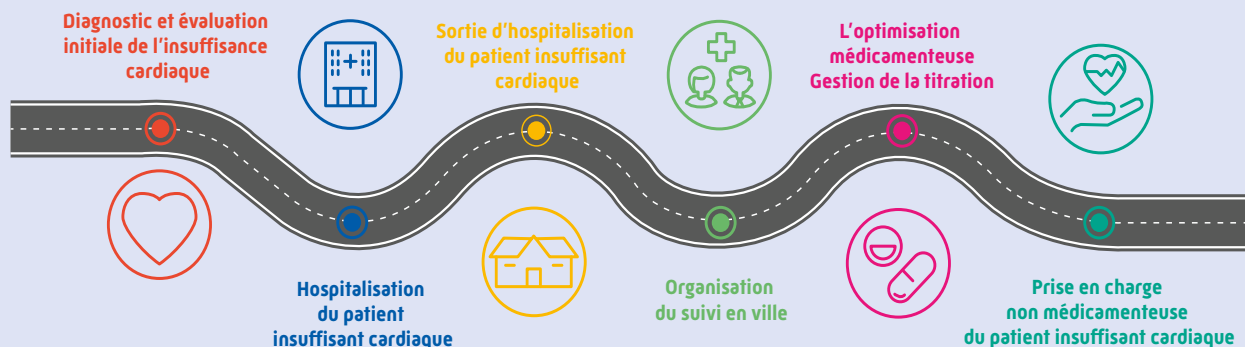
Le parcours de soins des patients insuffisants cardiaques est jalonné de points critiques qui, s'ils ne sont pas appréhendés de façon optimale,

sont susceptibles d'entraîner une décompensation de la pathologie avec un impact péjoratif sur la morbidité et la mortalité.

L'iconographie ci-dessous individualise les principaux points d'attention de ce parcours de soins (hors phase palliative).

FIGURE 53

Points critiques dans le parcours du patient insuffisant cardiaque



Source : Cnam

2.2.2.1 L'outil de diagnostic territorial : une aide à la reconstruction des trajectoires de soins des patients insuffisants cardiaques

L'Assurance Maladie a conçu un outil de diagnostic territorial pouvant être paramétré sur une zone d'envergure régionale, départementale ou de regroupements de communes (établissements publics de coopération intercommunale – EPCI) et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Ces informations anonymisées, issues du SNDS, paramétrées et extraites par les services médicaux régionaux, peuvent être mises à disposition des acteurs de soins investis dans la prise en charge de patients insuffisants cardiaques. Ces données constituent des bases d'épidémiologie locorégionale de la pathologie, permettant de reconstituer la trajectoire de soins ambulatoires

et hospitaliers des patients et d'identifier les atypies du parcours de prise en charge.

Des éléments sociodémographiques de la population présentant une insuffisance cardiaque sont ainsi présentés, mis en perspective avec la densité de l'offre de soins.

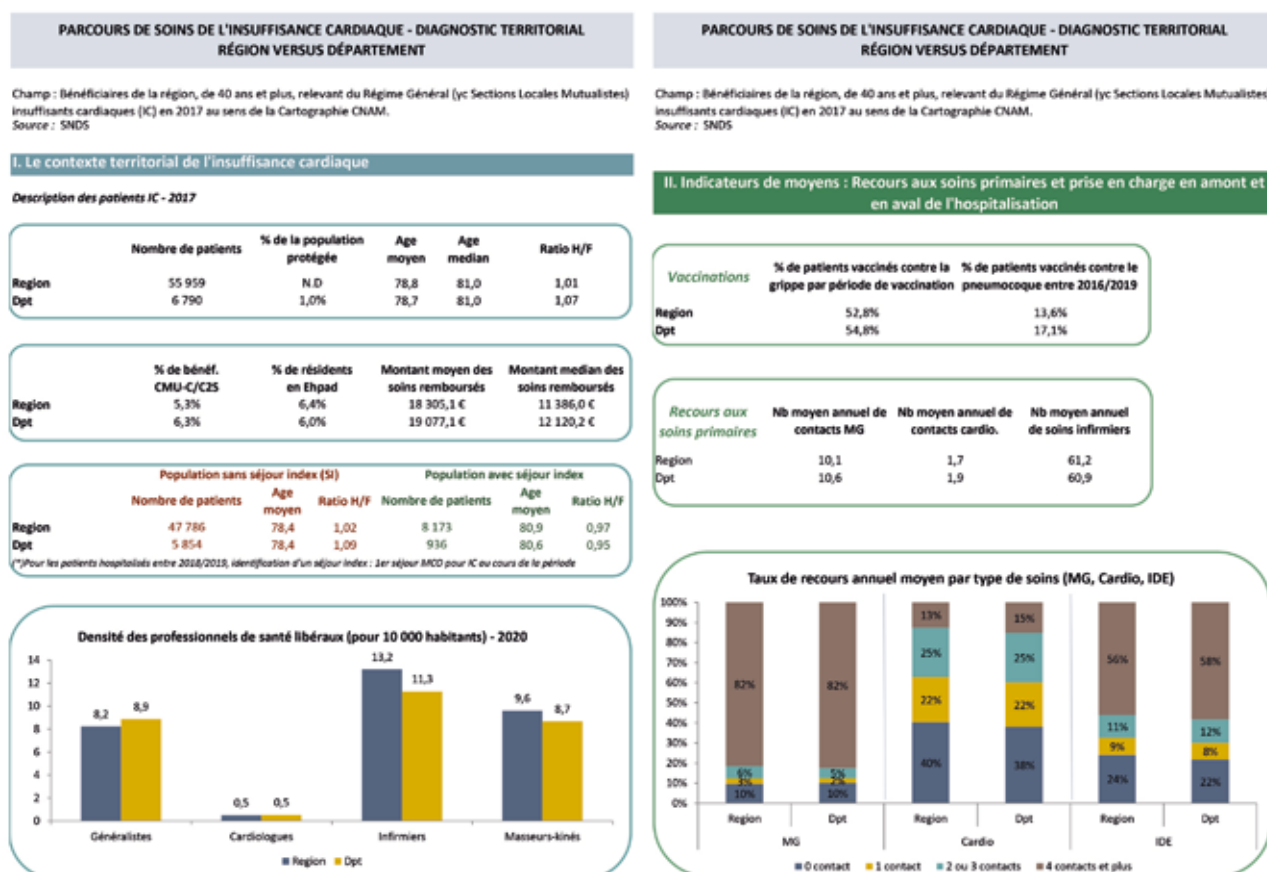
Les taux de recours aux différents professionnels de santé et les délais de contacts sont étudiés ; il en est de même pour les éléments du panier de soins de suivi du patient insuffisant cardiaque (ionogramme sanguin, peptides natriurétiques, échocardiographie).

Le groupe de patients hospitalisés, au minimum une fois au cours des deux années de la période de suivi, est ensuite individualisé avec le détail des indicateurs de prise en charge.

Enfin, des indicateurs de résultats, basés sur les travaux internationaux publiés par les spécialistes de la pathologie et les sociétés savantes, comme le taux de mortalité et le taux de réhospitalisation, sont analysés à différents temps du suivi.

FIGURE 54

Extraits de l'outil de diagnostic territorial illustrant le type d'indicateurs proposés



Source : outil de diagnostic territorial

Il est ainsi possible, pour les professionnels en établissement de santé ou pour un groupe de professionnels de santé exerçant dans une CPTS, d'identifier des points d'attention dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques du bassin géographique paramétré et d'initier, dans une dynamique de coordination, des actions correctrices.

Ces données mettent par exemple en évidence une proportion significative de 10 à 21 % de patients avec un très faible recours annuel auprès du médecin généraliste (0 ou 1 contact annuel)

selon les régions ; 38 % à 49 % des sujets ne bénéficieraient d'aucun contact annuel avec un cardiologue. Dans le champ de la prévention, 45 % à 55 % des patients porteurs d'une insuffisance cardiaque chronique apparaissent vaccinés annuellement contre la grippe. Ces indicateurs très concrets de prise en charge soutiennent les démarches locorégionales de réflexion autour de l'optimisation de modèles organisationnels structurés et coordonnés adaptés.

ENCADRÉ 11

| LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES

Les récentes recommandations de l'ESC (*European Society of Cardiology*), éditées en septembre 2021, ont redéfini le périmètre des trois catégories d'insuffisance cardiaque (IC) : à fraction d'éjection préservée (IC-FEP, FEVG > 50%), à fraction d'éjection réduite (IC-FER, FEVG < 40 %) et une catégorie intermédiaire, dite « à fraction d'éjection moyennement réduite », susceptible de bénéficier de la même prise en charge thérapeutique que l'IC-FER.

Le diagnostic initial de l'insuffisance

cardiaque repose toujours sur une suspicion clinique, confortée par l'anomalie des résultats de dosage plasmatique des peptides natriurétiques et d'éventuelles atypies sur l'électrocardiogramme (ECG). L'échocardiographie et la consultation auprès du cardiologue permettent de confirmer le diagnostic.

La stratégie de traitement médicamenteux est actualisée pour la catégorie IC-FER, avec une modification du schéma de l'introduction des molécules :

une introduction simultanée de l'ensemble des traitements est désormais proposée, contrastant avec la stratégie antérieure d'introduction séquentielle des classes thérapeutiques. L'escalade progressive des posologies demeure prônée.

Les inhibiteurs du SGLT-2 (gliflozines), sur les bases d'une réduction significative de la morbi-mortalité dans les essais cliniques de phase III, intègrent l'éventail des classes thérapeutiques recommandées par l'ESC.

2.2.2.2 La reconnaissance précoce des signes de décompensation de l'insuffisance cardiaque

De nombreuses études soulignent les difficultés de perception par les patients des signes et symptômes évocateurs d'une insuffisance cardiaque en voie de décompensation et pointent une faible connaissance générale de la maladie. Ceci entraîne une difficulté d'appropriation des points clés de la maladie et une sous-estimation de symptômes, certes non spécifiques.

Une enquête menée par le groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies (Gicc) de la Société française de cardiologie (SFC), auprès de 793 patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque au cours des douze derniers mois (âge moyen de 73 ans, 53 % des sujets de sexe masculin), s'est intéressée à la trajectoire et aux symptômes des patients en amont de la décompensation ayant conduit au séjour hospitalier [1].

L'étiologie la plus fréquente de l'insuffisance cardiaque était la maladie coronaire et les sujets présentaient par ailleurs fréquemment d'autres comorbidités telles que l'hypertension artérielle (46 %), le diabète (23 %) ou la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (20 %).

Les symptômes ayant conduit à l'hospitalisation étaient majoritairement la dyspnée (68 % des cas) et les œdèmes des membres inférieurs (27 %), ces deux éléments étaient les plus fréquemment associés. L'asthénie et la prise de poids étaient rapportées dans 13 % et 10 % des cas. Plus d'un tiers des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aiguë présentaient ces signes et symptômes plus de deux mois avant l'entrée en établissement.

Seuls 42 % des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aiguë étaient adressés par le médecin généraliste (20 %) ou le cardiologue (22 %) ; le Samu totalisait 42 % des contacts directs avant admission et 16 % des patients se présentaient de leur propre initiative à l'hôpital. Il est à relever que près de 40 % des sujets adressés par le Samu étaient admis directement en unité de soins intensifs polyvalents ou cardiologiques, tandis que plus de la moitié des patients adressés par le cardiologue étaient admis en hospitalisation traditionnelle, sans passage par les urgences. Au décours de l'hospitalisation, 76 % des patients ont regagné leur domicile et une faible proportion (12 %) a été orientée vers une structure de réadaptation cardiaque.

Fait notable, moins de la moitié (46 %) des patients interrogés indiquaient avoir connaissance de l'insuffisance cardiaque aiguë comme motif de leur hospitalisation. Indépendamment de l'épisode ayant conduit à l'admission en établissement de soins, 64 % des patients déclaraient présenter une insuffisance

cardiaque, 23 % mentionnaient une maladie respiratoire aiguë et 7 % des personnes questionnées ne pouvaient pas qualifier leur maladie.

Grâce aux données de la cartographie, sur l'ensemble des patients pris en charge pour une insuffisance cardiaque une année donnée, on estime à environ un tiers la proportion de sujets présentant une insuffisance cardiaque incidente (nouvellement pris en charge), dont 14 % entrent dans la maladie sur un versant aigu avec hospitalisation. Pour illustrer l'évolution vers l'insuffisance cardiaque des personnes présentant des pathologies à risque, une analyse spécifique des patients avec maladie coronaire est présentée plus bas. L'incidence annuelle de survenue de l'insuffisance cardiaque ainsi que les caractéristiques et dépenses individuelles associées à la survenue de l'insuffisance cardiaque sont étudiées avec un suivi de quatre années.

La prévention et le diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque doivent permettre de réduire la fréquence d'hospitalisations potentiellement évitables :

- en sensibilisant les patients porteurs de pathologies à risque d'évolution vers la constitution d'une insuffisance cardiaque ;
- en sensibilisant les professionnels de santé, notamment de premier recours (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens d'officine par exemple), au réflexe d'orientation diagnostique face à ces éléments sémiologiques non spécifiques ;
- en suscitant le dialogue entre le patient et le professionnel de santé autour de cette thématique.

L'Assurance Maladie va ainsi lancer, en septembre 2022, une campagne nationale de sensibilisation aux signaux d'alerte de l'insuffisance cardiaque. Elle s'articule autour de 4 signaux : essoufflement, prise de poids, œdèmes des membres inférieurs et fatigue, regroupés sous l'acronyme EPOF en 2017 par le groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies (Gicc) de la Société française de cardiologie (SFC).

L'appropriation de l'insuffisance cardiaque par le patient et son entourage implique aussi l'adoption de recommandations : exercice physique régulier, surveillance régulière du poids corporel, observance optimale au traitement et restriction de l'apport alimentaire en sel (acronyme EPON).

Ces « règles de vie » du patient insuffisant cardiaque, actuellement relayées par l'Assurance Maladie dans ses campagnes d'accompagnement, feront l'objet d'une grande campagne nationale, en miroir d'EPOF, en 2023.

2.2.2.3 L'organisation du suivi au décours d'un épisode d'insuffisance cardiaque aiguë

La décompensation de l'insuffisance cardiaque ou insuffisance cardiaque aiguë demeure un événement très significatif dans le parcours de vie du patient. Elle nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée et rapide, pouvant inclure une hospitalisation, dans l'objectif de traiter les manifestations cliniques aiguës, identifier et adresser les facteurs à l'origine de la déstabilisation de la maladie et initier puis suivre les actions de prévention de la récurrence. On estime ainsi à environ 30 % le taux annuel de patients porteurs d'une insuffisance cardiaque

qui devront être hospitalisés pour une déstabilisation de leur pathologie.

Malgré l'amélioration de la situation clinique, la période suivant la sortie d'hospitalisation représente une phase de vulnérabilité pour l'état de santé de ces patients, majeure dans les premières semaines et pouvant s'étendre sur plusieurs mois. Nombre de publications scientifiques mettent en effet en évidence des taux de réadmissions particulièrement significatifs durant cette période, pouvant être associés à une mortalité accrue.

Plusieurs facteurs concourent à rendre cette phase particulièrement critique : la fréquence de l'association de comorbidités chez des sujets fragilisés par l'insuffisance cardiaque, la possible persistance de signes résiduels de congestion en sortie d'hospitalisation initiale et la capacité des patients à s'approprier rapidement les recommandations hygiéno-diététiques et d'observance afin de maintenir la stabilité de leur état de santé.

L'impact péjoratif des comorbidités et pathologies associées à l'insuffisance cardiaque est aisément mesurable par l'analyse des motifs de réhospitalisations : dans plus de la moitié des cas, la cause motivant la réadmission en établissement apparaît liée à une pathologie autre que l'insuffisance cardiaque (qu'elle soit d'origine cardiovasculaire ou non) [2]. Le diabète, l'insuffisance rénale chronique, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont parmi les maladies chroniques fréquentes susceptibles d'induire ou de déstabiliser une insuffisance cardiaque.

Afin d'encadrer de façon optimale les patients au cours de cette phase de vulnérabilité, dans l'objectif de minimiser les risques de réadmission précoce et de prévenir l'aggravation de la pathologie, l'*European Society of Cardiology* (ESC) recommande ainsi :

- de s'assurer de l'absence de signes congestifs résiduels avant la sortie d'hospitalisation et d'optimiser le traitement médicamenteux en conséquence ;
- une consultation de suivi immédiat, dans les sept à quatorze jours suivant la sortie d'établissement, afin d'évaluer l'existence de signes congestifs persistants, les paramètres, la tolérance médicamenteuse ; de réaliser le suivi biologique classique et de poursuivre le processus d'optimisation posologique du traitement de fond de l'insuffisance cardiaque. Cette évaluation clinique permet aussi d'initier ou de poursuivre la démarche d'éducation thérapeutique, notamment en s'assurant de la compréhension de points clés de la maladie et de sa surveillance par le patient et son entourage.

Cette consultation doit aussi permettre de prendre en charge les facteurs ayant favorisé la décompensation de la maladie ou de compléter le bilan, par exemple par la recherche d'une carence en fer (facteur péjoratif aujourd'hui bien connu, même en l'absence d'anémie associée) si non antérieurement réalisée.

Des études observationnelles ont démontré l'impact positif de cette consultation précoce sur le taux de réadmission en établissement à 30 jours [3].

Au regard de ces recommandations, l'analyse des données régionales issues de l'outil de diagnostic territorial **[Figure 54]** met en évidence une variabilité marquée du taux de recours aux professionnels de santé de premier et second recours suivant la

sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Ainsi, selon les régions :

- 38,3 % à 61,1 % des patients ont une consultation auprès d'un médecin généraliste dans les quatorze jours ;
- 39 % à 55 % des patients bénéficient d'actes infirmiers dans les quatorze jours ;
- 26,1 % à 43 % des patients ont une consultation auprès d'un cardiologue dans les 60 jours post-sortie d'hospitalisation.

Cette hétérogénéité manifeste de prise en charge territoriale paraît liée, pour partie, à la densité de l'offre de soins locorégionale, incitant à la réflexion portant sur la structuration et la coordination des soins. L'Assurance Maladie s'inscrit dans cette démarche d'accompagnement du parcours de soins avec la poursuite du programme d'accompagnement de retour à domicile des patients insuffisants cardiaques (Prado IC), qui prévoit la planification des premiers rendez-vous avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge en secteur ambulatoire en aval de l'hospitalisation : médecin traitant, infirmier libéral et cardiologue⁴⁴, et l'accompagnement de professionnels avec la diffusion des recommandations relatives à ce segment du parcours. Le Prado IC a fait l'objet d'une priorisation importante en 2022 par rapport aux autres volets pour accompagner le déploiement de l'ensemble du parcours IC, qui sera poursuivi en 2023, avec la fixation d'un objectif permettant d'atteindre un tiers de la population éligible à ce programme en sortie d'hospitalisation, soit 40 000 personnes accompagnées par an.

Le contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins (Caques), initié entre établissements de santé, agences régionales de santé (ARS) et l'Assurance Maladie, comporte désormais un indicateur portant sur la prise en charge des patients insuffisants cardiaques, avec la volonté de renforcer la qualité de la transition entre la structure de soins et le secteur ambulatoire d'aval.

La télésurveillance (qui sera développée plus bas), basée notamment sur le recueil de symptômes et paramètres cliniques objectifs tels que le poids, la pression artérielle et la fréquence cardiaque, est aujourd'hui une stratégie susceptible de permettre de réduire la gravité des exacerbations aiguës en favorisant la coordination des soins et en proposant une réponse adaptée réduisant le délai d'intervention diagnostique et thérapeutique, et donc nombre de réhospitalisations.

2.2.2.4 Structuration et coordination de l'offre de soins

Face à une population croissante présentant une insuffisance cardiaque, maladie touchant des sujets fragiles et souvent associée à des comorbidités chroniques de fort impact, la mission de prise en charge et de coordination des soins du médecin généraliste se complexifie. La spécialité cardiologique voit son nombre de praticiens augmenter très faiblement, avec un vieillissement progressif des effectifs et une densité territoriale hétérogène, le plus souvent faible.

S'il existe des leviers d'optimisation du diagnostic précoce et du suivi de l'insuffisance cardiaque par l'information des patients et des professionnels de santé, la nécessité d'identifier et d'ancrer

des filières de soins dédiées dans les territoires est un enjeu capital afin de garantir une réponse clinique rapide et adaptée à la sévérité des situations individuelles.

L'apport des structures d'exercice pluriprofessionnel coordonné

Les structures d'exercice pluriprofessionnel coordonné, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), sont des modèles organisationnels adaptés à la prise en charge de patients insuffisants cardiaques stables ou non sévères. Nombre de structures CPTS se sont ainsi saisies de cette thématique, bénéficiant de l'apport des données populationnelles de diagnostic territorial fournies par l'outil de l'Assurance Maladie. L'analyse de ces données par les professionnels de santé de ces CPTS (médecins généralistes, infirmiers, cardiologues, par exemple) a ainsi permis d'identifier des points sensibles du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques, conduisant à l'établissement de plans d'action concertés et coordonnés entre acteurs de soins investis locorégionalement, incluant des relais en établissements hospitaliers.

À titre d'exemple, une CPTS de la région Auvergne-Rhône-Alpes, impliquant des médecins généralistes, des infirmiers et des cardiologues, a choisi d'encadrer le parcours de soins de patients insuffisants cardiaques au décours immédiat de leur sortie d'hospitalisation pour décompensation de leur pathologie. En articulation avec le service Prado (programme d'accompagnement du retour à domicile) pour l'organisation du suivi ambulatoire immédiat (infirmier libéral, médecin généraliste, cardiologue) et avec l'intervention du coordonnateur de la structure pluriprofessionnelle coordonnée pour la liaison informationnelle sécurisée et les séances de concertation entre acteurs de soins, le parcours du patient est sécurisé avec un objectif de réduction du risque de réhospitalisation.

Les bénéfices de la télésurveillance

Le bénéfice de la télésurveillance dans l'optimisation du suivi du patient insuffisant cardiaque et l'appropriation par celui-ci des points clés de sa pathologie est démontré. Dans l'étude allemande randomisée TIM-HF2 [4], le groupe de 765 patients bénéficiant d'un protocole de télésurveillance associé au suivi habituel présentait une diminution significative de la proportion de jours d'hospitalisation non programmée et un taux de mortalité plus faible en comparaison au groupe de 773 patients bénéficiant d'un suivi médical classique, au cours d'une période de suivi d'un an. Les données collectées au domicile des patients étaient télétransmises par voie sécurisée au centre de contrôle, avec gestion des alertes par une équipe d'infirmiers, formés à l'insuffisance cardiaque et de médecins. Étaient notamment recueillis les paramètres de poids, de pression artérielle, de fréquence cardiaque, de saturation transcutanée en oxygène et une liste de signes et symptômes. Une prise en charge clinique rapide, avec contact téléphonique auprès du patient, était réalisée par l'équipe du téléc centre en cas de suspicion d'un événement de santé inattendu.

En France, une expérimentation similaire de nouveau modèle organisationnel en santé est actuellement réalisée, dans le cadre d'un protocole de l'article 51 de la loi de financement de la sécu-

⁴⁴ Plus d'informations sur le programme Prado sont disponibles dans le rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 », disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits-et-sur-le-site-ameli.fr> : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

rité sociale (LFSS) pour 2018 : les patients insuffisants cardiaques sévères suivis dans cinq groupements hospitaliers de territoires de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) (étude de la cellule d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère (Cecics), site pilote : service de cardiologie, centre hospitalier universitaire (CHU) Henri Mondor, Créteil) intègrent, sur la base du volontariat, un programme de télésurveillance sous le contrôle d'une cellule d'expertise et de coordination. Médecins et infirmiers formés à l'insuffisance cardiaque gèrent ainsi les alertes et assurent la continuité et la coordination des soins.

Avec l'entrée dans le droit commun du financement de la télésurveillance en 2022, l'objectif est de généraliser au plus vite la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque sévère et très sévère, selon les critères d'inclusion élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS). L'expérience du dispositif d'Henri Mondor établit plusieurs prérequis pour mener à bien ce projet :

- une télésurveillance avec plusieurs niveaux d'alerte, le cardiologue joignable à tout moment assurant la sécurisation de l'équipe. La télésurveillance doit donc être assurée par une équipe pluriprofessionnelle comprenant des infirmiers ayant acquis des compétences spécifiques (ayant validé une formation spécifique), à laquelle la gestion des alertes est déléguée dans le cadre du protocole de coopération national insuffisance cardiaque (PCIC) publié par la HAS en 2019 ;
- la télésurveillance, instaurée temporairement pendant la phase de stabilisation du patient, doit *a minima* comprendre une auto-déclaration des symptômes par le patient et un dispositif de balance connectée, la prise de poids rapide étant l'un des signes les plus fréquents, mais non systématique, de décompensation.

Une évolution vers les équipes de soins spécialisés en cardiologie

Issue de la loi relative à la stratégie de transformation du système de santé (loi 2019-774 du 24 juillet 2019), l'équipe de soins spécialisés (ESS), composée de professionnels de santé autour de médecins spécialistes hors médecine générale, a pour objectif de contribuer à la structuration de l'offre globale de soins spécialisés sur le territoire.

Dans le domaine des pathologies cardiovasculaires, dont l'insuffisance cardiaque fait partie, les modèles organisationnels existants ou prévisionnels d'équipes de soins spécialisés en cardiologie (ESSC) prévoient ainsi deux champs d'intervention :

- la réponse rapide à une demande de soins de spécialité non programmés au titre d'une pathologie rapidement évolutive ou nécessitant une prise en charge à très court terme ;
- la contribution à l'organisation et la coordination des soins spécialisés avec les effecteurs de premier recours, en particulier les médecins généralistes en articulation avec les services hospitaliers spécialisés.

À titre d'exemple, l'ARS Île-de-France soutient le projet d'expérimentation d'ESSC, initié en janvier 2022 dans les départements de Paris et du Val-de-Marne. L'équipe de soins spécialisés, organisation de ville, regroupe des cardiologues libéraux et intervient en lien avec les acteurs du premier recours (CPTS et MSP, médecins généralistes en exercice isolé, centres de santé, Samu, service d'accueil des urgences et l'ensemble des acteurs des secteurs de ville et des établissements de santé) pour améliorer l'accès à l'expertise cardiologique en ville, en cas d'indisponibilité ou d'absence du cardiologue traitant. Les objectifs du projet comprennent ainsi la réduction des délais de rendez-vous de consultation, l'optimisation du recours aux services d'accueil des urgences avec une prise en charge optimale, avec possibilité de recours aux solutions de télé-médecine. Un autre projet d'expérimentation d'ESSC est porté par le Syndicat national des cardiologues (SNC). Conçu pour être décliné dans six départements de quatre régions métropolitaines, il vise à garantir l'accès aux soins cardiologiques des patients exposés à des difficultés (offre de soins territoriale insuffisante, résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), population carcérale, patients sous thérapie psychotrope complexe).

La structuration sur l'ensemble du territoire d'équipes de soins spécialisés en cardiologie est indispensable pour déployer de manière optimale le parcours « insuffisance cardiaque ». Ces équipes doivent être pluriprofessionnelles et fonctionner sur une évolution du partage des tâches (en l'occurrence, pour la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, la présence d'infirmières ou d'infirmiers en pratique avancée (IPA) et/ou diplômé(es) d'État (IDE) formés et engagés dans le PCIC selon les tâches confiées). Il s'agit d'un prérequis à la généralisation de la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque, *a fortiori* dans les territoires où celle-ci ne peut être assurée par une équipe hospitalière. Au-delà de la télésurveillance, les ESS ont un rôle plus large dans l'éducation thérapeutique, l'optimisation médicamenteuse, la sensibilisation des professionnels de premier recours, la coordination de l'offre de recours et la gestion des consultations de soins non programmés.

2.2.3

Illustration des enjeux liés à la prévention de la survenue de l'insuffisance cardiaque : le suivi sur quatre ans de patients avec maladie coronaire

L'évolution vers l'insuffisance cardiaque est un processus complexe qui combine la dégénérescence du muscle cardiaque, des altérations des vaisseaux artériels ou des valves cardiaques et des événements aigus comme l'infarctus du myocarde. Plusieurs pathologies cardiovasculaires ou métaboliques constituent ainsi des facteurs de risque d'évolution vers l'insuffisance cardiaque, comme l'hypertension artérielle, les valvulopathies, le diabète ou l'obésité. La maladie coronaire est au centre de ce processus pathologique et constitue le principal facteur de risque [5].

Grâce aux données de la cartographie et du système national des données de santé (SNDS), il est possible d'étudier la survenue de l'insuffisance cardiaque au cours du temps chez différents groupes de patients à risque. Pour l'étude présentée ci-dessous, une cohorte de l'ensemble des patients avec maladie coronaire

mais pas d'insuffisance cardiaque et vivants au 31 décembre 2015 a été suivie jusqu'au 31 décembre 2019.

Parmi l'ensemble du 1,5 million de patients suivis, 3,5 % à 4 % de ceux qui sont à risque (c'est-à-dire vivants et sans diagnostic d'insuffisance cardiaque au 31 décembre de l'année précédente) développent une insuffisance cardiaque chaque année. À la fin de la période, l'incidence cumulée de l'insuffisance cardiaque est ainsi d'environ 14 % (près de 206 000 personnes, en incluant les patients décédés après avoir développé la maladie) **(Figure 55)**.

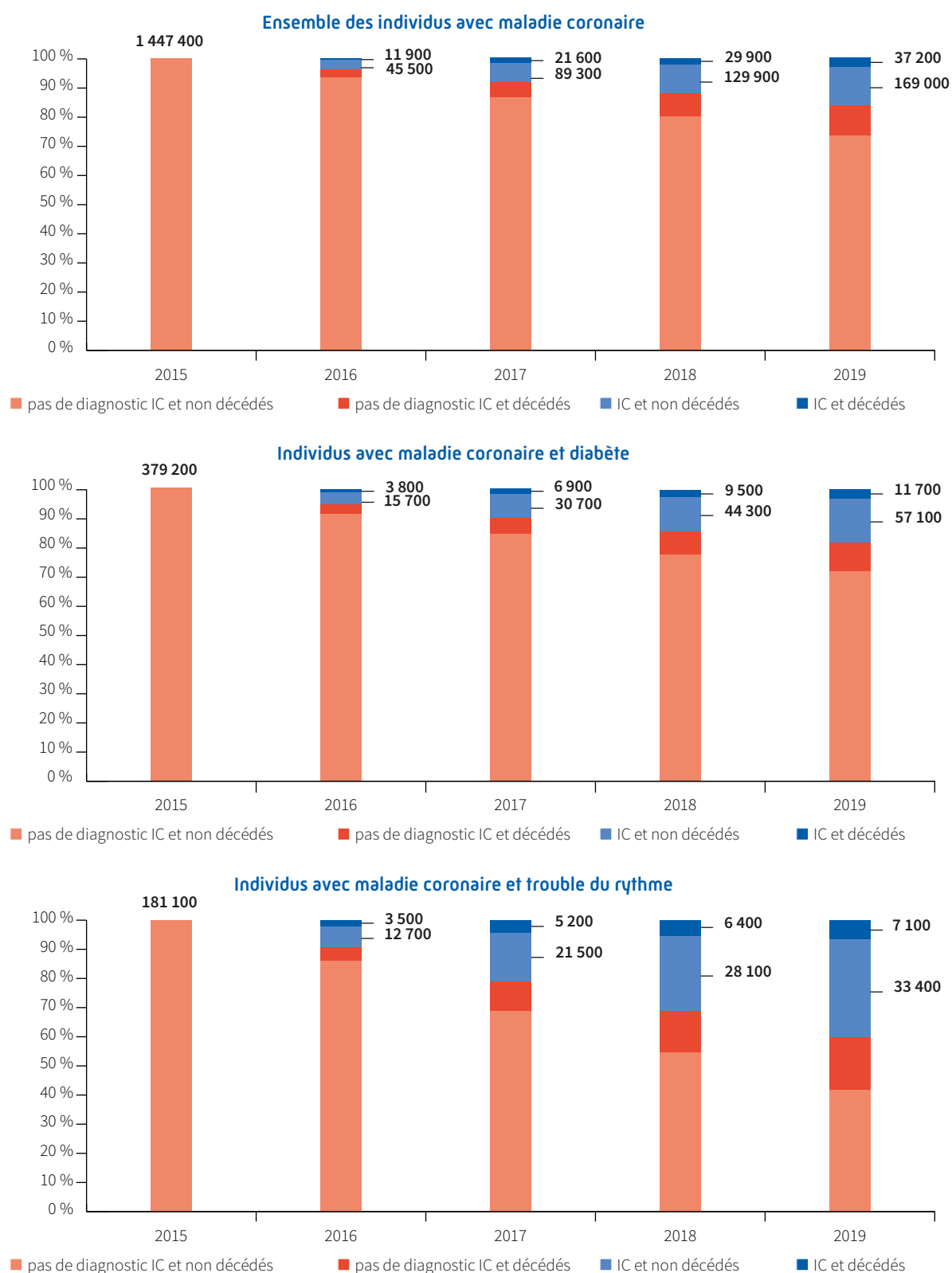
L'évolution vers l'insuffisance cardiaque est encore plus fréquente lorsque d'autres pathologies à risque, en plus de la maladie coronaire, sont présentes chez un même individu. Ainsi, parmi les patients avec maladie coronaire et diabète⁴⁵, 4,5 % à 5 % développent une insuffisance cardiaque chaque année, pour une incidence cumulée d'environ 18 % à la fin du suivi (près de 69 000 personnes sur les 380 000 initialement à risque). Lorsqu'un trouble du rythme est présent au début du suivi⁴⁶, la part des personnes avec un diagnostic d'insuffisance cardiaque est de 8 % à 9 % chaque année et l'incidence cumulée atteint 22,5 % (40 500 personnes sur les 181 000 à risque au début du suivi).

45 Il s'agit des personnes chez qui diabète et maladie coronaire sont systématiquement présents dès 2015 et tout au long du suivi, mais ces personnes peuvent aussi présenter d'autres pathologies.

46 Il s'agit des personnes chez qui trouble du rythme et maladie coronaire sont systématiquement présents dès 2015 et tout au long du suivi, mais ces personnes peuvent aussi présenter d'autres pathologies.

FIGURE 55

Incidence de l'insuffisance cardiaque (IC) au cours du suivi selon les pathologies à risque



Note de lecture : les effectifs mentionnés sur les barres des histogrammes sont arrondis à la centaine.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

Les personnes qui développent une insuffisance cardiaque sont en moyenne plus âgées, moins souvent des hommes, présentent plus de pathologies à risque et ont un état de santé global plus sévère. Parmi l'ensemble des patients avec maladie coronaire en 2015, on observe chez ceux avec un diagnostic d'insuffisance cardiaque en 2016 un écart de huit années en moyenne et la présence plus fréquente de l'ensemble des pathologies à risque (**Tableau 22**), avec notamment plus de deux fois plus de personnes avec trouble du rythme ou valvulopathie. En cas de survenue d'insuffisance cardiaque, le taux de mortalité brut annuel est multiplié par sept (21 % contre 3 % environ) et les dépenses individuelles augmentent considérablement (23 300 euros contre 6 400 euros, soit presque d'un facteur 4), notamment du fait des soins hospitaliers.

Ces écarts importants de mortalité et de dépenses de soins persistent lorsque les deux groupes sont rendus comparables avant la survenue de l'insuffisance cardiaque. Ainsi, après appariement sur l'âge, le sexe, les pathologies à risque et la lourdeur globale de l'état de santé, la mortalité reste trois fois et demie supérieure (20,4 % contre 5,8 %) et les dépenses individuelles près de trois fois supérieures parmi les personnes qui développent une insuffisance cardiaque (**Tableau 22**).

Ces constats sont concordants avec la littérature internationale, qui montre également l'effet délétère des comorbidités associées à la maladie coronaire sur le risque de survenue d'insuffisance cardiaque et la surmortalité associée à la survenue de l'insuffisance cardiaque [6].

TABLEAU 22

Caractéristiques et dépenses individuelles selon la survenue ou non d'insuffisance cardiaque (IC) en 2016, chez les personnes avec maladie coronaire en 2015

	Avant appariement		Après appariement	
	IC en 2016	pas d'IC en 2016	IC en 2016	pas d'IC en 2016
Effectif	57 363	1 390 053	55 593	55 593
%	4,0 %	96,0 %		
Mortalité (% ,taux brut)	20,7 %	2,9 %	20,4 %	5,8 %
Âge moyen ^(a)	79,5	71,2	79,7	79,7
Part d'hommes ^(a) (%)	65,0	71,3	65,2	65,2
Part avec CMU-C ou ACS ^(b)	5,7	6,3	5,5	4,1
Infarctus ^(a, c) (%)	5,2	4,6	4,4	4,4
Diabète^(a, c) (%)	34,1	25,9	33,7	33,7
Hypertension artérielle ^(a, c) (%)	90,9	85,3	91,5	91,5
Troubles de rythme ^(a, c) (%)	28,2	11,9	27,5	27,5
Valvulopathies ^(a, c) (%)	8,6	3,5	7,8	7,8
Indice prédictif de mortalité ^(d)	5,0	3,2	4,9	4,9
Indice prédictif de dépenses ^(a, d)	10,4	7,0	10,1	10,1
Dépenses totales (euros) ^(e)	23 311	6 419	22 673	8 183
Dépenses hospitalières (euros) ^(e)	16 843	2 880	16 392	3 827
Dépenses de ville (euros) ^(e)	6 152	3 078	5 977	4 152
Prestations en espèce (euros) ^(e)	316	461	304	204

(a) Les deux groupes comparés sont appariés sur ces caractéristiques

(b) Personnes bénéficiant d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide à la complémentaire santé

(c) Pathologies présentes au 31/12 de l'année qui précède l'année de comparaison entre les deux groupes

(d) Indices de morbidité élaborés à partir de la cartographie pour refléter le risque de décès (Mortality-Related Morbidity Index - MRMI) ou l'intensité du recours aux soins (Expenditure-Related Morbidity Index - ERMI) sur deux ans. Plus d'informations disponibles sur le site ameli.fr : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/pour-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>.

(e) Il s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Ces dépenses concernent l'année de comparaison entre les deux groupes

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

Un autre constat informatif pour la prévention de la survenue de l'insuffisance cardiaque est issu de la comparaison entre les personnes qui développent une insuffisance cardiaque en 2019 et celles sans diagnostic d'insuffisance cardiaque sur l'ensemble de la période (Tableau 23). Les deux groupes sont rendus comparables sur l'ensemble de la période avant la survenue de l'insuffisance cardiaque, par un appariement sur l'âge, le sexe et sur l'état de santé (pathologies à risque et lourdeur globale) pour l'ensemble des années entre 2015 et 2018. On constate que

l'infarctus, les troubles du rythme et les valvulopathies sont très fortement associés à l'insuffisance cardiaque.

Les diagnostics de ces pathologies sont le plus souvent posés au cours de la même année⁴⁷, ce qui souligne d'autant plus la nécessité d'un dépistage précoce des facteurs de risque de progression vers l'insuffisance cardiaque. L'enjeu d'une grande partie des objectifs opérationnels présentés plus haut est de permettre une prise en charge rapide et adaptée en cas d'événement aigu, afin de stabiliser au mieux la pathologie et prévenir les décompensations en cascade chez ces patients.

TABLEAU 23

Caractéristiques et comorbidités selon la survenue ou non d'insuffisance cardiaque (IC) en 2019, chez les personnes avec maladie coronaire en 2015

Année	Maladie coronaire sans IC entre 2015 et 2018, avec IC en 2019 effectif = 21 600					Maladie coronaire sans IC de 2015 à 2019 effectif = 21 600				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Âge moyen ^(a)					79,9					79,9
Mortalité (% , taux brut)					18,8					3,9
Part d'hommes ^(a) (%)					70,5					70,5
Part avec CMU-C ou ACS ^(b)					5,1					4,0
Infarctus ^(a) (%)	2,1	0,5	0,4	0,8	12,4	2,1	0,5	0,4	0,8	1,0
Diabète ^(a) (%)	30,7	31,2	31,7	32,1	33,0	30,7	31,2	31,7	32,1	32,7
Hypertension artérielle ^(a) (%)	95,1	95,1	94,9	94,3	90,9	95,1	95,1	94,9	94,3	91,5
Troubles de rythme ^(a) (%)	13,9	13,3	13,8	16,1	56,7	13,9	13,3	13,8	16,1	16,2
Valvulopathies ^(a) (%)	2,4	2,3	2,2	2,7	18,4	2,4	2,3	2,2	2,7	3,0
Indice prédictif de mortalité ^(c)	3,7	3,9	4,1	4,4	6,1	3,7	3,9	4,1	4,4	4,7
Indice prédictif de dépenses ^(a, c)	7,3	7,5	7,8	8,3	12,6	7,3	7,5	7,8	8,3	8,7

(a) Les deux groupes comparés en 2019 sont appariés sur ces caractéristiques pour la période 2015-2018

(b) Personnes bénéficiant d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C et ACS)

(c) Indices de morbidité élaborés à partir de la cartographie pour refléter le risque de décès (*Mortality-Related Morbidity Index* – MRM) ou l'intensité du recours aux soins (*Expenditure-Related Morbidity Index* – ERMI) sur deux ans. Plus d'informations disponibles sur le site ameli.fr : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/pathe-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

47 Ce constat est visible sur la comparaison des groupes non appariés, non présentée ici par souci de parcimonie.

2.3 LA SANTÉ MENTALE

2.3.1

La persistance d'une forte consommation de traitements psychotropes, dans un contexte général de dégradation de la santé mentale, notamment des plus jeunes

La santé mentale est l'un des groupes de pathologies et situations de santé les plus fréquents et avec un niveau de dépenses parmi les plus élevés dans la cartographie médicalisée des dépenses de santé. Les besoins de la population ont fortement

augmenté avec les conséquences de la crise sanitaire, ce qui s'est notamment traduit par un fort accroissement du recours aux médicaments psychotropes en 2020, essentiellement hypnotiques et anxiolytiques.

Les analyses menées par le groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare sur les niveaux de consommation de médicaments en ville sur les années 2020 et 2021 révèlent en effet la persistance d'un très fort recours aux traitements psychotropes en 2021, dans la continuité de 2020 [Tableau 24]. Alors que la hausse avait été essentiellement portée en 2020 par les traitements hypnotiques et anxiolytiques, on observe en 2021 une très forte augmentation du recours aux traitements antidépresseurs, et notamment des initiations de traitements, en particulier dans les classes d'âge les plus jeunes [Figure 56].

TABLEAU 24

Évolution et écart du nombre de délivrances et d'initiations d'antidépresseurs observé par rapport à l'attendu, en 2020 et 2021

	Année 2020		Année 2021		Années 2020-2021	
	S12 à S51		S1 à S50		S12(2020) à S50(2021)	
	Évolution (observé- attendu)	Écart (observé- attendu)	Évolution (observé- attendu)	Écart (observé- attendu)	Évolution (observé- attendu)	Écart (observé- attendu)
Nombre de délivrances						
Antidépresseurs	+ 1,4 %	+ 434 371	+ 5,9 %	+ 2 289 945	+ 3,9 %	+ 2 724 316
Antipsychotiques	+ 1,5 %	+ 128 716	+ 2,4 %	+ 250 469	+ 2,0 %	+ 379 185
Anxiolytiques	+ 5,5 %	+ 161 6293	+ 7,5 %	+ 2 707 304	+ 6,7 %	+ 4 323 597
Hypnotiques	+ 6,4 %	+ 70 6425	+ 11,4 %	+ 1 480 867	+ 9,1 %	+ 2 187 292
Traitements de la dépendance aux opiacés	+ 0,7 %	+ 12 668	+ 0,2 %	+ 4 819	+ 0,4 %	+ 17 487
Traitements de la dépendance à l'alcool	+ 0,2 %	+ 1 027	+ 9,2 %	+ 51 679	+ 5,1 %	+ 52 706
Nombre d'initiations						
Antidépresseurs	- 2,6 %	- 35 581	+ 7,3 %	+ 127 970	+ 2,9 %	+ 92 389
Antipsychotiques	+ 0,1 %	+ 414	+ 1,8 %	+ 7 160	+ 1,1 %	+ 7 574
Anxiolytiques	+ 3,6 %	+ 120 106	+ 0,2 %	+ 8 879	+ 1,7 %	+ 128 985
Hypnotiques	+ 8,3 %	+ 72 560	+ 12,2 %	+ 128 607	+ 10,4 %	+ 201 167
Traitements de la dépendance aux opiacés	- 3,0 %	- 468	- 12,3 %	- 2 305	- 8,1 %	- 2 773
Traitements de la dépendance à l'alcool	- 9,5 %	- 7 057	+ 1,6 %	+ 1 473	- 3,4 %	- 5 584

Source : rapport Epi-Phare « Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 » - rapport final

La santé mentale des jeunes est un enjeu d'importance, particulièrement au regard de la situation épidémique et des mesures de confinement et de limitation des contacts sociaux. Ce recours important, et qui semble s'inscrire dans la durée, à des traitements qui ne sont pas dénués d'effets indésirables est un signal d'alerte qui appelle à poursuivre et renforcer les actions de l'Assurance Maladie pour assurer une meilleure pertinence de prescriptions de ces traitements, mais aussi pour renforcer la disponibilité d'une offre de soins de psychologues, faisant désormais partie du panier de soins remboursé par l'Assurance Maladie avec le dispositif MonPsy.

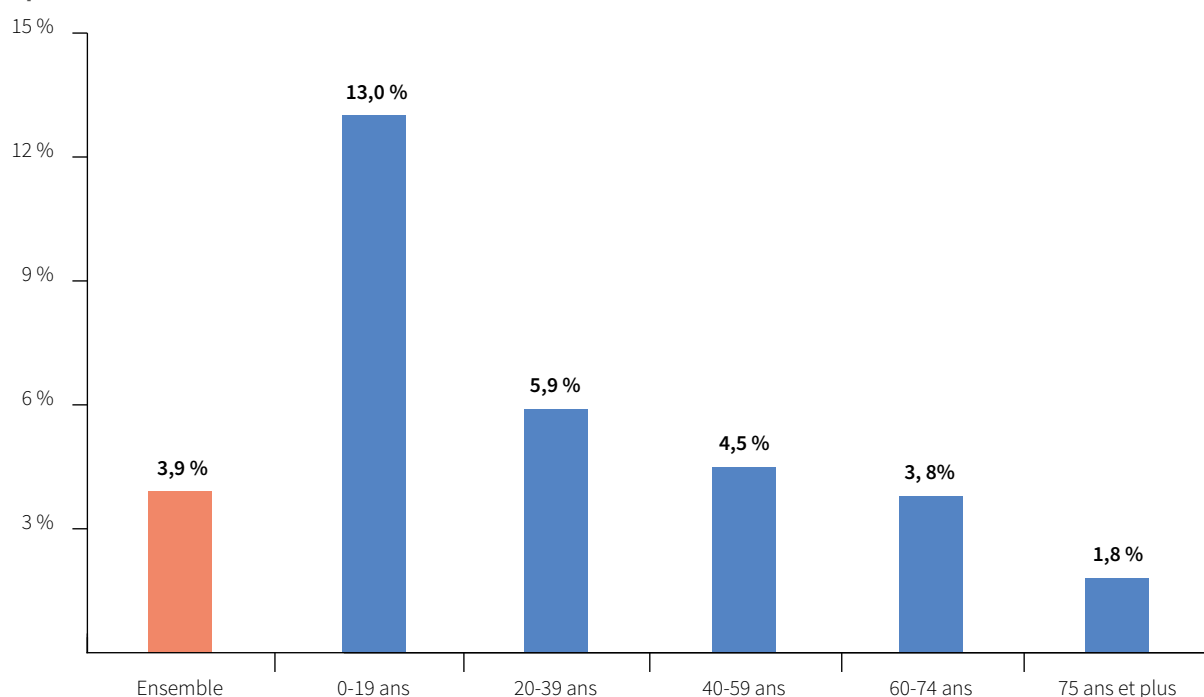
Les traitements psychotropes, notamment les antidépresseurs, comportent de surcroît un risque iatrogénique non négligeable lorsqu'ils sont prescrits chez des personnes âgées. L'améliora-

tion de la pertinence de ces prescriptions est un enjeu important pour la gestion du risque rénovée et fera l'objet de propositions d'actions décrites ci-dessous.

Enfin, les indemnités journalières constituent un poste de dépenses important et dynamique dans la population souffrant de troubles de santé mentale ou exposée à un risque important de ce type de troubles. La pertinence de la prescription des arrêts de travail dans ce contexte a été identifiée comme un axe d'amélioration lors de travaux communs avec le Collège de la médecine générale (CMG). Des actions seront menées par l'Assurance Maladie dans les mois à venir pour accompagner les professionnels de santé vers une amélioration de la pertinence de ces prescriptions.

FIGURE 56

Évolution des délivrances de médicaments antidépresseurs observées par rapport à l'attendu, selon l'âge, sur la période 2020-2021



Source : rapport Epi-Phare « Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 » - rapport final

2.3.2

Bilan des actions menées en 2022 dans le domaine de la santé mentale

La santé mentale avait fait l'objet de six propositions dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2022 ; un point d'étape sur l'avancement de la mise en œuvre des travaux autour de ces propositions est présenté ci-après.

2.3.2.1 Accompagner et renforcer l'initiative « Premiers secours en santé mentale » et envisager les conditions d'une extension de ce dispositif en milieu professionnel

Les Premiers secours en santé mentale (PSSM) constituent l'aide qui est apportée à une personne qui subit le début d'un trouble de santé mentale, une aggravation d'un trouble de santé mentale, ou qui est dans une phase de crise de santé mentale. Les premiers secours sont donnés jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée, ou jusqu'à ce que la crise soit résolue.

Développée dans de nombreux pays à travers le monde, l'initiative PSSM cible en priorité le public jeune, et a pour objectif de repérer les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise, afin d'intervenir précocement, sur le modèle des « gestes qui sauvent ». Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2022 proposait d'accompagner et de renforcer cette initiative (proposition n°15).

L'initiative a été déployée dans le cadre de la stratégie de prévention de l'Assurance Maladie à destination des jeunes. Le projet PSSM a fait l'objet d'une phase pilote de déploiement en 2021 durant laquelle treize caisses d'assurance maladie ont mis en œuvre une session de formation aux PSSM au cours des mois de juin et de juillet pour un total de 185 participants. Les publics formés étaient des intervenants auprès de publics jeunes issus de différentes structures : missions locales, associations, foyers de jeunes travailleurs, collectivités, etc. Les retours des évaluations de satisfaction étaient globalement très positifs. Sept caisses pilotes volontaires ont eu la possibilité d'organiser une deuxième session de formation fin 2021 ou début 2022.

Dans le cadre de la phase d'extension du déploiement des formations aux PSSM, il est prévu la mise en œuvre d'une session de formation aux PSSM par chaque caisse, avant la fin de l'année 2022, en direction de jeunes de 18 à 25 ans et/ou d'intervenants auprès de ces jeunes. Un bilan du nombre de secouristes formés en 2022 sera réalisé, et Santé publique France (SPF) sera responsable d'une évaluation plus globale du programme.

L'Assurance Maladie étudie en parallèle les modalités d'une extension de ce dispositif en milieu professionnel, afin d'intégrer les premiers secours en santé mentale dans le panier d'actions menées pour améliorer la santé au travail. Une telle action aura vocation à être mise en œuvre en lien étroit avec la branche accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) et avec les services de santé au travail.

2.3.2.2 Étudier l'efficacité et la pertinence des services numériques en santé mentale ayant fait l'objet d'une évaluation, dans l'objectif d'une éventuelle transposition au contexte français

Les systèmes de santé portent un intérêt croissant aux outils numériques, notamment dans le champ de la santé mentale. Ces logiciels et applications forment en effet un vaste ensemble d'outils susceptibles de répondre à certains enjeux de prise en charge en soins primaires. Dans ses propositions pour 2022, l'Assurance Maladie a par conséquent suggéré d'étudier les conditions dans lesquelles ces dispositifs pourraient renforcer de manière efficace et pertinente les modalités plus traditionnelles d'accompagnement des patients (proposition n°16).

Une étude a été conduite avec pour double objectif de réaliser une revue de la littérature scientifique et de mobiliser des éléments de comparaison internationale permettant d'explorer concrètement la manière dont ces solutions numériques sont déployées à l'étranger.

Parmi les principaux résultats, l'étude fait apparaître des résultats positifs d'efficacité des solutions numériques pour certaines pathologies et notamment la dépression, l'anxiété ainsi que les troubles obsessionnels compulsifs. La littérature montre cependant que pour être efficaces, ces solutions numériques doivent s'appuyer sur un accompagnement des patients par les professionnels de santé. Les expérimentations conduites à l'étranger confirment les éléments soulignés par la littérature scientifique et proposent différentes modalités d'intégration des solutions numériques au parcours de soins : en première intention dans le cadre d'un parcours gradué, en complément des consultations, à disposition du patient pour un usage en autonomie...

Des points de vigilance sont également relevés : dans les pays où des solutions numériques en santé mentale sont prescrites et remboursées, l'appropriation par les professionnels et les patients semble constituer un enjeu important. Par ailleurs, il n'existe pas encore de consensus sur les critères d'évaluation des solutions numériques dans un contexte de foisonnement de l'offre. Au regard des conclusions encourageantes de l'étude menée sur l'efficacité des dispositifs numériques en santé mentale, l'Assurance Maladie engagera un travail sur les modalités de diffusion concrètes de ce type d'outils pour une bonne intégration dans le parcours de patients (voir le chapitre 7 : Contribuer à l'essor de la santé numérique).

L'étude a fait l'objet d'un numéro de la collection *Comparaisons internationales* publiée par l'Assurance Maladie, mise en ligne en octobre 2022 sur ameli.fr.

2.3.2.3 Accompagner et consolider la généralisation de l'expérimentation de l'Assurance Maladie proposant des séances d'accompagnement psychologique sur adressage du médecin pour les patients présentant des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée

De 2018 à mars 2022, l'Assurance Maladie a expérimenté une prise en charge de séances d'accompagnement psychologique pour les patients âgés de 18 à 60 ans et présentant des troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée auprès de psychologues cliniciens ou de psychothérapeutes agréés par l'agence régionale de santé (ARS).

Expérimenté sur quatre départements (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Morbihan et Landes), ce dispositif a permis la prise en charge à 100 % d'un parcours de soins composé d'un entretien d'évaluation puis de dix séances renouvelables une fois par le médecin traitant après avis d'un psychiatre. Les 38 004 patients inclus par 3 980 médecins généralistes (soit 86 % des médecins des territoires concernés) ont été suivis par 847 psychologues (soit 45 % des psychologues des territoires concernés) pour une moyenne de dix séances. L'évaluation de ce parcours vise à étudier la faisabilité et l'acceptabilité d'un parcours de soins intégrant l'accompagnement psychologique, au décours d'un épisode de trouble en santé mentale léger à modéré, et son impact pour les professionnels qui y participent est en cours et fera l'objet d'une publication en 2023 sur ces trois axes :

- l'évolution de l'état de santé et de la qualité de vie des patients bénéficiant de cet accompagnement ;
- les impacts sur les professionnels et l'organisation des soins ;
- les conséquences économiques pour les patients et la société.

Lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, en septembre 2021, confortées par les succès rencontrés par ce dispositif expérimental, d'une part, et les dispositifs d'urgence mis en œuvre pour répondre aux besoins durant la crise sanitaire tels que PsyEnfantAdo ou PsySantéEtudiant, d'autre part, il a été décidé de mettre en place un dispositif pérenne de prise en charge des séances d'accompagnement psychologique à destination de l'ensemble de la population (dès 3 ans).

Depuis le 5 avril 2022, le dispositif MonPsy permet la prise en charge d'un entretien d'évaluation puis jusqu'à sept séances réalisées par un psychologue clinicien, rémunérés respectivement 40 euros et 30 euros sans dépassement d'honoraires possible. L'Assurance Maladie assure cette prise en charge à hauteur de 60 % et les complémentaires à hauteur de 40 % sur adressage de tout médecin impliqué dans le suivi du patient.

Fin juin, 1 620 psychologues sont conventionnés sur l'ensemble du territoire et 3 318⁴⁸ patients ont bénéficié d'une prise en charge. Les débuts de ce dispositif sont très encourageants, avec

une montée en charge progressive (en moyenne environ 50 candidatures de psychologues par semaine à fin juin). Des actions de communication pour sensibiliser et mobiliser les différents acteurs, en particulier les psychologues, sont engagées et seront poursuivies dans les prochains mois.

L'Assurance Maladie souhaite de surcroît permettre aux sages-femmes d'adresser directement les femmes en souffrance psychique d'intensité légère à modérée aux psychologues dans le cadre du dispositif MonPsy (voir le chapitre 4 : Approche populationnelle : maternité-petite enfance).

2.3.2.4 Déterminer, à partir des expérimentations de l'article 51 et de la mesure 31 du Ségur de la santé, les conditions les plus favorables à l'inscription des psychologues dans les structures d'exercice coordonné

Dans le but de consolider une approche holistique de la santé dans laquelle la santé mentale est partie intégrante de la prise en charge, l'Assurance Maladie promeut les formes d'exercice coordonné afin de faciliter les échanges entre les soins somatiques et psychiques.

La mesure 31 du Ségur de la santé a contribué au renforcement des psychologues au sein des centres de santé (CDS) et maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en allouant des financements à ces structures afin de recruter des psychologues. Ce dispositif a bénéficié d'une dynamique certaine avec toutefois une forte hétérogénéité dans la mise en place de la mesure selon les territoires, notamment en raison de l'annonce de la mise en place du dispositif national MonPsy. En effet, le dispositif prévoit le conventionnement des psychologues salariés dans les MSP et les CDS.

La santé mentale est une thématique fréquemment abordée dans le cadre des expérimentations de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018. Dix expérimentations⁴⁹ l'abordent explicitement et six autres⁵⁰ l'abordent dans le cadre de l'addiction. Ces projets s'articulent autour des trois axes de la feuille de route en santé mentale et en psychiatrie de juin 2018 :

- promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ;
- garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale, ainsi que la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Ils proposent majoritairement des parcours de soins coordonnés visant une meilleure prise en charge du patient par une meilleure collaboration entre les professionnels (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, pédiatres, infirmiers, travailleurs sociaux) qu'il s'agisse d'une articulation ville/hôpital, de coordination en MSP ou de la mise en place d'équipes mobiles. Les

48 Données au 31 mai 2022.

49 Parcours coordonné du patient dépressif entre le premier recours et la psychiatrie (SP-ADepress) ; dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) de l'enfant et de l'adolescent ; DSPP adulte ; Passport BP (parcours de soins pour patients bipolaires) ; SIIS (suivi intensif pour l'inclusion sociale des personnes présentant des troubles psychiques invalidants et fréquemment hospitalisées en psychiatrie) ; programme Icope (soins intégrés pour les personnes âgées) ; Psycog ; Microstructures post-Covid ; Institut de la parentalité ; Ecoute'Emo.

50 Equip'Addict dans cinq régions (Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France et Occitanie) et Argos 2.

dispositifs proposés ont également une dimension apprenante pour les professionnels concernés.

2.3.2.5 Améliorer la pertinence et les conditions de prescriptions des benzodiazépines

La France, tout en restant un pays de forte consommation de benzodiazépines (deuxième pays européen), connaissait depuis quelques années une diminution progressive et régulière de cette consommation. Cette dynamique positive a été stoppée par la crise sanitaire. L'étude du groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare⁵¹ objective entre mars 2020 et avril 2021 une augmentation de 3,4 millions de délivrances d'anxiolytiques et de 1,4 million de délivrances d'hypnotiques par rapport à l'attendu. C'est globalement pour les personnes de moins de 60 ans que les taux d'augmentation de ces consommations en 2021 sont de loin les plus élevés par rapport aux personnes plus âgées.

Pour contrer cette tendance et tenter de revenir à la dynamique antérieure, l'Assurance Maladie a fait la proposition de (re)lancer un plan d'action visant à améliorer la pertinence de ces prescriptions en visant prioritairement deux cibles : les primo-prescriptions chez les adultes de 30 à 65 ans et les renouvellements de prescriptions chez les personnes plus âgées (proposition n° 19). En effet, particulièrement chez les adultes de 30 à 60 ans, il est important de ne pas laisser s'installer une prescription « de routine ». Ces produits restent des médicaments utiles et efficaces pour la prise en charge d'un épisode anxio-dépressif aigu. Néanmoins, dès la primo-prescription, le principe de l'arrêt du traitement et son échéance doivent être posés et partagés avec le patient.

Dans cette optique, l'Assurance Maladie, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont initié un travail en commun et identifié des premières pistes d'action qui sont encore à l'étude. Parmi les actions envisagées figure la définition d'une grande campagne de communication multicanal adaptée aux publics cibles (patients, prescripteurs, pharmaciens), incluant une communication ciblée sur les réseaux sociaux. Cette campagne sera pilotée par l'Assurance Maladie, en lien avec l'ANSM. L'ANSM a initié un travail sur la réduction de la taille des boîtes concernant les hypnotiques, de durée d'utilisation actuellement recommandée de cinq à sept jours, avec une durée maximale de quatre semaines. L'ANSM prévoit par ailleurs la mise en ligne d'un dossier thématique dédié. La possibilité d'une recommandation de durée de prescription harmonisée, afin d'en améliorer l'appropriation par les prescripteurs, est également à l'étude. Celle-ci est actuellement de quatre semaines pour les hypnotiques et de douze semaines pour les anxiolytiques. Une durée recommandée de quatre semaines pour toute benzodiazépine pourrait être envisagée.

Enfin, la proposition n° 20 du rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2022 visant à déployer des actions de maîtrise du risque cardiovasculaire chez les malades psychiatriques sévères n'a pas pu être engagée à ce jour.

2.3.3

Perspectives d'actions visant à renforcer l'efficacité et la pertinence des soins dans le domaine de la santé mentale

En complément de la poursuite de la mise en œuvre des propositions pour 2022, l'Assurance Maladie va renforcer son action dans le champ de la santé mentale dans la continuité des actions décrites ci-dessus.

2.3.3.1 Améliorer la pertinence des prescriptions d'antidépresseurs

Éviter les risques iatrogéniques dans le cadre de la prescription d'antidépresseurs chez les plus de 75 ans

Un tiers des personnes âgées de plus de 75 ans souffre de symptômes dépressifs⁵², la dépression sévère est même relativement fréquente dans cette population (de 5 à 10 %). Chez ces patients, la dépression a un fort retentissement sur la morbidité et la qualité de vie. Elle diminue la durée de vie, augmente le recours aux soins, la dépendance et l'institutionnalisation. Par ailleurs, il existe un risque important de récurrence et de suicide. Malgré un faible niveau de preuve de l'efficacité des antidépresseurs chez le sujet fragile pour traiter la dépression modérée à sévère⁵³, ils sont largement prescrits en France chez les plus de 75 ans.

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent près de 22 % des consommateurs de médicaments antidépresseurs (1,2 million de patients en 2019) et 22 % des dépenses remboursées (48,9 millions d'euros) alors qu'ils ne représentent que 9,5 % de la population française. Dans la tranche d'âge 80-94 ans, plus de 10 % des personnes bénéficient d'une prescription d'antidépresseurs.

La consommation d'antidépresseurs n'est pas toujours pertinente, c'est-à-dire à dose efficace et avec une durée suffisante. On observe une dérive soit par excès (indication, durée, coprescriptions...), soit par défaut (posologie inadaptée, durée de traitement trop courte)⁵⁴.

De plus, dans cette population, la dépression est particulièrement difficile à diagnostiquer, en raison de comorbidités et/ou d'un déclin cognitif, et à prendre en charge (hiérarchisation des pathologies/polymérisation), et le traitement est complexe à suivre sur une durée optimale pour le patient.

L'objectif de cette mesure est donc de sensibiliser les médecins (84 % des antidépresseurs prescrits par des médecins géné-

51 « Covid-19 : usage des médicaments de ville en France ». Rapport 6 : Point de situation au 25 avril 2021.

52 Frost, Rachael, et al., et al. Management of depression and referral of older people to psychological therapies: a systematic review of qualitative studies. *British Journal of General Practice*. 2019, Vol. 69, 680.

53 Mallory, Laurie, et al., et al. Systematic review and meta-analysis of second-generation antidepressants for the treatment of older adults with depression: questionable benefit and considerations for frailty. *BMC Geriatrics*. 12 11 2019, Vol. 19, 306, p. 306.

54 <https://www.fondationpierredeniker.org/uploads/factSheets/3ce76a2283291fdd94dae481e47e49eeb63c6063>

ralistes chez les plus de 75 ans) au risque iatrogénique de la prescription au long cours des antidépresseurs chez des sujets souvent déjà polyopathologiques et polymédiqués, donc très exposés aux risques iatrogènes afin d'éviter les coprescriptions néfastes tout en réalisant une surveillance rapprochée des paramètres biologiques.

Une action de bon usage des médicaments antidépresseurs chez les personnes âgées de 65-75 ans a déjà été initiée par l'Assurance Maladie⁵⁵. Les chiffres présentés ci-dessus montrent qu'il

est nécessaire de poursuivre cette campagne d'accompagnement chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

Par ailleurs, la publication de l'avenant 9 à la convention médicale et le souhait de favoriser le développement des visites gériatriques des médecins libéraux constituent un levier opportun pour déployer cette action auprès des médecins généralistes.

Les projections sur la juste prescription des antidépresseurs chez les patients de 75 ans et plus permettent d'envisager 15 millions d'euros d'économies.

TABLEAU 25

Nombre de patients et montants remboursés dans le cadre de la délivrance d'antidépresseurs^(a) en 2019

Tranche d'âge	Nombre de patients	Nombre de boîtes	Montant remboursable (en euros)	Montant remboursé (en euros)
0-17 ans	49 501	350 056	1 263 086	864 660
18-34 ans	559 999	4 537 452	21 287 639	14 426 147
35-44 ans	684 105	6 871 682	33 095 785	23 347 163
45-54 ans	1 053 107	12 300 354	59 477 852	44 428 544
55-64 ans	1 100 732	13 807 698	64 950 952	50 956 094
65-75 ans	1 012 251	12 682 124	56 047 200	44 455 049
76 et plus	1 245 150	14 915 624	60 604 085	48 912 551
Ensemble	5 704 845	65 464 990	296 726 599	227 390 207

(a) Classes du système de classification anatomique (ATC) retenues : N06AA, N06AB, N06AF, N06AG, N06AX

Source : Cnam (SNDS)

2.3.3.2 Promouvoir les bonnes pratiques en termes de prescription d'arrêts de travail

Dans le cadre de la relance des actions de gestion du risque de l'Assurance Maladie en matière de dépenses d'indemnités journalières, l'Assurance Maladie rénove ses dispositifs d'accompagnement en ciblant notamment la santé mentale et ses deux motifs les plus fréquents : syndromes dépressifs et troubles anxio-dépressifs mineurs et risques psychosociaux (arrêts de travail en lien avec le burn out). Elle propose donc :

- d'une part, un Mooc, e-learning à destination des médecins susceptibles de prescrire des arrêts de travail (voir la partie Efficacité et pertinence des soins), conçu avec des médecins, en collaboration avec le Collège de la médecine générale (CMG) et la Société française de santé au travail (SFST), et qui touchera notamment cette thématique ;
- d'autre part, une campagne d'accompagnement à la prescription d'arrêts de travail des médecins notamment pour les pathologies en santé mentale, qui sera déployée en s'appuyant sur des référentiels d'aide à la pratique. Cette campagne est le fruit d'une collaboration engagée en 2021 avec le CMG.

⁵⁵ Rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2021.

| 2.4 PROPOSITIONS

Propositions sur l'approche par pathologie : diabète et insuffisance cardiaque

Proposition 1

Renforcer le parcours de soins sur l'insuffisance cardiaque

- Faire connaître les quatre signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque ;
- Amplifier le déploiement du programme d'accompagnement de retour à domicile des patients insuffisants cardiaques (Prado IC) pour une sortie organisée de l'hôpital ;
- Créer des équipes de soins spécialisés de cardiologie couvrant l'ensemble du territoire ;
- Proposer une télésurveillance à l'ensemble des patients présentant une insuffisance cardiaque sévère (notamment de la prise de poids rapide, *via* une balance connectée).

Proposition 2

Permettre aux patients diabétiques d'être pleinement acteurs de leur santé grâce aux innovations numériques

- Déployer les innovations connectées (suivi de la glycémie, administration automatique d'insuline) et la télésurveillance ;
- Rendre accessible le service sophia à tout patient diabétique ;
- Personnaliser Mon espace santé pour les patients diabétiques, et référencer dans le *store* les applications de santé les plus pertinentes.

| 2.5 RÉFÉRENCES

- [1] Beauvais F, Tarti re L, Pezel T, et al. First symptoms and health care pathways in hospitalized patients with acute heart failure: ICPS2 survey. A report from the Heart Failure Working Group (GICC) of the French Society of Cardiology. Clin Cardiol 2021;44:1144–50. doi:10.1002/clc.23666
- [2] Fudim M, O’Connor CM, Dunning A, et al. Aetiology, timing and clinical predictors of early vs. late readmission following index hospitalization for acute heart failure: insights from ASCEND-HF. Eur J Heart Fail 2018;20:304–14. doi:10.1002/ejhf.1020
- [3] Lee KK, Yang J, Hernandez AF, et al. Post-discharge Follow-up Characteristics Associated With 30-Day Readmission After Heart Failure Hospitalization. Med Care 2016;54:365–72. doi:10.1097/MLR.0000000000000492
- [4] Koehler F, Koehler K, Deckwart O, et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial. Lancet Lond Engl 2018;392:1047–57. doi:10.1016/S0140-6736(18)31880-4
- [5] Triposkiadis F, Xanthopoulos A, Parissis J, et al. Pathogenesis of chronic heart failure: cardiovascular aging, risk factors, comorbidities, and disease modifiers. Heart Fail Rev 2022;27:337–44. doi:10.1007/s10741-020-09987-z
- [6] Lamblin N, Meurice T, Tricot O, et al. First Hospitalization for Heart Failure in Outpatients With Stable Coronary Artery Disease: Determinants, Role of Incident Myocardial Infarction, and Prognosis. J Card Fail 2018;24:815–22. doi:10.1016/j.cardfail.2018.09.013

3

L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET L'ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE

3.1 UNE CONTRIBUTION FORTE ET SOUTENUE DE L'ASSURANCE MALADIE À L'EFFORT COLLECTIF DE MAÎTRISE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

À la fin avril 2022, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comptabilisait plus de 500 millions de cas confirmés de Covid-19 dans le monde, dont plus de 200 millions en Europe. Le nombre mondial de décès est évalué à plus de 6 millions, dont presque 2 millions en Europe. L'épidémie a évolué par vagues, et généré en réponse trois périodes de confinement en France, mais aussi une mobilisation de l'ensemble des acteurs de la société et du système de santé avec la mise en place d'actions de santé publique jusqu'ici inédites pour contenir l'épidémie et protéger les personnes les plus vulnérables. Le système de soins dans son ensemble a été soumis à de très fortes tensions, particulièrement à l'hôpital, du fait de l'épidémie elle-même, mais aussi des effets induits par les mesures prises pour la maîtriser ou en diminuer les effets.

L'arrivée et la mise à disposition de vaccins efficaces dès la fin de l'année 2020 ont changé le cours de l'épidémie, permettant de protéger les populations les plus fragiles et de limiter au maximum les contraintes et restrictions liées à la gestion du risque sanitaire.

L'épidémie n'est à l'évidence pas encore derrière nous. Elle continue d'évoluer régulièrement, en témoigne l'arrivée successive de différents variants, notamment le variant Delta à l'été 2021 puis le variant Omicron à l'hiver 2021-2022, très contagieux mais engendrant moins de formes graves. Il est fort probable que dans les mois et années à venir de nouvelles vagues surviennent et continuent à nécessiter des actions de santé publique pour les contenir.

L'Assurance Maladie a dans son ensemble (Caisse nationale et organismes du réseau) été très fortement mobilisée dans la lutte contre la Covid-19. En 2021, elle a notamment joué un rôle important dans la campagne vaccinale et dans la stratégie « tester, alerter, protéger » (TAP) qui auront nécessité, de la part des acteurs publics, une grande capacité d'organisation et d'adaptation, et de la part des acteurs privés, un investissement certain en temps et en moyens. Fidèle à ses valeurs d'universalisme, l'Assurance Maladie a par ailleurs veillé à accompagner de manière attentionnée les publics les plus fragiles et les plus en écart aux soins.

3.1.1

La disponibilité des vaccins et la campagne de vaccination ont changé le cours de l'épidémie

La vaccination contre la Covid-19 a débuté le 27 décembre 2020. D'abord réservée aux personnes les plus à risque de formes graves et les plus exposées, elle s'est progressivement étendue à l'ensemble de la population adulte, puis aux mineurs, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et du Comité d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV).

La campagne de vaccination a été lancée dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux en décembre 2020, à destination de certains publics fragiles (résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou en unités de soins de longue durée (USLD), personnes en situation de handicap particulièrement vulnérables...) et de certains professionnels de santé.

Elle a été élargie à d'autres catégories de publics fragiles dès janvier 2021. L'éligibilité à la vaccination a ensuite été progressivement ouverte à d'autres personnes plus jeunes, avec ou sans comorbidités, au fil de l'évolution des recommandations des autorités sanitaires.

Les premières vaccinations ont été faites en centres de vaccination, dont les premiers ont ouvert le 15 janvier 2021, 862 étant opérationnels dès le premier jour. Au pic de la vaccination en juin 2021, 2 233 centres de vaccination étaient ouverts. Parallèlement, la campagne de vaccination en médecine de ville a été lancée le 25 février 2021. Lors des pics de vaccination, sur certaines journées en juillet 2021 ou décembre 2021, près de 1 million d'injections ont été réalisées.

Afin d'assurer la traçabilité des vaccins et le suivi de la campagne de vaccination contre la Covid-19, l'Assurance Maladie a créé un système d'information dédié, le téléservice « Vaccin Covid », qui a été ouvert aux professionnels de santé le 4 janvier 2021. D'abord limité aux médecins, son accès a été élargi aux infirmiers puis aux sages-femmes, aux pharmaciens et aux chirurgiens-dentistes, à mesure que ces professions étaient impliquées dans la campagne vaccinale. « Vaccin Covid » a constamment évolué pour intégrer les différents vaccins arrivant sur le marché européen et pour prendre en compte les évolutions de la politique vaccinale. En 2021, le système d'information « Vaccin Covid » a permis d'enregistrer 124 millions d'injections, chez 53 millions de personnes.

Au 1^{er} juin 2022, en France, 54 404 750 personnes ont reçu une première injection, soit 81 % de la population totale, dont 53 501 944 personnes ont un schéma vaccinal complet (80 % de la population totale).

Certains publics, parmi les plus fragiles, sont néanmoins restés en retrait en termes de couverture vaccinale. Pour les accompagner, une démarche intitulée « aller vers » a été développée par l'Assurance Maladie, se déclinant en quatre démarches coordonnées visant des publics différents :

- aller vers pour accompagner la primo-vaccination ;
- aller vers « attentionné » pour les publics fragiles et éloignés du soin ;
- aller vers « médicalisé » pour les publics présentant des facteurs de risques médicaux ;
- aller vers à travers des campagnes de communication de masse.

3.1.1.1 Aller vers « primo vaccination »

Des actions de communication sortante massives ont accompagné l'ouverture de la vaccination et ont d'abord été concentrées sur les personnes les plus âgées (personnes de 75 ans et plus, d'abord).

Elles ont mobilisé différents moyens de communication : courriers, e-mails, SMS, et appels téléphoniques sortants. Les premières communications ont été envoyées en janvier 2021 et leur rythme s'est accéléré à compter du 31 mars 2021. Au sein de chaque tranche d'âge, une attention particulière a été portée aux personnes avec des comorbidités.

Plus de 30,5 millions de contacts incitant les personnes à la primo-vaccination ont ainsi été réalisés.

3.1.1.2 Aller vers « attentionné »

Ces actions ont ciblé les publics en situation de précarité (bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'aide médicale de l'État (AME) en particulier), isolés et éloignés des soins (personnes âgées ou ayant des difficultés de mobilité, personnes sans médecin traitant ou en écart aux soins), qui avaient par ailleurs les taux de vaccination les plus faibles. En octobre 2021, une étude de Santé publique France (SPF) trouvait une couverture vaccinale chez les personnes en situation de précarité (personnes bénéficiant de la CSS, l'AME, personnes sous tutelle, réfugiés, demandeurs d'asile) inférieure de 15 points à celle de la population générale, cet écart était particulièrement marqué chez les jeunes (- 26,7 points chez les 18-24 ans et - 19,9 points chez les 25-29 ans).

Entre juin et décembre 2021, 4 000 actions d'« aller vers » « attentionné » ont été entreprises sur l'ensemble du territoire, dont 2 800 menées avec des partenaires associatifs. Les relations partenariales établies par les caisses d'assurance maladie (CPAM) avec le tissu associatif local ont joué un rôle important dans l'accompagnement à la vaccination des personnes fragiles : 400 actions ont ainsi été menées avec les Restos du Cœur, 130 avec La Croix rouge et 125 avec le Secours populaire. 300 000 personnes ont été accompagnées vers la vaccination grâce à ces actions.

Plus de 1 000 actions ont été menées hors les murs pour aider les assurés à prendre rendez-vous dans des permanences chez les partenaires, 800 actions ont permis de proposer la vaccination avec un dispositif mobile (déploiement d'équipes mobiles intervenant dans le cadre de dispositifs de vaccination à domicile, vaccibus, vaccidrive, etc.). Ces dispositifs mobiles ont permis de vacciner 130 000 personnes.

À l'échelle nationale, une campagne de SMS a été envoyée à près de 8 millions de bénéficiaires de la CSS, âgés de moins de 65 ans en juin 2021, les invitant à appeler le numéro « coupe-file » pour prendre un rendez-vous pour une vaccination.

Les CPAM ont également contribué directement à la vaccination. Un tiers des caisses ont assuré directement des vaccinations au sein de leurs centres d'examen de santé, centres de santé ou dans le cadre des opérations de vaccination hors les murs. Ainsi, 101 604 vaccinations ont eu lieu dans un centre d'examen de santé.

3.1.1.3 Aller vers « médicalisé »

Des campagnes de communication à destination des professionnels de santé ont également été menées au regard de leur rôle privilégié d'accompagnement et de prévention.

Dès juillet 2021, les médecins traitants pouvaient être destinataires de la liste de leur patientèle non vaccinée accessible depuis l'espace ameli pro. En mars 2022, 24 000 médecins avaient consulté cette liste.

Tout au long de l'année 2021, les professionnels de santé ont été informés des modalités de vaccination des personnes prioritaires, dont celles atteintes de comorbidités, puis des évolutions de la campagne de vaccination.

Des contacts directs ont par ailleurs été réalisés auprès des personnes porteuses de comorbidités, avec une priorisation vers les assurés sans médecin traitant : 2,6 millions de SMS ont été envoyés et 123 000 appels sortants ont été passés par le service médical de l'Assurance Maladie, 20 000 rendez-vous ont été pris.

3.1.1.4 Aller vers généralisé

À compter de septembre 2021, les actions d'« aller vers » se sont poursuivies pour les populations éligibles à la troisième dose. Dans le contexte de reprise épidémique à l'automne 2021 (variants Delta et Omicron), une attention particulière a été portée aux personnes immunodéprimées. Au total, 46 millions de contacts, à la fois par SMS, e-mails et courriers, ont été adressés. En juin et juillet 2022, une nouvelle séquence a été engagée pour valoriser le deuxième rappel auprès des plus de 65 ans.

Depuis la fin de l'année 2021, les actions d'« aller vers » se concentrent sur les publics prioritaires à risque et faiblement vaccinés, notamment les femmes enceintes. Depuis juin 2021, une communication est réalisée au fil de l'eau auprès des femmes enceintes adhérentes au compte ameli (à quatre et six mois de grossesse) et un courrier auprès de 21 000 femmes enceintes non adhérentes au compte a été envoyé fin février 2022. En complément, une communication a été réalisée auprès des professionnels de santé pour les sensibiliser aux enjeux de la vaccination de ces femmes. Une étude de groupement d'intérêt

scientifique (GIS) Epi-Phare publiée début 2022 a montré que le taux de femmes enceintes n'ayant reçu aucun vaccin était de 29,8 % début janvier 2022, soit un taux très nettement supérieur à celui des femmes de même âge qui n'étaient pas enceintes. En mars 2022, ce taux était de 25,4 %, soit une amélioration de 4,42 points.

3.1.1.5 Data vaccin Covid

Afin de contribuer à l'information sur l'avancement de la campagne de vaccination contre la Covid-19 et aider à ce que les publics les plus fragiles puissent accéder à cette vaccination, l'Assurance Maladie met librement à disposition un ensemble de données sur le déploiement de la vaccination contre la Covid-19 en France, dans une double logique de transparence et d'ouverture des données, d'une part, et d'aide à la décision par la visualisation des données, d'autre part. Mises à jour chaque mois, ces données présentent des chiffres clés sur le taux de vaccination par lieu de résidence, par tranche d'âge et par pathologie, ainsi que des informations sur le type de vaccin. Les indicateurs sont calculés à partir du système national des données de santé (SNDS) et croisés avec des données de référence de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Le site a enregistré sur le 2^e semestre 2021 plus de 50 000 visiteurs par mois. Les données des taux de vaccination ont fait l'objet de plus de 26 000 téléchargements en cumulé.

3.1.2

L'Assurance Maladie s'est également largement impliquée dans la stratégie « tester, alerter, protéger » (TAP) : une mobilisation immédiate, massive et continue pour le *contact tracing*

Mis en place à compter du mois de mai 2020 pour contribuer aux différentes mesures de lutte contre la première vague de Covid-19, le dispositif de *contact tracing* s'est structuré en trois niveaux faisant intervenir des acteurs distincts :

- un *tracing* de niveau 1 pouvant être assuré par les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, laboratoires) et permettant d'identifier des personnes contacts pour certains patients positifs à la Covid-19 (« patients zéro ») ;
- un *tracing* de niveau 2, représentant plus de 90 % de l'activité de *tracing*, assuré par l'Assurance Maladie et réalisé à partir de l'exploitation des résultats positifs issus de la base du système d'information et de dépistage (Sidep) et d'appels sortants visant à réaliser des enquêtes sanitaires approfondies permettant d'identifier l'ensemble des personnes susceptibles d'être contaminées ;

- un *tracing* de niveau 3 assuré par les agences régionales de santé (ARS) pour repérer et gérer les situations de contamination groupée (*clusters*) et les contaminations en collectivités sensibles (établissements de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Éducation nationale...).

La participation de l'Assurance Maladie et de son réseau à un tel dispositif de gestion de crise sanitaire constituait une mission complètement nouvelle et inconnue induisant une mobilisation d'une ampleur et d'une durée inédites.

Des plateformes de *contact tracing* (PFCT) ont été créées et mises en action en six semaines dans chaque territoire en mai 2020, et le réseau de l'Assurance Maladie s'est mobilisé pour se coordonner localement avec les professionnels de santé et les ARS et pour former des « traceurs » dont le nombre a varié au gré de l'intensité des différentes vagues épidémiques et fluctuant entre 2 000 et 10 000 équivalents temps plein (ETP) au plus fort de la deuxième vague. Depuis deux ans, près de 51 millions de contacts ont été établis par les PFCT : 28,5 millions de personnes testées positives (dites « P0 »), et 22,5 millions de personnes contacts identifiées par leur « P0 ».

Ainsi, 96 % des personnes testées positives ont pu être contactées par les traceurs et 92 % des personnes contacts identifiées par leur patient zéro ont également pu l'être. Depuis mai 2020, 95 % des P0 ont été contactés dans les 24 heures suivant leur diagnostic et 81 % des personnes contacts l'ont été dans les 24 heures suivant leur identification.

3.2 LES CONSÉQUENCES DIRECTES DE L'ÉPIDÉMIE ONT ÉTÉ LOURDES

3.2.1

Près de 200 000 patients hospitalisés pour Covid-19 en 2020, dont 42 000 en soins critiques

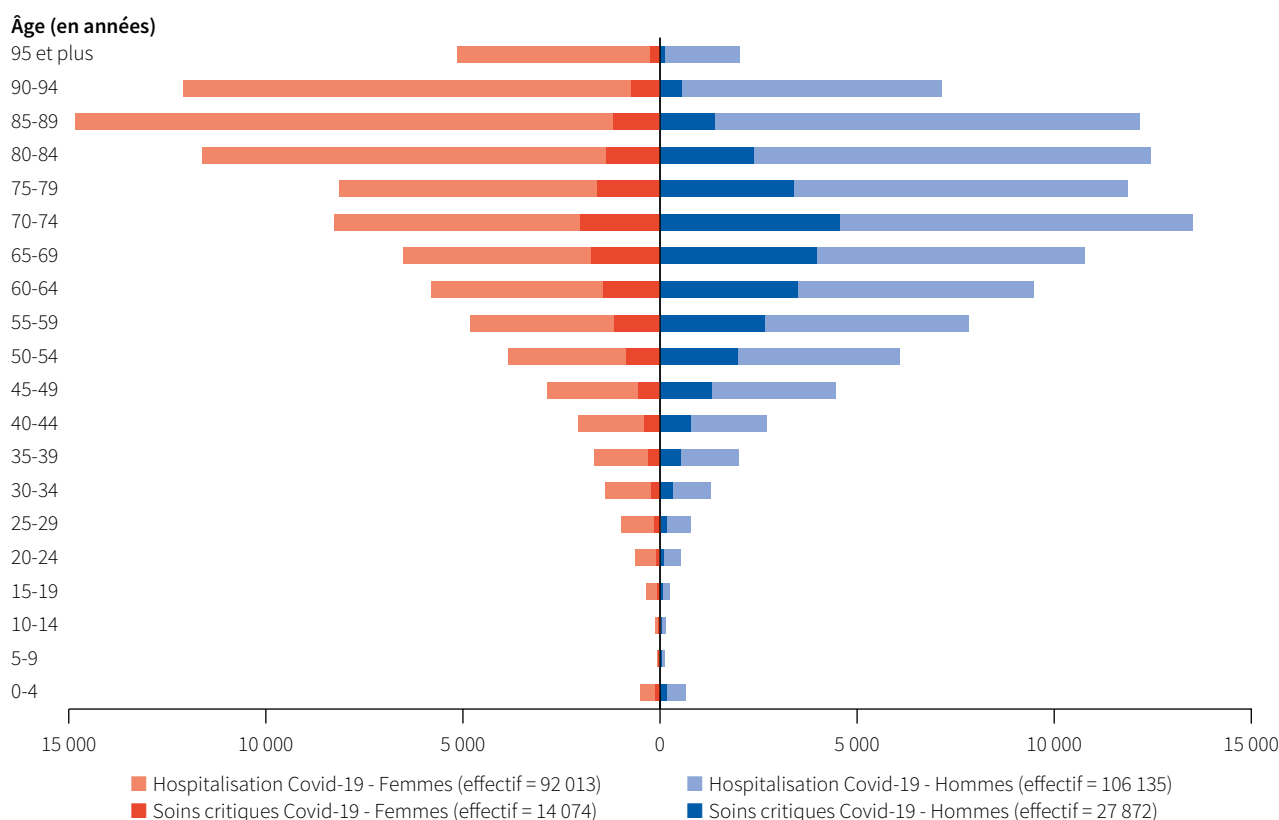
La cartographie médicalisée des dépenses de santé a évolué afin de tenir compte de l'arrivée de la Covid-19 en 2020. Une nouvelle catégorie de pathologie a ainsi été créée, correspondant aux personnes ayant été hospitalisées en médecine,

chirurgie, obstétrique (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2020 pour Covid-19. On dénombre dans cette catégorie 198 148 personnes. L'âge moyen des personnes hospitalisées pour Covid-19 était de 71,2 ans, un peu inférieur pour les hommes : 69,4 ans contre 73,4 ans pour les femmes.

Parmi elles, près de 42 000 personnes hospitalisées pour Covid-19 sont passées par un service de soins critiques, incluant les services de soins intensifs, de soins continus et de réanimation. Ces personnes étaient en moyenne plus jeunes que l'ensemble des hospitalisés avec un âge moyen de 66,2 ans (67,2 ans pour les femmes contre 65,7 ans pour les hommes) (Figure 57).

FIGURE 57

Effectif par âge et sexe des personnes hospitalisées pour Covid-19 avec ou sans passage en soins critiques en 2020



Champ : France entière

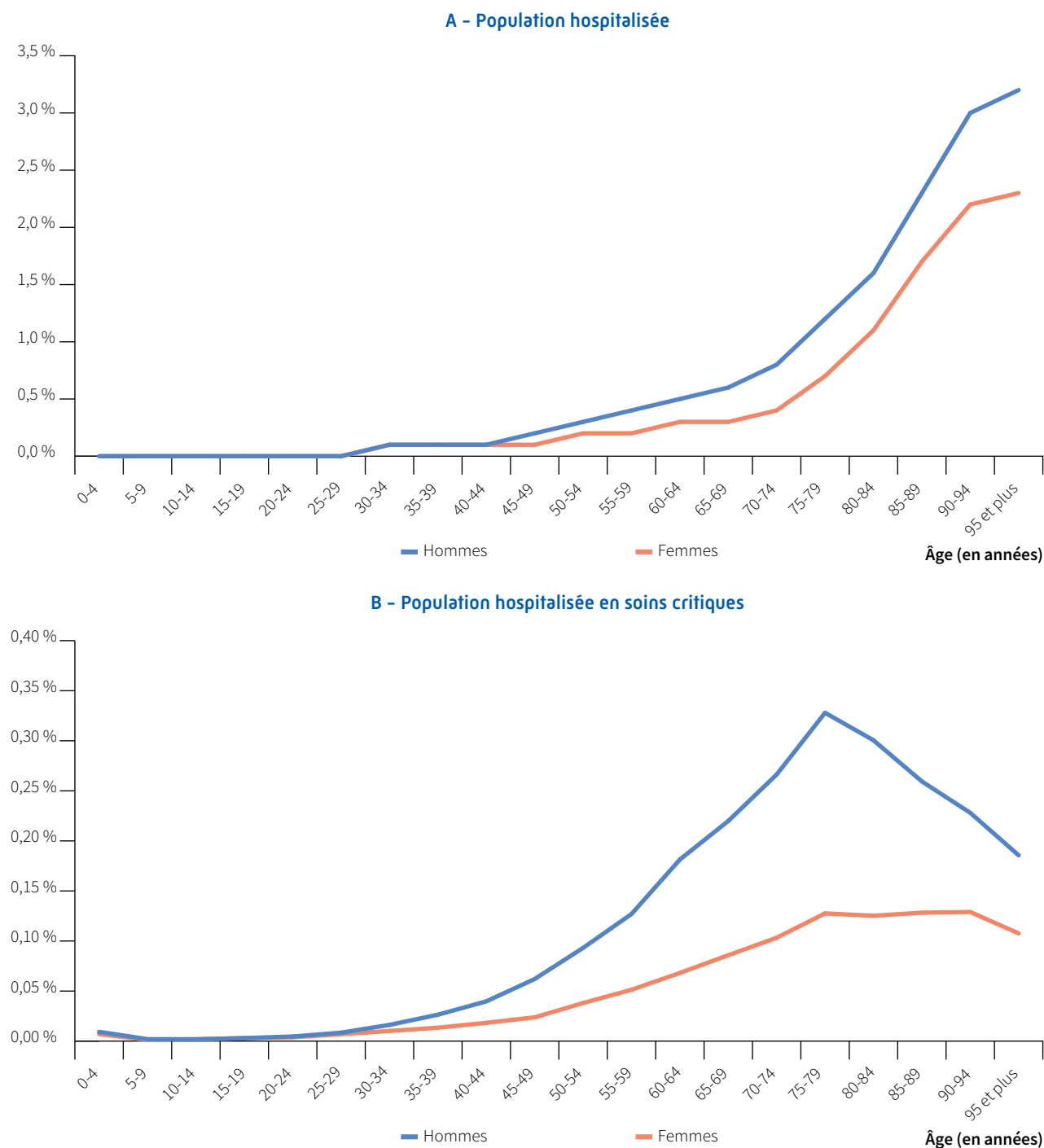
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

Au total, 53,6 % des personnes hospitalisées pour Covid-19 et 66,4 % des personnes hospitalisées en soins critiques étaient des hommes.

L'incidence de l'hospitalisation pour Covid-19 était croissante avec l'âge et toujours supérieure chez les hommes, qu'il s'agisse d'un séjour avec ou sans réanimation (Figure 58).

FIGURE 58

Pourcentage de la population hospitalisée pour Covid-19 (A) et en soins critiques (B), par âge et sexe

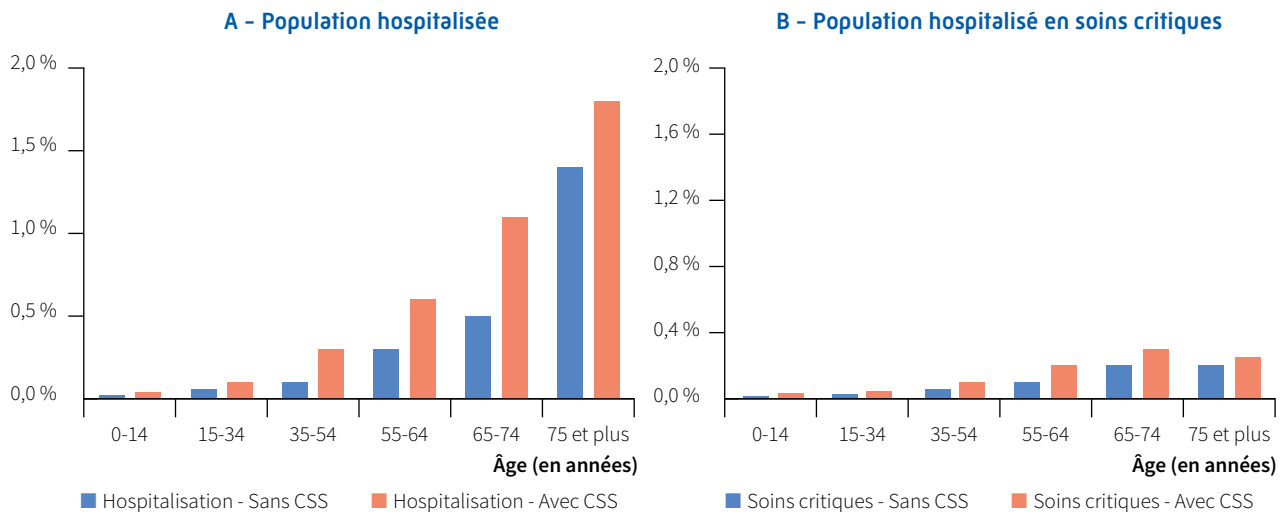


Pour toutes les tranches d'âges, les personnes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (CSS) avaient des taux d'hospitalisation pour Covid-19, avec ou sans passage en soins critiques,

supérieurs à la population générale (Figure 59), illustrant l'importance de la précarité comme facteur de vulnérabilité aux formes graves de la Covid-19.

FIGURE 59

Pourcentage de la population hospitalisée pour Covid-19 (A) et en soins critiques (B) selon que le patient bénéficie ou non de la Complémentaire santé solidaire (CSS)



Champ : France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juin 2022)

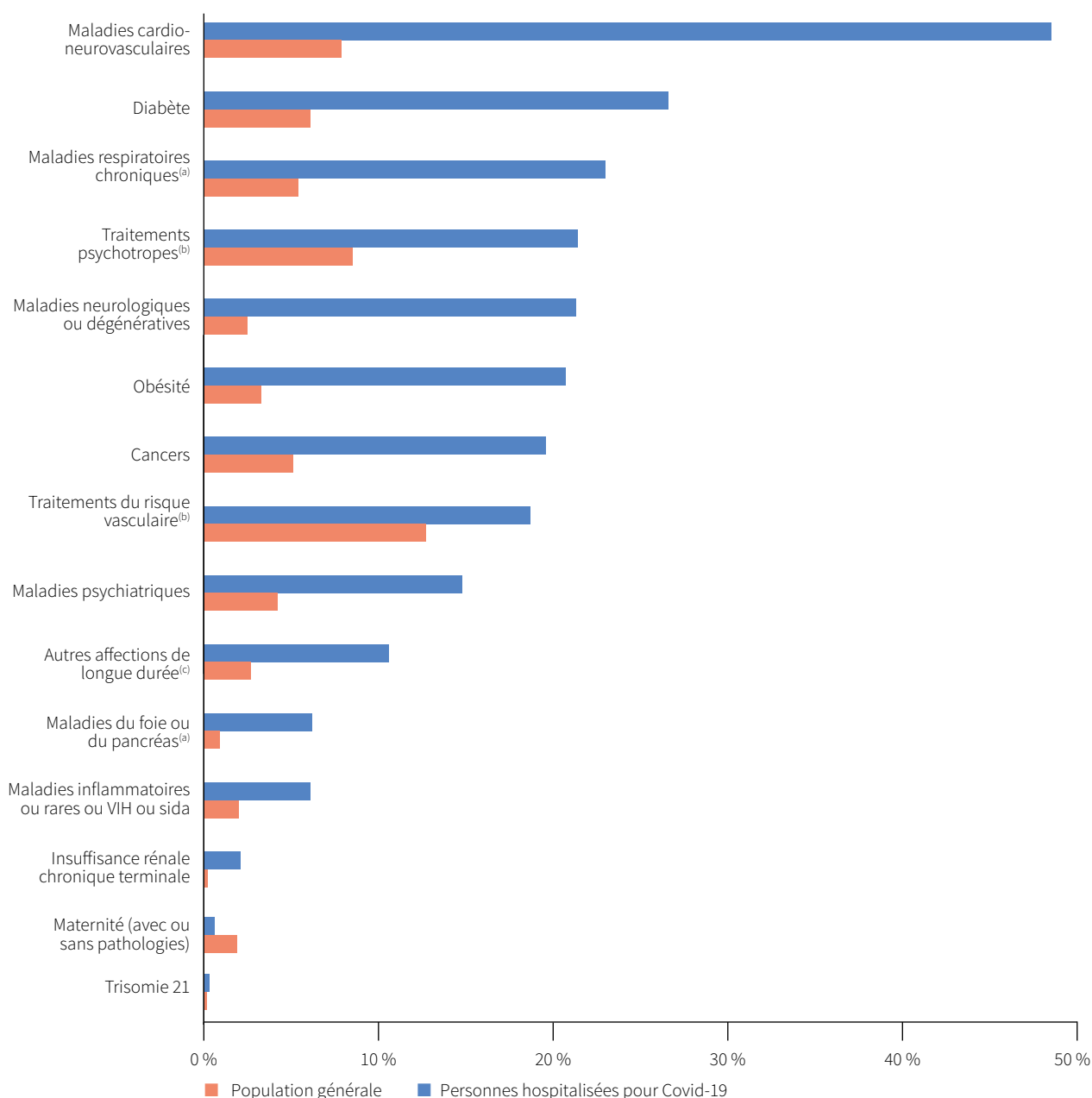
Une très grande part de patients hospitalisés présentait également une autre pathologie, un traitement chronique ou un épisode de soins repérés par la cartographie : 88,6 % des personnes hospitalisées pour Covid-19 et 88,3 % pour les personnes hospitalisées en soins critiques.

Les pathologies les plus fréquemment retrouvées étaient les maladies cardio-neurovasculaires (48,5 % des cas contre 7,9 % de la population dans la population générale), le diabète (26,6 %

contre 6,1 %), et les maladies respiratoires chroniques (23,0 % contre 5,4 %). Ces pourcentages sont proches pour les personnes hospitalisées en soins critiques pour Covid-19 (47,5 % pour les maladies cardio-neurovasculaires, 31,2 % pour le diabète et 27,3 % pour les maladies respiratoires chroniques – hors mucoviscidose) (Figure 60).

FIGURE 60

Comorbidités des personnes hospitalisées pour Covid-19 estimées à partir des algorithmes de la cartographie des pathologies et des patients et comparaison avec la population générale



(a) Hors mucoviscidose – (b) Hors pathologies – (c) Dont 31 et 32

Champ : France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juin 2022)

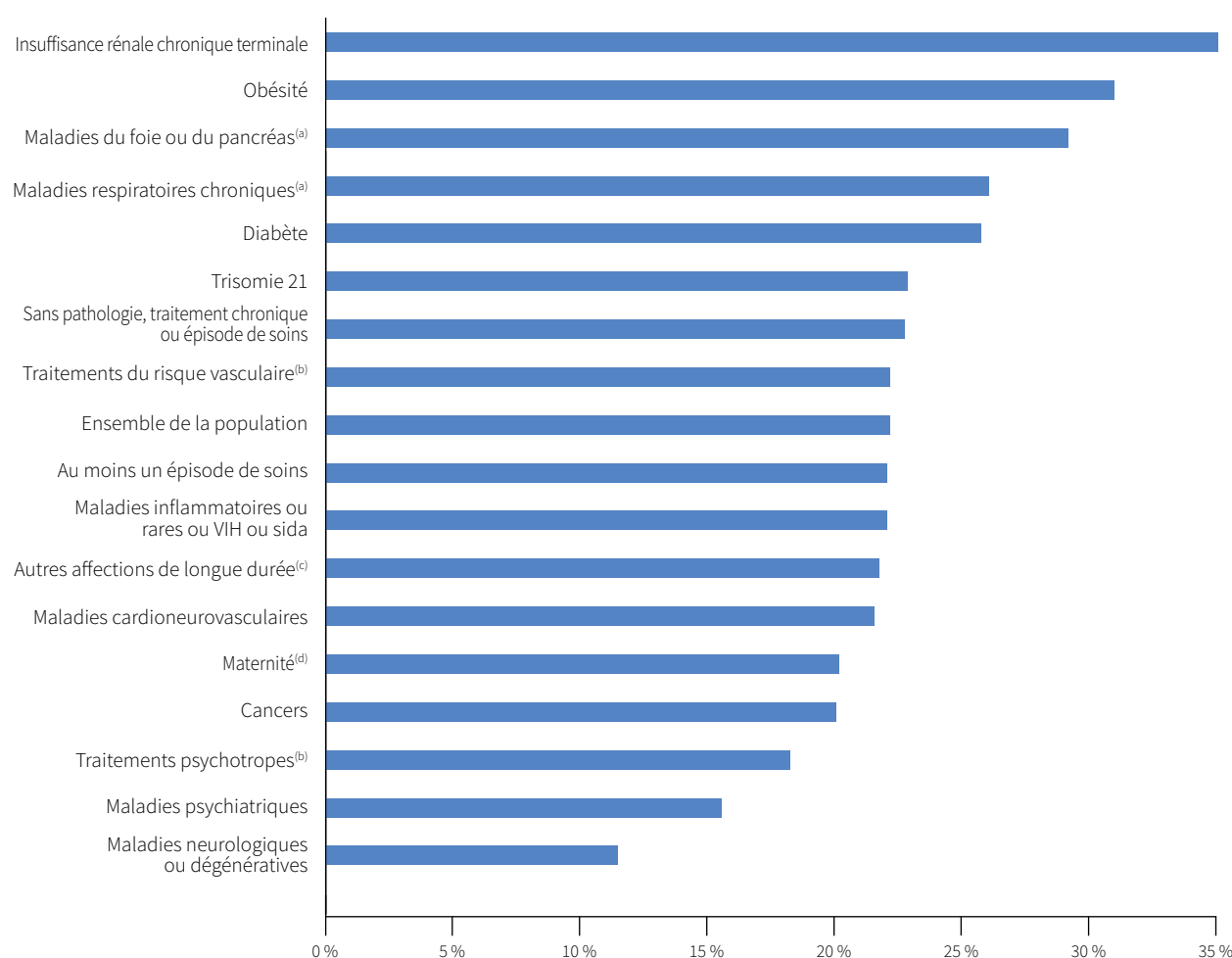
Suivant les pathologies, le taux de passage en soins critiques parmi les personnes hospitalisées pour Covid-19 était variable. Ainsi, 34,1 % des personnes hospitalisées pour Covid et présentant une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont passées en soins critiques, 30,0 % pour les personnes ayant une prise en charge pour obésité⁵⁶, 28,2 % pour les personnes ayant une maladie du foie ou du pancréas, 25,1 % pour les personnes ayant une maladie respiratoire chronique – hors mucoviscidose et 24,8 % pour celles présentant un diabète **(Figure 61)**.

On observe une importante variation géographique, avec des taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge et le sexe plus faibles dans l'Ouest du pays que dans l'Est, que l'on considère les séjours avec passage en soins critiques ou l'ensemble des séjours.

L'Île-de-France, et en particulier le département de la Seine-Saint-Denis, s'est démarquée avec une prévalence standardisée des personnes prises en charge pour Covid-19 en soins critiques particulièrement élevée : 1,30/00 pour la région et 2,50/00 pour le département.

FIGURE 61

Taux de passage en soins critiques pour les personnes hospitalisées pour Covid-19 par catégorie de pathologies ou épisode de soins parmi les personnes hospitalisées pour Covid-19



(a) Hors mucoviscidose – (b) Hors pathologies – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies

Champ : France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juin 2022)

⁵⁶ Il s'agit des personnes ayant une prise en charge en affection de longue durée (ALD) avec un code CIM-10 d'obésité dans l'année, ou une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) avec un code CIM-10 d'obésité dans les 5 ans, ou celles ayant eu un acte de chirurgie bariatrique dans les 5 ans ; les codes CIM-10 renvoient à la classification internationale des maladies (CIM) publiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce repérage sous-estime la prévalence de l'obésité au sein de la population française.

3.2.2

La prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 a donné lieu à des dépenses d'assurance maladie de 1,6 milliard d'euros en 2020, soit plus de 7 800 euros par patient

La dépense pour la prise en charge des 198 000 patients hospitalisés pour Covid-19 en 2020 s'élève à 1,6 milliard d'euros, comprenant le coût des hospitalisations, mais également les dépenses de soins de ville et de prestations en espèces des personnes hospitalisées pour Covid-19. Il s'agit d'une dépense à peu près équivalente à la prise en charge des patients atteints de cancers actifs de la prostate (1,6 milliard d'euros pour 212 000 patients) ou d'insuffisance cardiaque chronique (1,6 milliard pour 670 000 patients) et légèrement supérieure à la prise en charge des maladies du foie ou du pancréas (1,4 milliard pour 596 000 patients).

Les dépenses d'hospitalisation représentaient plus de 90 % des dépenses, soit la part la plus élevée de l'ensemble des catégories de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins recensés par la cartographie. Les soins de ville et les prestations en espèces comptaient respectivement pour 6,5 % et 2,8 % des dépenses.

Le montant moyen de la dépense par patient hospitalisé pour Covid-19 est de 7 874 euros, comparable aux personnes atteintes du VIH ou sida (7 605 euros) ou du cancer actif de la prostate (7 527 euros), dont 7 143 euros de dépense moyenne hospitalière (du même ordre de grandeur que la dépense moyenne hospitalière des personnes ayant un cancer actif – 7 227 euros). Ce coût moyen très élevé peut s'expliquer par des durées d'hospitalisation plus longues pour les patients hospitalisés pour Covid-19, notamment en soins critiques.

La dépense moyenne de soins de ville pour ces patients est de 513 euros, légèrement inférieure à celle des personnes en hospitalisation ponctuelle (576 euros).

La dépense moyenne de prestations en espèces des patients hospitalisés pour prise en charge de la Covid-19 est de 218 euros, comparable à la dépense moyenne sur ce poste pour les personnes atteintes de cancers sous surveillance (217 euros).

À partir des dépenses estimées dans la cartographie, on peut considérer que les dépenses pour les personnes hospitalisées

pour Covid-19 représentaient 0,9 % des dépenses globales en 2020, 2,0 % des dépenses hospitalières et 3,6 % des dépenses pour hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) dans les établissements publics.

La Covid-19 a causé des séjours en réanimation particulièrement longs et une consommation de soins élevée dans les douze mois suivant la sortie de réanimation, principalement en lien avec la réadaptation des patients

Parmi les patients adultes hospitalisés pour Covid-19 en 2020, 13 % ont été hospitalisés en réanimation, avec une mortalité de 27 %. Une analyse a été menée pour étudier le recours aux soins des patients survivant à la réanimation dans l'année suivant leur passage en réanimation. Cette analyse a porté sur 17 690 patients⁵⁷. Leur recours aux soins a été comparé à celui des patients hospitalisés pour grippe entre 2016 et 2018 et survivant à la réanimation⁵⁸. Parmi les patients hospitalisés pour grippe sur ces trois années, 7 % ont été hospitalisés en réanimation et la mortalité en réanimation était globalement de 18 % : 2 842 patients⁵⁹ survivant à la réanimation ont été analysés⁶⁰.

Les patients survivant à la réanimation pour Covid avaient un âge médian de 64 ans et 17 % d'entre eux étaient âgés de 75 ans et plus (Tableau 26). En comparaison, les patients survivant à la réanimation pour grippe avaient un âge médian de 66 ans et 27 % d'entre eux étaient âgés de 75 ans et plus. Les patients Covid étaient plus souvent des hommes (70 % contre 57 %) et présentaient moins de comorbidités⁶¹, à l'exclusion du diabète (28,3 % contre 26,6 %). Ils souffraient moins fréquemment d'insuffisance cardiaque (3,9 % contre 13,4 %), de maladies respiratoires chroniques (13,5 % contre 38,3 %) ou encore de cancers actifs (5,1 % contre 9,5 %).

Les patients Covid survivant à la réanimation étaient restés en moyenne 14,7 jours en réanimation (en incluant les éventuels transferts de réanimation à réanimation à l'issue du séjour index) alors que cette durée était de 10,8 jours pour la grippe (médiane de 9 jours pour les séjours Covid et de 6 jours pour la grippe). Le recours à la ventilation mécanique invasive et non invasive dans ces deux populations était comparable tandis que les autres actes de réanimation étaient plus fréquents dans la population grippe.

57 Patients âgés de 18 ans et plus, hospitalisés dans un établissement MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) en 2020 pour Covid-19 (codes CIM-10 U071, U0710, U0711, U0712, U714, U0715 en diagnostic principal du séjour), admis dans un service de réanimation, sortis vivants de réanimation et pour lesquels on retrouve une consommation de soins dans l'année précédant l'hospitalisation.

58 Devant la grande variété de situations cliniques prises en charge dans un service de réanimation de manière habituelle, la grippe est le comparateur le plus fréquemment retenu, notamment par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), pour étudier la prise en charge des patients Covid-19 de réanimation. En dépit de différences évidentes, il s'agit du « moins mauvais » comparateur existant.

59 Patients âgés de 18 ans et plus, hospitalisés dans un établissement MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) au cours des années 2016, 2017 et 2018 pour grippe (codes CIM-10 J09, J10 et J11 en diagnostic principal du séjour), admis dans un service de réanimation, sortis vivants de réanimation et pour lesquels on retrouve une consommation de soins dans l'année précédant.

60 Pour alléger la rédaction, les termes de « patients Covid » ou « population Covid » et « patients grippe » ou « population grippe » sont employés dans la suite du texte pour désigner ces deux populations d'étude.

61 La description des comorbidités des patients s'appuie sur les algorithmes de la cartographie des pathologies (version de juillet 2021) et a été évaluée sur l'année précédant l'hospitalisation pour Covid-19 ou grippe.

TABLEAU 26

**Caractéristiques des patients sortis vivants de réanimation pour Covid-19 (en 2020)
et pour grippe (de 2016 à 2018)**

	Covid-19 Effectif : 17 690		Grippe Effectif : 2 842	
	Effectif	%	Effectif	%
Âge (années)				
18-34	483	2,7	130	4,6
35-44	1 042	5,9	169	5,9
45-54	2 685	15,2	335	11,8
55-64	4 718	26,7	702	24,7
65-69	2 913	16,5	413	14,5
70-74	2 857	16,2	332	11,7
75-79	1 809	10,2	309	10,9
80-84	810	4,6	276	9,7
85-89	308	1,7	147	5,2
90 et plus	65	0,4	29	1,0
Médiane (Q1-Q3)	64 (55-72)		66 (56-75)	
Sexe				
Homme	12 344	69,8	1 614	56,8
Femme	5 346	30,2	1 228	43,2
Comorbidité ^(a)				
Insuffisance cardiaque	693	3,9	382	13,4
Accident vasculaire cérébral	576	3,3	175	6,2
Diabète	4 999	28,3	756	26,6
Cancer actif	910	5,1	271	9,5
Maladies respiratoires chroniques	2 385	13,5	1 088	38,3
Insuffisance rénale chronique terminale	388	2,2	104	3,7
Maladies du foie	387	2,2	137	4,8
Maladies psychiatriques	1 156	6,5	457	16,1
Démences	129	0,7	77	2,7
Durée en réanimation (jours) ^(b)				
Médiane (Q1-Q3)	9 (4-19)		6 (3-14)	
Acte CCAM de réanimation				
Ventilation mécanique non invasive (GLLD004, GLLD007, GLLD008, GLLD009, GLLD015)	11 535	65,2	1 844	64,9
Ventilation mécanique invasive (GLLD003, GLLD012, GLLD019)	8 147	46,1	1 314	46,2
Catécholamine (EQLF003)	5 928	33,5	1 102	38,8
Remplissage vasculaire (EQLF002)	1 693	9,6	447	15,7
Épuration extra-rénale pour insuffisance rénale aiguë (JVJF005, JVJF002, JVJF003, JEFJ001, JVJB002)	851	4,8	206	7,2
Indice de gravité simplifié (IGS 2) ^(c)				
Médiane (Q1-Q3)	33 (26-42)		38 (30-50)	

(a) Source : Cnam (cartographie des pathologies - version de juillet 2021), données évaluées sur l'année précédant l'hospitalisation

(b) Après la prise en compte d'éventuels transferts de réanimation à réanimation en aval du séjour index

(c) Score prédictif de mortalité hospitalière, permettant d'évaluer la sévérité d'un patient en unité de soins intensifs ou réanimation, variant de 0 à 163 et prenant en compte 15 variables dont l'âge, certaines maladies chroniques, des paramètres cliniques et biologiques à l'admission

Note de lecture : Q1 : 1^{er} quartile, Q3 : 3^e quartile

Champ : tous régimes - France entière

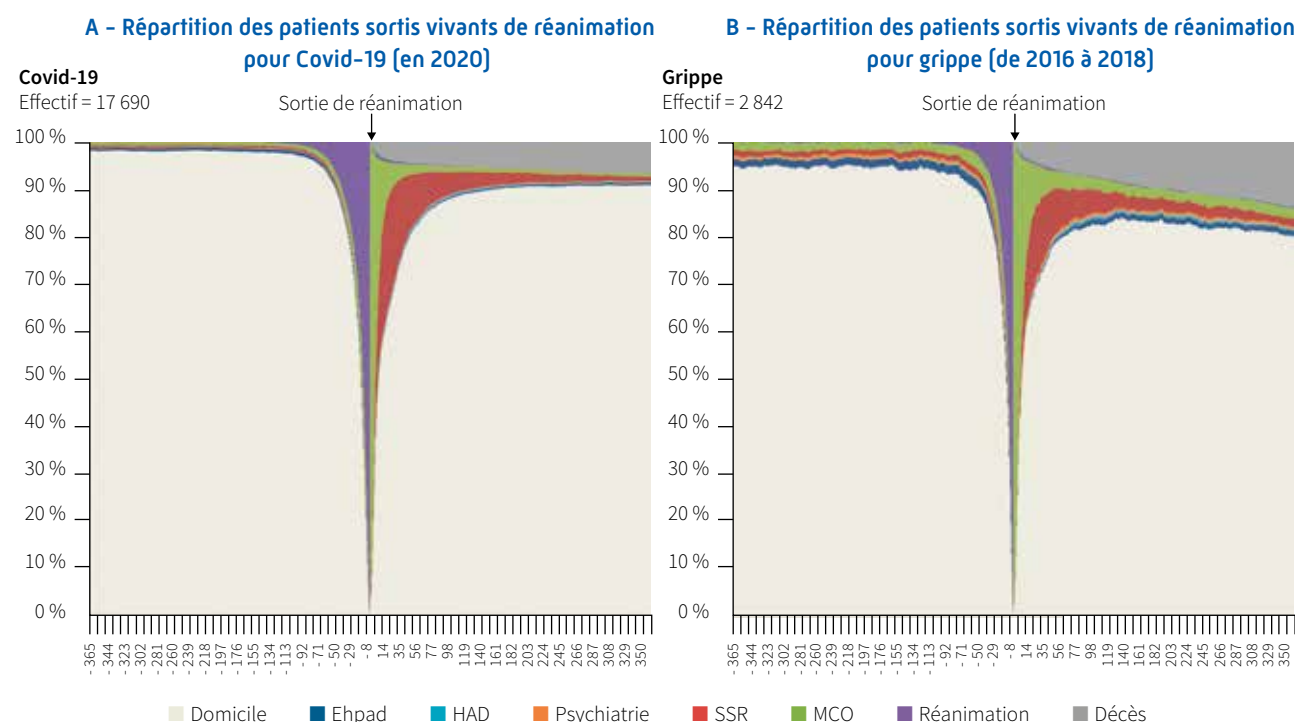
Source : Cnam (SNDS)

Dans l'année suivant la sortie de réanimation, la mortalité était de 6,6 % pour les patients survivant à la réanimation pour Covid alors qu'elle était de 13,6 % pour la population grippes (Figure 62). Les décès survenaient de manière plus précoce après la sortie de réanimation pour les patients Covid alors qu'ils

étaient plus progressifs au cours de l'année pour les patients grippes : la moitié de ces décès avait lieu dans les 20 jours suivant la sortie de réanimation pour les patients Covid ; dans les 90 jours pour la grippe. À un an, 91 % des patients Covid et 80 % des patients grippes étaient à domicile.

FIGURE 62

Répartition des patients selon leur lieu de séjour, pour chaque jour de l'année précédant et suivant la sortie de réanimation, chez les patients sortis vivants de réanimation pour Covid-19 (en 2020) [A] et pour grippe (de 2016 à 2018) [B]



Note de lecture : 91 % des patients sortis vivants de réanimation pour Covid-19 étaient à domicile un an après leur sortie de réanimation, 6,6 % étaient décédés, 1 % étaient hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR), 0,7 % en médecine, chirurgie obstétrique (MCO) hors réanimation, 0,4 % étaient en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et moins de 1 % en hospitalisation à domicile (HAD), psychiatrie ou réanimation.

Remarque : les patients déjà en Ehpad avant l'hospitalisation index sont considérés à domicile dans l'année suivant la réanimation.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

TABLEAU 27

Recours aux hospitalisations dans l'année précédant et suivant la sortie de réanimation, chez les patients sortis vivants de réanimation pour Covid-19 (en 2020) et pour grippe (de 2016 à 2018)

	Covid-19 Effectif = 17 690		Grippe Effectif = 2 842	
	Avant	Après	Avant	Après
Hospitalisation en MCO (hors séjour index^(a))				
Part de patients avec au moins un séjour (%)	20,2	27,8	37,8	49,2
Nombre de séjours : médiane (Q1-Q3) ^(b)	1 (1-2)	1 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-3)
Durée cumulée de séjour (en jours) : médiane (Q1-Q3) ^(b)	5 (2-13)	6 (2-14)	11 (4-23)	10 (4-23)
Réanimation (hors séjour index^(a))				
Part de patients avec au moins un séjour (%)	2,2	4,2	7,0	9,4
Nombre de séjours : médiane (Q1-Q3) ^(b)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)
Durée cumulée de séjour (en jours) : médiane (Q1-Q3) ^(b)	5 (3-10)	6 (3-13)	5 (2-8)	5 (2-10)
Soins de suite et de réadaptation (SSR)				
Part de patients avec au moins un séjour (%)	3,7	37,2	8,6	29,9
Nombre de séjours : médiane (Q1-Q3) ^(b)	1 (1-2)	1 (1-1)	1 (1-2)	1 (1-2)
Durée cumulée de séjour (en jours) : médiane (Q1-Q3) ^(b)	28 (17-56)	30 (18-56)	34 (20-64)	35 (21-63)
Psychiatrie				
Part de patients avec au moins un séjour (%)	0,8	0,9	2,7	2,7
Nombre de séjours : médiane (Q1-Q3) ^(b)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-3)
Durée cumulée de séjour, jours : médiane (Q1-Q3) ^(b)	30 (14-89)	30 (13-82)	41 (14-123)	40 (20-92)
Hospitalisation à domicile (HAD)				
Part de patients avec au moins un séjour (%)	0,5	2,9	1,0	3,2
Nombre de séjours : médiane (Q1-Q3) ^(b)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-4)	1 (1-2)
Durée cumulée de séjour (en jours) : médiane (Q1-Q3) ^(b)	20 (5-38)	29 (14-58)	22 (11-73)	32 (11-65)
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)				
Part de patients avec au moins un séjour (%) ^(c)	0,8	0,7	2,3	2,0

(a) Le séjour index désigne le séjour avec réanimation pour Covid-19 ou grippe sur lequel la population a été sélectionnée. Les hospitalisations en MCO incluent les passages en réanimation

(b) Parmi les patients avec au moins un séjour ; Q1 : 1^{er} quartile, Q3 : 3^e quartile

(c) Seuls les patients entrant en Ehpad sont pris en compte dans l'année suivant la réanimation. Les patients déjà en Ehpad avant l'hospitalisation index sont considérés à domicile dans l'année suivant la réanimation

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

Dans l'année précédant la sortie de réanimation, comme attendu au vu des profils d'âge et de comorbidité, la population Covid était moins souvent hospitalisée que la population grippe, quel que soit le type d'hospitalisation [Tableau 27 et Figure 62]. À la suite du passage en réanimation, la part de patients hospitalisés augmentait dans les deux populations comparativement à l'année précédant ce passage, et ce de manière plus importante dans la population Covid. Les parts de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année suivant la réanimation restaient toutefois plus faibles chez les patients Covid, à l'exception des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces dernières concernaient 37 % des patients Covid et 30 % des patients grippe, des proportions respectivement dix fois et trois fois et demie supérieures à celles observées l'année précédente. Les durées cumulées sur l'année des séjours en SSR étaient cependant moins longues pour les patients Covid (durée médiane de 30 jours contre 35 jours pour la grippe dans l'année suivant la réanimation). Par ailleurs, 28 % des patients Covid

étaient réhospitalisés en établissement MCO au moins une fois dans l'année suivant la réanimation (tous motifs confondus) et 4,2 % en réanimation. Ces proportions étaient respectivement de 49 % et 9,4 % dans la population grippe, mais représentaient des augmentations moins importantes par rapport à la situation antérieure.

L'analyse s'est ensuite concentrée sur les patients toujours vivants un an après la sortie de réanimation et à domicile à un an (non hospitalisés), en excluant les patients en Ehpad (car certains soins sont inclus dans les forfaits des Ehpad et donc non attribuables individuellement aux patients) afin d'étudier le recours aux soins de ville dans l'année suivant la sortie de réanimation. Cette analyse a donc porté sur 15 961 patients Covid et 2 235 patients grippe.

Plus de 95 % des patients avaient recours au moins une fois au médecin généraliste, aussi bien dans l'année précédant que suivant la sortie de réanimation, et aussi bien pour les patients

Covid que pour les patients grippe (**Tableau 28**). Toutefois, le nombre de contacts annuels était un peu supérieur après qu'avant, et dans la population grippe par rapport à la population Covid. La part de patients Covid ayant recours au moins une fois dans l'année au masseur-kinésithérapeute augmentait de 22,5 % à 51,5 % dans l'année suivant la réanimation, avec une augmentation du nombre annuel de contacts. On observait également une augmentation de la part de patients Covid ayant recours au moins une fois aux médecins spécialistes étudiés, entre l'année précédant et celle suivant la sortie de réanimation : de 29 % à 47 % pour les cardiologues, de 11 % à 48 % pour les pneumologues, de 5 % à 11 % pour les neurologues et de 3,6 %

à 5 % pour les psychiatres. La part de patients ayant recours à ces professionnels de santé augmentait également dans la population grippe, mais dans des proportions moindres.

Ainsi, les patients survivant à la réanimation pour Covid, plus jeunes et avec des comorbidités moins fréquentes que les patients survivant à la réanimation pour grippe, ont une mortalité deux fois moins élevée dans l'année suivant la réanimation, mais une augmentation plus marquée de leur consommation de soins. Cette augmentation du recours aux soins s'observe aussi bien du côté des hospitalisations, en particulier pour les hospitalisations en SSR, que des soins de ville.

TABLEAU 28

Recours aux soins de ville dans l'année précédant et suivant la sortie de réanimation, chez les patients sortis vivants de réanimation pour Covid-19 (en 2020) et pour grippe (de 2016 à 2018)

	Covid-19 Effectif = 15 961		Grippe Effectif = 2 235	
	Avant	Après	Avant	Après
Médecin généraliste				
Part de patients avec au moins un contact (%)	94,9	95,7	97,6	96,7
Nombre de contacts (dates distinctes) ^(a) :				
Médiane (Q1-Q3)	6 (4-9)	7 (5-11)	7 (4-12)	8 (5-13)
Moyenne (écart type)	7,2 (5,5)	8,7 (6,3)	8,9 (6,8)	10,1 (7,5)
Masseur-kinésithérapeute				
Part de patients avec au moins un contact (%)	22,5	51,5	26,1	46,9
Nombre de contacts (dates distinctes) ^(a) :				
Médiane (Q1-Q3)	16 (8-32)	29 (15-54)	21 (10-52)	25 (12-54)
Moyenne (écart type)	24,8 (26)	39 (33,6)	38,5 (44)	38,6 (38,2)
Cardiologue				
Part de patients avec au moins un contact (%)	29,2	46,6	32,0	43,4
Pneumologue				
Part de patients avec au moins un contact (%)	11,7	47,8	21,6	48,0
Neurologue				
Part de patients avec au moins un contact (%)	4,8	11,1	5,5	8,4
Psychiatre				
Part de patients avec au moins un contact (%)	3,6	5,1	5,6	6,6

(a) Parmi les patients avec au moins un séjour ; Q1 : 1^{er} quartile, Q3 : 3^e quartile

Remarque : le recours aux médecins spécialistes inclut les actes et consultations externes à l'hôpital.

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS)

3.2.4

L'apparition des symptômes persistants de Covid-19 et l'accompagnement des assurés souffrant de ces troubles

Dans le courant de l'année 2020, le nombre de cas de symptômes persistants de Covid-19, parfois appelé « Covid long », n'a cessé d'augmenter, posant des problèmes de diagnostic et de prise en charge qui ont conduit l'Assurance Maladie à se mobiliser, en particulier auprès des assurés affectés par ces troubles. L'identification de ces cas dans le système national des données de santé (SNDS) n'est pas directement possible, rendant difficile la réalisation d'études à grande échelle sur le sujet. Les actions et les messages de l'Assurance Maladie ont été adaptés au fil de l'évolution des connaissances sur cette affection émergente.

Les échanges réguliers avec les représentants d'assurés souffrant de symptômes persistants de Covid-19 (Covid long) ont mis en évidence un besoin majeur d'information.

Afin de répondre à ce besoin, l'Assurance Maladie a travaillé à des pages d'information sur le site ameli.fr. Une page à destination des assurés a été créée et continue d'être enrichie régulièrement. Elle comporte les informations importantes sur la maladie, la prise en charge, les éléments médico-administratifs (affection de longue durée (ALD), maladie professionnelle) et les offres de service de l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie a aussi travaillé en partenariat avec l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France à la réalisation de vidéos pour informer les professionnels de santé et les patients sur le parcours de soins.

Par ailleurs, afin de lutter contre l'errance médicale, l'Assurance Maladie a financé un outil d'aide à l'orientation des patients, réalisé par l'association TousPartenairesCovid. Cet outil a pour objectif de faciliter le travail du médecin traitant en recueillant les données médicales du patient ou de la patiente de manière structurée. La synthèse des réponses, fournie à la fin du questionnaire, est accompagnée des coordonnées des cellules d'appui et de coordination post-Covid du territoire auxquelles le médecin pourra faire appel au besoin. Ces cellules peuvent être constituées de différents spécialistes et viennent en appui du médecin

traitant afin de l'aider à organiser une prise en charge globale : coordination des évaluations et examens complémentaires, planification et organisation des interventions et rééducations. Elles sont joignables par les professionnels, les patients et les aidants. Dans la plupart des départements, les cellules sont portées par les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) financés par l'ARS.

Une enquête réalisée par BVA auprès de médecins généralistes, réalisée à la demande de l'Assurance Maladie, a mis en évidence plusieurs éléments d'importance :

- chaque médecin généraliste a peu de patients concernés dans sa patientèle ;
- la réponse rapide de la Haute Autorité de santé (HAS) ainsi que les cellules de coordination post-Covid sont encore largement méconnues par les médecins généralistes ;
- les médecins expriment un fort besoin d'information.

À la suite de ce constat, des pages d'information ont été créées sur le site ameli.fr. Ces informations ont été relayées par la newsletter « Médecins ».

Les informations fournies concernent :

- la définition de « Covid long » ;
- la réponse rapide de la HAS ;
- les services d'accompagnement de l'Assurance Maladie ;
- et les informations administratives de prise en charge : ALD, maladie professionnelle.

L'information a été complétée de liens vers les sites des ARS afin de trouver les coordonnées des cellules de coordination post-Covid. De plus, des informations sont données sur l'outil d'orientation des patients souffrant de Covid long.

Par ailleurs, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), dans le cadre de sa convention avec le Collège de la médecine générale (CMG), finance la création d'une fiche de synthèse de la réponse rapide de la HAS à destination des médecins généralistes.

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, qui jouent un rôle majeur dans la prise en charge des patients souffrant de Covid long, un travail a été entrepris avec leur collège pour réaliser des vidéos de formation et de mise à jour sur la prise en charge des patients souffrant de Covid long.

3.3. UN IMPACT DURABLE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET LE PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS

Au-delà de ses conséquences directes, l'épidémie de Covid-19 a eu un impact certain sur le système de santé et le parcours de soins des patients. Si l'on peut constater un retour global à la « normalité », l'impact de la crise reste néanmoins durable dans certains segments d'activité.

Les modes de prise en charge ont évolué et se sont adaptés à la crise, avec en particulier un développement plus accéléré de la chirurgie ambulatoire, qui mobilise moins de personnel et permet un retour à domicile le jour même, limitant ainsi les risques de contamination hospitalière.

3.3.1

Le recours aux professionnels de santé de ville est revenu en 2021 à des niveaux proches ou supérieurs à 2019, témoignant d'un accès aux soins en grande partie restauré

L'année 2020 a vu un recul global de l'activité de soins de ville particulièrement marqué lors du premier confinement. Les fréquences hebdomadaires et annuelles de recours à la grande majorité des professions de santé, en particulier les dentistes et masseurs-kinésithérapeutes, et leur volume d'activité, ont connu des baisses historiques entre mars et mai 2020, avant de retrouver des niveaux proches des périodes antérieures le reste de l'année, aboutissant à un recul de l'activité, réel mais bien moins important que ce que le premier confinement pouvait laisser craindre⁶².

En 2021, les niveaux d'activité des professionnels de santé de ville sont revenus à des niveaux proches de 2019, confirmant un retour vers une situation plus normalisée qu'en 2020. Sur la globalité de l'année 2021 et comparativement à 2019 [Tableau 29], on observait ainsi un recours très proche, voire identique à celui de l'année 2019, aux médecins généralistes, dentistes et masseurs-kinésithérapeutes. Deux professions avaient un taux de recours très supérieur à l'année 2019 : les infirmiers (taux de recours en augmentation de 68 %) et les sages-femmes (+ 39 %) du fait de leur implication dans les stratégies de dépistage et les campagnes de vaccination (ce qui explique la baisse du nombre moyen de recours par patient consommant pour ces deux professions entre 2019 et 2021). On observait un recours encore en retrait par rapport à 2019, mais en progression par rapport à 2020, aux gynécologues, dermatologues, oto-rhino-laryngologistes (ORL) et rhumatologues.

On observe cependant des différences parfois importantes de taux de recours en fonction de l'âge ou de la défavorisation [Tableau 30]. Ainsi, les jeunes adultes semblent avoir un taux de recours aux médecins généralistes qui reste en retrait, à la différence des personnes plus âgées. À l'inverse, leur taux de recours aux soins infirmiers est très élevé, du fait d'un probable fréquent recours aux tests de dépistage. On observe également un taux de recours aux soins dentaires supérieur à 2019 chez les enfants à l'inverse du reste de la population.

Enfin, le taux de recours aux soins dentaires est également moins important qu'en 2019 pour les populations résidant dans les zones les plus défavorisées.

62 Voir le précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie.

TABLEAU 29

Taux de recours annuels et rapports comparatifs des taux, rapports du volume annuel du nombre de recours, et moyennes du nombre annuel de recours par individu ayant eu au moins un recours dans l'année

Spécialité	Au moins un recours annuel par individu					Volume annuel de recours		Moyenne de recours par individu avec au moins un recours annuel		
	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2020/2019 (%)	2021/2019 (%)	2020/2019 (%)	2021/2019 (%)	2019	2020	2021
Généraliste	83,5	80,1	82,3	- 3	- 1	- 8	- 2	4,9	4,6	4,8
Infirmier	32,5	41,5	53,9	29	68	5	15	18,6	15,1	12,7
Dentiste	42,6	37,1	42,4	- 12	0	- 17	- 2	2,3	2,1	2,2
Masseur-kinésithérapeute	16,7	15,2	16,6	- 8	0	- 14	3	23,8	22,2	24,5
Sage-femme	2,7	2,9	3,7	10	39	0	18	6,0	5,4	5,1
Ophthalmologue	29,0	26,7	29,2	- 7	1	- 10	2	1,5	1,4	1,5
Gynécologue	11,3	10,2	10,7	- 9	- 5	- 10	- 4	1,9	1,9	1,9
Cardiologue	10,2	9,6	10,3	- 5	1	- 8	0	2,0	1,9	2,0
Dermatologue	10,3	9,0	9,2	- 12	- 9	- 14	- 10	1,5	1,5	1,5
ORL ^(a)	7,2	6,3	6,8	- 11	- 4	- 14	- 7	1,6	1,5	1,5
Gastro-entérologue	4,3	3,9	4,3	- 7	2	- 10	0	1,9	1,9	1,9
Pédiatre	3,8	3,6	3,8	- 4	2	- 13	0	2,9	2,7	2,9
Rhumatologue	3,6	3,2	3,4	- 10	- 5	- 14	- 9	2,1	2,0	2,0
Pneumologue	2,9	2,8	2,9	- 4	2	- 7	- 3	1,8	1,8	1,8
Psychiatre	2,5	2,4	2,5	- 4	1	- 5	0	10,1	10,0	10,0
Endocrinologue	1,7	1,6	1,8	- 4	3	- 5	3	1,9	1,9	1,9

(a) ORL : oto-rhino-laryngologiste

Source : Cnam (SNDS)

TABLEAU 30

Taux d'au moins un recours annuel (2019, 2020 et 2021) et rapports comparatifs selon leurs caractéristiques

	2019	Médecin généraliste					Infirmier				
	Effectif (millions)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2020/ 2019 (%)	2021/ 2019 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2020/ 2019 (%)	2021/ 2019 (%)
Total	63,8	84	80	82	- 3	- 1	32	42	54	28	66
Âge (années)											
0-1	1,4	87	82	86	- 6	- 1	5	7	13	45	147
2-6	3,7	85	78	81	- 8	- 5	6	10	27	69	337
7-17	8,4	81	75	75	- 7	- 7	10	21	39	101	276
18-25	5,8	78	75	78	- 3	0	22	36	51	60	129
26-50	20,0	81	78	80	- 3	- 1	28	39	54	41	93
51-65	12,2	86	85	87	- 2	1	42	50	61	19	45
66-75	6,9	91	90	91	- 2	0	58	64	71	10	21
76-85	4,2	91	90	91	- 1	0	67	71	74	6	11
Plus de 85	1,8	77	77	77	0	0	57	61	63	7	9
Sexe											
Homme	30,7	80	77	79	- 4	- 2	28	37	50	32	78
Femme	33,5	87	84	86	- 3	- 1	36	45	57	25	58
Indice de défavorisation											
Q1 (les plus favorisés)	12,6	81	78	80	- 4	- 1	28	39	51	37	81
Q2	12,9	84	81	83	- 3	- 1	31	41	54	31	72
Q3	12,9	84	81	83	- 3	- 1	33	42	54	26	65
Q4	12,6	84	82	83	- 3	- 2	35	43	55	23	60
Q5 (les moins favorisés)	12,2	84	82	83	- 3	- 1	35	43	55	23	55



TABLEAU 30 (SUITE)

Taux d'au moins un recours annuel (2019, 2020 et 2021) et rapports comparatifs selon leurs caractéristiques

	2019	Masseur-kinésithérapeute					Dentiste				
	Effectif (millions)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2020/ 2019 (%)	2021/ 2019 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2020/ 2019 (%)	2021/ 2019 (%)
Total	63,8	17	15	17	- 9	- 1	43	37	43	- 13	- 1
Âge (années)											
0-1	1,4	13	7	8	- 44	- 33	2	2	2	- 13	9
2-6	3,7	2	1	2	- 23	3	34	30	34	- 12	8
7-17	8,4	7	6	7	- 17	- 5	48	40	48	- 16	- 2
18-25	5,8	9	9	10	- 9	7	36	31	36	- 14	1
26-50	20,0	16	15	16	- 9	1	45	39	45	- 13	- 1
51-65	12,2	22	20	22	- 7	0	49	43	49	- 12	- 1
66-75	6,9	25	23	24	- 9	- 4	47	41	47	- 11	- 1
76-85	4,2	30	28	29	- 8	- 5	38	34	38	- 11	0
Plus de 85	1,8	32	31	31	- 4	- 4	21	18	21	- 14	- 2
Sexe											
Homme	30,7	14	13	14	- 10	- 1	40	34	40	- 13	- 1
Femme	33,5	19	18	19	- 9	0	45	37	45	- 13	0
Indice de défavorisation											
Q1 (les plus favorisés)	12,6	18	16	18	- 8	1	46	41	46	- 11	1
Q2	12,9	18	17	18	- 9	0	44	39	44	- 13	0
Q3	12,9	18	16	18	- 9	0	43	38	43	- 13	- 1
Q4	12,6	16	14	16	- 10	- 2	41	35	41	- 14	- 2
Q5 (les moins favorisés)	12,2	14	13	14	- 10	- 3	39	33	39	- 14	- 2

Source : Cnam (SNDS)

3.3.2

Un retour à la normale pour de nombreux actes techniques médicaux et chirurgicaux de la classification commune des actes médicaux (CCAM)

Le débordement des capacités hospitalières, la réorganisation des soins orientée vers les patients atteints de la Covid-19 et les mesures prises pour limiter la diffusion du virus ont grandement perturbé l'activité médicale. À partir de l'analyse des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM), publics et privés, on peut mesurer les conséquences de la pandémie de Covid-19 sur l'ensemble des actes techniques médicaux et apprécier ainsi si toutes les activités ont été touchées de la même manière et si les retards observés en 2020 ont été comblés en 2021 (Tableau 31).

L'image globale qui se dégage de cette analyse est celle d'un retour proche de la normale pour les activités diagnostiques,

qu'il s'agisse des actes d'échographie ou d'imagerie. Les actes d'échographie (ADE) se situent ainsi en 2021 à un niveau supérieur à celui de 2019 (+ 3,0 % en nombre d'actes et + 2,4 % en nombre de patients par rapport à 2019) après avoir baissé fortement entre 2019 et 2020 (- 8,2 % et - 6,1 %). Les actes d'imagerie (actes ADI – imagerie conventionnelle, scanner et imagerie par résonance magnétique – IRM) se retrouvent très proches de leur niveau de 2019 (- 1,1 % pour les actes et + 2,4 % pour les patients).

En 2020, les actes de chirurgie (actes ADC de la CCAM) ont globalement baissé de 14,7 % en nombre d'actes et de 12,1 % en nombre de patients. L'activité observée en 2021 reste toujours inférieure à celle observée en 2019 (- 3,9 % en nombre d'actes et - 2,8 % en nombre de patients).

Les actes techniques médicaux (actes ATM) qui ont connu une très forte baisse en 2020 (- 11,1 % en nombre d'actes et - 5,8 % en nombre de patients) retrouvent un niveau légèrement supérieur à celui de 2019 (+ 0,9 % et + 2,2 %), témoignant d'un rattrapage important d'activité.

Derrière ces évolutions globales, on peut observer des variations importantes en fonction des grands domaines d'activité. Ainsi, les actes diagnostiques d'ophtalmologie, les IRM et les scanners de l'abdomen, ont rattrapé, voire dépassé, leur niveau de 2019. À l'inverse, les endoscopies digestives, l'épreuve d'effort en cardiologie, la mesure ambulatoire de la pression artérielle, les actes diagnostiques d'ORL et la biopsie du col de l'utérus ne retrouvent pas leur niveau de 2019. Dans ce dernier cas, il est important de rappeler les difficultés et le retard rencontrés en France dans la prévention, le dépistage et le traitement des cancers du col de l'utérus.

TABLEAU 31

Évolution du nombre de patients et du nombre d'actes par grande catégorie de la classification commune des actes médicaux (CCAM) entre 2019 et 2021

Actes CCAM	Comparaison des évolutions du nombre de patients			Comparaison des évolutions du nombre d'actes		
	2020/2019	2021/2020	2021/2019	2020/2019	2021/2020	2021/2019
Actes de chirurgie (ADC)	- 12,1 %	10,6 %	- 2,8 %	- 14,7 %	12,6 %	- 3,9 %
Actes d'échographie (ADE)	- 6,1 %	9,0 %	2,4 %	- 8,2 %	12,2 %	3,0 %
Actes d'imagerie (ADI)	- 8,7 %	10,1 %	0,5 %	- 13,1 %	13,8 %	- 1,1 %
Actes techniques médicaux (ATM)	- 5,8 %	8,4 %	2,2 %	- 11,1 %	13,4 %	0,9 %

Champ : public et privé
Source : Cnam (Dcir, PMSI MCO, actes et consultations externes)

3.3.3

Les déprogrammations chirurgicales et la Covid-19 : les enseignements de Visuchir

Parmi les mesures prises lors du premier confinement, une déprogrammation massive et immédiate des activités non urgentes, en particulier chirurgicales, a été décidée afin de libérer des ressources matérielles et en personnel pendant la Covid-19. Tous les pays ont initialement adopté des stratégies analogues qui ont entraîné des retards de prise en charge préjudiciables pour les patients dans certains cas. Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), analysées et présentées en datavisualisation dans l'outil Visuchir, permettent d'apprécier l'ampleur de ces déprogrammations et l'adaptation du système au cours des années 2020 et 2021, comparées à la période 2018-2019 en prenant en compte le tendanciel observé entre 2017 et 2019.

3.3.3.1 Un volume d'interventions chirurgicales inférieur de 5,5 % par rapport à l'attendu en fin 2021, variable selon les spécialités et les régions

On estime que la Covid-19 a entraîné en 2020 en France 1 million de déprogrammations chirurgicales, soit plus de 18 % du volume d'interventions annuel (Figure 63). Un retour progressif à la normale a eu lieu en 2021, sans pour autant solder la totalité du retard accumulé en 2020. En 2021, le déficit brut observé par

Concernant les actes thérapeutiques, le constat varie également selon les familles d'actes. Certains actes de chirurgie programmée n'ont pas rattrapé le retard de 2020 et l'écart a pu même se creuser en 2021, c'est le cas de la prothèse de genou, de l'ostéotomie de l'avant-pied, de l'adénomectomie de la prostate, de la cure de hernie inguinale et des exérèses de varices et, à un degré moindre, de la cataracte. D'autres familles d'actes se retrouvent à un niveau proche de 2019 (chirurgie digestive, dilatation des vaisseaux coronaires, actes de rythmologie, prothèse de hanche, actes sur le rachis).

rapport à 2019 n'était plus que de 12,3 % en ORL/cervico-facial, 2,5 % en viscéral/digestif et 1 % en orthopédie/traumatologie. On observait même des gains d'activité en ophtalmologie (+ 3,9 %) et en urologie (+ 3,2 %), par rapport au tendanciel. On peut ainsi estimer qu'en tenant compte de l'ensemble de la situation 2020 et 2021, un solde négatif de 350 000 interventions persiste fin 2021, soit environ 5,5 % des interventions chirurgicales annuelles, en France entière.

Ce déficit concerne toutes les spécialités, mais à des degrés divers (Figure 64). Les spécialités les plus impactées en volume d'actes sont l'orthopédie/traumatologie (90 000 actes) et l'ORL/cervico-facial (70 000), puis l'ophtalmologie et la chirurgie viscérale/digestive (autour de 50 000 chacune). Les autres spécialités (urologie, vasculaire et gynécologie) ont été moins impactées (autour de 20 000).

Chaque spécialité présente aussi d'importantes variations d'activité en son sein selon les familles d'actes qui la composent. En ORL, par exemple, toutes les familles d'actes ont vu leur activité diminuer, à l'exception notable de la chirurgie de la thyroïde ; en orthopédie/traumatologie, les plus importantes pertes concernent le membre inférieur, en particulier les interventions prothétiques ; en ophtalmologie, c'est principalement la chirurgie de la cataracte qui a été impactée ; en viscéral/digestif, la chirurgie de la hernie inguinale. Cela confirme ainsi les données d'analyse des actes CCAM présentées plus haut.

Si les consignes de déprogrammation étaient initialement nationales, les mesures ont très rapidement été adaptées au contexte régional et ont eu un impact nettement moins important que celui observé lors du premier confinement. De ce fait, les dépro-

grammations chirurgicales ont été différentes selon les régions, avec logiquement les plus importantes pertes d'activité sur les régions les plus impactées par la Covid-19 : le Grand Est, l'Île-de-France, les Hauts-de-France, la Corse et les DOM.

3.3.3.2 La chirurgie ambulatoire a été le moteur des volumes d'activité en 2021

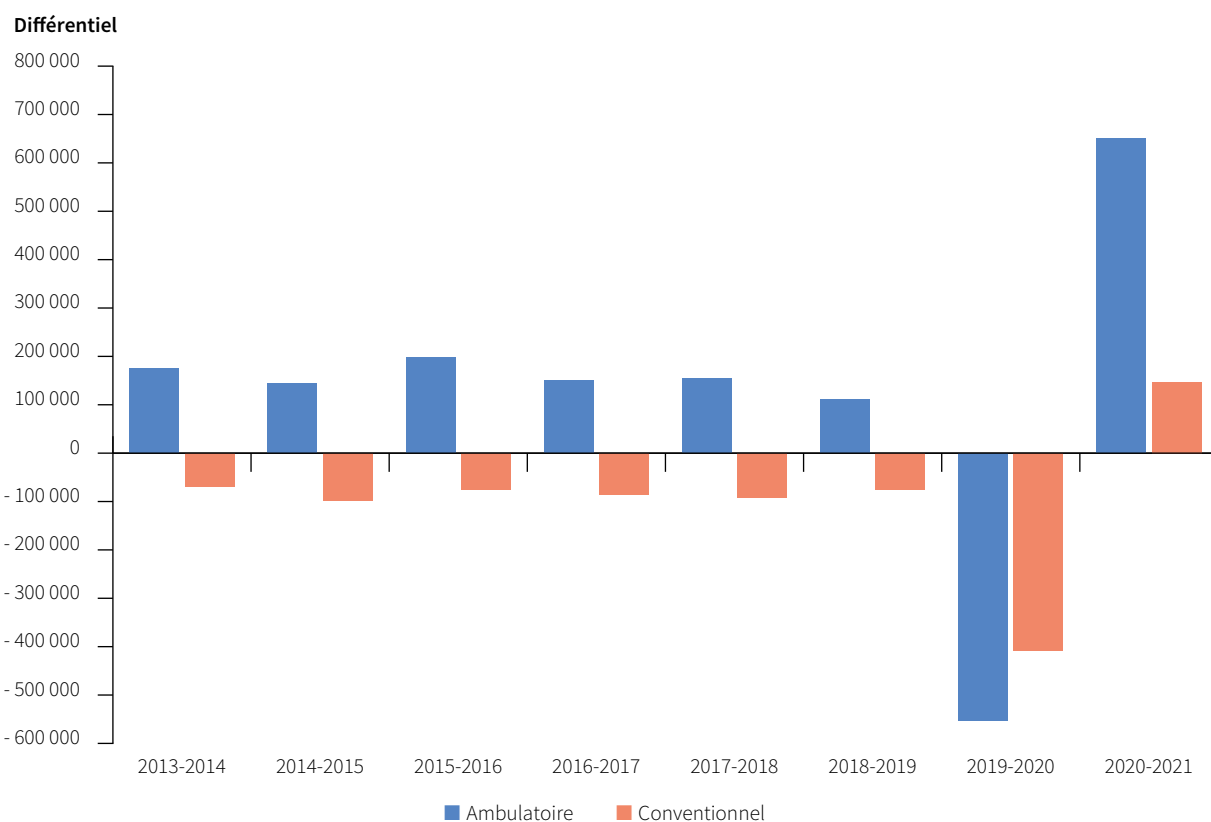
La chirurgie ambulatoire a été affectée par les déprogrammations en 2020 dans des proportions comparables à son poids dans l'activité chirurgicale : elle représentait un peu plus de 58 % de l'activité en 2019 (Figure 65), et comptait pour 60 % des séjours déprogrammés en 2020 (600 000 séjours). Après être resté stable en 2020, le taux de chirurgie ambulatoire a cependant connu une nette augmentation pour atteindre 61,5 % en 2021, témoignant de l'importance de cette prise en charge dans les reprises d'activité chirurgicale en France. Les plus forts volumes de retard sont sur des activités ou des spécialités où l'ambulatoire est peu développé, comme les arthroplasties en orthopédie alors que la chirurgie de la main, par exemple, a enregistré un excédent.

On observe par ailleurs une différence en fonction du statut juridique des établissements, les taux de chirurgie ambulatoire progressant fortement entre 2019 et 2021 dans le privé (+ 2,7 points pour les centres de lutte contre le cancer (CLCC), + 3,9 points pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), + 4,8 points pour les cliniques privées), alors que ces taux ont stagné pour le public (+ 0,1 point pour les centres hospitaliers régionaux – CHR – et universitaires – CHU – et + 0,7 point pour les centres hospitaliers – CH). Le poids des cliniques privées dans l'activité de chirurgie a ainsi augmenté de 2,7 points entre 2019 et 2021, prolongeant une tendance observée avant même la crise sanitaire (+ 3,3 points pour les cliniques privées entre 2018 et 2021 contre une baisse de 1,7 point entre 2013 et 2017). En conséquence, les volumes de déficit d'activité enregistrés sont plus importants dans les établissements publics que dans les établissements privés.

La chirurgie ambulatoire a donc permis dans certaines spécialités de limiter l'impact des déprogrammations, mais surtout de faciliter une reprise plus rapide et plus importante pour les activités qui y sont éligibles. Ces constats illustrent et renforcent les préconisations du rapport sur le virage ambulatoire du Haut Conseil en santé publique (HCSP) publié en juin 2021⁶³.

FIGURE 63

Évolution annuelle des différentiels de volumes chirurgicaux ambulatoire et conventionnel entre 2013 et 2021

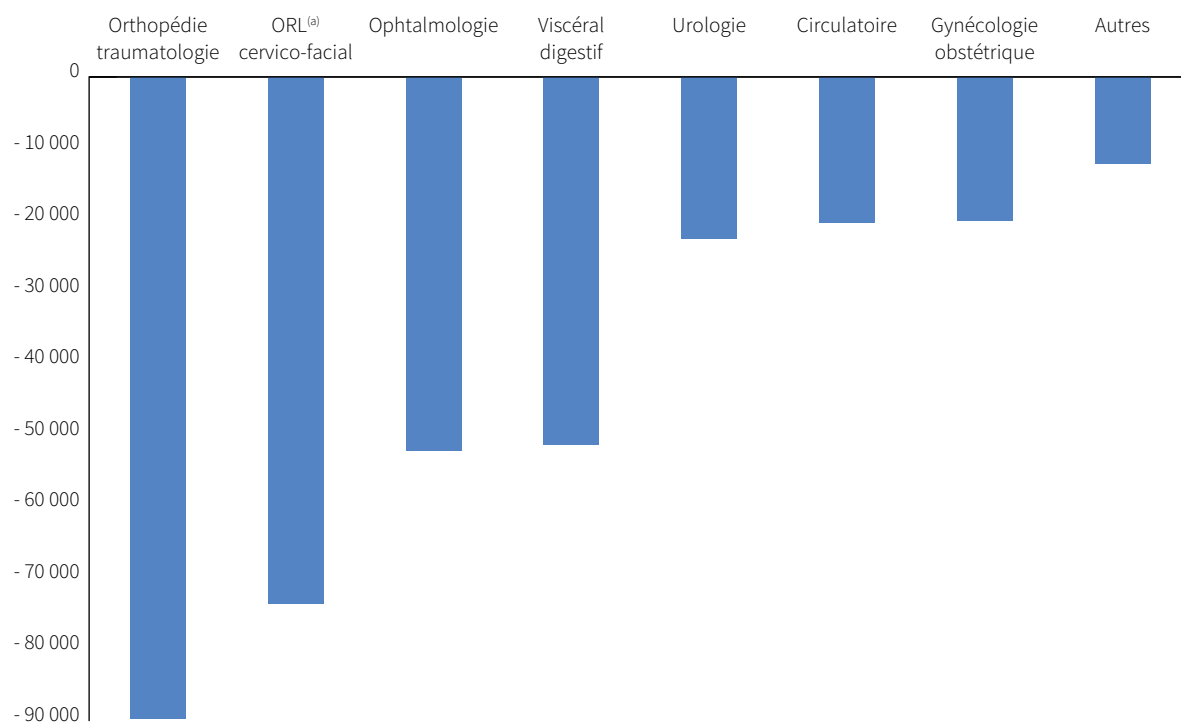


Source : PMSI, Visuchir

63 Préconisations n° 5 « Atteindre 80 % de chirurgie ambulatoire en s'aidant notamment de l'outil Visuchir et des travaux des sociétés savantes » et n° 29 « En cas de crise sanitaire amenant une déprogrammation des interventions chirurgicales, privilégier et sanctuariser impérativement la chirurgie ambulatoire ».

FIGURE 64

Décomposition, par spécialité chirurgicale, du déficit national estimé fin 2021 de 350 000 interventions déprogrammées du fait de la Covid-19



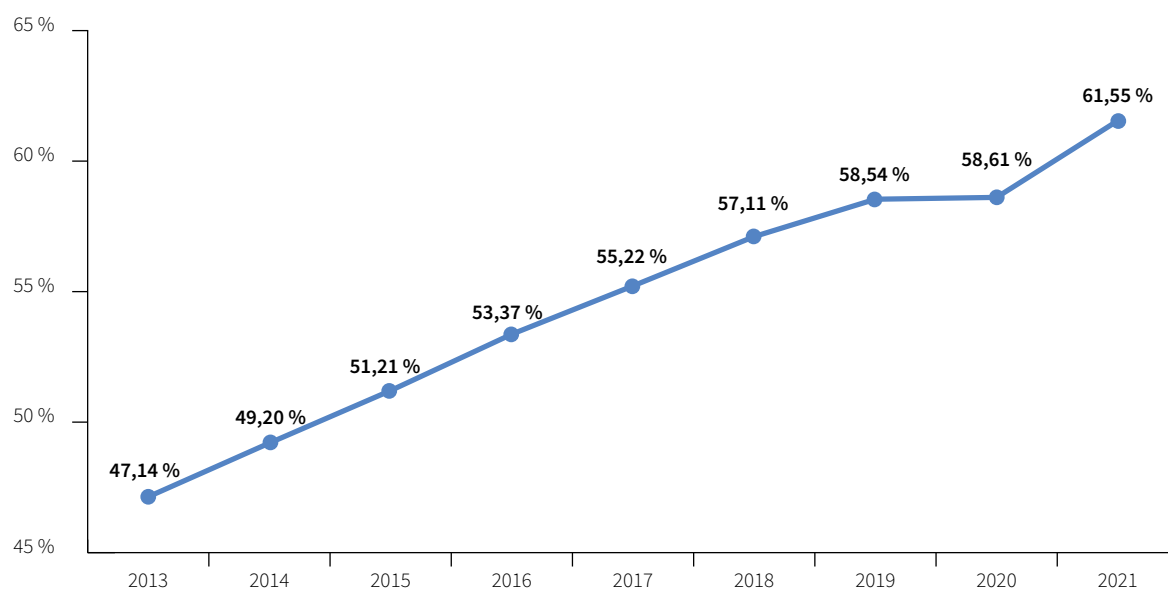
Déficit du nombre d'interventions chirurgicales

(a) ORL : oto-rhino-laryngologie

Source : PMSI, Visuchir

FIGURE 65

Évolution du taux brut de chirurgie ambulatoire entre 2013 et 2021



Source : PMSI, Visuchir

3.3.4

L'impact de la Covid-19 sur l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)

3.3.4.1 Des années 2020 et 2021 très perturbées avec un net recul de l'activité

L'année 2020 a été marquée par un ralentissement global de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) par rapport à 2019 en nombre de journées produites, qui a diminué au total de 12,4 %, soit 4,6 millions de journées en moins (Tableau 32). L'activité d'hospitalisation partielle et de séances a été plus fortement affectée, avec une diminution de près du tiers des journées, contre environ 10 % pour l'hospitalisation complète. Les patients pris en charge en hospitalisation complète en SSR en 2020 étaient plus âgés (âge moyen en augmentation de 0,8 an, pourcentage de malades âgés de plus de 80 ans croissant de 1,3 point) et avec un score moyen de dépendance plus élevé qu'en 2019. À l'inverse, les patients en hospitalisation partielle étaient plus jeunes qu'en 2019 (âge moyen en baisse de 1,5 an, part des patients âgés de plus de 80 ans en baisse de 1,7 point) et avaient un score moyen de dépendance presque identique.

Les perturbations de l'activité de SSR ont continué pendant l'année 2021, mais selon des modalités différentes de 2020. L'activité

globale a très légèrement augmenté (+ 0,4 % de journées par rapport à 2020) sans retrouver les niveaux de 2019. Le différentiel d'évolution selon le type d'hospitalisation était encore plus marqué qu'en 2020. L'activité d'hospitalisation complète a continué de baisser de manière certes moins importante qu'en 2020, mais plus forte qu'avant la crise, avec 1,1 million de journées en moins par rapport à 2020, alors que l'hospitalisation partielle à l'inverse a fortement repris en 2021 avec près de 1,3 million de journées de plus qu'en 2020. C'est la forte dynamique de l'hospitalisation partielle, ayant presque retrouvé son niveau de 2019, qui explique la légère croissance globale de l'activité en 2021.

En 2021, l'âge moyen des patients en hospitalisation complète et la part des patients âgés de 80 ans et plus sont revenus à des niveaux proches de 2019. À l'inverse à nouveau, en hospitalisation partielle, l'âge moyen a légèrement augmenté, la part de patients âgés de 80 ans et plus a également augmenté, sans retrouver les niveaux de 2019.

Ces évolutions enregistrées en 2021 s'inscrivent dans la continuité d'une baisse du volume d'activité de SSR avec une augmentation de la part de l'activité d'hospitalisation partielle dans l'activité de SSR. L'évolution en sens inverse des caractéristiques des patients entre hospitalisation complète et partielle, observée en 2020, laisse penser qu'une part de substitution a pu s'opérer entre les deux du fait de la saturation ou de la fermeture des lits de SSR.

TABLEAU 32

Évolution des principaux indicateurs d'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) entre 2018 et 2021, en fonction du type d'hospitalisation

	2018	2019	2020	2021
Toutes hospitalisations				
Nombre d'établissements	1 636	1 626	1 612	1 612
Nombre de jours	37 515 866	37 316 235	32 671 001	32 815 665
Âge moyen	67,5	67,6	68,8	67,1
Pourcentage de patients de plus de 80 ans	35,9	35,5	37,8	33,6
Score moyen de dépendance physique et relationnelle	12,2	12,1	12,8	12,2
Hospitalisations complètes				
Nombre d'établissements	1 570	1 560	1 544	1 534
Nombre de jours	33 169 999	32 727 450	29 582 261	28 456 000
Âge moyen	71,8	72	72,8	72
Pourcentage de patients de plus de 80 ans	43,9	43,9	45,1	42,5
Score moyen de dépendance physique et relationnelle	13,3	13,3	13,8	13,6
Hospitalisations partielles et séances				
Nombre d'établissements	729	759	791	824
Nombre de jours	4 345 867	4 588 785	3 088 740	4 359 665
Âge moyen	53,7	54,3	52,8	53,6
Pourcentage de patients de plus de 80 ans	10,1	10,3	8,6	9,1
Score moyen de dépendance physique et relationnelle	8,5	8,5	8,6	8,5
Délai postopératoire moyen (en jours)	110,8	117	120,3	121,8

Source : Atih (PMSI, ScanSanté)

3.3.4.2 Des mécanismes différents en 2020 et 2021

L'analyse des données du dispositif ViaTrajectoire, qui permet de tracer les admissions, mais également les prescriptions, c'est-à-dire une estimation de la demande de prise en charge SSR, vient compléter celles des données du PMSI. Même si le dispositif ViaTrajectoire ne comprend pas l'ensemble des admissions réalisées en SSR, il offre une vision intéressante de ce secteur.

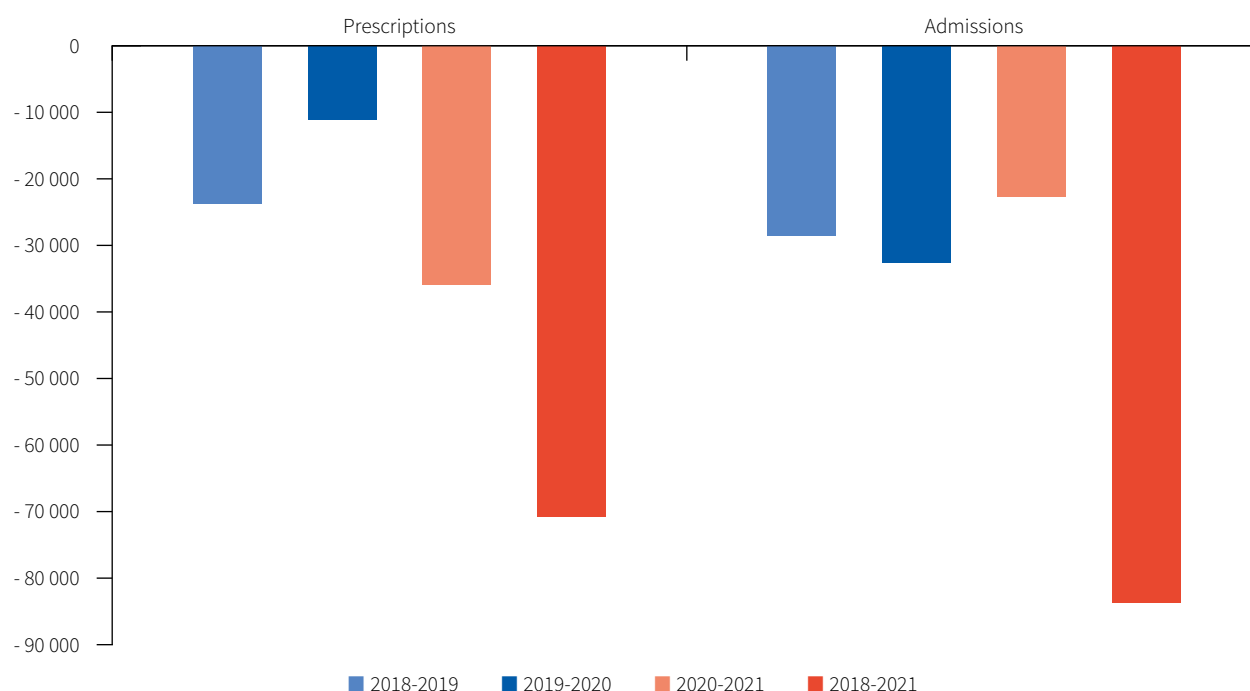
D'après ces données, la chute d'activité en SSR enregistrée en 2020 (- 6,6 % d'admissions) semble liée à deux phénomènes : 1) la baisse de la demande de SSR avec une baisse du nombre de prescriptions d'environ 1,6 %, liée probablement à des perturbations de l'activité d'amont en particulier chirurgicale pendant le confinement, mais aussi à la diminution de certains facteurs générateurs de séjours de SSR, comme la baisse du nombre d'événements coronaires ischémiques ; 2) une moindre capa-

cité d'accueil liée, d'une part, à une saturation des places du fait de la prise en charge de patients Covid, d'autre part, aux restrictions sanitaires limitant les capacités d'accueil des SSR **(Figure 66)**. Ce deuxième phénomène semble avoir joué un rôle plus important, comme en témoignent le taux d'admission qui a diminué de 72,9 % à 69,2 % entre 2019 et 2020 et le taux d'annulation pour manque de places, passé de 7,0 % à 7,2 % en 2020 **(Figure 67 et Figure 68)**.

La situation est très différente en 2021. Si les admissions continuent de baisser de 4,9 %, on enregistre une baisse très nette de la demande de SSR : - 5,4 %, soit près de 35 000 prescriptions en moins par rapport à 2020, c'est-à-dire trois fois plus qu'entre 2019 et 2020. Le taux d'annulation pour manque de places est légèrement inférieur à 2020. C'est donc un déficit d'adressage et de prescription qui semble expliquer la diminution d'activité en SSR qui s'est poursuivie en 2021.

FIGURE 66

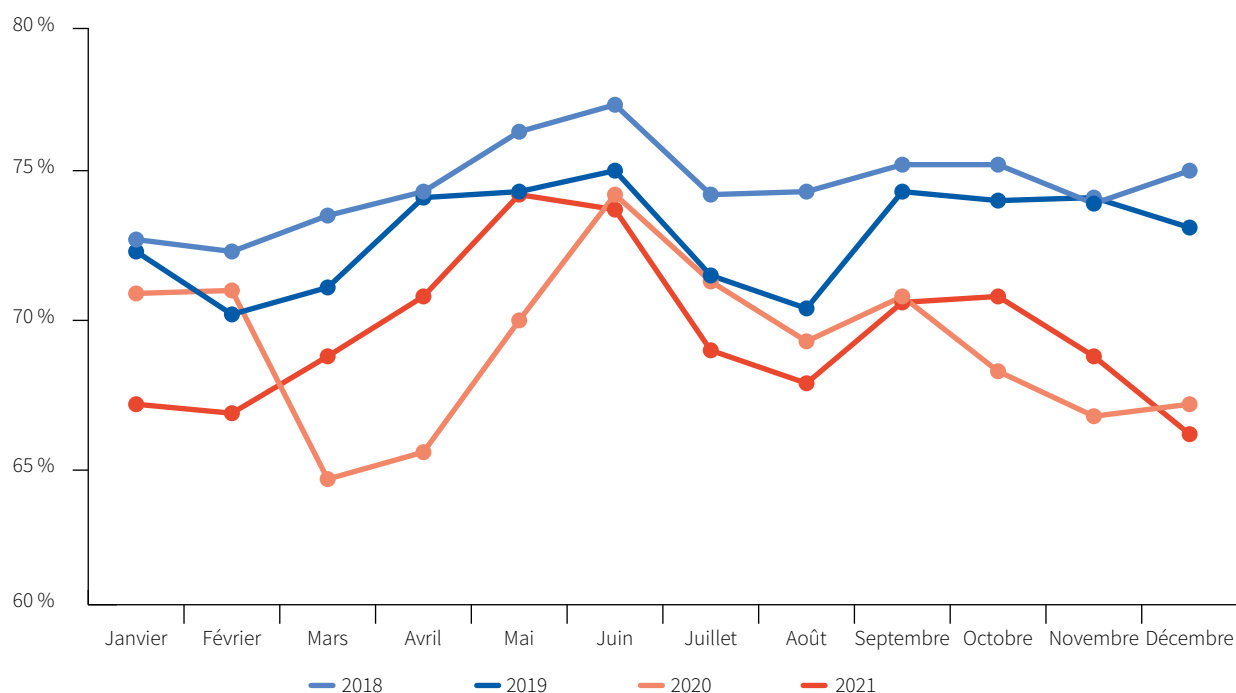
Évolution entre 2018 et 2021 et évolution annuelle du nombre de prescriptions globales et d'admissions globales en soins de suite et de réadaptation (SSR)



Source : ViaTrajectoire

FIGURE 67

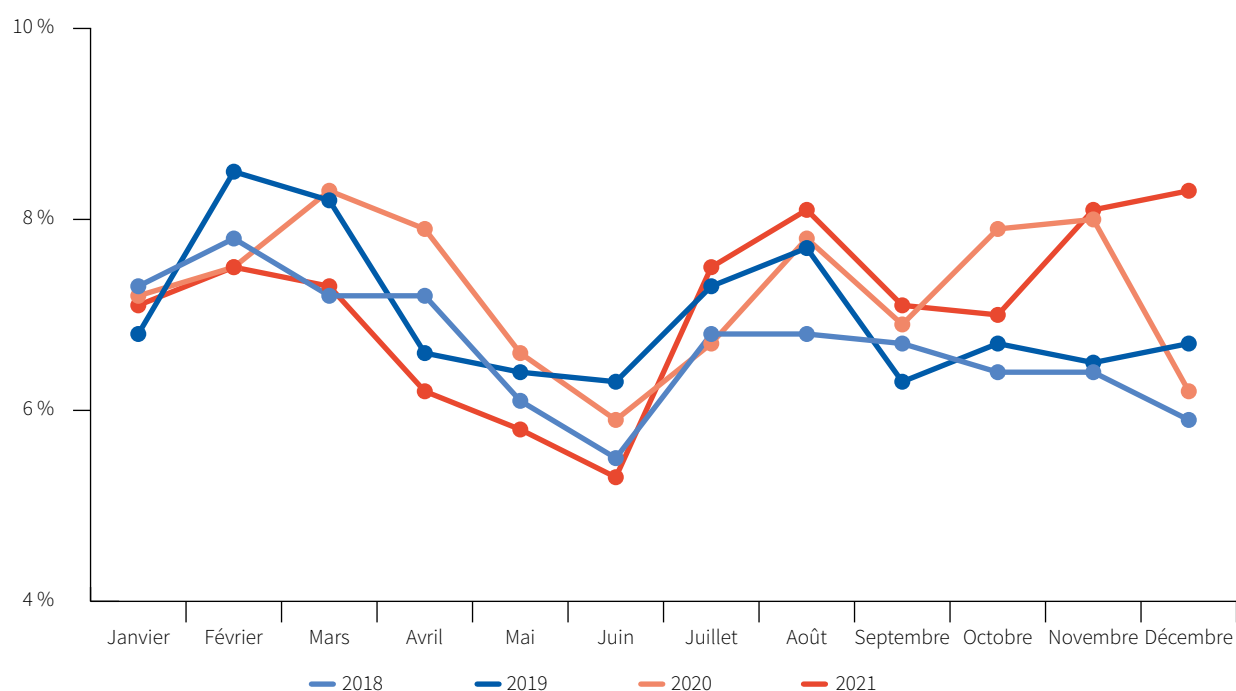
Évolution des taux d'admission mensuels en soins de suite et de réadaptation (SSR) entre 2018 et 2021



Source : ViaTrajectoire

FIGURE 68

Évolution mensuelle du pourcentage de demandes d'orientation en soins de suite et de réadaptation (SSR) qui ont été annulées pour faute de places disponibles entre 2018 et 2021



Source : ViaTrajectoire

3.3.5

Dépistage et traitement des cancers

Les activités de dépistage et de traitement des cancers ont été fortement affectées en 2020 et 2021 par la crise Covid. Après une première période de baisse brutale et importante lors du premier confinement, l'activité a remonté à des niveaux proches des périodes d'avant-crise avec parfois d'importantes fluctuations (Figure 69 et Figure 70). Toutefois, les niveaux généralement atteints ne semblent pas avoir été suffisamment importants pour avoir résorbé dans l'immédiat le déficit d'activité « cumulé » lors des semaines du confinement. Par la suite, le deuxième confinement a également perturbé, quoique dans une moindre mesure, le fonctionnement du système de santé.

Il résulte de cette série d'événements des situations différentes selon le type de cancer, en particulier pour les cancers pour lesquels un dépistage organisé existe comme le cancer colorectal ou le cancer du sein chez la femme.

Dans le cas du cancer colorectal, l'impact de la Covid-19 peut être apprécié sur l'ensemble de la période 2020-2021 et comparé à la période immédiatement précédente, à savoir 2018-2019. Afin de tenir compte des difficultés d'approvisionnement en kits de dépistage survenues fin 2019 qui ont pu perturber le niveau d'activité du dépistage, on peut aussi utiliser les périodes 2017-2018 et 2016-2017 comme comparateur.

Un peu plus de 6 millions de tests ont été lus au total par le laboratoire Cerba, chargé de cette activité au niveau national, en 2020 et 2021, soit un écart positif cumulé estimé entre 490 000 et 830 000 tests environ en fonction de la période de comparaison retenue (Tableau 33). Le premier confinement a conduit à un déficit maximal de 860 000 tests lors de la semaine 27 de l'année 2020, si on prend la période de comparaison 2016-2017 (Figure 71). Cet impact s'est progressivement résorbé, dans le courant du 1^{er} trimestre 2021 selon les périodes de référence. On peut ainsi considérer qu'à la fin 2021, en ce qui concerne les effectifs de tests de dépistage réalisés, l'impact de la crise Covid a été effacé. Ces chiffres sont cohérents avec les résultats de l'évaluation du taux de participation au dépistage du cancer colorectal par Santé publique France (SPF), qui est passé de 30,5 % en 2018-2019 à 34,6 % en 2020-2021.

Parmi les 6 millions de tests, on recense 223 188 tests positifs sur 2020-2021, soit un nombre supérieur de 11,3 % à 2018-2019, le déficit cumulé pendant le confinement ayant été effacé dans le courant du 1^{er} trimestre 2021 (Tableau 33 et Figure 72). Les deux autres périodes de comparaison montrent des résultats moins nets : avec le comparateur 2017-2018, on n'enregistre aucun retard sur la période, mais l'écart positif cumulé final est plus modéré (3,8 %) ; avec le comparateur 2016-2017, on enregistre un déficit très important dès le début du premier confinement, qui n'a jamais été totalement résorbé puisqu'à la fin de la période biennale on constate un déficit cumulé de 10,8 %. Dans ce dernier cas, cet écart s'explique par un taux de positivité des tests plus important en 2016 et 2017 qu'en 2020 et 2021, qui traduit certainement une forme d'« écrémage » avec la mise en place des tests de dépistage immunologiques (test immunologique fécal

– FIT) qui a permis initialement de repérer un nombre important de cas prévalents de cancers ou de lésions précancéreuses conduisant à limiter leur prévalence, et non un « déficit » de cas positifs en 2020 et 2021.

L'activité d'endoscopie digestive basse a été fortement affectée par la Covid-19, notamment à l'occasion du premier confinement qui a occasionné de fortes baisses d'activité, que l'endoscopie soit réalisée ou non à la suite d'un test FIT positif (Figure 73). Par la suite, le niveau mensuel d'activité est progressivement revenu vers les niveaux d'avant-crise, sans jamais toutefois les excéder, et a même diminué lors de la vague Omicron fin 2021. Au fil des années 2020 et 2021, le déficit d'activité n'a ainsi cessé de s'accroître pour atteindre un effectif de 455 860 en décembre 2021, en prenant l'année 2019 comme point de comparaison, soit l'équivalent d'un trimestre d'activité d'avant-crise.

Les délais entre la réalisation d'un test FIT et la réalisation d'une endoscopie digestive basse semblent avoir été allongés pour les patients ayant fait leur test en janvier et février 2020, avant de revenir à la normale pour les tests réalisés en mars (très peu nombreux) et les mois suivants, selon une étude de l'Institut national du cancer (INCa). Cela traduit la probable priorisation des patients avec un test FIT positif par les endoscopistes en dépit de la baisse d'activité globale. Les perturbations du parcours des patients semblent ainsi avoir été relativement limitées. Les résultats de l'évaluation des parcours de dépistage des patients dépistés en 2020 à venir, réalisée par SPF, permettront de compléter cette analyse.

On retrouve une situation et des évolutions analogues en ce qui concerne les chirurgies d'exérèse de cancer du côlon et du rectum, quoique dans des proportions moins importantes, le déficit cumulé, en prenant 2019 comme point de comparaison, étant estimé à 3 611 chirurgies en 2020 et 2021, soit l'équivalent de plus d'un mois d'activité.

Les perturbations liées à la crise Covid ont affecté profondément le dépistage et le traitement du cancer du côlon. S'il apparaît que l'activité de dépistage organisé a probablement effacé le retard cumulé lors du premier confinement, les déficits cumulés en termes d'endoscopies digestives basses et de chirurgies d'exérèse appellent à considérer cette appréciation positive avec prudence et à poursuivre et amplifier les efforts de rattrapage. Il faut tenir compte du fait que l'essentiel de ce déficit ayant été constitué lors du premier confinement, les patients concernés à cette période ont pu bénéficier de stratégies alternatives ou malheureusement faire face à des pertes de chances.

Dans le cas du cancer du sein, les activités de dépistage organisé et de traitement ont également subi des perturbations importantes liées à la crise Covid (Figure 74). Avec la fermeture des centres d'imagerie, la réalisation de mammographies a ainsi diminué fortement lors du premier confinement, occasionnant un important déficit d'activité. Elle a progressivement remonté par la suite, atteignant à partir du dernier trimestre 2020 des niveaux plus élevés qu'avant la crise. À la fin de l'année 2021, en prenant l'année 2019 comme point de comparaison, le déficit cumulé de mammographies dans le cadre du dépistage organisé peut être estimé à 83 224 mammographies, soit l'équivalent de deux à trois semaines d'activité. Ces données sont cohérentes

avec la baisse du taux de participation enregistré en 2020 par SPF. Il faut noter que dans les suites immédiates du premier confinement, les mammographies réalisées en dehors du dépistage organisé ont enregistré une hausse importante plus rapide que dans le cadre du dépistage organisé et qui a compensé en partie la reprise moins rapide de ce dernier.

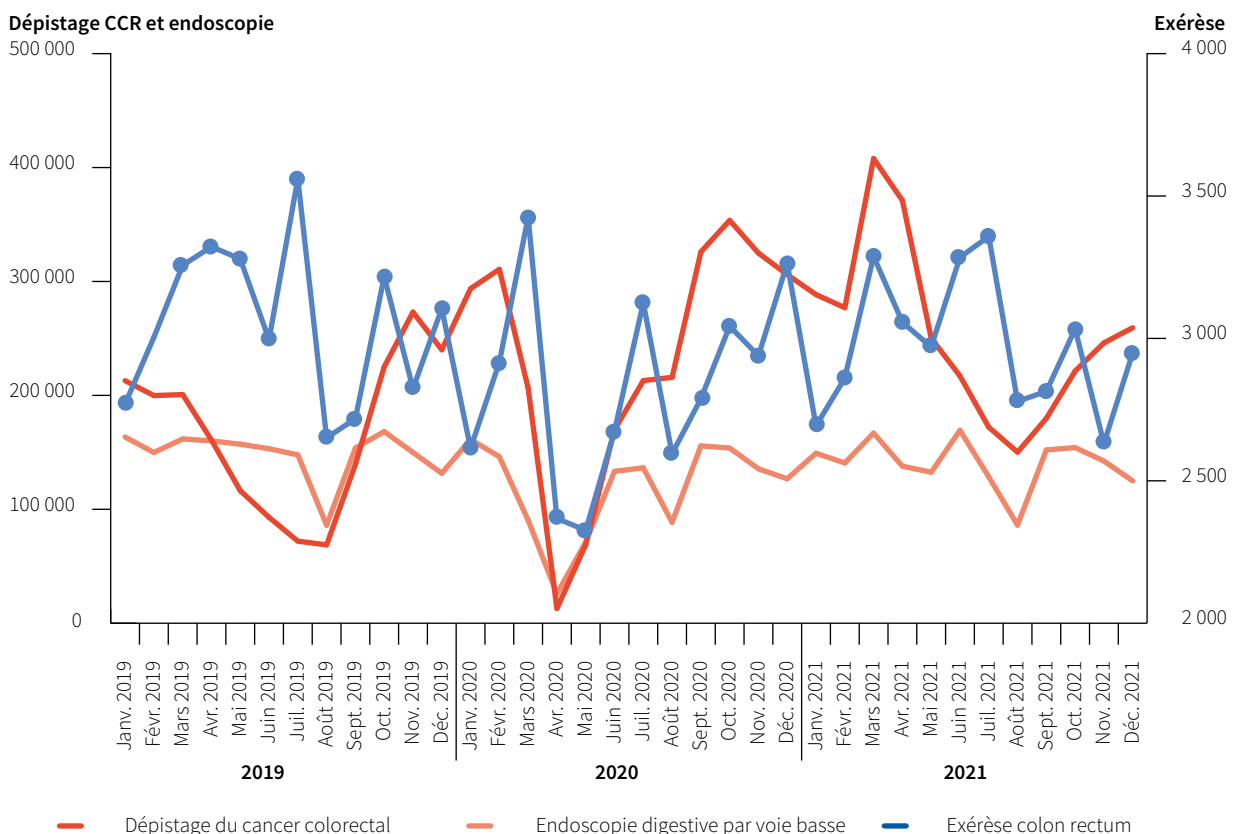
Les chirurgies d'exérèse du cancer du sein, après avoir fortement diminué lors du premier confinement, ont retrouvé assez vite des niveaux équivalents, voire supérieurs à la période d'avant-crise. À l'issue de l'année 2021, et en prenant 2019 comme point de comparaison, le déficit d'activité semble avoir été résorbé. Le recours à la chirurgie ambulatoire dans le traitement du cancer du sein a pu, selon les retours des acteurs de terrain, contribuer à ce rattrapage.

La situation du cancer du sein semble avoir connu une évolution plus favorable que celle des cancers colorectaux, l'impact de la crise ayant apparemment été surmonté. Cette appréciation, quoique positive, mérite d'être modérée sur deux points : 1) les volumes d'activité sont ici considérés sans tenir compte des délais, notamment entre mammographie et chirurgie d'exérèse et 2) l'effacement apparent du déficit créé par la crise Covid ne change pas la situation antérieure et le retard de la France dans le domaine du dépistage du cancer du sein qui demeure important.

Qu'il s'agisse du cancer colorectal ou du cancer du sein, le rattrapage total ou partiel des perturbations liées à la crise Covid et à l'année 2020 ne doit pas occulter les résultats préoccupants du dépistage des cancers en France⁶⁴, le taux de participation pour le cancer colorectal restant très inférieur au standard européen de 45 % et la participation au dépistage du cancer étant en baisse constante en France depuis 2011.

FIGURE 69

Évolution mensuelle de l'activité de suivi du dépistage organisé du cancer colorectal (CCR) entre 2019 et 2021

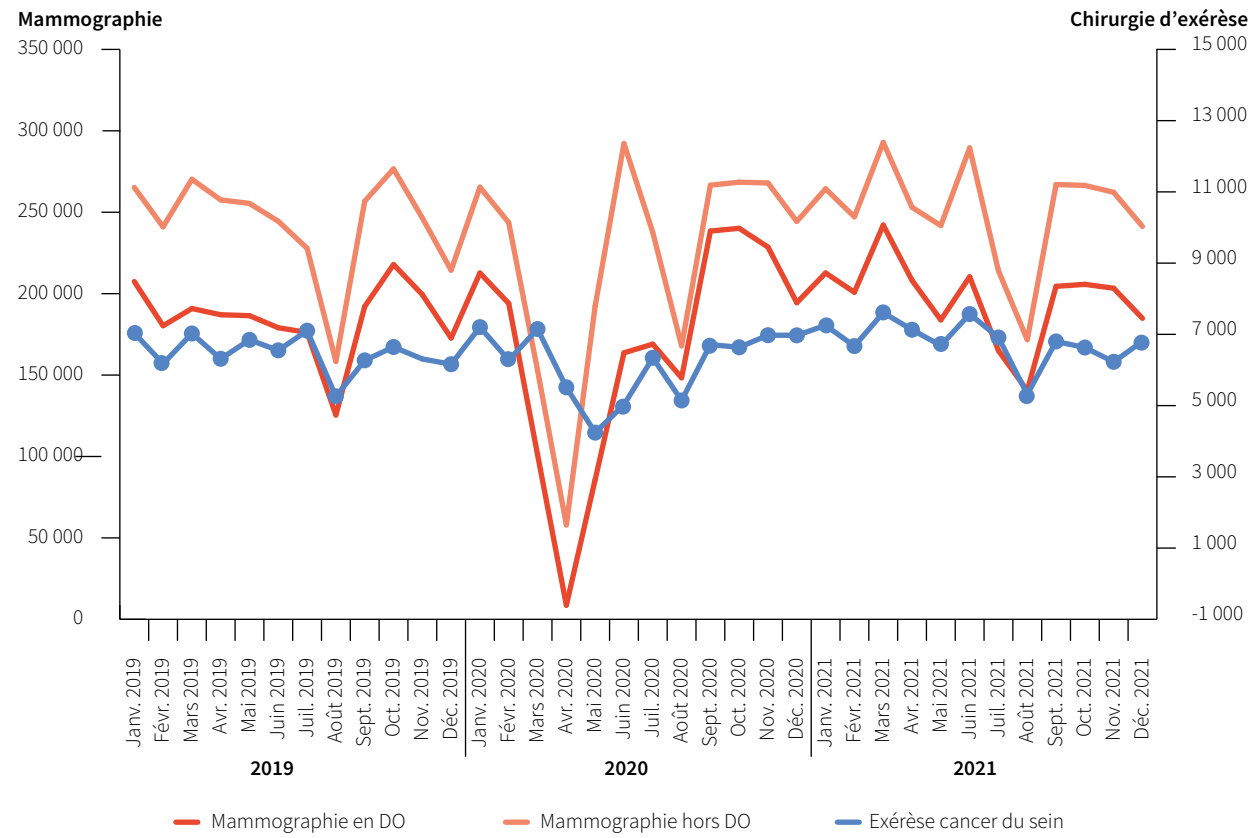


Source : Cnam (SNDS), analyse INCa (Institut national du cancer)

64 Comme le montre le tableau de bord d'indicateurs de santé publique présenté dans le chapitre 1 « Panorama de notre système de santé » du présent rapport.

FIGURE 70

Évolution mensuelle de l'activité de suivi du dépistage organisé (DO) du cancer du sein entre 2019 et 2021



Source : Cnam (SNDS), analyse de l'Institut national du cancer (INCa)

TABLEAU 33

Évolution du nombre de tests lus et de tests positifs

Période	Nombre de tests	Écart (en tests)	Écart (%)
Tests de dépistage lus			
2020-21	6 001 459	-	-
2019-18	5 178 845	822 614	15,90 %
2017-18	5 332 306	669 153	12,50 %
2016-17	5 515 346	486 113	8,80 %
dont tests de dépistage positifs			
2020-21	223 188	-	-
2019-18	200 457	22 641	11,30 %
2017-18	215 070	8 118	3,80 %
2016-17	250 143	- 26 955	- 10,80 %

Source : Cnam

FIGURE 71

Évolution du différentiel de tests lus dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2020-2021 comparé à 2018-2019, 2017-2018 et 2016-2017 – par semaine à compter du 1^{er} janvier de la période

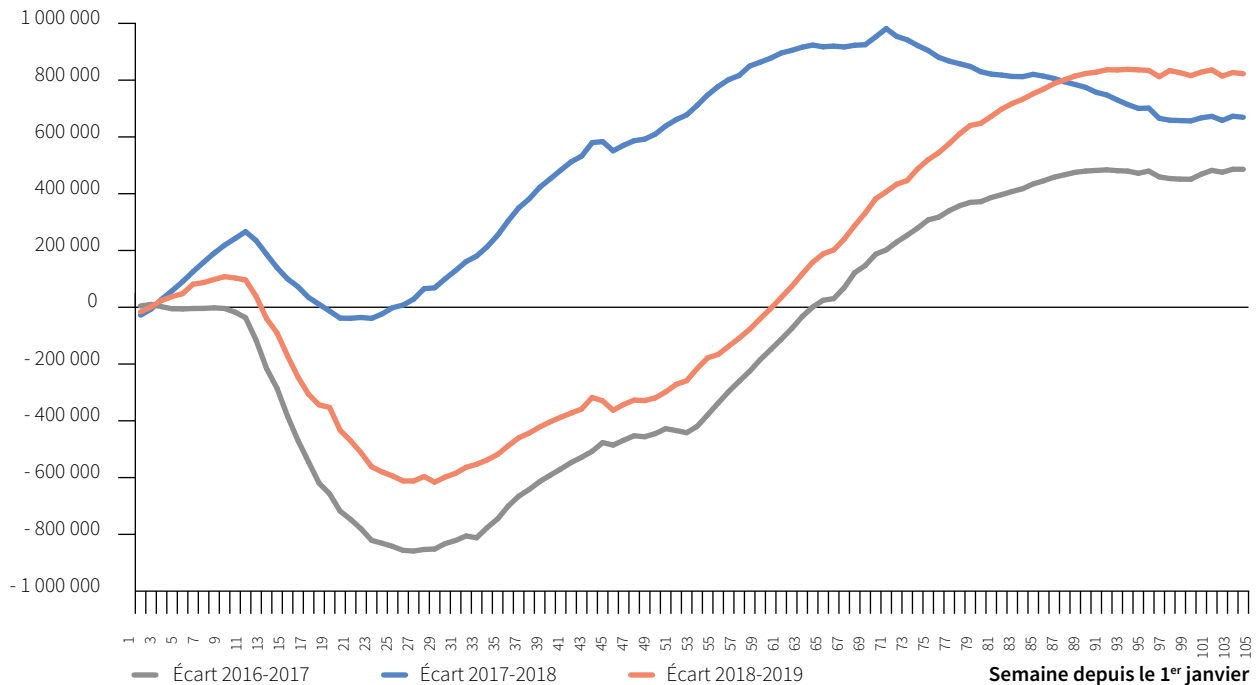


FIGURE 72

Évolution du différentiel de tests positifs dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2020-2021 comparé à 2018-2019, 2017-2018 et 2016-2017 – par semaine à compter du 1^{er} janvier de la période

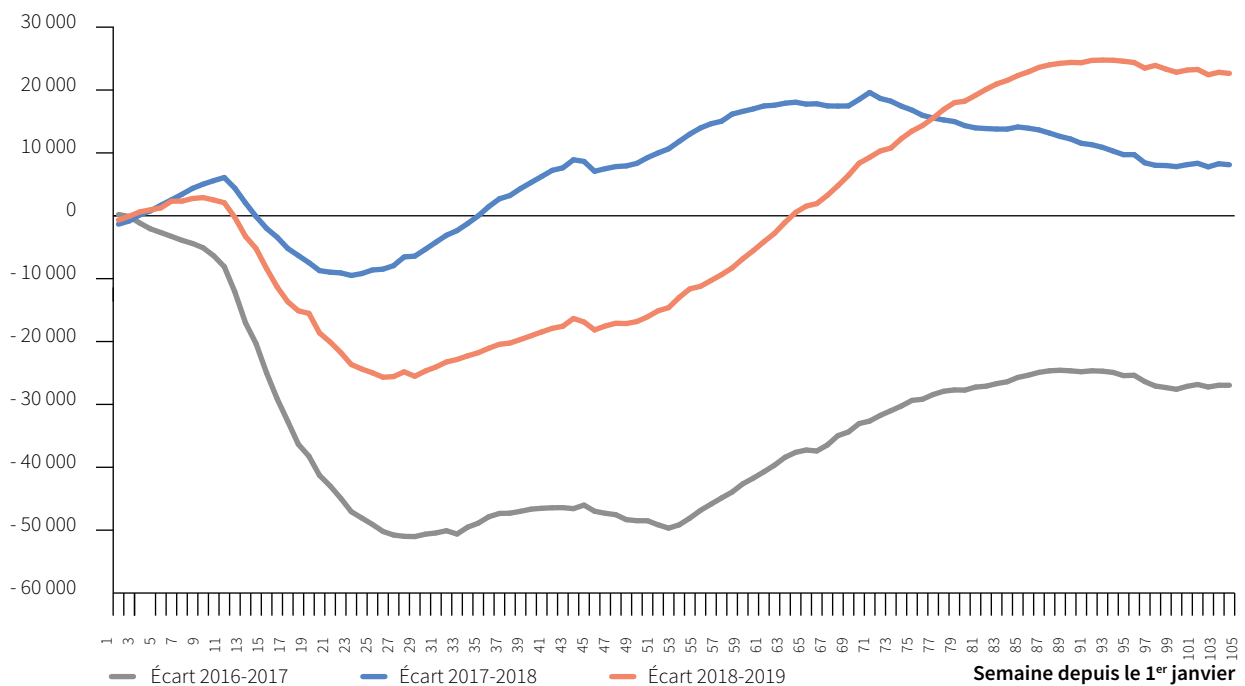
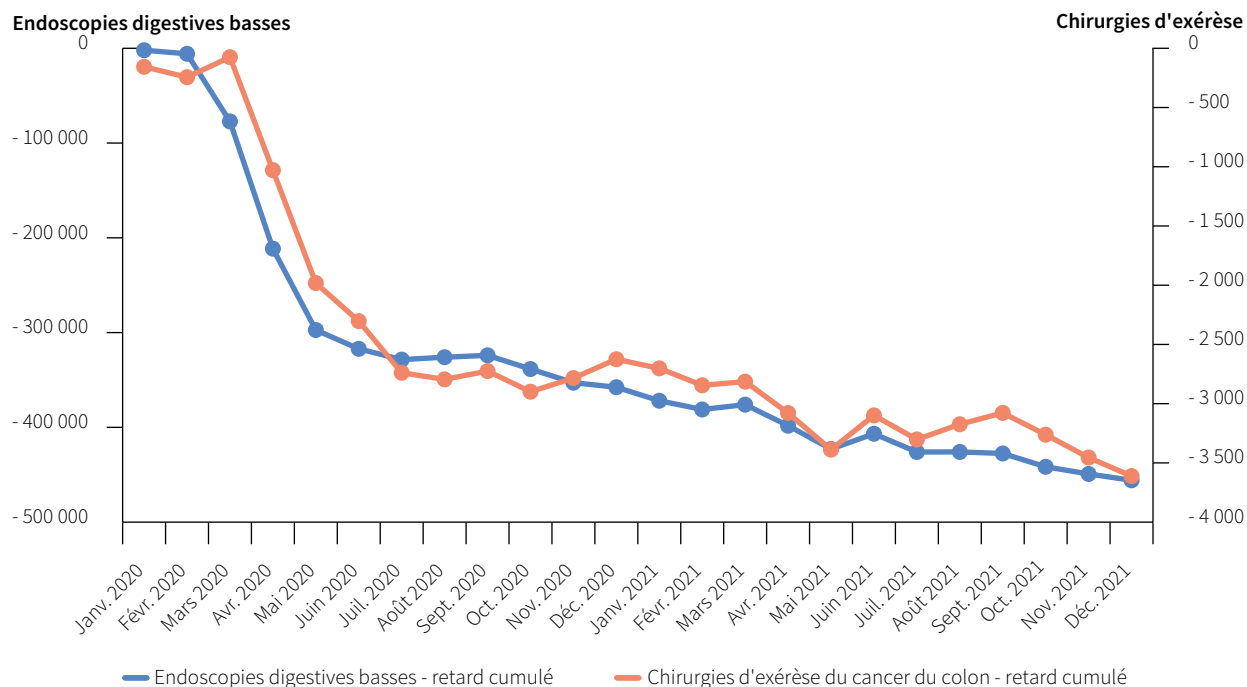


FIGURE 73

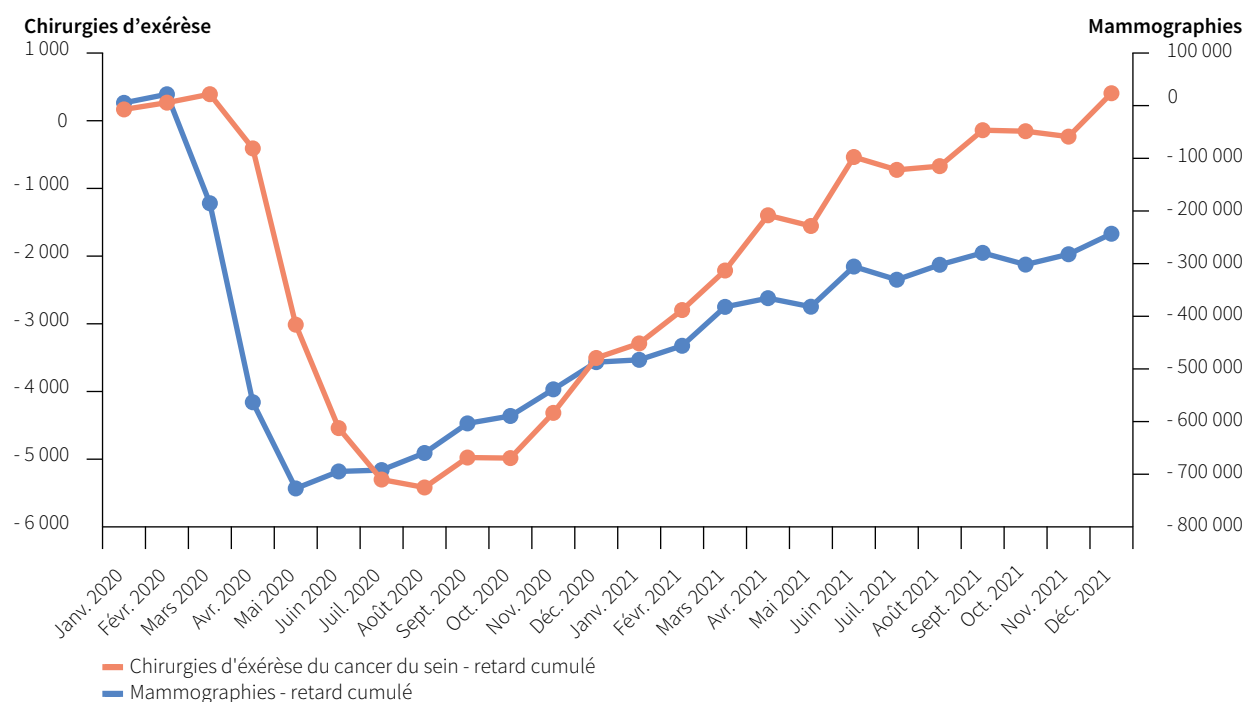
Évolution de l'écart entre l'observé et l'attendu (comparaison avec l'année 2019) des endoscopies digestives basses et de chirurgies d'exérèse du cancer du côlon



Sources : Cnam (SNDS), analyse INCa (Institut national du cancer) retraitée par la Cnam

FIGURE 74

Évolution de l'écart entre l'observé et l'attendu (comparaison avec l'année 2019) des mammographies (dans et hors dépistage organisé) et des chirurgies d'exérèse de cancer du sein



Sources : Cnam (SNDS), analyse de l'Institut national du cancer (INCa) retraitée par la Cnam

3.3.6

La consommation de médicaments en 2021, un fort recours aux antidépresseurs en particulier chez les jeunes, une baisse de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV), mais un recul de la prescription d'antibiotiques qui se maintient

L'année 2020 a été marquée par de fortes évolutions de la consommation des médicaments en ville, documentées par plusieurs rapports publiés par le groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare. Ces travaux ont été poursuivis de manière à pouvoir analyser l'ensemble de la consommation médicamenteuse sur les années 2020 et 2021. Cette analyse confirme un retour progressif vers les niveaux de consommation habituels pour la plupart des produits de santé. Il persiste cependant un certain nombre d'écarts qui méritent d'être mentionnés.

L'un des constats principaux de cette étude est la persistance d'un très fort recours aux traitements psychotropes en 2021, dans la continuité de 2020⁶⁵.

Comme en 2021, le recours aux vaccinations reste très fortement en retrait, qu'il s'agisse des vaccins de l'enfant ou de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) (Tableau 34). Sur ce dernier point, même si le retard par rapport à l'attendu est moins important qu'en 2020, il reste élevé en 2021, aboutissant à un retard cumulé sur l'ensemble de la période de près de 20 % par rapport à des niveaux habituels déjà très en deçà des objectifs. Ce constat appelle à la poursuite et à l'amplification des mesures d'information et d'accompagnement de la population des adolescents féminins et masculins pour cette vaccination qui est de nature, à terme, à pouvoir aboutir à l'éradication des infections à HPV et des cancers causés par cette infection, comme cela semble être le cas en Australie, par exemple.

Enfin, la consommation d'antibiotiques demeure en retrait en 2021 par rapport à l'attendu, de manière moins importante qu'en 2020. Il faut rapprocher ce constat, d'une part, de la persistance des mesures de distanciation sociale et de protection des personnes fragiles, et d'autre part, de la faible intensité des épidémies hivernales, notamment infantiles, fortes pourvoyeuses de prescriptions antibiotiques fréquemment inappropriées. On observe que la baisse des délivrances d'antibiotiques concerne l'ensemble des classes d'âge, mais plus particulièrement les plus jeunes et les plus âgés (Figure 75).

TABLEAU 34

Évolution et écart du nombre de délivrances de vaccins penta-hexavalents pour nourrissons et de vaccins ROR^(a) observé par rapport à l'attendu, en 2020 et 2021

	Année 2020		Année 2021		Années 2020-2021	
	S12 à S51		S1 à S50		S12(2020) à S50(2021)	
	Évolution (observé- attendu)	Écart (observé- attendu)	Évolution (observé- attendu)	Écart (observé- attendu)	Évolution (observé- attendu)	Écart (observé- attendu)
Vaccins anti-HPV ^(a)	- 30,1 %	- 249 211	- 11,7 %	- 157 861	- 18,7 %	- 407 072
Vaccins penta-hexavalents pour nourrissons	- 3,3 %	- 55 320	- 4,7 %	- 98 004	- 4,0 %	- 153 324
Vaccins ROR ^(b)	0,1 %	800	- 2,0 %	- 24 198	- 1,1 %	- 23 398
Vaccins antitétaniques (hors nourrissons)	- 18,9 %	- 705 344	- 20,2 %	- 968 105	- 19,6 %	- 1 673 449

(a) Vaccins anti-HPV contre les infections par papillomavirus humains

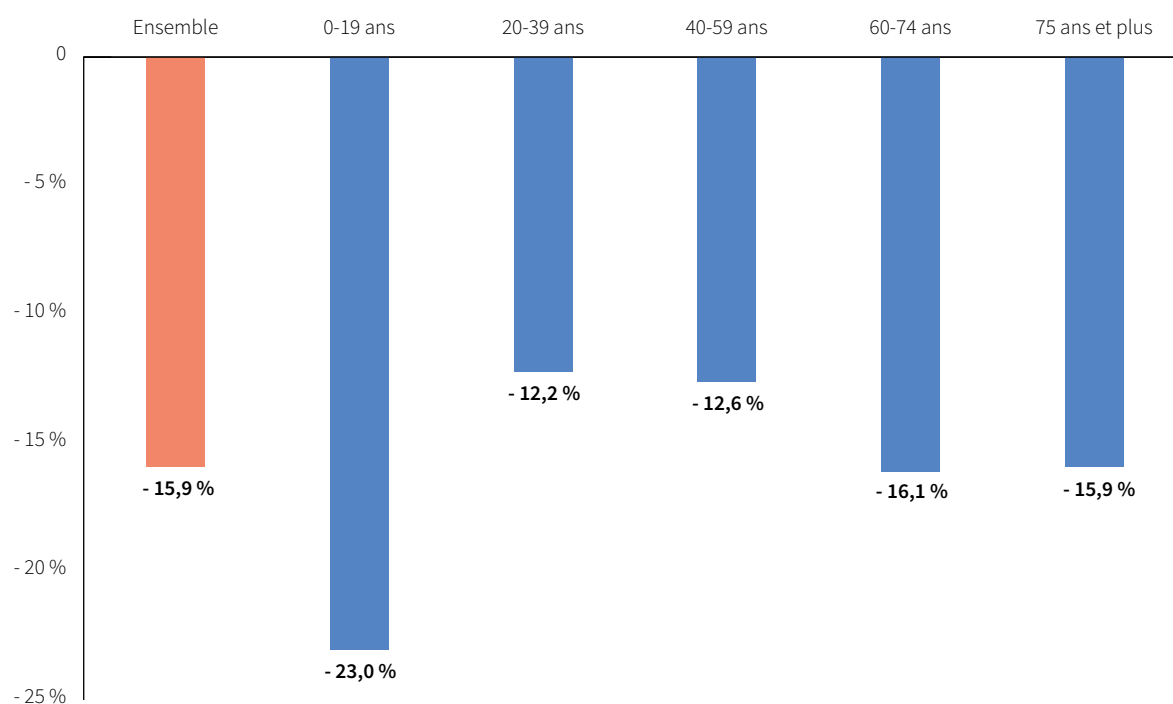
(b) Vaccins ROR contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Source : rapport Epi-Phare « Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 » - rapport final

65 Voir sur ce point la partie Santé mentale dans le chapitre 2 « Approche par pathologie » du présent rapport.

FIGURE 75

Évolution des délivrances d'antibiotiques observées par rapport à l'attendu, selon l'âge, sur la période 2020-2021



Source : rapport Epi-Phare « Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 » - rapport final

| 3.4 PROPOSITIONS

Propositions pour répondre aux impacts directs et indirects de la Covid-19

Proposition 3

Améliorer le taux de participation aux dépistages organisés des cancers (sein, col de l'utérus, colorectal)

- Simplifier et renforcer l'efficacité du modèle de gestion des invitations au dépistage dans le prolongement des recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) : « Le dépistage organisé des cancers en France » ;
- Structurer une démarche d'« aller vers », sur le modèle de la vaccination anti-Covid ;
- Mettre à disposition des médecins traitants la liste de leur patientèle éligible n'ayant pas réalisé son (ses) dépistage(s).

Proposition 4

Améliorer le taux de vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)

- Renforcer la promotion de la vaccination HPV chez les jeunes adolescents (au collège, lycée, sur les réseaux sociaux, etc.) ;
- Organiser une campagne d'invitation et de relance systématique aux parents d'enfants de 11 et 12 ans non (ou incomplètement) vaccinés ;
- Introduire un indicateur de rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour les médecins traitants de l'enfant.

4

APPROCHE POPULATIONNELLE : MATERNITÉ-PETITE ENFANCE

4.1 L'ENJEU D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE SUR LE CHAMP DE LA MATERNITÉ ET DE LA PETITE ENFANCE

4.1.1

Une période essentielle pour le bon développement et la construction de l'enfant, avec un impact pour la vie

La maternité et la petite enfance constituent une période essentielle pour le développement et la construction de l'enfant. L'ensemble des travaux existants, notamment ceux issus de la « Commission des 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant » présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik, relève l'intérêt de mettre l'accent sur le suivi préventif des enfants dans les premières années de vie.

Les « 1 000 premiers jours » désignent, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ensemble de la période allant de l'environnement périconceptionnel jusqu'à la fin de la première enfance [1]. Cette période doit faire l'objet d'une attention toute particulière, en raison de ses conséquences de long terme sur le développement de l'enfant, ses capacités d'apprentissage, ainsi que son avenir en bonne santé et les risques futurs de maladie à l'âge adulte. Les conditions de vie de l'enfant au cours de cette période ont un effet direct sur sa santé à l'âge adulte et sur son développement émotionnel, relationnel et cognitif.

Il s'agit en outre d'une période au cours de laquelle les inégalités sociales jouent un rôle majeur dans la détermination des inégalités de santé. Les inégalités de santé s'installent avant l'âge de 6 ans, voire dès 3 ans au regard de déterminants tels que la surcharge pondérale, l'exposition au tabac, les problèmes dentaires, les troubles du langage et du développement ou les troubles visuels.

Cette période doit être appréhendée dans son ensemble, de la période périnatale aux premières années de vie de l'enfant, jusqu'à ses 6 ans. La santé de la mère au cours de la gestation influe en effet directement sur la santé de l'enfant, tout comme le rôle des parents par la primoéducation et l'environnement qu'ils créent autour de l'enfant constitue un déterminant essentiel de sa santé à plus long terme.

4.1.2

Une ambition de l'Assurance Maladie qui s'articule avec des priorités nationales et une politique de partenariats déclinée localement

L'Assurance Maladie met d'ores et déjà en œuvre de nombreuses actions vis-à-vis de ces publics. Des parcours maternité et petite enfance ont ainsi été initiés en 2008 et renouvelés en 2011. Dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-2013, l'Assurance Maladie s'est engagée à concevoir des offres de services qui apportent une réponse globale aux besoins des assurés en intégrant à la fois des actions de remboursement, d'information, de conseil en santé et prévention et d'accompagnement, tout en mettant l'accent sur l'accès aux soins et la prévention des populations en difficulté afin de réduire les inégalités de santé. Le programme M'T dents, lancé en 2007, dont les résultats sont probants, est ainsi l'un des programmes phares de prévention de l'Assurance Maladie. Beaucoup des actions engagées ont produit des effets positifs, certaines demeurent difficiles à évaluer et d'autres doivent encore être renforcées.

Les actions menées par l'Assurance Maladie s'inscrivent en outre dans un ensemble de stratégies nationales. Outre la stratégie « 1 000 premiers jours », la Stratégie nationale de santé 2018-2022 [3] et le plan Priorité prévention mis en place en 2018 [4] accordent une attention particulière à la santé de l'enfant. Cet enjeu est également décliné dans de nombreuses stratégies spécifiques : programme national de réduction du tabagisme (PNRT), plan national santé environnement (PNSE), stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE)...

L'Assurance Maladie a également construit des partenariats avec les acteurs institutionnels intervenant sur ce champ, notamment l'Éducation nationale et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). La convention-cadre signée avec l'Éducation nationale en août 2019 vise ainsi à réduire dès les premières années de vie les inégalités de santé qui risquent de nuire à la réussite scolaire des enfants et des adolescents, augmentant en retour les inégalités sociales. La convention signée avec la CNAF en février 2022 vise quant à elle à renforcer les coopérations entre les deux branches dans le cadre de la lutte contre le non-recours aux droits et l'accompagnement des publics vulnérables.

Enfin, le renforcement des approches populationnelles constitue un des axes du programme Rénov'GDR visant à renouveler l'approche et l'action de l'Assurance Maladie en matière de gestion du risque. L'Assurance Maladie poursuit ainsi l'ambition d'améliorer la santé des femmes et des enfants, en permettant un accompagnement continu du parcours, de la grossesse aux 6 ans de l'enfant, au plus près des besoins et en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès de ces publics.

4.2 CARACTÉRISATION DE LA POPULATION CIBLE ET PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE SANTÉ

De nombreuses données permettent d'apprécier l'état de santé maternelle et infantile, notamment les taux de mortalité, qui constituent des indicateurs de santé importants, marqueurs de la qualité d'un système de santé.

L'Enquête nationale périnatale (ENP) 2021, réalisée sous la responsabilité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), et dont les résultats seront publiés d'ici la fin de l'année 2022, permettra d'apporter des connaissances nouvelles et actualisées sur la santé périnatale en France, notamment en produisant des indicateurs sur la santé, les pratiques médicales et les facteurs de risque au cours de cette période avec, pour la première fois, un suivi à deux mois pour la mère et l'enfant et un chaînage aux données du système national des données de santé (SNDS)⁶⁶.

Un certain nombre de constats peuvent cependant d'ores et déjà être partagés.

4.2.1

Après des années de lente amélioration, la mortalité infantile et périnatale stagne en France, qui se maintient dans une position peu favorable

La mortalité infantile⁶⁷ a connu une diminution considérable depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale dans les pays à hauts revenus et atteint désormais des taux relativement bas. Si cette baisse se poursuit dans certains pays, les données nationales et les comparaisons internationales mettent en évidence une stagnation de la mortalité infantile en France depuis une quinzaine d'années, la plaçant ainsi dans une situation peu favorable au sein des pays développés [Figure 76] [5]. La mortalité infantile étant principalement concentrée sur les premiers jours de vie.

La mortalité périnatale⁶⁸ connaît la même tendance. Elle s'élève en France à 10,2 pour mille en 2019, d'après les données hospitalières [6]. La mortalité périnatale est composée à 83 % par la mortinatalité (enfants nés sans vie par mort fœtale ou interruption médicale de grossesse), son autre composante étant la mortalité néonatale précoce dont le taux atteint 1,7 pour 1 000 naissances vivantes en 2019 [Figure 77].

Si des débats épidémiologiques existent sur l'analyse de l'évolution de la mortalité périnatale, les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et celles comptabilisées par l'état civil traduisent une relative stabilité.

L'identification des facteurs de risque de mortalité infantile et périnatale n'est pas aisée. Néanmoins, l'âge de la mère – en constante augmentation ces dernières années –, le caractère multiple de la grossesse, la consommation de tabac et d'alcool au cours de la grossesse constituent des facteurs de risque clairement identifiés. Il existe en outre un gradient social de mortalité périnatale marqué, ainsi que des disparités territoriales fortes. Le taux de mortalité périnatale est nettement plus élevé dans les départements et régions d'outre-mer (16,8 pour mille naissances vivantes, moyenne 2017-2019) qu'en France métropolitaine (10,1 pour mille naissances vivantes, moyenne 2017-2019) [6].

Les évolutions sociétales et celles des modalités de prise en charge de la maternité peuvent également avoir un impact, à la fois sur la mortalité infantile et périnatale, et sur sa comptabilisation. L'analyse des causes de la mortalité reste néanmoins insuffisante et appelle une amélioration du système d'information sur la mortalité périnatale.

⁶⁶ <https://enp.inserm.fr/>

⁶⁷ La mortalité infantile désigne le rapport entre le nombre de décès des enfants entre 0 et 364 jours et le nombre de naissances vivantes sur la même période. Elle comprend la mortalité néonatale précoce (entre 0 et 6 jours), la mortalité néonatale tardive (entre 7 et 27 jours) et la mortalité postnatale (entre 28 et 364 jours).

⁶⁸ La mortalité périnatale comprend tous les décès entre la 22^e semaine d'aménorrhée et les 6 premiers jours de vie. Elle regroupe la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce.

FIGURE 76

Comparaison du taux de mortalité infantile (nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an pour 1 000 naissances vivantes) dans plusieurs pays européens entre 2010 et 2019

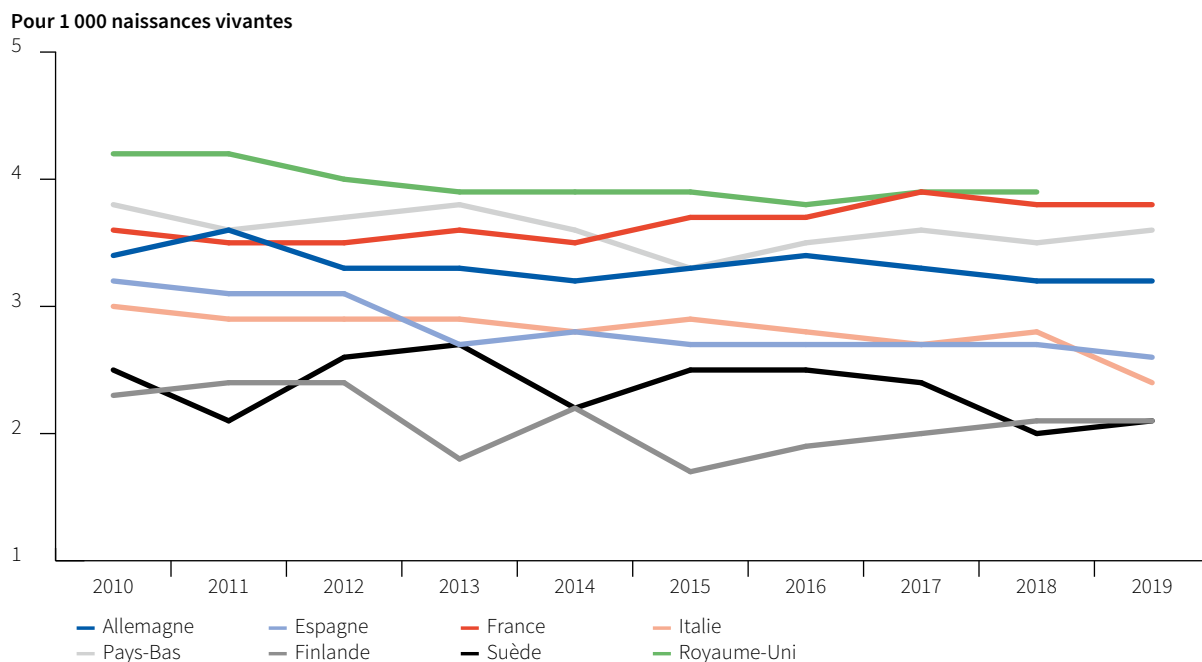
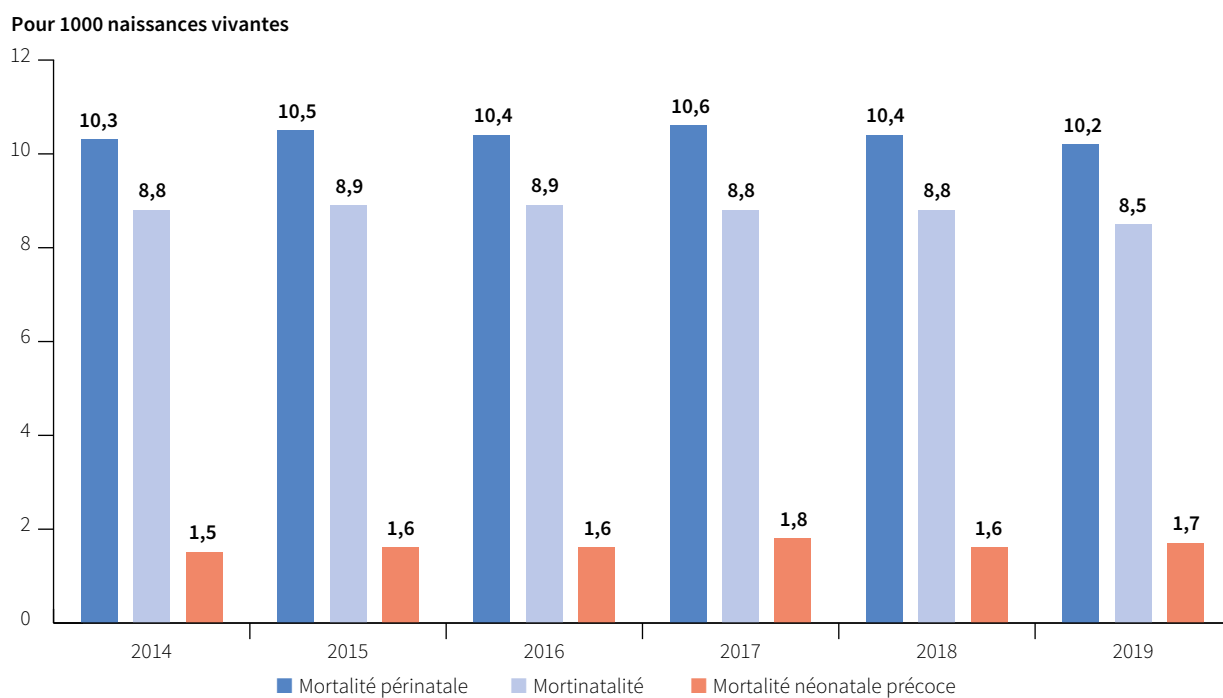


FIGURE 77

Évolution de la mortalité périnatale et de ses composantes (mortalité néonatale précoce) en France depuis 2014



Champ : naissances domiciliées en France

Source : Atih (PMSI MCO), exploitation Drees («Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019», Études et Résultats, n°1199, juillet 2021)

4.2.2

La santé maternelle : si la mortalité maternelle se situe à un niveau faible, certains facteurs de risque sont évitables

La mortalité maternelle⁶⁹ en France se situe à un niveau faible, dans la moyenne des pays comparables. Néanmoins, sur la période 2013-2015, 57,8 % des décès maternels sont considérés comme « probablement ou possiblement évitables » par l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) [7], étude de référence en la matière, preuve que des marges d'amélioration substantielles sont encore atteignables.

Sur la période 2013-2015, analysée par l'ENCMM, le ratio de mortalité maternelle (RMM) à 1 an était de 10,8 décès pour 100 000 naissances vivantes – soit 262 décès sur la période – et de 8,1 pour 100 000 décès pour la mortalité maternelle limitée à 42 jours (Figure 78). Ce taux est globalement stable par rapport aux périodes précédentes, cette stabilité pouvant néanmoins

être positivement relativisée compte tenu de l'amélioration du dispositif de surveillance.

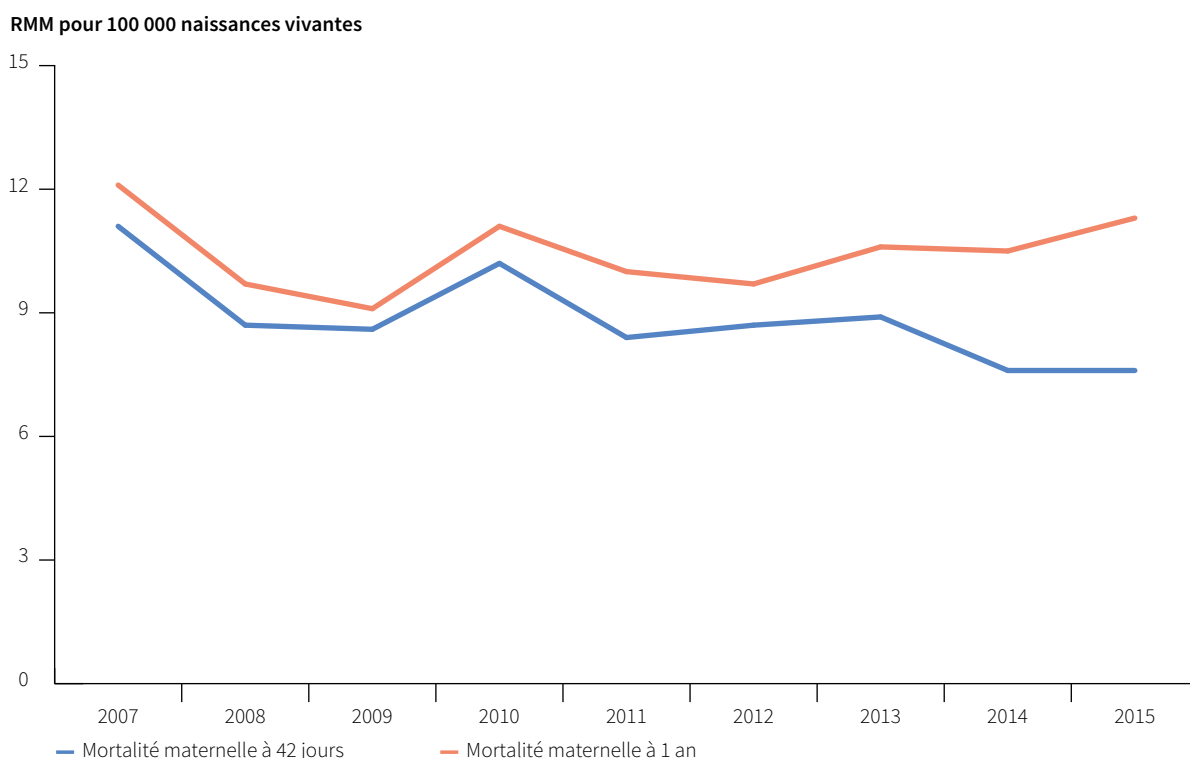
L'analyse des causes de décès maternels révèle que les maladies cardiovasculaires et le suicide constituent les deux premières causes de mortalité maternelle. La mortalité par hémorragie obstétricale, qui a longtemps été la première cause de mortalité maternelle, a été divisée par deux en quinze ans, sous l'effet d'une politique volontariste d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et d'anesthésie-réanimation obstétricale.

Certains facteurs d'aggravation du risque de mortalité maternelle restent néanmoins prédominants :

- l'âge de la mère : par rapport aux femmes âgées de 25 à 29 ans, le risque est multiplié par trois pour les femmes de 35-39 ans, et par quatre pour les femmes de plus de 40 ans ;
- l'obésité : le risque est multiplié par deux en cas d'obésité (24,4 % des morts maternelles surviennent parmi des femmes obèses) ;
- le pays de naissance : être née hors de France est un facteur de risque persistant de mortalité maternelle.

FIGURE 78

Évolution du ratio de mortalité maternelle (RMM) annuel à 42 jours et à 1 an de 2007 à 2015



Champ : France entière

Source : 6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015, Inserm, Santé publique France, janvier 2021

69 Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ». L'étude de mortalité maternelle peut également être étendue jusqu'à 1 an après la fin de grossesse, ce que fait l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM).

4.2.2.1 Les troubles psychiques chez la femme enceinte et la jeune mère sont fréquents, mais mal connus et insuffisamment repérés

Les périodes périnatale et postnatale constituent des périodes à risque de développer des troubles psychiques pour les mères, qu'il s'agisse d'une décompensation d'une pathologie antérieure ou de la survenue d'une pathologie en lien avec la puerpéralité.

Le suicide, qui peut être une des conséquences de la dépression du post-partum, constitue la deuxième cause de mortalité maternelle. Il est responsable de 56 % des morts maternelles survenant de 43 jours à 1 an après l'accouchement [7].

Fréquente et sous-diagnostiquée, la dépression du post-partum peut entraîner des effets potentiellement graves sur la mère et l'enfant, notamment sur son développement. Sa prévalence serait de l'ordre de 10 à 15 % selon les études. La « Commission des 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant » estime même

que sur 800 000 naissances chaque année, environ 30 % des mères mériteraient une attention particulière en raison d'une fragilisation plus ou moins grande liée à l'état de grossesse ou à l'accouchement [1].

Le dépistage précoce des troubles psychiques chez la femme enceinte et chez les jeunes mères, ainsi qu'une prise en charge coordonnée, est donc essentiel afin de prévenir les conséquences à court ou long terme sur la mère et son enfant. C'est la raison pour laquelle deux nouveaux entretiens postnataux précoces visant notamment à repérer la dépression du post-partum ont été récemment introduits [Encadré 12].

L'Assurance Maladie souhaite en parallèle que les sages-femmes, en première ligne pour détecter les fragilités psychiques chez la femme enceinte ou la jeune mère, puissent adresser directement les femmes en souffrance psychique d'intensité légère à modérée aux psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif MonPsy.

ENCADRÉ 12

DEUX NOUVEAUX ENTRETIENS VISANT NOTAMMENT À FAVORISER LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM

Jusqu'à présent, le parcours postnatal était principalement composé d'un examen postnatal (à réaliser entre la 6^e et la 8^e semaine après l'accouchement) et de deux séances de suivi postnatales (à réaliser entre le 8^e jour suivant la naissance et l'examen postnatal).

L'avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes, signé le 20 décembre 2021 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les représentants des sages-femmes (Organisation nationale syndicale des sages-femmes – ONSFF – et

Union nationale et syndicale des sages-femmes – UNSFF) a enrichi ce parcours d'un entretien postnatal, renforcé en termes de contenu, ayant principalement pour objectif de favoriser le repérage de la dépression du post-partum.

L'entretien postnatal précoce, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2022, peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin, si possible au domicile de la mère, et a pour objectif de repérer les premiers signes de la dépression du post-partum ou les facteurs de

risque qui y exposent, et d'évaluer le cas échéant les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement.

Cet entretien sera systématiquement proposé à toute femme de la 4^e à la 6^e semaine après l'accouchement, afin de détecter d'éventuelles fragilités psychiques de la mère. Un second entretien sera de surcroît proposé de la 10^e à la 14^e semaine après l'accouchement, aux femmes primipares ainsi qu'aux femmes qui présentent un facteur de risque psychologique.

4.2.3

Les enfants de 0 à 6 ans, une population globalement en bonne santé mais avec de fortes disparités

Les enfants âgés de 0 à 6 ans constituent une population globalement en bonne santé. La prévalence des pathologies demeure faible dans cette classe d'âge, les plus courantes étant l'asthme, l'obésité et les troubles du neurodéveloppement.

L'analyse des affections de longue durée (ALD) – qui concernent 2,6 % des enfants âgés de 0 à 6 ans en 2018-2019 – ne permet pas une description parfaitement fiable des caractéristiques de santé de cette population. La prévalence des pathologies de l'enfant telle que décrite par l'analyse des ALD est probablement

sous-estimée : certains patients peuvent ne pas avoir été diagnostiqués, présenter des symptômes mineurs ou transitoires ou ne pas nécessiter une déclaration en ALD pour bénéficier de la gratuité des soins.

L'analyse des ALD selon les ratios de défavorisation sociale et le statut d'affilié à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet néanmoins de mettre en évidence l'existence de fortes disparités sociales : la prévalence des pathologies chroniques est plus élevée chez les enfants les plus défavorisés, les ratios de défavorisation étant supérieurs à 1, quelle que soit la pathologie étudiée (**Tableau 35**).

Les caractéristiques de santé des jeunes enfants sont également documentées par plusieurs études, notamment les enquêtes nationales sur la santé des enfants (en classe de grande section de maternelle, de CM2 et de 3^e) réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

TABEAU 35

Prévalence des affections de longue durée (ALD) les plus enregistrées chez les enfants de moins de 6 ans en 2018 et suivis un an après leur naissance ou leur anniversaire, et ratios selon l'indice de défavorisation sociale et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

	Prévalence 0-6 ans	Ratio FDep Q5/Q1 ^(a)	Ratio CMU-C / Non CMU-C
Au moins une ALD	2,60 %	1,41	1,64
Troubles envahissants du développement	0,34 %	1,45	2,32
Asthme	0,21 %	1,01	1,11
Épilepsie	0,11 %	1,35	1,60
Malformations congénitales des cloisons cardiaques	0,10 %	1,50	1,34
Anomalies morphologiques congénitales du pied	0,09 %	1,25	1,14
Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage	0,09 %	2,34	2,16
Anomalies liées à la brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classées ailleurs	0,08 %	1,53	1,75
Retard mental, sans précision	0,08 %	1,69	2,21
Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés atteignant plusieurs systèmes	0,06 %	1,29	1,30
Syndrome de Down	0,06 %	1,38	2,26

(a) FDep Q1 : enfants les moins défavorisés ; FDep Q5 : enfants les plus défavorisés

Source : Cnam (SNDS)

4.2.3.1 Les troubles du neurodéveloppement, un ensemble divers dont la prévalence est difficile à estimer

La Haute Autorité de santé (HAS) définit les troubles du neurodéveloppement (TND) comme « un ensemble d'affections qui débutent [durant la période du développement et] entraîn[an]t des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution de fonctions spécifiques intellectuelles, motrices [...] ou sociales. » [9]. Le repérage et la prise en charge précoce des TND constituent une priorité de santé publique, le développement des fonctions cérébrales de l'enfant se faisant surtout pendant les 1 000 premiers jours de vie.

Les troubles du neurodéveloppement recouvrent un large champ incluant notamment les handicaps intellectuels, les troubles de la communication, les troubles du spectre de l'autisme (TSA), les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles moteurs, les déficits de l'attention/hyperactivité⁷⁰.

Selon la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022 [10], les TND touchent 5 % de la population, soit environ 35 000 naissances par an. Les troubles du spectre de l'autisme représenteraient entre 0,9 % et 1,2 % des naissances, soit environ 7 500 bébés chaque année.

La mesure du taux de prévalence des troubles du neurodéveloppement et de l'autisme est complexe, notamment car les enfants atteints de TND suivis exclusivement par les centres médico-psychopédagogiques (CMPP) ne peuvent pas être identifiés dans le système national des données de santé (SNDS). Une analyse des données issues du SNDS, reposant sur l'utilisation du code F84 de l'ALD, permet d'estimer que la prévalence des troubles du spectre de l'autisme atteint 0,71 % parmi les enfants âgés de 5 à 9 ans. Ces données sont comparables à celles issues des deux registres français des handicaps de l'enfant.

Les différentes études mettent en évidence une tendance à la hausse qui peut notamment s'expliquer par une évolution des critères de diagnostic et un meilleur repérage précoce.

Néanmoins, de nombreuses personnes atteintes de troubles du neurodéveloppement ne sont pas identifiées. La persistance d'un sous-diagnostic des troubles du spectre de l'autisme, souvent associés à d'autres troubles du neurodéveloppement, souligne la nécessité de systématiser le repérage et d'accélérer le diagnostic. Ainsi, les pouvoirs publics ont intégré cet impératif qui repose notamment sur la création des plateformes de coordination et d'orientation (PCO).

4.2.4

Des déterminants qui influent fortement sur la santé de la mère et de l'enfant et sur lesquels l'Assurance Maladie peut agir

La Stratégie nationale de santé a mis un accent sur la nécessité d'agir sur les déterminants de santé. C'est la raison pour laquelle l'approche populationnelle présentée ici entend cibler les principaux déterminants de la santé de la mère et de l'enfant, qu'ils soient individuels, environnementaux, sociaux ou économiques, ces déterminants étant pour la plupart similaires entre la mère et l'enfant.

4.2.4.1 Les inégalités sociales et territoriales

Les caractéristiques socio-économiques des mères et des enfants constituent des déterminants de santé importants. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), « les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître » et se creusent durant l'enfance » [11]. Les études ont en effet montré que l'état de santé des femmes enceintes et des jeunes enfants (indicateurs périnataux, prévalence de certaines pathologies...) dépend fortement de facteurs socio-économiques (niveau de diplôme de la mère, revenu, catégorie socioprofessionnelle...).

L'analyse des facteurs de risque chez les femmes enceintes selon la catégorie socioprofessionnelle, réalisée dans le cadre de l'enquête nationale périnatale 2016 [12], démontre une sur-représentation de facteurs de risque évitables dans les milieux les plus modestes :

- 94,2 % des femmes cadres déclarent ne pas avoir fumé durant leur grossesse, contre 76,7 % des femmes employées et 66,3 % des ouvrières ;
- 5,3 % des femmes cadres étaient obèses, contre 14,3 % des employées et 17,3 % des femmes ouvrières.

Les inégalités de santé sont marquées dès le plus jeune âge. La prévalence du surpoids et de l'obésité est à cet égard particulièrement révélatrice. Selon l'enquête nationale sur la santé des élèves de grande section de maternelle en 2012-2013 de la Drees [8], la surcharge pondérale⁷¹ concernait 7 % des enfants de cadres, 14 % des enfants d'employés et 16 % des enfants d'ouvriers.

70 Selon la définition du DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition).

71 La surcharge pondérale inclut le surpoids et l'obésité.

La prise en compte du gradient social doit ainsi être au centre de l'approche populationnelle maternité-petite enfance que l'Assurance Maladie entend renforcer.

Les inégalités territoriales peuvent quant à elles résulter de la prégnance de fragilités économiques et sociales au sein d'un territoire (territoires ultramarins notamment), d'une moindre accessibilité au système de soins ou encore d'un moindre accès aux soins.

4.2.4.2 Les facteurs comportementaux : le tabac, l'alcool, le surpoids et l'obésité

Les conditions de vie et les comportements de santé des femmes enceintes ont un impact important sur les enfants *in utero* et leur développement.

Les risques sont particulièrement élevés concernant la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives. Selon le Baromètre santé 2017, publié par Santé publique France [13] :

- 11,7 % des mères d'enfants de 5 ans ou moins déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse, 10,7 % déclarant l'avoir fait uniquement pour les grandes occasions ;
- 27,9 % des femmes déclaraient qu'elles fumaient lorsqu'elles ont appris être enceintes ; parmi elles, 30 % ont arrêté de fumer dès qu'elles l'ont appris, 20 % pendant leur grossesse, 44 % ont

diminué la quantité de tabac fumé et 6 % n'ont pas diminué. La moitié des femmes enceintes ont ainsi continué à fumer malgré la grossesse.

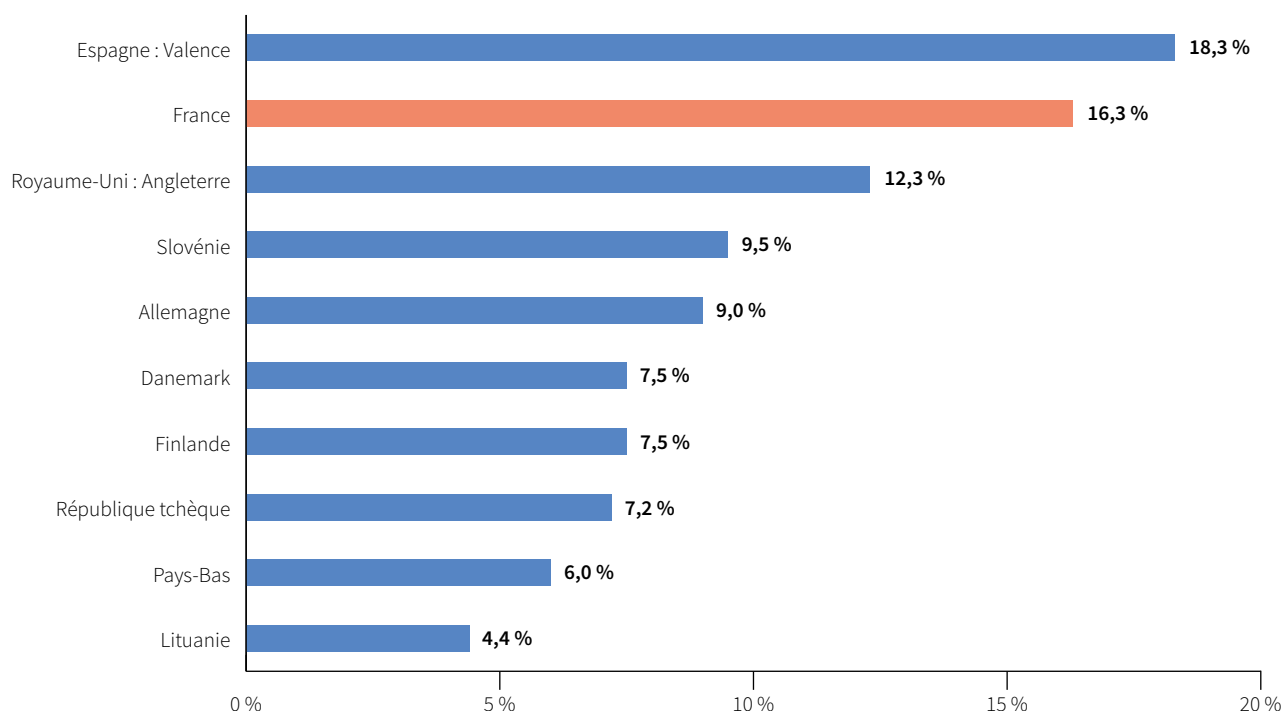
La comparaison des données issues de l'enquête Euro-Peristat 2018 [15], réalisée auprès des femmes enceintes et enfants en 2015, montre que la France se situe dans une situation très peu favorable en matière de consommation de tabac au cours de la grossesse [Figure 79].

Le surpoids et l'obésité sont également des déterminants importants de la santé de la mère et de l'enfant. Selon les données de l'enquête Euro-Peristat 2018, 20 % des femmes françaises enceintes sont en surpoids et 11,8 % sont obèses (contre 9,9 % en 2010), la France se situant dans la moyenne des pays européens [Figure 80]. Le risque de mortalité maternelle est multiplié par deux chez les femmes obèses [7].

Des études épidémiologiques ont montré une association entre l'obésité dans l'enfance et une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte, en raison notamment de risques cardiovasculaires accrus. Si l'étiologie du surpoids et de l'obésité commune est multifactorielle (facteurs génétiques et biologiques, psychologiques, socioculturels et environnementaux), ses conséquences sanitaires sont démontrées. En 2013, 12 % des enfants de grande section de maternelle étaient en surcharge pondérale et 3,5 % étaient obèses [8].

FIGURE 79

Part de femmes consommant du tabac durant leur grossesse selon le pays de résidence, en 2015

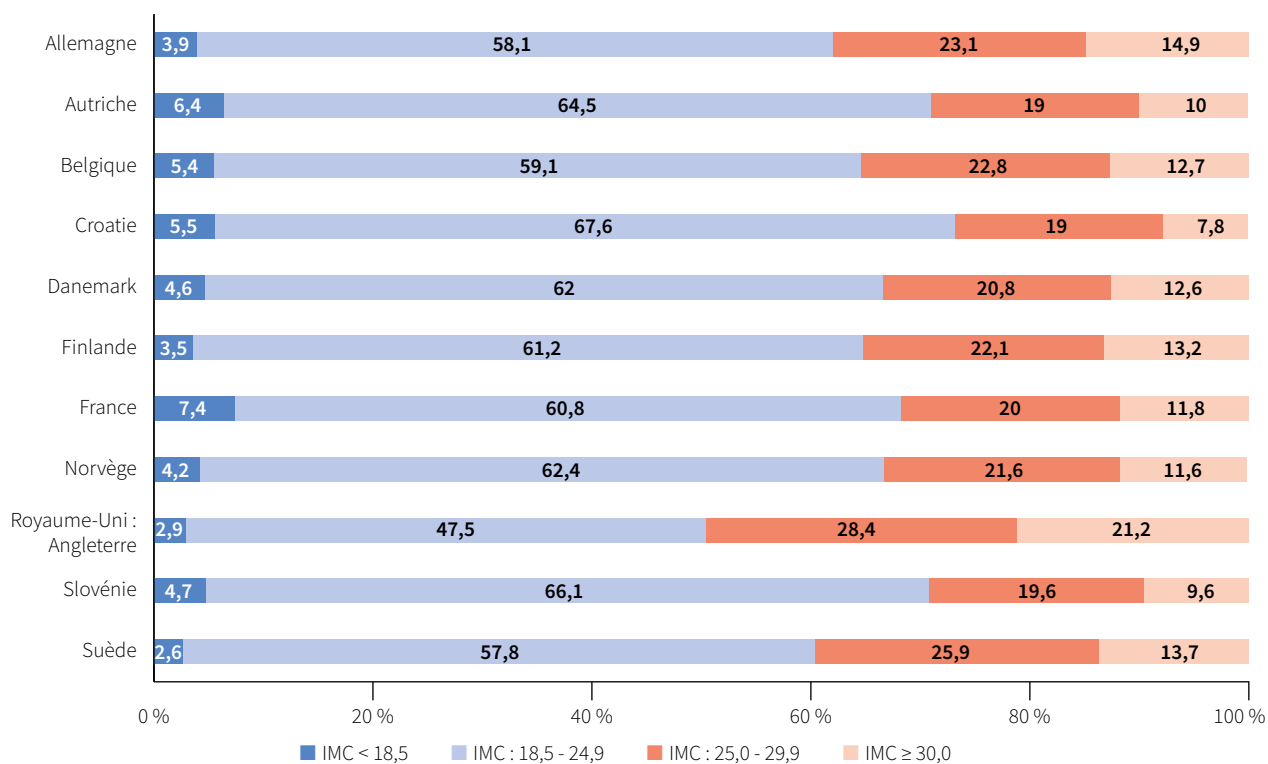


Champ : femmes ayant accouché (naissance vivante ou mortinatalité)

Source : Euro-Peristat, Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015, novembre 2018

FIGURE 80

Distribution de l'indice de masse corporel (IMC) des femmes enceintes selon le pays de résidence, en 2015



Source : Euro-Peristat, Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015, novembre 2018

4.2.4.3 La vaccination

La vaccination est le moyen de prévention le plus efficace pour protéger les femmes enceintes et les jeunes enfants contre certaines infections graves et constitue ainsi un enjeu majeur de santé publique.

La vaccination protège à la fois la femme enceinte et l'enfant à naître durant les mois où il est le plus fragile. Les niveaux de vaccination des femmes enceintes demeurent toutefois très largement insuffisants, suggérant une faible adhésion à la vaccination au cours de la grossesse, alors même qu'il s'agit d'une période à risque, pour la mère comme pour l'enfant.

La vaccination contre la grippe des femmes enceintes est recommandée par le Haut Conseil en santé publique (HSCP) depuis 2012, quel que soit le trimestre de grossesse [15]. Le risque d'hospitalisation⁷² ou de décès est plus élevé parmi les groupes à haut risque, parmi lesquels figurent notamment les très jeunes enfants et les femmes enceintes. La vaccination contre la grippe protège à la fois la femme enceinte et l'enfant à la naissance durant ses premiers mois, où il est le plus fragile. Si le taux de

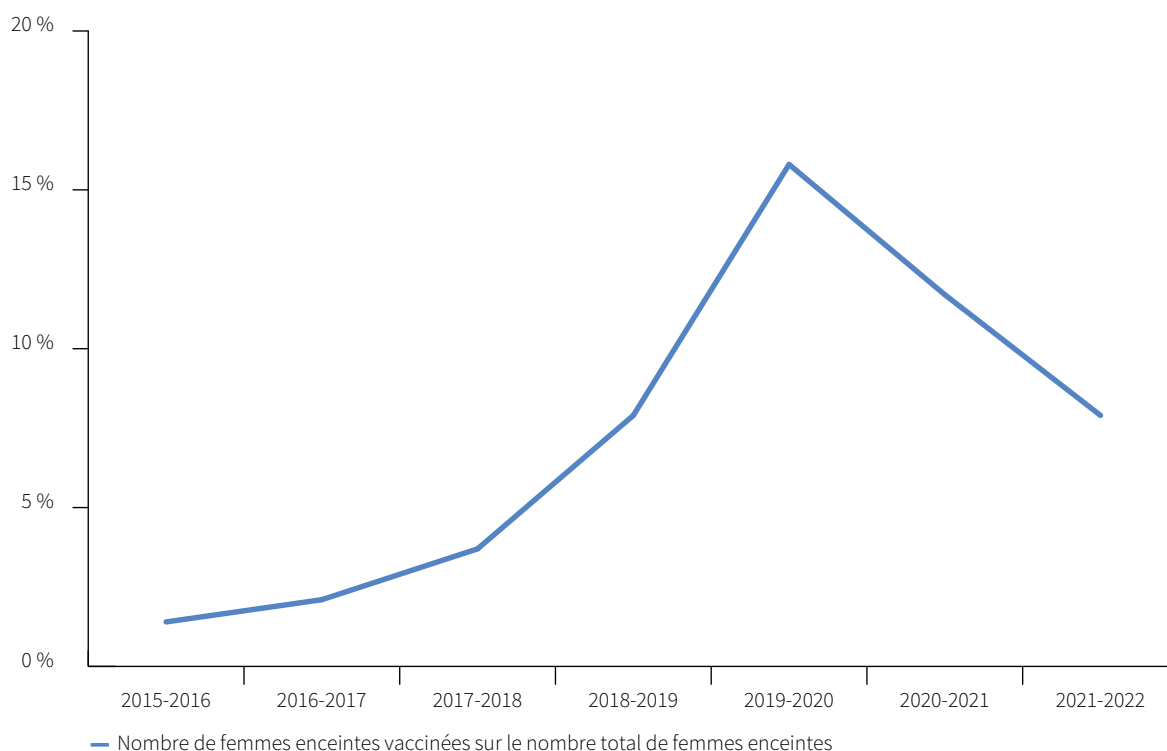
vaccination a significativement augmenté ces dernières années, il demeure insuffisant et en nette diminution depuis 2020. La couverture vaccinale contre la grippe des femmes enceintes âgées de 18 à 44 ans s'élève à 7,9 % pour la campagne 2021-2022 [Figure 81].

Selon une étude conduite par le groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare [16], la grossesse semble constituer un frein à la vaccination contre la Covid-19, alors que celle-ci est fortement recommandée en raison des risques augmentés, pour la mère, de Covid sévère avec hospitalisation en unité de soins intensifs, de complication de la grossesse et, pour l'enfant, de naissance prématurée. Malgré une nette amélioration depuis janvier 2022, on recensait encore, début mars 2022, 25,4 % des femmes enceintes qui n'avaient reçu aucun vaccin contre la Covid-19, cette proportion étant plus marquée parmi les populations défavorisées, jeunes et dans les régions ultramarines.

Depuis avril 2022, la HAS recommande, en outre, la vaccination contre la coqueluche chez la femme enceinte, à partir du deuxième trimestre de grossesse à chaque grossesse [17].

FIGURE 81

Part des femmes enceintes âgées de 18 à 44 ans vaccinées^(a) contre la grippe saisonnière



(a) Période de vaccination : du 1^{er} septembre de l'année n au 31 janvier de l'année n+1

Champ : régime général hors SLM - France entière
Source : Cnam (SNDS)

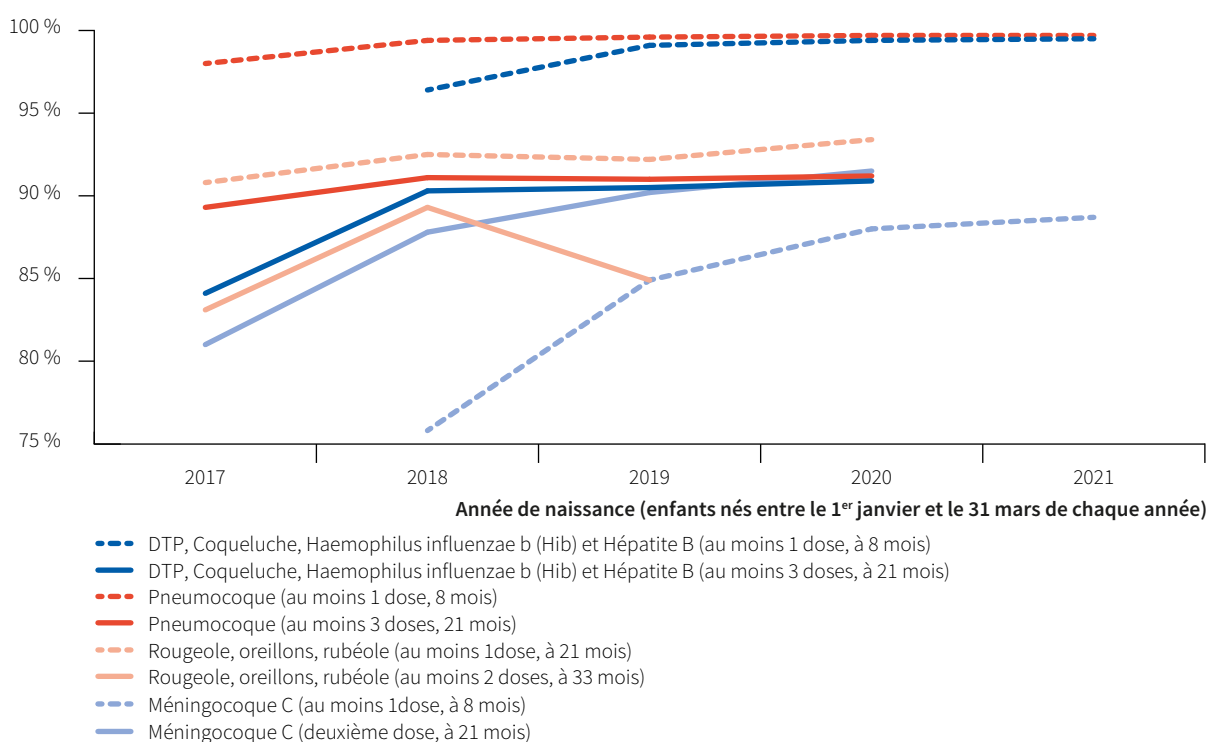
⁷² Le risque d'hospitalisation pour complications respiratoires est plus élevé chez la femme lors de la grossesse avec un risque multiplié entre 1,7 et 7,9 fois en fonction du trimestre de grossesse ou d'un autre facteur de risque associé (Dodds L, et al. Impact of influenza exposure on rates of hospital admissions and physician visits because of respiratory illness among pregnant women. CMAJ 2007; 176 (4): 463-68).

Les niveaux insuffisants de couverture vaccinale chez les enfants et la nécessité d'enrayer les maladies infectieuses ont conduit les pouvoirs publics à étendre l'obligation vaccinale chez les enfants de moins de 2 ans. La loi du 30 décembre 2017 a ainsi étendu l'obligation vaccinale, jusque-là réservée aux vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, à huit vaccins supplémentaires, pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018.

Depuis l'entrée en vigueur de l'obligation vaccinale, une augmentation du recours à la vaccination chez les nourrissons est observée (**Figure 82**), notamment s'agissant du vaccin contre le méningocoque C et contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), dont la couverture doit être sécurisée [18].

FIGURE 82

Évolution du taux de couverture vaccinale pour les onze vaccins obligatoires de l'enfant, selon la cohorte de naissance depuis 2017



Champ : données au 31 décembre 2021 - France entière
Source : Cnam (SNDS-DCIR), exploitation Santé publique France

La vaccination des enfants a néanmoins subi un impact négatif en 2021 en raison de la crise sanitaire et des différents confinements, ce déficit s'étant prolongé en 2022, d'après des travaux du groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare (non encore publiés).

La vaccination des nourrissons (vaccins penta et hexavalents) et, dans une moindre mesure, la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) ont fortement chuté pendant le premier confinement, avant de reprendre des niveaux davantage

conformes aux niveaux attendus (**Tableau 36**). La situation s'est néanmoins poursuivie sur l'année 2021, avec un déficit par rapport à l'attendu de 24 200 pour le ROR (- 2 % par rapport à l'attendu).

L'amélioration de la situation sanitaire devrait permettre en 2023 un retour à des niveaux équivalents à la situation avant la crise sanitaire, mais des progrès doivent encore être faits pour accroître la couverture vaccinale.

TABLEAU 36

Évolution et écart du nombre de délivrances de vaccins penta-hexavalents pour nourrissons et de vaccins ROR^(a) observé par rapport à l'attendu, en 2020 et 2021

	Année 2020		Année 2021		Années 2020-2021	
	S12 à S51		S1 à S50		S12(2020) à S50(2021)	
	Évolution (observé- attendu)	Écart (observé- attendu)	Évolution (observé- attendu)	Écart (observé- attendu)	Évolution (observé- attendu)	Écart (observé- attendu)
Vaccins penta-hexavalents pour nourrissons	- 3,3 %	- 55 320	- 4,7 %	- 98 004	- 4,0 %	- 153 324
Vaccins ROR	+ 0,1 %	+ 800	- 2,0 %	- 24 198	- 1,1 %	- 23 398

(a) Vaccins ROR contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Source : rapport Epi-Phare « Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 » - rapport final

4.2.4.4 La consommation de médicaments

L'exposition des femmes enceintes à des médicaments aux effets potentiellement indésirables demeure élevée en France

La consommation de médicaments chez la mère au cours de la période embryonnaire et fœtale peut entraîner des effets néfastes sur le développement de l'enfant. La période de l'allaitement est également une période à risque. Aucune prise médicamenteuse pendant la grossesse n'est donc recommandée sauf si elle est strictement nécessaire.

Plusieurs études ont montré que l'exposition à des médicaments fœtotoxiques ou tératogènes au cours de la grossesse, bien que faible, est encore trop élevée, particulièrement chez les femmes françaises.

Une étude réalisée à partir des données issues du système national des données de santé (SNDS) [19] a analysé les remboursements de médicaments de près de 1,7 million de femmes enceintes entre 2016 et 2017. 91,2 % des femmes enceintes ont été exposées à au moins un médicament au cours de la grossesse et la moitié à six médicaments ou plus. L'étude a en outre mis en évidence l'exposition à des médicaments dont les effets délétères sont connus, notamment les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les cyclines, les rétinoïdes, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antiépileptiques (dont l'acide valproïque) ou encore les sartans. Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude réalisée en 2016 par l'Institut Pasteur [20] qui a montré qu'en moyenne une femme enceinte consomme neuf médicaments durant sa grossesse.

Afin de sensibiliser aux risques liés à la prise de médicaments pendant la grossesse et améliorer leur bon usage, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a lancé en 2021 une campagne d'information à destination des femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, ainsi que des professionnels de santé qui les accompagnent.

L'ANSM a également mené une enquête sur les connaissances et les pratiques des femmes concernées, ayant notamment permis de montrer que seules trois femmes sur dix déclarent de manière affirmée se sentir suffisamment informées sur les risques liés à la prise de médicaments pendant la grossesse. L'ANSM a en conséquence développé une campagne « Enceinte, les médicaments, c'est pas n'importe comment ! » déclinée en outils d'information à destination du grand public⁷³ et des professionnels de santé⁷⁴. Elle a également conçu des dossiers sur différentes thématiques, notamment le traitement de la douleur pendant la grossesse comportant les traitements suivants : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), paracétamol, tramadol, triptans.

À partir des éléments développés par l'ANSM, l'Assurance Maladie a quant à elle introduit, dans le cadre de la convention des pharmaciens, un nouvel entretien court de prévention à destination des femmes enceintes **[Encadré 13]**.

73 Notamment brochures d'information, dépliants et vidéos : 4 règles d'or. « Préparez votre grossesse avec votre médecin ou votre sage-femme ; Ne faites pas d'automédication ; N'arrêtez jamais seule votre traitement ; Informez tous les professionnels de santé qui vous suivent ».

74 Fiche mémo réalisée avec le Collège de la médecine générale (CMG), fiche pratique pour les pharmaciens, etc.

Une campagne d'échanges confraternels à destination des gynécologues et médecins généralistes ayant des femmes enceintes dans leur patientèle sera également lancée. L'objectif de cette campagne sera d'aider le professionnel à prendre en charge la douleur chez la femme enceinte tout en évitant les risques pour l'enfant à naître⁷⁵. La prescription d'un médicament étant ainsi réfléchi en fonction de la période de grossesse, de la qualité des données concernant l'emploi de la molécule en question et de la balance entre le bénéfice maternel et le risque pour le fœtus.

Cette action vise à sensibiliser le professionnel au choix de la molécule la mieux adaptée dans le contexte clinique, à prescrire si possible en monothérapie, à la plus faible dose efficace et avec une réévaluation régulière de la prescription s'il y a lieu.

Un « volet patient » sera intégré à cette campagne afin de pouvoir mettre à disposition des patientes des informations rappelant des éléments de contexte et délivrer les bons réflexes à avoir lors de la prise de médicaments contre la douleur.

ENCADRÉ 13

UN NOUVEL ENTRETIEN COURT DE PRÉVENTION PAR LE PHARMACIEN

La Convention nationale pharmaceutique entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie, signée le 9 mars 2022, a introduit un nouvel accompagnement, de courte durée, visant à sensibiliser les femmes enceintes aux risques liés à la consommation de substances tératogènes ou fœtotoxiques

pendant la grossesse et, le cas échéant, à l'importance de la vaccination. La réalisation d'un entretien court par le pharmacien, proposé de manière proactive, permet notamment de sensibiliser la femme enceinte à la prise de médicaments en automédication et d'évoquer les risques liés à la consommation ou à l'utilisation

d'autres substances (alcool, compléments alimentaires, phytothérapie et aromathérapie...).

Cette action vise ainsi à relayer la campagne « Enceinte, les médicaments, c'est pas n'importe comment ! » de l'ANSM.

La consommation médicamenteuse des enfants de moins de 6 ans est élevée et supérieure aux pays comparables

La population pédiatrique, et notamment les enfants les plus jeunes, est également particulièrement vulnérable aux effets indésirables des médicaments. De plus, le profil de sécurité de nombreux médicaments utilisés en pédiatrie n'est que partiellement connu dès lors que ceux-ci ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication pédiatrique. Ces éléments devraient inciter à des prescriptions raisonnées dans la population pédiatrique.

Une étude a analysé la prévalence des prescriptions pédiatriques ambulatoires en 2018-2019 par rapport à la période 2010-2011 [21]. Elle a mis en évidence la persistance d'un niveau de prescriptions pédiatriques très élevé en France, particulièrement chez les enfants de moins de 6 ans. L'étude révèle ainsi que sur la période 2018-2019 :

- en moyenne, 86 enfants de moins de 18 ans sur 100 ont été exposés à au moins une prescription médicamenteuse au cours d'une année, ce qui correspond à une augmentation de 4 % par rapport à 2010-2011 ;
- les enfants de moins de 6 ans représentaient la catégorie la plus exposée aux médicaments avec plus de 97 enfants sur 100 concernés sur une année ;

- les classes thérapeutiques les plus prescrites étaient les analgésiques (64 %), les antibiotiques (40 %), les corticoïdes par voie nasale (33 %), la vitamine D (30 %), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (24 %), les antihistaminiques (25 %) et les corticoïdes par voie orale (21 %).

La France est un des pays les plus prescripteurs de médicaments en pédiatrie ambulatoire parmi les pays considérés dans l'étude. La fréquence des prescriptions est tout particulièrement élevée s'agissant des corticoïdes oraux et des antibiotiques (alors même que la prescription inadaptée d'antibiotiques augmente les résistances bactériennes).

L'analyse comparée de la prévalence d'au moins une prescription pédiatrique ambulatoire parmi onze pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) fait en effet ressortir le niveau le plus élevé en France (au moins une prescription pour 857 patients pédiatriques pour 1000 en France contre 480 en Suède) [22].

Cette étude a montré des variations internationales considérables dans la prévalence des prescriptions pédiatriques qui peuvent être associées à la structure des systèmes de soins de santé, aux attitudes du public envers les médicaments, à la prescription des produits en accès libres (produits n'étant pas sur prescription) par les médecins, et aux directives nationales.

⁷⁵ La tératogénicité représente une constellation d'anomalies observées chez le fœtus comprenant la mort fœtale, les malformations anatomiques, des effets physiologiques ou métaboliques sur le fœtus, un retard de croissance et une naissance prématurée. Des conséquences sur l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine et sur le développement de l'enfant sont aussi possibles. La tératogénicité peut être consécutive à l'exposition à un médicament, mais aussi à d'autres agents tératogènes comme l'exposition à des agents infectieux, toxiques, aux radiations, ou dans le cadre d'un déficit vitaminique. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-347/antalgie-medicamenteuse-et-grossesse>

Par rapport aux autres pays, en France, les antibiotiques, corticoïdes et antiasthmatiques seraient plus prescrits tandis que les psychoanaleptiques et contraceptifs oraux le seraient moins. Les résultats suggèrent que les facteurs associés aux prescriptions pédiatriques parmi ces médicaments avec des effets indésirables graves potentiels méritent d'être davantage explorés pour orienter les campagnes d'éducation et décisions réglementaires dans certains pays membres de l'OCDE.

Compte tenu du niveau de consommation médicamenteuse chez les enfants en France par rapport à des pays comparables à la France, une campagne de sensibilisation sera déployée à destination des médecins généralistes pour promouvoir la juste prescription des médicaments chez les enfants. Basées sur les consommations de médicaments en pédiatrie en France par rapport aux autres pays de l'étude, des économies de l'ordre de 20 millions d'euros peuvent être attendues en faisant l'hypothèse d'une moindre prescription de l'ordre de 15 %⁷⁶.

⁷⁶ Le prix moyen toutes taxes comprises (TTC) constaté d'une boîte de médicament est de 10,60 euros selon le rapport d'activité 2020 du Comité économique des produits de santé (Ceps). Selon l'étude, 86 % des enfants ont au moins eu une prescription médicamenteuse en France, soit 12,1 millions d'enfants si l'on couple avec le nombre d'enfants de 0 à 17 ans constaté par l'Insee en 2018. Une moindre prescription de 15 % générerait des économies de 20 millions d'euros.

4.3 UNE OFFRE DE PRÉVENTION, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SUIVI STRUCTURÉE À TOUS LES STADES DE LA GROSSESSE ET DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

4.3.1

Une offre d'information et d'accompagnement personnalisée en direction des femmes enceintes et des jeunes parents

L'Assurance Maladie a mis en place une offre d'information et d'accompagnement multicanal et personnalisée à destination des femmes enceintes et des jeunes parents.

Des informations personnalisées sont adressées par l'Assurance Maladie aux femmes enceintes dès réception de la déclaration de grossesse. Un courrier de réception de la déclaration de grossesse et un calendrier personnalisé des différentes étapes du suivi médical sont envoyés et un guide « Ma Maternité » est mis en ligne sur le site ameli.fr. Cette même offre d'information est adressée aux parents dès la réception de la déclaration de la naissance.

Des campagnes nationales d'information, prenant la forme d'envoi de courriers papier, de SMS et d'e-mails personnalisés, sont adressées aux femmes enceintes et aux jeunes parents. Ainsi, les femmes enceintes sont invitées au quatrième mois de grossesse à bénéficier d'un examen bucco-dentaire et du vaccin contre la grippe saisonnière. Au huitième mois de grossesse, des informations sur la préparation du retour à domicile, le congé paternité et les premiers examens de l'enfant sont également adressées.

Un message d'information est adressé à chaque parent pour inciter à la réalisation des examens obligatoires et vaccinations à 2 mois, 4 mois, 10 mois et 22 mois, ainsi qu'à tous les parents d'enfants de 3 et 6 ans pour inciter à la réalisation d'un examen bucco-dentaire dans le cadre du dispositif M²T dents. Enfin, des campagnes d'information ciblent les parents d'enfants non vaccinés ou de manière incomplète contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) et les parents d'enfants éligibles à la vaccination contre la grippe.

Les taux de délivrabilité⁷⁷ et de consultation de ces messages, relativement élevés (**Tableau 37**), témoignent de l'efficacité de ces campagnes d'information multicanal.

TABLEAU 37

Taux de pénétration des campagnes d'information sur la vaccination contre la grippe chez les femmes enceintes (A) et les examens obligatoires de l'enfant (B)

A - Campagne sur la vaccination contre la grippe chez les femmes enceintes

(campagne hebdomadaire – données du 27/10/2021 au 15/01/2022)

	Population initiale	Taux de délivrabilité	Taux d'ouverture	Taux de clics
Campagne e-mail	95 342	99,40 %	83,19 %	5,34 %
Campagne SMS	2 565	93,02 %	-	-

B - Campagne sur les examens obligatoires de l'enfant

(campagne mensuelle, données de mai 2021 à début juin 2022)

	Population initiale	Taux de délivrabilité	Taux d'ouverture	Taux de clics
Campagne e-mail	341 627	99,57 %	57,22 %	7,69 %
Campagne SMS	96 175	97,28 %	-	-

Source : Cnam

⁷⁷ Le taux de délivrabilité correspond au rapport entre le nombre de personnes ayant effectivement reçu le message et le nombre de personnes ayant été ciblées.

4.3.2

Le suivi médical de la grossesse : une offre structurée prise en charge par l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie a développé un parcours maternité visant à garantir une prise en charge adaptée des femmes enceintes tout au long de la grossesse et en postnatal. L'ensemble des examens pris en charge par l'Assurance Maladie permet de délivrer les messages de prévention et de s'assurer du bon déroulement de la grossesse.

L'Assurance Maladie prend en charge à 100 % l'ensemble des actes à partir du premier jour du sixième mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement.

4.3.2.1 Le suivi anténatal : un parcours s'articulant autour d'un double enjeu de prévention et de suivi médical de la grossesse

Chaque femme enceinte bénéficie systématiquement de sept consultations prénatales obligatoires effectuées par un médecin ou une sage-femme, en libéral, dans un établissement de santé ou dans un centre de protection maternelle et infantile. L'entretien prénatal précoce est également obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020 [Encadré 14].

Trois échographies de grossesse sont recommandées, ainsi que des bilans sanguins mensuels. Depuis février 2019, un bilan de prévention prénatal est proposé et réalisé par une sage-femme, si possible avant la 24^e semaine d'aménorrhée. Ce bilan doit permettre d'informer la femme enceinte sur son suivi en pré, per et post-partum, notamment en anténatal, sur la sortie de maternité, les vaccinations, les mesures de santé publique

(tabac, conduites addictives, santé environnementale...) ainsi que sur le bilan bucco-dentaire à compter du quatrième mois de grossesse.

Les femmes enceintes bénéficient en effet d'un bilan bucco-dentaire et de sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité, pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

L'analyse des actes dont ont bénéficié les femmes qui ont accouché en 2019 et identifiées dans le référentiel des bénéficiaires permet d'apprécier la qualité du suivi des femmes enceintes.

S'agissant des sept examens de grossesse recommandés, les actes ne sont pas facilement repérables dans les bases. Les données sont donc possiblement surestimées, car elles peuvent inclure des consultations (notamment pour les médecins généralistes) n'ayant pas de lien direct avec le suivi de la grossesse. 60 % des femmes ont eu au moins sept consultations réalisées par des sages-femmes ou des gynécologues et 84 % des femmes ont eu au moins sept consultations si l'on inclut également les consultations des médecins généralistes.

En 2019, 93 % des femmes enceintes ont eu au moins les trois échographies de grossesse obligatoires. Toutefois, en termes de régularité du suivi, on estime à 16 % le nombre de femmes ayant eu moins d'une échographie par trimestre. Dans la majorité des cas, c'est l'échographie du premier trimestre qui n'est pas réalisée, ou trop tardivement, soulignant l'importance du diagnostic de grossesse au plus tôt afin de garantir un suivi de grossesse optimal.

Par ailleurs, l'amélioration du taux de réalisation de l'entretien prénatal précoce et des outils statistiques de pilotage permettant de suivre sa montée en charge font partie des chantiers prioritaires de l'Assurance Maladie. Son taux de réalisation demeure néanmoins difficile à déterminer. En se limitant au suivi des cotations traçantes, il concerne 50 % des femmes enceintes en 2019, ce taux étant probablement sous-estimé.

ENCADRÉ 14

L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE, OBLIGATOIRE DEPUIS LE 1^{er} MAI 2020

Depuis le 1^{er} mai 2020, l'entretien prénatal précoce (EPP) fait partie des rendez-vous de suivi obligatoire de grossesse.

Cet entretien, individuel ou en couple, réalisé par le médecin ou la sage-femme, peut avoir lieu dès le quatrième mois de grossesse ou au moment décidé

par la patiente enceinte. Ce temps d'échanges et d'écoute a pour objectif d'aider la femme enceinte/le couple à bien vivre la grossesse et d'évaluer les besoins en matière d'accompagnement des futurs parents. Il permet notamment d'apprécier la santé globale de la femme enceinte, de repérer les situations de vulnérabilité chez les

parents et de les accompagner, au besoin, vers d'autres professionnels en transmettant des informations adaptées à la situation. Il joue un rôle majeur dans la prévention de la dépression post-partum.

L'entretien prénatal précoce est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

4.3.2.2 Le suivi postnatal

La durée moyenne des séjours pour accouchement est en diminution depuis 2003

Les durées moyennes des séjours pour accouchement diminuent progressivement depuis 2003, qu'il s'agisse d'accouchements par voie basse ou par césarienne [23]. Cette tendance s'observe,

quel que soit le statut de l'établissement (**Tableau 38**). Cette diminution de la durée moyenne des séjours pour accouchement a notamment été accompagnée par l'organisation du suivi de la femme en cas de sortie précoce de la maternité, dans le cadre du programme Prado maternité (programme d'accompagnement du retour à domicile).

TABLEAU 38

Évolution de la durée moyenne des séjours (en jours) pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2003	2019	2003	2019	2003	2019	2003	2019
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,9	4,0	5,0	4,1	4,9	4,2
Accouchements par césarienne	8,3	6,5	7,8	5,5	7,6	5,6	8,0	6,2
Ensemble des accouchements	5,5	4,7	5,5	4,3	5,5	4,4	5,5	4,6

Champ : accouchements en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte en 2019), y compris le service de santé des armées

Source : Atih (PMSI MCO 2003 et 2019), traitement Drees

Le suivi postnatal à la sortie de maternité s'est sensiblement amélioré, notamment grâce au programme Prado maternité, et doit être sécurisé sur l'ensemble du territoire

Le retour à domicile à la suite d'un accouchement constitue une période essentielle, pendant laquelle l'accompagnement des femmes est nécessaire. La Haute Autorité de santé (HAS)⁷⁸ recommande la réalisation d'une visite de suivi dans la semaine suivant la sortie de maternité et si possible dans les 48 heures en cas de sortie standard et dans les 24 heures suivant la sortie en cas de sortie précoce, qui concerne aujourd'hui 70 % des cas⁷⁹. L'Assurance Maladie prend ainsi en charge à 100 % le suivi à domicile par une sage-femme jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

En 2021, près de 80 % des femmes ont bénéficié d'au moins une consultation ou visite à domicile par un médecin généraliste ou une sage-femme dans les sept jours suivant le retour à domicile, ces consultations étant principalement assurées par les sages-femmes.

Ce haut niveau de suivi postnatal est lié au déploiement du programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) maternité, proposé depuis 2010 par l'Assurance Maladie pour accompagner les femmes ayant accouché sans complication à quitter la maternité en bénéficiant d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale. En 2019, 402 695 adhésions à Prado maternité ont été recensées, soit 67,2 % du potentiel d'adhésions. Le programme a notamment favorisé la structuration d'une offre de sages-femmes libérales ou mixtes dont le nombre est passé de 3 890 en 2012 à 7 929 en 2021.

L'Assurance Maladie souhaite donc continuer à garantir l'effectivité du suivi postnatal de la femme et de son nouveau-né en

se positionnant en facilitateur de la structuration du rôle des sages-femmes. Son action doit prioritairement porter sur la création des conditions permettant aux maternités et à la ville de se coordonner pour garantir le maintien de ce haut niveau de performance dans la durée et réduire les inégalités territoriales. La création d'un statut de sage-femme référente et la mise en place d'un parcours global dans le cadre des négociations conventionnelles en cours visent de surcroît à renforcer le suivi des femmes enceintes (**Encadré 18**).

L'Assurance Maladie doit en parallèle répondre aux besoins non couverts par le maintien d'une offre de service Prado, en particulier dans le cadre des sorties précoces.

L'Assurance Maladie poursuivra ainsi l'objectif d'amélioration de la qualité du parcours postnatal sur l'ensemble des territoires en accompagnant l'ensemble des acteurs de ce parcours (assurées, sages-femmes, médecins généralistes, maternités, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, structures d'exercice coordonné...).

En sus de cette consultation dans la semaine suivant la sortie de la maternité, un examen postnatal systématique doit être réalisé entre la sixième et la huitième semaine après l'accouchement. Deux séances de suivi postnatal (individuelles ou collectives) peuvent être proposées, en cas de besoin, entre le huitième jour suivant la naissance et l'examen postnatal. L'avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes a introduit un nouvel entretien postnatal visant notamment à détecter d'éventuelles fragilités psychiques de la mère, cet entretien pouvant être suivi d'un second destiné aux femmes primipares ou aux femmes présentant un facteur de risque psychologique (**Encadré 12**). Enfin, les femmes peuvent également bénéficier de séances de rééducation périnéale et abdominale post-accouchement.

⁷⁸ Recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », mars 2014.

⁷⁹ La HAS définit la sortie précoce comme « toute sortie de maternité : - au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ; - au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne » dans ses recommandations de mars 2014.

4.3.3

Le suivi de l'enfant de 0 à 6 ans sur le plan sanitaire : une offre de suivi systématique pris en charge par l'Assurance Maladie

Le suivi préventif des enfants repose sur 20 examens médicaux obligatoires entre 0 et 18 ans, 17 de ces examens intervenant avant les 6 ans de l'enfant et 11 au cours de la première année de vie. Ces examens peuvent être réalisés par un médecin généraliste ou un pédiatre en cabinet libéral, en centre de santé ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI). Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement de l'enfant, le dépistage des anomalies ou déficiences (sensorielles, notamment visuelles, auditives, troubles du langage, troubles du comportement...), la réalisation des vaccinations et la promotion des comportements et environnements favorables à la santé.

Un bilan de santé en école maternelle, réalisé vers l'âge de 3-4 ans, permet de surveiller le développement de l'enfant, de dépister certaines déficiences et de pratiquer des vaccinations. La loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance a confié la réalisation de cette visite aux services départementaux de PMI, ou à défaut aux professionnels de santé de l'Éducation nationale. La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) estime qu'en 2017, 75,8 % des enfants potentiellement concernés par le bilan à 3-4 ans ont effectivement été vus pour le bilan de santé [24].

Une visite médicale lors de la sixième année de l'enfant doit également être réalisée par les services de santé scolaire. Selon la Cour des comptes [25], moins d'un enfant sur cinq a cependant bénéficié de cet examen en 2018, cette proportion ayant chuté à environ 8 % pour les années scolaires 2019-2020 et 2020-2021.

L'Assurance Maladie offre enfin depuis 2007 des rendez-vous de prévention bucco-dentaire M'T dents aux jeunes de 6 à 18 ans, et désormais dès 3 ans et jusqu'à 24 ans. Dès l'âge de 3 ans, le premier rendez-vous permet d'évaluer le risque carieux de l'enfant et de mettre en place des soins préventifs adaptés.

4.3.3.1 Un suivi dont le niveau et la qualité peuvent être appréciés à partir de l'analyse du recours annuel aux soins des enfants âgés de 0 à 6 ans en 2018-2019 à partir des données du système national des données de santé (SNDS)

Afin d'apprécier le niveau de suivi et la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans, une analyse du recours aux soins des enfants âgés de 0 à 6 ans au cours de l'année suivant leur naissance ou anniversaire en 2018 a été conduite en s'appuyant sur les données issues du SNDS (publication à venir). Les résultats qui suivent concernent les individus enfants vivant en France métropolitaine ayant eu au moins un remboursement en 2018, à l'exclusion des jumeaux, des individus dont le mois de naissance n'était pas identifiable et ceux décédés avant la fin de la période de suivi.

Cette étude inclut 5,025 millions d'enfants âgés de 0 à 6 ans, ce qui représente 97,7 % de la population métropolitaine selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Cet écart peut être lié aux non-inclusions citées ci-dessus, ainsi qu'à la non-inclusion des individus n'ayant eu aucun remboursement de soins au cours de l'année. La consommation de soins décrite ci-dessous peut ainsi être légèrement surestimée.

Le recours aux soins de ville peut également être légèrement sous-estimé compte tenu des difficultés à individualiser les consultations réalisées en PMI dans le SNDS.

L'analyse du recours aux soins en ville, en PMI et des actes et consultations externes hospitaliers des enfants permet d'observer des taux de recours très élevés, tout particulièrement aux premiers âges de la vie (Tableau 39). Parmi les 5,025 millions d'enfants âgés de 0 à 6 ans inclus, 95,1 % ont eu au moins une consultation réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre et 98,6 % des enfants ont eu au moins une consultation au cours de l'année suivant leur naissance. Il est ainsi possible d'estimer que les examens recommandés relatifs à la santé et au développement psychomoteur de l'enfant sont réalisés au cours de ces consultations.

L'analyse du nombre médian de consultations de médecins généralistes ou pédiatres montre un recours aux soins insuffisant au cours de la première année de vie pour la moitié des enfants. Onze examens obligatoires sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie la première année de vie de l'enfant. Si au moins 50 % des enfants âgés de 0 à 1 an ont eu 11 consultations comme recommandé, un quart ont consulté un médecin généraliste ou un pédiatre moins de 8 fois dans l'année. Des marges d'amélioration sont donc mobilisables afin d'améliorer le suivi des enfants de 0 et 1 an.

TABLEAU 39

Fréquence d'au moins un recours aux médecins généralistes ou pédiatres des enfants de 0 à 6 ans au cours de l'année suivant leur naissance ou anniversaire en 2018

Âge	Total 0-6 ans	0	1	2	3	4	5	6
Effectif	5 025 548	673 674	699 132	710 170	719 579	735 965	735 576	751 452
Médecin généraliste ou pédiatre (ville, PMI ^(a) et ACE ^(b))	95,1 %	98,6 %	98,0 %	96,8 %	95,2 %	93,6 %	92,0 %	92,5 %
Médiane [IQ] ^(c)	5 [3-8]	11 [8-14]	7 [5-11]	5 [3-8]	5 [3-7]	4 [2-6]	3 [2-5]	3 [2-5]
Médecin généraliste (ville, PMI ^(a) et ACE ^(b))	87,4 %	86,7 %	88,8 %	87,8 %	88,4 %	87,5 %	86,3 %	86,5 %
Médiane [IQ] ^(c)	4 [2-7]	7 [3-11]	6 [3-9]	4 [2-7]	4 [2-6]	3 [2-6]	3 [2-5]	3 [2-5]
Pédiatre (ville, PMI ^(a) et ACE ^(b))	36,5 %	61,1 %	49,0 %	41,0 %	33,5 %	28,0 %	23,5 %	22,2 %
Médiane [IQ] ^(c)	3 [1-5]	7 [3-10]	4 [2-6]	2 [1-4]	2 [1-3]	2 [1-3]	2 [1-3]	2 [1-3]

(a) Protection maternelle et infantile

(b) Actes et consultations externes

(c) Écart interquartiles

Source : Cnam (SNDS)

L'analyse des données de consultation en fonction de l'indice géographique de défavorisation sociale (FDep) et du statut CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) révèle de surcroît l'existence de disparités sociales et territoriales dans les caractéristiques de consommation de soins.

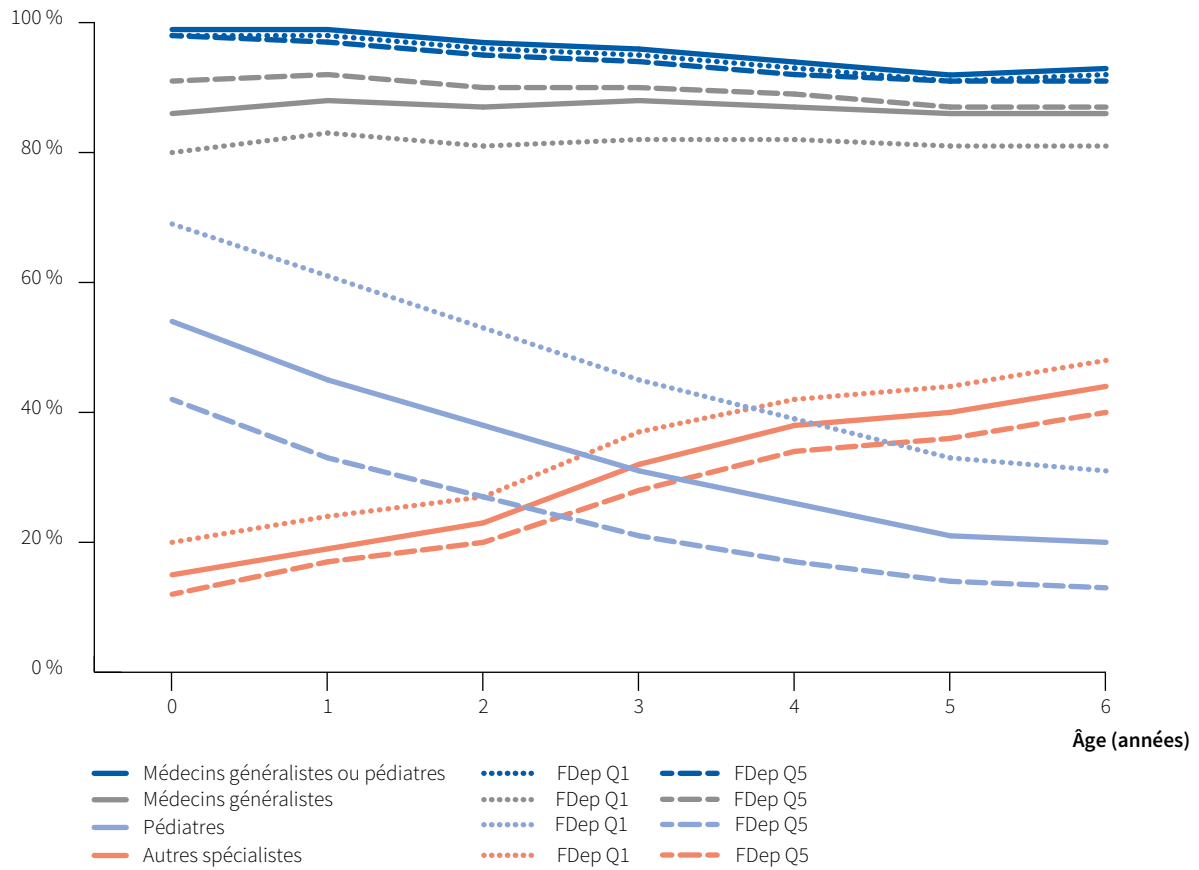
Les taux de recours aux soins de premiers recours des enfants les plus défavorisés sont comparables à ceux de l'ensemble des enfants, ne témoignant pas de disparités sociales majeures **(Figure 83)**. En revanche, les caractéristiques de recours

témoignent de différences socio-économiques importantes, avec un moindre recours aux spécialistes (dont les pédiatres) pour les enfants les plus défavorisés.

Des disparités territoriales de recours aux soins sont également observables en fonction des départements. Un faible recours à un médecin généraliste ou à un pédiatre semble associé à une plus forte prévalence des passages en services d'accueil des urgences **(Figure 84)**.

FIGURE 83

Fréquence d'au moins un recours aux soins des enfants de 0 à 6 ans au cours de l'année suivant leur naissance ou anniversaire en 2018, selon l'âge et l'indice de défavorisation sociale (FDep)



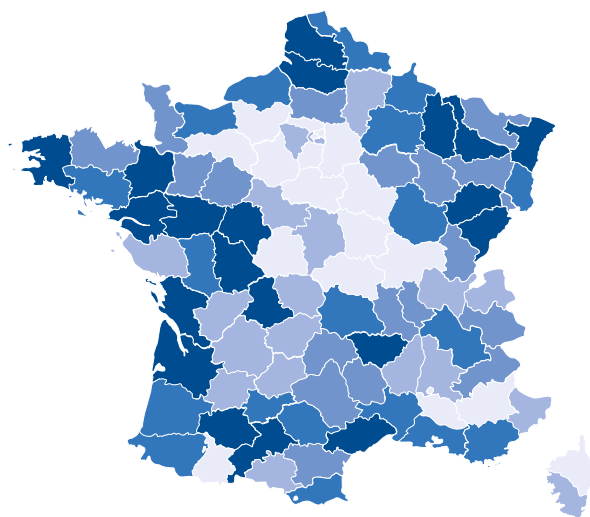
Note de lecture : FDep Q1 : enfants les moins défavorisés ; FDep Q5 : enfants les plus défavorisés.

Source : Cnam (SNDS)

FIGURE 84

Fréquence d'au moins un recours à un médecin généraliste ou à un pédiatre (A) ou à un service d'accueil des urgences (SAU) (B) des enfants âgés de 0 à 6 ans au cours de l'année suivant leur naissance ou anniversaire en 2018, selon le département de résidence

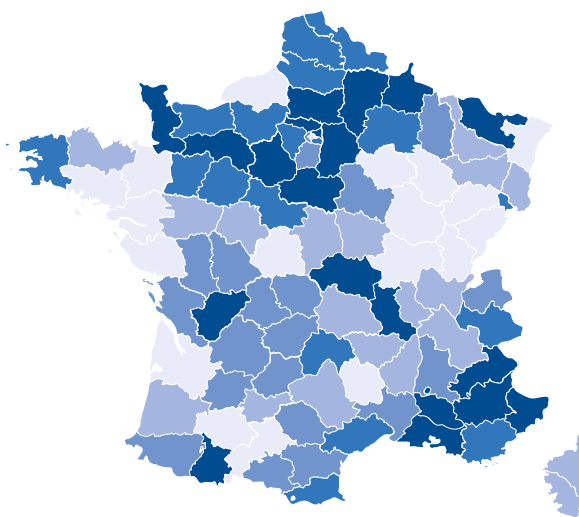
A - Au moins une visite à un médecin généraliste ou un pédiatre



Fréquence :

92-94 % 94-95 % 95-95,5 % 95,5-96 % 96-97 %

B - Au moins un passage en service d'accueil des urgences (SAU)



Fréquence :

16-26 % 26-29 % 29-31 % 31-34 % 34-48 %

Source : Cnam (SNDS)

4.3.3.2 Le suivi effectif de la réalisation des examens obligatoires demeure néanmoins insuffisant

Les modalités de suivi de l'activité réalisée par les professionnels de santé, notamment des examens obligatoires de l'enfant, sont insuffisantes.

L'insuffisance du suivi est avant tout liée à une sous-utilisation des codes spécifiques permettant de suivre la réalisation de certains actes de prévention. Une proportion importante des examens obligatoires de l'enfant est notamment improprement codée en consultation classique, échappant ainsi au suivi statistique. Si une montée en charge de l'utilisation des codes « examens obligatoires de l'enfant » est observée, notamment sous l'effet des actions d'information et de sensibilisation menées par l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes et des pédiatres, leur taux de recours reste insuffisant en raison de l'absence de différence tarifaire et de remboursement entre une consultation facturée avec des codes usuels ou une consultation facturée avec les codes d'examens obligatoires.

L'exploitation des bases de données médico-administratives ne permet pas d'avoir une connaissance exhaustive de l'activité

réalisée en PMI, en raison de remontées insuffisantes des données de facturation par les services départementaux de protection maternelle et infantile.

De surcroît, les données issues des trois certificats de santé sont difficilement exploitables. Trois des examens obligatoires (8^e jour, 9^e et 24^e mois) doivent en effet donner lieu à l'envoi par le médecin généraliste ou le pédiatre ayant réalisé l'examen d'un certificat de santé au service de PMI du département de domicile des parents. Il s'agit de permettre aux PMI de s'assurer de la bonne santé des enfants sur le territoire, et à l'État de disposer de données épidémiologiques, les résultats de ces examens étant consolidés par la Drees au niveau national. Néanmoins, selon la Cour des comptes [25], moins de 1 certificat sur 3 pour l'examen du 9^e mois et moins de 1 certificat sur 4 concernant l'examen du 24^e mois sont transmis aux PMI.

La faiblesse des données exploitables rend difficile leur consolidation à des fins épidémiologiques, consolidation pourtant indispensable à la construction de politiques de santé efficaces. Il en résulte également une absence de suivi des enfants dont les examens obligatoires montrent des écarts à la norme et l'impossibilité de mener une politique exhaustive d'« aller vers » ciblée sur les enfants n'ayant pas bénéficié d'un examen.

4.3.4

Des actions spécifiques en faveur de l'accès aux droits et aux soins des femmes enceintes, couples et parents de jeunes enfants

La stratégie maternité-petite enfance est indissociable des actions mises en place par l'Assurance Maladie sur l'accès aux droits et aux soins à destination de l'ensemble des assurés, et tout particulièrement à destination des publics vulnérables. L'ensemble des femmes enceintes, parents et enfants, dès lors qu'ils relèvent du régime général, bénéficient de l'ensemble des dispositifs d'accompagnement ouverts aux assurés, notamment dans le cadre des missions accompagnement santé⁸⁰ et des plans locaux d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures (Planir).

En parallèle, l'Assurance Maladie a construit, avec ses partenaires, notamment la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la protection maternelle et infantile (PMI), une offre interventionnelle à destination des femmes enceintes, des parents et des enfants les plus vulnérables, cette offre s'inscrivant dans une logique d'« aller vers ».

Un cadre de coopération a ainsi été construit avec la CNAF visant des parcours coordonnés adaptés aux situations de vulnérabilité au niveau national afin d'être déployés localement, dont l'un des deux axes concerne la naissance. Une offre de services interbranche pour accompagner les jeunes parents à l'arrivée de leur enfant est ainsi en cours d'expérimentation.

Des « ateliers maternité » sont organisés par les caisses d'assurance maladie (CPAM) à destination des femmes en situation de fragilité. Ils consistent en rendez-vous collectifs d'information sur les droits et démarches au cours de la grossesse, ainsi que sur les étapes du suivi de grossesse et la promotion de comportements favorables à la santé.

L'Assurance Maladie finance, à travers le Fonds de lutte contre les addictions, des actions de prévention des addictions en PMI dans le cadre d'appels à projets lancés auprès des conseils départementaux. Ces actions visent à améliorer la prise en charge des femmes enceintes souffrant d'addictions. Vingt-cinq départements se sont engagés à travers cet appel à projets en 2021. La même action a été lancée dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance.

Des actions de prévention bucco-dentaire sont également conduites dans les classes de CP en zones défavorisées (réseau d'éducation prioritaire).

⁸⁰ Les missions accompagnement santé de l'Assurance Maladie sont déployées sur l'ensemble du territoire dans chaque caisse d'assurance maladie et ont pour objectif d'accompagner les assurés qui rencontrent des difficultés pour accéder à leurs droits ou pour se faire soigner.

4.4 PERSPECTIVES

4.4.1

Renforcer la prévention en mobilisant de nouveaux leviers et en élargissant son champ

4.4.1.1 Poursuivre, évaluer et renforcer les actions de prévention mises en place par l'Assurance Maladie autour de quatre enjeux prioritaires

L'Assurance Maladie entend poursuivre et renforcer son offre d'information multicanal et d'accompagnement à destination des femmes enceintes et des jeunes parents. Cet accompagnement pourra s'appuyer sur des approches partagées avec la branche famille pour combiner prévention, accès aux soins et accès aux droits.

Afin d'analyser et améliorer le service rendu en termes d'information, de conseil et d'accompagnement, deux études qualitatives auprès des futures mères et mères d'enfants de moins d'un an seront conduites. L'Assurance Maladie poursuit à travers cette démarche plusieurs objectifs :

- mesurer l'intérêt et la satisfaction de l'information et des outils mis à disposition par l'Assurance Maladie ;
- identifier et évaluer l'impact de ces campagnes sur leurs cibles ;
- mesurer l'appréciation des contenus ;
- identifier les attentes des mères et jeunes parents (informations administratives, médicales, préventives, etc.) ;
- identifier les canaux souhaités pour disposer de ces informations.

L'Assurance Maladie poursuivra et renforcera l'action préventive qu'elle mène d'ores et déjà autour de quatre thématiques prioritaires :

- les addictions (consommation d'alcool, de tabac et de drogues au cours de la grossesse et de l'allaitement, surpoids et obésité) ;
- la vaccination tant pour les femmes enceintes, par une action renforcée sur la vaccination contre la coqueluche et la grippe saisonnière dont la couverture est largement insuffisante, que pour les jeunes enfants ;
- la surconsommation de médicaments ;
- le suivi de la femme enceinte et de l'enfant jusqu'à ses 6 ans, avec une action renforcée autour des repérages précoces et le recours aux examens et prises en charge indispensables.

Les outils de prévention déjà existants seront renforcés et rénovés, notamment le carnet de grossesse. Au-delà, de nouveaux outils de prévention seront mobilisés. Le déploiement du numérique constitue à ce titre un levier puissant pour promouvoir des comportements favorables à la santé et accroître la participa-

tion aux programmes de prévention et de dépistage, en tenant compte des spécificités de l'assuré et du contexte territorial.

Mon espace santé ouvre ainsi de nouvelles perspectives en matière de prévention. Des messages de prévention ciblés en fonction de l'âge et du sexe sont d'ores et déjà proposés sur sa page d'accueil, et les évolutions de l'outil permettront de cibler les messages de prévention en fonction des spécificités des assurés (femmes enceintes, maladies chroniques, par exemple).

Enfin, la période de la grossesse est une période au cours de laquelle les femmes sont très réceptives aux messages de prévention et d'éducation pour la santé et à l'adoption de comportements plus favorables à la santé. Au-delà des actions de prévention visant à prévenir les comportements défavorables à la santé au cours de la grossesse, qui doivent être considérées comme prioritaires, cette période peut constituer une opportunité pour proposer des actions de prévention qui ne sont pas spécifiques à la grossesse, mais qui présentent un intérêt pour maintenir ou améliorer la santé de la femme et de la famille (femme prescriptrice de santé) en général.

4.4.1.2 Élargir le champ de la prévention à d'autres enjeux : l'exemple de l'environnement

Le champ de la prévention a été élargi à de nouveaux enjeux, notamment celui de l'environnement. La santé environnementale revêt des enjeux importants au cours de la période périnatale. Les expositions environnementales peuvent en effet avoir des effets indésirables pour le développement du fœtus et l'avenir en bonne santé de l'enfant à naître.

Santé publique France (SPF) a mené une hiérarchisation des effets sanitaires de l'exposition aux perturbateurs endocriniens selon le niveau du poids des preuves en s'appuyant sur une revue de la littérature [23]. Cette évaluation relève de nombreux effets sur la santé de la mère et l'enfant, le niveau de preuves étant jugé :

- « suffisant » pour les effets sanitaires suivants : altération de la qualité du sperme, issue défavorable de grossesse, troubles du comportement et troubles cognitifs chez l'enfant, etc. ;
- « plausible » pour les effets sanitaires suivants : diminution de la fécondité et infertilité, troubles du spectre autistique, troubles relationnels, émotionnels et du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, obésité, diabète de type 2, allergies...

Le quatrième Plan national santé environnement (PNSE) intègre cette dimension et propose l'expérimentation de consultations d'évaluation des expositions environnementales pour les projets de grossesse et l'intégration d'un volet santé environnement dans le cadre des visites postnatales à domicile [27]. C'est pourquoi la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), modifiée pour tenir compte de la signature de l'avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes, précise désormais que les séances d'entretien et de suivi postnatales ont notamment

pour objectif « d'informer sur les enjeux liés à l'impact de l'environnement sur la santé de l'enfant et les mesures concrètes à mettre en œuvre au domicile ».

L'Assurance Maladie peut être un relais efficace des campagnes de prévention et des recommandations des autorités sanitaires

liées aux expositions environnementales. L'objectif de réduction de l'exposition aux perturbateurs endocriniens au cours de la période périnatale et la petite enfance doit être particulièrement poursuivi [Encadré 15].

ENCADRÉ 15

UNE ACTION INNOVANTE CONDUITE PAR LE RÉSEAU DE L'ASSURANCE MALADIE : LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS AUX PERTURBATEURS ENDOCRINIENS

Les caisses d'assurance maladie (CPAM) de l'Aisne et de l'Indre mettent en œuvre depuis octobre 2021 une action de prévention des risques liés aux perturbateurs endocriniens dans le cadre du parcours maternité.

Cette action, qui cible la période des 1 000 premiers jours et les enfants de 0 à 18 ans, concerne tout particulièrement les phtalates qui sont impliqués dans huit grandes pathologies infantiles, dont l'asthme, l'obésité, le MIH (hypominéralisation des molaires et incisives), les troubles cognitifs et du langage et les troubles du déficit de l'attention.

Ainsi, plusieurs actions sont conduites dans le cadre de ce programme de prévention, visant à proposer une offre de service en santé environnementale à destination des différents publics et partenaires :

- la déclinaison d'une campagne des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) à destination des sages-femmes et des médecins, généralisable aux autres professions de santé mobilisées dans la prise en charge des pathologies ciblées

(pharmaciens, orthophonistes, chirurgiens-dentistes...);

- la réalisation d'un tableau de bord permettant de disposer d'un état des lieux sanitaire des enfants de 0 à 18 ans à partir d'indicateurs issus des bases de données de remboursement, dans un premier temps concernant l'asthme, l'obésité, le MIH, l'hypothyroïdie et les troubles cognitifs et du langage, en partenariat avec le Réseau Environnement Santé et les directions régionales du service médical des Hauts-de-France et du Centre-Val de Loire;

- l'engagement de partenariats avec les acteurs locaux, notamment les contrats locaux de santé, les caisses d'allocations familiales (CAF), les services de centres de protection maternelle et infantile (PMI) ainsi que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP);

- le soutien aux collectivités locales pour la formation des professionnels de la petite enfance et des responsables de la commande

publique sur les enjeux des gestes et achats écoresponsables;

- l'identification des actions déjà existantes au sein de l'Assurance Maladie (programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado), rendez-vous en accueil physique...), afin d'y ajouter la sensibilisation aux gestes et comportements permettant de limiter la contamination par les perturbateurs endocriniens, afin d'engager rapidement une diffusion des campagnes d'information;

- la mise à jour du parcours maternité en y intégrant cet enjeu, notamment via la mise en place d'ateliers de sensibilisation à destination des femmes enceintes;

- la création de supports de communication (flyers, affiches, vidéos...) à destination des professionnels de santé et des assurés.

Cette action devra être évaluée afin de déterminer les conditions d'une éventuelle déclinaison à l'échelle nationale.

4.4.1.3 Renover les modalités de prévention, d'accompagnement et d'intervention de l'Assurance Maladie

Renforcer les repérages et prises en charge précoces

De nouvelles opportunités d'accompagnement ont été mises en place récemment. L'entretien postnatal visant notamment à repérer les premiers signes de dépression du post-partum et le nouvel entretien court de prévention par le pharmacien visant notamment à prévenir les risques liés à la prise de médicaments

au cours de la grossesse illustrent la volonté de l'Assurance Maladie de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès de ces publics. La montée en charge de ces entretiens devra être soutenue et évaluée.

L'Assurance Maladie entend renforcer les dispositifs de dépistage et d'intervention précoces. La précocité du repérage et de la prise en charge permet d'intervenir avant que certaines pathologies ne deviennent irréversibles ou d'éviter l'aggravation d'une pathologie existante.

Le repérage et la prise en charge précoces des écarts inhabituels de développement chez l'enfant de moins de 6 ans et du

surpoids chez l'enfant et la femme enceinte doivent donc faire l'objet d'une attention toute particulière.

Dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement [10], les pouvoirs publics ont renforcé leur intervention précoce auprès des enfants présentant des écarts inhabituels du développement. Cette stratégie s'articule autour de trois objectifs :

- un repérage le plus en amont possible, mené par les professionnels de santé de première ligne (médecins généralistes, pédiatres, médecins des centres de protection maternelle et infantile – PMI...) et les professionnels de la petite enfance (assistantes maternelles, puéricultrices...), sur la base de signaux d'alerte établis par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- en cas d'écart à la norme, l'initiation d'une prise en charge immédiate sans attendre le diagnostic, et l'organisation d'un parcours de soins centré autour des besoins de l'enfant ;
- une solvabilisation des familles quand ce parcours nécessite le recours à une offre libérale non conventionnée.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 a ainsi introduit la prise en charge par l'Assurance Maladie d'un parcours de bilan et d'intervention précoce pour l'accompagnement des enfants présentant les signes d'un trouble du neurodéveloppement. Ce parcours s'appuie sur les plateformes

de coordination et d'orientation (PCO). Ces plateformes, qui regroupent des professionnels spécialisés, ont pour objet de mettre en place les interventions précoces adaptées dès les premières difficultés repérées et de faciliter l'accès à des bilans et évaluations pour faciliter le diagnostic. Dans le cadre de ce parcours de soins, l'Assurance Maladie prend en charge les bilans et interventions des psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues libéraux dans le cadre d'un « forfait d'intervention précoce ».

Soixante et onze PCO sont actuellement ouvertes sur le territoire national, couvrant plus de 72 % des départements. Depuis leur création en 2019, près de 15 000 enfants ont pu être orientés, et 9 000 ont vu leur forfait déclenché. Le recours à ces plateformes est amené à se multiplier à court terme, compte tenu de la hausse attendue de leur nombre.

En parallèle, l'Assurance Maladie déploie depuis la rentrée 2021 de nouveaux partenariats avec l'Éducation nationale. Dans le cadre des négociations conventionnelles avec les orthoptistes et les orthophonistes, plusieurs expérimentations de dépistage précoce des troubles visuels et du langage en milieu scolaire sont actuellement menées (**Encadré 16**).

ENCADRÉ 16

UNE EXPÉRIMENTATION DE DÉPISTAGE DES TROUBLES VISUELS, DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION EN MILIEU SCOLAIRE PAR LES ORTHOPTISTES ET ORTHOPHONISTES

L'Assurance Maladie, en lien avec les représentants des orthophonistes et des orthoptistes, a lancé l'expérimentation d'actions de prévention des troubles visuels, du langage et de la communication en milieu scolaire dans le cadre des avenants 16 à la convention nationale des orthophonistes et 12 à la convention nationale des orthoptistes.

En lien avec les représentants des masseurs-kinésithérapeutes, une expérimentation de prévention des troubles du rachis (scoliose) a également été lancée pour les enfants scolarisés en classe de CM1.

Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2022 avait prévu de lancer ces actions dès l'année 2021 dans le cadre de la proposition 33 visant à soutenir l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire en partenariat avec

l'Éducation nationale.

Ces expérimentations ont été lancées à la rentrée scolaire 2021 dans différentes villes : La-Roche-sur-Yon, Meudon, Villeneuve-la-Garenne, Toulouse et Bordeaux.

Ces différentes expérimentations :

- s'inspirent largement d'actions déjà mises en place depuis plusieurs années dans certaines régions et qui ont démontré leur efficacité en termes de santé publique ;
- s'appuient sur des recommandations scientifiques et s'inscrivent pleinement dans le plan « stratégie nationale de santé 2018-2022 » qui soutient l'intervention des professionnels libéraux en matière de dépistage auprès des jeunes enfants ;
- interviennent en soutien et en complémentarité des examens obligatoires prévus pour les enfants ;
- interviennent en complémentarité des dispositifs existants sur le

territoire.

Les actions de prévention des troubles visuels, du langage et de la communication sont destinées aux enfants de première année de maternelle et prévoient :

- une action de sensibilisation à la prévention et aux signes de repérage des troubles visuels, du langage et de la communication, destinée aux familles et aux enseignants, réalisée par un orthoptiste et un orthophoniste ;
- une action de dépistage des troubles visuels, du langage et de la communication pour les enfants :
 - le dépistage des troubles du langage et de la communication passe par le remplissage par les enseignants de maternelle d'un questionnaire, après une observation de deux mois des





enfants de la classe ; ces questionnaires sont ensuite adressés à des orthophonistes qui les analysent et déterminent la meilleure prise en charge de l'enfant (pas d'action, nécessité de stimuler le langage de l'enfant, fragilité repérée nécessitant un examen du médecin) ;

– le dépistage des troubles visuels est réalisé en classe par un orthoptiste qui procède à des tests ciblés visant à dépister sur les enfants des formes non diagnostiquées ou plus tardives d'amblyopie/strabisme et des

troubles de la vision (réfraction, vision stéréoscopique, vision des couleurs...).

Les familles des enfants pour lesquels une fragilité est dépistée dans le cadre de l'action sont invitées à consulter un médecin en vue d'un examen permettant d'infirmier ou de confirmer l'anomalie repérée. Pour ces trois actions, un suivi personnalisé des enfants pour lesquels « une fragilité » a été dépistée dans le cadre de l'action est ensuite mis en place par l'Assurance Maladie visant à s'assurer du recours aux soins et ainsi de la prise en charge de leurs troubles.

Ces actions, toujours en cours, ont permis à ce stade de dépister plus de 2 500 enfants (dont environ 550 pour lesquels une « anomalie » a pu être repérée) et ont bénéficié de retours très positifs des académies partenaires, des écoles et des familles.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie propose d'étendre ces expérimentations pour l'année scolaire 2022-2023 sur d'autres villes, dans la perspective d'une généralisation d'ici deux ans.

La prévention et la prise en charge précoce du surpoids et de l'obésité chez l'enfant constituent également des priorités pour l'Assurance Maladie, à travers le dispositif « Mission : retrouve ton cap » (MRTC), généralisé par la LFSS 2022 après trois années d'expérimentation sur trois territoires (Nord-Pas-de-Calais, La Réunion, Seine-Saint-Denis). Cette action est destinée aux enfants âgés de 3 à 12 ans présentant des facteurs de risque d'obésité ou en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ; il s'agit d'un parcours complet et pluridisciplinaire faisant notamment intervenir des psychologues et des nutritionnistes, et pouvant être prescrit par les médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI ou médecins scolaires. L'enjeu pour l'Assurance Maladie dans les prochaines années sera d'accompagner son déploiement et sa montée en charge partout en France.

Renforcer l'éducation pour la santé dès le plus jeune âge

La prévention doit également se développer au-delà du champ sanitaire, dans tous les champs de la vie. Le rapport Chauvin visant à « dessiner la santé publique de demain » [28] insiste sur l'importance de la littératie et des compétences en santé qui sont des déterminants majeurs des comportements en santé. Il met l'accent sur la nécessité d'initier l'acquisition des compétences en santé dès le plus jeune âge, notamment à l'école.

L'école doit en effet permettre d'aller plus loin en matière d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, l'enjeu étant de permettre aux enfants d'acquérir les savoirs et les compétences leur permettant de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé. En ce sens, l'Assurance Maladie continuera de soutenir fortement le déploiement d'interventions en milieu scolaire permettant le développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes et soutiendra également la formation des enseignants sur ces approches, en lien avec l'Éducation nationale.

4.4.2

Améliorer la connaissance et la qualité du suivi des femmes enceintes et des enfants

4.4.2.1 Améliorer la connaissance de l'activité sanitaire réalisée, en s'appuyant sur le renforcement du numérique en santé

Le carnet de santé de l'enfant, délivré gratuitement pour tout enfant lors de la déclaration de grossesse, constitue un outil clé du suivi des enfants. Il permet aux parents et aux professionnels de suivre la vaccination de l'enfant, la réalisation des vingt examens obligatoires, et les constantes clés de son développement. Il permet également d'adresser aux parents les principaux conseils relatifs à la santé de leur enfant (alimentation, sommeil, prévention des risques d'accidents domestiques, etc.).

Comme indiqué précédemment, le suivi de la réalisation effective de ces examens obligatoires n'est pas assuré, en raison du faible recours aux codes traceurs et du faible nombre de certificats de santé effectivement remplis et envoyés aux PMI, ne permettant pas un suivi de tous les enfants et rendant toute conclusion épidémiologique difficile.

Le numérique en santé permet désormais de porter une ambition plus grande sur le suivi individuel et épidémiologique de l'enfant, et de dépasser ces limites.

L'Assurance Maladie souhaite faire de Mon espace santé le carnet de santé numérique de l'enfant, qui pourra suivre chacun tout au long de sa vie. La dématérialisation du carnet de santé de l'enfant constitue un levier majeur pour garantir un suivi performant de la santé de l'enfant et simplifier la vie des professionnels de santé et des parents.

L'Assurance Maladie souhaite notamment dématérialiser le remplissage des informations remplies par le médecin, au

premier rang desquelles les bilans des examens obligatoires. Cette dématérialisation *via* la création d'un service *ad hoc* dans *ameli pro*, et le déploiement à terme du service dans les logiciels des médecins, doit permettre d'améliorer le suivi individuel de chaque enfant et de mettre en place un système d'alerte en cas de non-réalisation ou de repérage d'un écart à la norme n'étant pas suivi d'une prise en charge (à destination des professionnels de santé et des autorités sanitaires). Ces résultats seraient parallèlement directement disponibles dans l'espace santé de l'enfant, son carnet de santé numérique. Ces données pourraient de surcroît être consolidées de manière anonymisée à des fins épidémiologiques, permettant un suivi beaucoup plus fin de l'état de santé de l'enfant, et la mise en place de politiques publiques adaptées.

Cette bascule vers une démarche entièrement dématérialisée permettrait ainsi de répondre au triple objectif de bonne pratique du professionnel, de bonne information des parents et de suivi épidémiologique.

Le principe du recours à des téléservices pour consulter et alimenter Mon espace santé permettra à l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès des enfants, notamment les PMI et la santé scolaire qui ne disposent pas aujourd'hui de logiciels interopérables et adaptés, de participer pleinement au suivi du parcours de santé de l'enfant. Pour mettre en œuvre ce projet, l'Assurance Maladie engagera les concertations avec les professionnels de santé concernés.

4.4.2.2 Soutenir l'intervention des professionnels de santé impliqués dans le suivi de la femme enceinte et de l'enfant autour de la construction de parcours coordonnés

La construction de parcours cohérents et coordonnés, impliquant l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès de la femme enceinte et de l'enfant, doit être poursuivie afin d'améliorer la structuration de l'offre de santé sur les territoires et la qualité du suivi du patient. Ce suivi doit ainsi s'inscrire dans une démarche pluriprofessionnelle territorialisée, reposant notamment sur la construction de projets de santé autour des enfants portés par des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou plus largement dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en y incluant les PMI et les acteurs de la santé scolaire.

La construction de parcours décroisés allant de la période prénatale au post-partum doit être renforcée, afin de répondre aux besoins et spécificités de la femme enceinte, du couple et de l'enfant. L'expérimentation Référent parcours périnatalité (RéPAP) (Encadré 17) constitue à cet égard un projet innovant de prise en charge.

Le regroupement de professionnels de santé spécialisés en pédiatrie au sein de structures d'exercice coordonné semble être un modèle à étudier, voire à développer. Des MSP intègrent des axes pédiatriques dans leur projet de santé, mais il existe très peu de MSP pédiatriques à ce jour. Or, le regroupement au sein d'une même équipe, *a fortiori* sur un même site, de professionnels médicaux et paramédicaux pour répondre aux besoins spécifiques de cette population (pédiatres, sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, diététiciens, etc.) et offrir ainsi un suivi coordonné aux patients et à leur famille semble être un modèle à développer et à valoriser.

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des MSP pourrait ainsi être adapté pour tenir compte des spécificités de ces structures spécialisées et novatrices, dédiées à la santé de l'enfant.

ENCADRÉ 17

L'EXPÉRIMENTATION D'UN RÉFÉRENT PARCOURS PÉRINATALITÉ DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 51 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018

RéPAP : Référent parcours périnatalité

Projet publié le 27 juillet 2021, pour une durée de 18 mois.

Cette expérimentation vise à proposer à toutes les femmes enceintes, et en particulier aux plus vulnérables, un accompagnement personnalisé et gradué par un Référent parcours périnatalité (RéPAP), de la grossesse aux 3 mois de l'enfant, en complémentarité et en coordination avec les dispositifs existants (ville/hôpital/centres de

protection maternelle et infantile – PMI). Ce référent, qui s'assure de la continuité du parcours anté et post-partum, doit ainsi contribuer à limiter les ruptures de suivi dans la prise en charge, qui peuvent s'avérer particulièrement néfastes pour l'enfant et la mère, en particulier lorsque cette dernière présente des facteurs de risque et/ou de vulnérabilité avérés.

Cet accompagnement continu de l'anté au post-partum pose les bases d'un parcours cohérent, décroisé

et coordonné, construit autour des besoins de la femme, du couple et de l'enfant.

Cette expérimentation se déploie sur quatre territoires volontaires depuis janvier 2022 : le territoire de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Centre-Essonne (Île-de-France), le territoire Pays Loire Touraine (Centre-Val de Loire), la Drôme (Auvergne-Rhône-Alpes) et la Guyane.

Le médecin traitant de l'enfant, clé de voûte du parcours de soins

Le parcours de l'enfant doit être articulé autour du médecin traitant de l'enfant qui constitue la clé de voûte d'un parcours de soins efficace et efficient. Depuis sa mise en place, une rapide montée en charge du dispositif est observée, six enfants de moins de 15 ans sur dix ayant aujourd'hui un médecin traitant⁸¹. S'agissant des enfants de moins de 6 ans, 30 % n'ont à ce jour pas de médecin traitant.

L'Assurance Maladie promeut ce dispositif, qui reste aujourd'hui non contraignant. La rémunération du forfait patientèle médecin traitant (FPMT) tient compte et valorise la patientèle des moins de 6 ans. La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) du médecin traitant de l'enfant, introduite en 2017, contribue par ailleurs à un renforcement des missions préventives du médecin traitant pour un certain nombre d'enjeux prioritaires de prévention pour cette population (vaccination, antibiorésistance, suivi bucco-dentaire, asthme).

L'accès précoce à un médecin traitant est un enjeu de taille, *a fortiori* au regard du nombre d'examen et de vaccinations requis dès le plus jeune âge. L'Assurance Maladie continuera à accompagner la montée en puissance du dispositif du médecin traitant de l'enfant.

En parallèle, l'Assurance Maladie est extrêmement favorable à la mobilisation des auxiliaires médicaux pour sensibiliser, repérer et suivre les enfants, en coordination avec le médecin traitant. Dans le cadre de récents avenants conventionnels avec les auxiliaires médicaux (infirmiers(ères), infirmiers(ères) en pratique

avancée, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes), l'Assurance Maladie a apporté une attention toute particulière à la prise en charge des jeunes enfants par les auxiliaires médicaux, qui permet de répondre à certains besoins spécifiques. Les expérimentations en milieu scolaire menées avec les orthoptistes et les orthophonistes s'inscrivent dans cette logique.

Les sages-femmes : un rôle central dans le suivi et l'accompagnement de la femme enceinte tout au long de la grossesse

Les sages-femmes jouent un rôle de premier plan dans le suivi de la femme enceinte à tous les stades de la grossesse. Le suivi postnatal par la sage-femme a été renforcé en sortie de maternité, y compris afin d'améliorer le repérage de la dépression du post-partum.

Dans un contexte de croissance démographique de la profession, le rôle des sages-femmes libérales est appelé à se développer et à se diversifier, au service d'un meilleur suivi de la femme enceinte, notamment en postnatal.

La loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a prévu la possibilité pour les patientes de déclarer le nom de leur sage-femme référente afin de favoriser la coordination des soins en lien avec le médecin, pendant et après la grossesse. Ce nouveau dispositif constitue une opportunité pour fluidifier et structurer le parcours des patientes tout au long de la grossesse et en postnatal, garantir le lien avec la maternité et reconnaître les sages-femmes dans un rôle pour lequel elles disposent d'une vision globale.

ENCADRÉ 18

DES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES EN COURS AVEC LES SAGES-FEMMES SUR LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME RÉFÉRENTE ET L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL À LA NAISSANCE

L'Assurance Maladie a engagé en avril 2022 des négociations conventionnelles visant à conclure un avenant 6 à la convention nationale des sages-femmes afin de :

- déterminer les missions dévolues

à la sage-femme référente et les modalités de valorisation de cette activité ;

- déterminer les modalités de valorisation de l'accompagnement global à la naissance, qui consiste en

un suivi de la femme durant la phase anténatale, l'accouchement et le post-partum par une même sage-femme libérale dans le cadre d'un accouchement réalisé en maison de naissance ou en plateau technique.

La protection maternelle et infantile (PMI) : un modèle à conforter

L'Assurance Maladie soutient le renforcement des missions et des moyens des PMI qui constituent des pôles d'accueil du jeune enfant proposant un accompagnement pluridisciplinaire, y compris social. Il est acquis que les PMI jouent un rôle important auprès des publics les plus susceptibles d'être éloignés du sys-

tème de santé et qu'elles permettent de réduire les inégalités de santé.

Selon la dernière étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [29], les services de PMI ont réalisé en 2019, en France hors Mayotte, plus de 1,3 million de consultations et 550 000 visites à domicile à destination d'enfants de moins de 6 ans. Les services de PMI

81 Données au 31 décembre 2021.

consacrent également une part importante de leur activité à des actions en faveur des mères et futures mères. En 2019, 276 000 consultations et 177 000 visites à domicile ont été effectuées par les médecins ou sages-femmes de PMI auprès des mères et futures mères. Les professionnels des PMI effectuent également des bilans de santé et des dépistages en milieu scolaire, notamment le bilan de santé en école maternelle. En 2019, les services de PMI ont ainsi réalisé 586 000 bilans auprès d'enfants âgés de 3 à 4 ans. Ils assurent enfin des séances collectives dédiées aux mères et futures mères, celles-ci portant essentiellement sur la préparation à la naissance, ainsi que sur l'allaitement ou la parentalité selon la Drees. Les professionnels de PMI peuvent également effectuer l'entretien prénatal précoce. L'ensemble des activités des PMI à destination des enfants de moins de 6 ans et des mères et futures mères est cependant en diminution par rapport à 2016, et de fortes disparités territoriales sont constatées.

Si le financement des PMI incombe aux départements, l'Assurance Maladie participe au financement des activités sanitaires et préventives qu'elles réalisent. Des conventions de partenariat entre les caisses d'assurance maladie (CPAM) et les PMI organisent ainsi le remboursement des actes pratiqués par les médecins et sages-femmes de PMI et ouvrent une possibilité d'actions conjointes en matière de prévention. Dans le cadre du Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives (FLCA), l'Assurance Maladie peut ainsi soutenir par voie de convention les actions de prévention des addictions ou de renforcement des compétences parentales en PMI.

Le périmètre des actes remboursés aux PMI a été étendu à plusieurs reprises, afin de permettre une prise en charge des actes réalisés en PMI équivalente à celle de ceux réalisés en libéral, notamment s'agissant des dépistages des troubles visuels et auditifs, des apprentissages et des troubles du spectre de l'autisme.

L'Assurance Maladie travaillera à renforcer son partenariat avec les PMI à travers :

- la facturation effective à l'Assurance Maladie des actes remboursés, afin que les PMI puissent concentrer leurs ressources propres sur l'offre sanitaire et sociale non prise en charge par la Sécurité sociale, et que l'Assurance Maladie puisse assurer un suivi exhaustif de l'ensemble des enfants en France ;
- la rénovation du cadre conventionnel entre l'Assurance Maladie et les PMI afin de renforcer les actions partenariales à destination des publics vulnérables.

Ce travail se fera en lien avec l'État. Il permettra également de disposer d'indicateurs de santé, notamment en termes de respect des parcours définis par les autorités sanitaires.

4.4.3

Renforcer la capacité de l'Assurance Maladie à aller vers des publics ciblés

Au-delà de l'amélioration de la qualité et de la connaissance du suivi de la femme enceinte et du jeune enfant, l'Assurance Maladie souhaite renforcer sa capacité à cibler et aller vers des publics spécifiques. Le renforcement de cette approche attentionnée doit reposer sur deux ambitions :

- Cibler les enfants dont le suivi sur le plan médical se révèle insuffisant :

La bascule vers une démarche dématérialisée de suivi des examens réalisés par les enfants devra permettre d'avoir une connaissance plus fine des examens réalisés et de leur contenu. En s'appuyant sur la capacité à identifier les enfants dont le suivi est insuffisant, l'Assurance Maladie a pour ambition de renforcer sa capacité à aller vers ces publics, afin de garantir la réalisation de l'ensemble des examens obligatoires pour tous les enfants.

La santé scolaire doit contribuer à cet objectif. La mobilisation de professionnels de santé libéraux, en soutien des professionnels de la santé scolaire, pourrait constituer un levier efficace pour améliorer le suivi des enfants. Les expérimentations de dépistage des troubles visuels et du langage par les orthoptistes et orthophonistes et le bilan de santé en école maternelle s'inscrivent dans ce paradigme.

- Cibler les publics les plus vulnérables, sur le plan sanitaire et socio-économique :

L'Assurance Maladie renforcera les actions d'« aller vers » mises en œuvre afin de cibler deux types de publics :

- les publics vulnérables sur le plan sanitaire : les femmes à risque de développer une grossesse à risque (âge, grossesse multiple, maladies chroniques...) ainsi que les enfants prématurés doivent faire l'objet d'un suivi et d'une prise en charge renforcée ;
- les publics fragiles sur le plan socio-économique : le suivi des femmes isolées ou en situation de précarité doit être renforcé au cours de la grossesse et des premières années de vie de l'enfant. Les enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) doivent également faire l'objet d'un suivi renforcé, y compris sur le plan psychique.

Le renforcement de ces actions d'« aller vers » pourra s'appuyer sur les retours des expérimentations de l'article 51 en cours, notamment l'expérimentation d'un parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable (Cocon) et d'un programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance (Pegase) (**Encadré 19**).

Cette stratégie d'« aller vers » devra être construite en s'appuyant sur les dispositifs déjà existants et sur des partenariats renforcés avec l'ensemble des acteurs (ASE, PMI, Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), associations) pour toucher les publics les plus éloignés de l'offre de soins.

ENCADRÉ 19

DEUX EXPÉRIMENTATIONS EN COURS DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 51 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018 VISANT À REPÉRER ET PRENDRE EN CHARGE LES ENFANTS LES PLUS VULNÉRABLES

Cocon : parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable

Projet publié en avril 2022, pour une durée de cinq ans.

Porté par les réseaux périnatalité Occitanie, Nouvelle-Aquitaine et PACA, ce projet a pour objectif de repérer ultraprécocement, dès la naissance ou la période anténatale, les nouveau-nés à haut risque de développer un handicap ou un surhandicap en raison de vulnérabilités médicales, psychologiques, familiales ou sociales. Il permet de prendre en charge et d'orienter le plus tôt possible ces enfants vers la plateforme de coordination et d'orientation (PCO) en cas de troubles du neurodéveloppement, ou la structure spécialisée, tout en assurant un suivi médical spécifique. La prise en charge consiste à mettre en œuvre des rééducations

(orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, kinésithérapie...).

Pegase : programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance

Projet publié le 19 juillet 2019, pour une durée de cinq ans.

Ce projet vise à renforcer et structurer le suivi de santé des jeunes enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance jusqu'à l'âge de 7 ans par la mise en place de protocoles composés essentiellement de bilans renforcés portant sur la santé physique, psychologique et le développement de l'enfant. Le protocole Pegase repose sur la mise en place d'un bilan de santé initial standardisé et la programmation de vingt bilans de santé réguliers à âges fixes jusqu'à

7 ans – dont douze sont renforcés – suivant le calendrier des quatorze examens médicaux obligatoires, auxquels sont ajoutés trois bilans annuels recommandés par le Haut Conseil en santé publique (HCSP) et trois bilans semestriels renforcés.

L'innovation de l'expérimentation repose sur la transposition du modèle organisationnel du suivi des prématurés et des enfants vulnérables vers la population des enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Ce programme de bilans et de soins est financé par l'Assurance Maladie à condition que la structure qui assure les bilans et soins respecte le protocole défini et oriente son plan de formation pour former les professionnels à ce protocole. Treize pouponnières participent actuellement à l'expérimentation.

4.5 PROPOSITIONS

Propositions sur le champ maternité et petite enfance

Proposition 5

Améliorer l'accompagnement des femmes enceintes pendant la grossesse et après l'accouchement

L'accompagnement et le suivi des femmes au cours des périodes anté et postnatales seront soutenus autour de plusieurs objectifs :

- repérer et prévenir la dépression du post-partum à travers la promotion de l'entretien postnatal visant notamment à repérer les premiers signes de la dépression du post-partum ou les facteurs qui y exposent et d'évaluer les besoins de la femme et du conjoint en termes d'accompagnement ;
- l'Assurance Maladie souhaite en outre permettre l'adressage aux psychologues par les sages-femmes dans le cadre du dispositif MonPsy. Les sages-femmes étant amenées à effectuer une détection précoce des dépressions chez les femmes enceintes ou les jeunes mères, il serait en effet légitime qu'elles puissent adresser directement les femmes aux psychologues dans les cas les moins sévères, les troubles plus sévères et notamment la dépression du post-partum nécessitant une orientation vers une prise en charge adaptée (psychiatrie, centre médico-psychologique (CMP), urgence) ;
- promouvoir la vaccination chez les femmes enceintes contre la grippe saisonnière, la coqueluche et la Covid-19 des femmes enceintes ;
- encourager les femmes à choisir une « sage-femme référente ».

Proposition 6

Améliorer le suivi et la prise en charge des enfants

- Limiter la surprescription de médicaments chez les enfants constatée en France (antidouleurs, antibiotiques, antihistaminiques, corticoïdes) à travers une campagne de sensibilisation des médecins généralistes et des pédiatres ;
- Améliorer le recours à la vaccination pour les vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) et penta et hexavalents ;

- Soutenir le développement de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) dédiées à la santé de l'enfant pour mieux prendre en compte les spécificités de la prise en charge des enfants.

Proposition 7

Organiser le repérage systématique des troubles visuels et du langage, à l'école, pour tous les enfants de 3 ans, via la généralisation du repérage précoce par les orthophonistes et les orthoptistes en milieu scolaire

L'Assurance Maladie propose d'étendre les expérimentations de dépistage des troubles visuels et du langage menées auprès des classes de petite section de maternelle pour l'année scolaire 2022-2023 sur de nouveaux territoires dans la perspective d'une généralisation d'ici deux ans. L'évaluation médico-économique qui sera réalisée à l'issue de cette deuxième phase devra permettre de déterminer les conditions de sa généralisation.

Proposition 8

Faire de Mon espace santé le carnet de santé numérique de l'enfant

Afin d'améliorer le suivi des enfants, l'Assurance Maladie souhaite :

- proposer une version de Mon espace santé adaptée aux enfants (calendrier vaccinal, courbes de croissance, etc.) ;
- dématérialiser les comptes rendus des vingt examens obligatoires de l'enfant ;
- conduire, sur la base de ces résultats, une politique ambitieuse des inégalités de santé dès le plus jeune âge.

Proposition 9**Renforcer le partenariat entre l'Assurance Maladie et la protection maternelle et infantile (PMI) pour garantir un suivi exhaustif de l'ensemble des enfants et renforcer l'action des pouvoirs publics à destination des enfants vulnérables**

L'Assurance Maladie travaillera à renforcer son partenariat avec les PMI à travers :

– la facturation effective à l'Assurance Maladie des actes remboursés, afin que les PMI puissent concentrer leurs res-

sources propres sur l'offre sanitaire et sociale non prise en charge par la Sécurité sociale, et que l'Assurance Maladie puisse assurer un suivi exhaustif de l'ensemble des enfants en France ;

– la rénovation du cadre conventionnel entre l'Assurance Maladie et les PMI afin de renforcer les actions partenariales à destination des publics vulnérables.

Ce travail se fera en lien avec l'État. Il permettra également de disposer d'indicateurs de santé, notamment en termes de respect des parcours définis par les autorités sanitaires.

4.6 RÉFÉRENCES

- [1] Rapport de la Commission des 1 000 premiers jours de l'enfant présidée par Boris Cyrulnik. Septembre 2020.
- [2] Assurance Maladie. Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022 [Internet]. Février 2018.
Disponible sur : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiWwZDE4774AhWZhM4BHSTQDogQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ameli.fr%2Fcontent%2Fconvention-dobjectifs-et-de-gestion-entre-letat-et-la-cnam-2018-2022&usg=AOvVaw2nbUtRzBG92AqClJyV7ctW>
- [3] Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Décembre 2017.
Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
- [4] Comité interministériel pour la santé. Plan national de santé publique priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie [Internet]. Décembre 2017.
Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_pnsp_2018_-_2021_ensemble_mesures.pdf
- [5] Données Eurostat sur la mortalité infantile.
Disponible : https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MINFIND__custom_2268533/default/table?lang=en
- [6] Vilain A, Fresson J, Rey S. Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019. *Études et résultats*, n° 1199. Juillet 2021.
- [7] Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. Janvier 2021.
- [8] Chardon O, Guignon N, de Saint Pol T. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Études et résultats*, n° 924. Drees. Juin 2015.
- [9] Haute Autorité de santé. Troubles du neurodéveloppement : repérage et orientation des enfants à risque. Recommandation de bonne pratique. Février 2020.
- [10] Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement [Internet]. Avril 2018.
Disponible sur : https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf
- [11] Gaini M, Guignon N, Moisy M, Vilain A, Legleye S, Spilka S. Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance. *Éclairages : enfants mineurs, quelle égalité ?*, édition 2020. Insee. Décembre 2020.
- [12] Inserm, Drees. Enquête nationale périnatale : rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Rapport. Octobre 2017.
- [13] Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Baromètre Santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France. 2018.
- [14] Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018.
- [15] Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination contre la grippe saisonnière. Actualisation des recommandations pour les femmes enceintes et les personnes obèses. Avis et Rapports. Février 2012.
- [16] Weill A, Bertrand M, Drouin J, Botton J, Dray-Spira R, Zureik M. Évolution de la couverture vaccinale contre la Covid-19 parmi les femmes enceintes en France : données au 1^{er} mars 2022. EPI-PHARE – Groupement d'intérêt scientifique (GIS) ANSM-CNAM. Mars 2022.
- [17] Haute Autorité de santé. Recommandation vaccinale contre la coqueluche chez la femme enceinte. Avril 2022.
- [18] Santé publique France. Bulletin de santé publique vaccination. Édition nationale. Avril 2022.
- [19] Blotière PO, Damase-Michel C, Weill A, Maura G. Dispensing of Potentially Harmful Prescription Drugs in 1.8 Million Pregnant Women in France: A Nationwide Study Based on Two Risk Classification Systems. *Drug Saf*. 2021 Dec.
- [20] Demailly R, Escolano S, Quantin C, Tubert-Bitter P, Ahmed I. Prescription drug use during pregnancy in France: a study from the national health insurance permanent sample. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2017 Sep;26(9):1126-1134. doi: 10.1002/pds.4265. Epub 2017 Jul 30. PMID: 28758270.
- [21] Taine M, Offredo L, Dray-Spira R, Weill A, Chalumeau M, Zureik M. Paediatric outpatient prescriptions in France between 2010 and 2019: A nationwide population-based study. *Paediatric outpatient prescriptions in France, 2010 to 2019. The Lancet Regional Health-Europe*. Volume 7, August 2021.

- [22] Taine M, Offredo L, Weill A, Dray-Spira R, Zureik M, Chalumeau M. Pediatric Outpatient Prescriptions in Countries With Advanced Economies in the 21st Century: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. April 2022.
- [23] Drees. Les établissements de santé – Édition 2021. Fiche 24 : La naissance : caractéristiques des accouchements.
- [24] FNORS. Bilans de santé des enfants âgés de 3-4 ans en France en 2017. Les pratiques des services départementaux de PMI et des services municipaux de santé scolaire. Octobre 2019.
- [25] Cour des comptes. La santé des enfants : une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Décembre 2021.
- [26] Le Barbier M, Ménard C, Peyronnet A. Étude PEPS'PE. Priorisation des effets sanitaires à surveiller dans le cadre du programme de surveillance en lien avec les perturbateurs endocriniens de Santé publique France. Rapport méthodologique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2020. 29 p.
- [27] Plan National Santé-Environnement 4 (PNSE 4) : « Un environnement, une santé » (2021-2025) [Internet]. Mars 2021. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnse4.pdf>.
- [28] Pr Chauvin F. Dessiner la santé publique de demain. Rapport. Novembre 2021.
- [29] Amrous N. Protection maternelle et infantile (PMI) : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019. *Études et résultats*, n° 1227. Drees. Mars 2022.

5

ANALYSES SECTORIELLES

5.1 LA BIOLOGIE MÉDICALE DE VILLE : UN SECTEUR EN MUTATION APPELANT UN CADRE DE RÉGULATION RÉNOVÉ

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a placé les laboratoires de biologie médicale privés au cœur du parcours de soins du patient dans le cadre de la stratégie « tester, alerter, protéger » (TAP) avec plus de 120 millions de tests RT-PCR réalisés depuis mai 2020. Leur mobilisation, avec d'autres professionnels de santé, a permis à notre pays de garantir à nos assurés un accès facile et des délais de rendu de test très performants. Le rôle du biologiste a aussi évolué avec cette nouvelle mission d'accompagnement du patient dans le cadre d'une pathologie le positionnant souvent comme contact de premier recours pour le patient.

Parallèlement, la crise sanitaire a accéléré la transformation du secteur de la biologie médicale privée. Le chiffre d'affaires des laboratoires a connu une croissance exceptionnelle, passant de 5,1 milliards d'euros en 2019 à 9,4 milliards d'euros en 2021, soit une hausse de 85 %, portée par l'activité relative aux tests de dépistage de la Covid-19. Cette hausse du chiffre d'affaires s'est accompagnée d'une augmentation de plus de 20 % de la rentabilité du secteur en 2020, qui devrait s'accroître en 2021. Même avec la crise sanitaire, la concentration du secteur, dont les six plus grands groupes cumulent 61 % du chiffre d'affaires, explique en partie cette rentabilité croissante.

Enfin, dernier impact fort de la crise Covid, les nombreux investissements réalisés lors de cette crise ont permis d'enrichir l'offre de soins de biologie médicale en ville, notamment en dotant les laboratoires de nouvelles capacités d'analyses. Ainsi, la grande majorité des laboratoires se sont dotés de machines pour réaliser des actes de biologie moléculaire s'appuyant sur les diagnostics d'amplification génique (RT-PCR) auparavant pris en charge uniquement à l'hôpital. Ces actes pourront dorénavant être réalisés en ville dans le cadre de nombreux diagnostics et sur l'ensemble du territoire, élargissant ainsi l'accès aux examens et donc aux soins des patients.

Ces transformations importantes pour le système de soins sont liées à un investissement tout aussi conséquent de la part de l'Assurance Maladie. Depuis le début de l'épidémie, le montant total remboursé des analyses en lien avec la Covid-19 réalisées par les laboratoires privés s'élève à 7,3 milliards d'euros. Ainsi, en 2021, la biologie médicale historique régulée dans le cadre du protocole triennal conclu entre l'Assurance Maladie et les syndi-

cats représentatifs des directeurs de laboratoires ne représente plus que 50 % des dépenses de biologie médicale.

L'ensemble de ces constats impose de réfléchir à un nouveau cadre pour la biologie médicale privée. Nouveau cadre financier tout d'abord, avec une nouvelle régulation financière du secteur qui doit prendre en compte sa forte concentration et la croissance exceptionnelle des remboursements de l'Assurance Maladie depuis 2020. Nouveau cadre conventionnel ensuite pour permettre de conforter le rôle d'accompagnement du patient mis en avant pendant la crise par les directeurs de laboratoires. Nouveau cadre enfin pour accélérer l'intégration des innovations au sein de la biologie médicale de ville.

5.1.1

La biologie médicale en ville : un secteur économique en pleine croissance

5.1.1.1 Une forte concentration du secteur

Depuis 2009, le nombre de structures juridiques de biologie médicale en ville, qui peuvent regrouper plusieurs sites géographiques, a drastiquement diminué : on en comptait 2 625 fin 2009, il n'y en a plus que 377 fin 2021. En 2009, on dénombrait deux structures juridiques détenant plus de 10 sites, en 2021 on en compte 128. Les 50 % des structures juridiques les plus grandes exploitaient 68 % des sites en 2009, 87 % en 2014 et 89 % en 2021, témoignant d'une concentration importante du secteur.

En 2021, les six plus grands groupes de biologie privés en nombre de sites (Biogroup-LCD, Cerballiance, Inovie, Synlab, Eurofins et Unilabs) concentrent 62 % des sites ([Tableau 46](#)), avec une répartition hétérogène entre les régions ([Figure 95](#)). Ainsi, en Corse, les six plus grands groupes détiennent moins de 30 % des sites alors qu'en Occitanie et en Provence-Alpes-Côte d'Azur ils en détiennent plus de 80 %. Cette concentration forte et rapide du secteur depuis 2010 ne s'est pas faite au détriment de l'accès aux soins, puisque le nombre de sites est resté stable sur cette période augmentant même légèrement en passant de 4 080 à 4 160.

TABEAU 40

Proportion cumulée de sites des six plus grands groupes de biologie privés^(a)

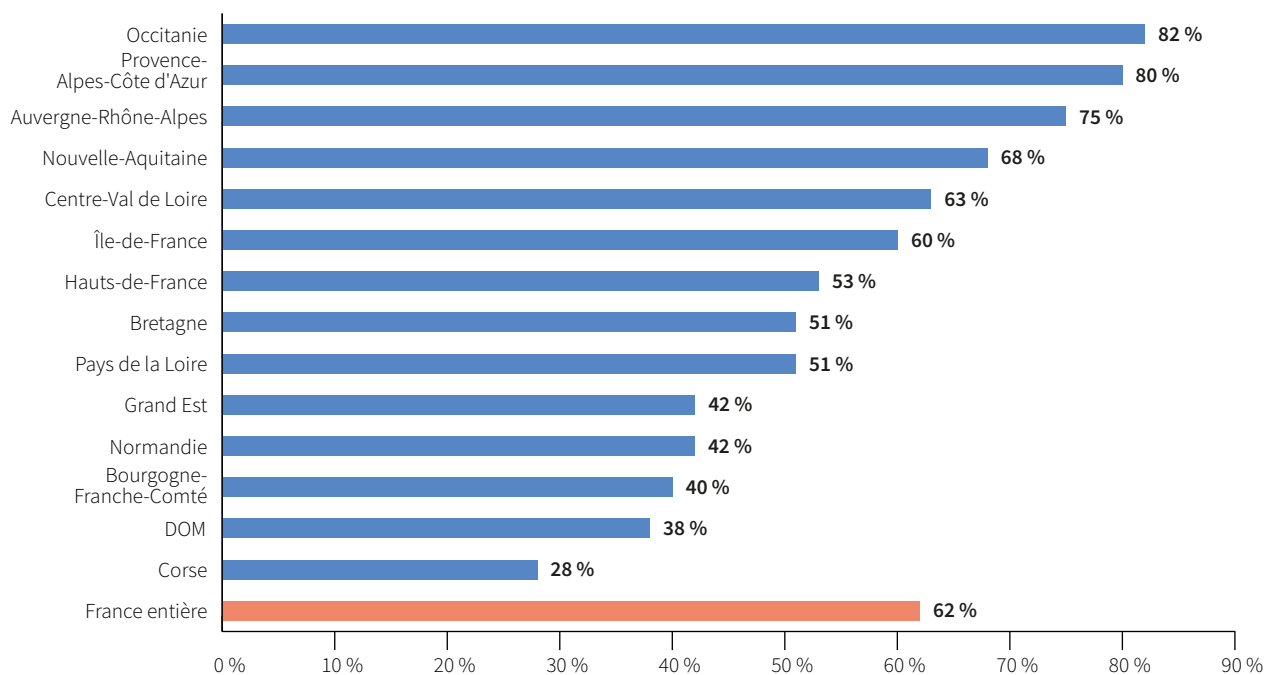
Groupe	Part de sites	Part cumulée de sites
Groupe A	19 %	19 %
Groupe B	14 %	33 %
Groupe C	11 %	44 %
Groupe D	9 %	53 %
Groupe E	6 %	58 %
Groupe F	4 %	62 %

(a) Six plus grands groupes de biologie privés en nombre de sites : Biogroup-LCD, Cerballiance, Inovie, Synlab, Eurofins et Unilabs

Sources : répertoire Finess et sites internet des laboratoires pour identifier leur appartenance à un grand groupe ou non

FIGURE 85

Part des sites des 6 plus grands groupes de biologie privés^(a) par région



(a) Six plus grands groupes de biologie privés en nombre de sites : Biogroup-LCD, Cerballiance, Inovie, Synlab, Eurofins et Unilabs

Sources : répertoire Finess et sites internet des laboratoires pour identifier leur appartenance à un grand groupe ou non

ENCADRÉ 20

LA CONCENTRATION DU SECTEUR DE LA BIOLOGIE MÉDICALE DANS QUELQUES PAYS EUROPÉENS

La montée en puissance de grands groupes de biologie médicale en Europe

Le mouvement de consolidation du secteur de la biologie médicale observé en France ces dernières années se constate également au niveau européen. En Allemagne par exemple, le nombre de laboratoires détenus par les trois principaux groupes au niveau national a augmenté de 62 % entre 2015 et 2019. Certains de ces grands laboratoires déploient par ailleurs une stratégie d'investissement paneuropéenne et sont présents dans plusieurs grands marchés européens, à l'instar de Synlab qui possède des laboratoires en France, en Allemagne, en Italie, en Espagne et en Suisse.

Cette concentration a pour effet de modifier radicalement le paysage capitalistique du secteur : dans les pays étudiés (Allemagne, Espagne, Portugal), la biologie médicale de ville est détenue par des groupes de laboratoires générant des chiffres d'affaires importants. Le marché allemand de la biologie médicale est ainsi dominé par cinq grandes structures qui détiennent environ 45 % des parts de marché, avec des chiffres d'affaires qui dépassent 200 millions d'euros en 2018. Le groupe en tête détient une part de marché de 15 % en 2018 et un chiffre d'affaires qui s'élève à 733 millions d'euros. Conséquence logique des regroupements observés, le chiffre d'affaires de ces laboratoires privés continue d'augmenter, dans des proportions cependant variables selon les laboratoires. Les variations les plus importantes du chiffre d'affaires ne semblent pas uniquement liées aux acquisitions : c'est le cas d'un laboratoire ayant enregistré une augmentation de 41 % de son chiffre d'affaires entre 2015 et 2019 alors que seulement deux entités juridiques ont été acquises pendant ce laps de temps. Cette hausse importante de l'activité peut également s'expliquer par des gains d'efficacité.

Le secteur portugais de la biologie médicale connaît un phénomène similaire de consolidation avec cinq grands laboratoires qui représenteraient environ 75 % du marché national. Il enregistre un chiffre d'affaires global de 395 millions d'euros en 2019, en constante augmentation depuis 2014 et en hausse de 2,9 % par rapport à l'année précédente. Là aussi, le leader national s'impose largement avec un chiffre d'affaires qui représente près d'un tiers du chiffre d'affaires total du secteur.

Dans d'autres pays, si la consolidation du marché est amorcée, elle n'en est encore qu'à ses prémices. En Espagne, le secteur de la biologie est encore fortement atomisé. Les deux premiers laboratoires privés ne représentent qu'environ 7 % de la valeur totale du marché. La part des cinq premiers, en revanche, est d'environ 12 %. Le marché de la biologie médicale y est en outre très dynamique : selon l'Observatoire sectoriel DBK d'INFORMA D&B, l'activité d'analyse clinique a généré un chiffre d'affaires de 2,91 milliards d'euros en Espagne en 2019, un chiffre qui représente une croissance de 2,1 % par rapport à 2018, similaire à celle enregistrée les trois années précédentes.

L'érosion du nombre de laboratoires privés

Cette situation se traduit par une érosion du nombre de laboratoires en Europe, conséquence des rachats successifs de laboratoires indépendants par de grands groupes. La transformation du paysage de la biologie médicale s'effectue toutefois à des vitesses différentes selon les pays.

L'Allemagne est présentée par la littérature comme l'archétype d'un modèle « industriel » de la biologie médicale. Le secteur s'y organise en effet autour de quelques gros plateaux techniques très automatisés et consacrés uniquement à l'analyse des prélèvements. On dénombre en tout environ 300 laboratoires de biologie

médicale sur le territoire en 2018, chiffre qui a peu évolué au cours des dix dernières années et qui témoigne de la forte consolidation du marché. Le secteur public est également concerné par cette consolidation avec une réduction du nombre de laboratoires hospitaliers de 35 % depuis 1991 dans une optique d'amélioration de l'efficacité. Le nombre de personnes employées dans l'ensemble des 300 laboratoires médicaux de ville allemands est estimé à 96 000 en 2017. Ces effectifs demeurent stables depuis 2011. À titre indicatif, le secteur de la biologie médicale française emploierait environ 44 000 personnes en 2019 pour 471 structures juridiques en décembre 2019, ce qui peut laisser entendre que la taille des laboratoires allemands est plus importante que celle des laboratoires français.

Les marchés nationaux, longtemps caractérisés par un modèle dominant d'exercice libéral avec des laboratoires de proximité, connaissent eux aussi une érosion du nombre de laboratoires d'analyses médicales. Au Portugal, le nombre d'entités juridiques gérant des laboratoires d'analyses cliniques est tombé à environ 300 en 2019, alors qu'elles étaient 458 en 2010. Mécaniquement, ces structures juridiques comptent en moyenne plus de sites : la taille moyenne des laboratoires a ainsi sensiblement augmenté, passant de douze employés par entreprise en 2010 à environ vingt en 2019. Au Portugal, le secteur de la biologie médicale semble reposer de façon croissante sur un modèle « en étoile » organisé autour d'un pôle central et des antennes distribuées sur le territoire pour réaliser les prélèvements. Chaque laboratoire privé peut détenir plusieurs stations de collecte (*postos de colheitas*) : il s'agit de locaux décentralisés dédiés au prélèvement d'échantillons biologiques (prises de sang, prélèvements de selles ou d'urines...) tandis que l'analyse des échantillons



▼
est effectuée dans le laboratoire central. Chaque laboratoire privé peut disposer d'environ six stations de collecte. Il s'avère que ces stations de collecte finissent par dominer

l'offre de biologie médicale de proximité. Détrônés par ces antennes de laboratoires privés de plus grande taille, les petits laboratoires de proximité traitant moins de cent analyses par jour n'existent

pratiquement plus. Ce phénomène engendre une forte concentration du secteur autour de laboratoires privés dominants.

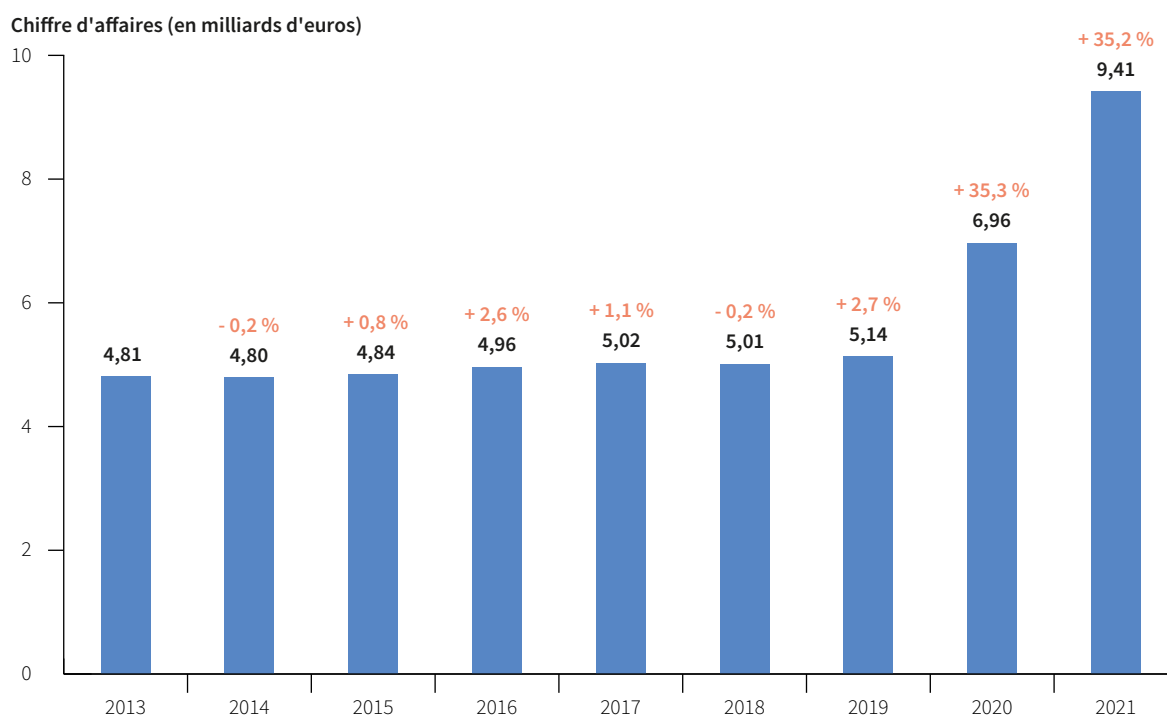
5.1.1.2 Un chiffre d'affaires en forte hausse à la faveur de la crise sanitaire

Depuis 2009, le chiffre d'affaires des laboratoires de biologie est en hausse (Figure 86). Entre 2013 et 2019, le chiffre d'affaires a augmenté en moyenne de 1 % par an puis a connu une augmentation extraordinaire de 35 % en 2020 ainsi qu'en 2021, en lien avec la crise sanitaire. Les trois plus grands groupes atteignent ou dépassent 1 milliard d'euros de chiffre d'affaires en 2021 (Figure 87) et concentrent 61 % du chiffre d'affaires.

À partir de la base de données DIANE, regroupant les données financières des laboratoires qui ont déposé leurs comptes auprès des tribunaux de commerce⁸², les laboratoires de biologie médicale privés (au sens de structures juridiques) ont été répartis en quatre catégories selon le niveau de leur chiffre d'affaires (quartiles de la distribution) afin d'étudier certains indicateurs financiers selon la taille du laboratoire (Tableau 41).

FIGURE 86

Évolution du chiffre d'affaires^(a) du secteur de la biologie entre 2013 et 2021



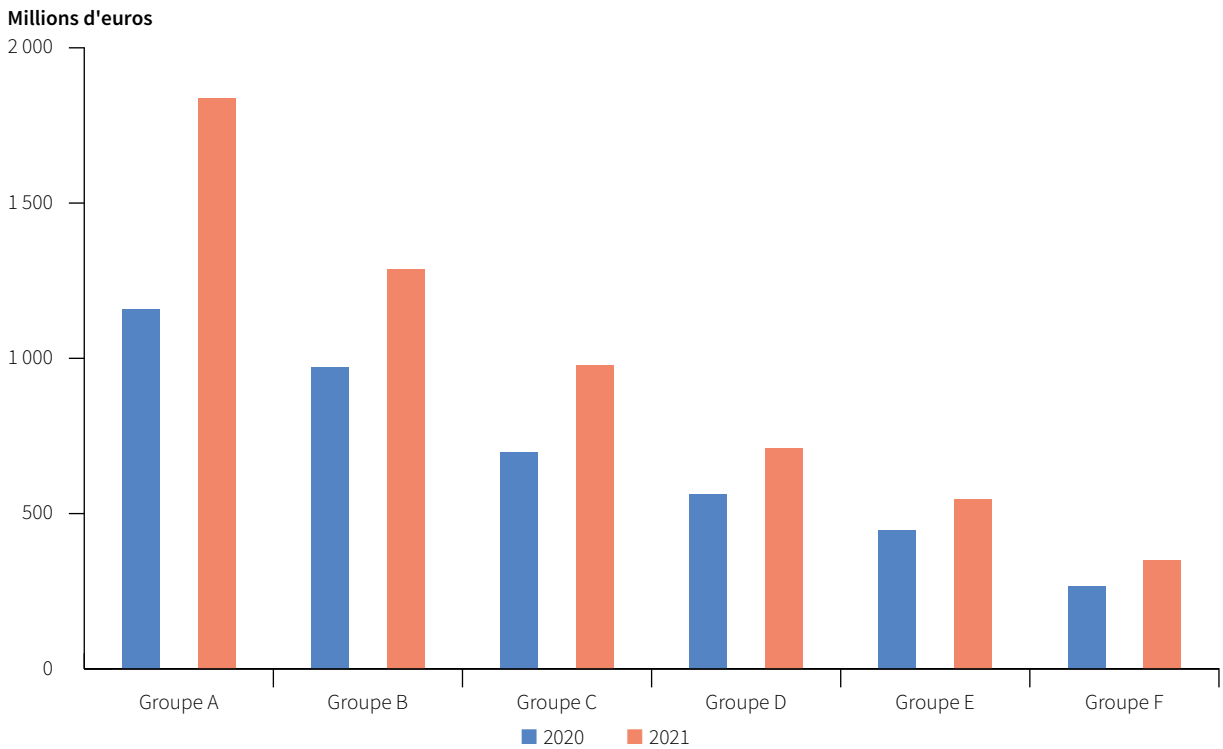
(a) Le chiffre d'affaires est estimé par la somme de l'ensemble des montants remboursables (par exemple, les remboursements de l'Assurance Maladie et les restes à charge de l'assuré) versés aux laboratoires d'analyses médicales privés sur l'année

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS)

82 Sont absentes de cette base de données les entreprises en nom propre, souvent des petits laboratoires réalisant des chiffres d'affaires peu importants. Aussi, dans les résultats issus de cette base de données, les laboratoires importants sont surreprésentés par rapport aux petits. En 2020, 224 laboratoires ont déposé leurs comptes. Ils représentent 59 % des structures juridiques et 90 % du chiffre d'affaires total du secteur. En 2016, ils étaient 371 (57 % des structures juridiques et 88 % du chiffre d'affaires).

FIGURE 87

Chiffres d'affaires^(a) des 6 plus grands groupes de biologie privés^(b) en 2020 et 2021



(a) Le chiffre d'affaires est estimé par la somme de l'ensemble des montants remboursables (par exemple, les remboursements de l'Assurance Maladie et les restes à charge de l'assuré) versés aux laboratoires d'analyses médicales privés sur l'année
(b) Les six plus grands groupes de biologie privés en nombre de sites : Biogroup-LCD, Cerballiance, Inovie, Synlab, Eurofins et Unilabs

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS)

TABEAU 41

Rentabilité financière et répartition des charges selon le chiffre d'affaires (CA) des laboratoires de biologie privés entre 2016 et 2020

En proportion du CA	Ensemble des structures juridiques			Inférieur au 1 ^{er} quartile de CA			Entre le 1 ^{er} et le 2 ^e quartile de CA			Entre le 2 ^e et le 3 ^e quartile de CA			Supérieur au 3 ^e quartile de CA		
	2020	2019	2016	2020	2019	2016	2020	2019	2016	2020	2019	2016	2020	2019	2016
Excédent brut d'exploitation ^(a) (EBE)	23 %	19 %	18 %	18 %	15 %	12 %	22 %	18 %	16 %	26 %	20 %	18 %	23 %	20 %	19 %
Achats marchandises et autres approvisionnements	18 %	12 %	14 %	15 %	15 %	16 %	16 %	14 %	14 %	17 %	12 %	14 %	20 %	12 %	13 %
Charges de personnel	30 %	38 %	40 %	33 %	41 %	43 %	31 %	38 %	43 %	30 %	39 %	41 %	29 %	38 %	39 %
Autres achats et charges externes	27 %	27 %	24 %	31 %	26 %	26 %	30 %	26 %	23 %	26 %	25 %	24 %	27 %	27 %	25 %

(a) L'excédent brut d'exploitation est un indicateur de rentabilité de l'entreprise. Il représente le surplus dégagé par l'entreprise après rémunération des impôts (à l'exception de l'impôt sur les sociétés) et du travail

Source : Diane

Les laboratoires avec les chiffres d'affaires les plus importants ont investi plus massivement que les autres laboratoires en 2020 (**Figure 88**). La médiane de leur taux d'investissement, c'est-à-dire la part de la richesse produite consacrée aux investissements, est de 8 % (contre 2 % pour les plus petits laboratoires) et un quart d'entre eux ont un taux d'investissement qui dépasse 25 % (contre 8 % d'entre eux pour les plus petits laboratoires).

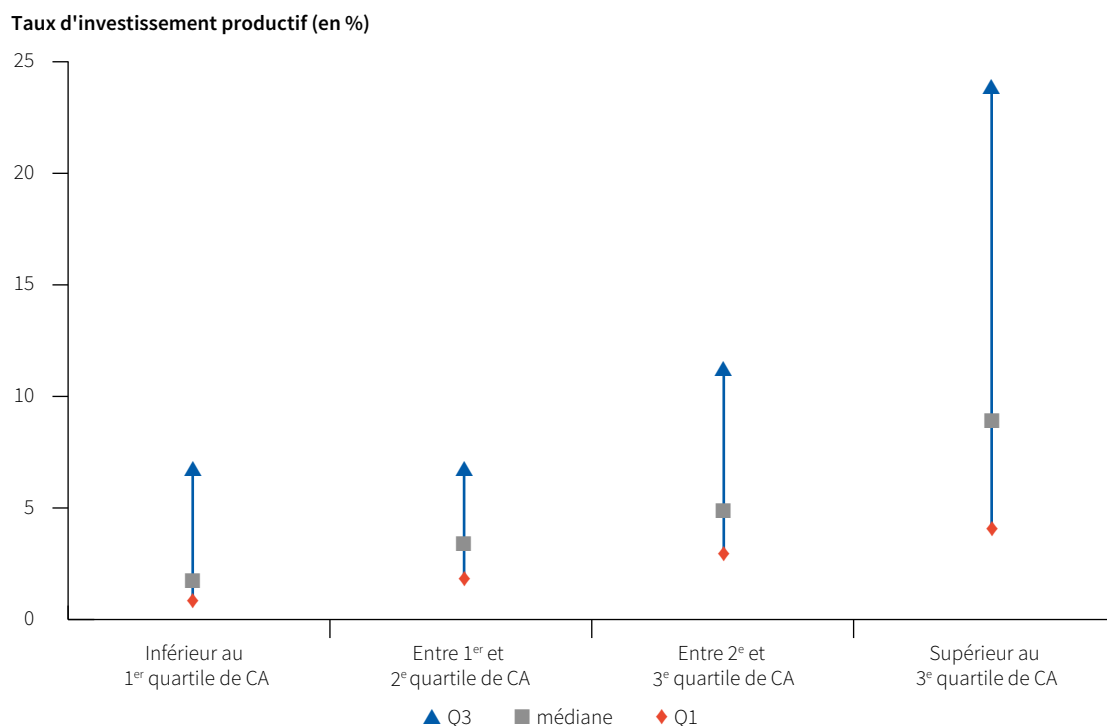
La part du chiffre d'affaires consacrée à l'achat de matière première recule jusqu'en 2019 (**Tableau 41**), mais a connu une importante augmentation en 2020, en particulier pour les plus grands laboratoires (passant de 12 % en 2019 à 20 % en 2020), augmentation qui s'explique principalement par les achats nécessaires à la mise en œuvre des analyses en lien avec la Covid-19.

La part des charges de personnel a connu une légère baisse entre 2016 et 2019, s'expliquant par les économies d'échelle permises par les regroupements. Bien que le nombre de salariés ait beaucoup augmenté en 2020 (+15,9 % de salariés par rapport à 2019)⁸³, la part des charges de personnel baisse drastiquement du fait de l'augmentation du chiffre d'affaires, quelle que soit la taille du laboratoire, passant de 38 % du chiffre d'affaires en 2019 à 30 % en 2020. Elles représentent une part moins importante du chiffre d'affaires pour les gros laboratoires que pour les petits (29 % contre 33 % en 2020).

La part des « autres achats et charges externes », qui regroupent notamment les frais liés à la sous-traitance et à l'accréditation, est en faible augmentation entre 2016 et 2020, quelle que soit la taille du laboratoire (passant de 24 % à 27 % au global). Cette charge pèse légèrement plus sur les petits laboratoires que sur les plus gros (31 % contre 27 % en 2020).

FIGURE 88

Taux d'investissement productif^(a) des laboratoires de biologie privés en 2020 selon la valeur de leur chiffre d'affaires [CA]



(a) Le taux d'investissement productif se calcule en divisant le montant des investissements par la valeur ajoutée (chiffre d'affaires auquel on soustrait les consommations intermédiaires)

Source: Diane

83 Source : Urssaf. <https://open.urssaf.fr/pages/dataviz-etablissements-et-effectifs-salaries/>

5.1.1.3 Une rentabilité élevée et renforcée par les dépenses liées à la Covid-19

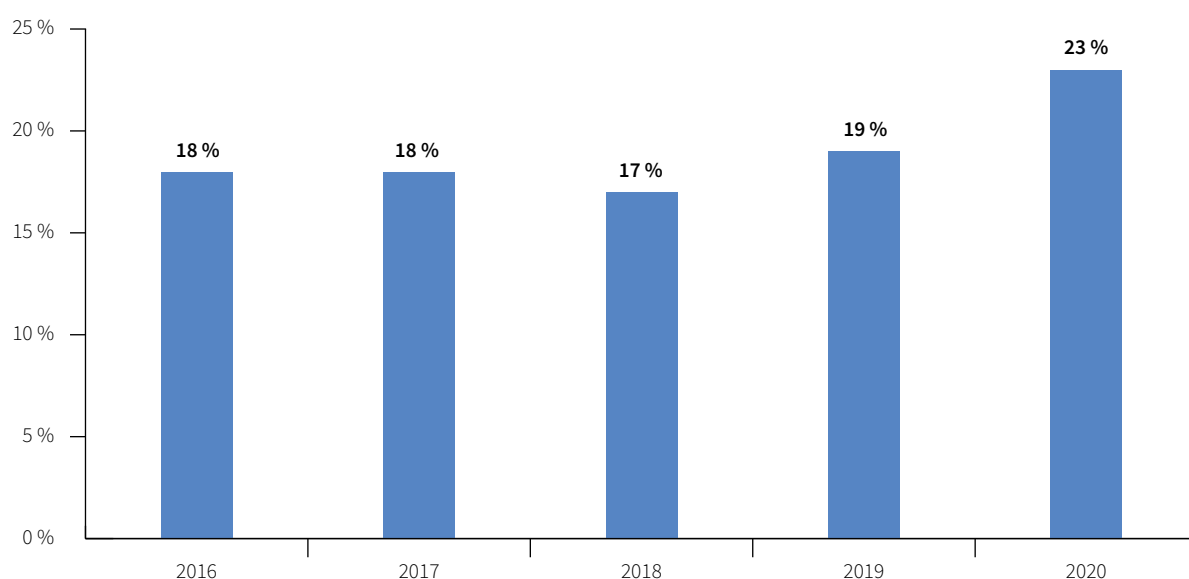
La rentabilité du secteur, appréciée par le rapport entre l'excédent brut d'exploitation (EBE) et le chiffre d'affaires (CA), était relativement stable entre 2016 et 2019, passant de 18 % à 19 % à un niveau très élevé. Elle a par ailleurs fortement augmenté en 2020 pour atteindre 23 % du chiffre d'affaires **(Figure 89)**. Cette rentabilité du secteur a augmenté entre 2016 et 2020, quelle que soit la tranche de chiffre d'affaires considérée **(Tableau 41)**. Les

plus petits laboratoires, dont le CA est inférieur au 1^{er} quartile, apparaissent un peu moins rentables que ceux des trois autres catégories, aussi bien en 2016 qu'en 2019 et 2020. Le taux de rentabilité de ces plus petits laboratoires atteint 17 % en 2020 (contre 23 % pour l'ensemble du secteur).

À titre de comparaison, la Figure 90 présente le ratio de l'EBE sur le CA d'autres secteurs d'activité, calculé à partir de la base de données DIANE. L'année 2019 a été retenue pour cette comparaison compte tenu des bouleversements économiques intervenus en 2020.

FIGURE 89

Rentabilité du secteur de la biologie (excédent brut d'exploitation^(a)/chiffre d'affaires) entre 2016 et 2020

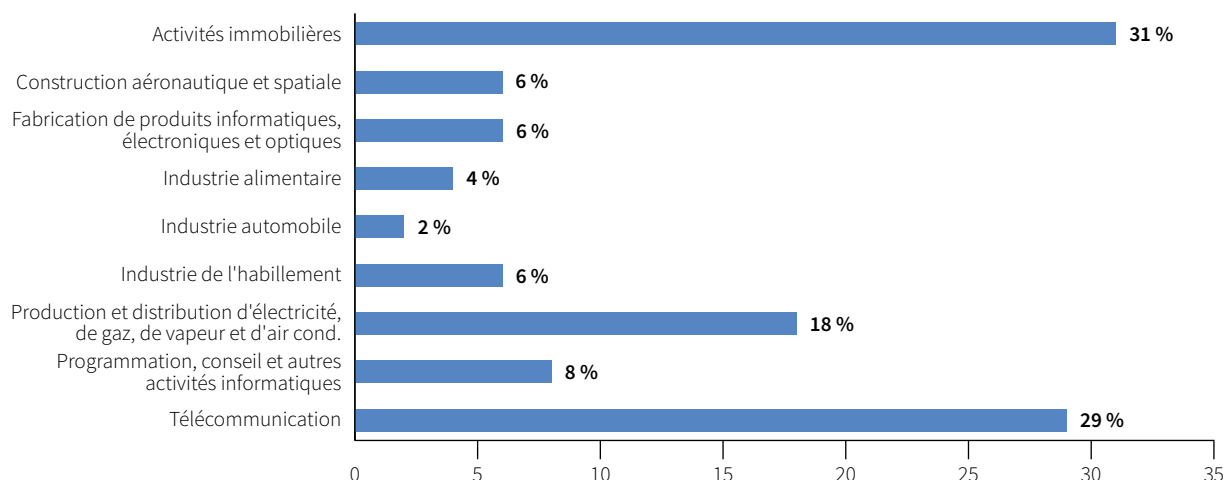


(a) L'excédent brut d'exploitation (EBE) est un indicateur de rentabilité de l'entreprise. Il représente le surplus dégagé par l'entreprise après rémunération des impôts (à l'exception de l'impôt sur les sociétés) et du travail

Source : Diane

FIGURE 90

Rentabilité de différents secteurs d'activité (excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires) en 2019



Note de lecture : les entreprises sont classées dans un secteur d'activité selon leur code NAF principal.

Champ : toutes les entreprises ayant un chiffre d'affaires supérieur à 1 000 euros

Source : Diane

5.1.2

Une régulation des remboursements par l'Assurance Maladie efficace mais qui doit être renouvelée à la suite de la crise sanitaire

5.1.2.1 En 2021, les remboursements régulés à travers le protocole de biologie représentent 50 % de la dépense de biologie contre 99 % avant la crise sanitaire

Mis en place en 2014 dans un contexte de dépenses dynamiques, les protocoles triennaux conclus entre les directeurs de laboratoires de biologie médicale et l'Assurance Maladie définissent un objectif d'évolution des dépenses et les modalités de régulation permettant de respecter une trajectoire des dépenses. Trois protocoles triennaux ont été successivement signés, couvrant respectivement les périodes 2014-2016, 2017-2019 et enfin 2020-2022. Le premier protocole, pour les années 2014 à 2016, a fixé un objectif de croissance annuelle des remboursements de l'Assurance Maladie de 0,25 %. Cet objectif a été reconduit dans le second protocole. Pour les années 2020 à 2022, les taux d'évolution ont été augmentés à 0,4 % en 2020 ; 0,5 % en 2021 et

0,6 % en 2022. Ces objectifs sont atteints en réalisant des baisses de cotations d'actes en lien avec les gains de productivité du secteur ou en menant des actions de gestion du risque afin de compenser l'évolution naturelle des dépenses liées à des facteurs épidémiologiques et démographiques.

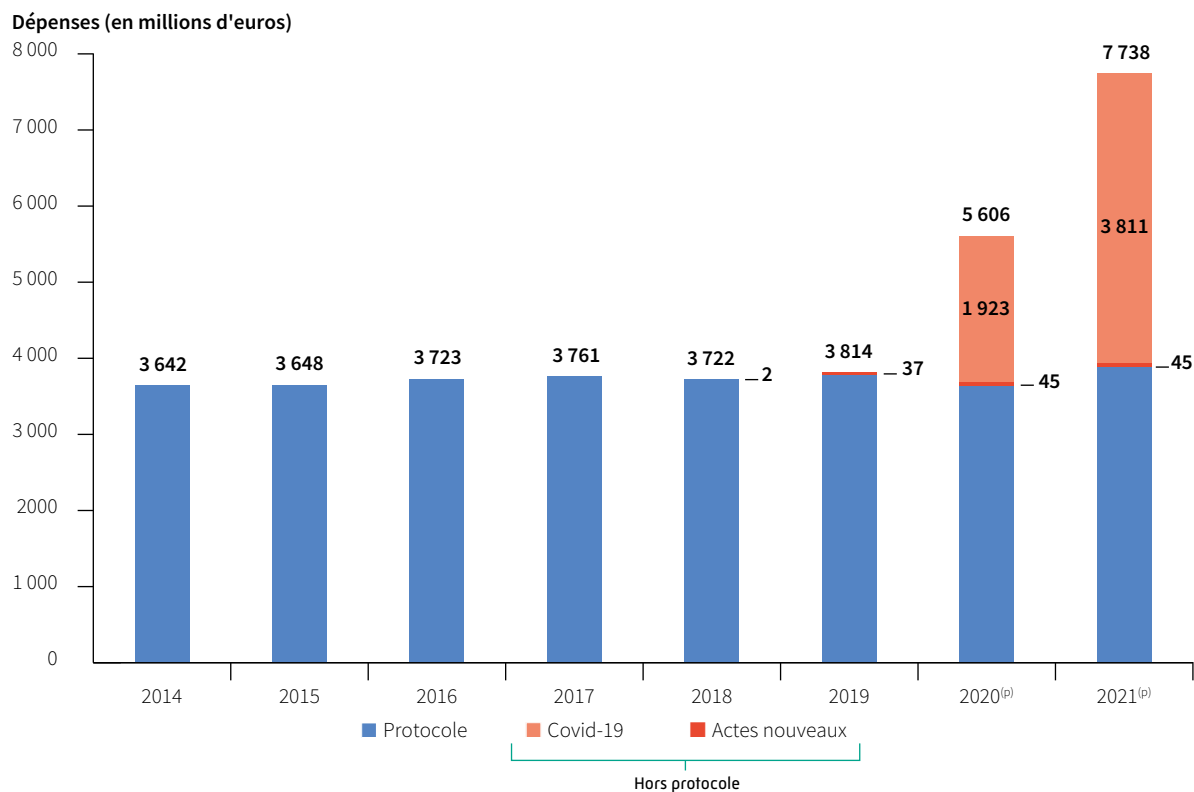
Le champ de régulation des dépenses du protocole de biologie couvre les actes « courants ». Les actes innovants et nouvellement remboursés par l'Assurance Maladie, dont l'évolution des dépenses est par définition plus difficile à prédire, ont été exclus du protocole. Sont également hors du champ du protocole les actes de dépistage de la Covid-19 qui relèvent de la gestion de la crise sanitaire (Figure 91).

Du fait de l'exclusion des actes nouveaux de la régulation du protocole et des actes de dépistage de la Covid-19, sur 7,7 milliards d'euros de remboursements consacrés à la biologie médicale en 2021, 50 % sont couverts par la régulation liée au protocole, contre 99 % avant la pandémie. Au total, 26 actes ont été inscrits au remboursement entre 2017 et 2019, représentant une augmentation des remboursements de 137 millions d'euros entre 2017 et 2021, non régulés par le protocole. En 2021, les remboursements liés à ces actes s'élèvent à 49 millions d'euros, concentrés principalement sur le dépistage prénatal non invasif (35 millions d'euros) pris en charge par l'Assurance Maladie depuis février 2019. Par ailleurs, depuis le début de l'épidémie, le montant total remboursé des tests réalisés par les laboratoires privés pour le dépistage de la Covid-19 s'élèverait à 7,3 milliards d'euros malgré les baisses successives des tarifs des tests RT-PCR à partir de décembre 2020 (de 44 % au total).

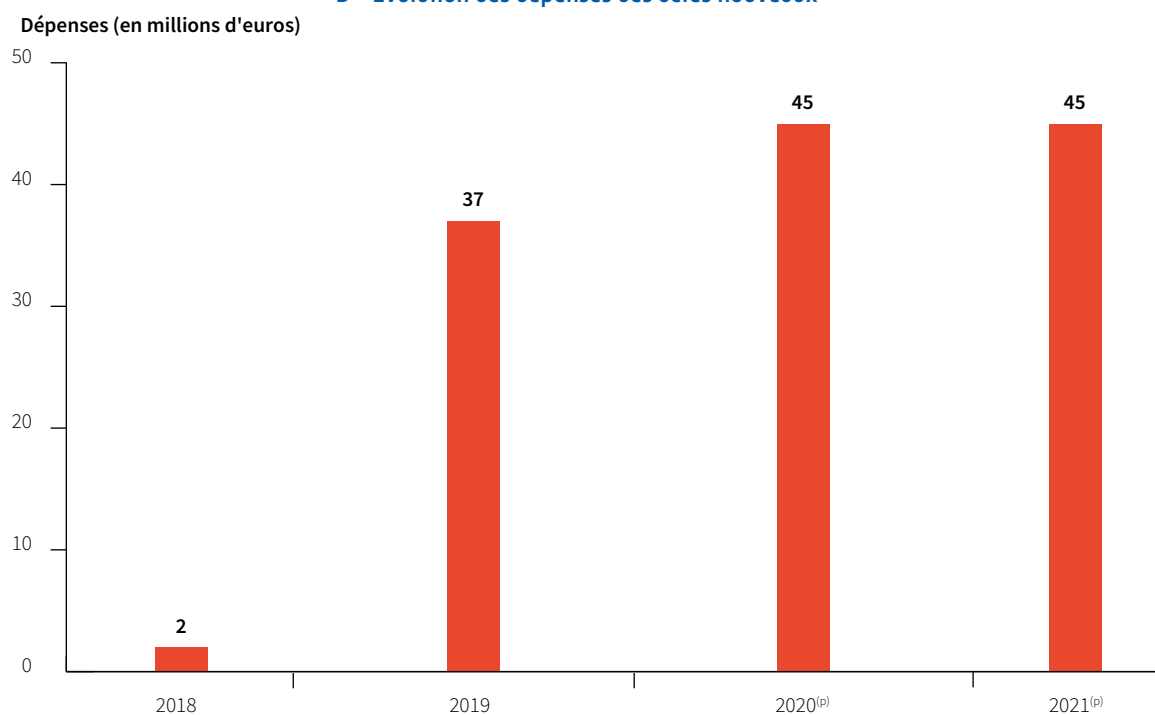
FIGURE 91

Répartition des dépenses de biologie (en millions d'euros) selon leur couverture par le protocole (A) et évolution des dépenses des actes nouveaux (B)

A - Répartition des dépenses de biologie selon leur couverture par le protocole



B - Évolution des dépenses des actes nouveaux



(p) Prévision

Champ : données en date de soins, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

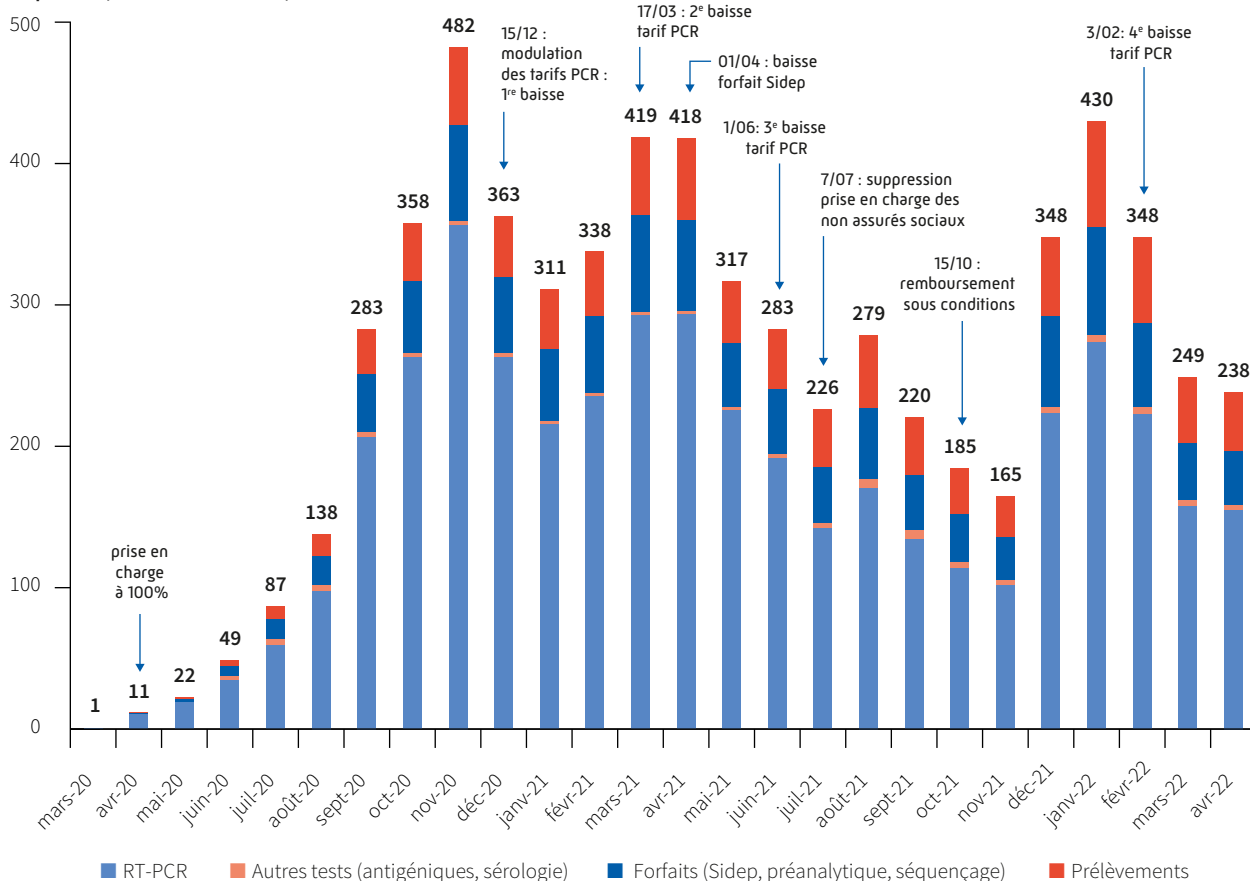
Les tests RT-PCR constituent l'essentiel des remboursements en lien avec la Covid-19 (64 %), et dans une faible mesure, les tests de sérologie et antigéniques (ces derniers sont peu réalisés en laboratoire). Les forfaits associés (préanalytique, Sidep) consti-

tuent 15 % des remboursements, et les prélèvements, 14 %⁸⁴. Les bonus versés aux laboratoires rendant les résultats en moins de 12 h, instaurés le 15 décembre 2020, représentent 6 % des montants au titre de l'activité réalisée.

FIGURE 92

Évolution des dépenses de dépistage de la Covid-19 réalisées dans les laboratoires de ville (hors bonus pour rendu rapide)

Dépenses (en millions d'euros)



Champ : données en date de remboursement, régime général - France entière
Source : Cnam (SNDS)

84 Prélèvements réalisés par les techniciens de laboratoire, les infirmières et infirmiers (salariés ou non), les médecins-biologistes.

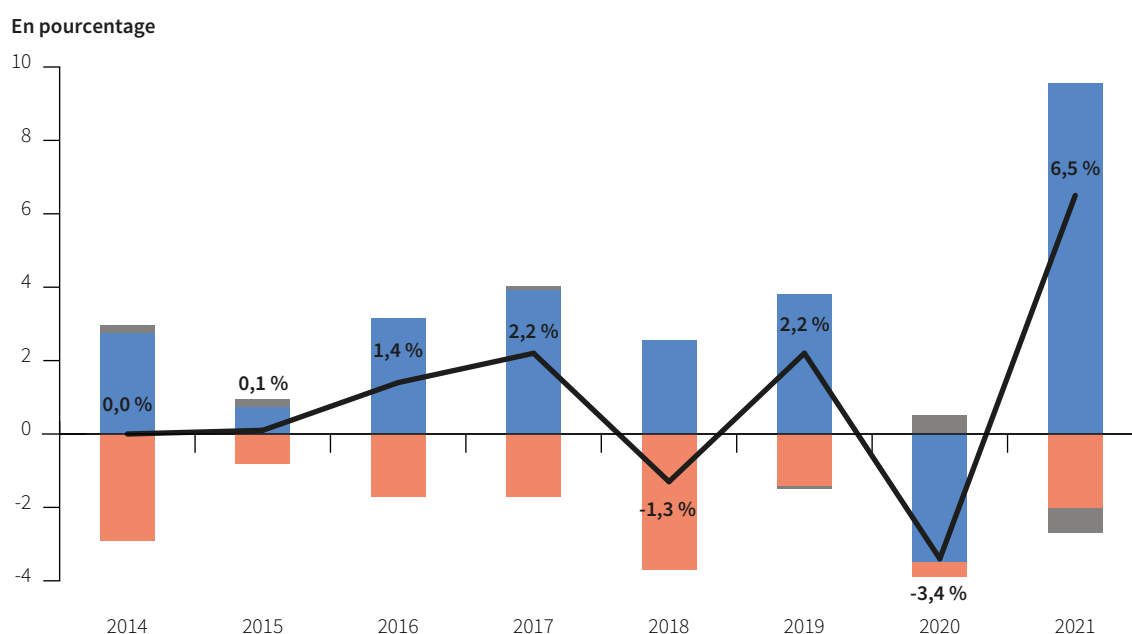
5.1.2.2 Une dépense contenue des actes au sein du protocole essentiellement liée aux baisses de tarifs

Sur la période 2014-2021, les dépenses entrant dans le champ du protocole ont augmenté de 241 millions d'euros, soit une augmentation annuelle moyenne des dépenses de 0,9 % comparée à une évolution naturelle des dépenses d'environ 3,5 %. Globalement, les dépenses sont conformes à la trajectoire fixée sur la période par les différents protocoles, grâce à des ajustements pluriannuels, notamment *via* des mesures tarifaires qui ont permis de respecter les objectifs fixés.

Cette augmentation sur la période s'explique par une croissance des volumes de 2,8 % en moyenne par an sur la période 2014-2021 : le repli observé en 2020 du fait de la contraction de l'activité hors Covid durant le confinement a été suivi d'un rattrapage de l'activité en 2021 (Figure 93). Les ajustements tarifaires annuels effectués dans le cadre du protocole ont permis de réduire la progression des dépenses de 1,7 % en moyenne par an sur la période (« effet tarif »). Enfin, le niveau de prise en charge mesuré par « l'effet ticket modérateur » (TM) est demeuré stable en moyenne sur la période.

FIGURE 93

Décomposition du taux de croissance des dépenses de biologie remboursées par le régime général dans le champ du protocole de biologie



Note de lecture : en 2021, les dépenses remboursées de biologie ont augmenté de 6,5 % par rapport à 2020 : cette augmentation s'explique par une hausse des volumes de 9,5 %, d'une moindre prise en charge de 0,7 % (effet « ticket modérateur » – TM) et d'une baisse des tarifs de 2 %.

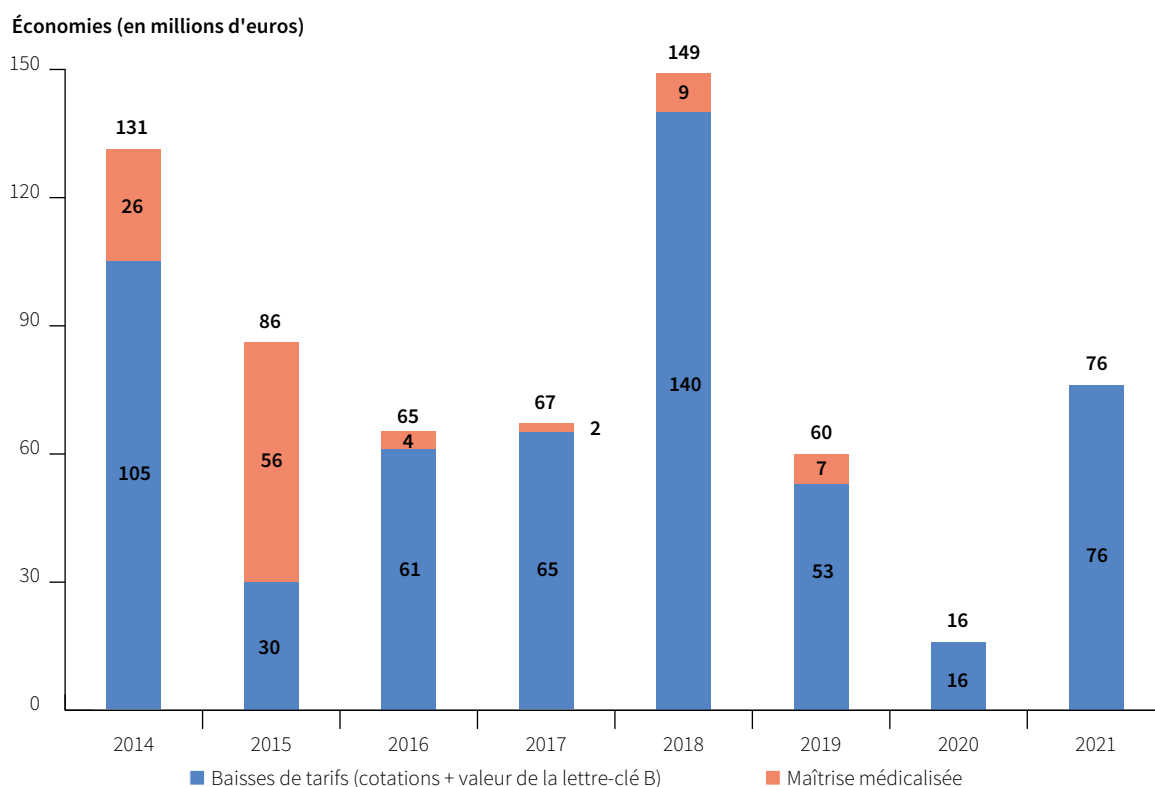
Champ : données en date de soins (corrigés des jours ouvrés et variations saisonnières - CJO-CVS), régime général - France métropolitaine
Source : CNAM (SND)

Près de 545 millions d'euros d'économies de baisses de tarifs ont ainsi été réalisées sur la période 2014-2021 (**Figure 94**), principalement des baisses ciblées (baisses de cotation). Des baisses temporaires généralisées de l'ensemble des tarifs des actes de biologie (*via* la baisse de la valeur de la lettre clé « B ») ont été activées fin 2016 et fin 2018 (pour des rendements respectifs de 26 millions d'euros et de 21 millions d'euros afin de respecter les objectifs de dépenses)⁸⁵.

Le bilan de la gestion du risque est plus contrasté avec un rendement de 104 millions d'euros sur la période 2014-2021, en partie imputable aux actions visant à réduire le nombre de dosages de vitamine D. Si l'objectif de 60 millions d'euros d'économies a été dépassé sur le premier protocole (86 millions d'euros), les objectifs des protocoles suivants n'ont pas été atteints avec notamment une suspension des actions de maîtrise médicalisée durant la pandémie.

FIGURE 94

Économies réalisées dans le cadre des protocoles de biologie depuis 2014 (en millions d'euros)



Champ : données en dates de soins, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

⁸⁵ Le prix d'un acte de biologie est obtenu par la multiplication de la lettre clé « B » (fixe pour la biologie médicale) et d'un coefficient (variant selon l'acte). Le protocole permet à l'Assurance Maladie d'utiliser ces deux éléments comme variables d'ajustement des dépenses de biologie au regard des objectifs fixés.

ENCADRÉ 21

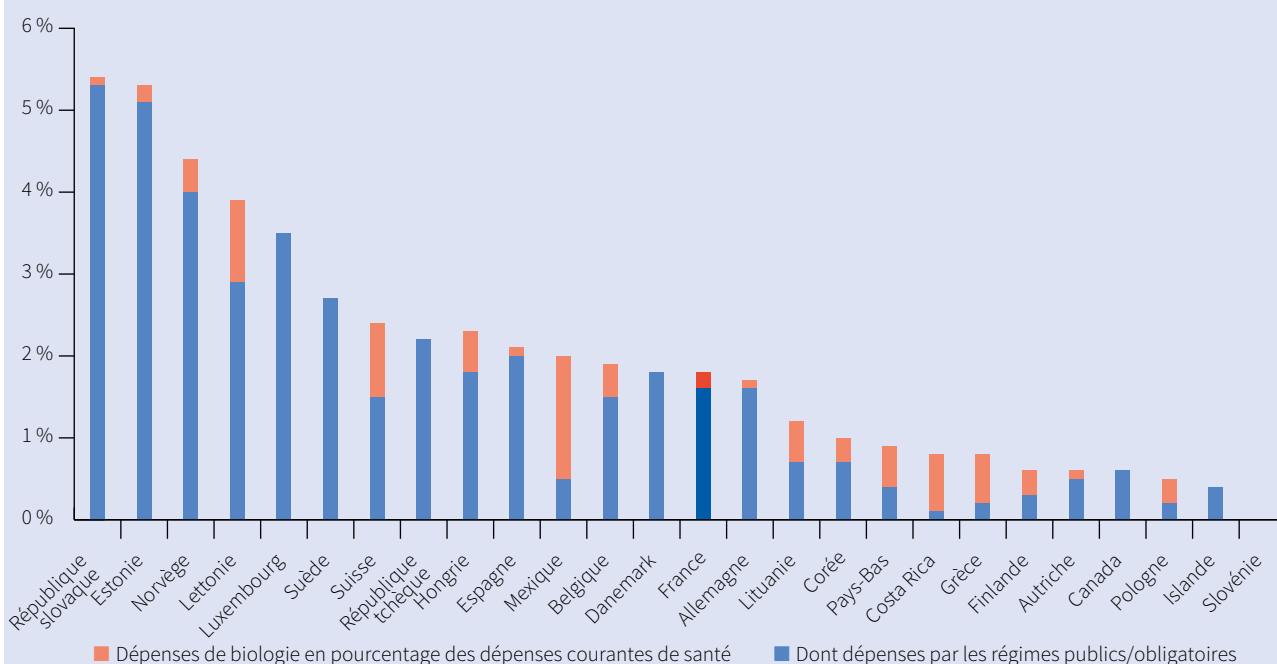
I DÉPENSES DE BIOLOGIE MÉDICALE DANS LES PAYS DE L'OCDE

En 2019, la France consacre 1,8 % des dépenses de santé à la biologie médicale, dont 1,6 % sont prises en charge par l'Assurance Maladie. Elle se situe dans la moyenne de 1,9 % des pays présentés dans la Figure 95.

Si, dans la plupart des pays, les dépenses de biologie médicale sont majoritairement prises en charge par les régimes publics ou obligatoires, cette proportion peut varier selon l'organisation des systèmes de

santé. On constate également sur ce graphique que, dans l'ensemble, les dépenses de biologie médicale sont plutôt prises en charge par les régimes publics ou obligatoires.

FIGURE 95

Dépenses de biologie médicale en 2019 dans les pays de l'OCDE^(a)

(a) OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

Champ : analyses de laboratoires à l'exclusion de celles effectuées dans le cadre d'un forfait - tous les régimes de financement

Source : base de données OCDE (OECD Health Statistics)

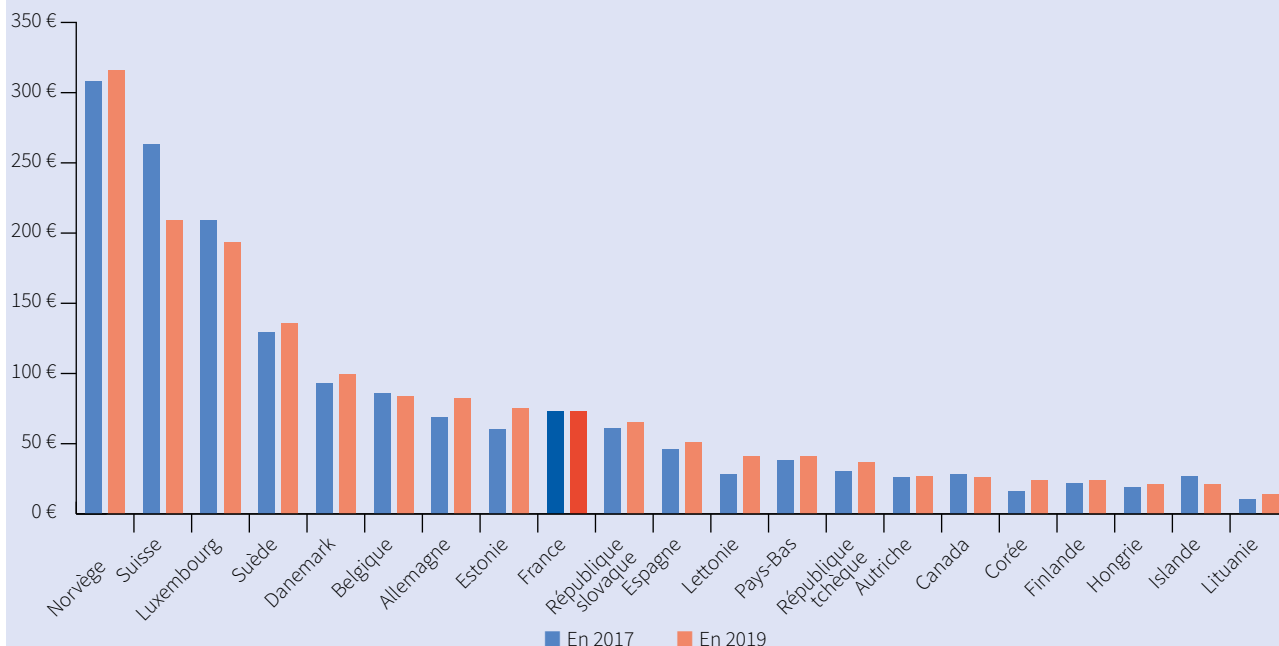
Si la France se place dans une moyenne plutôt haute au regard des autres pays (la moyenne atteignant près de 65 euros), la dépense de biologie rapportée à la population est demeurée relativement stable en France depuis 2017, contrairement à la plupart des pays présentés dans la Figure 96. Cette situation a conduit

à résorber significativement certains écarts, notamment avec l'Allemagne où la situation est particulièrement marquante, avec une accélération importante des dépenses de biologie médicale depuis quelques années. Le niveau de dépenses en France est d'ailleurs désormais moins élevé qu'en Allemagne où il atteint 82 euros

par personne. En Belgique où l'organisation de la biologie médicale est similaire à la France, les dépenses de biologie médicale par personne s'élèvent à 84 euros, dépassant là aussi le niveau français.

FIGURE 96

Dépenses de biologie médicale par personne en 2017 et en 2019 dans différents pays de l'OCDE^(a)



(a) OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

Note de lecture : taux de change respectivement au 30/06/2017 et au 30/06/2019 pour les données de 2017 et 2019

Champ : analyses de laboratoires à l'exclusion de celles effectuées dans le cadre d'un forfait - tous les régimes de financement
Source : base de données OCDE (OECD Health statistics)

Ces données de l'OCDE, si elles offrent un aperçu global des dépenses de biologie médicale, comportent tout de même des limites. Dans sa définition des dépenses de

biologie médicale, l'OCDE considère uniquement les services que les patients consomment directement et qui ne font pas partie d'une offre plus large⁸⁶. Typiquement, en France,

les analyses réalisées durant les hospitalisations ne sont pas prises en compte.

5.1.2.3 Une dynamique des volumes soutenue nécessitant une relance des actions de gestion du risque pour compléter la régulation économique

Une croissance portée par le nombre d'actes prescrits par ordonnance

Le taux de croissance du nombre d'actes de biologie médicale hors dépistages Covid, actes dits « de dispositions générales et prélèvements » est de + 8,1 % entre l'année 2019 et l'année 2021,

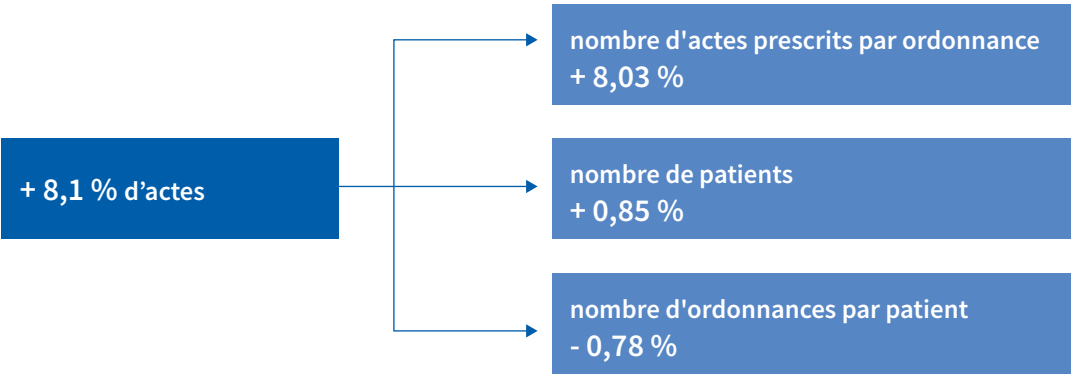
soit une évolution annuelle moyenne de 4 % assez proche de celle entre 2018 et 2019 (+ 3,9 %).

L'augmentation du volume des actes de biologie médicale entre 2019 et 2021 est peu liée à l'augmentation du nombre de patients bénéficiant d'une analyse de biologie médicale (+ 0,85 %) ou à la variation du nombre d'ordonnances annuel par patient (- 0,78 %). Elle est essentiellement le fait d'une augmentation du nombre d'actes prescrits par ordonnance (+ 8,03 %). Si, en 2019, une ordonnance de biologie comportait en moyenne 7,1 actes, en 2021, elle en comportait 7,7.

86 OCDE, Système de comptes de la santé 2011, Édition révisée, p.485.

FIGURE 97

Décomposition du taux d'évolution 2019-2021 du nombre d'actes de biologie médicale



Champ : actes en B codés hors dépistages Covid, actes de dispositions générales et prélèvements ; données en date de soins, tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS)

TABLEAU 42

Nombre d'actes de biologie remboursés par ordonnance et par patient, en 2019 et 2021

	2019	2021
Nombre d'ordonnances (en millions)	97,2	97,2
Nombre d'actes en B (en millions)	688,9	744,6
Nombre de patients (en millions)	34,9	35,2
Nombre d'actes par ordonnance	7,1	7,7
Nombre d'ordonnances par patient	2,8	2,8
Nombre d'actes par patient	19,7	21,2

Champ : actes en B codés hors dépistages Covid, actes de dispositions générales et prélèvements, données en date de soins, tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS)

Cette augmentation du volume d'actes remboursés par ordonnance entre 2019 et 2021 est observable, quel que soit le prescripteur : + 7 % d'actes par ordonnance pour les médecins libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, et + 10 % pour les prescripteurs hospitaliers. Ces derniers sont à l'origine de 23 % des actes de biologie médicale réalisés dans des labora-

toires privés en 2021. Cependant, leurs ordonnances génèrent plus d'actes remboursés que les prescripteurs libéraux : 8,6 actes par ordonnance en moyenne en 2021 pour les prescripteurs hospitaliers contre 7,8 pour les généralistes et 6,4 pour les spécialistes libéraux.

TABLEAU 43

Nombre d'actes de biologie remboursés par ordonnance selon l'âge du patient en 2019 et 2021

Nombre d'actes par ordonnance pour...	2019	2021	Évolution 2019-2021
ensemble des patients	7,1	7,7	8,1 %
moins de 20 ans	5,5	6,0	8,5 %
20-49 ans	6,6	7,0	6,2 %
50-69 ans	7,6	8,2	7,7 %
70-79 ans	7,4	8,1	8,7 %
80 ans et plus	7,2	7,9	9,4 %

Champ : actes en B codés hors dépistages Covid, actes de dispositions générales et prélèvements, données en date de soins, tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS)

L'accroissement du nombre d'actes remboursés pour une ordonnance s'observe également dans le détail des pathologies des patients. Ainsi, entre 2019 et 2021, il est de : + 8,5 % pour les patients diabétiques⁸⁷ et de + 8,7 % pour les patients avec un traitement du risque vasculaire. L'augmentation est moindre pour les patients souffrant d'une maladie du foie ou du pancréas (+ 4 %), mais ces patients avaient déjà en 2019 un nombre d'actes remboursés par ordonnance très élevé : 8,9 actes par ordonnance contre 7,1 pour l'ensemble de la population ou pour les seuls diabétiques.

Plus de la moitié des remboursements sont concentrés sur vingt actes ou regroupement d'actes qui restent dynamiques

L'activité de biologie des laboratoires privés est concentrée sur un faible nombre d'actes. Parmi le millier d'actes inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), hors actes de dispositions générales et dépistages Covid, les vingt actes les plus fréquents représentent 72 % de l'activité de biologie médicale en volume et 56 % des remboursements de 2021. Cette concentration des volumes est de plus en plus importante au fil du temps puisqu'une étude⁸⁸ sur l'année 2009 montrait une concentration de 67 % de l'activité de biologie médicale sur une vingtaine d'actes assez similaires à ceux identifiés en 2021. Ces actes présentent une dynamique importante et contribuent fortement à la croissance des remboursements de biologie médicale.

TABLEAU 44

Nombre et remboursements des 20 actes (ou regroupements d'actes) de biologie médicale les plus courants, de 2018 à 2021

Les 20 actes ou regroupements d'actes les plus courants	Dénombrements					Remboursements				
	2021 (en millions d'actes)	Rang 2021	Évolution 2018- 2019	Évolution 2019- 2021	Part dans le total	2021 (en M€)	Rang 2021	Part dans le total	Évolution 2019- 2021	Contribution à l'évolution 2019-2021
Sang : urée et créatinine (591, 592, 593)	68,6	1	11 %	15 %	9 %	89,9	8	3 %	10 %	9 %
Hémogramme (1104)	63,3	2	3 %	4 %	8 %	323,6	1	10 %	0 %	1 %
Ionogramme (1609, 1610)	48,9	3	6 %	8 %	7 %	134,0	4	4 %	1 %	1 %
Transaminases (522)	41,8	4	6 %	10 %	6 %	81,1	10	3 %	2 %	2 %
Sang : glycémie (552)	38,5	5	3 %	5 %	5 %	39,1	20	1 %	4 %	2 %
Sang : dosage protéine C réactive CRP (1804)	35,6	6	5 %	8 %	5 %	59,4	13	2 %	4 %	3 %
Gamma glutamyl transférase (519)	35,1	7	7 %	13 %	5 %	38,7	21	1 %	- 1 %	0 %
Sang : EAL (580, 590, 996, 2001)	32,6	8	3 %	9 %	4 %	106,6	6	3 %	1 %	1 %
TSH (1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212)	30,1	9	4 %	10 %	4 %	162,0	3	5 %	5 %	8 %
Phosphatases alcalines (514, 7309)	21,7	10	10 %	18 %	3 %	29,3	31	1 %	17 %	5 %
Sang : dosage ferritine (1213)	21,0	11	8 %	15 %	3 %	89,9	7	3 %	4 %	4 %
Vitesse de sédimentation (1124)	17,6	12	- 2 %	- 8 %	2 %	13,9	52	0 %	- 19 %	- 4 %
Sang : calcium (578)	16,7	13	7 %	11 %	2 %	21,9	40	1 %	11 %	3 %
Sang : dosage HbA1c (1577)	16,5	14	5 %	10 %	2 %	79,3	11	2 %	- 2 %	- 2 %
Sang : bilirubine (1601)	14,0	15	10 %	17 %	2 %	22,8	38	1 %	6 %	1 %

87 Source : cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie, données 2019.

88 Points de repère n° 33 – décembre 2010 – « Les actes de biologie médicale : analyse des dépenses en 2008 et 2009 », Cnam.

Les 20 actes ou regroupements d'actes les plus courants	Dénombrements					Remboursements				
	2021 (en millions d'actes)	Rang 2021	Évolution 2018- 2019	Évolution 2019- 2021	Part dans le total	2021 (en M€)	Rang 2021	Part dans le total	Évolution 2019- 2021	Contribution à l'évolution 2019-2021
Hépatites (322, 323, 351, 3784, 4500, ...)	9,0	20	- 32 %	- 7 %	1 %	168,3	2	5 %	- 2 %	- 4 %
Sang : dosage peptides natriurétiques (1821)	5,6	28	10 %	18 %	1 %	86,6	9	3 %	15 %	2 %
Urines : ECBU (5201)	10,6	17	- 0 %	- 3 %	1 %	124,0	5	4 %	- 4 %	- 6 %
Sang : dosage PSA (7318, 7320)	8,4	22	3 %	8 %	1 %	67,0	12	2 %	3 %	2 %
Vitamine D (1139)	6,7	24	13 %	38 %	1 %	45,3	16	1 %	33 %	13 %
Ensemble des actes en B (hors Covid et actes de dispositions générales)	744,6		4 %	8 %		3 183,7			3 %	100 %

Champ : actes en B codés hors dépistages Covid, actes de dispositions générales et prélèvements, données en date de soins, tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

Le dosage de la créatinine, couplé avec le dosage de l'urée (actes regroupés jusqu'en 2019), qui est au premier rang en termes de nombre d'actes, présente une évolution de + 15 % entre 2019 et 2021 et contribue de 9 % à l'évolution totale des remboursements.

Les actes de dosage de la thyroïdostimuline (TSH, suivi de la thyroïde) peuvent également être prescrits pour faciliter un diagnostic en cas de symptômes de dépression, épisodes plus nombreux en contexte de pandémie. Ces actes, prescrits par des généralistes dans 75 % des cas, ont baissé lors des confinements de 2020 mais ont fortement augmenté en 2021 : + 10 % entre 2019 et 2021 en volume. Ils contribuent pour 8 % à l'évolution des remboursements. Les dosages de TSH sont dynamiques depuis quelques années et différentes actions de maîtrise médicalisée de l'Assurance Maladie ont été effectuées sur ce thème et seront relancées.

Parmi les actes les plus dynamiques, le dosage de la vitamine D, en lien sans doute avec les rumeurs d'un effet protecteur par rapport au virus de la Covid-19, a évolué de 38 % en volume entre 2019 et 2021 et de 33 % en montant. À lui seul, il contribue pour 13 % à l'évolution totale des remboursements.

Le dosage de la ferritine dans le sang, prescrit aux trois quarts par des généralistes, est particulièrement dynamique en termes de dénombrement avec une évolution de + 15 % entre 2019 et 2021 et se place au septième rang des remboursements en 2021.

Les confinements de 2020 ont conduit à une stabilisation du nombre d'actes prescrits entre 2019 et 2020, suivie d'une forte accélération en 2021. Une action de gestion du risque est prévue sur ce thème dès 2022.

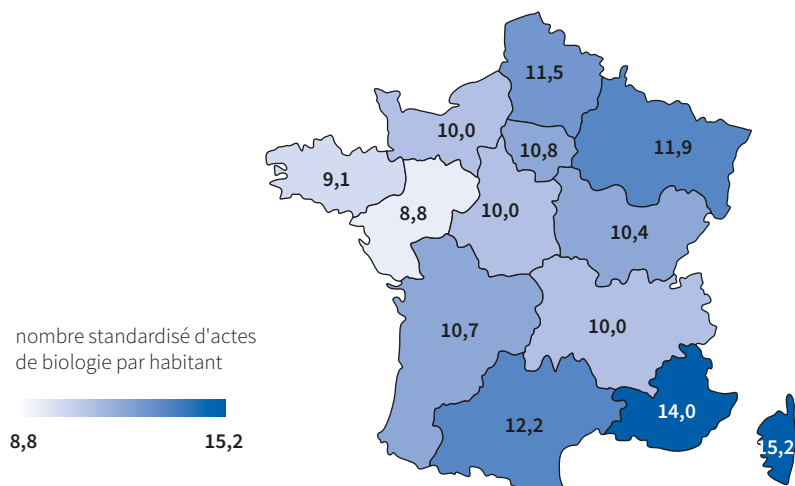
Néanmoins, certains actes parmi les plus courants sont en diminution entre 2019 et 2021. Les examens de dépistage et de suivi des hépatites régressent (- 7 % entre 2019 et 2021). C'est aussi le cas des examens de suivi et de dépistage du VIH qui ont baissé de 3 % en volume entre 2019 et 2021, sachant qu'ils ont chuté en 2020 à la suite des confinements (- 9 %).

Des niveaux de prescription qui diffèrent selon les régions en fonction de la densité de l'offre

De fortes disparités régionales sont observées en termes de prescriptions d'actes de biologie médicale. Ainsi, le nombre d'actes de biologie pour un habitant de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est 1,6 fois plus important que pour un habitant de la région Pays de la Loire à structure d'âge identique. Si en 2021 il y a en moyenne onze actes de biologie prescrits par habitant en France, il y en a quatorze pour les habitants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et 8,8 pour les résidents de la région Pays de la Loire. Cette disparité semble en partie liée à la densité des laboratoires **(Figure 98)**.

FIGURE 98

Nombre d'actes de biologie par habitant (standardisé par âge) en 2021

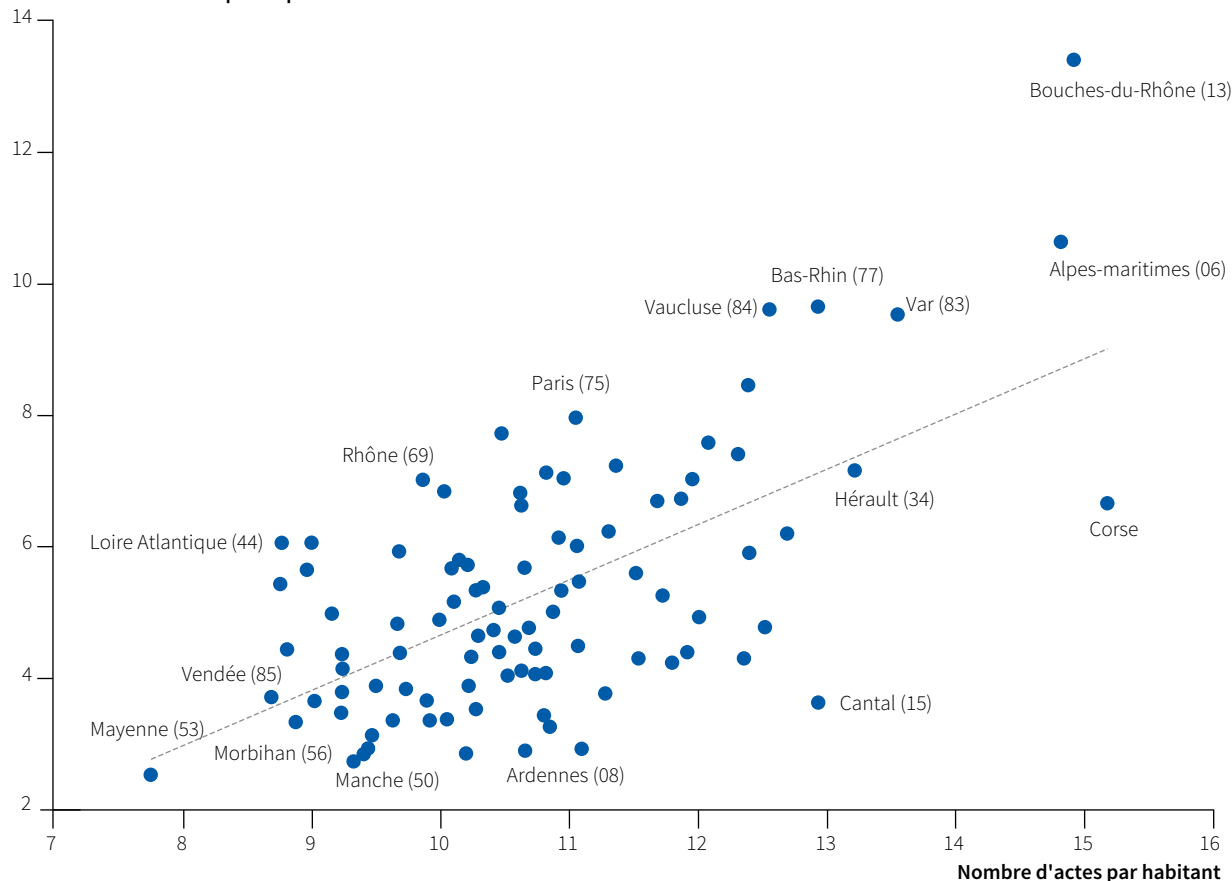


Champ : actes en B codés hors dépistages Covid, actes de dispositions générales et prélèvements ; données en date de soins, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

FIGURE 99

Densité de laboratoires privés et nombre d'actes de biologie courante par habitant selon les départements en 2021 (indicateurs standardisés par âge)

Densité de laboratoires privés pour 100 000 habitants



Champ : actes en B codés hors dépistages Covid, actes de dispositions générales et prélèvements ; données en date de soins, tous régimes - France entière
Source : Cnam (SNDS)

ENCADRÉ 22

LA RELANCE DE LA GESTION DU RISQUE EN VILLE APRÈS UNE SUSPENSION DES ACTIONS LIÉE À LA CRISE SANITAIRE

Le protocole d'accord sur la biologie 2020-2022 signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des biologistes a renforcé la place de la gestion du risque dans la maîtrise des remboursements de biologie médicale en ville. Des objectifs progressifs en fonction de l'atteinte des objectifs de l'année précédente avaient été fixés à 20 millions d'euros en 2020, 30 millions d'euros en 2021 et 40 millions d'euros en 2022. Par ailleurs, la définition conjointe d'actions de maîtrise médicalisée avec les prescripteurs avait été actée avec la mise en place d'un groupe de travail incluant des représentants des médecins prescripteurs. Dans ce contexte, des réflexions ont été engagées avec le Collège de la médecine générale (CMG) afin d'améliorer l'efficacité des prescriptions des actes de biologie.

L'analyse des dépenses de biologie et les travaux préliminaires avec le CMG et les biologistes ont permis de définir un programme pluriannuel d'actions de gestion du risque pour les prochaines années (2022 à 2025) concernant :

- le dosage de la vitamine D ;
- le dosage de la ferritine ;
- le dosage des hormones thyroïdiennes ;
- le dosage de la vitesse de sédimentation.

Afin de diversifier les actions pour maîtriser l'évolution des volumes de soins en lien avec la biologie médicale, d'autres modalités de régulation sont à l'étude, comme la mise en œuvre de demandes d'accords préalables pour certains actes (en application de l'article L. 315-2 du Code de la sécurité sociale, l'Uncam peut soumettre le

remboursement de certains actes de biologie médicale à l'accord préalable de l'Assurance Maladie) qui pourraient par exemple s'appliquer sur le dosage des hormones thyroïdiennes.

La dynamique de ces dépenses est toujours très importante et le mésusage persiste. En effet, le nombre de triples dosages (TSH, T3 et T4) reste élevé et en forte croissance. De nouvelles recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) devraient paraître courant 2022 concernant la prise en charge des dysthyroïdies et la place des différents actes en suivi et dépistage de ces pathologies. Au vu de ces recommandations, une nouvelle analyse du mésusage sera réalisée et une demande d'accord préalable pourra éventuellement être mise en place notamment concernant les actes complémentaires (doubles ou triples dosages).

5.1.3

Un maillage territorial satisfaisant qui pourrait être enrichi en étendant les missions des biologistes médicaux en ville

5.1.3.1 Répartition des sites de prélèvements sur le territoire en 2021

En 2021, 4 667 sites de prélèvements sont recensés dans la base Bio2⁸⁹ dont 87 % appartiennent à des laboratoires privés à but lucratif, soit 4 060 sites [Tableau 45]. La densité de sites

de laboratoires de biologie médicale publics et privés sur l'ensemble du territoire est de 6,9 pour 100 000 habitants.

Une forte disparité entre les départements est observée avec 14 laboratoires pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône, 11,1 dans les Alpes-Maritimes et 10,5 dans le Bas-Rhin, alors qu'on dénombre 3,4 laboratoires pour 100 000 habitants dans la Sarthe, 3,6 dans les Ardennes et 3,7 dans la Manche et en Haute-Loire. Cependant, ces densités faibles sont restées relativement stables depuis 2016 et d'autres acteurs réalisant des prélèvements peuvent intervenir sur ces territoires. À noter que les sites peuvent être de différentes tailles et que le nombre de sites ne reflète donc pas complètement l'offre de soins.

⁸⁹ Bio2 est un système d'information national dédié aux laboratoires de biologie médicale. Il a été créé pour permettre aux agences régionales de santé (ARS) de contrôler l'activité des laboratoires de biologie médicale (LBM) et notamment le respect des différentes dispositions mises en place depuis les ordonnances de 2010. Il permet d'identifier, en plus des laboratoires privés, les laboratoires annexés à des hôpitaux publics. Cette base donne une photographie des laboratoires encore en activité au moment de l'extraction de données (extraction réalisée en janvier 2022).

TABLEAU 45

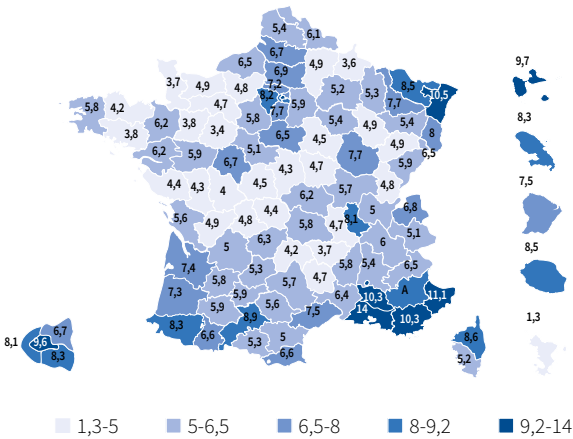
Répartition des sites de prélèvements en 2021 selon le statut juridique

	Nombre de sites	Part
Établissements publics	524	11 %
Organismes privés à but non lucratif	83	2 %
Organismes privés à but lucratif	4 060	87 %
Ensemble	4 667	100 %

Champ : France entière
Source : BiO2

FIGURE 100

Densité standardisée des sites de laboratoires de biologie (publics et privés) pour 100 000 habitants par département en 2021



Sources : BiO2, Insee

ENCADRÉ 23

UNE GRANDE DIVERSITÉ DE MODES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE PROXIMITÉ EN EUROPE

Dans un contexte de concentration du secteur de la biologie médicale et d'érosion du nombre de laboratoires privés, la question de la proximité aux patients des services de biologie médicale est importante. Les densités de biologistes par habitant varient significativement d'un pays à l'autre. Les plus fortes densités sont

observées en France, en Grèce ou au Portugal tandis qu'en Allemagne ou aux Pays-Bas le nombre de biologistes par million d'habitants est très bas⁹⁰. Ces disparités tiennent au fait que les biologistes n'ont pas le même rôle dans tous les pays. Si en France les biologistes sont responsables non seulement de

l'analyse des échantillons, mais également des prélèvements et de la communication des résultats aux patients, ce n'est pas le cas dans d'autres pays, comme la Belgique, l'Allemagne et le Portugal où les prélèvements sont souvent effectués ailleurs qu'au laboratoire.

90 Oosterhuis WP, Zerah S – Laboratory medicine in the European union – Clinical chemistry laboratory medicine – 2015;53 (1) 5-14.

TABLEAU 46

Densité de biologistes par million d'habitants dans quelques pays européens

Pays	Nombre de biologistes par million d'habitants
Grèce	345
France	179
Portugal	162
Italie	103
Belgique	89
Espagne	52
Pologne	33
Suède	27
Allemagne	26
Danemark	26
Pays-Bas	15
Royaume-Uni	12

Source : Oosterhuis WP, Zerah S – Laboratory medicine in the European union – Clinical chemistry laboratory medicine – 2015 ;53 (1) 5-14
(<https://doi.org/10.1515/cclm-2014-0407>)

Dans de nombreux pays, l'accès aux services de biologie médicale repose ainsi sur des relais extérieurs aux laboratoires privés de biologie médicale :

- le cabinet du médecin : en Allemagne, les prélèvements sont principalement effectués par le médecin traitant ou le spécialiste et dans de rares cas directement au laboratoire d'analyses. C'est également le cas en Belgique où le médecin peut effectuer le prélèvement au cabinet ;
- les centres de santé : dans certains pays, ce sont les laboratoires publics (généralement hospitaliers) qui traitent la majorité des analyses prélevées en ville. Dans ce cas, les prélèvements et la communication des résultats aux patients sont réalisés dans les centres de santé

primaires du secteur public, comme c'est le cas en Angleterre où la majorité des analyses sont prises en charge par des laboratoires publics⁹¹. Au Portugal, dans certaines régions marquées par une offre de biologie médicale privée résiduelle, voire inexistante, ce sont les entités sanitaires locales du service national de santé qui réalisent l'ensemble des prélèvements⁹². Les analyses sont effectuées dans les laboratoires hospitaliers ;

– la biologie délocalisée : certains pays privilégient la biologie délocalisée, comme c'est le cas au Danemark ou en Allemagne où les *doctor's tests* sont largement utilisés pour les analyses courantes de biologie médicale. Dans ce cas, l'analyse du prélèvement est également effectuée par le médecin au cabinet, notamment pour des

analyses de base ou dans des cas d'urgence.

Confrontés à un phénomène commun de concentration, les pays d'Europe de l'Ouest répondent aux besoins des patients en proximité en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé que les biologistes et en favorisant les prélèvements hors laboratoires. Ce recentrage de la biologie médicale sur l'activité analytique n'existe pas en France où les phases préanalytiques, analytiques et postanalytiques relèvent toutes du biologiste médical au sein du laboratoire. Ces expériences étrangères mettent en évidence la diversité des stratégies envisageables pour maintenir l'accès à l'offre de soins.

91 Satta, G., Edmonstone, J. Consolidation of pathology services in England: have savings been achieved?. BMC Health Serv Res 18, 862 (2018).

92 Ordre des pharmaciens portugais, 2022.

5.1.3.2 Évolution de la répartition des sites de prélèvements sur le territoire

Le nombre de sites détenus par les laboratoires privés recensés dans le répertoire du fichier national des établissements sani-

taires et sociaux (Finess)⁹³ a augmenté depuis 2010, passant de 4 080 en 2009 à 4 160 en 2021. La densité a très légèrement diminué sur cette période (de 6,3 sites pour 100 000 habitants en 2009 à 6,1 pour 100 000 habitants en 2021) (Tableau 47). Globalement, la répartition sur le territoire est stable d'année en année.

TABLEAU 47

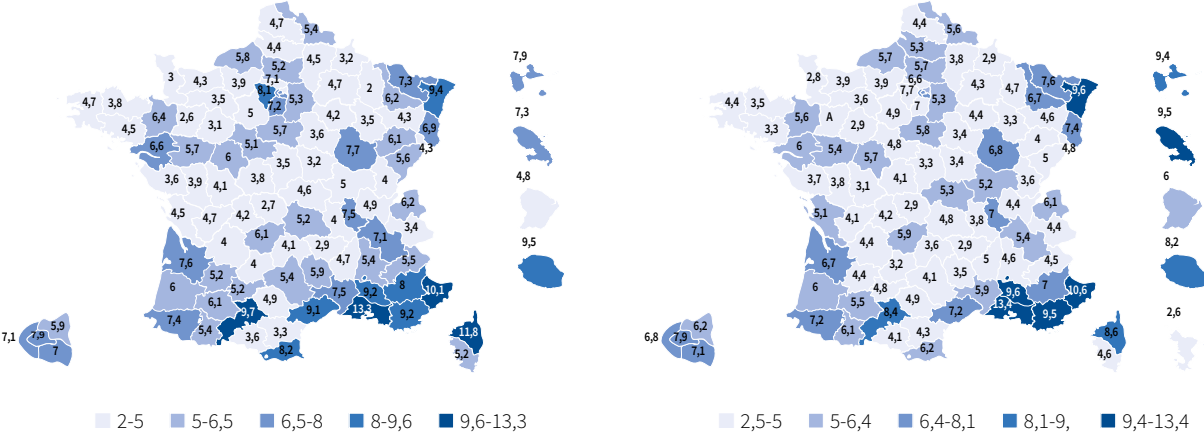
Évolution du nombre de sites de laboratoires privés depuis 2009

Année	2009	2013	2018	2021
Nombre de sites	4 080	4 015	4 038	4 160
Densité pour 100 000 habitants	6,3	6,1	6,0	6,1

Champ : France entière
Sources : répertoire Finess, Insee

FIGURE 101

Densité standardisée de sites de laboratoires de biologie privés pour 100 000 habitants par département en 2009 (A) et 2021 (B)



Note de lecture : la densité standardisée de sites de laboratoires privés pour 100 000 habitants dans le Var est de 9,2 en 2009 et de 9,5 en 2021.

Sources : répertoire Finess, Insee

5.1.4

Étendre les missions des biologistes

5.1.4.1 Une convention ancienne qui pourrait être renouvelée au regard de la place que les biologistes ont été amenés à prendre dans la gestion de la crise

La dernière convention signée entre les représentants des directeurs de laboratoires de biologie médicale et l'Assurance Maladie date de 1994. Un avenant en 2004 a certes procédé à une réécriture complète de ses dispositions, celles-ci étant devenues obsolètes au regard des évolutions législatives et réglementaires,

mais la convention a très peu évolué sur le fond et notamment en ce qui concerne la définition de la place des biologistes dans le cadre de l'organisation du système de soins depuis plus de 25 ans.

Depuis 2004 et la réécriture de la convention, dix avenants ont été signés mais uniquement pour accompagner la numérisation des échanges avec l'Assurance Maladie ou pour traduire les engagements financiers en lien avec le protocole de régulation des remboursements. Ainsi, le dernier avenant signé a pour objet d'accompagner le déploiement technique et les modalités de transmission par voie électronique au Dossier Médical Partagé (DMP) des résultats d'exams de biologie médicale, notamment via des aides financières ponctuelles relatives à l'interopérabilité des systèmes de gestion. Par ailleurs, les avenants 5 et 9 ont introduit des baisses transitoires de la lettre clé « B » afin de respecter les engagements en lien avec le protocole triennal.

93 Le répertoire Finess recense l'ensemble des établissements du domaine sanitaire et social. Il propose une photographie au 31 décembre de chaque année. Dans la suite de ce rapport, le répertoire Finess est utilisé, car il permet d'avoir des données historisées et donc d'observer les évolutions. En revanche, il ne permet pas d'identifier les laboratoires publics, qui sont donc absents des prochaines analyses.

Afin d'enrichir l'offre de soins sur les territoires et également de consolider les missions des directeurs de laboratoires, la convention pourrait être actualisée et enrichie. À l'instar de la nouvelle convention signée entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie, qui a permis de renforcer le rôle du pharmacien dans le parcours de soins du patient, la convention des directeurs de laboratoires pourrait s'enrichir de nouvelles missions d'accompagnement du patient.

5.1.4.2 Intégration de l'innovation dans la biologie médicale de ville à la suite de la crise sanitaire

Le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) est un dispositif permettant de financer des actes de biologie médicale innovants à l'hôpital. Celui-ci permet une prise en charge, précoce et transitoire, d'actes innovants de biologie médicale, conditionnée au recueil de données liées à l'utilisation de ces actes de biologie. Ce recueil doit permettre la validation de l'efficacité clinique ainsi que de l'utilité clinique et médico-économique de ces actes afin de faciliter leur évaluation ultérieure par la Haute Autorité de santé (HAS), en vue d'une prise en charge dans le droit commun à travers une inscription à la nomenclature des actes de biologie médicale.

Les investissements réalisés par les laboratoires de biologie médicale en ville lors de la crise sanitaire doivent permettre d'intégrer, au sein de la nomenclature, des actes innovants. En effet, la grande majorité des laboratoires se sont dotés de machines pour réaliser des actes de biologie moléculaire s'appuyant sur les diagnostics d'amplification génique (RT-PCR) auparavant pris en charge uniquement à l'hôpital. Ces actes pourront dorénavant être réalisés en ville dans le cadre de nombreux diagnostics et sur l'ensemble du territoire, améliorant ainsi l'accès aux examens et donc aux soins des patients. Depuis 2017, dix-huit actes du RIHN ont ainsi été inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale. Il est donc nécessaire de poursuivre cette dynamique en s'appuyant sur les investissements réalisés pendant la crise.

Dans le cadre du plan « Innovation Santé 2030 » qui repose notamment sur les travaux menés lors du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), la dynamisation des procédures d'inscription et de radiation du RIHN et l'augmentation du recueil de données en vie réelle permettant une évaluation rapide des actes doivent permettre d'accélérer le processus d'inscription en ville des actes du RIHN. Dans ce contexte, l'Assurance Maladie s'est d'ailleurs engagée à accélérer la tarification et la procédure de remboursement dans le droit commun.

5.1.5

Propositions

Propositions pour définir un nouveau dynamisme pour la biologie médicale

Proposition 10

Définir une nouvelle stratégie pour le secteur de la biologie médicale, dans le cadre d'une convention renouvelée ouvrant de nouvelles missions aux biologistes et visant à améliorer la pertinence des examens de biologie

L'Assurance Maladie propose d'ouvrir de nouvelles missions aux biologistes afin de renforcer leur rôle dans le système de soins.

Par ailleurs, il est proposé de relancer la gestion du risque sur les volumes de biologie médicale à travers un programme pluriannuel d'actions défini en concertation avec les syndicats représentatifs de la profession et les prescripteurs.

Proposition 11

Définir un nouveau pacte financier avec le secteur de la biologie médicale, visant à soutenir l'innovation dans le cadre d'une régulation tarifaire pluriannuelle ambitieuse, compte tenu de la très forte croissance de la rentabilité du secteur

L'Assurance Maladie souhaite enrichir l'offre de soins en biologie médicale en intégrant l'innovation dans la biologie médicale de ville par la définition d'une enveloppe financière ambitieuse pour l'innovation de l'ordre de 150 millions d'euros sur trois ans.

Cette proposition s'articule à la transformation de la régulation actuelle basée sur un protocole triennal avec des baisses de cotations ciblées en une régulation sectorielle pluriannuelle. Ce nouveau cadre pourrait permettre de réaliser 180 millions d'euros d'économies – hors actes en lien avec la Covid-19 – en lien avec des évolutions des tarifs pour l'année 2023. Ce montant tient compte notamment de la forte croissance de la rentabilité du secteur et sa concentration.

5.2 MESURER LES DÉLAIS D'ACCÈS AUX NOUVEAUX MÉDICAMENTS

L'accès aux médicaments est une notion multidimensionnelle⁹⁴ : elle englobe l'accessibilité financière, géographique, l'acceptabilité du traitement pour les patients et la qualité, c'est-à-dire l'ensemble des caractéristiques liées aux soins de santé et qui ont un impact sur le traitement. La dernière dimension de la notion d'accès est la disponibilité. Le concept de disponibilité se rapporte à la première condition essentielle pour assurer l'accès aux médicaments : la présence du médicament sur le marché national.

En France comme dans la plupart des pays d'Europe, l'accès des nouveaux médicaments au marché remboursé est régulé et relève d'un processus d'évaluation et de fixation des prix en plusieurs étapes. Ce processus est matérialisé au travers d'un accord-cadre signé entre le Comité économique des produits de santé (Ceps) et les industries de santé qui détaille les règles de fixation des prix et de prise en charge par la solidarité nationale. À la suite de l'obtention de son autorisation de mise sur le marché (AMM), le produit de santé candidat fait l'objet d'une évaluation par une autorité sanitaire indépendante, la Haute Autorité de santé (HAS) qui rend un rapport sur l'efficacité, la sécurité et l'intérêt du produit de santé candidat. L'arrivée des médicaments sur les marchés nationaux intervient donc à l'issue de ce processus d'évaluation et des discussions tarifaires qui en découlent.

Les délais d'accès au marché remboursé sont encadrés au niveau européen par la directive européenne 89/105/CEE. Cette directive, qui fixe un délai réglementaire de 180 jours à partir du dépôt de la demande par le laboratoire jusqu'à la décision de prise en charge, soulève néanmoins des défis importants. Dans un contexte d'arrivée de médicaments innovants et onéreux sur le marché, les données d'efficacité fournies par les laboratoires sont souvent lacunaires et peu robustes, ce qui contribue à augmenter les délais d'accès au marché. Face à ce défi, les dispositifs d'accès précoce permettent un accès rapide des patients à ces médicaments dans l'attente de données cliniques suffisantes pour statuer sur un remboursement de droit commun⁹⁵.

Les initiatives visant à mesurer les délais d'accès aux médicaments sont peu nombreuses : c'est notamment le cas de l'indicateur W.A.I.T (*Waiting to Access Innovative Therapies*) de la Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques (EFPIA)⁹⁶. Si les comparaisons avec d'autres pays européens sont généralement utilisées pour mettre en évidence la longueur des délais d'accès au marché en France, les définitions et les méthodologies employées sont à questionner.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a consacré une étude à la question des délais d'accès aux médicaments innovants avec pour objectif de proposer une comparaison internationale des délais d'accès à douze molécules innovantes dans quatre pays : l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et la France. Les résultats de l'étude permettent de nuancer les discours tenus par l'industrie sur les délais d'accès aux nouveaux médicaments en France. Les délais moyens de mise à disposition de ces médicaments à des groupes de patients sont globalement plus courts en France qu'en Espagne et en Italie, juste derrière l'Allemagne. Cette rapidité d'accès au marché repose sur l'utilisation de dispositifs d'accès précoce pour la majorité des molécules retenues dans le cadre de l'étude.

5.2.1

Les modalités d'accès aux médicaments : des spécificités nationales

5.2.1.1 En France, de nombreuses étapes préalables à la mise sur le marché

On distingue trois étapes principales dans le circuit du médicament « de droit commun », c'est-à-dire hors éventuel accès dérogatoire (ou dispositifs d'accès précoce détaillés plus loin) (**Figure 102**).

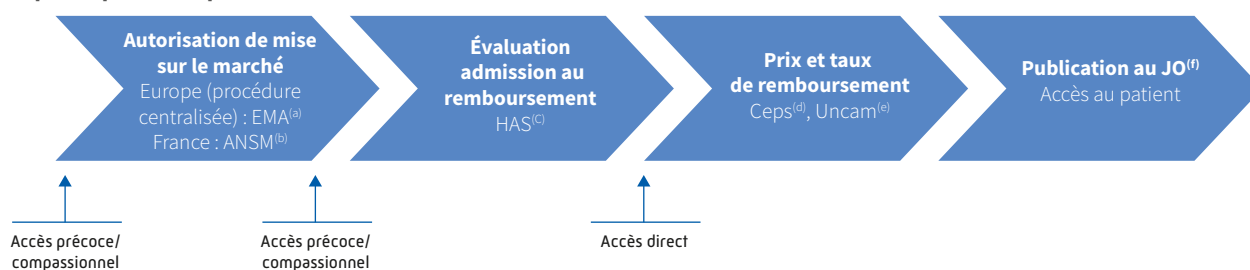
94 Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R, et al. (2007) Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action. *PLoS Med* 4(10): e308. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040308>

95 Bregtje Kamphuis, Anna-Maria Fontrier, Jennifer Gill, Olina Efthymiadou, Hana Salyga and Panos Kanavos (2021) 'Access to medicines in Europe: Delays and challenges for access'. London School of Economics. <https://doi.org/10.21953/0zaz-k994>

96 EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations), rapport Iqvia, W.A.I.T. Indicateur, avril 2021.

FIGURE 102

Les principales étapes du circuit du médicament en France



(a) Agence européenne des médicaments – (b) Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – (c) Haute Autorité de santé – (d) Comité économique des produits de santé – (e) Union nationale des caisses d'assurance maladie – (f) Journal officiel

Source : Cnam

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) sur la base de l'évaluation bénéfice/risque clinique du médicament

Elle relève principalement d'une procédure centralisée européenne établie par l'Agence européenne du médicament (EMA – *European Medicines Agency*) pour les molécules innovantes (par exemple, les thérapies géniques), les médicaments orphelins, les nouvelles substances pour certaines pathologies : VIH, cancers, maladies neurodégénératives, diabète, maladies immunitaires, maladies virales. À l'issue de cette AMM, le titulaire peut demander la prise en charge de son produit dans l'ensemble des états membres de l'Union européenne (UE). Il existe par ailleurs deux procédures plus minoritaires d'obtention d'AMM :

- une procédure d'obtention d'AMM dite « nationale », délivrée directement par l'agence sanitaire du pays dans lequel est déposée la demande. Dans ce cas, le laboratoire peut faire une demande de prise en charge de son produit uniquement dans le pays dans lequel il a obtenu son AMM ;
- une procédure dite de « reconnaissance mutuelle » qui permet au laboratoire de voir reconnaître son AMM dans plusieurs pays de l'UE.

La phase d'instruction par l'EMA doit être établie au plus sous 210 jours⁹⁷. Pour la France, les AMM sont gérées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

L'évaluation médicale et/ou médico-économique établie par la HAS pour les produits de santé pour lesquelles un laboratoire fait une demande de prise en charge par la solidarité nationale

La Commission de la transparence publie un avis établissant principalement la valeur du service médical rendu (SMR – *le médicament a-t-il suffisamment d'intérêt clinique pour être pris en charge par la solidarité nationale ?*) et la valeur de l'amélioration du service médical rendu (ASMR – *le médicament apporte-t-il un progrès par rapport aux traitements disponibles ?*). Dans le cas où le produit de santé sollicite une ASMR élevée et/ou un

impact budgétaire estimé élevé⁹⁸, l'avis est complété par un avis d'efficacité économique établi par la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP). L'admission au remboursement peut s'appliquer à un champ d'indications plus restreint que celui de l'AMM.

La fixation du prix résultant des négociations entre le Comité économique des produits de santé (Ceps) et les laboratoires pharmaceutiques

Selon l'accord-cadre en vigueur, elle se base sur les valeurs de l'ASMR, le prix des comparateurs (médicaments présentant les mêmes indications thérapeutiques), les prix pratiqués à l'étranger (sous condition d'ASMR) et des considérations d'ordre industriel (soutien à l'investissement et à la production en Europe, soutien à l'export).

La fixation du taux de remboursement est établie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), sur la base de la valeur du SMR. Le prix et le taux de remboursement sont publiés au *Journal officiel* (JO).

Les délais d'instruction sont réglementés et varient selon que le médicament est destiné à un usage hospitalier ou délivré en officine :

- pour un médicament destiné au marché de ville (délivré en officine), le délai est de 180 jours⁹⁹ entre la demande d'admission au remboursement par le laboratoire et la publication au JO : il comprend la phase d'examen par la HAS pour les médicaments non génériques ;
- pour les médicaments délivrés à l'hôpital : le délai est de 180 jours pour les médicaments admis sur la liste en sus des groupes homogènes de séjours (GHS)¹⁰⁰ entre le dépôt du dossier et la publication du tarif de responsabilité au JO. Pour les médicaments de la liste de rétrocession, la fixation du prix de cession doit s'effectuer sous 75 jours (délai entre l'inscription de la spécialité sur la liste et la publication au JO).

Les délais effectifs moyens sont publiés dans le rapport annuel du Ceps.

97 Selon la directive européenne 2001/83 établissant les règles concernant, entre autres, la fabrication, l'importation, la mise sur le marché et la distribution en gros de médicaments dans l'Union ainsi que les règles relatives aux substances actives.

98 Si les prévisions de vente sont supérieures à 20 millions d'euros en 2^e année après le lancement.

99 R. 163-9 du Code de la sécurité sociale.

100 Articles L. 162-16-6 et R. 162-38-1 du Code de la sécurité sociale.

5.2.1.2 Des accès dérogatoires pour favoriser l'accès aux traitements innovants : plusieurs évolutions récentes pour réduire les délais d'accès

En France, des dispositifs d'accès précoce avant l'AMM ou avant l'instruction de l'évaluation de l'admission au remboursement permettent aux patients de bénéficier de traitements jugés innovants. Des mesures récentes ont renforcé ces dispositifs.

Une refonte des accès précoces en juillet 2021

Jusqu'en juillet 2021, plusieurs dispositifs d'accès précoce permettaient aux patients de bénéficier de médicaments susceptibles d'être innovants répondant à un besoin thérapeutique non couvert. L'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) délivrée par l'ANSM est le dispositif le plus ancien (introduit en 1992) et permet l'utilisation du médicament avant l'obtention de son AMM éventuellement sur un champ d'indications plus limité.

Dans le cadre de l'ATU, le prix du médicament est libre (fixé par le laboratoire) et la continuité de l'accès est assurée après l'obtention de l'AMM (l'autorisation est alors désignée « post-ATU »), durant son évaluation par la HAS et jusqu'à la fixation du prix par négociation conventionnelle. L'ATU peut être accordée à titre nominatif (accès compassionnel) ou pour une cohorte de patients. D'autres dispositifs ont ensuite successivement complété ces dérogations : l'ATU pour des extensions d'indications de médicaments disposant déjà d'une AMM dans d'autres indications comme les recommandations temporaires d'utilisation

qui complètent l'accès compassionnel (pour des indications non couvertes par l'AMM).

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a réformé les dispositifs dérogatoires d'accès et de prise en charge des médicaments tout en garantissant la pérennisation des accès pour les patients. Cette réforme permet de simplifier et d'harmoniser les procédures, de garantir un accès et une prise en charge immédiats des patients tout en assurant la soutenabilité financière du dispositif.

À cette fin, deux nouveaux dispositifs remplacent et simplifient les dispositifs précédents (ATU de cohorte, nominative, post-ATU, recommandation temporaire d'utilisation – RTU...) depuis le 1^{er} juillet 2021 :

- l'« accès précoce » qui vise les médicaments répondant à un besoin thérapeutique non couvert, susceptibles d'être innovants et pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou une demande de remboursement de droit commun ; le prix du médicament (indemnité) est fixé librement par le laboratoire. À noter que lorsque le médicament obtient l'AMM, il est soumis à la procédure de droit commun (évaluation, fixation du nouveau prix négocié). La réforme renforce le rôle de la HAS qui est désormais sollicitée pour délivrer les accès après avis de l'ANSM. L'objectif est de réduire les délais d'instruction avec une décision sous trois mois pour les demandes de médicaments en accès précoce ;
- l'« accès compassionnel » qui vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une AMM, mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert.

ENCADRÉ 24

L'AUTORISATION D'ACCÈS PRÉCOCE AUX MÉDICAMENTS : UN PREMIER BILAN POSITIF

Depuis le 1^{er} juillet 2021, l'accès précoce aux médicaments innovants peut être accordé par la Haute Autorité de santé (HAS) après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Plusieurs mois après l'entrée en vigueur de ce dispositif, une centaine de demandes d'autorisation d'accès précoce ont été déposées auprès de

la HAS. Au 30 avril 2022, cinquante décisions ont été rendues et parmi elles 80 % ont abouti à un octroi d'autorisation d'accès précoce. Les traitements dans le domaine de l'oncologie/hématologie ont fait l'objet à eux seuls de vingt autorisations d'accès précoce contre cinq refus.

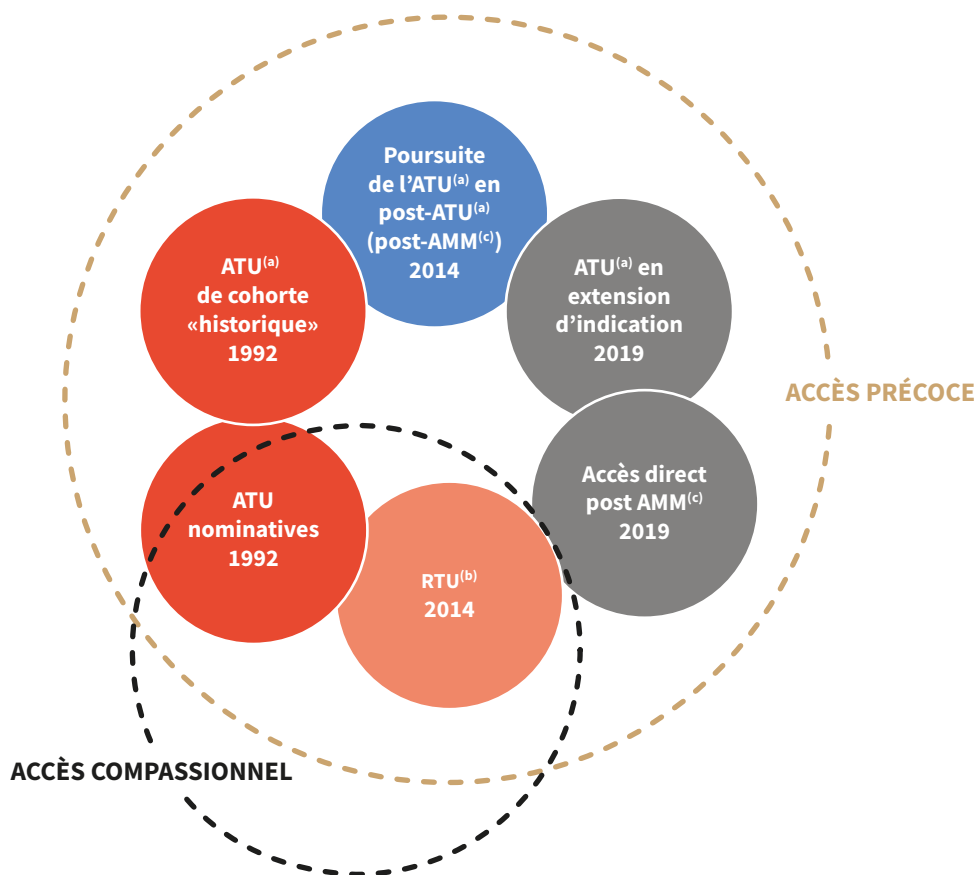
Les délais d'instruction des dossiers sont par ailleurs inférieurs au délai

réglementaire fixé à 90 jours : l'ANSM et la HAS affichent ensemble des délais moyens de l'ordre de 60 jours. Le délai moyen a même été réduit à 35 jours pour les produits visant à traiter ou prévenir les formes sévères de la Covid-19.

Sources : ANSM, HAS, 20 mai 2022

FIGURE 103

Nouveaux dispositifs de l'accès précoce en France depuis juillet 2021



(a) ATU : autorisation temporaire d'utilisation – (b) RTU : recommandation temporaire d'utilisation – (c) AMM : autorisation de mise sur le marché

Source : ministère de la Santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/article/autorisation-d-acces-precoce-autorisation-d-acces-compassionnel-et-cadre-de>

Pour les médicaments non éligibles à l'accès précoce, la LFSS 2022 (article 62) prévoit à titre expérimental un accès direct à des médicaments (en établissements de santé) et pour une durée maximale d'un an, dès l'évaluation par la HAS, avant la fixation du prix par négociation entre le Ceps et le laboratoire. Les modalités de la mise en œuvre de cette expérimentation seront précisées par des textes d'application.

Les dispositions de l'accord-cadre Ceps/Leem 2021-2025 pour réduire les délais de négociation

L'accord-cadre qui régit, pour la période 2021-2025, les relations conventionnelles entre le Comité économique des produits de santé (Ceps) et les industries pharmaceutiques représentées par les Entreprises du médicament (Leem) a intégré de nouvelles dispositions ayant pour objectif d'accélérer l'accès aux médicaments dont notamment :

- la procédure arbitrale expérimentale pour les médicaments innovants (ASMR I à III)¹⁰¹ : cette procédure donne au président

du Ceps la possibilité d'arbitrer une situation de négociation bloquée et prolongée depuis au moins dix séances ;

- la procédure accélérée ou « *Fast Track* » pour un champ plus large de médicaments (article 14 de l'accord-cadre) : les médicaments ayant une ASMR I à III peuvent en bénéficier si la stratégie thérapeutique est jugée dominante en termes d'efficacité, en l'absence de réserve majeure et de très forte incertitude. De même, les produits ayant une ASMR IV deviennent éligibles si l'évaluation médico-économique montre un impact budgétaire négatif ainsi que l'absence de réserve majeure et de très forte incertitude.

5.2.1.3 En Europe, des voies d'accès au marché tout au long du parcours du médicament

Comme en France, les États membres de l'UE doivent se conformer à la directive européenne sur la transparence (CE 1998) et prendre une décision sur la tarification et le remboursement dans un délai maximum de 180 jours après avoir soumis leur demande à l'autorité compétente au niveau national.

¹⁰¹ Article 9 de l'accord-cadre 2021-2025.

Au-delà de ce prérequis commun, les cadres nationaux de droit commun prévoient des modalités d'accès au marché spécifiques à chaque pays. Appréhender ces spécificités est un préalable nécessaire à la comparaison : la durée du processus de décision de remboursement étant directement liée au délai de mise sur le marché. Traditionnellement, quatre pays sont utilisés en France pour les comparaisons dans le domaine du médicament : l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni. Cette liste, fixée par décret, constitue le panier de pays de référence lors des négociations tarifaires avec les industries de santé¹⁰².

Comme en France, l'Italie et l'Espagne régulent le prix du médicament et les décisions de remboursement doivent par conséquent être rendues avant la mise à disposition du médicament. Le remboursement du médicament s'inscrit donc dans un parcours qui nécessite une procédure de détermination des prix et de tarification.

En Italie, la fixation du prix se déroule en quatre étapes consécutives¹⁰³. Premièrement, le fabricant dépose un dossier de demande de remboursement auprès de l'*Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA, Agence italienne du médicament). La *Commissione Tecnico Scientifica* (CTS, Commission scientifique technique) de l'AIFA émet ensuite un avis concernant la valeur thérapeutique du médicament. De son côté, le *Comitato Prezzi e Rimborso* (CPR, Comité prix et remboursement) évalue le dossier et, si nécessaire, convoque le fabricant pour une négociation. Si la décision de remboursement est positive, le résultat de la négociation est soumis au conseil d'administration de l'AIFA.

En Espagne, la fixation du prix des médicaments et la décision de remboursement s'appuient également sur deux types d'évaluation¹⁰⁴. D'une part, une évaluation clinique du médicament est produite par l'*Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios* (AEMPS, Agence espagnole pour les médicaments et les produits de santé). D'autre part, une évaluation médico-économique est effectuée par le ministère de la Santé. Enfin, le prix est négocié entre le fabricant et le *Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos* (CIPM, Comité interministériel pour la fixation des prix et le remboursement), organisme affilié au ministère de la Santé, qui rend la décision de remboursement finale.

Si ces cadres de droit commun diffèrent à la marge (différentes agences de régulation, différents outils de fixation des prix...), on retrouve le même séquençage du parcours du médicament : évaluation clinique, évaluation médico-économique, fixation du prix et négociation, délai administratif pour la publication au JO.

Certains pays ne régulent toutefois pas le prix des nouveaux médicaments entrants. C'est le cas de l'Allemagne où les mécanismes de régulation interviennent après la mise à disposition aux patients. Le système allemand autorise une prise en charge

immédiate, dès l'autorisation de mise sur le marché. En attendant l'évaluation par le *Gemeinsamer Bundesausschuss* (GBA, Comité fédéral joint), le prix est librement fixé par les industriels pendant la première année pour les médicaments innovants, période au cours de laquelle le produit est intégralement remboursé par les caisses d'assurance maladie. Pendant ce temps, l'évaluation du médicament par le GBA vise à déterminer le niveau d'amélioration du service médical rendu par rapport à un médicament comparateur. À l'issue de cette première année et sur la base de la décision du GBA, la *Gezetsliche Krankenversicherung-Spitzenverband* (GKV-Spitzenverband), la Fédération nationale des caisses d'assurance maladie, négocie un prix maximum de remboursement avec le fabricant en fonction de la décision du GBA.

En Angleterre, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, l'Institut national pour l'excellence de la santé et des soins) effectue l'évaluation clinique et médico-économique de l'ensemble des nouveaux médicaments avant leur mise à disposition aux patients. Le processus de négociation et de fixation des prix n'est toutefois pas effectué par médicament. Les prix des nouveaux médicaments sont en effet librement fixés par les laboratoires pharmaceutiques lors de leur mise sur le marché, mais des baisses globales de prix sont négociées régulièrement. Depuis 2019, l'encadrement des prix est assuré par le *Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access* (VPAS, Régime volontaire pour la tarification et l'accès aux médicaments de marque) pour une durée de cinq ans. Le VPAS introduit une limite de 2 % sur la croissance des ventes de médicaments au *National Health Service* (le NHS est l'équivalent de l'Assurance Maladie britannique), avec reversement par les entreprises pharmaceutiques de remises sur leurs ventes nettes. La régulation tarifaire s'opère donc *via* un contrôle *ex post* des profits et une négociation globale sur les prix.

Les approches différentes que retiennent les États pour fixer les prix des médicaments ont un effet direct sur le délai de mise à disposition des médicaments aux patients. En Allemagne, l'évaluation et la fixation du tarif de remboursement *a posteriori* visent ainsi à assurer un accès rapide au marché¹⁰⁵. En Angleterre, les médicaments sont mis à disposition des patients directement après l'évaluation. Le NHS a par ailleurs l'obligation légale de mettre le médicament recommandé par le NICE à disposition des patients dans un délai de 90 jours (30 jours pour les médicaments faisant l'objet d'une évaluation accélérée « *Fast Track* »). Dans les pays où les décisions d'évaluation doivent être rendues avant la mise à disposition d'un médicament, comme en France, en Italie et en Espagne, la mise à disposition des médicaments est effectuée plus tardivement dans le parcours du médicament en raison du délai nécessaire pour effectuer les évaluations et pour traduire les décisions d'évaluation en décision de remboursement.

102 Décret n° 2017-395 du 24 mars 2017 relatif aux pays européens de comparaison pour la fixation du prix des produits de santé remboursables par l'Assurance Maladie.

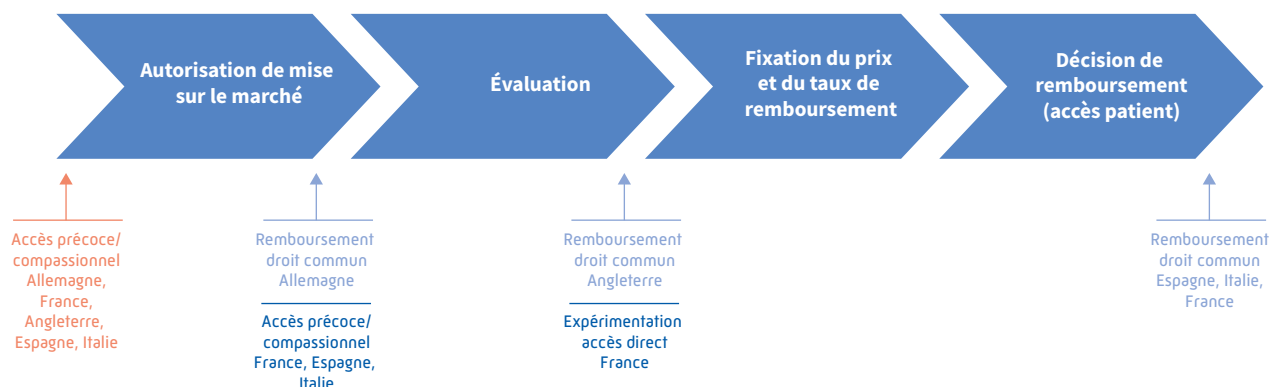
103 Vogler, S.: PPRI Pharma Brief: Italy 2021. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Pharma Briefs Series, 2021.

104 Vogler, S.: PPRI Pharma Brief: Spain 2020. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Pharma Briefs Series. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG / Austrian National Public Health Institute): 2020, Vienna.

105 Rodwin, MA, Gerke, S. German Pharmaceutical Pricing: Lessons for the United States. *International Journal of Health Services*. 2022;52(1):146-158. doi:10.1177/00207314211040948.

FIGURE 104

Les principales voies d'accès aux médicaments en Allemagne, Angleterre, Espagne et Italie



Source : Cnam

5.2.1.4 Les dispositifs d'accès précoce à l'étranger : une notion commune, des modes de déploiement multiples

Dans ce contexte, des mécanismes d'accès dérogatoires sont mis en place afin de réduire le délai de mise à disposition des médicaments pour les patients. « *Compassionate use programs* », « *managed access program* », « *early access program* »... Les termes pour désigner les dispositifs d'accès précoce sont pléthoriques et varient grandement selon les pays. Ils recouvrent toutefois la même réalité : il s'agit de programmes qui mettent un médicament à disposition d'un ou de plusieurs patients sans qu'il ait (encore) fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AAM) et sans qu'il ait été commercialisé.

L'Agence européenne du médicament (EMA) retient le terme d'accès compassionnel (*compassionate use*) et le définit comme un dispositif qui autorise l'usage d'un médicament qui n'a pas

été autorisé pour « la mise à disposition, pour des raisons compassionnelles, d'un [...] médicament [...] à un groupe de patients souffrant d'une maladie invalidante, chronique ou grave, ou d'une maladie considérée comme mettant la vie en danger, ces patients ne pouvant pas être traités de manière satisfaisante par un médicament autorisé ». Afin d'être éligible, « le médicament concerné doit, soit avoir fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché [...], soit être en cours d'essais cliniques.¹⁰⁶ »

La plupart des pays membres de l'Union européenne prévoient un cadre juridique pour l'accès précoce ou compassionnel à certains médicaments qui couvrent un besoin thérapeutique non couvert pour des maladies sévères ou invalidantes¹⁰⁷. Ces dispositifs s'appuient sur un cadre juridique européen commun¹⁰⁸, mais la manière dont ils sont déployés varie grandement d'un pays à l'autre.

106 Article 83 du Règlement CE no 726/2004.

107 Gowda, Arun. (2016). An overview of Compassionate Use Programs in the European Union member states. Intractable & Rare Diseases Research Advance Publications (IRDR).

108 Article 83 du Règlement CE no 726/2004 qui introduit le cadre juridique de l'usage compassionnel dans l'UE pour les médicaments pouvant être autorisés via la procédure centralisée. Auparavant, un essai clinique était la seule option pour utiliser des médicaments non autorisés.

TABLEAU 48

Cadre juridique encadrant l'accès précoce aux médicaments dans quatre pays européens

	Allemagne	Italie	Espagne	Angleterre
Autorité impliquée	Institut Fédéral pour les médicaments et les dispositifs médicaux (BfArM)	Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)	Agence espagnole pour les médicaments et les produits de santé (AEMPS)	Agence de régulation des médicaments et des produits de santé (MHRA)
Lois et règlements	Section 21 (2) n°6, German Medicinal Product Act (AMG), Article 83 of Regulation (EC) No. 726/2004– Ordinance on Medicinal Products for Compassionate Use as per Section 80 of the German Medicinal Product Act was published on 21 July 2010 in the Federal Law Gazette 2010 part I N° 37 and enforced on 22 July 2011	Décret ministériel du 8 mai 2003 Loi n° 326 du 24 novembre 2003 Loi 648/96 qui rend l'accès précoce possible	Décret 1015 du 19 juin 2009	Human Medicines Regulations 2012 (SI ^(a) 2012/1916)

(a) Statutory Instruments

Source : Balasubramanian G, Morampudi S, Chhabra P, Gowda A, Zomorodi B. An overview of Compassionate Use Programs in the European Union member states. *Intractable Rare Dis Res.* 2016 Nov;5(4):244-254 (<https://doi.org/10.5582/irdr.2016.01054>)

En Allemagne, la mise à disposition précoce des médicaments n'ayant pas encore obtenu d'AMM est possible depuis 2021. Le traitement doit cibler un groupe spécifique de patients atteints d'une maladie grave ne pouvant être traités par un médicament autorisé. Une demande d'AMM ou un essai clinique doit être en cours. Le traitement n'est pas pris en charge par l'assureur public.

En Angleterre, le programme national *Early Access to Medicines Scheme* est un dispositif d'accès précoce pour des médicaments qui n'ont pas encore reçu d'autorisation de mise sur le marché. C'est l'industriel qui fournit gratuitement le médicament au NHS durant toute la durée du programme en amont de la délivrance d'une AMM. Il cible des cohortes de patients. Un dispositif d'accès nominatif compassionnel est également prévu. Par ailleurs, le *Cancer Drugs Fund*, un fonds public établi en 2011, permet de financer des médicaments anticancéreux qui nécessitent des preuves cliniques supplémentaires avant de bénéficier d'une décision de remboursement de droit commun.

En Espagne également, les produits peuvent être mis à disposition gratuitement par l'industriel ou bien être remboursés par l'Assurance Maladie en fonction des cas.

L'Italie propose également le remboursement par l'Assurance Maladie de ces médicaments faisant l'objet d'un accès précoce. La loi L648/1996 et le fonds AIFA prévoient respectivement le remboursement du médicament par le Service National de

Santé et par l'AIFA. La loi 648/96 est un dispositif qui autorise la distribution d'un médicament aux patients avant que l'AIFA n'autorise sa commercialisation ou, pour les médicaments déjà autorisés, pour des indications autres que celles pour lesquelles le médicament a été autorisé en Italie (extension d'indication).

Le fonds national de l'AIFA (loi 326/2003 – « fonds 5 % ») est un fonds spécifique pour le remboursement des médicaments orphelins en attente de commercialisation. Le fonds est constitué à 50 % de la contribution que les entreprises pharmaceutiques versent à l'AIFA sur une base annuelle.

Le recours à l'usage dit « compassionnel » est également prévu (arrêté ministériel du 7 septembre 2017) pour un médicament en cours d'essai clinique sur avis du médecin. L'usage compassionnel implique la distribution du médicament à titre gratuit par le fabricant.

L'ensemble des quatre pays de comparaison prévoit donc un cadre juridique pour l'accès précoce ou compassionnel à certains médicaments qui couvrent un besoin thérapeutique non couvert pour des maladies sévères ou invalidantes. Si les quatre pays proposent des dispositifs ciblant des groupes (cohortes) de patients et pas seulement des patients individuels, certaines variables laissent envisager des impacts différents sur les patients.

TABLEAU 49

Modalités d'accès précoce au marché dans quatre pays européens

	Allemagne		Angleterre		Espagne		Italie		
Nom	Usage compassionnel		Usage compassionnel	Early Access to Medicine Scheme	Usage compassionnel		L326	L648/96	Usage compassionnel
Cibles	Nominatif	Cohorte	Nominatif	Cohorte	Nominatif	Cohorte	Nominatif	Cohorte	
Initiateur	Médecin	Fabricant	Médecin	Fabricant	Hôpital	AEMPS ^(a)	Médecin prescripteur		Fabricant
Phase concernée	Avant l'AMM ^(b) européenne		Avant l'AMM ^(b) européenne		Avant l'AMM ^(b) européenne/entre l'AMM ^(b) et la décision finale de remboursement		Avant l'AMM ^(b) européenne ou nationale/entre l'AMM ^(b) et la décision de remboursement		
Financement	Produit financé par l'industriel		Pas de financement public - le médicament est fourni gratuitement au NHS ^(c) par le fabricant jusqu'à l'octroi d'une AMM ^(b)		Financement par l'industriel ou remboursement 100 % en fonction du produit		Fixation libre du prix et remboursement 100 %		Produit financé par l'industriel

(a) AEMPS : Agence espagnole pour les médicaments et les produits de santé – (b) AMM : autorisation de mise sur le marché – (c) NHS : National Health Service

Source : Cnam

Premièrement, l'Espagne et l'Italie incluent dans leur acception d'accès précoce des médicaments qui ont déjà obtenu une évaluation. Dans cette optique, il s'agit d'initier le financement public sans attendre les délais de fixation des prix et de négociation. Ces dispositifs ne correspondent pas strictement à la notion d'accès précoce en amont de l'autorisation de mise sur le marché.

Par ailleurs, les dispositifs d'accès compassionnels sont totalement financés par les industriels en Allemagne et en Angleterre. Ces financements privés ne garantissent pas la pérennité de l'accès au traitement.

La notion d'accès précoce ou compassionnel recouvre par conséquent un ensemble très large de dispositifs d'un pays à l'autre. Cette importante polysémie et plus globalement la grande diversité des modalités d'accès au marché doivent être prises en compte dans le cadre d'un travail de comparaison internationale.

5.2.2

La nécessité d'une comparaison internationale transparente sur les délais d'accès aux médicaments innovants

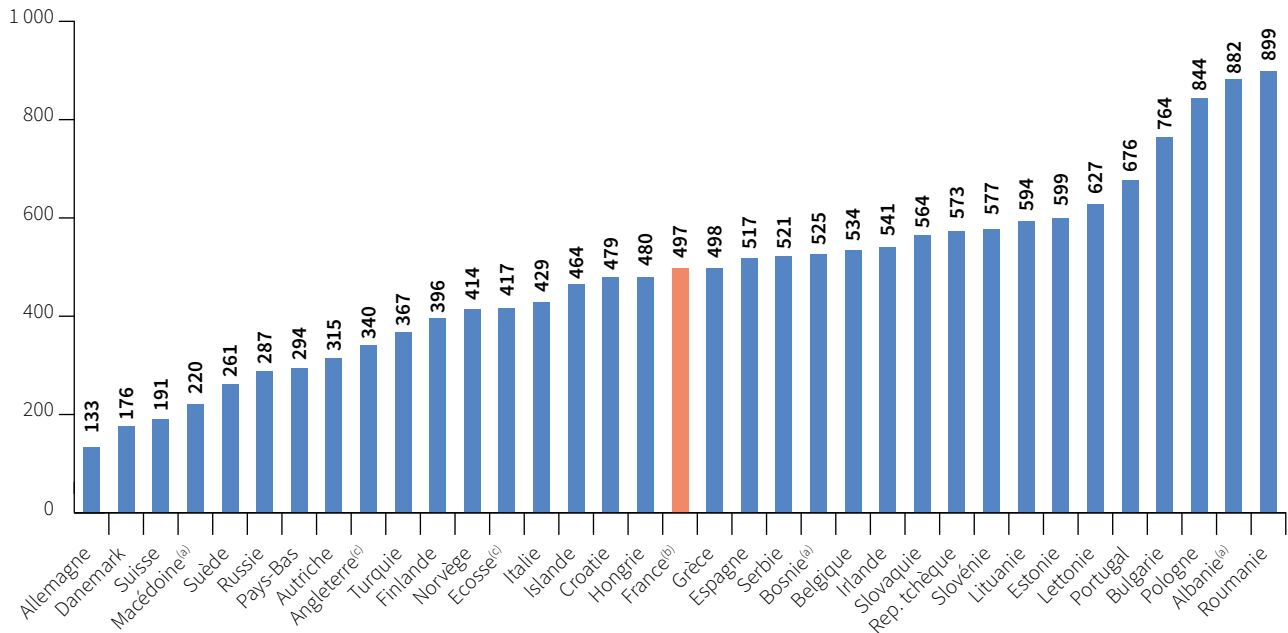
5.2.2.1 Des incertitudes sur les chiffres publiés

Il existe peu d'études de comparaison des délais d'accès au marché entre plusieurs pays européens. Le rapport Vintura¹⁰⁹, publié en 2020 et financé par la plateforme oncologie de la Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques (EFPIA), mesure les délais d'accès des patients à treize thérapies anticancéreuses dans les États membres de l'Union européenne. Le rapport souligne que le délai entre l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et la décision de remboursement est plus élevé en France que dans de nombreux autres pays (Allemagne, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni...).

Ces constats sont également effectués par l'EFPIA. L'indicateur de mesure « W.A.I.T » (*Waiting to Access Innovative Therapies*) de l'EFPIA sur les délais d'accès au marché en Europe est fréquemment cité. D'après cet indicateur, la France se positionne relativement loin derrière des pays comme l'Allemagne, l'Espagne ou l'Italie, avec un délai médian entre l'AMM et la commercialisation de nouveaux médicaments de 497 jours en France pour ceux ayant obtenu une première AMM entre 2017 et 2020.

109 Vintura (2020), Every day counts - Improving time to patient access to innovative oncology therapies in Europe, https://www.vintura.com/wp-content/uploads/2020/08/White-paper-every-day-counts-improving-time-to-patient-access-to-innovative-oncology-therapies-in-europe_from-EFPIA_and_Vintura.pdf

FIGURE 105

Délais moyen d'accès au marché (nombre de jours entre la date d'autorisation de mise sur le marché et la date d'inscription sur la liste de remboursement) – comparaison internationale

(a) Pays avec données incomplètes – (b) France : les délais moyens sont calculés sur la base de la publication des prix au *Journal officiel* même pour les médicaments qui ont bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), ce qui majore le délai moyen – (c) Royaume-Uni : ne tient pas compte des dispositifs d'accès précoce, ce qui majore le délai moyen

Champ : médicaments ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché européenne entre 2017 et 2020

Source : EFPIA (European Federation of Pharmaceuticals Industry and Associations), rapport Iqvia - WAIT indicator, avril 2022

L'Assurance Maladie considère que l'interprétation de ces chiffres doit être faite avec beaucoup de précautions.

L'indicateur inclut en effet le délai de fixation de prix des médicaments bénéficiant d'un accès précoce (sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU)/post- ATU) dont les délais de négociation sont plus longs, ce qui allonge la durée moyenne globale, bien que le médicament soit disponible auprès des patients en accès précoce avant l'AMM européenne. Or, si l'on considère que les médicaments sous ATU sont directement disponibles (durée = 0), le délai moyen tombe à 240 jours. Il faut également noter que ces données n'éclairent pas sur l'équité d'accès aux médicaments dans les différents pays, notamment en termes de modalités de prise en charge financière.

D'autres études prennent en compte les dispositifs d'accès précoce et compassionnel dans leurs calculs des délais d'accès au marché, avec des résultats bien différents de ceux obtenus par l'indicateur W.A.I.T. Une étude publiée en 2018 dans la revue *Value in Health* offre une comparaison des délais d'accès aux médicaments orphelins entre 22 pays européens entre 2005 et 2014¹¹⁰. Dans cette étude qui mobilise les données de vente des médicaments produites par la société Iqvia, la disponibilité du médicament est définie par la vente sans interruption du produit

d'un trimestre à l'autre sur une période d'un an. L'étude identifie pour la France un délai médian de neuf mois pour l'accès aux médicaments orphelins et de douze mois pour les autres médicaments, positionnant le pays avant l'Italie et l'Espagne. Ces résultats s'expliquent notamment par le fait que les dispositifs d'accès précoce font disparaître les délais entre la date d'AMM et celle du premier remboursement. En utilisant les données de vente des médicaments, l'étude fait apparaître des résultats différents de ceux obtenus en utilisant les dates de fixation des prix.

Plus récemment, une étude publiée en 2021 dans l'*European Journal of Cancer* prend en compte les dispositifs d'accès précoce dans le calcul des délais¹¹¹. L'objectif de l'étude est de comparer les dates de délivrance de l'AMM européenne et de l'autorisation délivrée par la *Food and Drug Administration* (FDA, Agence fédérale américaine des produits alimentaires et médicamenteux) aux États-Unis aux dates d'accès précoce en France pour 36 anticancéreux. Les dates d'AMM sont considérées par les auteurs comme le marqueur du premier accès au marché national : cette approche comporte des limites, car elle ne prend pas en compte les délais d'évaluation et de fixation des prix qui conditionnent l'accès au marché remboursé. Malgré ces limites, l'étude met en évidence le recours important aux ATU en France : 25 des 36 médicaments étudiés ont fait l'objet d'une

110 Detiček A, Locatelli I, Kos M. Patient Access to Medicines for Rare Diseases in European Countries. *Value Health*. 2018 May;21(5):553-560. doi: 10.1016/j.jval.2018.01.007. Epub 2018 Mar 16. PMID: 29753352.

111 Jacquet E, Kerouani-Lafaye G, Grude F, Goncalves S, Lorence A, Turcay F, Brunel L, Belgodere L, Monard A, Guyader G, Boudali L, Albin N. Comparative study on anticancer drug access times between FDA, EMA and the French temporary authorisation for use program over 13 years. *Eur J Cancer*. 2021 May;149:82-90. doi: 10.1016/j.ejca.2021.03.008. Epub 2021 Apr 7. PMID: 33838392.

ATU entre 2007 et 2019. Ces ATU ont été délivrées en moyenne 203 jours avant l'autorisation de la FDA et 428 jours avant l'AMM européenne.

Ces exemples illustrent l'extrême variabilité des résultats en fonction de la méthodologie employée (choix des indicateurs, du type de médicaments) pour mesurer les délais de mise à disposition des médicaments aux patients. Face à la diversité des chiffres publiés, l'Assurance Maladie a donc décidé de conduire une étude sur la question des délais d'accès au marché.

5.2.2.2 Produire une étude transparente sur les délais d'accès : choix méthodologiques

L'objectif de l'étude est de comparer, pour une liste de douze produits, les délais d'accès au patient en France et dans d'autres pays européens (Allemagne, Espagne, Italie) en tenant compte de l'existence de dispositifs d'accès précoce et de leur mode de financement le cas échéant (public ou privé). Le choix s'est porté sur des médicaments ayant un coût de traitement élevé et/ou une population bénéficiaire large, couvrant différentes aires thérapeutiques et modes d'administration (usage hospitalier ou en officine) (**Tableau 50**) afin de rendre compte des différentes spécificités ayant un impact sur leurs délais d'accès.

TABLEAU 50

Liste des médicaments retenus pour l'étude et principales caractéristiques

Produits - mode de délivrance	Molécule	Indications	Date AMM ^(a)	Accès précoce (ATU ^(b) de cohorte)	Chiffre d'affaires (CA, hors taxes) 2021	Taux de croissance annuel moyen du CA (2017-2021) ^(c)	Effectifs consommateurs 2021 ^(d)	Remboursement par consommant 2021 ^(d)
Hôpital								
Liste en sus								
Darzalex® (IV)	Daratumumab	Myélome multiple	20/05/2016	oui	544 M€	70 %	6 100	49 400 €
Keytruda®	Pembrolizumab	Cancers multiples indications	17/07/2015	oui	1 108 M€	82 %	25 200	34 600 €
Opdivo®	Nivolumab	Cancers multiples indications	19/06/2015	oui	463 M€	8 %	21 300	24 400 €
Officine : médicaments issus de la rétrocession ou en double circuit – coûts unitaires élevés								
Anticancéreux								
Ibrance®	Palbociclib	Cancer du sein	09/11/2016	oui	294 M€	33 %	17 500	18 200 €
Tagrisso®	Osimertinib	Cancer bronchique	02/02/2016	oui	201 M€	48 %	5 300	38 500 €
Autres pathologies								
Orkambi®	Lumacaftor/ Ivacaftor	Mucoviscidose	18/11/2015	oui	160 M€	10 %	1 800	84 600 €
Dupixent®	Dupilumab	Dermatite atopique, asthme, polyposse nasale	26/09/2017	oui	115 M€	221 %	11 700	10 000 €
En double circuit (officine + rétro.)								
Hemlibra®	Emicizumab	Hémophilie	23/02/2018	oui	197 M€	214 %	400	105 100 €
Maviret®	Glecaprevir + Pibrentasvir	Hépatite C	26/07/2017	non	69 M€	- 18 %	2 700	22 100 €
Autres médicaments délivrés en officine : coûts unitaires élevés et/ou forts volumes								
Soumis à DAP^(e)								
Praluent®	Alirocumab	Hypercholestérolémie et dyslipidémie mixte	23/09/2015	non	9 M€	82 %	2 700	3 600 €
Repatha®	Evolocumab	Hypercholestérolémie et dyslipidémie mixte	17/07/2015	non	17 M€	246 %	6 500	2 800 €
Autres								
Entresto®	Sacubitril+ Valsartan	Insuffisance cardiaque	23/09/2015	oui	127 M€	51 %	112 500	1 300 €

(a) AMM : autorisation de mise sur le marché – (b) ATU : autorisation temporaire d'utilisation – (c) Période 2018-2021 pour les produits commercialisés après 2018
 (d) Données 2020 pour les produits de la liste en sus – (e) DAP : demande d'accord préalable

Sources : Iqvia (chiffre d'affaires hors taxes), Cnam (SNDS - consommateurs)

L'étude est basée sur l'exploitation de données nationales publiques, à partir d'un questionnaire adressé aux autorités en charge du médicament dans les pays européens.

ENCADRÉ 25

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES DE L'ENQUÊTE SUR LES DÉLAIS D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

Liste des produits

La liste des douze produits sélectionnés a été établie selon les critères suivants :

- couvrant plusieurs aires thérapeutiques : oncologie, traitement de la mucoviscidose, de l'hépatite C, de l'hémophilie A, de l'hypercholestérolémie, de la dermatite atopique, de l'insuffisance cardiaque ;
- dispensés à l'hôpital (liste en sus ou rétrocession) ou en ville (en officine) ;
- présentant un impact budgétaire important : coût par patient élevé, forte dynamique des dépenses (à la suite notamment d'extensions d'indications) ou encore forts volumes de dispensation associés à des coûts unitaires relativement faibles ;
- disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par l'Agence européenne du médicament (EMA) après le 1^{er} janvier 2015 ;
- seules les primo-inscriptions des produits ont été étudiées et non les extensions d'indications thérapeutiques.

Dates

Les délais d'accès ont été calculés à partir des dates marquant les principales étapes du circuit du médicament : date d'AMM, d'accès précoce (le cas échéant), date de l'avis de la Commission de la transparence de la Haute Autorité

de santé (HAS) (pour l'indication initiale), date d'inscription sur les listes de remboursement (parution au *Journal officiel* – JO).

Sources

France : les dates d'AMM sont issues de l'EMA. Les dates d'accès précoce (ATU – autorisation temporaire d'utilisation – selon la terminologie avant la réforme de 2021) sont issues de recoupements de différentes sources : HAS (avis de la Commission de la transparence), base des tarifs des médicaments de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), déclarations de laboratoires.

Dans le cas d'un accès précoce, a été retenue la date d'ATU accordée pour des cohortes de patients plutôt que la date en cas d'ATU nominative afin de rendre compte d'un accès à la population plus large.

Pour les autres pays européens, les dates ont été renseignées par les autorités nationales suivantes sur la base d'un questionnaire qui leur a été adressé par la Cnam.

Quatre dates ont été récoltées : la date d'AMM européenne, la date du premier accès *via* un programme d'accès précoce, la date de l'évaluation et la date de décision de remboursement.

Allemagne :

(GKV-Spitzenverband)

Les dates d'AMM sont issues de l'EMA. Les dates de décision de

remboursement correspondent à la date d'inscription sur la liste officielle des prix des médicaments (*Lauer-Taxe*). Les dates d'évaluation, qui sont postérieures à la date de décision de remboursement, correspondent à la date de publication de l'évaluation par le Comité Fédéral Joint (GBA).

Espagne : *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios* (AEMPS)

Les dates d'AMM sont issues de l'EMA. Les dates d'autorisation d'accès précoce correspondent à la date de premier remboursement du produit dans le cadre d'un accès dérogatoire. Les dates de décision de remboursement correspondent à la décision de remboursement par le ministère de la Santé.

Les dates d'évaluation correspondent à la date d'adoption du rapport d'évaluation qui correspond au moment de la diffusion du rapport au laboratoire et aux associations de patients.

Italie : *Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA)

Les dates d'AMM sont issues de l'EMA. Les dates d'autorisation d'accès précoce correspondent à la date de premier remboursement du produit dans le cadre d'un accès dérogatoire. Les dates de décision de remboursement correspondent à la décision de remboursement par l'AIFA.

5.2.2.3 Données de cadrage

Les données de ventes des médicaments permettent d'établir des comparaisons du chiffre d'affaires réalisées dans différents pays européens (Figure 106). Elles n'intègrent pas d'éventuelles remises tarifaires négociées entre les autorités de régulation et les industriels, mais rendent compte néanmoins d'importantes progressions du chiffre d'affaires (hors taxes) des médicaments étudiés. Cette tendance s'observe dans tous les pays de l'étude sur les cinq dernières années, traduisant une phase de forte montée en charge compte tenu de leur mise sur le marché relativement récente. La part des dépenses de ces médicaments

a considérablement augmenté, passant en France de 3 % du marché pharmaceutique en 2017 à 9 % en 2021. Cette évolution est comparable dans les autres pays étudiés : de 2 % à 7 % en Allemagne, de 2 % à 9 % en Italie, de 2 % à 7 % en Espagne, de 1 % à 6 % au Royaume-Uni.

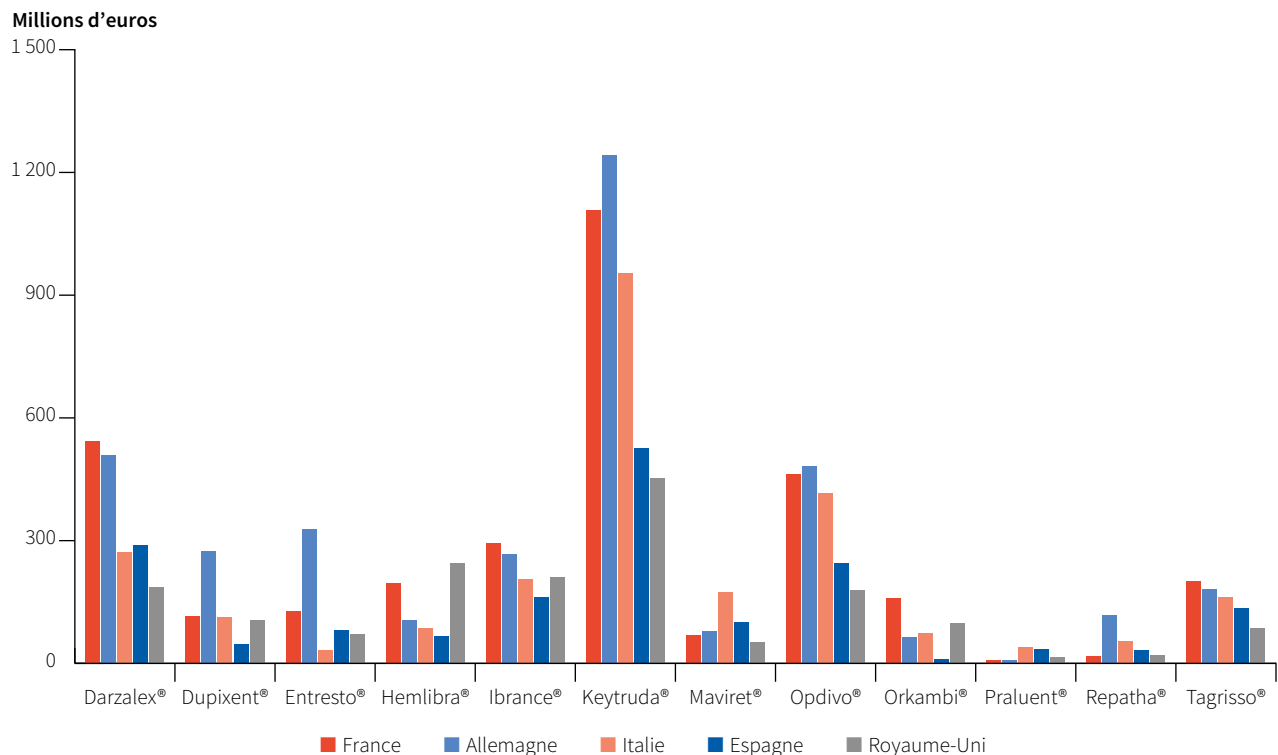
Parmi les plus fortes progressions figure Dupixent®, indiqué dans le traitement de la dermatite atopique, l'asthme et la polypose nasale et dont le chiffre d'affaires a plus que triplé tous les ans en France entre 2017 et 2021 (115 millions d'euros) à la faveur de plusieurs extensions d'indications élargissant le champ des bénéficiaires. En Allemagne, les ventes ont quadruplé par an

sur la même période, les progressions plus importantes en Italie (+ 430 % par an) traduisent surtout une commercialisation plus récente. Keytruda®, un anticancéreux administré à l'hôpital (liste en sus) est le médicament au plus fort chiffre d'affaires : il a dépassé le milliard d'euros en 2021 en France et en Allemagne en raison d'un coût de traitement élevé (34 600 euros en France en

2020) et d'une population bénéficiaire qui progresse fortement (25 200 en France en 2020, après près de 10 000 en 2018) avec une progression comprise entre 37 % par an au Royaume-Uni et 82 % en France.

FIGURE 106

Chiffre d'affaires (hors taxes) des médicaments étudiés en France, Allemagne, Italie, Espagne et Royaume Uni en 2021



Champ : chiffres d'affaires valorisés au prix fabriquant, hors taxes ; ne tient pas compte des remises éventuelles négociées
Source : Iqvia

5.2.2.4 Délais d'accès à douze molécules innovantes : les dispositifs d'accès précoce en France assurent un accès large et rapide à ces innovations

Les résultats obtenus par l'étude portent sur trois grandes étapes du parcours du médicament : la date du premier accès via un programme d'accès précoce, la date de publication de l'évaluation et la date de la décision de remboursement (après négociation et tarification pour l'Espagne, la France et l'Italie).

Dans son sens le plus strict, la mise à disposition d'un médicament aux patients correspond au moment de l'accès du

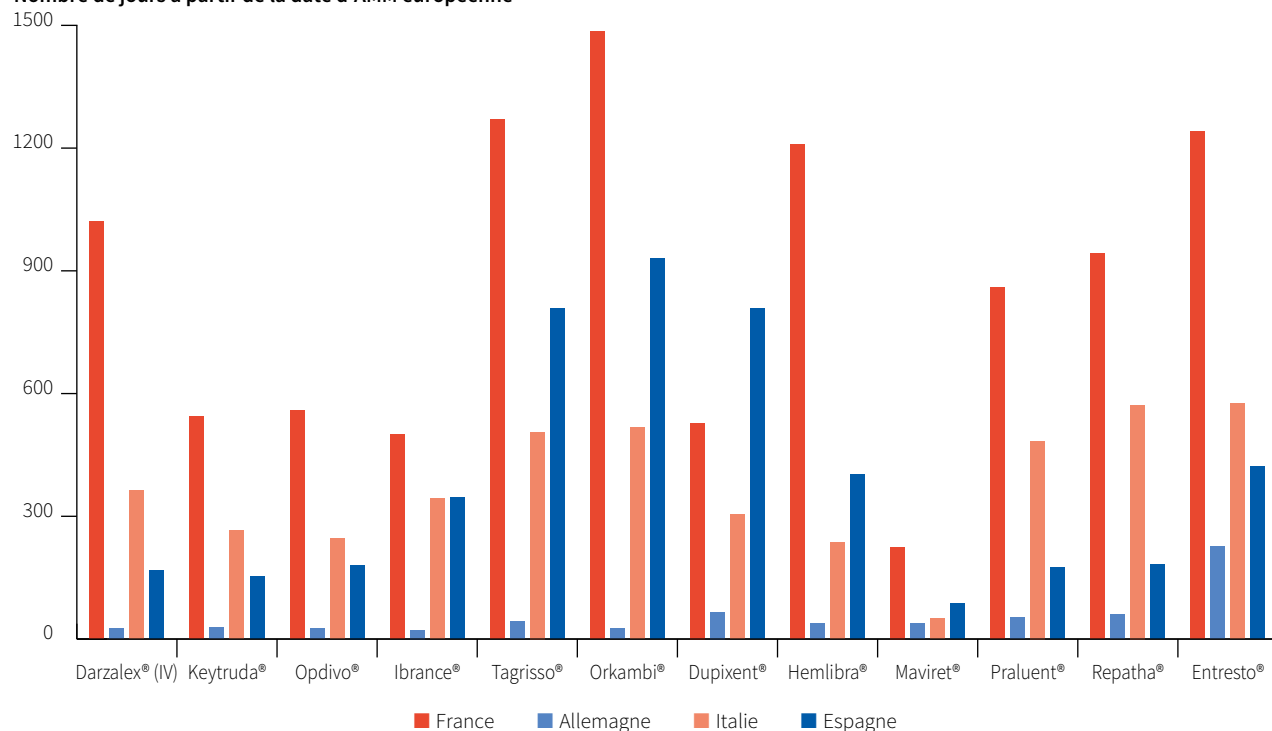
médicament au marché remboursable. Le délai entre la date d'AMM européenne et la date d'accès au marché de droit commun a été calculé pour la France et les trois pays de comparaison. Pour la France, l'Espagne et l'Italie c'est la date de la décision de remboursement qui a été retenue. En Allemagne, c'est l'inscription à la *Lauer-Taxe* – la liste officielle des prix des médicaments – directement après l'AMM européenne qui est retenue.

Ces données ne sont par conséquent pas superposables au délai réglementaire de 180 jours qui ne s'applique qu'à partir de la date de dépôt de la demande de remboursement à l'autorité compétente du système national d'assurance maladie.

FIGURE 107

Nombre de jours entre l'autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne et la date de décision de remboursement

Nombre de jours à partir de la date d'AMM européenne



Source : Cnam (questionnaire diffusé pour l'étude, 2022)

La Figure 107 présente le délai d'accès au marché dans les quatre pays¹¹².

En Allemagne, les délais d'accès au marché de droit commun sont les plus courts, avec une moyenne de 54 jours entre l'AMM européenne et la date indiquée dans la *Lauer-Taxe*. Ces délais s'expliquent par la spécificité du cadre de droit commun allemand : les médicaments sont pris en charge dès leur AMM.

En France, les délais d'accès moyens au marché de droit commun sont également plus importants qu'en Espagne et en Italie, avec une moyenne de 865 jours contre respectivement 388 jours

et 372 jours pour ces produits. Ces chiffres semblent néanmoins particulièrement influencés par les délais observés sur certaines molécules (Entresto®, Orkambi®, Tagrisso®, Darzalex®).

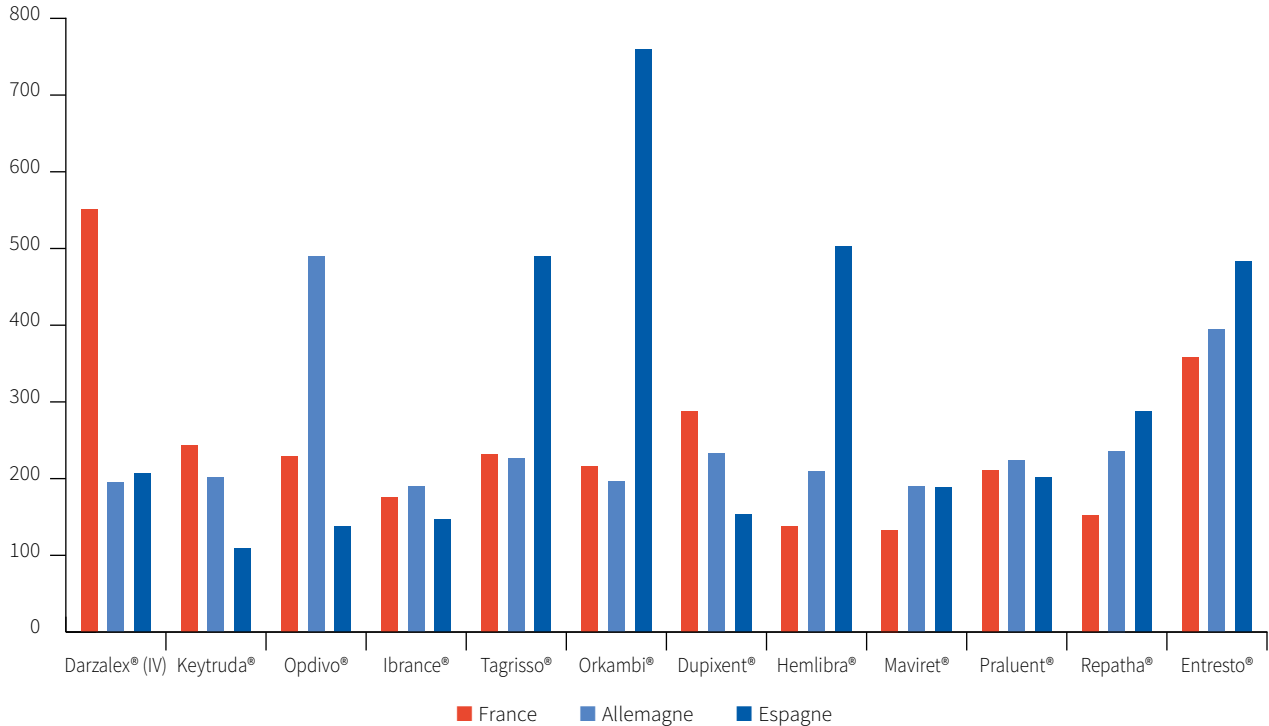
Ces délais importants d'accès au marché observés en France semblent notamment liés aux phases de négociation et de fixation des prix. En effet, l'étude des délais entre l'AMM et la publication de l'évaluation clinique met en évidence des délais globalement plus courts ou équivalents à ceux des autres pays (Figure 108).

¹¹² Il est à noter que le produit Orkambi® a reçu une décision de remboursement négative en Espagne pour ce dosage. Une décision positive pour un autre dosage a été accordée le 15 octobre 2019. Concernant le produit Keytruda® en Espagne, le dosage utilisé pour cette comparaison ne sera plus commercialisé à partir du 1^{er} décembre 2022. Un autre dosage est toutefois disponible depuis le 1^{er} janvier 2017.

FIGURE 108

Nombre de jours entre l'autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne et la publication de l'évaluation clinique

Nombre de jours à partir de la date d'AMM européenne



Source : Cnam (questionnaire diffusé pour l'étude, 2022)

Ces résultats, présentés par la Figure 107, doivent être nuancés, car ils ne prennent pas en compte les dispositifs d'accès précoce existants qui permettent un accès plus rapide à ces produits. Ils reflètent uniquement des délais administratifs ainsi que les discussions autour du niveau de prix des produits sans indiquer la date de la première mise à disposition du médicament au patient, ce qui est l'élément majeur pour juger de la performance effective d'un système de prise en charge des produits de santé.

Il semble donc important d'élargir la conception de disponibilité du médicament en s'intéressant à la première date à laquelle les patients ont eu accès au médicament financé par l'Assurance Maladie ou le système national de santé, que cette mise à disposition relève d'un cadre de droit commun ou d'un cadre dérogatoire.

Le Tableau 51 spécifie la voie d'accès au marché de chaque molécule par pays. Il met en exergue la fréquence du recours à

un accès dérogatoire en France, en Espagne et en Italie pour ces molécules. En Allemagne, le cadre de droit commun permet un accès direct au marché après l'AMM avec des délais d'accès au remboursement de droit commun bien plus réduits que dans les trois autres pays.

Si la plupart de ces dispositifs d'accès dérogatoires sont financés par l'Assurance Maladie, certains produits ont bénéficié d'une mise à disposition gratuite par les laboratoires. Ces accès précoces sur financements privés portent généralement sur des périodes déterminées et peuvent déboucher ou non sur une décision de remboursement. Dans ce contexte, ces dispositifs n'ont pas été retenus comme des indicateurs d'accès dans le cadre de cette étude.

TABLEAU 51

Type d'accès au marché par molécule et par pays

	Darzalex®	Keytruda®	Opdivo®	Ibrance®	Tagrisso®	Orkambi®	Dupixent®	Hemlibra®	Maviret®	Praluent®	Repatha®(b)	Entresto®
France	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)		(a)	(a)	(a)
Allemagne												
Italie												
Espagne										(a)		

Remboursement de droit commun uniquement Accès précoce populationnel sur financement public
Accès précoce nominatif sur financement public Accès précoce financé par un laboratoire

(a) Avec une indication restreinte par rapport à l'autorisation de mise sur le marché (AMM)
(b) Pour Repatha® qui a bénéficié d'un accès compassionnel (autorisation d'utilisation temporaire - ATU - nominative) mais non suivi d'un accès précoce à une cohorte de patients, seul l'accès au remboursement de droit commun a été retenu

Source : Cnam (questionnaire diffusé pour l'étude, 2022)

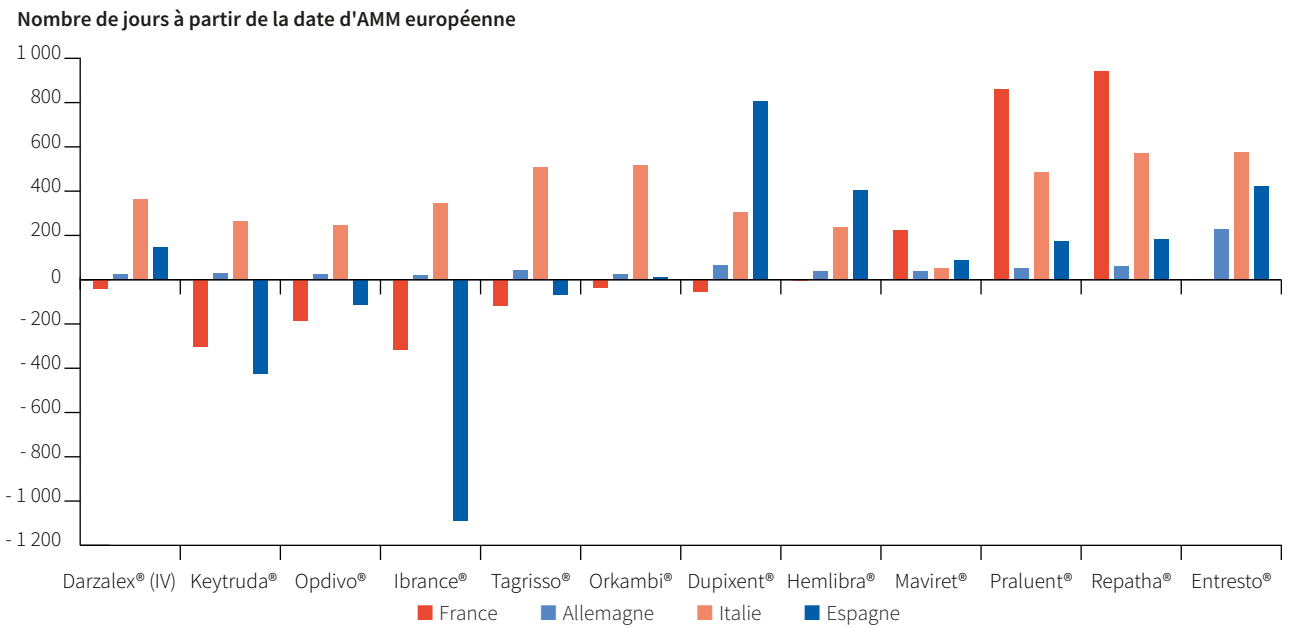
En ce qui concerne les dispositifs d'accès précoce aux médicaments innovants financés par des payeurs publics, on distingue les dispositifs ciblant des cohortes de patients de ceux réservés à des patients nommément désignés et donc beaucoup plus limités.

En France, il est possible de constater un recours récurrent à des dispositifs d'accès précoce populationnel pour les produits sélectionnés, avec néanmoins, pour la plupart d'entre eux (huit produits) des indications restreintes à celles de l'AMM (et éventuellement à celles admises au remboursement après la procédure d'évaluation)¹¹³.

Ailleurs, des dispositifs d'accès nominatifs sont utilisés pour les produits étudiés. Un seul accès précoce nominatif portant sur le médicament Orkambi® a été identifié en Italie. Il s'agit toutefois d'un financement public accordé entre l'AMM et la décision de remboursement de droit commun et qui n'est pas antérieur à l'AMM européenne. En Espagne, les délais remarquablement courts entre l'AMM et l'accès pour certains produits reposent également sur des dispositifs d'accès nominatifs.

FIGURE 109

Délai d'accès au premier remboursement public (nombre de jours entre l'autorisation de mise sur le marché - AMM - européenne et l'accès patients par le biais d'un remboursement de droit commun ou via un accès précoce populationnel ou nominatif sur financement public)



Source : Cnam (questionnaire diffusé pour l'étude, 2022)

113 C'est le cas pour cinq produits : Ibrance®, Dupixent®, Hemlibra®, Praluent®, Repatha® et Entresto®. Pour les trois autres produits ayant bénéficié d'un accès précoce avec des indications plus limitées, le champ des indications donnant droit au remboursement (droit commun) correspond aux indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

La Figure 110 présente le nombre de jours entre la date de délivrance de l'AMM européenne et la date de la première mise à disposition du médicament à des patients sur financement public. Tous les cas de figure sont pris en compte : accès précoce nominatif ou populationnel ou accès de droit commun. Pour chaque pays, c'est la date d'accès précoce populationnel qui est favorisée, car elle cible des effectifs de patients généralement plus importants que dans le cas de dispositifs nominatifs. En l'absence d'un dispositif d'accès précoce populationnel, c'est la date d'accès précoce nominatif qui est retenue (c'est le cas pour l'Italie et l'Espagne). S'il n'existe pas de dispositif d'accès précoce pour la molécule, alors c'est la date de décision de remboursement qui est retenue.

La prise en compte des dates d'accès précoce modifie significativement la structure des résultats obtenus. L'Espagne et la France présentent des délais négatifs pour certaines molécules, signalant la mise à disposition de ces dernières avant la date d'autorisation de mise sur le marché européenne. Ces délais négatifs indiquent ainsi le recours à un dispositif d'accès précoce.

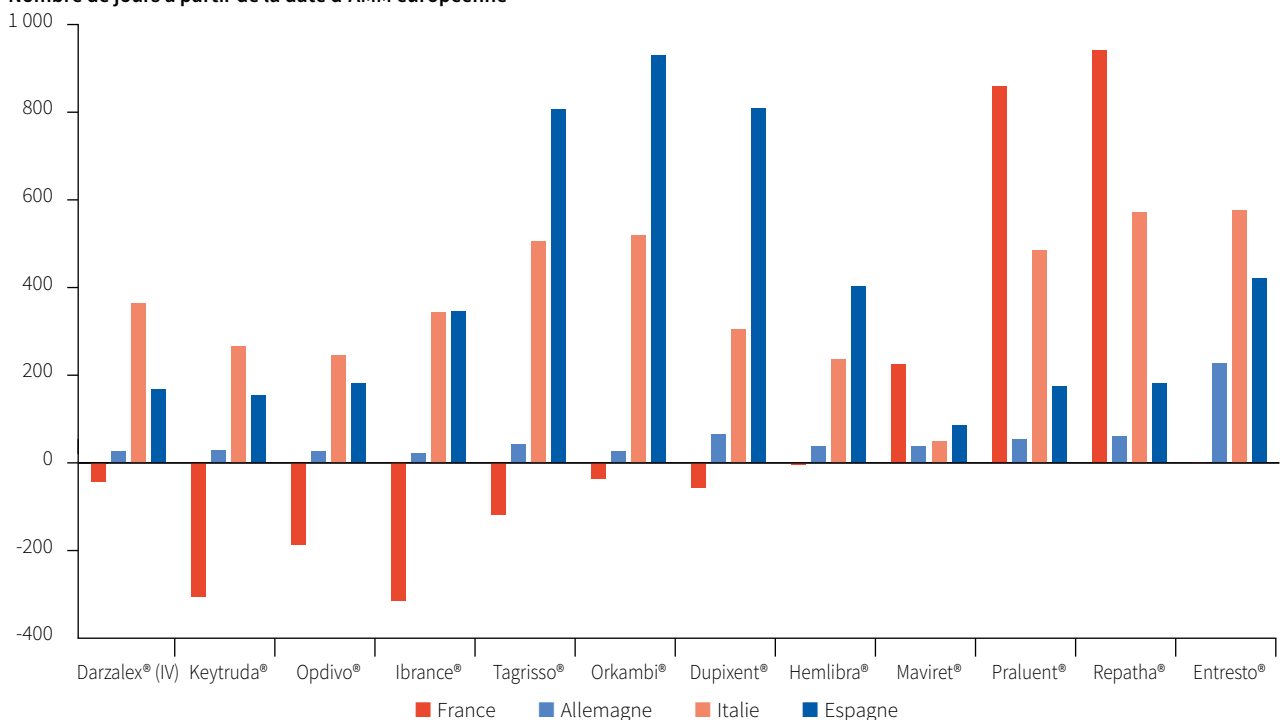
Si ces premiers résultats apportent des informations précieuses sur le type d'accès précoce mobilisé par pays, ils n'offrent pas une vision exacte de la disponibilité de ces molécules pour les patients. En effet, un accès nominatif n'a pas le même impact en termes de santé publique qu'un accès populationnel. Les effectifs traités avec le médicament sont en effet plus restreints dans le premier cas.

Afin de refléter l'accès large des patients aux douze molécules, le parti a été pris d'exclure ensuite les dispositifs d'accès précoce nominatif qui représentent des volumes extrêmement restreints. La Figure 110 présente ainsi le nombre de jours entre la date d'AMM européenne et la date du premier remboursement public adressé à un groupe de patients (droit commun ou accès précoce populationnel). Par ailleurs, aucun dispositif d'accès précoce ciblant des cohortes n'a été mobilisé par d'autres pays que la France pour les douze molécules sélectionnées dans le cadre de cette étude.

FIGURE 110

Délai d'accès au premier remboursement public pour un groupe de patients (nombre de jours entre l'autorisation de mise sur le marché - AMM - européenne et l'accès patients par le biais d'un remboursement de droit commun ou via un accès précoce populationnel sur financement public)

Nombre de jours à partir de la date d'AMM européenne



Source : Cnam (questionnaire diffusé pour l'étude, 2022)

La prise en compte des dates d'accès précoce modifie significativement la structure des résultats obtenus. La France présente des délais négatifs pour certaines molécules, signalant la mise à disposition de ces dernières avant la date d'autorisation de mise sur le marché européenne. Les délais d'accès y sont donc globalement plus courts que dans les pays de comparaison pour

les médicaments ayant bénéficié d'un accès précoce populationnel. Pour les trois autres molécules (Praluent®, Repatha®, Maviret®), les délais sont globalement plus longs que pour les trois autres pays comme observé plus haut. Grâce aux dispositifs d'accès précoce, la France présente le temps moyen d'accès au marché à partir de la date d'AMM le plus court (169 jours) derrière

l'Allemagne (54 jours) pour les molécules étudiées. En Espagne et en Italie, ces délais moyens sont largement plus longs avec respectivement 388 et 372 jours entre l'AMM européenne et la date du premier accès à un groupe de patients.

Ces résultats amènent donc à nuancer les discours sur les délais d'accès aux médicaments innovants en France. Le Tableau 52 récapitule les délais moyens entre l'AMM européenne et les différents indicateurs explorés dans le cadre de cette étude. Si

l'accès aux médicaments est compris comme la première mise à disposition du médicament à un groupe de patients y compris hors du cadre de droit commun, alors la France présente des délais d'accès en moyenne plus courts que dans les pays de comparaison. En Allemagne, les délais très courts s'expliquent par la spécificité du cadre de droit commun, les médicaments étant pris en charge dès leur AMM.

TABLEAU 52

Délai moyen (en nombre de jours) entre l'autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne et les différents indicateurs retenus dans le cadre de l'étude

	AMM européenne - date de décision de remboursement de droit commun	AMM européenne - accès précoce populationnel ou nominatif sur financement public ou par défaut remboursement de droit commun	AMM européenne - accès précoce populationnel sur financement public ou par défaut remboursement de droit commun
France	865	169	169
Allemagne	54	54	54
Italie	372	372	372
Espagne	388	186	388

Note de lecture : les délais utilisés pour calculer la moyenne correspondent au nombre de jours entre la date d'AMM et la date de décision de remboursement. En cas de délai négatif résultant d'un dispositif d'accès précoce, le délai entre l'AMM et la décision de remboursement est égal à zéro.

Source : Cnam (questionnaire diffusé pour l'étude, 2022)

En France, cette rapidité d'accès au marché repose principalement sur des dispositifs d'accès précoce efficaces. Plusieurs évolutions récentes du dispositif d'accès précoce et compassionnel visent de surcroît à réduire encore les délais d'instruction des demandes. Par ailleurs, l'expérimentation d'un accès direct dès l'évaluation de la Haute Autorité de santé (HAS) (projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022) semble pouvoir bénéficier des délais relativement courts entre l'AMM et la date d'évaluation relevés en France.

Cette étude sur les délais d'accès au marché dans plusieurs pays européens offre un premier aperçu de la diversité des cadres de droit commun et dérogatoires utilisés pour réduire les délais de mise à disposition de médicaments innovants aux patients. Elle invite à produire des données sur la mise à disposition réelle des molécules innovantes aux patients et à ne pas se restreindre à l'accès au remboursement de droit commun.

Ce travail démontre la volonté de la France, au travers de son dispositif d'accès précoce, de permettre aux patients qui pourraient bénéficier de produits susceptibles d'avoir un intérêt thérapeutique d'en disposer dans les plus brefs délais sans attendre l'issue des négociations tarifaires qui pourraient en retarder l'accès.

Si elle ne porte que sur douze molécules, elle offre des perspectives intéressantes pour de nouvelles études sur un plus large spectre de molécules tout en prenant en compte d'autres aspects de la notion d'accès aux médicaments.

5.2.3

Proposition

Proposition pour mesurer les délais d'accès aux médicaments

Proposition 12

Créer un observatoire sur les délais d'accès aux médicaments innovants, à l'échelle européenne, en coopération avec les institutions chargées du médicament dans les pays voisins

Face à la pluralité des initiatives visant à mesurer les délais d'accès aux nouveaux médicaments, la diffusion de

données transparentes produites directement par les institutions nationales chargées du médicament est centrale. L'Assurance Maladie propose par conséquent de pérenniser et renforcer ce travail de comparaison internationale en engageant une coopération avec les différentes institutions chargées du médicament en Allemagne, en Angleterre, en Espagne et en Italie.

6

RENFORCER L'ACCÈS
AUX SOINS ET AMÉLIORER
L'ORGANISATION DU
SYSTÈME DE SANTÉ

6.1 LA CRISE SANITAIRE : UN RÉVÉLATEUR DES DÉFIS À RELEVER PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

Le système de santé français a été et demeure profondément marqué par la pandémie de Covid-19, sa prise en charge et les conséquences qu'elle a eues sur l'organisation des soins. Il serait cependant réducteur de limiter l'analyse de ses difficultés actuelles à ce seul facteur. À bien des égards, en effet, la Covid-19 n'a fait que révéler, renforcer ou accélérer des tendances de fond déjà bien présentes.

Parmi ces tendances, on retrouve :

- le poids croissant des maladies chroniques, de la poly-pathologie et de la perte d'autonomie dans l'état de santé et les dépenses d'assurance maladie, définissant des populations également à fort risque de formes graves de Covid-19 ;
- les inégalités sociales de santé ou encore la question de l'accès aux soins qui ont constitué un défi dans la gestion de la pandémie comme elles l'étaient déjà pour notre système de santé : c'est dans les rangs des populations les plus défavorisées qu'on retrouve souvent les patients les plus en écart aux soins, que l'on s'intéresse à la qualité du suivi du diabète ou de la couverture vaccinale contre la Covid-19.

La France partage ces défis avec les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les politiques mises en œuvre pour les relever poursuivent des objectifs convergents, avec des variations parfois importantes, qui visent globalement à renforcer la capacité des systèmes de santé à prendre en charge les patients sur un mode « ambulatoire ». L'enjeu est de favoriser la structuration et la coordination des soins de ville ainsi qu'une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital, notamment à l'issue des séjours hospitaliers ou en amont pour éviter qu'ils ne surviennent.

Ces objectifs ont fondé la politique du « virage ambulatoire » en France. Loin de se réduire à la diminution de recours à l'hospitalisation ou à la réduction des durées de séjour lorsque ce recours est nécessaire, c'est une évolution bien plus profonde du système de santé qui est à l'œuvre, censée dépasser les frontières institutionnelles classiques. Il s'agit de développer ou de renforcer la capacité de prise en charge des patients dans un contexte ambulatoire, c'est-à-dire en dehors de l'hospitalisation, mais pas nécessairement sans l'intervention de l'hôpital. Le virage ambulatoire concerne donc tout autant la ville que l'hôpital qui doivent évoluer de concert pour relever ce défi.

Il est important de rappeler que l'objectif de ces politiques est triple : sanitaire pour répondre à un besoin croissant de la population, organisationnel pour adapter le fonctionnement du système de santé à ces nouveaux besoins, et économique pour garantir la soutenabilité financière de notre système de santé à travers des modes de prise en charge plus efficaces et *in fine* moins coûteux.

6.1.1

Un virage ambulatoire encore très incomplet

6.1.1.1 La cartographie médicalisée retrouve des évolutions témoignant de ce virage ambulatoire

Les données de la cartographie médicalisée des dépenses témoignent des changements, parfois importants, qui ont affecté la prise en charge de nombreuses pathologies. On observe en effet une bascule progressive, plus ou moins nette selon les pathologies, vers des prises en charge dites « ambulatoires »¹¹⁴ (Figure 111). Cela s'est traduit concrètement entre 2015 et 2019¹¹⁵ par une augmentation des postes de dépenses correspondant à des prises en charge de patients non hospitalisés et dans le même temps par une baisse des dépenses correspondant à des prises en charge de patients hospitalisés (qu'il s'agisse d'une hospitalisation complète ou de jour).

On voit sur certaines pathologies des évolutions de la structure des dépenses qui témoignent de réelles modifications des prises en charge (Tableau 53). Le développement de plus en plus rapide de prises en charge ambulatoires rendues possibles par les thérapies orales dans le domaine de la cancérologie semble se traduire directement dans la structure des dépenses pour les patients de la cartographie ayant un cancer : la dépense « ambulatoire » moyenne par patient a augmenté de 11,9 % entre 2015 et 2019, soit près de 150 euros, tandis que la dépense de séjours d'hospitalisation a diminué de 2,4 % (près de 54 euros). Cet effet est encore plus net pour les cancers « actifs », qui voient la dépense ambulatoire moyenne augmenter de 207 euros (9,5 %) et la dépense de séjours d'hospitalisation diminuer de 208 euros (- 4,2 %) sur la même période. L'augmentation de la dépense « ambulatoire » était portée par les honoraires de spécialistes,

114 La dépense ambulatoire regroupe ici l'ensemble des postes de dépenses de soins de ville, desquels on retranche les prestations en espèces et les dépenses de médicaments, et des postes de la liste des produits et prestations (LPP) à laquelle on ajoute les actes et consultations externes réalisés à l'hôpital. Les dépenses de séjour d'hospitalisation correspondent à l'ensemble de la dépense hospitalière, tous modes d'hospitalisation confondus, de laquelle on retranche les médicaments facturés en sus des séjours et les actes et consultations externes.

115 Afin de tenir compte de la complétude des sources de données pour homogénéiser les travaux et pour analyser les évolutions hors perturbations induites par la Covid-19, la période d'analyse retenue porte sur 2015-2019, hors 2020.

les actes et consultations externes à l'hôpital¹¹⁶, les dépenses de biologie, les soins infirmiers, et les transports sanitaires, tandis que les dépenses d'hospitalisation diminuaient sur l'ensemble des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en soins de suite et de réadaptation (SSR), principalement du fait d'un plus grand recours à l'hospitalisation de jour ou aux séances et moins à des hospitalisations complètes, plus coûteuses, à l'exception des dépenses d'hospitalisation à domicile qui progressaient fortement.

Dans une moindre mesure, la prise en charge du diabète a subi des évolutions de dépenses témoignant d'évolutions analogues : les dépenses ambulatoires moyennes par patient ont crû de 10,4 % (115 euros) alors que les dépenses d'hospitalisation ont diminué de 2,5 % (près de 4 euros par patient). La dépense ambulatoire a augmenté sous l'effet des honoraires de spécialistes, des actes et consultations externes et des soins infirmiers.

Dans le cas des hospitalisations ponctuelles, la dépense « ambulatoire » moyenne par patient a augmenté de 43 euros (8,9 %) entre 2015 et 2019 tandis que la dépense de séjours d'hospitalisation a diminué de 34 euros (1,2 %). L'augmentation des dépenses de ville porte sur les honoraires médicaux, les consultations externes à l'hôpital, les soins de ville et soins infirmiers. La baisse des dépenses d'hospitalisation porte sur les séjours en MCO et en SSR, avec probablement un effet lié à la progression du taux d'ambulatoire, une diminution des durées de séjour en MCO et du taux de recours au SSR.

Au total, sur les treize groupes de pathologies repérés par la cartographie médicalisée des dépenses, douze ont vu la dépense moyenne « ambulatoire » par patient augmenter entre 2015 et 2019¹¹⁷, tandis que les dépenses d'hospitalisation moyennes par patient ont diminué pour dix pathologies, à l'exception de la maternité (dépenses quasi stables), des maladies psychiatriques

et du « traitement du risque vasculaire » (avec dans ce dernier cas des montants d'hospitalisation de base très faible).

Si la structure des dépenses a évolué dans un sens cohérent avec les objectifs du virage ambulatoire, cela ne s'accompagne pas nécessairement d'une baisse de la somme de ces dépenses ambulatoires et de séjours d'hospitalisation (dans le périmètre de l'étude), par patient. En effet, seuls trois groupes de pathologies de la cartographie ont vu cette dépense moyenne diminuer entre 2015 et 2019 :

- les maladies du foie et du pancréas, hors cancers, certainement en lien avec l'effet des traitements antirétroviraux à action directe contre l'hépatite C ;
- l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) ;
- et le groupe « maladies inflammatoires, rares ou VIH ou sida ».

En d'autres termes, pour ces groupes de pathologies, le coût de la prise en charge a diminué sur le périmètre considéré, dans des proportions souvent modestes. Pour les autres pathologies, le virage ambulatoire que montre l'analyse de la cartographie se traduit par une prise en charge plus légère et adaptée aux nouveaux traitements et thérapeutiques, mais ne diminue pas pour autant les dépenses de prise en charge sur le périmètre considéré.

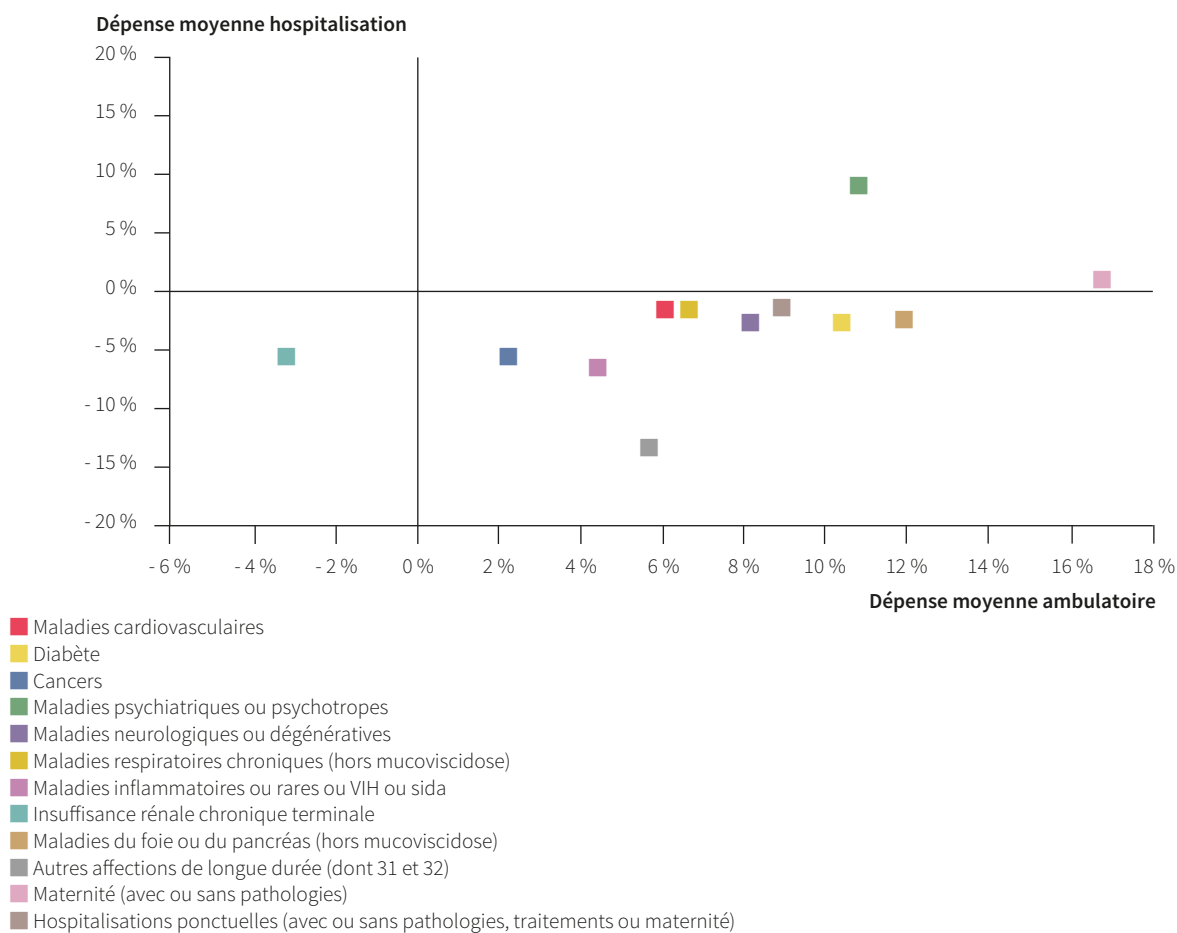
Il faut toutefois modérer ces appréciations par le fait que des effets de prix ou de tarif, comme l'impact de la convention de 2016 sur les tarifs des consultations médicales, ou en établissements de santé par la baisse de certains tarifs, jouent certainement sur les évolutions détaillées ci-dessus. On ne peut donc limiter l'analyse aux seuls constats permis par les données de la cartographie, même s'ils fournissent une image pertinente et instructive.

116 Dans la cartographie médicalisée des dépenses, les honoraires de médecins directement liés à un séjour (par exemple, honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste), et facturés en sus du séjour sont retraités et affectés à la dépense d'hospitalisation. Les consultations et actes non directement rattachés à un séjour (consultation postopératoire par exemple), sont comptés séparément et considérés comme de l'activité ambulatoire, qu'ils aient été réalisés par un praticien libéral (honoraires de spécialiste) ou un salarié d'un établissement public (actes et consultations externes).

117 La seule exception concerne l'insuffisance rénale chronique terminale, dont les dépenses ambulatoires ont fortement diminué du fait de la très forte réduction des dépenses de transports sanitaires, tandis que les dépenses d'hospitalisation diminuaient de manière encore plus importante.

FIGURE 111

Virage ambulatoire des principales pathologies de la cartographie médicalisée des dépenses d'assurance maladie (évolution 2015-2019 de la dépense moyenne par patient)



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

TABLEAU 53

Évolution des dépenses moyennes par patient en ambulatoire et en séjours d'hospitalisation pour 13 catégories de la cartographie entre 2015 et 2019

	Ambulatoire		Séjours d'hospitalisation		Total (ambulatoire et hospitalisation)	
	Différence 2015-2019 (euros)	Évolution 2015-2019 (%)	Différence 2015-2019 (euros)	Évolution 2015-2019 (%)	Différence 2015-2019 (euros)	Évolution 2015-2019 (%)
Maladies cardiovasculaires	66	6,1 %	- 23	- 1,5 %	43	1,7 %
Traitements du risque cardiovasculaire ^(a)	29	8,9 %	7	52,8 %	36	10,6 %
Diabète	115	10,4 %	- 4	- 2,5 %	111	8,7 %
Cancers	150	11,9 %	- 54	- 2,4 %	97	2,7 %
Maladies psychiatriques ou psychotropes	58	10,8 %	105	8,9 %	163	9,5 %
Maladies neurologiques ou dégénératives	173	8,1 %	- 26	- 2,3 %	147	4,5 %
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	21	6,6 %	- 4	- 1,8 %	17	3,1 %
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	28	4,2 %	- 31	- 6,5 %	- 3	- 0,3 %
Insuffisance rénale chronique terminale	-328	- 3,3 %	- 1 582	- 5,5 %	- 1 910	- 4,9 %
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	9	2,2 %	- 45	- 5,3 %	- 36	- 2,9 %
Autres affections de longue durée ^(c)	54	5,7 %	- 43	- 13,0 %	11	0,9 %
Maternité ^(d)	166	16,7 %	29	1,1 %	195	5,5 %
Hospitalisations ponctuelles ^(e)	43	8,9 %	- 34	- 1,2 %	9	0,3 %

(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juin 2022)

6.1.1.2 Des évolutions hospitalières en France proches de celles des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Si les dépenses moyennes d'hospitalisation ont eu tendance à diminuer pour la plupart des pathologies étudiées par la cartographie entre 2015 et 2019, le système de santé français reste caractérisé par la place importante qu'occupe l'hôpital, tant dans les parcours de soins que dans les dépenses d'assurance maladie.

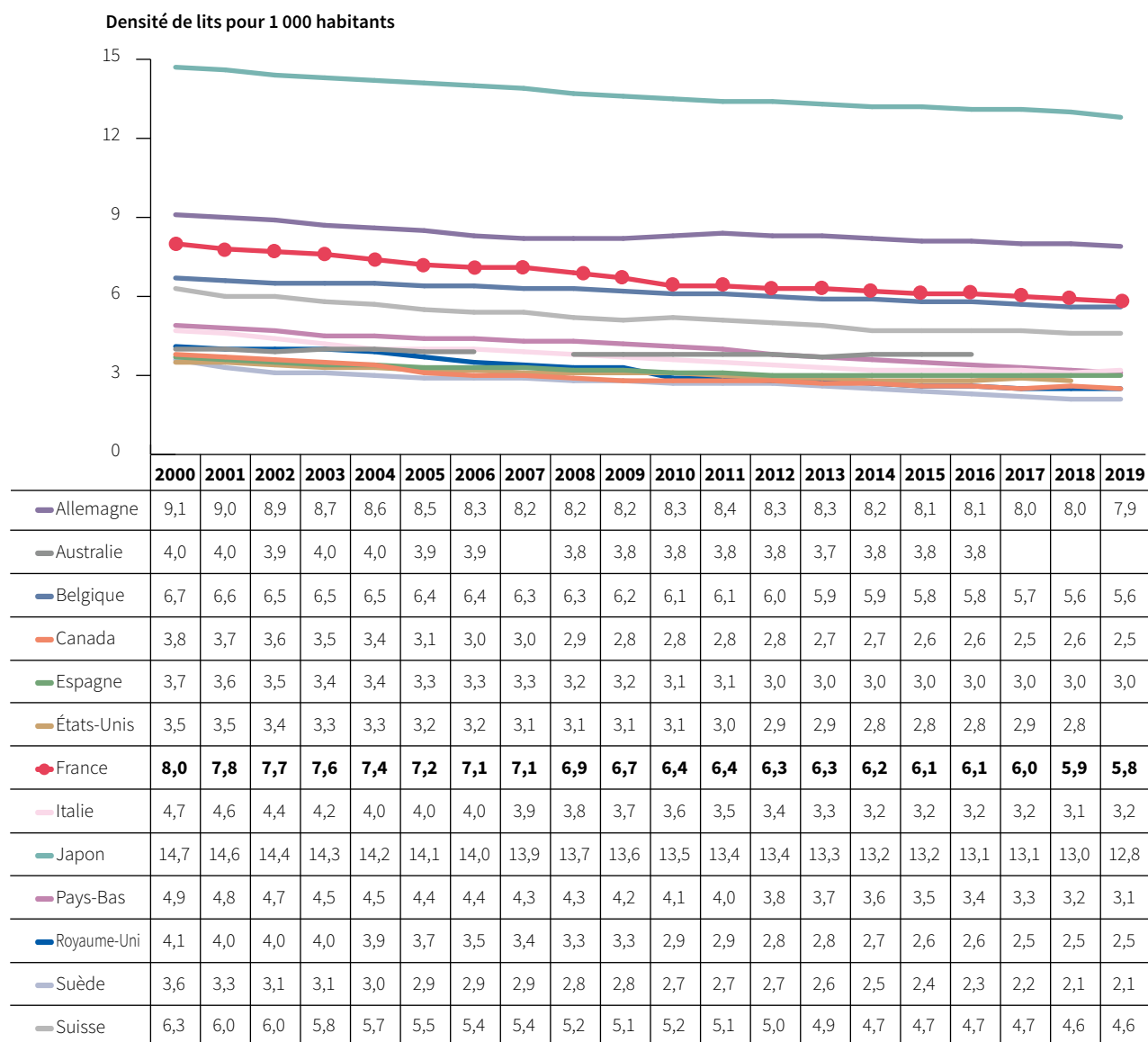
La France fait partie des pays de l'OCDE qui ont le nombre de lits d'hospitalisation le plus important, rapporté à leur population, derrière le Japon et l'Allemagne pour l'ensemble des lits d'hospitalisation (Figure 112), auxquels s'ajoutent la Belgique et la Suisse pour les lits de soins aigus (Figure 113). Ces capacités ont

diminué entre 2000 et 2020 dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la France ayant suivi la tendance générale en la matière. Cette tendance générale de baisse des capacités d'hospitalisation s'est faite à volume d'activité constant, ou accru, et a été rendue possible par une diminution globale des durées moyennes de séjours d'hospitalisation (Figure 115).

La France se distingue tout de même par un taux de personnel infirmier par lit (tous lits d'hospitalisation confondus) apparemment plus faible que les autres pays, à l'exception de pays comme le Japon ou l'Allemagne, ayant aussi un nombre de lits par habitant élevé (Figure 114). Ce taux a cependant nettement augmenté, passant de 0,6 à 0,9 équivalent temps plein (ETP) infirmier par lit (soit 51,6 % d'augmentation) entre 2000 et 2020, sous le double effet de la baisse du nombre de lits en partie liée au virage ambulatoire (- 18,2 %) et de l'augmentation sensible des effectifs infirmiers salariés (croissance d'ETP d'environ 23 %).

FIGURE 112

Évolution de la densité de lits d'hospitalisation, quel que soit leur type, entre 2000 et 2020

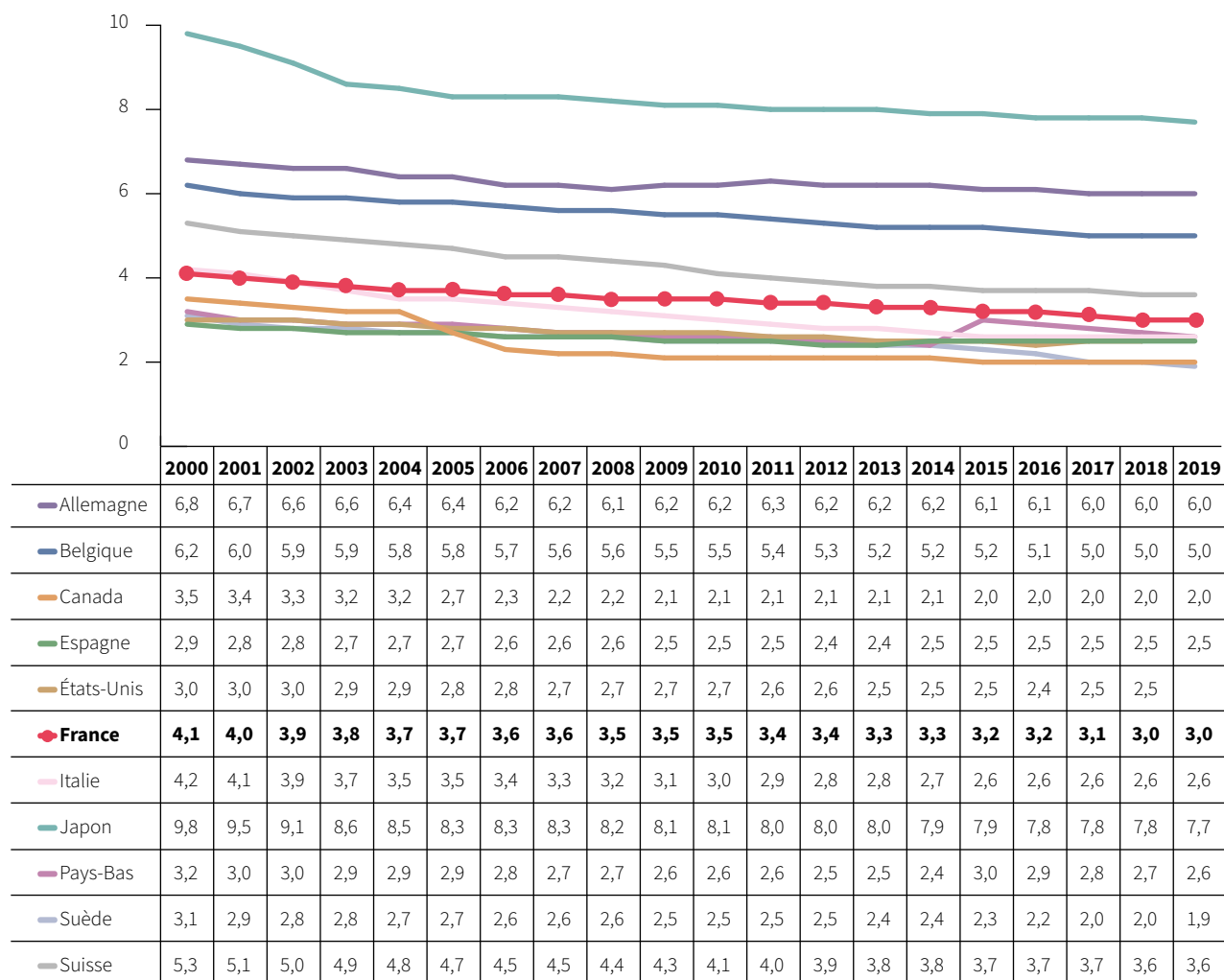


Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

FIGURE 113

Évolution de la densité de lits de soins aigus entre 2000 et 2019

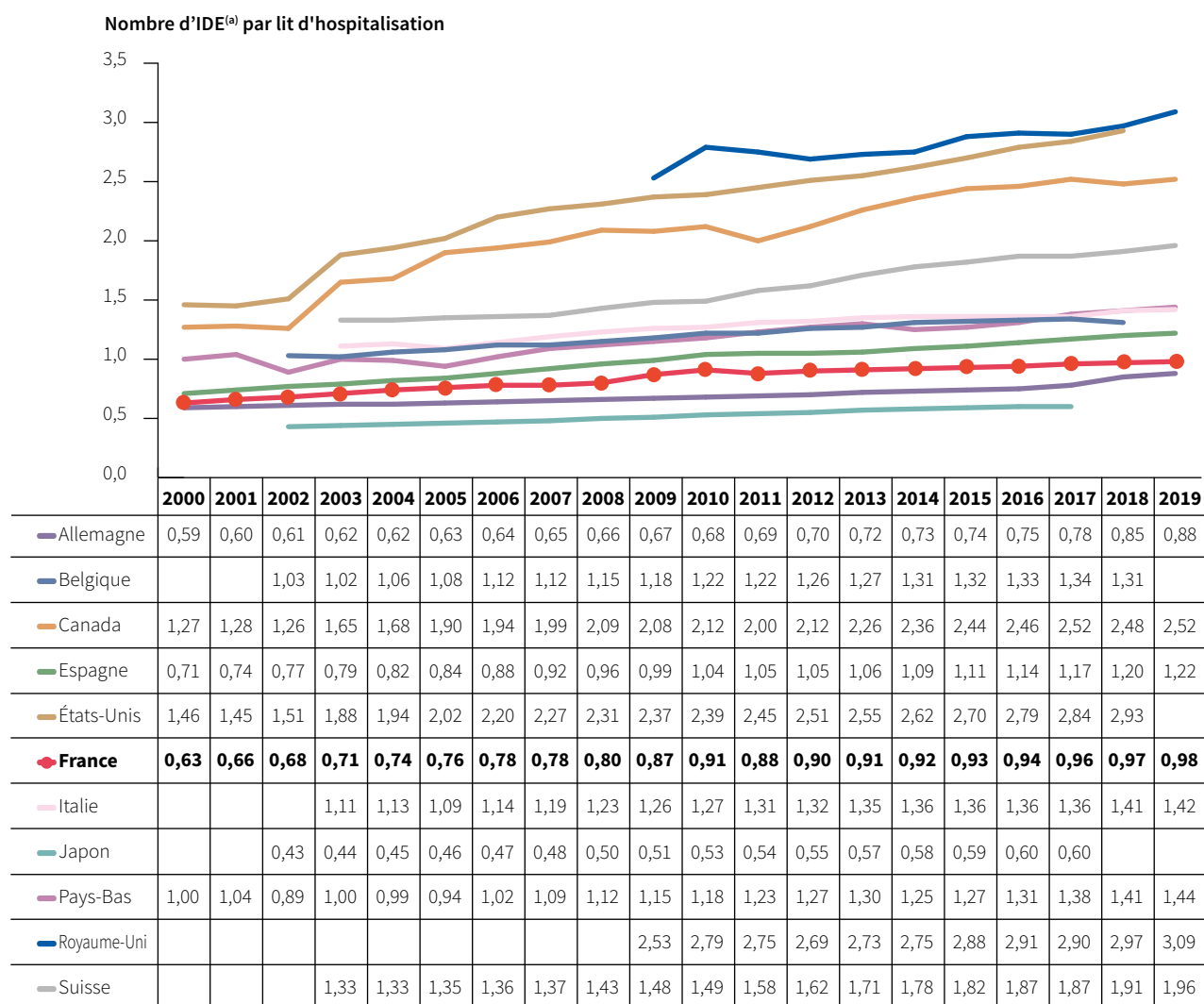
Densité de lits de soins aigus pour 1 000 habitants



Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

FIGURE 114

Encadrement infirmier des lits d'hospitalisation (nombre d'IDE^(a) équivalent temps plein), pour tous types de lits d'hospitalisation

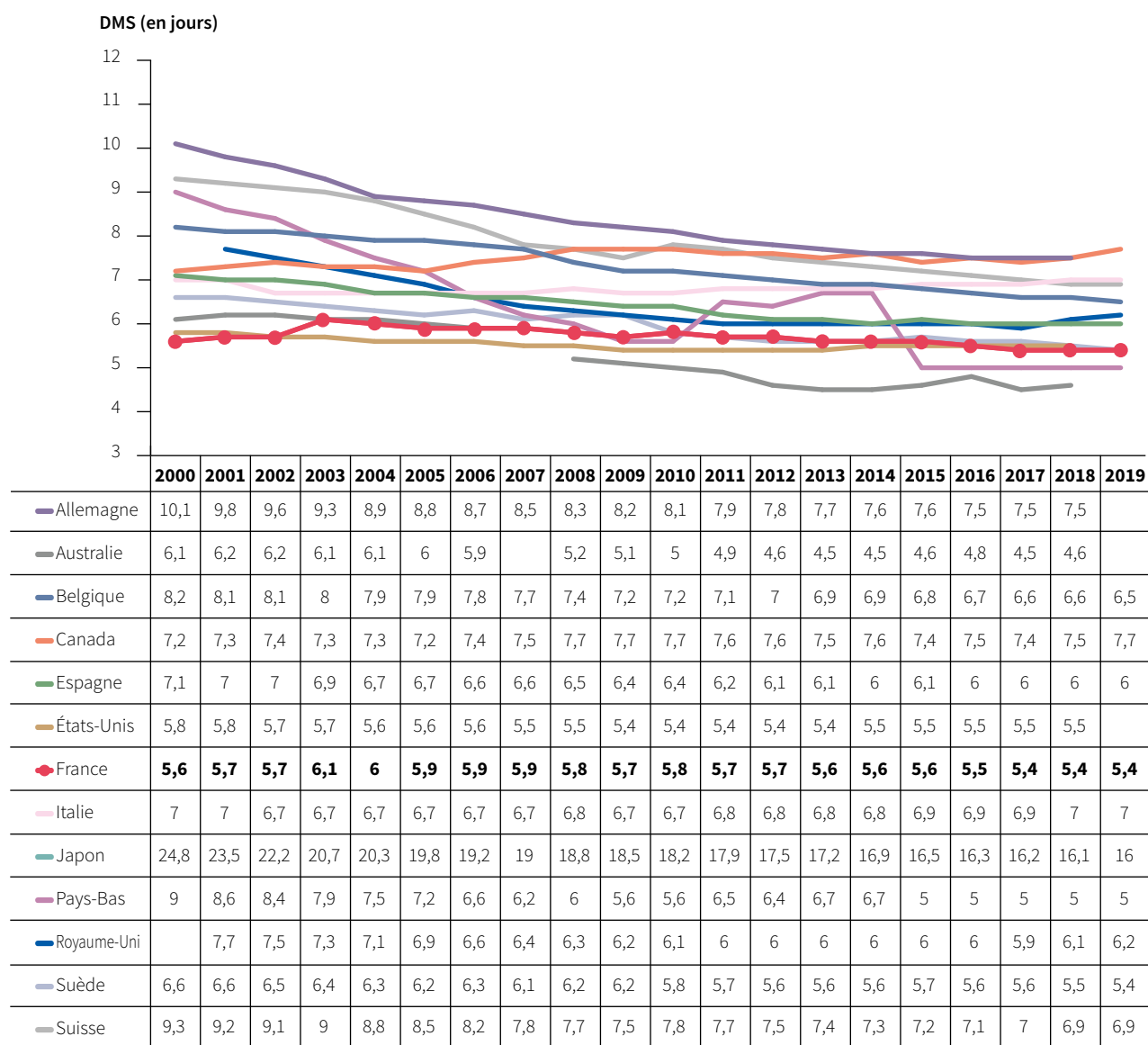


(a) IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'État

Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

FIGURE 115

Évolution des durées moyennes de séjours (DMS) d'hospitalisation entre 2000 et 2020, en soins aigus/curatifs



L'échelle a été ramenée à 15 jours maximum, ce qui exclut le Japon qui se situe au-dessus.

Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

6.1.1.3 Chirurgie et médecine : un virage ambulatoire à deux visages

On observe ainsi un effet très net dans le domaine de la chirurgie, les prises en charge ambulatoires comptant désormais pour plus de la moitié des séjours de chirurgie. De ce fait, le nombre de journées d'hospitalisation complète en chirurgie a diminué de 16,2 % entre 2015 et 2019 (Figure 117), alors que le nombre total de séjours (ambulatoire et hospitalisation complète confondus) a augmenté de 5,0 % (+ 403 908 séjours). La diminution du nombre de journées d'hospitalisation s'explique principalement par le développement de l'hospitalisation de jour et, dans une moindre mesure, par la diminution globale des durées de séjours d'hospitalisation complète. Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) montrent la réalité de ce virage ambulatoire entre 2015 et 2019 : l'activité de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants a augmenté de 4,3 % par an alors que l'activité de chirurgie conventionnelle a diminué de 4,0 % par an (Figure 116). Dans le même temps, le nombre de lits d'hospitalisation pour 100 000 habitants en chirurgie a diminué de 3,7 % par an, tandis que le nombre de places en ambulatoire a augmenté de 2,4 % par an. Le développement de la chirurgie ambulatoire correspond par ailleurs à des attentes des patients, comme le suggèrent les résultats de l'enquête nationale e-Satis en 2018 qui trouvaient un score national de satisfaction globale pour la chirurgie ambulatoire de 76,4 points contre 73,3 points pour la chirurgie conventionnelle. Dans une enquête menée plus récemment par le Haut Conseil en santé publique (HCSP) et France Assos Santé, 80 % de patients interrogés ayant eu recours à la chirurgie ambulatoire donnaient un score de qualité supérieur à 8/10 à leur prise en charge.

L'impact de ces évolutions sur l'intensité et la charge de travail des équipes soignantes est aujourd'hui très peu documenté, en France comme à l'étranger. La production d'études solides permettrait d'éclairer utilement les constats et la réflexion sur ce sujet.

La situation est assez différente en médecine où la proportion de séjours ambulatoires a très légèrement progressé, de 0,9 point, passant de 19,9 % à 20,8 % entre 2015 et 2019. Si le nombre de

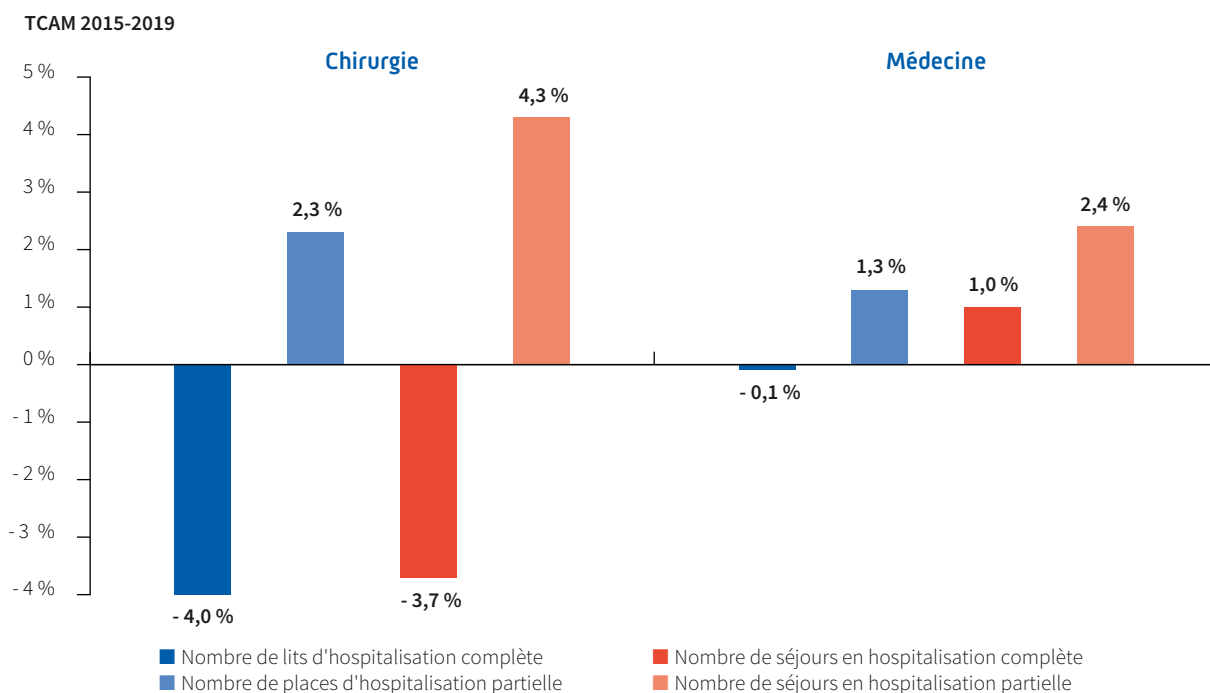
séjours d'hospitalisation de jour a augmenté en médecine de 2,4 % par an, le nombre de séjours d'hospitalisation complète a lui aussi augmenté, d'environ 1,0 % par an, à l'inverse de la chirurgie (Figure 116). De fait, le nombre de journées d'hospitalisation complète a progressé de 1,0 % sur la période (369 764 journées) selon les données de la SAE, en dépit du développement de l'hospitalisation de jour et de la diminution de la durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète, ces deux phénomènes étant globalement plus que compensés par l'augmentation du taux de recours à l'hospitalisation, c'est-à-dire du nombre de séjours par habitant (Figure 117).

Le mécanisme de bascule, évident en chirurgie, ne semble pas avoir joué en médecine : en chirurgie, le développement de l'ambulatoire se fait par une substitution de séjours courts (1 à 2 nuits) par des séjours d'hospitalisation de jour (0 nuit). L'analyse fine des durées de séjour en médecine montre que l'essentiel des évolutions se fait dans les séjours de durée moyenne (4 à 6 jours) dont l'effectif et le nombre de journées diminuent, au profit de séjours plus courts (1 à 3 jours) (Figure 118). Il semble donc qu'en médecine deux évolutions aient joué de manière simultanée : d'une part, une augmentation de l'activité d'hospitalisation de jour, en partie par substitution et en partie par création de nouvelles prises en charge et, d'autre part, une tendance à la diminution de la durée des séjours de durée moyenne, en grande partie non substituables par des prises en charge en hospitalisation de jour.

Il faut également noter que les patients les plus âgés (80 ans et plus) comptaient en 2019 pour 10,8 % des séjours d'hospitalisation de jour, 19,8 % de l'ensemble des séjours et 31,7 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation en médecine. La forte présence des patients de cette catégorie d'âge, par ailleurs plus fréquemment porteurs d'une ou plusieurs pathologies chroniques, illustre l'importance de positionner le virage ambulatoire comme une problématique partagée entre la ville et l'hôpital, notamment en ce qui concerne la coordination et le travail commun autour de ces populations fragiles. Il s'agit d'un défi majeur pour les années à venir qui doit structurer les politiques et actions du système de santé français.

FIGURE 116

Comparaison des taux de croissance annuels moyens (TCAM), entre 2015 et 2019, des capacités d'hospitalisation et de l'activité en hospitalisation complète (lits et séjours d'hospitalisation complète) et en hospitalisation de jour (places et séjours d'hospitalisation partielle) rapportées à la population (pour 100 000 habitants), pour les activités de chirurgie et de médecine

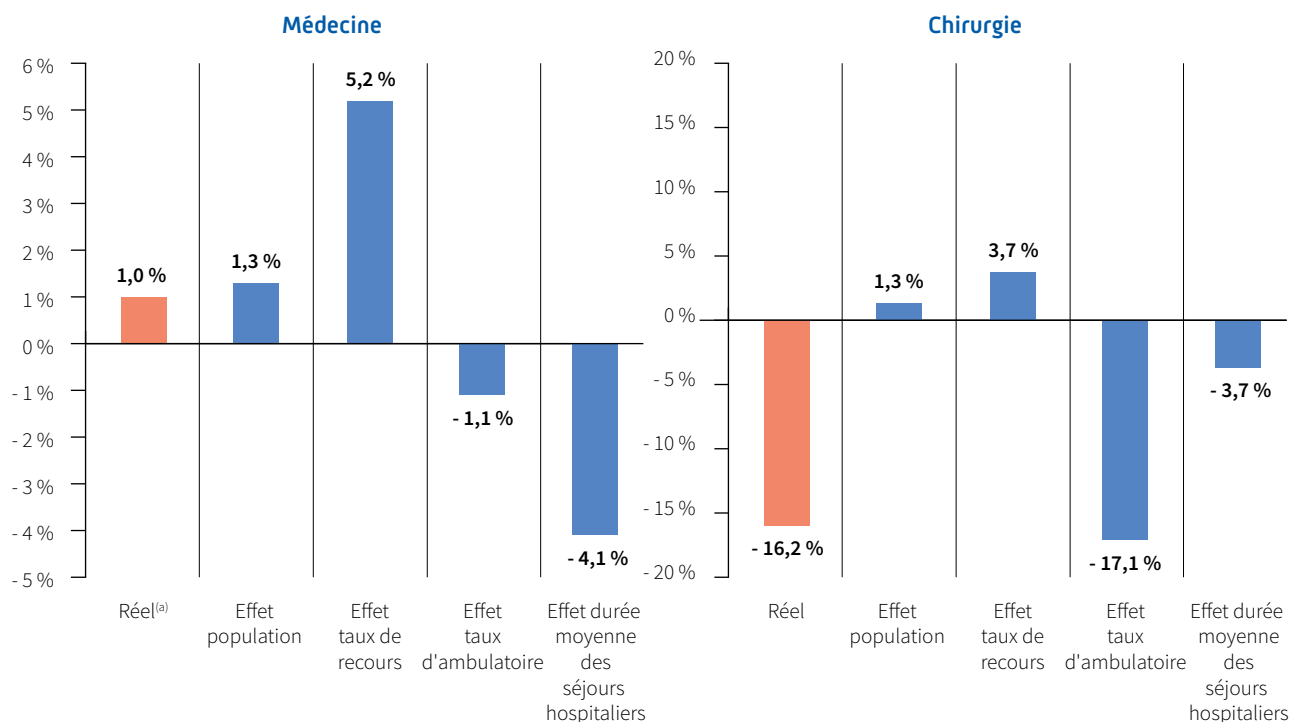


Note de lecture : le nombre de lits correspond au capacitaire pour l'activité conventionnelle, le nombre de places correspond au capacitaire pour les hospitalisations partielle (de jour).

Source : Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

FIGURE 117

Évolution du nombre de journées d'hospitalisation complète et ses déterminants en médecine et en chirurgie, entre 2015 et 2019



(a) Réel : évolution totale constatée

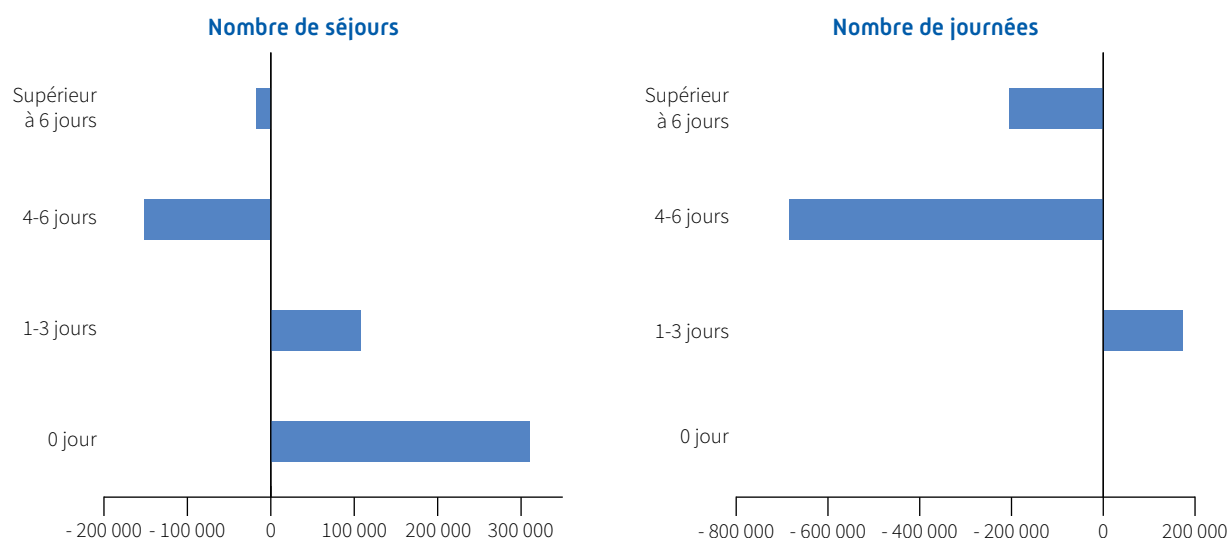
Note de lecture : les effets étudiés sont les suivants : l'effet « population » correspond à l'augmentation de la taille de la population française (source Insee) ; l'effet « taux de recours » correspond à l'effet de la variation du nombre total de séjours par habitant (hospitalisation complète et de jour) ; l'effet « taux d'ambulatoire » correspond à la part des séjours d'hospitalisation partielle dans le total des séjours ; l'effet « durée moyenne des séjours hospitaliers » correspond à l'évolution de la durée moyenne des séjours hospitaliers (séjour ambulatoire = durée de 0 jour).

Champ : établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), tous statuts – France entière

Source : Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

FIGURE 118

Évolution du nombre de séjours et de journées d'hospitalisation en fonction de la durée de séjour en médecine, entre 2015 et 2019



Note de lecture : entre 2015 et 2019, le nombre de séjours durant entre 1 et 3 jours en médecine a augmenté de plus de 100 000 (graphique de gauche), le nombre de journées d'hospitalisation correspondant est proche de 200 000 (graphique de droite). Les séjours en hospitalisation de jour sont comptés comme ayant duré 0 jour par convention, ils sont donc absents du graphique de droite.

Source : programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

6.1.1.4 L'augmentation des dépenses de ville répond en partie à des effets liés à l'offre limitant l'impact du virage ambulatoire

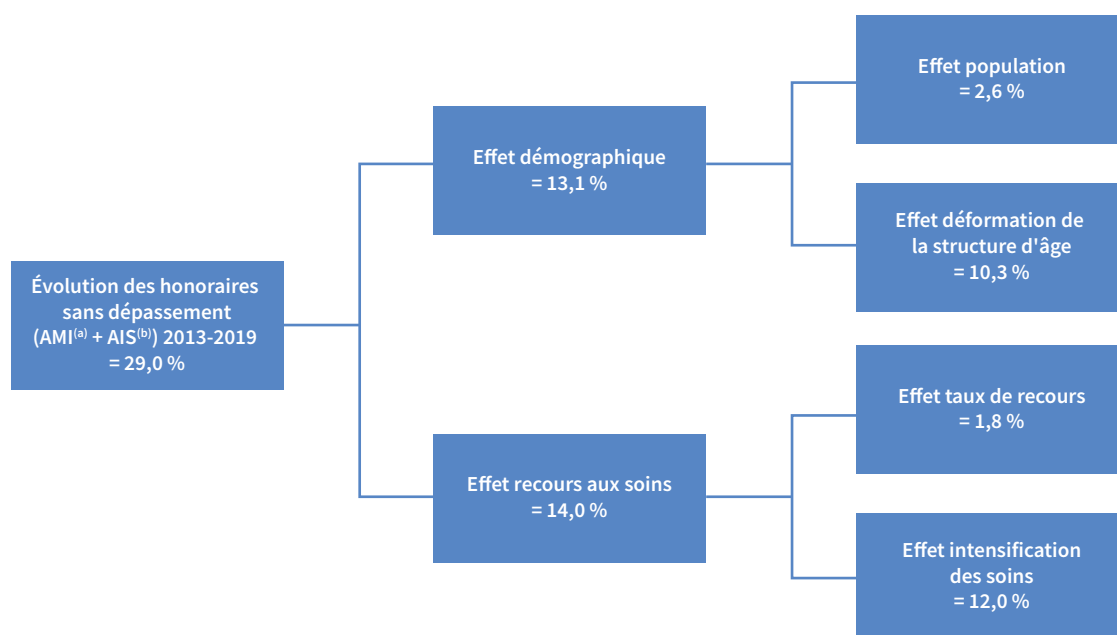
L'augmentation de la dépense moyenne « ambulatoire » peut résulter d'une prise en charge plus importante de patients lourds dans un contexte hors hospitalisation, c'est le cas pour les patients souffrant d'un diabète insulino-requérant, par exemple,

forts consommateurs de soins infirmiers ou, comme on l'a vu, pour les patients souffrant d'un cancer en phase active.

Les soins infirmiers sont un des postes de dépenses ambulatoires dont l'évolution est la plus dynamique, les honoraires totaux pour des soins infirmiers ont ainsi augmenté de 29 % entre 2013 et 2019, sous l'effet, d'une part, du vieillissement de la population et, d'autre part, de l'intensification des soins¹¹⁸ ; le taux de recours de la population¹¹⁹ ou l'augmentation de la taille de la population ayant contribué de manière plus limitée (Figure 119).

FIGURE 119

Décomposition de la croissance des honoraires des infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel) entre 2013 et 2019



(a) AMI : actes médicaux infirmiers – (b) AIS: actes infirmiers de soins

Remarque : limite : inclut les effets de revalorisations tarifaires entre 2013 et 2019.

Champ : professionnels de santé libéraux ; calculs par classe d'âge ; données en date de remboursement, tous régimes - France entière
Sources : Cnam (SNDIS), Insee

Si de tels constats sont cohérents avec le phénomène de virage ambulatoire, ils ne résultent pas pour autant nécessairement d'une organisation sciemment coordonnée permettant d'éviter des recours à l'hospitalisation. En effet, derrière cette augmentation de la dépense infirmière, on retrouve une augmentation très importante des effectifs d'infirmières et infirmiers libéraux qui ont quasiment doublé en vingt ans. La répartition géographique des infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel) s'est faite de manière assez inégale, avec un net gradient nord-sud des densités d'Idel rapportées à la population, y compris lorsque l'on prend en compte les différences d'âge et de sexe (Figure 120).

Ces différences de densité ne sont pas sans effet sur la nature de l'activité des infirmières et infirmiers. Celle-ci se décompose entre, d'une part, des actes médicaux infirmiers (AMI), correspondant à des

actes plutôt techniques, comme des prélèvements ou des pansements complexes, et d'autre part, des actes infirmiers de soins (AIS), qu'on pourrait désigner comme des soins de *nursing*. Si le montant d'AMI facturés par département (en tenant compte des différences d'âge et de sexe de la population) varie peu selon la densité infirmière, le montant d'AIS est lui corrélé à la densité infirmière : plus cette dernière est élevée, plus le montant d'AIS facturés est élevé (Figure 121). Un tel effet témoigne d'un phénomène de probable « demande induite », répondant plus à des contraintes de l'offre de soins locale qu'à une réelle différence de besoins de santé. On voit ainsi qu'une partie de l'augmentation de la dépense ambulatoire dépend probablement plus fortement de facteurs liés à l'offre de soins de ville qu'à la conséquence d'un virage ambulatoire concerté et d'une prise en charge plus coordonnée entre la ville et l'hôpital.

118 C'est à dire le nombre d'actes par patient consommant.

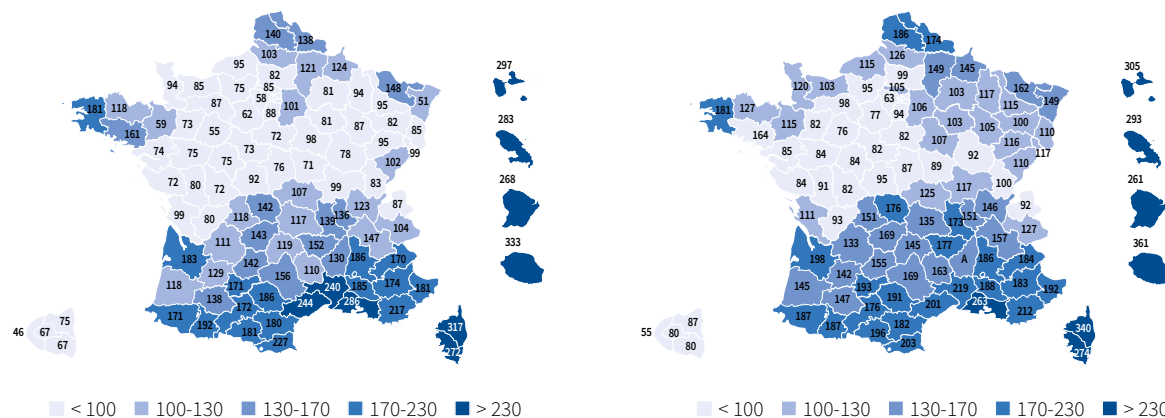
119 C'est-à-dire la proportion de patients qui consomment au moins un soin infirmier, mais aussi les effets prix liés aux évolutions conventionnelles.

FIGURE 120

Densité des infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État par département (Idel),
ajustée sur le sexe et l'âge^(a), en 2013 (A) et 2021 (B)

A - Densité en 2013 (France entière : 129/100 000 habitants)

B- Densité en 2021 (France entière : 143/100 000 habitants)



(a) Standardisations 2013 et 2021 basées sur la structure par âge et sexe nationale en 2019

Champ : infirmiers libéraux actifs au 31 décembre de chaque année regroupés sur leur cabinet principal ; données en date de remboursement, tous régimes - France entière (pas de données de population à Mayotte)

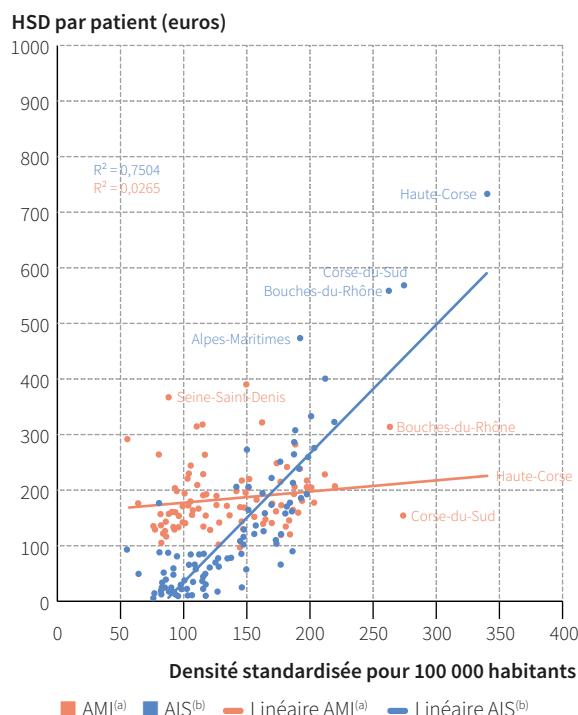
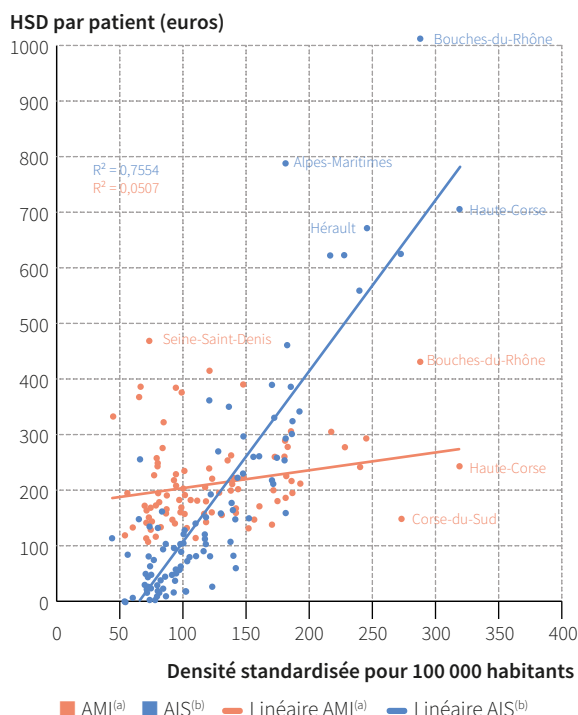
Sources : Cnam (SNDS), fichier national des professionnels de santé (FNPS - décembre 2013, 2019 et 2021), Insee (recensement de la population Insee 2013, 2019, estimation 2021)

FIGURE 121

Répartition des départements métropolitains en fonction de la densité d'infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État
(Idel) standardisée par sexe et âge, et des honoraires sans dépassement (HSD) par patient, en 2013 (A) et en 2021 (B)

A - Répartition en 2013

B- Répartition en 2021



(a) AMI : actes médicaux infirmiers - (b) AIS: actes infirmiers de soins

Champ : professionnels de santé libéraux ; données en date de remboursement, tous régimes - France métropolitaine

Sources : Cnam (SNDS), fichier national des professionnels de santé (FNPS - décembre 2013, 2019 et 2021), Insee (recensement de la population Insee 2013, 2019, estimation 2021)

6.1.2

Au-delà de la bascule des dépenses : la nécessité de transformer les organisations

6.1.2.1 Les innovations dans l'organisation et le partage de compétences entre professionnels de santé au sein d'équipes plus ou moins structurées

Il ne suffit donc pas de basculer les dépenses de l'hospitalisation vers l'ambulatoire pour que les organisations s'adaptent mécaniquement à de nouvelles formes de prise en charge. Il faut certainement accompagner ces évolutions de manière plus active et volontariste.

L'un des enjeux capitaux pour mieux répondre aux besoins des patients chroniques est de faire évoluer les organisations et les rôles et compétences des acteurs du système de santé, dans l'ensemble de ses composantes, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Ces évolutions sont au cœur des politiques de santé dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Dans une récente publication sur le sujet, l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé a exploré cette question de manière systématique et formulé des constats particulièrement intéressants.

Les innovations dans ce domaine reposent sur trois mécanismes : le partage de compétences (visant à répartir différemment les contributions d'au moins deux types de professionnels de santé), l'ajout de nouvelles tâches ou rôles préalablement absents de l'organisation (comme la coordination, ou l'introduction de nouvelles fonctions sociales ou quasi soignantes) et l'introduction ou le renforcement du travail en équipe. Ce type d'évolution existe en France aussi bien que dans les autres pays de l'OCDE.

Le partage de compétences est un mécanisme fréquemment mobilisé qui consiste à confier à un autre professionnel des

tâches auparavant confiées à un médecin. Les deux professions les plus fréquemment impliquées dans ces mécanismes dans les pays de l'OCDE sont les pharmaciens et les infirmiers. La récente convention pharmaceutique française s'inscrit pleinement dans cette lignée, tout comme les mesures, prises lors de la pandémie, qui ont renforcé le rôle du pharmacien comme acteur de premier recours ambulatoire¹²⁰. La situation est plus contrastée en ce qui concerne les infirmiers : la France est moins avancée que de nombreux autres pays avec un rôle des infirmiers bien moins diversifié. S'il existe à travers le dispositif Asalée (action de santé libérale en équipe) et les infirmières et infirmiers en pratique avancée (IPA) des exemples dans ce sens, ceux-ci ont un historique plus récent et occupent une place bien moins importante que dans d'autres pays, comme au Royaume-Uni par exemple. Les protocoles de coopération reposant sur des partages de compétences différents occupent également une place encore bien trop marginale en France par rapport à d'autres pays en dépit d'un intérêt évident.

6.1.2.2 Combler le retard français pour répondre aux enjeux de court terme et défis de long terme

Cette situation doit être lue à la lumière des modifications des grands équilibres entre les professions de santé en général et entre médecins et infirmiers en particulier. En effet, alors que la densité de médecins (effectif toutes spécialités médicales rapporté à la population) a très légèrement augmenté en France entre 2000 et 2020 (Figure 123), la densité d'infirmières et infirmiers, libéraux et salariés, a connu une augmentation très importante sur la même période, parmi les plus importantes des pays de l'OCDE (Figure 122). Lorsque l'on rapporte le nombre d'infirmiers « professionnellement actifs » au nombre de médecins en exercice, on constate que cette double évolution a rapproché la France de la plupart des autres pays de l'OCDE : alors que l'on comptait 2,21 infirmiers pour 1 médecin en 2000, on en dénombre 3,49 en 2020. La France se rapproche ainsi de pays comme le Canada ou l'Allemagne.

120 Voir à ce propos le document de comparaison internationale publié par la Cnam.

FIGURE 122

Effectifs infirmiers pour 1000 habitants, tous infirmiers (A) et uniquement infirmiers qualifiés (B) entre 2000 et 2020



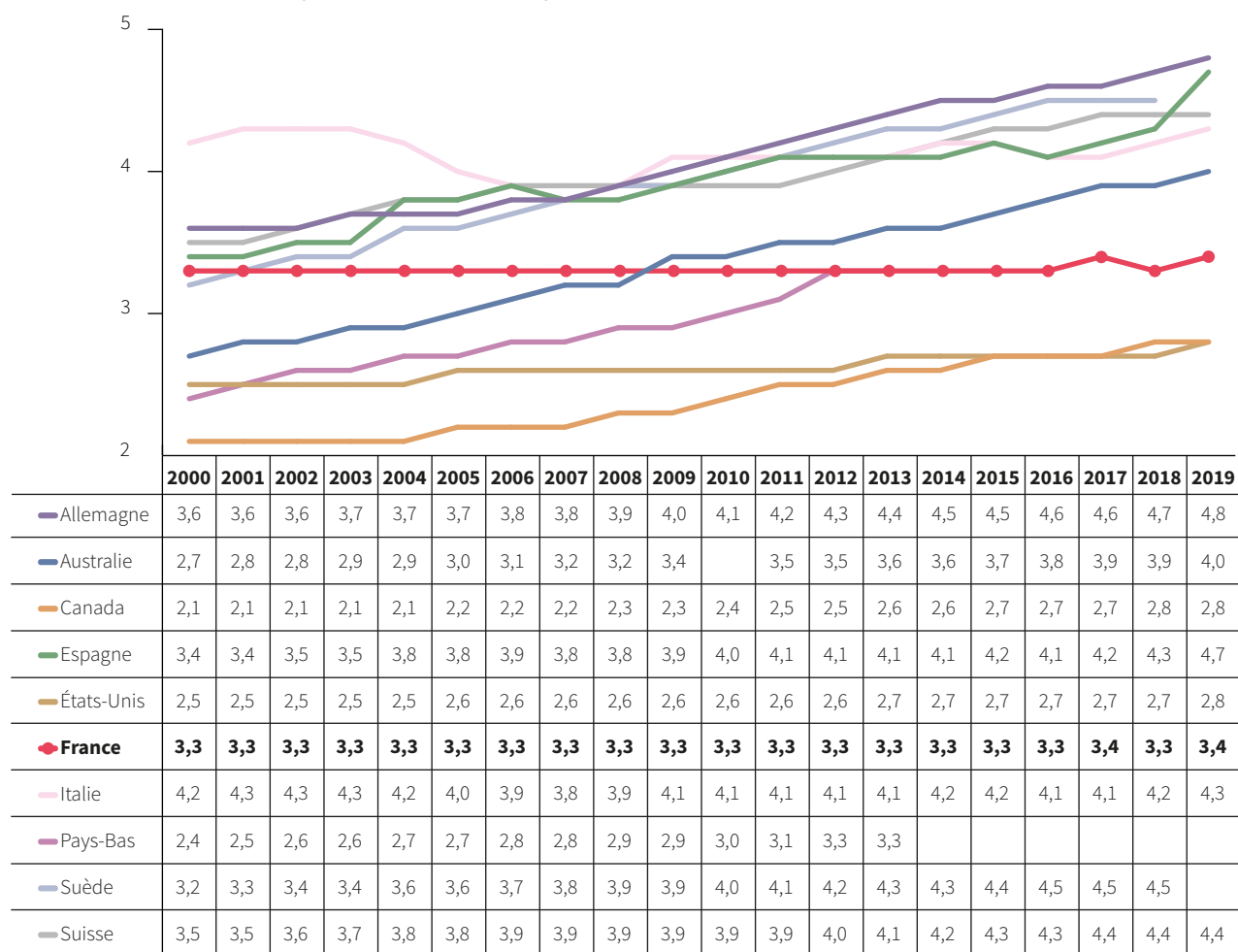
Note de lecture : l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) distingue, parmi les infirmiers, les infirmiers qualifiés (correspondant en France aux infirmières et infirmiers diplômés d'État - IDE) et les infirmiers « assistants », catégorie qui n'existe pas en France, mais qui est très développée, par exemple au Canada. Il s'agit de professions intermédiaires entre les infirmiers et les aides-soignants ou certains assistants médicaux.

Source : OCDE

FIGURE 123

Évolution de la densité médicale, tous médecins, entre 2000 et 2020

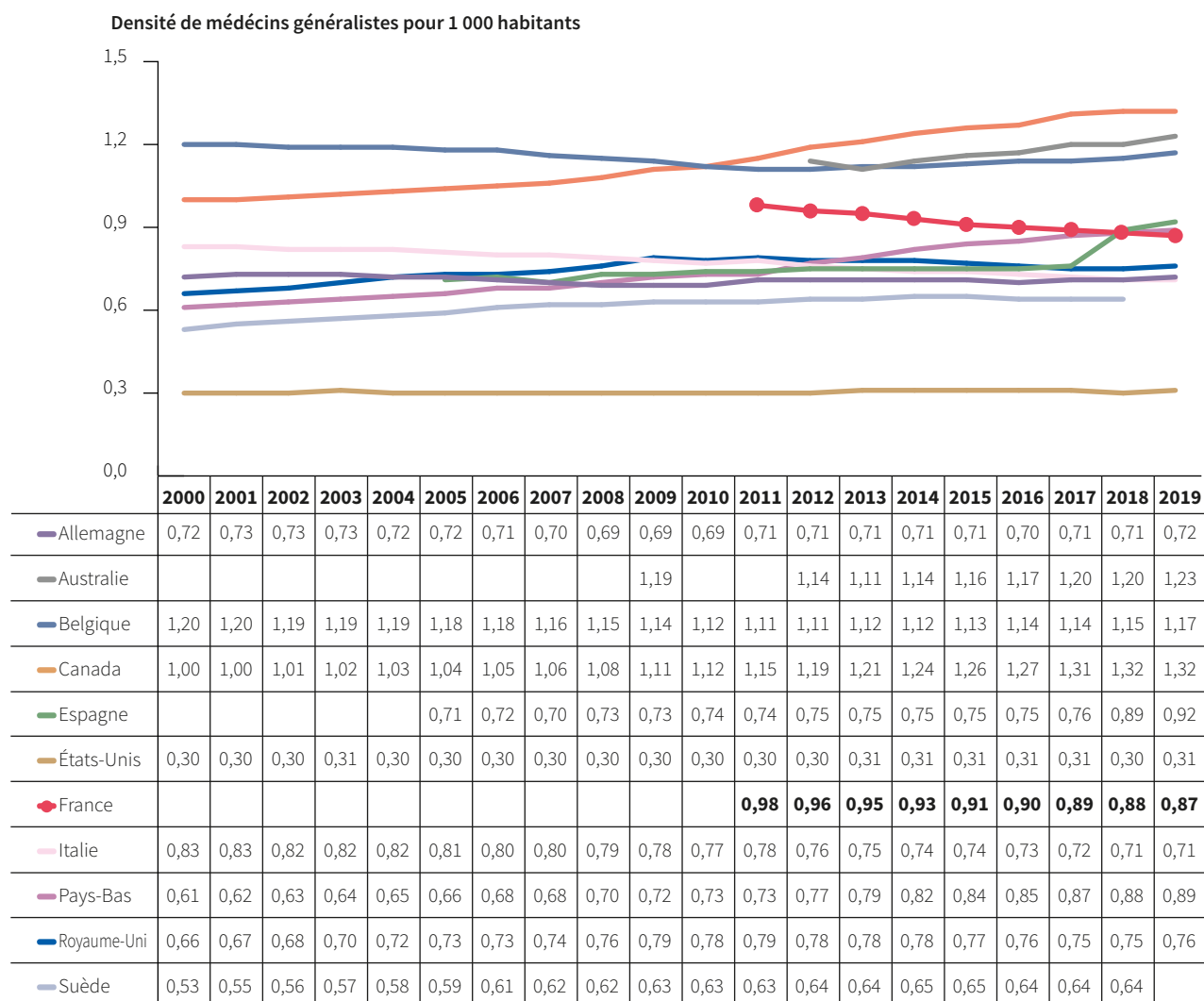
Densité de médecins professionnellement actifs pour 100 000 habitants



Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

FIGURE 124

Évolution de la densité de médecins généralistes pour 1 000 habitants, entre 2000 et 2020



Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Un tel constat, sans être totalement erroné, mérite d'être nuancé : ces indicateurs globaux ne rendent pas compte de la diversité des situations et des difficultés rencontrées en pratique, en particulier dans le domaine de la médecine générale, qui à l'inverse des autres spécialités en France a vu sa densité diminuer depuis le début des années 2000, là où elle est restée stable ou a légèrement augmenté dans les autres pays de l'OCDE.

Cette diminution de la densité de médecins généralistes a complexifié la mise en œuvre des politiques visant à faire du généraliste l'acteur central des parcours de soins. Cet objectif volontariste s'est traduit notamment par l'importance donnée à la mise en place du dispositif du médecin traitant et la diversification des modes de rémunération *via* l'introduction croissante, en complément de la tarification à l'acte, de paiements forfaitaires liés au rôle du médecin traitant (forfait patientèle médecin traitant – FPMT) ou à des objectifs de santé publique (rémunération sur objectifs de santé publique – Rosp). La part des rémunérations forfaitaires des médecins généralistes a ainsi augmenté de 11 points en quinze ans pour atteindre 15 % de leur rémunération totale en 2021. L'activité des médecins généralistes a par ailleurs évolué, à mesure que leur patientèle médecin traitant et leur file active augmentaient. En effet, depuis 2013, le nombre de patients différents dans la file active moyenne annuelle d'un médecin généraliste a augmenté de 8,4 % pour atteindre 1 615 patients en 2019. Le volume total d'actes produits par médecin généraliste est resté globalement stable sur cette période aux alentours de 4 800 actes par médecin par an, avec une diminution du nombre moyen d'actes par patient de 6,6 % et une augmentation du délai moyen entre deux consultations passant de 54 à 56 jours.

Ces données globales doivent être interprétées en tenant compte, d'une part, des disparités géographiques importantes de densité de médecins généralistes et, d'autre part, de la forte variabilité de situation selon les médecins – si en moyenne un médecin généraliste a 960 patients « médecin traitant de l'adulte » en 2021, 20 % des médecins généralistes ont une patientèle médecin traitant de l'adulte inférieure à 500 patients – et en fonction de leur mode d'exercice, isolé ou coordonné¹²¹.

En 2021, on estime que plus de 11 % des patients de 17 ans et plus consommant des soins n'ont pas de médecin traitant déclaré (sans médecin traitant ou sans médecin traitant en activité), ce qui représente plus de 6 millions d'assurés. Il existe ainsi d'importantes zones géographiques où la question du maintien d'une offre de médecine générale facilement accessible se pose à court ou moyen terme, voire se pose d'ores et déjà. Cette problématique n'a cessé d'occuper une place croissante dans les

préoccupations de la population française, devenant un sujet majeur du débat public et un enjeu des politiques de santé.

La libération de temps médical utile auprès du patient est donc un enjeu de premier plan. Un certain nombre de leviers peuvent être actionnés à cette fin. Le renforcement de la coopération et de la délégation ou du partage de certaines activités (cliniques, administratives, organisationnelles) entre les médecins généralistes et d'autres professionnels (infirmières et infirmiers en pratique avancée, assistants médicaux...) est une des voies qui se développe actuellement et certainement un levier à mobiliser dans les années à venir.

Le déploiement du dispositif des assistants médicaux vise à répondre à ce besoin ainsi qu'aux aspirations des médecins des jeunes générations en termes de modes d'exercice, de travail et de pratiques qui ont également évolué au cours du temps. Les jeunes médecins souhaitent travailler davantage en équipe monoprofessionnelle ou dans les structures pluridisciplinaires comme les maisons de santé qu'en exercice individuel isolé.

Fin mai 2022, 3 112 contrats d'assistants médicaux ont été signés (dont 2 476 par des médecins généralistes et 683 par des médecins spécialistes). Cela représente 1 747 équivalents temps plein (ETP) d'assistant médical au total. Plus de la moitié des contrats ont été signés par des médecins exerçant en zone sous-dense (1 619 contrats).

Les premiers résultats sont encourageants à la fois en termes de satisfaction des médecins ayant eu recours à ce dispositif et en termes d'augmentation du nombre de patients pris en charge grâce au temps médical libéré. Les premiers contrats d'assistants médicaux ont été signés depuis près de deux ans et demi (30 mois) et les résultats sont d'ores et déjà très positifs. Les binômes médecin et assistant médical entraînent des augmentations du nombre de patients suivis (patientèle médecin traitant et file active) par le médecin généraliste. Il est ainsi constaté une augmentation moyenne de 9,9 % de la patientèle médecin traitant et de 5,3 % de la file active. Les résultats sont d'autant plus importants que l'assistant médical est présent. Les formules de contrats d'assistants médicaux correspondant à 0,5 et 1 ETP sont celles qui ont les résultats les plus importants (Tableau 54).

Une étude qualitative a été conduite par l'Assurance Maladie auprès d'un échantillon de médecins, assistants médicaux et patients. Ces premiers résultats sont très encourageants et font du dispositif des assistants médicaux un levier central pour aider les médecins.

121 Voir le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2022.

TABEAU 54

**Résultats sur la patientèle médecin traitant des médecins généralistes à 30 mois
(hors nouveaux médecins installés)**

	Nombre de contrats	Patientèle médecin traitant initiale par médecin généraliste	Objectif patientèle médecin traitant par médecin généraliste	Résultat patientèle médecin traitant par médecin généraliste	Évolution médecin traitant attendue	Évolution médecin traitant obtenue
Total	305	1 370	1 467	1 505	+ 7,1 %	+ 9,9 %
Option 1 - 1/3 ETP ^(a)	87	1 334	1 397	1 446	+ 4,7 %	+ 8,4 %
Option 2 - 1/2 ETP ^(a)	153	1 374	1 464	1 503	+ 6,6 %	+ 9,4 %
Option 3 - 1 ETP ^(a)	65	1 407	1 570	1 590	+ 11,6 %	+ 13,0 %
Cabinet de groupe	136	1 343	1 427	1 479	+ 6,2 %	+ 10,2 %
Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)	107	1 335	1 432	1 471	+ 7,3 %	+ 10,2 %
Autres	62	1 489	1 619	1 621	+ 8,7 %	+ 8,8 %
Zone sous-dense	197	1 417	1 523	1 553	+ 7,5 %	+ 9,6 %
Zone dense	108	1 284	1 367	1 418	+ 6,4 %	+ 10,4 %

(a) ETP : équivalent temps plein

Champ : médecins généralistes (hors nouveaux installés) installés avant le 1^{er} janvier 2016
Sources : Cnam, PMTIR

Les innovations dans l'organisation des soins présentent un intérêt majeur pour le système de santé français et en particulier pour la médecine générale et les soins primaires, qu'il s'agisse de renforcer ses fonctions dans le suivi des maladies chroniques, les soins aigus et la transition avec l'hôpital ou encore l'accès aux soins, programmés ou non. Trouver les modèles d'organisation et de financement à même de passer sur ce point de la théorie à la pratique constitue une priorité à court et moyen terme pour l'Assurance Maladie.

Le développement de l'exercice coordonné sous différentes formes dans les soins ambulatoires est un des leviers majeurs pour atteindre cet objectif. Il a largement été discuté lors du

précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie et fait l'objet de plusieurs propositions dont l'état d'avancement et les premiers résultats sont exposés plus loin dans le rapport.

Toutefois, devant l'ampleur et l'urgence des enjeux anciens mais à l'acuité renforcée par la situation post-Covid, et les attentes fortes de la population française, ces efforts doivent être amplifiés sans se limiter au seul champ de l'exercice coordonné. Il faut viser le plus largement possible l'ensemble des acteurs du système, d'une manière complémentaire à l'exercice coordonné et qui, à terme, le renforce.

6.2 AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS, LES ENJEUX DES PROCHAINES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

L'accès à un médecin pour tous, à commencer par le médecin traitant, est un élément central pour notre système de santé. On estime cependant qu'en 2021, 11 % de la population française n'a pas de médecin traitant déclaré ; 5 % des personnes en affection de longue durée (ALD) et 6,5 % des personnes de plus de 60 ans sont concernées. Assurer la possibilité à chaque Français d'avoir un médecin traitant reste la grande priorité de l'Assurance Maladie, malgré la diminution des densités des médecins généralistes installés : nous ne saurions nous satisfaire d'un système de santé à deux vitesses, où certains assurés se verraient privés de suivi médical de qualité.

Afin de garantir cet accès partout, sur le territoire, et pour tous les assurés, plusieurs leviers doivent être mobilisés, au niveau national comme au niveau territorial. Certains sont déjà identifiés, voire en œuvre, mais il s'agit de faciliter leur appropriation et leur utilisation par les professionnels de santé, notamment en les simplifiant, ainsi que d'en amplifier les effets et, au-delà des leviers déjà mobilisés, de proposer de nouvelles solutions. L'ensemble de ces leviers s'articulent autour de trois axes :

- libérer du temps médical pour favoriser l'accès aux soins ;
- améliorer l'accès aux soins partout sur le territoire en réduisant les inégalités territoriales ;
- améliorer l'organisation des soins de ville et renforcer le rôle pivot des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

6.2.1

Libérer du temps médical pour favoriser l'accès aux soins

Dans un contexte de vieillissement de la population, de tension toujours forte sur la démographie médicale, et d'évolution légitime des aspirations des médecins en matière de conditions de travail, il apparaît indispensable d'aider les médecins, en particulier généralistes, à voir davantage de patients, tout en préservant la qualité du suivi médical. La patientèle médecin traitant est aujourd'hui de 1 060 patients par médecin généraliste en moyenne (y compris les enfants), y compris les médecins ne travaillant pas à plein temps (la médiane s'établissant à 1 020). Pour couvrir les besoins d'ici à 2026, et compte tenu des projections de l'offre et des besoins, on estime que cette patientèle moyenne doit atteindre 1 220 patients par médecin généraliste, soit 160 patients de plus. Environ 35 % des médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière – MEP) atteignent d'ores et déjà ce seuil en 2021. S'il s'agit d'estimations nationales macroscopiques qui devront être affinées pour prendre en compte finement les besoins de chaque territoire, ces données éclairent utilement les enjeux des mois et années à venir.

L'objectif principal des travaux des prochains mois avec les partenaires conventionnels, notamment dans le cadre de la prochaine convention médicale, sera donc d'améliorer l'accès aux soins en interrogeant les dispositifs actuels permettant d'accompagner l'exercice des médecins libéraux en dégageant du temps de consultation, en les rendant plus attractifs et lisibles pour la profession.

6.2.1.1 Lever les barrières à la mise en place des assistants médicaux pour massifier leur déploiement

La signature de l'avenant 7 à la convention médicale le 20 juin 2019 a acté le déploiement des assistants médicaux. Les premiers recrutements d'assistants médicaux avec l'aide financière de l'Assurance Maladie ont eu lieu dès le mois de septembre 2019.

La montée en charge des assistants médicaux répond à un triple enjeu :

- favoriser un meilleur accès aux soins des patients : épaulé par un assistant médical, le médecin est accompagné dans sa pratique quotidienne, ce qui lui permet de se dégager de certaines tâches, par exemple administratives, et de libérer du temps médical. Il peut donc recevoir davantage de patients ; les assurés ont, de leur côté, moins de difficultés à trouver un médecin traitant et à obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable ;
- assurer de meilleures conditions d'exercice : le médecin peut consacrer plus de temps aux soins et au suivi médical de qualité des patients ;
- rechercher davantage d'efficacité, une meilleure prise en charge et un suivi amélioré : engagé dans une démarche de coordination des soins, le médecin pourra plus facilement assurer la coordination et la continuité des soins avec l'ensemble des autres acteurs de la prise en charge de ses patients.

De manière à accélérer davantage leur déploiement, au-delà du renforcement de la communication autour de ce dispositif, trois pistes sont envisagées :

- favoriser l'accès à des assistants médicaux à un plus grand nombre de médecins partout sur le territoire en assouplissant les critères d'éligibilité à l'aide à l'embauche d'un assistant médical ;
- inciter davantage les médecins à s'engager dans le dispositif en le simplifiant, et en aménageant les objectifs conditionnant aujourd'hui le subventionnement par l'Assurance Maladie ;
- pérenniser les aides versées par l'Assurance Maladie sur plusieurs années ;
- travailler avec l'ensemble des partenaires de l'Assurance Maladie (syndicats, élus locaux, etc.) pour trouver des solutions pratiques aux freins concrets.

Par ailleurs, le profil des assistants médicaux est varié (secrétaire médical, infirmier, auxiliaire de vie). Cette diversité des profils contribue à la richesse de l'appui apporté, et devra être appréhendée de manière à définir le profil le plus adapté pour répondre aux objectifs de chaque médecin.

6.2.1.2 Consolider les modèles de collaboration efficaces entre infirmiers et médecins pour assurer leur déploiement

Le renforcement du « binôme médecin/infirmier » est également l'une des solutions les plus plébiscitées par les praticiens pour améliorer la qualité de leur pratique, se concentrer sur les actes à haute valeur ajoutée et prendre en charge davantage de patients. Plusieurs modèles de collaboration existent (libérale, salariale, associative), mobilisant divers modèles de financement (acte, forfait, salariat direct ou par un tiers), et s'appuyant surtout sur une répartition des tâches.

Les infirmières et infirmiers en pratique avancée (IPA) disposent d'un champ de compétences large, correspondant à la formation de deux années supplémentaires exigée par rapport à la formation d'infirmier en soins généraux (infirmières et infirmiers diplômés d'État – IDE). Ils soutiennent les médecins dans la prise en charge de patients atteints de pathologies ciblées : pathologies chroniques stabilisées en prévention et polyopathologies courantes en soins primaires (accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie), oncologie et hémato-oncologie, maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale, psychiatrie et santé mentale. Dans le respect du parcours de soins, l'IPA participe à la prise en charge globale des patients atteints de maladies chroniques dont le suivi lui a été confié par un médecin.

Si le modèle se déploie de plus en plus dans les établissements de santé, un peu plus d'une centaine d'IPA seulement se sont aujourd'hui installés en ville. L'Assurance Maladie souhaite encourager le développement de ce nouveau métier pour améliorer le suivi de patients atteints de pathologies chroniques, optimiser le temps médical et renforcer l'accès aux soins des 5,6 millions de personnes potentiellement concernées. Elle proposera donc de rendre le modèle économique de cette profession plus attractif dans la négociation d'un avenant conventionnel avec les syndicats d'infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel) qui pourrait se finaliser en 2022.

Le dispositif Asalée, créé en 2004, permet à des infirmiers de suivre et d'accompagner des patients atteints de pathologies chroniques ciblées, en collaboration avec des médecins ou des structures pluriprofessionnelles inclus dans le dispositif. Le champ de compétence et de délégation est logiquement moins important que celui des IPA avec des actes dérogatoires dans un champ limité (diabète, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), risques cardiovasculaires, etc.). Dans ce dispositif, les infirmiers sont salariés par une association, et viennent gracieusement en appui des médecins ou des structures ayant passé un partenariat avec l'association. Ce modèle, entièrement financé par l'Assurance Maladie, présente un réel

attrait pour les médecins : d'une part, infirmiers et médecins forment une véritable équipe (ils occupent le même cabinet, travaillent avec les mêmes patients, et mobilisent des compétences complémentaires), d'autre part, cette aide est gratuite et n'induit aucune charge administrative de la part du médecin. Le dispositif est désormais implanté partout sur le territoire et comprend à ce jour environ 1 500 infirmières et infirmiers travaillant auprès de 6 500 médecins. Une étude réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) en 2018 mentionne 1 infirmier Asalée à temps plein pour 5 médecins, 72 à 80 jours de temps médical économisés si le dispositif Asalée est généralisé, ainsi qu'une augmentation de 7,5 % de la file active des médecins. Il semble désormais nécessaire de réfléchir à des scénarios d'évolution de ce modèle (juridique/organisationnelle/financière) pour permettre le passage à l'échelle d'un dispositif fortement plébiscité.

6.2.1.3 Apporter un soutien administratif et financier aux médecins pour constituer un cabinet médical

L'Assurance Maladie souhaite simplifier les démarches des professionnels de santé et, avec les autres acteurs comme l'Urssaf (Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales), les collectivités territoriales, les agences régionales de santé (ARS) ou les élus, mettre en place un environnement favorable à l'installation des médecins.

En tant qu'employeur, propriétaire de son cabinet, professionnel installé vis-à-vis de l'Ordre des médecins et des pouvoirs publics, référent territorial, le médecin installé cumule des casquettes qui consomment de l'énergie et du temps médical, et pour lesquelles il manque de formation.

L'Assurance Maladie souhaite lancer une mission, pilotée par des médecins, pour identifier les missions chronophages non médicales qui pourraient être allégées, et s'engager dans un programme de simplifications ambitieux.

De surcroît, les collaborations entre le médecin et d'autres professionnels (assistants médicaux, infirmiers, secrétaires médicaux, etc.) peuvent poser la question des liens contractuels et du portage salarial. L'Assurance Maladie souhaite soutenir la constitution de groupements d'employeurs au niveau d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et proposer des modèles innovants de portage salarial.

6.2.1.4 Étudier les conditions d'un déploiement des protocoles d'urgence et de coopération pour faciliter les nouvelles modalités de partage d'activités entre professionnels de santé

Un protocole de coopération permet de décrire :

- les activités ou les actes de soins transférés d'un professionnel de santé à un autre professionnel de formation différente ;
- la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge.

Ces protocoles peuvent être nationaux en répondant aux objectifs de santé publique (quatre à cinq protocoles par an, rédigés par des équipes projet, sélectionnés après appel à manifestation d'intérêt, autorisés par arrêté ministériel après avis de la Haute Autorité de santé – HAS) ou locaux (à l'initiative d'équipes professionnelles en établissements de santé, établissements médico-sociaux et en exercice coordonné, pour leur seul usage et sans validation préalable de la HAS).

Ces protocoles visent à répartir, de manière concertée et consensuelle, des activités entre professionnels de proximité dans un objectif de meilleure prise en charge des patients et de libération de temps médical. Le recours à ces protocoles de coopération en ville est toutefois faible, y compris celui aux sept protocoles dits « d'urgence » impliquant les infirmiers, les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes sur des soins non programmés protocolisés par la HAS. Les conditions d'un déploiement plus massif de ces protocoles doivent être étudiées, qu'il s'agisse de la communication autour de ces protocoles comme des procédures qui conditionnent aujourd'hui leur mise en place.

6.2.2

Améliorer l'accès aux soins partout sur le territoire en réduisant les inégalités territoriales

6.2.2.1 Déployer la téléconsultation assistée et prévoir des mesures d'accompagnement et de communication

Les actes de téléconsultation sont remboursés par l'Assurance Maladie, sous réserve de répondre à trois conditions cumulatives :

- le respect du parcours de soins coordonnés ;
- l'alternance nécessaire de consultations et de téléconsultations ;
- la territorialité de la réponse aux soins.

Il s'agit d'un outil utile pour répondre aux besoins de la population notamment dans des territoires où l'offre n'est pas suffisante, et préférentiellement dans le cadre de la relation « patient/médecin traitant ». Cet outil est complémentaire des consultations au cabinet du médecin ou aux visites à domicile.

Depuis début 2022, 5 millions de téléconsultations ont été facturées, dont 84 % par des médecins libéraux et, parmi ceux-ci, 78 % de médecins généralistes et de médecins à expertise particulière (MEP).

La téléconsultation assistée est un mode de téléconsultation à développer car il permet au patient d'être accompagné par un professionnel de santé (par exemple un infirmier) lors d'une consultation à distance. Les deux professionnels de santé sont rémunérés pour cet exercice. Cependant, cette possibilité d'exercice et la rémunération associée sont trop peu connues des professionnels de santé et des patients. Des mesures d'accompagnement à destination du grand public et des professionnels de santé devront être mises en place pour informer les patients sur le mode d'organisation de ces téléconsultations, le cadre de

remboursement par l'Assurance Maladie, etc. Au-delà, l'organisation structurée de la réponse à certains besoins spécifiques (demande de soins urgents non programmés, consultations pour des patients résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), par exemple) par la voie d'une téléconsultation assistée pourrait permettre une meilleure efficacité de la mobilisation des professionnels de santé dégageant du temps médical.

6.2.2.2 Encadrer le statut des offreurs de télémedecine et développer des organisations territoriales

L'encadrement des activités de téléconsultation, pour favoriser le déploiement de cette pratique dans un cadre éthique et respectueux du principe de territorialité, a été engagé par l'avenant 9 et la charte de la téléconsultation (TLC). Il devra se poursuivre en concertation avec les professionnels de santé, afin de préserver un service de proximité et éviter les recours inadaptés.

Il est ainsi indispensable d'accompagner la constitution d'organisations territoriales de télémedecine, qui sont aujourd'hui au nombre de 33. L'accompagnement des CPTS à la mise en place de solutions organisationnelles adaptées aux besoins des patients et respectant la pratique des professionnels des territoires sera donc l'une des priorités de l'Assurance Maladie. L'installation de télécabines devrait, à titre d'exemple, recueillir l'accord des professionnels du territoire pour s'articuler au mieux.

L'activité de télémedecine est structurée, soit à travers des sociétés prestataires de systèmes d'information qui proposent au professionnel l'usage d'un outil numérique, soit à travers des sociétés qui proposent une offre de télémedecine incluant des prestations de soins. Ces sociétés, sous réserve de respecter les règles encadrant la pratique de la téléconsultation et sa prise en charge par l'Assurance Maladie, peuvent offrir une réponse complémentaire aux besoins de soins de certains assurés, notamment pour des patients situés dans des zones sous-denses – dans lesquelles il n'y a pas de recours possible à un médecin du territoire ni en téléconsultation ni en présentiel, ou en cas d'indisponibilité du médecin traitant. Leur activité doit toutefois être encadrée, tant sur les conditions de recours à ces solutions que sur les prescriptions qu'elles induisent (renouvellement d'ordonnance, prescription d'antibiotiques...), lesquelles doivent répondre aux exigences de qualité et de pertinence des soins qui s'imposent à l'ensemble des professionnels de santé.

Les sociétés qui proposent une offre de télémedecine ne disposent pas aujourd'hui d'un cadre juridique propre. Elles se sont donc constituées sous forme de centres de santé alors même que ce modèle n'est pas adapté à leur fonctionnement. La définition d'un statut précis pour les offreurs de télésanté apparaît donc nécessaire pour clarifier les modalités d'exercice des professionnels au sein des structures, en particulier d'un point de vue déontologique et d'organisation transfrontalière. La définition d'obligations à cet égard permettra de clarifier leur position dans l'offre de soins, et dans le cadre de la prise en charge des soins dispensés par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Il serait notamment souhaitable de poser des obligations relatives

à la participation à la prise en charge de soins non programmés, voire à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), selon des modalités qui devront être organisées avec les organisations en charge de la régulation.

Il est donc proposé de créer un cadre juridique structuré pour les seuls offreurs de téléconsultation afin de prévoir leur place dans l'offre de soins dans un double objectif de réponse au besoin de soins et de garantie de la cohérence de cet exercice en téléconsultation avec les autres modalités de prise en charge.

6.2.2.3 Proposer un contrat unique et simplifié d'installation en zone sous-dense

La convention médicale de 2016 a mis en place quatre nouveaux contrats pour lutter contre la désertification médicale. Ces dispositifs proposent des aides à l'installation aux médecins qui souhaitent exercer dans les zones sous-dotées.

Si l'impact de ces contrats démographiques ne peut, en tout état de cause, être dissocié d'autres facteurs exogènes (attractivité du territoire, offre de travail pour le conjoint, disponibilité du second recours, etc.), il apparaît toutefois que ces derniers n'ont pas suffi à gommer les déséquilibres de répartition territoriale qui perdurent.

Pour gagner en simplicité et atteindre l'objectif initial de lutte contre la désertification médicale, les contrats démographiques pourraient être fusionnés en un contrat unique, lisible et facilement compréhensible par les médecins souhaitant s'installer en libéral, dont l'objectif serait de rémunérer les médecins dès

lors qu'ils s'installent pendant un temps donné en zone sous-dense. L'objectif est ainsi de limiter la complexité du dispositif pour faciliter son suivi et son évaluation, ainsi que limiter les effets d'aubaine.

6.2.2.4 Assurer la présence de médecins spécialistes pour pratiquer des consultations avancées dans les zones sous-denses

La disparité de l'offre de soins sur le territoire est particulièrement forte pour la médecine libérale de spécialité. Ainsi, la densité de médecins spécialistes est près de quatre fois plus forte dans le deuxième département le plus dense, les Alpes-Maritimes (275 spécialistes pour 100 000 habitants), que dans le deuxième département le moins dense, l'Eure (71 spécialistes pour 100 000 habitants). La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a constaté que certaines spécialités étaient particulièrement concernées par ce constat, notamment la pédiatrie et la psychiatrie.

En complément des mesures incitatives à l'installation des médecins dans les zones en faible densité, il convient de développer la réalisation de consultations avancées dans ces zones par les médecins spécialistes de territoires mieux dotés. Il s'agit d'organiser la présence ponctuelle de spécialistes libéraux ou hospitaliers, selon une fréquence à déterminer, en dehors de leur zone d'exercice habituel pour aller vers des populations où l'offre n'est pas suffisante. Des mécanismes permettant ces interventions doivent donc être envisagés.

TABLEAU 55

Délai d'attente par spécialité médicale en 2016 et 2017 (en nombre de jours)

	Moyenne	Premier décile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Dernier décile
Médecins généralistes	6	0	0	2	5	11
Médecins spécialistes						
Cardiologue	50	7	17	37	66	104
Dermatologue	61	6	20	50	92	126
Gynécologue	44	5	14	32	58	93
Ophthalmologiste	80	4	20	52	112	189
Pédiatre	22	0	0	8	34	64
Radiologue	21	1	4	11	27	48
Rhumatologue	45	3	13	31	59	96
Autre professionnel de santé						
Chirurgien-dentiste	28	2	7	17	37	67

Remarque : les effectifs sont pondérés.

Note de lecture : en moyenne, chez les médecins généralistes, il s'écoule 6 jours entre la prise de contact et le rendez-vous. 25 % des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée, 50 % en 2 jours ou moins et 50 % en plus de 2 jours ; 10 % des demandes se concluent par un rendez-vous dans un délai d'au moins 11 jours.

Champ : personnes âgées de 20 à 71 ans en 2016, affiliées au régime général de la Sécurité sociale ou à une section locale mutualiste - France métropolitaine

Source : Drees (enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins 2016-2017, résultats provisoires)

6.2.3

Améliorer l'organisation des soins de ville et renforcer le rôle pivot des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les CPTS sont des réseaux territoriaux constitués par les professionnels pour les professionnels autour d'un projet de santé pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire. Elles ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de santé de ville volontaires d'un territoire ayant un rôle dans la réponse aux besoins de soins de la population. Elles répondent à deux objectifs principaux : améliorer l'organisation des soins de ville pour faire face aux enjeux du virage ambulatoire (croissance des maladies chroniques, tension démographique pour certaines catégories de professionnels de santé) et développer l'exercice coordonné entre la ville et l'hôpital.

Les CPTS constituent la réponse la plus évidente à la demande légitime des professionnels de santé de pouvoir organiser eux-mêmes la réponse la plus adaptée à leur territoire en matière d'offre de soins. Jusqu'à présent, 273 contrats ACI (accords conventionnels interprofessionnels) pour les CPTS sont signés (137 contrats sur l'année 2021 et 36 contrats sur 2022) et 35,6 % de la population est couverte par une CPTS. Bien que la montée en charge de la création des CPTS ait été dynamique sur l'année 2021, et que 212 organisations aient des projets de santé validés, il est essentiel de poursuivre sur cette lancée et de donner à nouveau une impulsion forte, l'objectif étant, d'une

part, de couvrir l'ensemble du territoire (y compris les « zones blanches » dépourvues de tout projet en gestation) par une démarche volontariste, d'autre part, d'inciter un maximum de professionnels, et en particulier les médecins, à adhérer aux CPTS existantes. Ainsi, l'objectif est de couvrir 100 % de la population par une CPTS en 2023.

Le déploiement sur l'ensemble du territoire de ces communautés professionnelles implique donc un cadre d'accompagnement renforcé notamment au travers du dispositif d'ateliers « accélérateurs » mis en place en 2021, pour permettre aux équipes qui les constituent de démarrer ou poursuivre dans de bonnes conditions leurs missions. L'Assurance Maladie et les agences régionales de santé (ARS) proposeront également, en lien avec les Unions régionales de professionnels de santé (URPS), des projets « clés en main » limitant l'investissement administratif des porteurs de projet (format type de projet de santé de quatre pages, etc.).

Le principe de ces communautés est de permettre aux acteurs de construire, en responsabilité, des organisations à leur main, associant les autres acteurs du territoire (élus, etc.). L'État et l'Assurance Maladie doivent apporter un maximum de souplesse au dispositif pour que celui-ci reste incitatif et réellement modulable ; en contrepartie, les CPTS doivent s'engager sur la problématique cœur de l'accès aux soins (l'accès à un médecin traitant, l'accès à la médecine de second recours, la réponse aux besoins des soins non programmés). Les financements publics doivent ainsi pouvoir être utilisés de manière souple par les acteurs, mais être conditionnés à l'investissement réel des professionnels sur le sujet.

6.3 REVISITER LES MODALITÉS DE PRISE EN COMPTE DE LA QUALITÉ, LA PERTINENCE ET L'EFFICIENCE DANS L'ORGANISATION ET LE FINANCEMENT DES SOINS

6.3.1

Le paiement à la qualité en théorie

La prise en compte de la qualité dans le financement des soins s'est faite essentiellement, en France comme à l'étranger, sous la forme d'incitations financières prenant la forme de primes ou bonus dont la valeur dépend d'indicateurs de qualité. Les dispositifs mis en œuvre, en ville comme à l'hôpital, ont obtenu des résultats mitigés : s'ils n'ont globalement pas permis d'obtenir des résultats substantiels en termes d'amélioration de la qualité des soins, ils ont indéniablement permis de rendre visible la qualité en tant qu'objectif des politiques publiques et stimulé le développement d'outils de mesure de la qualité.

Dix ans après la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), il paraît utile de mener une réflexion sur la place et les évolutions de ces dispositifs à la fois dans la perspective de la négociation de la convention médicale à venir, mais également plus largement dans les évolutions de la régulation du système de santé.

6.3.1.1 Pourquoi le paiement à la performance ou à la qualité ?

L'une des critiques majeures adressées aux modes de paiement historiques (à l'acte, à la capitation ou à la structure) est de ne pas prendre en compte, ou insuffisamment, la qualité ou la sécurité des soins et du service rendu. Dans les modèles de financement à l'activité, comme la tarification à l'activité (T2A) ou le paiement à l'acte, c'est principalement le volume d'activité produite qui fait varier la rémunération. Dans les systèmes de paiement à la capitation, c'est la taille et les caractéristiques de la population de référence qui font varier cette dernière. La qualité ou les résultats des soins prodigués sont implicitement considérés comme acquis ou comme une donnée extérieure au mode de financement et n'ont le plus souvent aucune influence directe sur le niveau de rémunération. La non-qualité ou la non-pertinence peuvent même être involontairement favorisées comme lorsque la survenue de certains événements indésirables aboutit à des rémunérations supplémentaires, par exemple dans le cas de certaines complications chirurgicales évitables.

En réponse à ces limites évidentes, des modalités de financement essayant de mieux prendre en compte la qualité, la sécurité

et la pertinence des soins ont été introduites en France comme dans de nombreux autres pays.

6.3.1.2 Quelles modalités de prise en compte de la qualité ?

Le format le plus fréquemment utilisé pour prendre en compte la qualité dans les modes de rémunération est dérivé du « paiement à la performance » ou P4P (Payment for Performance) et prend la forme d'un intéressement. Il s'agit en pratique de la mise en place d'une partie complémentaire de la rémunération venant s'ajouter aux modes de financement historiques et dépendant d'un certain nombre d'indicateurs de qualité ou d'efficacité. Ces modalités ont été mises en place en ville comme à l'hôpital. On en retrouve de nombreux variants d'un pays à l'autre en fonction du secteur du système de santé concerné, des modes de rémunération en place et des contraintes financières, technologiques ou encore culturelles.

Ces mécanismes reposent principalement sur deux hypothèses : 1) à travers la « révélation » et la comparaison d'indicateurs de qualité d'une part, et 2) la modulation des financements en fonction de ces indicateurs, d'autre part, on amène les acteurs à modifier leurs comportements et leur organisation et ainsi à l'améliorer de manière mesurable.

Au-delà de l'amélioration directement mesurable de la qualité, les politiques poursuivies dans ce domaine cherchent à atteindre plus ou moins explicitement trois autres objectifs. Le premier est de diversifier les modes de rémunération dans des systèmes « monoblocs » reposant sur une seule modalité de rémunération. Le second est de rendre visible la qualité comme objectif explicitement poursuivi par les régulateurs, mécanisme que l'on pourrait qualifier d'effet « signal ». Le troisième est, à travers la production et la communication d'indicateurs de qualité, de donner aux professionnels et aux structures une visibilité sur leurs résultats et d'étayer une démarche d'amélioration de la qualité, tout en dynamisant la production d'indicateurs qualité.

Il existe d'autres possibilités pour prendre en compte les dimensions de qualité, sécurité et pertinence des soins dans la rémunération des professionnels de santé, mais ce sont les mécanismes d'intéressement à la qualité qui ont été le plus largement mis en œuvre.

ENCADRÉ 26

| LE BEST PRACTICE TARIFF

Le Royaume-Uni a introduit, pour la rémunération de certains séjours, le modèle des *Best Practice Tariffs* (BPT) qui rémunère les offreurs non plus sur la base exclusive des coûts moyens observés, mais aussi sur l'estimation du coût des meilleures pratiques définies à dire d'experts, en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques et sur le choix d'incitations spécifiques. Cela peut se traduire concrètement de plusieurs manières :

– modèle différentiel : le respect des bonnes pratiques entraîne le versement d'un tarif supérieur au tarif de base (appliqué en chirurgie ambulatoire) ;

– modèle additif : le respect des bonnes pratiques entraîne le versement d'un bonus par rapport au tarif de base. Le mécanisme est très proche du P4P classique (appliqué pour les accidents vasculaires cérébraux – AVC) ;

– modèle soustractif : le non-respect des bonnes pratiques entraîne un paiement inférieur au paiement standard, seul le respect des bonnes pratiques permet le versement de l'intégralité du tarif (appliqué pour la prothèse de hanche).

Les récents résultats d'évaluation, notamment dans le domaine de la chirurgie orthopédique, paraissent intéressants.

6.3.2

Les paiements à la qualité en pratique

6.3.2.1 Ce que disent les évaluations de la littérature

Les évaluations empiriques menées en France ou dans d'autres pays montrent que les différents dispositifs de financement à la qualité rencontrent des fortunes opérationnelles diverses, selon leur champ d'application. L'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé a ainsi publié en 2019 une revue de 27 programmes de paiement à la qualité dans 16 pays européens (14 programmes dans un contexte de soins primaires et 13 dans un contexte hospitalier).

En termes de capacité à améliorer la qualité ou la pertinence, les dispositifs ont tendance à produire des effets positifs sur des indicateurs de processus, et des effets beaucoup moins nets sur les indicateurs de résultats intermédiaires ou finaux. Les effets sont souvent enregistrés au début de la mise en œuvre des dispositifs en question, mais semblent rencontrer des difficultés à s'inscrire dans la durée. Ces dispositifs prennent en général assez mal en compte les facteurs socio-économiques et leur impact sur la santé, les incitatifs pouvant être dans ce cas source involontaire de renforcement des inégalités de santé.

On retrouve des résultats assez proches entre les dispositifs mis en place en ville et ceux mis en place à l'hôpital, même si les contextes de mise en œuvre, en particulier organisationnels, s'avèrent différents. De ce point de vue, le bilan des dispositifs de financement à la qualité est plutôt incertain, même si ces dispositifs sont en général rarement rigoureusement évalués.

La crise de la Covid-19 a eu un impact globalement négatif sur ces dispositifs, soit en perturbant les processus de soins et donc l'atteinte des résultats, soit en rendant plus difficile l'appréciation

des résultats en affectant temporairement la qualité ou complétude des bases de données permettant le calcul des indicateurs.

6.3.2.2 Les paiements à la qualité en France

Depuis le début des années 2000, de nombreux travaux ont été menés en France dans les différents champs du système de santé pour mieux prendre en compte la qualité. Sous un format expérimental, puis pour certains d'entre eux dans le droit commun.

Aujourd'hui, on recense en France trois dispositifs majeurs de paiement à la qualité dans le champ de la santé :

- la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) dans le champ de la médecine de ville ;
- l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) ;
- et le contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins (Cages) dans le champ hospitalier.

Le poids financier de la Rosp était de 286 millions d'euros en 2019 et de 291 millions d'euros en 2020, soit entre 1 et 1,5 % des honoraires des spécialités incluses dans la Rosp, dont 3 % pour les médecins généralistes. Le dispositif Ifaq représentait 400 millions d'euros en 2020, et une cible de 450 millions d'euros en 2021, dont 373 millions d'euros pour la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soit 0,5 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier. Les Cages ont conduit à un versement de 11,5 millions d'euros en 2020.

La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp)¹²²

La Rosp a été instituée par la convention médicale de 2011. Elle a fait suite à l'expérimentation du Capi (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) depuis 2009 avec des médecins généralistes volontaires, lui-même fortement inspiré d'un dispositif mis en œuvre en Angleterre depuis le début des années 2000, le *Quality and Outcomes Framework* (QOF).

¹²² Le bilan annuel de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), habituellement en annexe du rapport de propositions de l'Assurance Maladie, est présenté cette année à la fin de la présente partie.

ENCADRÉ 27

AU ROYAUME-UNI, L'EXEMPLE PIONNIER DU *QUALITY AND OUTCOMES FRAMEWORK*

Grands principes et objectifs

En 2004, le *National Health Service* (NHS) a instauré au Royaume-Uni le *Quality and Outcomes Framework* (QOF), complétant le mode de rémunération des médecins généralistes principalement fondé sur un paiement à la capitation. Le QOF fait partie du *General Medical Services Contract* (GMS), contrat issu de négociations entre la *British Medical Association* (BMA) et le NHS, fixant les règles de rémunération des médecins. À l'image de la Rosp, il s'agit d'un programme de paiement annuel à la qualité, fondé sur des indicateurs issus des systèmes d'information des cabinets de médecins généralistes et l'attribution de « points » valorisant le niveau d'atteinte de chaque indicateur.

L'objectif principal du QOF est d'améliorer la qualité globale des soins fournis aux patients, et était, en particulier lors de son instauration, de réduire la variabilité en matière de qualité de services entre cabinets médicaux, notamment concernant l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques.

Le QOF est versé aux médecins généralistes propriétaires d'un cabinet au regard des résultats obtenus à l'échelle de l'ensemble des patients du cabinet. Le reste du personnel du cabinet (médecins salariés, infirmières et infirmiers, personnel administratif, etc.) n'est pas directement concerné. Bien que la participation au QOF soit volontaire, ce dispositif a rapidement fait l'objet d'un large consensus avec des taux de participation très élevés. En 2021, 96,7 % des cabinets britanniques y ont pris part. Le QOF n'a pas été étendu à d'autres spécialités médicales ou professions de santé.

Dans les années qui ont suivi son introduction, le QOF représentait en moyenne 15 à 20 % du revenu annuel des cabinets de médecins généralistes. Cette proportion a diminué au fil du temps, le QOF ayant connu une série de changements présentés ci-après. En 2018, le QOF

représentait en moyenne un peu moins de 10 % du revenu des cabinets de médecins généralistes.

Le montant de la rémunération au titre du QOF est déterminé pour chaque cabinet à partir de quatre variables :

- la somme des points obtenus pour chaque indicateur ;
- la valeur du point (201,16 £ en 2021-2022) ;
- la taille de la patientèle du cabinet en comparaison avec la patientèle moyenne au niveau national ;
- la prise en compte de la prévalence de certaines pathologies chroniques au regard des prévalences moyennes au niveau national.

Le niveau d'atteinte des objectifs par les cabinets de médecins généralistes a été d'emblée très élevé, avec un taux de 91,3 % dès la première année, variant depuis autour de 95 %.

En 2018-2019, les paiements au titre du QOF se sont élevés à environ 704 millions de livres sterling (836 millions d'euros) répartis entre 7 279 cabinets de médecine générale.

Évolutions

Le QOF a connu de nombreuses évolutions au cours du temps, dans une logique d'amélioration et de simplification continues, mais nécessitant en miroir une adaptation permanente des cabinets de médecins généralistes, au risque d'une certaine déstabilisation. Il reposait ainsi sur 146 indicateurs lors de son introduction en 2004, pour aboutir actuellement à 72 indicateurs. Les indicateurs portaient initialement sur quatre grands domaines (pratique clinique, organisation du cabinet, satisfaction des patients, fourniture de services supplémentaires) pour se recentrer progressivement quasi exclusivement sur des indicateurs de pratique clinique et de santé publique.

Parmi les changements notables, il a été décidé en 2009 de confier

au *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) le processus de développement des indicateurs du QOF. L'objectif était d'améliorer la qualité des futurs indicateurs en s'appuyant pour cela sur l'expertise d'une autorité scientifique indépendante. Le choix final des indicateurs retenus pour être inclus dans le QOF, ainsi que leur valorisation, reste du ressort des négociations entre les représentants des médecins généralistes et le NHS.

En 2013, le NHS a missionné le NICE pour une revue de l'ensemble des indicateurs du QOF, afin de déterminer quels indicateurs devaient être conservés au regard de leur niveau de preuve dans la perspective d'une réduction importante de leur nombre. C'est à l'issue de ce travail qu'a été décidé l'abandon du domaine organisationnel, la création d'indicateurs de santé publique, ou par exemple d'indicateurs relatifs à la prise en charge de patients présentant des risques d'hospitalisation. Même si les indicateurs du QOF ont connu des aménagements systématiques quasiment chaque année, ce travail mené en 2013 a été la rupture la plus importante, faisant passer le nombre d'indicateurs de 121 en 2013 à 81 en 2014.

Bilans et évaluations

Le QOF a fait l'objet de différentes évaluations et de nombreux travaux de publications, visant à mesurer ses effets au cours du temps.

Les grands enseignements qui en ressortent sont les suivants :

Une contribution dans les premières années à la réduction des inégalités entre les régions de niveaux socio-économiques différents : lors de l'introduction du dispositif, les cabinets situés dans les zones géographiques les moins favorisées enregistraient des taux d'atteinte moindres pour un grand nombre d'indicateurs.





Ces différences se sont globalement réduites dans les trois années suivant l'instauration du QOF. Au fil du temps, ce mode de rémunération a semblé réduire (parfois modestement) les inégalités sociales sur des objectifs ciblés, en raison du caractère systématique des démarches qu'il implique. Il semble notamment avoir réduit les inégalités sur des indicateurs relatifs à la prévention ou au traitement de l'hypertension.

Le QOF a également eu un impact important sur l'organisation des cabinets, en concourant au développement du suivi informatisé des patients, en incitant à la délégation de tâches entre médecin(s) et infirmier(e)s, ainsi qu'à la mise en œuvre de procédures proactives dans le suivi des patients. Le QOF a incité

les médecins généralistes à adopter une approche plus organisée de la gestion des maladies chroniques et les a fortement encouragés à s'engager dans la prévention secondaire.

Pour autant, malgré ces éléments positifs, l'impact global du QOF en termes de résultats semble modeste. La majorité des études ne lui attribuent pas ou peu d'effets sur différentes dimensions de la qualité des soins, que ce soit dans le suivi de maladies chroniques telles que le diabète ou la santé mentale, ou par exemple sur le recours évitable aux urgences. Selon une étude parue dans *The Lancet* en 2016, les auteurs établissent que le QOF a réduit le taux de mortalité pour les maladies chroniques ciblées par les indicateurs dans des

proportions très limitées (3,68 pour 100 000 personnes). Par ailleurs, malgré le développement dans un second temps d'indicateurs dédiés, le QOF n'a que peu incité les médecins généralistes à développer des activités de prévention primaire ou de santé publique. Il apparaît donc désormais comme un élément constitutif de la rémunération des médecins généralistes britanniques, mais ne semble plus être considéré comme un dispositif susceptible d'induire des progrès notables dans la qualité des soins en médecine de premier recours. Initialement appliqué dans l'ensemble du Royaume-Uni, le QOF a été abandonné par l'Écosse en 2016 et le Pays de Galles en 2018 dans le cadre de l'autonomie dont ils disposent pour la gestion de leur système de santé.

Il s'agit d'une rémunération complémentaire prenant la forme d'une prime calculée annuellement sur la base de la patientèle médecin traitant (le dispositif concerne essentiellement les médecins généralistes (MG) et les pédiatres pour la Rosp médecin traitant de l'enfant) et de la patientèle de trois spécialités médicales : cardiologues, gastro-entérologues et endocrinologues (sur ces derniers depuis la convention de 2016). Tout médecin des spécialités concernées est inclus dans le dispositif et peut faire le choix de sortir du dispositif sur demande (mécanisme d'*opt-out*).

Le calcul de la prime repose sur un certain nombre d'indicateurs, pour lesquels un taux de réalisation annuel est calculé (en fonction d'un objectif prédéfini et d'un taux de départ préalablement établi). À chaque indicateur est attribué un nombre de points, points eux-mêmes valorisés à un niveau donné (7 euros le point actuellement), ce qui permet de calculer le montant de la prime annuelle.

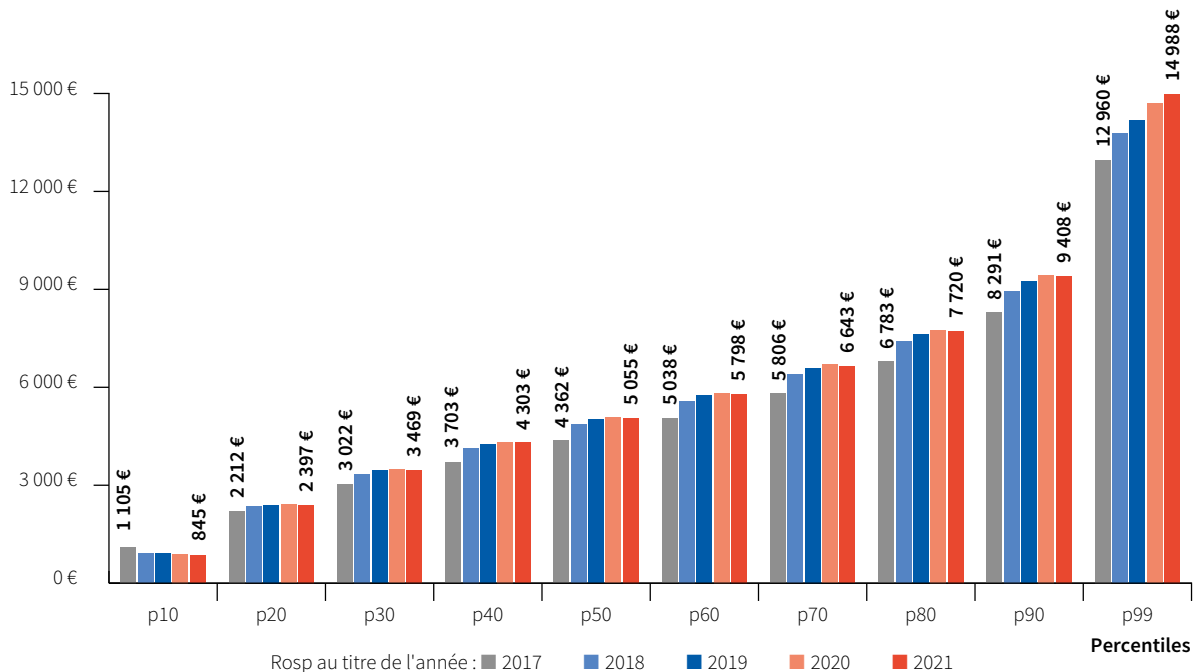
À ce jour, la Rosp médecin traitant (MT) de l'adulte comprend 29 indicateurs, regroupés en 3 thèmes (suivi des pathologies, prévention et efficience) et 11 sous-thèmes. Une majorité de ces indicateurs est calculée à partir du système national des données de santé (SNDS), les autres reposant sur des déclarations des professionnels.

Les médecins généralistes représentent 97 % de la rémunération Rosp MT de l'adulte 2021 parmi les professionnels de santé libéraux rémunérés (actifs, conventionnés, avec au moins 1 patient MT dans sa patientèle). La rémunération totale des MG a progressé de 11 % entre 2017 et 2021, la rémunération moyenne de 9 %, et le nombre de MG rémunérés, de 1,4 %. En 2021, le montant moyen de la Rosp MT de l'adulte était de 5 057 euros par MG, pour un montant total de 255,5 millions d'euros (294,4 millions d'euros pour l'ensemble des médecins libéraux¹²³). La part de la Rosp dans la rémunération totale (honoraires sans dépassement) des MG et médecins à expertise particulière (MEP) est passée de 2,7 % en 2017 à 3,1 % en 2020. La distribution a aussi évolué :

123 Médecins traitants de l'adulte, de l'enfant et spécialistes.

FIGURE 125

Évolution de la distribution de la Rosp (médecin traitant adultes et enfants) des médecins généralistes entre 2017 et 2021



Champ : médecins généralistes hors médecins à expertise particulière (MEP), actifs et conventionnés dans chaque année
Source : Cnam (base de rémunération Rosp)

D'une manière générale, les indicateurs de la Rosp ont eu tendance à évoluer favorablement en moyenne ou à stagner, sans pour autant connaître d'évolutions majeures. Parmi les thèmes, la prévention est celui pour lequel les indicateurs ont le moins progressé.

Si la Rosp est bien connue des partenaires conventionnels qui en discutent régulièrement les modalités et les indicateurs, son appropriation au niveau du terrain est certainement perfectible. Il n'est pas impossible qu'au fil du temps, elle soit plus perçue comme une composante parmi d'autres de la rémunération que comme une part variable dépendante de la qualité des soins prodigués, et pouvant donc à ce titre fluctuer au gré des variations des indicateurs de qualité. Son intégration et la prise en compte de ses résultats dans la pratique de l'ensemble des médecins

pourraient ainsi être renforcées, par exemple en l'articulant de manière plus explicite aux dispositifs de développement professionnel continu.

Les dispositifs hospitaliers : l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) et le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Cages)

Dans le champ des établissements de santé, il existe deux dispositifs principaux de prise en compte financière de la qualité en France : l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) et le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Cages). Ces deux dispositifs ont des approches différentes et complémentaires, que l'on peut résumer dans le **Tableau 56** :

TABLEAU 56

Principales différences entre le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) et le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caqes)

Ifaq	Caqes
Incitation financière à l'amélioration de la qualité	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
Financement de droit commun	Financement ciblé par voie contractuelle
Qualité des prises en charge	Pertinence et régulation des dépenses
Rémunération identifiée pour chaque indicateur où l'établissement de santé est gagnant	Plusieurs dispositifs d'intéressement national calculés par indicateur en fonction principalement des économies réalisées
Dotation versée à l'établissement de santé de manière globale	Dotation versée à l'établissement de santé pour mobiliser les services ou les pôles prescripteurs
Modèle exclusivement national	– Individualisation possible pour les priorités régionales – Enveloppe spécifique sur le fonds d'intervention régional (FIR)

Source : Cnam

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq)

Le dispositif Ifaq a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 qui introduit le principe d'un financement visant à inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dédié aux établissements de santé tarifés à l'activité (T2A) et sous forme d'une dotation annuelle complémentaire.

Dans les suites d'un programme expérimental mené depuis 2012, le dispositif a été généralisé à l'ensemble des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et à l'hospitalisation à domicile (HAD) au 1^{er} janvier 2016, aux établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) au 1^{er} janvier 2017 et enfin étendu au champ de la psychiatrie pour 2020-2021 avec, en 2020, une année de recueil généralisé à blanc des indicateurs et une prise en compte dans le financement en 2021.

La dotation est calculée sur la base d'un nombre restreint d'indicateurs de qualité transversaux (pas plus de dix par champ d'activité) renouvelés tous les trois à cinq ans et dont les catégories sont fixées par décret. La rémunération se fait à l'indicateur en tenant compte du niveau atteint et de son évolution. Afin de tenir compte de la taille et du *case-mix* de l'établissement, des groupes de comparaison homogènes ont été créés. La dotation est versée aux établissements qui ont le niveau de certification requis et qui ont recueilli les indicateurs obligatoires.

Chaque établissement se voit attribuer un ou plusieurs taux de rémunération en fonction de ses résultats et de leur évolution. Ce ou ces taux de rémunération sont associés à l'activité produite et à son montant financier ; c'est cette association qui génère le montant de la dotation Ifaq.

La crise sanitaire a fortement perturbé la montée en charge du dispositif Ifaq, avec en 2020 : le versement de la dotation sous la forme d'une enveloppe composite issue pour moitié des résultats 2019 et pour moitié d'un calcul de valorisation économique ; et en 2021 : le ralentissement de la montée en charge de la dotation Ifaq, passant de 450 à 400 millions d'euros. L'objectif initialement fixé en 2018 était pour mémoire d'atteindre une valorisation de 1 milliard d'euros pour l'Ifaq en 2022.

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caqes)

Le Caqes est un contrat tripartite signé entre les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) et l'Assurance Maladie, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (article 81 de la LFSS 2016). Ce dispositif fusionne cinq dispositifs contractuels antérieurs : le contrat de bon usage (CBU), le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) relatif aux prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP), le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) relatif aux dépenses de transport, le contrat de pertinence des soins et le contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé (Capes).

Le Caqes vient compléter les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec des objectifs de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques, tout en simplifiant les modalités de contractualisation avec les établissements de santé.

Dans sa première version, le contrat comprenait un volet « socle » obligatoire pour tous les établissements et des volets additionnels concernant des établissements spécifiquement ciblés. En 2020, sur 2 397 établissements de santé signataires, 45 % ont été intéressés au titre du Caqes, l'intéressement total étant de près de 11,5 millions d'euros.

En dépit de la simplification du nombre de contrats induit par ces premiers Caqes, un bilan réalisé en 2019 a montré que le dispositif demeurerait assez complexe, avec notamment un nombre très important d'indicateurs (20 étaient obligatoires, mais certains établissements pouvaient en avoir plus de 100), et qu'il pourrait être amélioré.

Des évolutions importantes des Caqes ont ainsi été portées par la LFSS 2020, mais leur mise en œuvre n'a pu être effective avant avril 2022, après un test en 2021 sur 254 établissements volontaires, du fait de la pandémie qui en a retardé la montée en charge. Le nouveau Caqes ne s'adresse plus désormais qu'aux établissements ciblés, y compris pour le volet « produits de santé », jusqu'ici obligatoire. Afin de clarifier la distinction avec le dispositif Ifaq, le Caqes a été recentré sur la pertinence et l'efficacité des soins sur les volets « produits de santé », « orga-

nisation des soins » et « promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations » en se basant sur un nombre limité d'indicateurs. Le contrat identifie sept indicateurs nationaux pour lesquels une économie potentielle de 47 millions d'euros

a été estimée et qui fondent un deuxième intéressement national qui prévoit le reversement de 20 à 30 % des économies réalisées aux établissements signataires.

TABLEAU 57

Résultats attendus des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) en 2022

Volet	Thématique de l'indicateur	Travaux en région	Nombre d'établissements de santé ciblés en 2022	Cibles en 2022	Gains 2023 (établissements de santé)	Économies de l'Assurance Maladie en 2022 = 47 millions d'euros
Produits de santé	Sensibiliser les établissements de santé sur la pertinence de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Auvergne-Rhône-Alpes	180	- 5 %	170 000 euros	850 000 euros
	Limiter la prescription des associations contenant statines + ézétimibe (seconde intention) et orienter les prescriptions vers les statines les plus efficaces	Centre-Val de Loire	125	- 5 %	98 000 euros	327 000 euros
	Inciter les établissements de santé à choisir les modalités de perfusions à domicile (Perfadam) les plus efficaces	Nouvelle-Aquitaine	405	- 5 %	2 millions d'euros	10 millions d'euros
	Inciter les services hospitaliers à améliorer la pertinence et l'efficacité des prescriptions de pansements	Hauts-de-France	190	Retour au coût moyen patient / catégorie d'établissements de santé	464 000 euros	1,5 million d'euros
Organisation des soins	Inciter les établissements de santé à prescrire les transports les plus efficaces	Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca)	340	- 1,67 point (- 5 points sur 3 ans)	6,3 millions d'euros	25,6 millions d'euros
Pertinence	Améliorer le parcours des patients insuffisants cardiaques réhospitalisés à 3 mois pour décompensation cardiaque	Bretagne	403	- 1 point du taux de réhospitalisation (- 3 sur 3 ans)	1,5 million d'euros	4,9 millions d'euros
	Améliorer la pertinence de prescription d' examens préanesthésiques (EPA) pour des actes de chirurgie mineure	Île-de-France	807	0 % de gestes évitables	1 million d'euros	3,6 millions d'euros

Source : Cnam

Les premiers enseignements des expérimentations de l'article 51

Au-delà des dispositifs de droit commun, le cadre expérimental de l'article 51 de la LFSS 2018 permet de tester d'autres modalités d'intéressement à la qualité. Ces intéressements sont généralement testés en complément d'un autre type de modèle économique, mais peuvent parfois faire l'objet de l'ensemble de la rémunération expérimentée. Ce cadre permet de tester la faisabilité de nouvelles modalités d'intéressement sur lesquelles baser de futures évolutions des dispositifs de droit commun. Parmi ces expérimentations, on retrouve des initiatives novatrices ou visant explicitement à faire évoluer le droit commun.

On peut citer par exemple, l'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep)¹²⁴ qui teste le concept de responsabilité populationnelle et qui a pour objectif d'inciter les acteurs à se fédérer autour d'un projet commun pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. Le mécanisme de financement proposé prend la forme d'un intéressement collectif, sous forme de bonus qui repose sur les principes suivants :

- complémentaire aux modes de rémunération principaux à l'acte ou à l'activité ;
- conditionné à l'atteinte d'objectifs de qualité et de maîtrise de dépenses, sans sanction financière en cas de non-atteinte des objectifs fixés ;
- versé à un groupement d'acteurs, qui définit sa clé de répartition en amont dans le cadre de sa gouvernance interne ;
- libre dans son utilisation, le groupement pouvant s'en servir soit pour consolider son projet commun (ingénierie de projet, mise en commun d'outils et de moyens, etc.), soit pour le reverser aux personnes physiques ou morales membres du groupement.

Une autre expérimentation appelée PromTime consiste à valoriser la transparence et la pertinence dans le cadre de la chirurgie de la cataracte au travers d'un intéressement individuel par chirurgien, complémentaire au paiement à l'acte. Cette expérimentation vise à démontrer que la transparence sur des données de mesure de la pertinence, exprimées par le service médical rendu, améliore la pertinence des soins. Le moyen utilisé ici est l'implication des patients et praticiens dans l'évaluation de la pertinence des soins, en permettant aux praticiens de comparer leurs services médicaux rendus et leur performance opératoire. L'impact de la transparence sur l'amélioration des services médicaux rendus et la performance opératoire est alors mesuré. L'intéressement est ici calculé sur la base de la mise à disposition de données à visée comparative par les chirurgiens et d'indicateurs de résultats rapportés par les patients (*Patient-Reported Outcome Measures* – PROMs). L'intéressement est donc dans un premier temps « à la transparence » puis dans un second temps aux résultats.

Un autre exemple est celui proposé dans le cadre de l'expérimentation « intéressement biosimilaires » qui décline une variante des modalités du Cages. Les établissements de santé participants perçoivent une part variable calculée à partir de leur taux de prescriptions de médicaments biosimilaires délivrés en ville

sur des médicaments identifiés. L'intéressement est calculé comme la différence entre le prix du médicament de référence et celui du biosimilaire, 30 % de la différence étant reversé à l'établissement et plus précisément au service prescripteur.

L'avancement de ces expérimentations en cours ne permet pas de statuer sur leur impact, et leur efficacité n'est pas encore établie, on peut cependant en tirer certains enseignements opérationnels quant à la faisabilité de la mise en place d'intéressements à la qualité, en particulier lorsque l'on souhaite valoriser des économies potentielles liées à une prise en charge globale et mettre en place un partage de ces économies. Les premiers enseignements dans le cadre des projets issus de l'article 51 montrent en effet les difficultés liées à ce type de démarche de partage d'économies proposé par certains porteurs de projet soucieux de démontrer l'efficacité et les économies générées par les prises en charge qu'ils proposent.

On peut à ce stade identifier deux niveaux de questionnements relatifs à l'introduction d'un tel mécanisme au sein d'une expérimentation de l'article 51, et plus largement dans un dispositif de droit commun :

- le premier axe concerne l'opportunité de la mise en place d'un intéressement : questionnant sa finalité, qui doit être cohérente avec l'objectif poursuivi dans l'expérimentation et reposer sur un argumentaire suffisamment étayé, il importe que le mécanisme qui en résulte soit lisible et simple pour les acteurs qui en sont l'objet. En d'autres termes, un intéressement ne doit pas être un gadget, mais doit répondre à un objectif clairement explicite ;
- le deuxième axe concerne la faisabilité du calcul de cet intéressement et, en premier lieu, le caractère mesurable et robuste des indicateurs envisagés, qu'il s'agisse de l'accessibilité aux sources des données, de leur fiabilité, des mécanismes de contrôle de la qualité des données, de la volumétrie significative de patients, de la temporalité des calculs, etc. ;
- de fait, les indicateurs et méthodes de calcul doivent permettre à la fois de bien mesurer le niveau des objectifs à atteindre, défini par le régulateur ou financeur, mais aussi le niveau des objectifs atteints par les professionnels ou l'organisation. En lien, il faut s'assurer que les acteurs disposent des marges de manœuvre nécessaires pour procéder aux améliorations, au regard des objectifs spécifiques d'amélioration portés par la part variable. Enfin, le mécanisme de transformation de l'indicateur en intéressement financier doit lui aussi être le plus simple et transparent possible.

D'une manière générale, l'expérience jusqu'à aujourd'hui de l'article 51 montre que la mise en place de dispositifs de financement à la qualité sous forme d'intéressement nécessite certains prérequis stratégiques et techniques et ne doit pas jouer un rôle ornemental. Ces mécanismes peuvent générer des travaux informatiques et statistiques importants qui en conditionnent la faisabilité initiale et la maintenance dans le temps. Ils doivent se baser sur des sources de données fiables et reproductibles permettant de calculer des indicateurs acceptés et facilement comparables.

¹²⁴ Les principes et modalités de l'expérimentation « incitation à une prise en charge partagée » (Ipep) ont été exposés dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2022 (<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>), pages 202 et 203.

Le recours aux données du système national des données de santé (SNDS) trouve vite ici ses limites, les dispositifs de droit commun utilisant largement les possibilités existantes, ou est difficilement exploitable. L'exemple de la diminution du recours à l'hospitalisation, souvent mise en avant comme un impact attendu des expérimentations, est en pratique très difficile à utiliser au regard du faible nombre de patients inclus, de la capacité à mettre en avant l'impact réel du projet sur cet indicateur toute chose égale par ailleurs, de la temporalité du calcul de cet indicateur.

À l'inverse, le recours à des indicateurs déclaratifs n'est pas une solution viable sur laquelle bâtir un tel système d'intéressement pour des raisons évidentes de qualité de données et de leur caractère exploitable. Le développement de sources

d'indicateurs alternatives, comme les indicateurs rapportés par les patients et l'incitatif à la transparence, expérimentés dans le cadre de l'article 51 sont des pistes intéressantes. Elles ne pourront cependant trouver leur voie vers le droit commun que dans le cadre d'une politique concertée à même de créer les conditions techniques et financières d'une généralisation.

6.3.2.3 Propositions et perspectives

Sur la base d'une revue de programmes agrémentée d'une revue de la littérature internationale, l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé propose un cadre descriptif des principales questions qui se posent lors de la conception d'un dispositif de paiement à la qualité (voir ci-dessous l'encadré en anglais).

CONCEPTION D'UN DISPOSITIF DE PAIEMENT À LA QUALITÉ : PRINCIPALES QUESTIONS

What to incentivize?

- Performance is ideally defined broadly, provided that the set of measures remains comprehensible
- Concerns that P4Q encourages risk selection and “teaching to the test” should not be dismissed
- P4Q incentives should be aligned with professional norms and values; it is vital that providers are actively involved in programme design and in the selection of performance measures

How to measure quality?

- Outcome measures should be included provided that risk-adjustment is sophisticated and sample size is sufficient. Other strategies to minimize incentives for risk selection may still be necessary
- Measure sets should at least incorporate “high-impact” measures; the more indeterminate aspects of care such as patient satisfaction and continuity of care are ideally also included or monitored

Who to incentivize?

- On balance, group incentives are preferred over individual incentives,

mainly because performance profiles are then more likely to be reliable

- Individual or small-group incentives, as well as using measures with small sample size, will become increasingly feasible as methods for constructing composite scores evolve
- Caution should be upheld in applying hybrid schemes (for example, using both group and individual incentives for a team with high interdependence among team members)

- Participation is ideally voluntary provided that broad participation among eligible providers can be realized

How to incentivize?

- Whether rewards or penalties should be used is context-dependent
- Offering providers a choice among schemes also including penalties may be considered
- Increasing the size of the incentive increases their strength up to a certain point
- Yet relatively low-powered payments are preferred, provided that providers' costs of improving

performance are covered

- Differentiated absolute targets across groups and/or a tiered series of absolute targets, possibly combined with additional “piece-rates” for each appropriately managed patient, are preferred over single targets and schemes using relative targets
- The time-lag between care delivery and payment should be minimize; P4P should be a permanent component of compensation and is ideally decoupled from base payments. Measures should be re-evaluated periodically and replaced or updated as necessary

How to implement and administer?

- Involving all relevant stakeholders, including providers, patients, and payers, right from the start of the programme development is key to its success
- Monitoring, structured feedback and sophisticated information technology will remain important in preventing undesired provider behaviour

Source : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé

La plupart des critiques formulées à l'encontre des dispositifs de paiement à la qualité ne disqualifient pas le principe de lier tout ou partie des paiements à la qualité, mais portent le plus souvent sur les modalités et les conditions d'un tel lien.

Sur cette base et en s'inspirant des recommandations de l'Observatoire européen, les évolutions suivantes peuvent être envisagées sur trois questions clés :

- à court terme, renforcer l'articulation des dispositifs d'incitation à la qualité, individuels, collectifs et entre la ville et l'hôpital ;
- expérimenter pour diversifier les modalités d'incitation à la qualité ;
- diversifier les outils de mesure de la qualité en mettant en place les conditions de mesures d'indicateurs cliniques et d'indicateurs rapportés par les patients.

Concernant l'alignement des dispositifs, l'enjeu principal est d'assurer la cohérence et la lisibilité des différents dispositifs incitatifs entre eux, mais également d'assurer la cohérence des signaux adressés aux acteurs avec les objectifs des politiques publiques. Les incitations financières devraient ainsi s'orienter vers les organisations et les modalités de travail qui favorisent la coopération, la coordination, la prévention et la prise en charge globale des patients. On peut ainsi identifier six propositions simples sur leur principe :

- favoriser les dispositifs d'intéressement collectifs lorsque les professionnels sont dans une logique d'exercice collectif :
 - proposer à des groupes de médecins volontaires une Rosp médecin traitant d'équipe se substituant à la Rosp médecin traitant individuelle et basée sur des objectifs plus ambitieux avec un intéressement mieux valorisé ;
 - proposer la mise en place d'une Rosp-ACI complémentaire aux financements ACI pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) volontaires. Ces financements pourraient décliner le dispositif Ipep pour les équipes disposant de patientèles médecin traitant d'effectif suffisant avec une logique d'intéressement aux économies réalisées conditionnée à des indicateurs de qualité ;
- étendre le champ de la Rosp à de nouvelles spécialités médicales ;
- simplifier et améliorer la lisibilité de la Rosp en diminuant le nombre d'indicateurs du dispositif et en limitant le nombre d'indicateurs déclaratifs ;
- accompagner et aligner les dispositifs de formation continue aux objectifs portés par les dispositifs d'incitation à la qualité ; cela pourrait notamment passer par l'intégration d'une obligation de formation sur un des thèmes de la Rosp pour bénéficier de cette rémunération ;
- assurer l'alignement des dispositifs incitatifs de manière cohérente entre la ville et l'hôpital :
 - de manière systématique : assurer la cohérence des différents dispositifs incitatifs de la médecine de ville et de l'hôpital autour d'une même thématique correspondant à des objectifs des politiques de santé, une première étape pourrait être de décliner, dans la Rosp et les dispositifs lfaq et Cages, des indicateurs sur l'amélioration des parcours de l'insuffisance cardiaque ;
 - pour des groupements ville/hôpital volontaires : mettre en place un intéressement Ipep partagé, porté par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), avec

un intéressement aux économies réalisées conditionné à des indicateurs de qualité ;

- publier annuellement, dans le cadre des travaux du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), les résultats globaux et les évolutions des dispositifs d'incitation à la qualité portant sur la ville et l'hôpital ;
- animer des actions d'amélioration de la qualité comme les groupes « qualité en ville », en complémentarité avec les incitations financières et en cohérence avec les attentes des patients et des professionnels.

Concernant la diversification des modalités d'incitation à la qualité, des dispositifs qui permettent de financer les conditions de la qualité doivent être expérimentés, notamment dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 :

- définir avec les sociétés savantes les contours d'un dispositif de « *best practice tariff* » en chirurgie, en se basant sur une étude de comparaison internationale de ce dispositif. L'expérimentation pourrait porter sur deux épisodes de soins, l'un en chirurgie orthopédique, l'autre en cancérologie sur une chirurgie soumise à des seuils d'autorisation. Ce dispositif pourrait être expérimenté en prolongement de l'expérimentation « épisode de soins » ;
- expérimenter et développer le paiement à la transparence et au *benchmark*, comme première étape d'une diversification des modalités de financement à la qualité :
 - suivre les résultats de l'expérimentation PromTime menée sur la chirurgie de la cataracte et construire sur cette base le cahier des charges d'une expérimentation nationale qui pourrait être lancée en 2024 ;
 - développer le recours à des indicateurs de description des pratiques qui permettent dans un premier temps de financer le recueil d'indicateurs cliniques de qualité ou des données nécessaires pour les calculer (payer pour voir) et aboutir à des registres cliniques. Il est important ici de rappeler que les modes de financement arrivent rarement à eux seuls à modifier les comportements, mais qu'il faut les compléter d'autres actions, qu'il s'agisse de publication des résultats, d'animation de communautés de professionnels, voire de formation pour accompagner l'amélioration des indicateurs utilisés.

Concernant les outils de mesure, il s'agit de trouver un juste équilibre entre des indicateurs fiables, opposables et reproductibles et donc calculés à partir de sources comme le SNDS, et des indicateurs plus fins et aujourd'hui encore trop souvent déclaratifs. Un autre équilibre est à trouver entre des indicateurs de parcours, de qualité et d'efficience, de moyens et de résultats. Un dernier équilibre est à trouver entre des indicateurs descriptifs de pratique et la perspective des patients. On peut à ce stade identifier trois propositions :

- réaliser un *benchmark*, en France et à l'international, des outils numériques innovants permettant de recueillir et d'analyser de manière simplifiée des indicateurs de mesure de la qualité, en ville et à l'hôpital ;
- organiser un concours d'innovation pour définir les outils de demain, et notamment la contribution de l'intelligence artificielle dans la génération automatique d'indicateurs à partir des systèmes d'information cliniques ;

– développer des indicateurs de résultats ou d'expérience rapportés par les patients en tirant les enseignements des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 et dans la perspective d'une intégration de ces indicateurs dans Mon espace santé et le portail des professions de santé.

6.3.3

Les résultats de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) à fin décembre 2021 : médecin traitant de l'adulte – médecin traitant de l'enfant – cardiologue – gastro-entérologue – endocrinologue

6.3.3.1 Principaux résultats

L'année 2021 a vu une grande majorité d'indicateurs s'orienter à la hausse traduisant un investissement renforcé des médecins libéraux sur les objectifs de santé publique.

L'année 2021 a vu une reprise positive des indicateurs pour la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) du médecin traitant de l'adulte

Concernant la Rosp du médecin traitant de l'adulte, après la forte baisse observée l'an passé due à la pandémie, l'indicateur de dosages d'hémoglobine glyquée (HbA1c) chez les patients diabétiques progresse significativement (+ 2,0 points). Les deux autres indicateurs relatifs au diabète restent stables (légère baisse du dépistage de la maladie rénale chronique – MRC – avec - 0,3 point).

L'indicateur de dépistage de la MRC chez les patients hypertendus s'améliore (+ 0,8 point) : 36 % des médecins dépassent l'objectif cible.

Concernant les indicateurs de prévention, après la forte hausse des indicateurs « grippe » en 2020 avec la pandémie, les deux indicateurs sont en baisse, mais restent à un niveau supérieur à celui observé avant la pandémie : 61,2 % des 65 ans et plus (56,4 % en 2019 et 64,2 % en 2020) et 37,0 % des patients à risque (34,9 % en 2019 et 40,9 % en 2020) se sont vaccinés.

La prévention du cancer colorectal est très bien orientée après le ralentissement observé l'an passé (+ 3,8 points) soit 453 000 patients mieux traités. La prévention du cancer du sein et du cancer du col s'améliore légèrement (respectivement + 0,3 et + 0,2 point).

S'agissant des indicateurs d'efficience, la prescription dans le répertoire d'antihypertenseurs progresse de 1,3 point, soit 2 108 000 boîtes prescrites en plus dans le répertoire par rapport au hors répertoire et la prescription dans le répertoire de statines et autres traitements conserve un niveau élevé (62 %

des médecins se situent au-dessus de l'objectif cible) malgré une baisse de 1,8 point cette année.

La progression de la prescription de biosimilaires se poursuit pour s'établir à 32,6 % de boîtes prescrites (+ 5,8 points). Les indicateurs décroissants sur les inhibiteurs de la pompe à protons et l'ézétimibe sont quant à eux mal orientés, respectivement + 1,8 et + 1,9 point.

Le montant moyen de rémunération de la Rosp des médecins traitants de l'adulte reste stable et s'élève à 4 891 euros par médecin pour les médecins généralistes et médecins à expertise particulière (MEP) (contre 4 909 en 2020 et 4 820 euros en 2019) rattrapant ainsi le montant moyen d'avant-crise¹²⁵.

Au global, 64 801 médecins sont rémunérés pour un montant total de 263,9 millions d'euros (contre 267,4 millions pour 65 680 médecins rémunérés en 2021). La légère baisse de la rémunération globale par rapport à l'an dernier s'explique par la diminution du nombre de médecins éligibles, liée à l'augmentation du nombre de médecins en cessation d'activité.

Rosp des cardiologues

Les indicateurs de la Rosp des cardiologues sont en majorité bien orientés pour cette année 2021.

En effet, la rémunération moyenne s'élève à 2 016 euros en moyenne pour 4 414 cardiologues soit 8,9 millions d'euros (contre 2 093 euros en moyenne pour 4 412 médecins rémunérés et 9,2 millions versés au total l'année précédente).

Rosp des gastro-entérologues

Les indicateurs de la Rosp des gastro-entérologues sont tous bien orientés en 2021.

Cette hausse des indicateurs permet de retrouver un niveau de rémunération globale versée de 2,8 millions d'euros pour 1 995 médecins (soit 1 391 euros en moyenne), proche du montant versé en 2019 de 2,9 millions d'euros.

Rosp des endocrinologues

Les résultats des indicateurs de la Rosp des endocrinologues sont mitigés. On note une forte hausse de l'indicateur relatif aux soins de podologie (+ 4,9 points). À l'inverse, l'indicateur portant sur l'autonomisation de la mise sous insuline des personnes diabétiques de moins de 80 ans est en baisse de 1,9 point.

La rémunération Rosp des endocrinologues pour 2021 est en hausse (+ 4 %), soit 1,1 million d'euros versés pour 786 médecins, soit 1 438 euros en moyenne.

Rosp du médecin traitant de l'enfant

Pour 2021, les pédiatres affichent de meilleurs résultats que les professionnels de santé libéraux sur l'ensemble des indicateurs, à l'exception de celui relatif au traitement par corticoïdes inhalés ou antileucotriènes où les pédiatres sont au même niveau que les autres professionnels. Pour 2021, le montant total versé s'élève à 12,7 millions d'euros (+ 9,5 %), la rémunération moyenne s'élève à 1 020 euros pour les pédiatres.

125 Pour rappel, la situation très atypique de l'année 2020 ayant perturbé le calcul de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), des mesures d'ajustement avaient été définies avec les représentants des médecins.

6.3.3.2 Résultats détaillés par spécialité

TABLEAU 58

Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les médecins traitants (libéraux)

		Résultats à fin décembre 2016	Résultats à fin décembre 2017	Résultats à fin décembre 2018	Résultats à fin décembre 2019	Résultats à fin décembre 2020	Résultats à fin décembre 2021	Évolution (en points) 2020 - 2021
Prévention	Grippe							
	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	52,9 %	52,9 %	55,3 %	56,4 %	64,2 %	61,2 %	- 3,0
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	31,2 %	31,2 %	33,3 %	34,9 %	40,9 %	37,0 %	- 3,9
	Dépistage des cancers							
	Dépistage du cancer du sein	67,3 %	66,1 %	66,4 %	66,2 %	63,2 %	63,4 %	0,2
	Dépistage du cancer du col ^(d)	56,9 %	56,8 %	56,1 %	55,0 %	53,4 %	53,7 %	0,3
	Dépistage du cancer colorectal ^(c)	22,9 %	29,1 %	28,1 %	30,8 %	30,5 %	34,3 %	3,8
	Iatrogénie médicamenteuse							
	Patient âgé sous psychotropes	5,3 %	5,0 %	4,8 %	4,6 %	4,5 %	4,4 %	- 0,1
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	41,6 %	40,9 %	42,4 %	41,0 %	42,9 %	43,7 %	0,8
	Traitement par benzodiazépine anxiolytique	15,1 %	15,0 %	14,8 %	14,3 %	15,0 %	15,2 %	0,2
	Antibiothérapie							
	Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	39,5	36,1	35,8	32,9	24,3	23,3	- 0,9
	Antibiorésistance	43,2 %	39,5 %	36,9 %	34,7 %	34,7 %	34,4 %	- 0,3
Suivi des pathologies chroniques	Diabète							
	Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique ^(c)	79,0 %	78,7 %	79,4 %	79,7 %	76,9 %	78,9 %	2,0
	Fond d'œil chez le diabétique ^(b)	62,9 %	62,0 %	65,8 %	68,1 %	67,0 %	67,0 %	0,1
	Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique ^(b)	31,0 %	34,9 %	40,9 %	43,4 %	42,5 %	42,2 %	- 0,3
	HTA							
	Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu ^(b)	7,0 %	9,0 %	22,3 %	24,8 %	24,6 %	25,4 %	0,8
	Risque cardiovasculaire							
	Prévention secondaire du risque cardiovasculaire	44,2 %	43,6 %	43,7 %	43,9 %	44,1 %	44,9 %	0,8
	Surveillance d'un traitement par anti vitamine K ^(b)	79,0 %	80,2 %	85,5 %	84,1 %	80,4 %	79,8 %	- 0,6



Optimisation et efficacité des prescriptions	Indicateurs	Résultats à fin décembre 2016	Résultats à fin décembre 2017	Résultats à fin décembre 2018	Résultats à fin décembre 2019	Résultats à fin décembre 2020	Résultats à fin décembre 2021	Évolution (en points) 2020 - 2021
	Prescription dans le répertoire (ou biosimilaires)							
	Statine dans le répertoire des génériques	90,3 %	90,7 %	98,1 %	97,0 %	95,4 %	93,5 %	- 1,8
	Antihypertenseur dans le répertoire des génériques	86,5 %	88,5 %	92,7 %	95,3 %	93,3 %	94,7 %	1,3
	Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques	47,1 %	Indicateurs neutralisés					
	Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques	78,9 %						
	Autres traitements dans le répertoire des génériques ^(a)	47,1 %	62,2 %	62,3 %	64,7 %	61,0 %	59,8 %	- 1,1
	Biosimilaires de l'insuline glargine ^(a)	0,2 %	2,8 %	9,1 %	19,7 %	26,8 %	32,6 %	5,8
	Efficacité des prescriptions							
	Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons			30,9 %	30,1 %	30,8 %	32,6 %	1,8
ID	Traitement par ézétimibe			11,0 %	12,0 %	13,5 %	15,4 %	1,9
	Traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine	87,2 %	87,9 %	88,4 %	88,9 %	89,2 %	89,7 %	0,5
	Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	80,6 %	81,4 %	82,3 %	83,0 %	83,6 %	83,6 %	- 0,0
	Hormonémies thyroïdiennes ^(a)	86,7 %	89,1 %	90,7 %	91,0 %	91,1 %	91,0 %	- 0,2

(a) Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2017 — (b) Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2018 — (c) Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2019 — (d) Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2020

Champ : indicateurs calculés à partir du SNDS pour la patientèle médecin traitant adulte fidèle des médecins
Source : Cnam (SNDS)

TABLEAU 59

Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les médecins traitants adultes (centres de santé)

Indicateurs		Résultats à fin décembre 2016	Résultats à fin décembre 2017	Résultats à fin décembre 2018	Résultats à fin décembre 2019	Résultats à fin décembre 2020	Résultats à fin décembre 2021	Évolution (en points) 2020 - 2021
Prévention	Grippe							
	Vaccination antigrippale des personnes âgées de 65 ans et plus	40,1 %	40,2 %	42,3 %	43,9 %	50,1 %	49,4 %	- 0,7
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	26,4 %	26,7 %	29,2 %	31,3 %	36,1 %	33,2 %	- 2,9
	Dépistage des cancers							
	Dépistage du cancer du sein	61,1 %	59,9 %	59,9 %	60,2 %	57,8 %	58,3 %	0,4
	Dépistage du cancer du col ^(d)	50,2 %	49,8 %	48,9 %	47,8 %	46,1 %	45,7 %	- 0,4
	Dépistage du cancer colorectal ^(c)	17,1 %	23,7 %	23,7 %	24,5 %	24,9 %	28,8 %	3,9
	Latrogénie médicamenteuse							
	Patient âgé sous psychotropes	3,0 %	2,9 %	2,9 %	2,7 %	2,7 %	2,8 %	0,1
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	39,7 %	39,1 %	41,9 %	41,4 %	43,4 %	43,9 %	0,5
	Traitement par benzodiazépine anxiolytique	13,1 %	13,8 %	14,0 %	13,7 %	14,7 %	15,4 %	0,7
	Antibiothérapie							
	Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	26,7	24,2	23,6	21,6	15,4	14,2	- 1,2
	Antibiorésistance	37,6 %	36,7 %	35,4 %	34,2 %	33,4 %	32,7 %	- 0,8
Suivi des pathologies chroniques	Diabète							
	Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique ^(c)	71,1 %	71,2 %	72,4 %	73,2 %	70,5 %	74,0 %	3,5
	Fond d'œil chez le diabétique ^(b)	65,8 %	62,2 %	66,9 %	70,1 %	69,7 %	71,0 %	1,2
	Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique ^(b)	41,0 %	41,8 %	43,2 %	44,9 %	44,2 %	43,7 %	- 0,5
	HTA							
	Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu ^(b)	12,0 %	12,3 %	27,1 %	28,0 %	27,2 %	27,8 %	0,6
	Risque cardiovasculaire							
	Prévention secondaire du risque cardiovasculaire	38,5 %	38,2 %	38,9 %	39,4 %	39,7 %	41,9 %	2,2
	Surveillance d'un traitement par anti vitamine K ^(b)	63,1 %	68,4 %	74,8 %	74,3 %	74,1 %	75,1 %	1,0

Indicateurs décroissants (ID)

Indicateurs		Résultats à fin décembre 2016	Résultats à fin décembre 2017	Résultats à fin décembre 2018	Résultats à fin décembre 2019	Résultats à fin décembre 2020	Résultats à fin décembre 2021	Évolution (en points) 2020 - 2021
Optimisation et efficience des prescriptions	Prescription dans le répertoire (ou biosimilaires)							
	Statine dans le répertoire des génériques	92,5 %	92,6 %	98,2 %	97,3 %	95,7 %	94,0 %	- 1,7
	Antihypertenseur dans le répertoire des génériques	85,7 %	87,7 %	92,6 %	95,1 %	92,9 %	94,6 %	1,7
	Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques	44,4 %	Indicateurs neutralisés					
	Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques	71,1 %						
	Autres traitements dans le répertoire des génériques ^(a)	44,4 %	62,1 %	62,4 %	65,2 %	62,2 %	61,4 %	- 0,7
	Biosimilaires de l'insuline glargine ^(c)	0,3 %	2,6 %	6,4 %	14,2 %	21,5 %	27,2 %	5,7
	Efficience des prescriptions							
	Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons			36,0 %	35,7 %	35,6 %	37,0 %	1,4
	Traitement par ézétimibe			8,8 %	9,9 %	11,4 %	13,6 %	2,2
	Traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine	88,2 %	89,0 %	89,2 %	89,5 %	90,0 %	90,5 %	0,6
	Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	87,5 %	87,5 %	87,7 %	87,9 %	88,2 %	87,5 %	- 0,7
	Hormonémies thyroïdiennes ^(a)	78,0 %	80,2 %	82,6 %	84,6 %	85,8 %	86,0 %	0,3

(a) Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2017 – (b) Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2018 – (c) Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2019 – (d) Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2020

Champ : indicateurs calculés à partir du SNDS pour la patientèle médecin traitant adulte fidèle des centres de santé
Source : Cnam (SNDS)

TABLEAU 60

Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les médecins traitants de l'enfant (libéraux)

		Résultats à fin décembre 2016	Résultats à fin décembre 2017	Résultats à fin décembre 2018	Résultats à fin décembre 2019	Résultats à fin décembre 2020	Résultats à fin décembre 2021	Évolution (en points) 2020 - 2021
Prévention	Vaccination							
	2 doses vaccin ROR chez les enfants de moins de 2 ans	75,7 %	78,1 %	83,1 %	84,3 %	85,9 %	87,0 %	1,1
	1 dose vaccin antiméningocoque C chez les enfants de moins de 18 mois	75,3 %	80,5 %	89,2 %	95,1 %	97,4 %	98,0 %	0,6
	Antibiorésistance							
	Part des C3 ou C4 des enfants de moins de 4 ans traités par antibiotiques	34,0 %	27,0 %	24,1 %	21,3 %	20,1 %	20,5 %	0,4
	Part des C3 ou C4 des enfants de plus de 4 ans traités par antibiotiques	22,8 %	19,3 %	17,2 %	15,2 %	14,1 %	14,6 %	0,4
	Suivi bucco-dentaire							
	Examen bucco-dentaire chez les enfants de moins de 16 ans	76,5 %	76,9 %	76,9 %	77,4 %	71,9 %	74,1 %	2,2
Suivi des pathologies chroniques	Asthme							
	Asthme persistant (1-16 ans) traités par CI (corticoïdes inhalés) ou ALT (anti-leucotriènes)	54,8 %	54,1 %	53,0 %	53,9 %	55,5 %	50,9 %	- 4,6
	Asthme persistant (6-16 ans) avec au moins une exploration fonctionnelle respiratoire par an	38,4 %	39,8 %	43,3 %	43,2 %	41,3 %	42,8 %	1,5

Champ : indicateurs calculés à partir du SNDS pour la patientèle médecin traitant enfant des médecins
Source : Cnam (SNDS)

TABLEAU 61

Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les cardiologues (libéraux)

	Indicateurs	Résultats à fin décembre 2016	Résultats à fin décembre 2017	Résultats à fin décembre 2018	Résultats à fin décembre 2019	Résultats à fin décembre 2020	Résultats à fin décembre 2021	Évolution (en points) 2020 - 2021
Prévention	HTA							
	Hypertension artérielle sous trithérapie	68,1 %	68,3 %	68,5 %	69,6 %	70,6 %	70,9 %	0,3
	Surveillance biologique sous trithérapie anti-HTA	89,4 %	90,0 %	90,4 %	91,4 %	91,2 %	92,2 %	1,0
	Latrogénie							
	Limitier la durée des traitements antiagrégants	67,9 %	66,6 %	65,1 %	63,3 %	61,3 %	61,1 %	- 0,2
Suivi des pathologies chroniques	Infarctus du myocarde							
	Traitement post infarctus du myocarde	34,2 %	33,5 %	32,2 %	32,0 %	32,4 %	32,4 %	0,0
	Insuffisance cardiaque							
	Traitement de l'insuffisance cardiaque	63,4 %	63,4 %	64,1 %	65,8 %	66,5 %	67,3 %	0,8
Efficience des prescriptions	Prescription dans le répertoire							
	Antihypertenseurs génériques	86,1 %	90,9 %	93,3 %	92,6 %	91,8 %	92,6 %	0,8
	Statines génériques	91,2 %	95,0 %	93,8 %	89,9 %	84,7 %	80,0 %	- 4,7

Champ : indicateurs calculés à partir du SNDS pour la patientèle médecin traitant correspondante des cardiologues
Source : Cnam (SNDS)

TABLEAU 62

Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les gastro-entérologues (libéraux)

Indicateurs		Résultats à fin décembre 2016	Résultats à fin décembre 2017	Résultats à fin décembre 2018	Résultats à fin décembre 2019	Résultats à fin décembre 2020	Résultats à fin décembre 2021	Évolution (en points) 2020 - 2021
Prévention	Dépistage du cancer colorectal							
	Coloscopie totale avec polypectomie	3,1 %	3,7 %	3,6 %	3,6 %	3,5 %	3,2 %	- 0,3
	Éradication Helicobacter Pylori							
	Contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori	58,9 %	61,3 %	63,1 %	63,5 %	57,1 %	64,1 %	6,9
Suivi des pathologies chroniques	Cancer colorectal							
	Imagerie après intervention pour cancer colorectal	73,5 %	74,9 %	77,3 %	79,1 %	78,7 %	80,5 %	1,8
	Actes et consultations externes (ACE) après intervention pour cancer colorectal	27,4 %	27,2 %	27,2 %	28,0 %	27,9 %	28,8 %	0,9
	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici)							
	Protéinurie pour Mici sous 5-ASA	38,4 %	38,8 %	39,7 %	41,0 %	39,9 %	41,9 %	2,0
	NFS-plaquettes pour Mici sous azathioprine	71,2 %	70,7 %	70,2 %	70,8 %	67,2 %	69,6 %	2,3

Champ : indicateurs calculés à partir du SNDS pour la patientèle médecin traitant correspondante des gastro-entérologues

Source : Cnam (SNDS)

TABLEAU 63

Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les endocrinologues (libéraux)

	Indicateurs	Résultats à fin décembre 2016	Résultats à fin décembre 2017	Résultats à fin décembre 2018	Résultats à fin décembre 2019	Résultats à fin décembre 2020	Résultats à fin décembre 2021	Évolution (en points) 2020 - 2021
Prévention	Diabète							
	Soins de podologie chez le diabétique		51,0 %	51,9 %	52,9 %	50,0 %	55,0 %	4,9
Suivi des pathologies chroniques	Diabète							
	Diabétiques de moins de 70 ans traités par insulinothérapie « basal bolus »		88,6 %	85,6 %	79,6 %	89,2 %	88,1 %	- 1,0
	Thyroïde							
	Dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline		69,5 %	70,3 %	72,3 %	71,2 %	71,6 %	0,4
	Cytoponction avant opération d'un nodule thyroïdien		48,4 %	50,0 %	54,5 %	57,9 %	56,9 %	- 1,0
Efficience des prescriptions	Diabète							
	Autonomisation du diabétique de moins de 80 ans en initiation par l'insuline		69,5 %	70,6 %	70,4 %	69,0 %	67,1 %	- 1,9
	Initiation par l'insuline à l'hôpital chez le diabétique de moins de 80 ans		26,0 %	23,9 %	22,9 %	20,8 %	20,5 %	- 0,3
								Indicateurs décroissants

Champ : indicateurs calculés à partir du SNDS pour la patientèle médecin traitant correspondante des endocrinologues
Source : Cnam (SNDS)

6.4 FINANCEMENTS INNOVANTS ET MALADIES CHRONIQUES : LES PREMIERS ENSEIGNEMENTS DE L'ARTICLE 51 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (LFSS) 2018

Un nombre important de projets expérimentés dans le cadre de l'article 51 concerne des patients atteints de pathologies chroniques, près de la moitié des projets déposés ciblant ces populations. Les thématiques abordées par ces projets illustrent l'écart qu'il peut y avoir entre les bonnes pratiques médicales et les résultats attendus dans la prise en charge des maladies chroniques, d'une part, et les modalités d'organisation et de financement de cette prise en charge, d'autre part.

La prise en charge des maladies chroniques nécessite en effet un haut degré de coordination, puisqu'elle mobilise un nombre parfois important d'acteurs différents sur des périodes longues et repose sur des interventions d'une complexité croissante, associant suivi médical et infirmier et interventions médicalementes et non médicamenteuses.

Les problématiques mises en avant par les porteurs de projet peuvent être regroupées en trois grandes catégories : 1) les parcours de soins peuvent être désorganisés et erratiques, sujets à des ruptures de la continuité des soins souvent délétères, les acteurs n'ayant pas ou peu d'incitation à coopérer en pratique, 2) le panier de soins remboursé par l'Assurance Maladie peut être incomplet et certaines composantes de prise en charge, pourtant objet de recommandations établies, n'en font pas partie, et 3) des fonctions plus organisationnelles, de coordination en général, pourtant essentielles au parcours, peuvent ne pas être explicitement visibles ou valorisées. Certains projets peuvent viser à répondre à plusieurs de ces points.

Les projets se construisent autour d'un ou plusieurs parcours, séquences ou épisodes de soins dont les contours sont plus ou moins bien définis. Ces parcours impliquent plusieurs organisations ou professionnels de santé, fréquemment dans le cadre d'organisations de soins coordonnés et pluriprofessionnels, en ville, à l'hôpital ou dans le secteur médico-social.

6.4.1

Le financement à l'épisode de soins

Le financement par forfait de l'épisode ou du parcours de soins en question apparaît comme une solution adaptée pour répondre aux problématiques soulevées par les acteurs. Un forfait permet en effet d'englober certains éléments de l'épisode, absents du panier de soins remboursé, mais aussi de solidariser financièrement les acteurs de cet épisode, et le plus souvent, de valoriser des éléments de coordination, peu ou pas valorisés dans le droit commun. C'est de fait le mode le plus fréquemment expérimenté dans le cadre de l'article 51, bien que derrière ce

terme générique de forfait à l'épisode de soins, on retrouve une grande diversité de modèles.

Les modèles varient en premier lieu sur le périmètre du forfait. L'extension du panier de soins, qui n'est pas systématique dans les projets de l'article 51, concerne fréquemment des professions intervenant dans les parcours sans être des professions de santé (diététicien, psychologue, intervenant en activité physique...), des fonctions sociales (assistante et assistant social(e), médiation en santé, interprétariat) ou encore des outils numériques ou des actions d'éducation ou d'accompagnement numériques, tous dans des cadres recommandés par la Haute Autorité de santé (HAS), ou soutenus par des éléments de preuve suffisants. C'est cette dimension qui est source de la plus grande variété, reflet de la diversité des situations cliniques visées par les expérimentations. Il ne s'agit pas tant de densifier les soins, mais plutôt de tester de nouveaux éléments d'accompagnement ou d'éducation qui visent également à donner plus d'autonomie aux patients dans la gestion de leur maladie.

En donnant une rémunération commune à un groupe de professionnels pour une série articulée et cohérente de soins, au lieu de les rémunérer séparément, le forfait pluriprofessionnel à l'épisode crée un mécanisme de solidarité financière entre les acteurs, censée matérialiser l'épisode de soins ainsi que le rôle et la responsabilité de chacun dans son bon déroulement. Le degré de solidarité est également variable selon l'expérimentation concernée et le mode de calcul et de répartition du forfait adopté.

Les projets peuvent reposer sur un ou plusieurs forfaits, soit alternatifs, pour correspondre à des parcours de complexité différente par exemple, soit séquentiels, lorsque la prise en charge est organisée en plusieurs temps distincts ou englobe une durée trop importante. Le forfait peut être rétrospectif (ou virtuel) ou prospectif. Dans le premier cas, les modalités de financement de base des acteurs ne sont pas modifiées, mais un calcul est fait à l'issue de la prise en charge et les dépenses observées pour un patient sont comparées à un forfait de référence, l'écart entre les deux pouvant conduire au versement d'un « bonus » si la prise en charge observée est moins coûteuse que la prise en charge de référence, ou d'un « malus » dans la situation inverse. Les professionnels ne connaissent alors le montant final total de leur rémunération qu'après l'application du mécanisme de comparaison. Dans le cas des forfaits prospectifs, le montant de la rémunération est connu d'avance et le forfait est versé en lieu et place de tout autre paiement. Cette modalité est évidemment plus engageante pour les expérimentateurs qui sont exposés à des niveaux de risque financier plus élevés, mais elle est aussi beaucoup plus incitative au découplage et à la coordination.

TABLEAU 64

Exemples de forfaits à l'épisode de soins en cours d'expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018

Projet	Nombre de forfait(s)	Forfait alternatif ou séquentiel	Type(s) d'intervenant(s) dans le ou les forfaits
CoPa : coaching parental en Grand Est Accès à un accompagnement postnatal par des auxiliaires de puériculture, complémentaire et coordonné avec les dispositifs déjà existants	2	Forfaits alternatifs : - forfait d'accompagnement standard - forfait d'accompagnement renforcé	Auxiliaire de puériculture, sage-femme libérale
Équip'Addict Prises en charge et accès à des soins de proximité pour les patients présentant une situation complexe avec une ou plusieurs conduites addictives	1	Forfait séquentiel basé sur une prise en charge moyenne	Médecin généraliste, psychologue, travailleur social, coordinateur administratif
Pascia'Mans^(a) en Pays de la Loire Structuration d'un parcours de santé pour la population précaire, dont des migrants, par un accompagnement médico-social mobilisant les professionnels de santé de premier recours et des professionnels du secteur social	4	Forfaits alternatifs : - forfaits pour les allophones - forfait pour les précaires Forfaits séquentiels : - forfait pour l'année 1 - forfait pour les années 2 à 5 (correspondant à celui de l'année 1 mais sans le bilan)	Médecin généraliste, infirmier, psychologue, pharmacien, coordinateur de parcours de santé, médiateur en santé, interprète
Structure libérale légère Organisation souple, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle, flexible et sur le long terme des patients nécessitant une réhabilitation cardiaque	2	Forfaits séquentiels : - forfait initial - forfait complémentaire (avec des séances collectives de kinésithérapie et de sciences et techniques des activités physiques et sportives -Staps- en plus pour certains patients ayant eu le forfait initial)	Infirmier, aide-soignant, secrétaire, kinésithérapeute, psychologue, intervenant en activité physique adaptée (Staps), diététicien
PacO^(b) en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) Améliorer la prise en charge immédiate (pertinence de l'indication, du bilan préopératoire, de la préparation) et à long terme (suivi, diminution des perdus de vue, évaluation du service médical rendu) de patients candidats à la chirurgie bariatrique en favorisant la structuration pluriprofessionnelle en établissement en lien avec la ville	2	Forfaits séquentiels : - forfait préopératoire par patient et par an - forfait postopératoire par patient et par an pour les 4 années de suivi	Psychologue, diététicien, kinésithérapeute/enseignant en activité physique adaptée, coordinateur de parcours (pouvant être : assistant administratif, infirmier, diététicien, enseignant en activité physique adaptée - APA)

Projet	Nombre de forfait(s)	Forfait alternatif ou séquentiel	Type(s) d'intervenant(s) dans le ou les forfaits
D-Nut Mise en place d'un parcours de prise en charge à domicile du patient dénutri par une équipe pluriprofessionnelle, incluant des prises en charge diététiques et physiques, coordonné et suivi par un infirmier diplômé d'État libéral (Idel) en appui du médecin généraliste du patient	2	Forfaits séquentiels : - forfait « Dénutrition » à la séquence de soins sur 4 mois - forfait renouvelable sur 2 mois pour certains patients nécessitant une prolongation de la prise en charge	Médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, diététicien, infirmier de parcours, et en fonction des besoins des patients : psychologue, ergothérapeute, enseignant APA

(a) Pascia'Mans : parcours accompagné de santé coordonné innovant adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des quartiers Sud du Mans
 (b) PacO : Paca Obésité

Source : Cnam, rapporteure générale article 51

Les cahiers des charges des expérimentations sont accessibles au lien suivant : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentations-en-cours>

ENCADRÉ 28

EXPÉRIMENTATION D'UN FINANCEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS (EDS) CHIRURGICAL

Objectifs de l'expérimentation

Tester le caractère incitatif d'un paiement forfaitaire global pour la mise en place et le développement d'organisations innovantes entre les acteurs :

- favoriser la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers ;
- intégrer l'évolution des pratiques professionnelles ;
- assurer la continuité du suivi des patients ;
- prendre en compte l'expérience des patients ;
- améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Trois épisodes de soins concernés par l'expérimentation :

- colectomie pour cancer programmée ;
- prothèse totale de hanche programmée ;
- prothèse totale de genou programmée.

Les principes du modèle « EDS »

Le modèle EDS repose sur une approche forfaitaire de l'épisode de soins avec un modèle économique forfaitaire bâti sur une double composante « performance économique » et « qualité ».

La composante « performance économique » compare pour chaque patient la dépense observée (issue des bases du système national des données de santé – SNDS) et la dépense cible pour le parcours de soins prédit (prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR)/hospitalisation à domicile (HAD) ou retour à domicile après la chirurgie). Cette dépense cible correspond à la dépense moyenne observée au niveau national pour un patient « comparable ». Le calcul de cette dépense cible fait donc intervenir un ajustement au risque, c'est-à-dire qu'elle prend en compte les caractéristiques du patient (comorbidités et facteurs de risque) à l'entrée du

séjour chirurgical inaugural. En parallèle, il est également calculé au niveau de l'établissement un montant théorique permettant de couvrir les risques de survenue de réhospitalisations.

Finalement, il est possible de calculer au niveau de l'établissement et pour l'ensemble des patients, un écart entre la dépense cible (parcours prédit + éventuelles réhospitalisations) et la dépense observée. Cet écart constitue le « résultat économique » dont une partie pourra être redistribuée à l'établissement (lorsque les dépenses cibles sont supérieures aux dépenses observées).

La mise en œuvre de la combinaison optimale des soins strictement nécessaires et adaptés à la prise en charge de chaque patient sur l'ensemble de l'épisode doit permettre de maîtriser les dépenses en évitant les soins inutilement onéreux ou les soins redondants par une meilleure coordination des professionnels intervenant dans le parcours.

La composante qualité fonctionne quant à elle sur le même principe que le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq).

Une enveloppe qualité est prédéterminée (équivalent à 2 % de l'enveloppe globale des épisodes de soins), puis redistribuée intégralement entre les établissements sur la base d'un score qualité. Ce score qualité est calculé à partir des résultats d'un set d'indicateurs issus soit de données recueillies par les établissements, comme le taux de dépistage et de prise en charge préopératoire de la dénutrition, soit des bases SNDS (événement thrombo-embolique (ETE) et infection du site opératoire (ISO) en orthopédie par exemple). Les indicateurs retenus comprennent également des indicateurs rapportés par les patients, qu'il s'agisse d'expérience patient ou de résultats des soins (*Patient-Reported Experience Measures* – PREMs – et

Patient-Reported Outcome Measures – PROMs).

Cette composante vise à garantir non seulement que la recherche de la performance économique ne se fait pas au détriment de la qualité de la prise en charge, mais qu'au contraire, elle s'accompagne d'une amélioration de celle-ci.

L'intéressement « EDS » d'un établissement est égal à la somme de l'intéressement économique et de l'intéressement qualité, et il fait l'objet d'une redistribution entre l'établissement porteur et ses partenaires dans les épisodes de soins, hospitaliers ou ambulatoires (structures SSR, HAD et professionnels de ville, etc.) lorsqu'il est positif et que le score qualité est supérieur à 50 %. Lorsque le résultat est négatif, aucun montant ne sera récupéré auprès des expérimentateurs (durant les deux premières années de l'expérimentation).

Enfin, et en parallèle de ces deux compartiments, la coordination, qui constitue un axe majeur de l'organisation ville/hôpital, bénéficie d'un accompagnement financier (temporaire et dégressif) dans le cadre de l'expérimentation sous la forme d'un forfait par épisode de soins.

État d'avancement

Les modalités opérationnelles de calcul du modèle ont été stabilisées durant la phase d'apprentissage et l'expérimentation est entrée dans sa phase rétrospective au 1^{er} octobre 2021. L'ensemble des travaux et évolutions sont décrits dans le cahier des charges actualisé et publié en décembre 2021.

Un accompagnement des porteurs de projet est organisé pour faciliter le partage d'expériences entre les expérimentateurs sur des thématiques en lien avec l'expérimentation et le modèle d'organisation proposé.





Ces sessions portent notamment sur :

- la mobilisation des partenaires des établissements de santé et le conventionnement avec eux ;
- la coordination et l'anticipation du retour à domicile ;
- le protocole ville/hôpital ;
- le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado)...

Les sessions de partage d'expériences permettent aux acteurs (infirmières et infirmiers coordinateurs – IDEC, chirurgiens, infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État – Idel, médecins du département d'information médicale – DIM...) d'échanger et de partager leurs difficultés et leurs bonnes pratiques.

Des groupes de travail thématiques sur la qualité sont également planifiés pour permettre aux porteurs

de comprendre et d'exploiter les résultats des indicateurs et des questionnaires administrés aux patients (par exemple, les PROMs).

La phase « rétrospective » doit durer deux ans et prévoit un premier versement de l'intéressement au 4^e trimestre 2022. Quarante établissements expérimentateurs dans onze régions s'y sont engagés.

Source : équipe nationale projet

Le montant du forfait peut être établi de différentes manières : dans sa forme la plus simple, un forfait correspond à une somme d'actes dont le nombre, le montant et les effecteurs sont préalablement définis, le forfait est ainsi aisément réparti entre les acteurs de la prise en charge, mais ne peut s'appliquer qu'à un parcours clairement défini, sans variabilité d'un patient à un autre, tous les patients étant censés suivre exactement le même parcours. Pour tenir compte de la variabilité possible, mais limitée des prises en charge, on peut aussi déterminer un forfait comme le reflet d'une prise en charge « moyenne » ou « cible », certains patients nécessitant un peu plus, d'autres un peu moins, la différence s'équilibrant sur l'ensemble d'une patientèle. Dans ce cas, la répartition du forfait s'avère plus complexe puisqu'elle nécessite un suivi de l'activité de chaque intervenant, des règles de répartition bien définies et acceptées par l'ensemble des intervenants et la mise en place d'un mécanisme de versement des paiements efficace. La contrepartie de cette complexité est la possibilité de couvrir des situations cliniques plus diverses et de permettre des adaptations organisationnelles plus importantes.

D'une manière générale, moins la définition du contenu du forfait et de l'épisode de soins est précise, plus il est possible d'innover dans l'organisation, au prix d'un risque financier plus élevé pour les acteurs. Les forfaits comportant le risque financier le plus élevé sont plus volontiers portés par les acteurs ayant l'organisation la plus coordonnée, voire la plus intégrée, comme dans le cas d'organisations pluriprofessionnelles.

6.4.2

Le financement par capitation

Une autre manière d'approcher la prise en charge des maladies chroniques abordée par les expérimentations de l'article 51 est de mettre en place des financements dits « par capitation », construits sur une base populationnelle. Dans ce cas, le financement est attribué à un groupe d'offeurs de soins pour le suivi et l'accompagnement d'une population déterminée de patients porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ces modèles sont souvent décrits comme étant des modèles « de capitation » ou « à la pathologie ». Bien qu'il en existe de nombreuses variantes, ils partagent tous le fait de reposer sur une base forfaitaire, dont le calcul prend en compte la taille de la patientèle couverte et ses caractéristiques, notamment démographiques et sanitaires ou socio-économiques. Ce mode de rémunération

se distingue du paiement forfaitaire à l'épisode principalement par le fait qu'il ne s'applique plus à un traitement ou un suivi limité dans le temps (avec une date de début et une date de fin), mais sur le long terme. On entre ici dans des logiques de forfaits annuels, renouvelables tant que le patient reste pris en charge par les mêmes professionnels.

Ces modèles sont plus rarement proposés dans le cadre de l'article 51, principalement parce qu'ils nécessitent une modélisation beaucoup plus complexe pour en déterminer les montants et qu'ils exposent les offeurs de soins à un niveau de risque financier bien plus important, surtout lorsque le forfait recouvre plusieurs acteurs différents, par exemple plusieurs professions de santé libérales qui doivent alors le partager selon des règles toujours délicates à établir.

Les financements populationnels présentent cependant des avantages évidents, comme une plus grande latitude d'organisation laissée aux acteurs, une différenciation des prises en charge plus proche des besoins de chaque patient ou encore la possibilité de mettre en place plus aisément des actions de prévention.

Les populations visées par ces modes de financement peuvent être définies par une pathologie, comme le diabète, ou des caractéristiques sociodémographiques, associées à un risque pathologique différencié, comme les personnes âgées ou les populations précaires. Le niveau d'exigence induit par ces modes de financement les rend en pratique très difficiles à manier, pour au moins quatre raisons :

- le ou les acteurs concernés par ces forfaits doivent pouvoir suivre une file active ou une population de référence d'une taille suffisante pour que les modèles statistiques de calcul des forfaits s'appliquent et que les montants des forfaits soient suffisamment conséquents pour permettre les adaptations organisationnelles attendues, ces effectifs peuvent être de plusieurs centaines ou quelques milliers de patients dans certains cas, limitant le champ d'acteurs susceptibles d'y être éligibles ;
- le périmètre de prise en charge couvert par ce mode de financement doit être clairement défini, et être en cohérence avec les missions des acteurs (par exemple, le suivi de la plupart des malades chroniques stabilisés étant fait en ambulatoire, un financement populationnel couvrant cette partie de la prise en charge doit s'adresser aux acteurs qui y contribuent) ;

- les forfaits populationnels ne couvrant jamais la totalité de la prise en charge d'une maladie, les frontières avec les autres modes de prise en charge doivent être clairement établies pour éviter les effets de bord (par exemple dans le cas d'un financement pour des patients porteurs de maladies chroniques équilibrées, la conduite à tenir et son impact sur le financement de la survenue d'une complication ou d'une décompensation doivent être précisés) ;
- les approches « monopathologie » se heurtent aux problématiques de polypathologie qui concernent un nombre important de patients qui sont souvent ceux à qui une approche populationnelle bénéficierait le plus, mais ceux dont les situations cliniques peuvent être variées et imprévisibles et donc difficiles à modéliser.

Ces contraintes dessinent une forme de « ligne de faisabilité » de ces approches populationnelles qui devraient idéalement viser soit des situations de polypathologies, soit des populations à fort risque, comme les personnes âgées, et exclure les financements centrés sur une seule pathologie (des actions à destination des ambulatoires et s'adressant donc plutôt à des acteurs structurés préférentiellement en ville). Ces financements sont par ailleurs souvent accompagnés et modulés par d'autres modes de financement, comme des intéressements qui visent à en contrebalancer les effets non désirés. On voit que le potentiel de mise en œuvre à court terme de ce mode de financement reste encore limité et nécessite d'être exploré de manière plus approfondie, sous forme expérimentale dans un premier temps.

6.4.3

La mise en place de ces modes de financement impose des évolutions techniques et juridiques dans le droit commun

Qu'il s'agisse de financements à l'épisode de soins ou de financements populationnels, la mise en place de ces nouveaux modes de financement forfaitaires ne peut se faire sans un certain nombre de prérequis. On peut classer ces évolutions en deux grandes familles, intimement liées, mais distinctes, qui peuvent constituer autant d'obstacles à la mise en place de ces modes de financement.

6.4.3.1 Les systèmes d'information

Un enjeu de suivi/coordination clinique

L'importance des systèmes d'information (SI) de « parcours » est bien connue et fait l'objet de politiques nationales et régionales volontaristes. Pour qu'ils deviennent un réel support du développement d'épisodes de soins cohérents, il faut cependant qu'ils puissent s'adapter à des épisodes de soins qui peuvent être très variables, dans leur nature et leur durée et dans la diversité des professionnels qu'ils impliquent. Une coordination efficace des soins dans ces parcours implique dans l'idéal que chaque professionnel intervenant puisse consulter et renseigner de manière structurée les dossiers de l'ensemble des patients concernés. Cela signifie donc qu'ils puissent s'interfacer de manière per-

tinente avec les SI métier des professionnels et établissements participants, différents d'un épisode ou parcours à l'autre.

Les premiers retours d'expérience des expérimentations de l'article 51 sur les épisodes de soins montrent le caractère crucial, voire indispensable des systèmes d'information comme support des parcours. Un défaut d'anticipation ou une prise en compte incomplète des contraintes des intervenants d'un parcours est en effet de nature à obérer complètement la mise en place du parcours. À l'inverse, les expérimentations qui ont résolu ce sujet se mettent en place de manière rapide et efficace. Une politique volontariste clarifiant les attendus de ces outils dans un cadre national apparaît comme un prérequis indispensable.

L'importance de la coordination et des échanges d'informations entre la ville et l'hôpital est particulièrement évidente lors des sorties d'hospitalisation. Certaines dispositions du droit commun visent à faciliter cette phase, notamment l'article L1111-2 du Code de la santé publique, qui précise que « l'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie ». Cette mesure souligne l'importance non seulement du médecin traitant, mais aussi de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge, qui doivent être informés le plus tôt possible en amont de la sortie du patient, de manière à mettre en place l'ensemble des conditions nécessaires à celle-ci, comme de s'assurer de la disponibilité en officine des traitements de sortie ou de planifier l'intervention des professionnels qui seraient amenés à dispenser des soins au domicile du patient, comme les infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel).

Il s'agit d'une phase d'autant plus cruciale que les durées de séjours hospitaliers ont tendance à diminuer. La mise en place de structures d'exercice coordonné en ville joue un rôle important pour atteindre cet objectif et est à ce titre soutenue par l'Assurance Maladie. C'est une véritable organisation de la sortie partagée entre la ville et l'hôpital qui doit se mettre en place, reposant notamment sur la possibilité pour les établissements de santé de recueillir dans leur système d'information auprès des patients ou des aidants les coordonnées des professionnels de ville pertinents et de s'assurer de la bonne transmission, idéalement en amont de la sortie du patient, des informations pertinentes. L'application de ces dispositions constitue un prérequis important à la sécurisation de la sortie d'hospitalisation, mais ne semble pas systématiquement mise en œuvre. Il serait utile de pouvoir instruire de manière plus approfondie cette question et le cas échéant de proposer des mesures permettant de favoriser cette mise en œuvre, notamment la mise à niveau des systèmes d'information des établissements qui pourrait être soutenue dans le cadre du Ségur du numérique.

Des enjeux de facturation

Le financement à l'épisode de soins introduit une contrainte supplémentaire avec la nécessité, au-delà du suivi et de la coordination clinique, de pouvoir mettre en place des éléments de facturation « au parcours ». Il s'agit, d'une part, de s'assurer que l'ensemble des éléments nécessaires à la réalisation du parcours et à sa facturation ont bien été réalisés auprès du patient et,

d'autre part, de pouvoir effectuer une répartition des paiements entre les différents intervenants d'un parcours correspondant à leur contribution, selon des règles de répartition propres à chaque parcours.

Les chaînes de facturation et de liquidation de l'Assurance Maladie n'ont pas la capacité de rendre un tel service dans leur configuration actuelle, à plus forte raison lorsqu'un parcours concerne des acteurs hospitaliers et de ville. Elles doivent donc pouvoir évoluer pour permettre la mise en place de ces logiques de paiement à l'épisode de soins, ces évolutions concernant autant les systèmes d'information de l'Assurance Maladie que les logiciels métier des professionnels et établissements de santé. Dans le cadre des expérimentations de l'article 51, des solutions pour l'instant dérogatoires ont été mises en place. Elles dessinent les contours des évolutions des chaînes de facturation de droit commun, qui seront nécessaires à la généralisation de ces expérimentations.

La description du contenu des forfaits et le système d'information décisionnel

La mise en place de paiements forfaitaires, qu'ils soient à l'épisode de soins ou populationnels, modifie les circuits d'information de facturation et a donc un impact sur les usages secondaires, notamment décisionnels, qui en sont faits. Les données du système national des données de santé (SNDS) étant en grande partie composées de ces informations, toute modification des circuits de facturation a donc un impact direct sur la nature et la qualité de ces données et, par voie de conséquence, sur les études médicales, pharmaco-épidémiologiques ou encore économiques qui les utilisent.

Il importe donc que la mise en place d'un forfait s'accompagne de la remontée d'informations permettant au pire de ne pas perdre d'informations par rapport à l'existant, au mieux d'avoir des informations plus complètes (notamment lorsque le forfait étend de fait le panier de soins). Ces informations seront aussi utiles aux acteurs des parcours pour les évaluer et le cas échéant établir les clés de répartition des forfaits.

Quatre grands axes de réflexion peuvent être identifiés dans ce cadre : 1) afin de ne pas générer de double saisie d'information, ces contraintes doivent être intégrées dans la conception des systèmes d'information de facturation et probablement dans l'ensemble des systèmes d'information mobilisés, tels que décrits plus haut, 2) l'interconnexion et l'usage de référentiels communs entre les différents acteurs et segments du système de santé, qu'il s'agisse des assurés ou des professionnels et établissements de santé, doivent être favorisés, 3) faciliter et alléger la charge de « codage » de l'activité en explorant les potentialités permises par les nouvelles technologies ou l'intelligence artificielle, 4) ne pas limiter les usages décisionnels aux seuls payeur et régulateur, mais mettre en place les retours et usages par et pour les professionnels eux-mêmes (analyse d'activité...) afin de ne pas limiter cette remontée à une contrainte purement administrative.

6.4.3.2 Les enjeux juridiques

L'un des enjeux les plus importants dans la mise en place d'un paiement à l'épisode de soins est la répartition du forfait entre les différents intervenants, qui est avant tout un enjeu opérationnel. Comme on l'a vu plus haut, les contraintes de cette répartition varient selon le niveau d'intégration du forfait et la variabilité des parcours qui sont concernés. Dans tous les cas, la mise en place d'un forfait à l'épisode de soins nécessite une coordination des financements et donc l'identification d'un acteur qui endosse ce rôle de coordinateur, ce qui revient, d'un point de vue juridique, à définir qui est l'acteur qui va pouvoir facturer au nom de l'ensemble des intervenants du parcours.

Dans les cas où le parcours comprend un nombre limité d'intervenants, un niveau d'intégration limité et une faible variabilité, il est relativement simple d'éclater le forfait « à la source » entre les différents intervenants. Dans le cas des forfaits les plus intégrés ou avec une variabilité plus importante, le rôle de coordination devient beaucoup plus engageant, pouvant aller jusqu'à jouer un rôle de « concentrateur » de paiement. Dans ce dernier cas, le forfait est versé à un seul acteur qui doit ensuite le répartir entre les autres acteurs du parcours.

Sur le principe, ce rôle de concentrateur peut être joué par l'acteur qui est le plus impliqué dans le parcours, par exemple un établissement de santé dans le cas d'un épisode de soins chirurgicaux. En pratique, cela soulève d'importantes questions d'ordre juridique, fiscal et comptable. Cette fonction n'est pas identifiée en tant que telle dans le droit commun et les contraintes pour les acteurs qui l'occupent ainsi que les ressources nécessaires pour le faire ne sont pas documentées.

Les solutions testées dans le cadre de l'article 51 montrent la nécessité de clarifier ce rôle et d'identifier un nombre limité de types d'acteurs qui peuvent y prétendre. La question est d'autant plus pertinente dans le cadre de parcours impliquant de nombreux acteurs de ville ou dans le cas de financements ville/hôpital. Une solution qui pourrait à terme se dessiner serait de confier explicitement ces missions pour la ville à des structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou encore les équipes de soins spécialisés, ou à des structures « satellites » qui le souhaiteraient comme les groupements hospitaliers de territoire ou certains groupements de coopération sanitaire pour les établissements de santé. La question du rôle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourrait également se poser, dès lors que leur maturité sera suffisante et que les acteurs de santé souhaiteront leur confier un rôle sur ce sujet. Cette clarification permettrait d'instruire de manière plus précise ce sujet en pratique et les évolutions à porter au droit commun pour les rendre possibles. Si cette question paraît de prime abord technique, elle est fondamentale en pratique pour sécuriser les acteurs du système de santé et permettre la mise en place d'épisodes de soins pertinents.

6.4.4

La généralisation de forfaits à l'épisode de soins devra reposer sur un modèle de tarification commun incitatif et lisible

Il n'existe à ce jour aucune modalité de tarification de droit commun permettant de tarifier des épisodes de soins pluriprofessionnels, *a fortiori* lorsque les professionnels concernés sont indépendants les uns des autres d'un point de vue juridique et que les mécanismes de tarification actuels sont plutôt désincitatifs à cette forme d'exercice. Cela constitue à l'évidence une barrière au passage dans le droit commun des expérimentations de l'article 51 qui auront fait la preuve de leur intérêt sous cette forme et qui ne peuvent être généralisées comme autant de tarifs ou de forfaits indépendants les uns des autres. La création d'un système de tarification permettant de pallier ce manque s'impose ainsi comme un prérequis majeur et un défi d'importance.

Il s'agit de construire une forme de nomenclature commune des forfaits, adaptable au plus grand nombre possible de situations, lisible, incitative au travail coordonné, et dont la gouvernance est définie et fonctionnelle.

En dépit d'une grande diversité de situations et d'acteurs concernés, une analyse comparative des forfaits financés montre qu'on peut identifier des « briques » élémentaires qu'on retrouve dans la plupart des forfaits. Certaines de ces briques correspondent à des prestations ou des actes existant par ailleurs dans le panier de soins remboursé, d'autres, comme on l'a vu plus haut, concernent des prestations qui ne le sont pas ou des interventions, comme la coordination, qui peuvent difficilement être traduites sous forme d'« actes », mais qui représentent pourtant un travail bien réel et du temps passé au service des patients, le plus souvent en dehors de leur présence. Chacune de ces briques élémentaires peut être traduite sous forme de coûts¹²⁶ dépendant de la nature de l'intervenant concerné et de l'intensité de cette intervention. Ces différents éléments peuvent constituer

les bases d'une nomenclature, un forfait étant constitué d'une combinaison de ces briques en des proportions, et donc un tarif, propres à chaque parcours.

La définition d'une telle nomenclature est un exercice complexe qui nécessite d'être anticipé bien avant la généralisation et qui devra évoluer au fil du temps et des retours d'expérience de ses premières applications.

Toutefois, la construction d'un forfait ne peut se résumer à l'identification d'un ensemble de prestations élémentaires de base qu'il suffirait d'agréger les unes aux autres. Il ne s'agit pas de remplacer le paiement à l'acte par le paiement à « une somme d'actes » qui devraient tous être réalisés de manière systématique et dans les mêmes conditions. On s'apercevrait très vite que, pour une pathologie ou une population donnée, le nombre et la nature des prestations devraient varier sensiblement en fonction de diverses caractéristiques telles que le degré de sévérité de la maladie, l'existence de comorbidités, la disponibilité sur un territoire de l'ensemble des professions requises, etc. Prendre en compte la diversité de ces caractéristiques conduirait dans cette logique de construction à multiplier de manière exponentielle le nombre de forfaits pour revenir *in fine* à une forme de paiement à l'acte.

L'intérêt du forfait est au contraire de laisser une liberté de choix aux professionnels qui organisent la prise en charge, de moduler à la fois l'intensité et la nature des prestations mobilisées. De fait, en passant du paiement à l'acte à un paiement au forfait, on demande aux professionnels de santé de supporter le risque financier de cette diversité, notamment parce qu'ils sont les plus à même de l'observer et d'identifier les besoins de leurs patients. En contrepartie, il est essentiel de leur laisser la capacité de gérer ces risques en adaptant le volume et la nature des soins dispensés dans le cadre du forfait. Tout l'enjeu de la construction du forfait est de parvenir à combiner cette souplesse d'utilisation tout en s'assurant qu'on ne crée ni une situation de rente ni un risque de déficit permanent pour les professionnels, dans un cadre assurant de manière mesurable un niveau de qualité amélioré ou du moins équivalent.

126 Définis soit sur une base tarifaire historique si celle-ci est satisfaisante, soit sur des éléments de coût économique (salaire horaire moyen par exemple).

6.5 AMÉLIORER L'ACCÈS FINANCIER AUX SOINS : LE 100 % SANTÉ

Mise en place progressivement de 2019 à 2021, la réforme du « 100 % Santé » poursuit un objectif d'amélioration de l'accès aux soins des assurés dans trois secteurs qui connaissaient des restes à charge élevés pour les patients : les soins prothétiques dentaires, l'optique médicale et les aides auditives. Ces restes à charge élevés constituaient un facteur de renoncement aux soins.

Avec un taux de pénétration de l'offre 100 % Santé respectivement de 55 % et 39 % dans les domaines des soins prothétiques dentaires et des aides auditives, la mesure 100 % Santé a contribué à améliorer le recours à ces soins et équipements de manière significative. Dans le domaine de l'optique, le bilan de la réforme demeure en demi-teinte. Si 17 % des équipements complets relèvent du panier 100 % Santé¹²⁷, le nombre de patients équipés n'a pas connu d'accélération à ce jour. Pour améliorer l'appropriation de la mesure par les professionnels de l'optique, l'Assurance Maladie a mené auprès d'eux une action d'accompagnement fin 2021, rappelant les grandes lignes du dispositif, puis a engagé début 2022 une démarche de contrôle, afin de vérifier le respect des obligations de présentation de l'offre en magasin.

6.5.1

Le dispositif 100 % Santé : des soins et équipements sans reste à charge au sein de paniers spécifiques

6.5.1.1 Des soins et équipements à prix plafonnés et à prise en charge renforcée

La mesure 100 % Santé permet une prise en charge intégrale par l'action combinée de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des assurances complémentaires en santé, sans reste à charge pour le patient, des soins et équipements qui figurent dans les paniers à prise en charge renforcée. Cette offre est accessible à un large public. Pour y prétendre, il est nécessaire d'être assuré auprès d'un régime d'assurance maladie obligatoire et d'avoir souscrit un contrat complémentaire santé dit « responsable ».

Le dispositif 100 % Santé s'appuie sur :

- le plafonnement des honoraires et des prix pour les soins et équipements relevant des paniers prévus par la réforme. Le respect des plafonds d'honoraires et de prix dans chacun de ces trois domaines fait l'objet d'un contrôle par les régimes d'assurance maladie obligatoire ;

- un renforcement de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, d'une part – à travers le relèvement de tarifs de responsabilité – et les organismes complémentaires d'assurance maladie, d'autre part.

Les contrats complémentaires santé dits « responsables »

Les contrats complémentaires santé dits « responsables » permettent, pour les soins et équipements des paniers 100 % Santé, non seulement une prise en charge du ticket modérateur à hauteur du tarif de responsabilité, mais aussi des frais engagés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des plafonds d'honoraires ou de prix. 98 % des titulaires d'une couverture complémentaire santé qui représentent eux-mêmes 96,4 % de la population âgée de 15 ans et plus sont couverts par un contrat complémentaire responsable¹²⁸. Aussi, peut-on estimer à plus de 63 millions le nombre de personnes couvertes par un contrat responsable.

Pour l'optique et les aides auditives, les contrats responsables prévoient également un délai de renouvellement minimal entre deux remboursements d'équipements, soit deux ans pour l'optique et quatre ans pour les aides auditives dans le cas général. Un téléservice a été mis en place pour faciliter l'application du délai minimum avant prise en charge d'un nouvel équipement optique ou auditif. Ainsi, depuis juillet 2020, opticiens et audioprothésistes ont accès, *via* le portail *ameli pro*, à un téléservice qui présente la date de dernière prise en charge par l'Assurance Maladie pour l'optique et les aides auditives. Au titre de l'optique, il fait aujourd'hui l'objet de 150 000 consultations mensuelles (15 000 pour les aides auditives)¹²⁹. Depuis novembre 2021, ces informations sont également à disposition des assurés lorsqu'ils s'adressent aux lignes de contact de l'Assurance Maladie (accueil téléphonique, accueil physique, courriel).

6.5.1.2 Des soins et équipements relevant de paniers de soins spécifiques

La mise en place de l'offre 100 % Santé s'appuie sur la création de paniers de soins et d'équipements spécifiques à chaque domaine :

- pour les soins prothétiques dentaires : deux paniers de soins dont les honoraires sont plafonnés – le panier « 100 % Santé », sans reste à charge, et le panier à reste à charge modéré où les honoraires sont plafonnés mais la prise en charge n'atteint pas obligatoirement le niveau des plafonds fixés – ainsi qu'un troisième panier à prix libres ;

127 Pour les verres et/ou la monture.

128 La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties », Drees, Édition 2019, page 64. « L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) », Questions d'économie de la santé, mai 2022.

129 Données de janvier à mai 2022.

- pour l'optique (lunettes et verres) et les aides auditives : une classe de dispositifs « 100 % Santé » sans reste à charge dont les prix sont plafonnés¹³⁰ et une classe à prix libres¹³¹.

L'information des assurés sur la mesure 100 % Santé s'appuie notamment sur l'obligation de présentation de l'offre par les professionnels de santé :

- pour les soins prothétiques dentaires, une offre relevant du panier 100 % Santé (ou du panier à reste à charge modéré) doit figurer sur le devis, à condition qu'une telle alternative thérapeutique existe compte tenu de la situation du patient ;
- dans le domaine de l'optique, le professionnel doit proposer un équipement complet 100 % Santé (verres et monture) sur le devis. Il doit également exposer en magasin un nombre minimum de montures et de modèles différents relevant de l'offre 100 % Santé¹³² ;
- pour les aides auditives, un appareil du panier 100 % Santé doit figurer sur le devis.

6.5.2

Le déploiement de l'offre 100 % Santé est contrasté selon les domaines

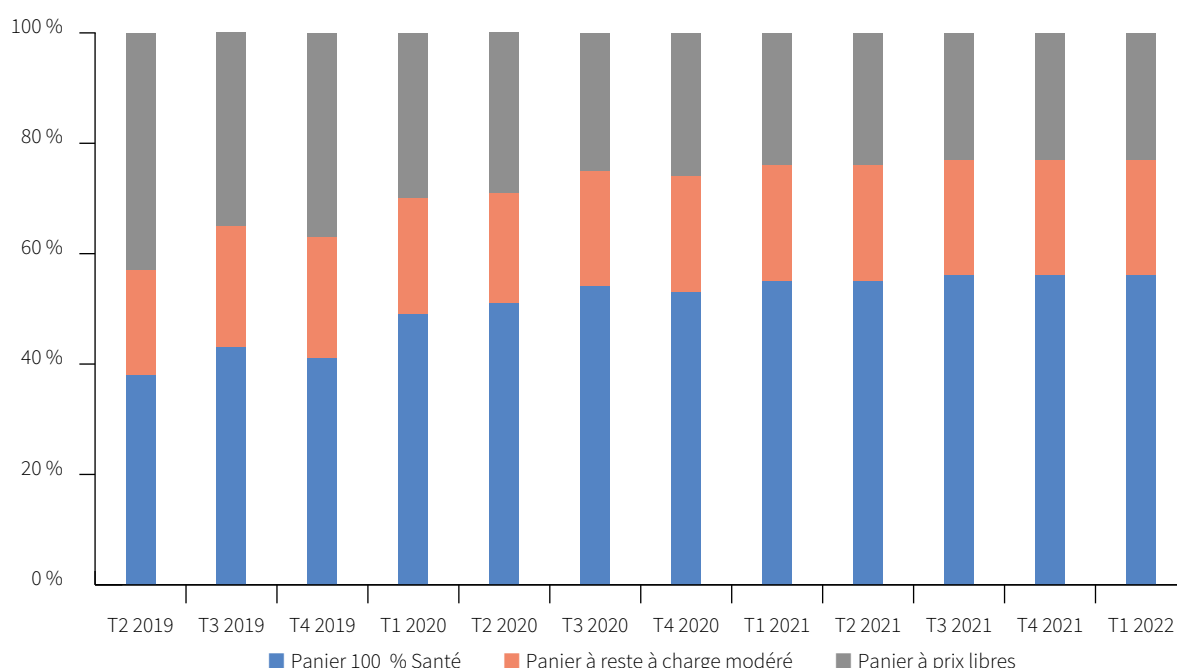
6.5.2.1 Soins prothétiques dentaires : une montée en charge progressive du panier de soins 100 % Santé et une amélioration du recours aux soins

Le déploiement de l'offre 100 % Santé dans le domaine dentaire traduit une bonne diffusion de la réforme auprès des professionnels de santé

55,9 % des actes prothétiques dentaires¹³³ relevaient du panier 100 % Santé au 1^{er} trimestre 2022, contre 55,4 % au cours de l'année 2021, 52,2 % en 2020 (lorsqu'une offre sans reste à charge a été mise en place) et 40,4 % du 1^{er} avril 2019 au 31 décembre 2019 (lors du lancement de la réforme). Le panier à reste à charge modéré concernait 21,2 % des actes au 1^{er} trimestre 2022, 20,9 % des actes en 2021 et 20,6 % des actes en 2020.

FIGURE 126

Part des actes prothétiques dentaires par panier de soins, du 2^e trimestre 2019 au 1^{er} trimestre 2022



Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ; professionnels libéraux conventionnés ; données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

130 Classe A en optique et classe I pour les aides auditives.

131 Classe B en optique et classe II pour les aides auditives. Il est possible de composer une paire de lunettes avec deux verres et une monture appartenant à des classes différentes (deux verres 100 % Santé et une monture à prix libres ou une monture 100 % Santé et deux verres à prix libres).

132 Au moins 35 montures pour les adultes et 20 montures pour les enfants relevant d'au moins 17 modèles différents pour les adultes et 10 modèles pour les enfants.

133 Y compris les actes pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

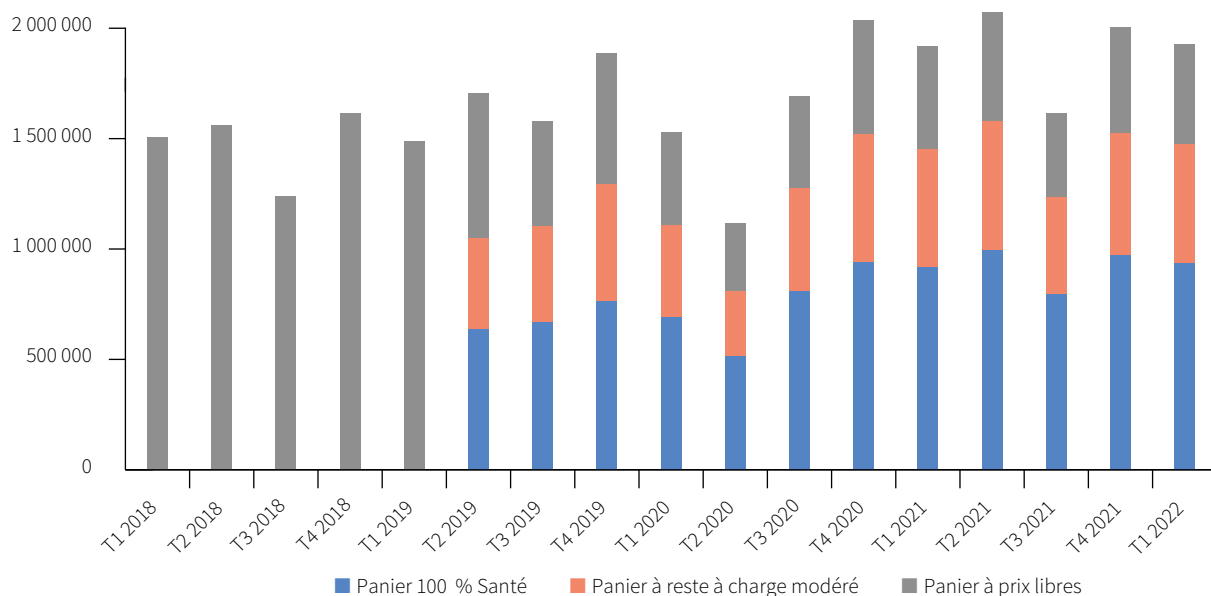
Le recours aux soins prothétiques dentaires s'est renforcé entre 2019 et 2021

Depuis la mise en place d'une offre sans reste à charge au 1^{er} janvier 2020, 5,8 millions de patients ont bénéficié d'au moins un remboursement de soins prothétiques dentaires dans le panier 100 % Santé (donnée au 31 mars 2022) sur 10,2 millions de patients pris en charge dans ce domaine sur la même période, tous paniers confondus.

Le nombre de patients ayant eu recours à un acte prothétique dentaire, quel que soit le panier de soins, a augmenté de 10 % entre 2019 et 2021 : 5,6 millions de patients (y compris les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire) ont bénéficié d'un acte prothétique dentaire en 2021 contre 5,1 millions en 2019. Cette augmentation est principalement liée à l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'offre 100 % Santé sur la période.

FIGURE 127

Nombre total de patients bénéficiaires de soins prothétiques dentaires par panier de soins, du 1^{er} trimestre 2018 au 1^{er} trimestre 2022



Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ; professionnels libéraux conventionnés ; données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

Cependant, parmi les bénéficiaires de soins prothétiques dentaires, la proportion des patients qui ont nouvellement recours aux soins dentaires reste stable entre 2019 et 2021. En effet, parmi les patients ayant eu recours à un acte prothétique dentaire en 2019, 89 % d'entre eux ont déjà eu recours à un chirurgien-dentiste entre 2015 et 2018 (65 % en 2020). Les résultats sont similaires pour les patients ayant eu recours à un acte prothétique dentaire en 2021 : 90 % d'entre eux ont déjà eu recours à un chirurgien-dentiste entre 2017 et 2020 (63 % en 2020).

La part des renoncements aux soins accompagnés en 2021 par les missions accompagnement santé de l'Assurance Maladie, concernant spécifiquement les soins prothétiques dentaires, est en diminution. Ces situations représentaient 18 % du nombre total de cas de renoncement aux soins repérés et traités par les missions accompagnement santé en 2021, contre 29 % en 2019¹³⁴.

Les missions accompagnement santé

Au sein des caisses d'assurance maladie, les missions accompagnement santé jouent notamment un rôle d'accompagnement d'assurés qui rencontrent des difficultés d'accès aux droits et connaissent une fragilité par rapport au numérique ou des difficultés d'accès aux soins, voire une situation de renoncement aux soins. Les principaux détecteurs de telles situations sont l'accueil de la caisse d'assurance maladie (CPAM), les autres services de la caisse et les partenaires externes, pour partie dans une démarche « d'aller vers ».

Les premiers effets de la réforme sur le reste à charge des ménages concernant les soins dentaires paraissent significatifs. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) indique que le reste à charge pour les soins de dentiste a diminué de 3,8 points en 2020, une baisse « prononcée », « en lien avec la mise en place de la réforme 100 % Santé ». Cette évolution « contribue fortement » à la baisse du reste à charge en santé des ménages en 2020.

134 Respectivement sur la base de 112 000 situations de renoncement aux soins repérées et traitées par ces structures en 2021, et de 80 000 situations en 2019.

La dynamique d'augmentation des montants a pu être observée dès le 2^d semestre 2020 et a connu une augmentation forte en 2021 en lien avec la mise en place de l'offre sans reste à charge. Les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dans ce domaine atteignent 1 135 millions d'euros en 2021 dont 567 millions pour les actes prothétiques du panier 100 % Santé.

Cette dynamique sur les actes prothétiques s'inscrit dans une forte dynamique globale des dépenses dentaires entre 2019 et 2021 (+ 20 %) qui s'explique principalement par une forte augmentation du nombre de prothèses facturées, la croissance soutenue du nombre de centres de santé dentaire (+ 24 % par rapport à 2019) et la revalorisation tarifaire des soins conservateurs (+ 9 % par rapport à 2019).

TABEAU 65

La part des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre du panier 100 % Santé évolue parallèlement à la montée en charge du dispositif dans le domaine dentaire

	2019 (du 01/04 au 31/12)	2020	2021
Montants remboursés par l'AMO pour les actes prothétiques dentaires du panier 100 % Santé	227 millions d'euros	423 millions d'euros	567 millions d'euros
Montants remboursés par l'AMO pour le total des actes prothétiques dentaires (tous paniers de soins)	670 millions d'euros	909 millions d'euros	1 135 millions d'euros
Part des montants remboursés par l'AMO au titre du panier 100 % Santé dans le total des remboursements AMO	34 %	46 %	50 %

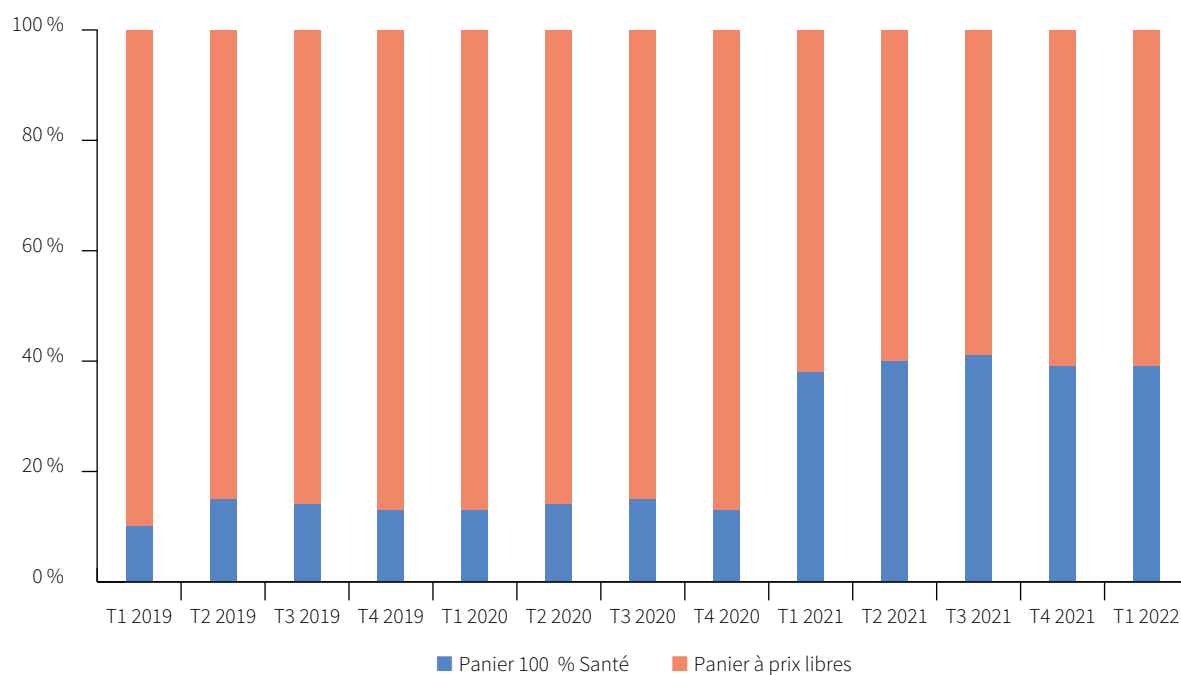
Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ; professionnels libéraux conventionnés, données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SNDIS)

6.5.2.2. Aides auditives : une augmentation soutenue de la part des équipements 100 % Santé en 2021 et une amélioration du recours dès le début de la mise en place de la réforme début 2021

Une très bonne appropriation du dispositif par les audioprothésistes et les patients

Depuis la mise en place d'une offre d'aides auditives sans reste à charge au 1^{er} janvier 2021, la part des équipements relevant du panier 100 % Santé dans le total des équipements a fortement augmenté. Elle atteignait 39,5 % du total des aides auditives prises en charge au cours de l'année 2021 et 38,8 % au 1^{er} trimestre de l'année 2022, contre 13,1 % au cours de l'année 2019 lorsque les audioprothèses 100 % Santé étaient disponibles, mais pas encore entièrement prises en charge par l'action combinée de l'Assurance Maladie et des organismes complémentaires.

FIGURE 128

Part des aides auditives par panier de soins, du 1^{er} trimestre 2019 au 1^{er} trimestre 2022

Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ; professionnels libéraux conventionnés ; données en date de remboursement, tous régimes
 Source : Cnam (SNDS)

Le recours aux aides auditives s'est accru très significativement depuis la mise en œuvre de l'offre sans reste à charge

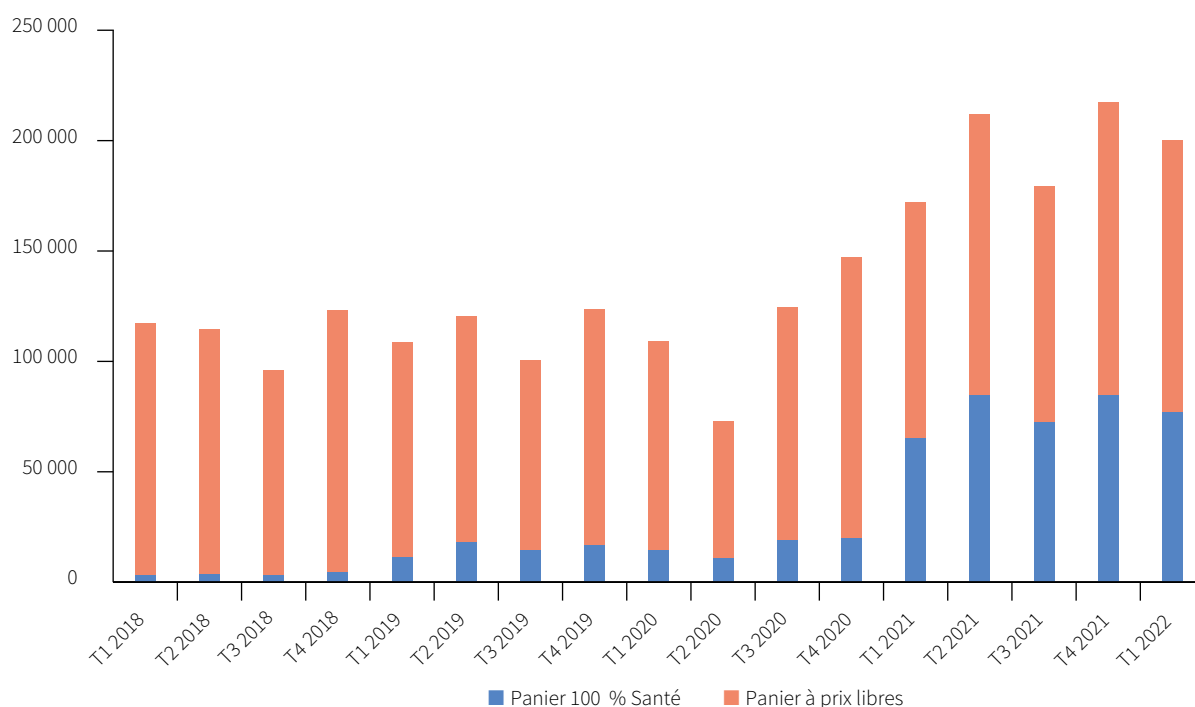
Le nombre total de patients ayant eu recours à une aide auditive, quel que soit le panier de soins, a augmenté de 73 % entre 2019 et 2021 : 773 000 patients ont bénéficié d'un équipement auditif en 2021 contre 447 000 en 2019. L'augmentation du nombre total de patients équipés (tous paniers de soins) en 2021 est principa-

lement due à l'augmentation du nombre de bénéficiaires d'aides auditives 100 % Santé enregistrée au cours de la même année.

Depuis la mise en place d'une offre sans reste à charge au 1^{er} janvier 2021, 377 000 patients ont bénéficié de celle-ci (ou d'une prise en charge au titre de la complémentaire santé solidaire – CSS) sur 968 000 patients ayant reçu un remboursement de l'AMO au titre d'une aide auditive sur la même période (données arrêtées fin mars 2022).

FIGURE 129

Nombre de patients bénéficiaires d'une aide auditive par panier de soins, du 1^{er} trimestre 2018 au 1^{er} trimestre 2022



Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ; professionnels libéraux conventionnés ; données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

À la suite de la délivrance de l'appareillage, des prestations de suivi sont réalisées pour vérifier l'appropriation et la bonne utilisation de l'appareil par le patient, les réglages et l'efficacité de l'appareil et effectuer l'entretien et la maintenance de celui-ci. Pour l'année 2021, 376 000 prestations de suivi ont fait l'objet d'une information de l'Assurance Maladie, cette donnée restant provisoire et susceptible d'être consolidée ultérieurement. Pour

renforcer le suivi des patients équipés d'une aide auditive, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) préconise de poursuivre la sensibilisation des audioprothésistes sur ce thème et d'améliorer l'information des patients concernant le droit à une visite de suivi auprès du professionnel de santé.

ENCADRÉ 29

QUELLE ÉVOLUTION DE LA POPULATION APPAREILLÉE DEPUIS LA MISE EN ŒUVRE DU 100 % SANTÉ ?

Cette étude compare les caractéristiques des assurés qui ont acquis une audioprothèse lors des 3 premiers trimestres de l'année 2019 et de l'année 2021.

Une progression importante des bénéficiaires d'aides auditives en 2021

585 100 patients se sont équipés d'une aide auditive durant les 3 premiers trimestres 2021 contre 318 400 durant la même période en 2019 (début de la mise en place du 100 % Santé pour les audioprothèses), soit 266 700 personnes supplémentaires et une hausse de 84 %. Cette hausse

s'explique : il y a près de 6 fois plus de personnes qui ont choisi une prothèse auditive du panier 100 % Santé (classe I) durant les 3 premiers trimestres 2021 par rapport à la même période de 2019 tandis que le nombre de personnes optant pour un équipement à prix libres (classe II) a augmenté de 30 %.

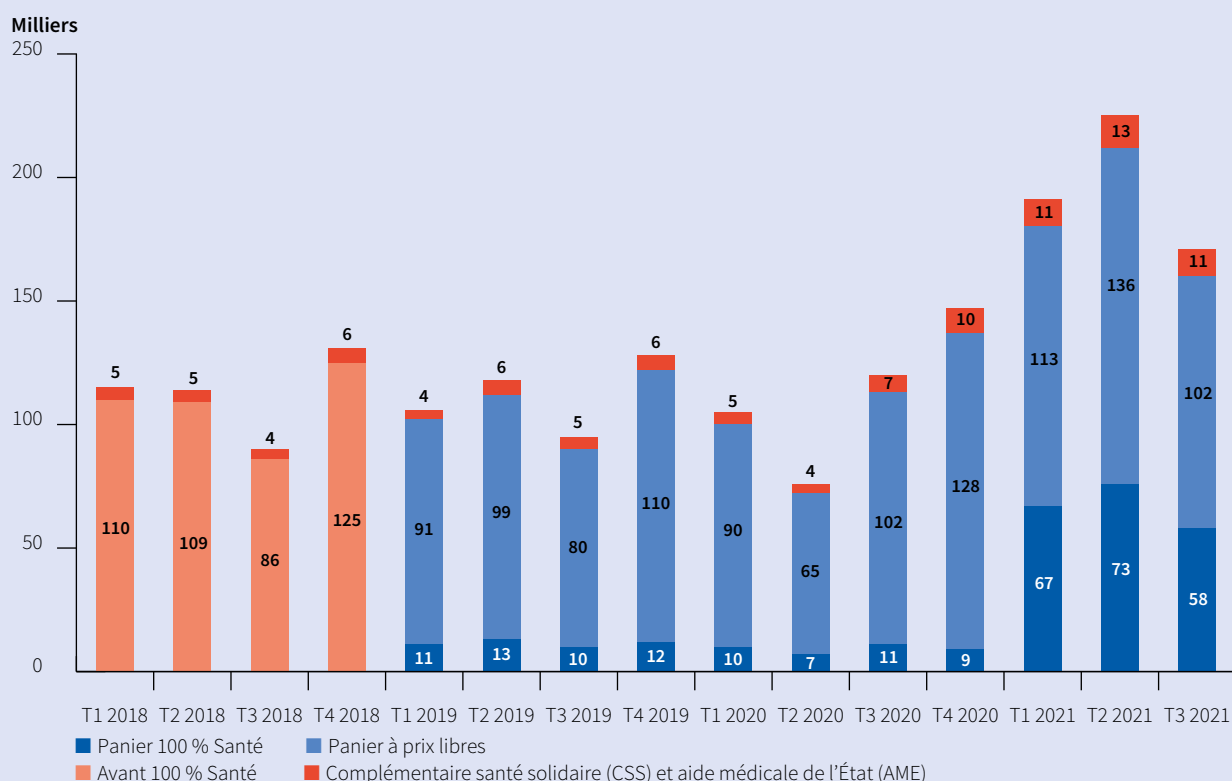
Parmi l'ensemble des patients ayant eu un remboursement de prothèses auditives, la part de ceux qui s'équipent pour la première fois a légèrement augmenté entre 2019 et 2021, elle est passée de 59 % à 61 % sur les 3 premiers trimestres. Ces nouveaux patients s'orientent plus

facilement vers un équipement 100 % Santé en 2021 qu'en 2019 puisqu'ils représentent 23 % des patients ayant eu un remboursement d'aide auditive durant les 3 premiers trimestres 2021 contre 6 % au tout début de la mise en place du dispositif (étant rappelé qu'en 2019 des prix limites de vente ont été instaurés sur les équipements du panier 100 % Santé, mais la prise en charge à 100 % n'était pas encore effective).

En 2021, le panier 100 % Santé séduit davantage les assurés pour l'achat d'une première aide auditive (23 %) que pour un renouvellement (11 %), il y a assez peu d'effet de substitution.

FIGURE 130

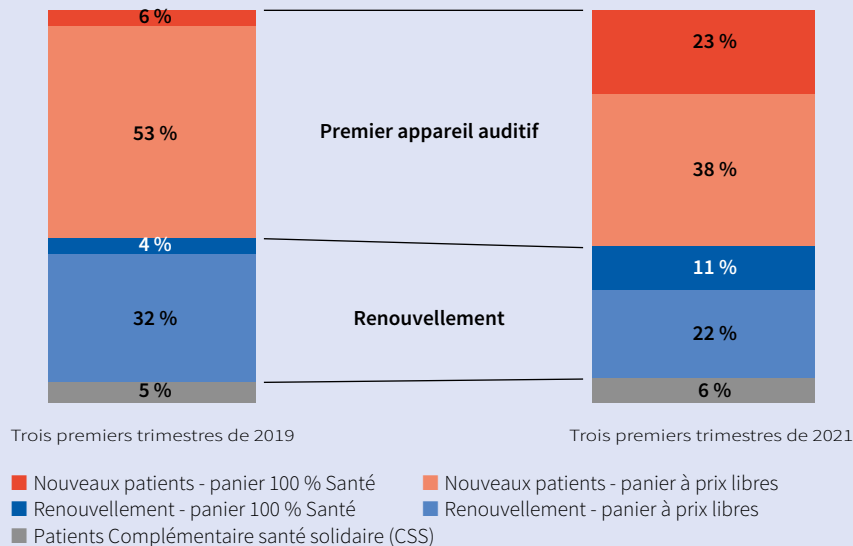
Évolution trimestrielle du nombre de bénéficiaires d'audioprothèse par catégorie



Champ : données en date de soins, tous régimes - France entière
 Source : Cnam (SNDS)

FIGURE 131

Comparaison de la répartition des patients selon le type de prise en charge et le profil des patients, entre les 3 premiers trimestres de 2019 et de 2021



Champ : données en date de soins, tous régimes - France entière
Source : Cnam (SND5)

La mise en place du dispositif du 100 % Santé a modifié en partie le profil des bénéficiaires d'aide auditive

La comparaison des profils de patients ayant eu un remboursement de prothèse auditive au cours des 3 premiers trimestres 2018 et de ceux des 3 premiers trimestres 2021 permet d'appréhender les effets de la mise en place du dispositif 100 % Santé.

Un plus grand recours aux aides auditives aux âges de la presbyacousie

La part des patients avec un remboursement d'audioprothèse de 60 à 79 ans est beaucoup plus importante en 2021 qu'en 2018, qu'il s'agisse de renouvellements ou de nouveaux patients. Tous patients confondus, cette part passe de 45 % durant les 3 premiers trimestres 2018 à 50 % sur la même période de 2021. Cette tranche d'âge correspond aux patients avec presbyacousie, c'est-à-dire avec une perte auditive associée au vieillissement.

Une inversion de la proportion hommes/femmes appareillés

Le ratio hommes/femmes a évolué de 0,98 à 1,01 témoignant d'un recours encore plus important aux audioprothèses chez les hommes en 2021. Le nombre d'hommes ayant acquis une audioprothèse pour 10 000 hommes résidant en France est passé de 49 à 90 entre les 3 premiers trimestres 2018 et 2021, soit une progression de 85 %. Pour les femmes, ce rapport a également augmenté, mais de façon un peu moins importante, passant de 46 femmes bénéficiaires d'une audioprothèse pour 10 000 femmes durant les 3 premiers trimestres 2018 à 83 durant les 3 premiers trimestres 2021, soit une hausse de 80 %.

Un effet social du dispositif 100 % Santé

La part des assurés bénéficiant de la complémentaire santé « responsable » dans les personnes appareillées a augmenté de 50 % depuis la mise en œuvre du 100 % Santé. Ceux-ci représentaient 4 % des personnes appareillées en 2018

contre 6 % en 2021. Le nombre d'assurés CSS (Complémentaire santé solidaire) et AME (aide médicale de l'État) bénéficiant d'une audioprothèse a progressé de 150 % entre les deux périodes d'observation (13 900 vs 34 900), ce qui est largement au-delà de la progression naturelle de cette population (+ 8 % entre 2018 et 2020).

De même, la part d'assurés résidant dans des communes avec un indice de défavorisation sociale¹³⁵ parmi les plus forts (quintiles 4 et 5) a progressé de 3 points passant de 39 % à 42 % alors même que cette population a légèrement diminué dans la population totale (40 % en 2018 et 39 % en 2021). La mise en place du 100 % Santé a joué un rôle important dans cette augmentation. En effet, 46 % des assurés ayant choisi une audioprothèse dans le panier 100 % Santé résident dans une commune défavorisée alors qu'ils sont 38 % pour ceux ayant opté pour une audioprothèse à prix libres, chiffre comparable à l'ensemble des patients de 2018.

135 L'indice de défavorisation (FDep15) est issu de la 1^{re} composante principale d'une analyse en composante principale pondérée sur la population des quatre variables centrées et réduites suivantes : taux de chômage dans la population active de 15 à 64 ans ; taux d'ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans ; taux de bacheliers dans la population non scolarisée de plus de 15 ans ; revenu fiscal médian par unité de consommation.

La part des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre des équipements auditifs 100 % Santé évolue en lien avec la montée en charge du dispositif dans ce domaine

En 2021, la dépense totale pour les aides auditives dans l'ensemble des paniers de soins (100 % Santé et prix libres) s'élève à 1,95 milliard d'euros, dont 554 millions d'euros pour les équipements 100 % Santé, soit environ 28 % de la dépense totale.

En 2019 et 2020, la dépense totale pour les aides auditives s'établissait à 1,2 milliard d'euros, dont 9 % correspondant aux appareils du panier 100 % Santé, avec 109 millions d'euros de dépenses à ce titre en 2019.

Les remboursements d'audioprothèses ont amorcé une dynamique d'augmentation dès la fin de l'année 2020, avant de connaître une augmentation forte en 2021 en lien avec la mise en place de l'offre sans reste à charge. Les montants remboursés par l'AMO dans ce domaine atteignent 408 millions d'euros en 2021, près du double des montants remboursés en 2020, du fait de l'amélioration de la prise en charge de chaque appareil par l'AMO et de l'augmentation des volumes d'équipements délivrés. Les remboursements effectués par l'AMO concernant les équipements auditifs du panier 100 % Santé s'élèvent à 159 millions d'euros en 2021, soit 39 % du total des remboursements AMO. Ce taux augmente fortement de 2019 à 2021, parallèlement au déploiement de la réforme.

TABLEAU 66

Montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre des équipements auditifs 100 % Santé

	Dépense totale 2019	Dépense totale 2020	Dépense totale 2021
Équipements auditifs du panier 100 % Santé et ceux pris en charge au titre de la CSS ^(a)	109 millions d'euros	108 millions d'euros	554 millions d'euros
Ensemble des équipements auditifs (tous paniers)	1 236 millions d'euros	1 250 millions d'euros	1 948 millions d'euros
Part du panier 100 % Santé et de la CSS ^(a) dans le total tous paniers	9 %	9 %	28 %

(a) CSS : Complémentaire santé solidaire

Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la CSS, professionnels libéraux conventionnés, données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

TABLEAU 67

Montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre des audioprothèses 100 % Santé

	2019	2020	2021
Montants remboursés par l'AMO pour les équipements auditifs du panier 100 % Santé et ceux pris en charge au titre de la CSS ^(a)	24 millions d'euros	30 millions d'euros	159 millions d'euros
Montants remboursés par l'AMO pour l'ensemble des équipements auditifs (tous paniers)	179 millions d'euros	210 millions d'euros	408 millions d'euros
Part des montants remboursés par l'AMO au titre du panier 100 % Santé et de la CSS ^(a) dans le total des remboursements AMO	13 %	14 %	39 %

(a) CSS : Complémentaire santé solidaire

Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la CSS, professionnels libéraux conventionnés, données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

6.5.2.3 Optique (verres et monture) : une appropriation par les professionnels de santé et les assurés qui reste à consolider

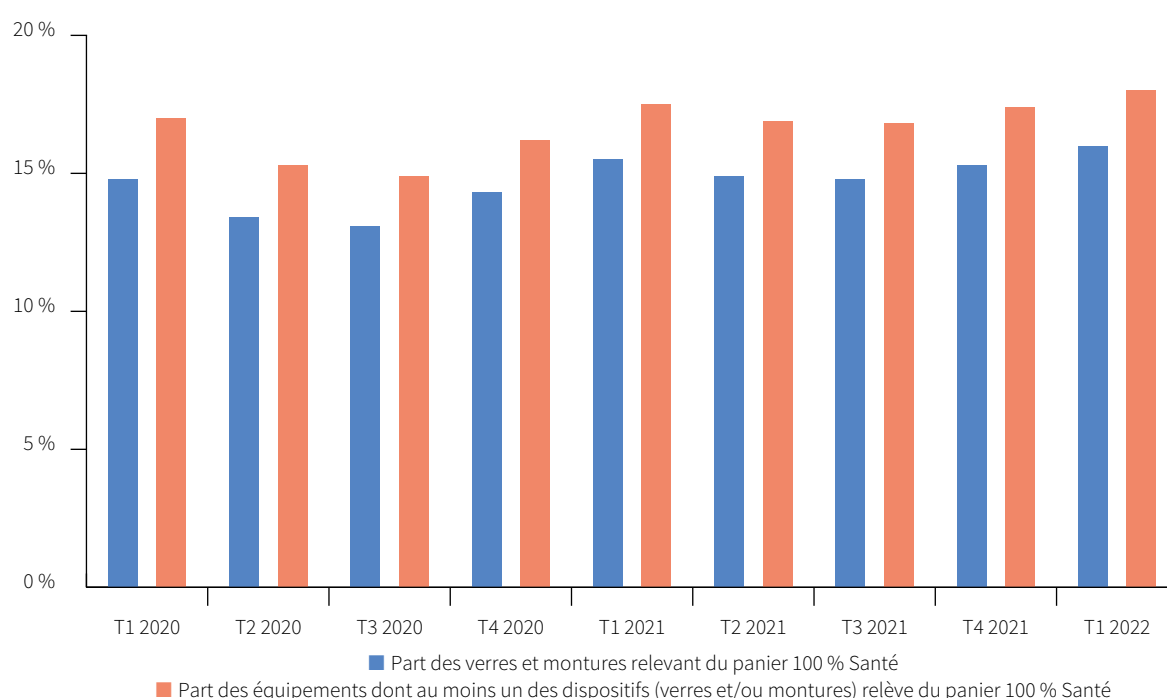
La part des verres et montures 100 % Santé dans le total des équipements vendus connaît une évolution très limitée depuis la mise en place de la réforme début 2020

Au 1^{er} trimestre 2022, la part des verres et montures relevant du panier 100 % Santé, y compris pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS), était de 16,0 % du total des verres et montures, contre 15,1 % pour l'année 2021 et 13,9 % en 2020.

La part des équipements comprenant au moins un dispositif 100 % Santé (verres et/ou monture, y compris pour les bénéficiaires de la CSS) dans le total des équipements délivrés s'établissait à 18,1 % au 1^{er} trimestre 2022, contre 17,2 % en 2021 et 15,8 % en 2020.

FIGURE 132

Part de l'offre 100 % Santé dans le total des verres et montures ou des équipements, du 1^{er} trimestre 2020 au 1^{er} trimestre 2022



Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ; professionnels libéraux conventionnés ; données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

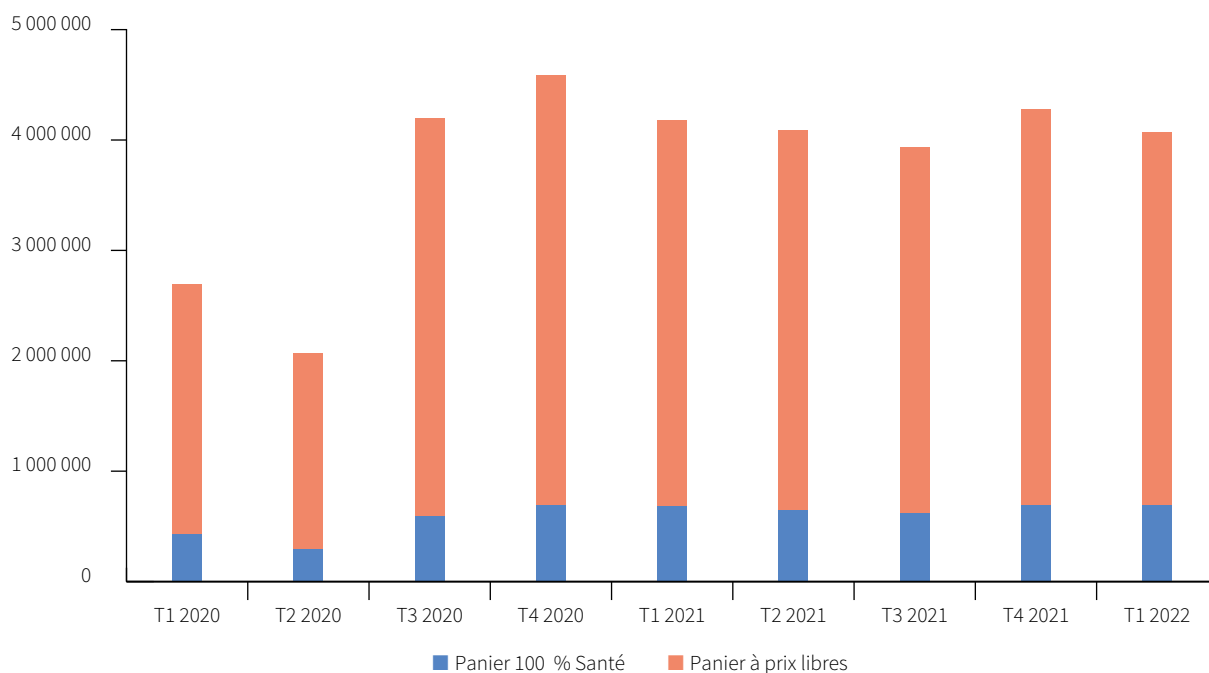
Le rythme d'équipement des assurés en matière d'optique médicale n'a pas été modifié

Du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2022, on recense 4,7 millions de patients bénéficiaires de l'offre 100 % Santé dans le domaine de l'optique (y compris ceux pris en charge au titre de la CSS) sur un total de 29,4 millions de patients équipés de verres ou montures sur cette période, tous paniers confondus.

Le nombre total de patients ayant eu recours à un équipement optique (verres et/ou monture), quel que soit le panier de soins, était de 15,5 millions en 2021, dont 2,6 millions de bénéficiaires de l'offre 100 % Santé. Depuis la mise en place de la réforme, le nombre global de patients équipés n'augmente pas plus rapidement qu'au cours de la période antérieure.

FIGURE 133

Nombre de patients équipés de verres ou monture, par panier de soins



Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ; professionnels libéraux conventionnés ; données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

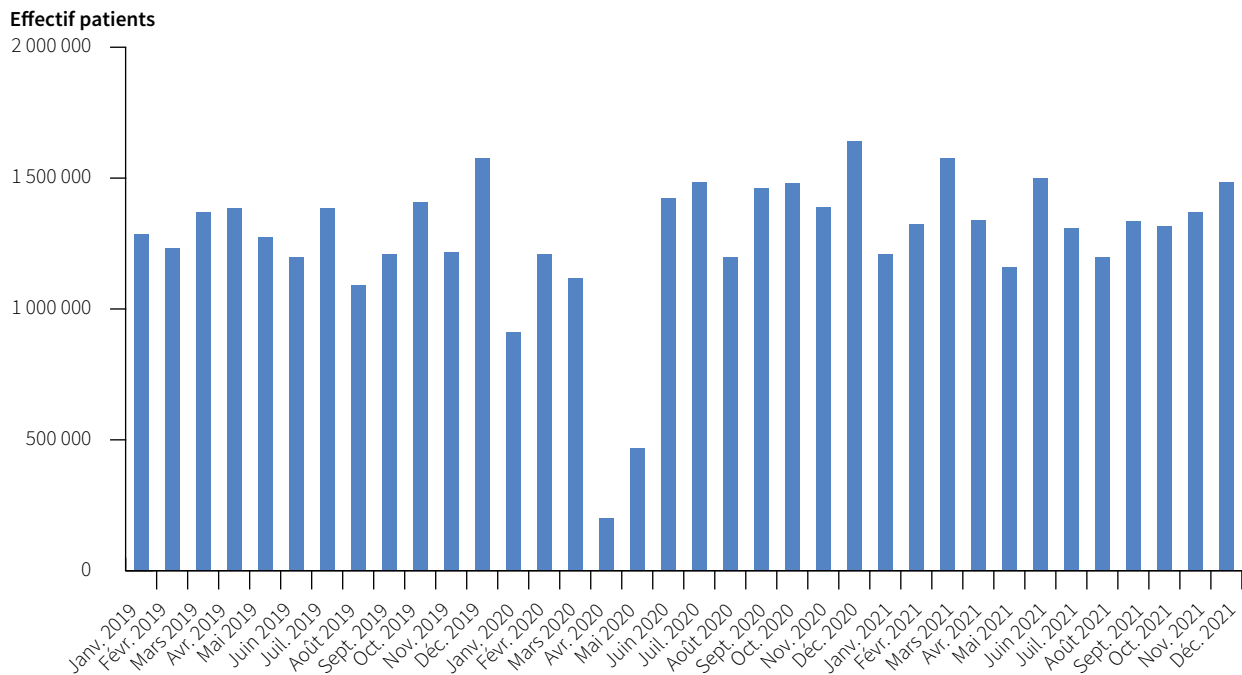
La réforme du 100 % Santé sur l'optique n'a pas entraîné, comme pour les audioprothèses, une hausse significative du recours. Dans le champ de l'optique, on comptait 1,3 million de patients équipés mensuellement en moyenne en 2021 (toutes prestations confondues), soit un nombre proche de celui des personnes équipées mensuellement en moyenne au cours de l'année 2019 [Figure 134].

En revanche, les renoncements aux soins en optique médicale qui ont été accompagnés par les missions accompagnement santé de l'Assurance Maladie en 2021 sont en diminution. Ces situations représentaient 6 % du nombre total de cas de renoncement aux soins traités par les missions accompagnement santé en 2021, contre 12 % en 2019¹³⁶.

136 Sur la base, respectivement, de 112 000 situations de renoncement aux soins repérées et traitées par ces structures en 2021, et de 80 000 situations en 2019.

FIGURE 134

Nombre de patients équipés mensuellement dans le domaine de l'optique, de janvier 2019 à décembre 2021



Champ : sélection par prestation (nouvelles et anciennes, y compris lentilles) ; données en date de liquidation, tous régimes
Source : Cnam (SND)

Les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre des verres et montures sont désormais concentrés sur les équipements du panier 100 % Santé

En 2021, la dépense totale pour les verres et montures dans l'ensemble des paniers de soins (100 % Santé et prix libres) s'élève à 6,8 milliards d'euros, dont 359 millions d'euros au titre du 100 % Santé, soit environ 5 % de la dépense totale.

Les montants remboursés par l'AMO pour les verres et montures s'établissaient, au cours de la même année, à 71 millions d'euros

pour l'ensemble des paniers cumulés et à 68 millions d'euros pour le seul panier 100 % Santé. La part des verres et montures du panier 100 % Santé dans les montants remboursés par l'AMO dans le domaine de l'optique (98 %) s'explique par le recentrage des bases de remboursement sur cette nouvelle offre. En conséquence, les montants pris en charge par l'AMO sont désormais plus élevés pour les équipements du panier 100 % Santé que pour les équipements à tarif libre.

TABLEAU 68

Dépense totale et montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) (y compris au titre de la Complémentaire santé solidaire - CSS) pour les montures et verres correcteurs

	Dépense totale 2021	Montants remboursés par l'AMO 2021
Verres et montures du panier 100 % Santé	359 millions d'euros	68 millions d'euros
Verres et montures tous paniers	6 796 millions d'euros	71 millions d'euros
Part des verres et montures du panier 100 % Santé dans le total tous paniers	5 %	97 %

Champ : tous patients y compris les bénéficiaires de la CSS, professionnels libéraux conventionnés, données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SND)

Accords conventionnels en 2021

Deux nouvelles conventions nationales ont été conclues par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), en 2021, dans le champ des dispositifs médicaux et prestations de traitement remboursables (LPP, liste des produits et prestations) : l'une avec les trois syndicats représentant les audioprothésistes, l'autre avec les trois syndicats représentant les opticiens. Elles associent les représentants des organismes complémentaires santé, représentés par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), à la vie partenariale.

Les parties signataires ont élaboré des dispositifs poursuivant un objectif de qualité des prestations dispensées par les audioprothésistes et les opticiens, en définissant les bonnes pratiques devant présider à leur exercice professionnel (compétence professionnelle, anamnèse, présentation de l'offre 100 % Santé...). Elles ont également souhaité rationaliser les pratiques de marketing en mettant en valeur des exigences éthiques en la matière.

Par ailleurs, un accompagnement financier du déploiement de la dématérialisation des échanges entre AMO et la profession (Sesam-Vitale) est prévu afin de promouvoir une couverture complète de ce mode de facturation. Enfin, les instances conventionnelles instaurées permettront aux parties de réfléchir en pleine concertation aux enjeux engageant l'avenir de ces professions.

6.5.3**Actions d'accompagnement et de contrôle pour assurer la mise en œuvre du dispositif 100 % Santé****6.5.3.1 Les contrôles des plafonds de prix et d'honoraires montrent que ceux-ci sont très largement respectés**

La mise en place du 100 % Santé s'est accompagnée de la fixation de prix limites de vente, pour les aides auditives et l'optique, et d'honoraires limites de facturation dans le domaine des soins prothétiques dentaires.

Le contrôle par l'Assurance Maladie du respect des prix et honoraires plafonnés s'appuie sur une procédure nationale de détection et de traitement des anomalies.

Au 1^{er} trimestre 2022, les plafonds d'honoraires et de prix (hors Complémentaire santé solidaire – CSS) étaient respectés pour :

- 99,8 % des actes prothétiques dentaires des paniers 100 % Santé et à reste à charge modéré ;
- 99,9 % des aides auditives du panier 100 % Santé ;
- 99,8 % des verres et montures du panier 100 % Santé.

Dans les domaines des aides auditives et de l'optique, le non-respect d'un prix limite de vente prévu dans le cadre de l'offre 100 % Santé entraîne la restitution du dépassement par le professionnel de santé auprès de l'Assurance Maladie, qui procède à un remboursement du même montant auprès de l'assuré. Cette procédure de contrôle de la facturation des professionnels concernés s'appuie sur les articles L.165-3-1 et R.165-31 et suivants du Code de la sécurité sociale.

En cas de non-respect des honoraires limites de facturation pour un acte prothétique dentaire, l'Assurance Maladie agit alors dans un cadre conventionnel. Si, à l'issue d'une phase d'accompagnement, le professionnel de santé ne met pas sa pratique de facturation en conformité avec les honoraires limites prévus par la convention, sa facturation fait alors l'objet d'une analyse systématique. Dès lors, toute facture comprenant un acte dépassant le plafond d'honoraires est rejetée, jusqu'à ce que l'activité du professionnel soit à nouveau en conformité avec ce plafonnement.

TABEAU 69**Taux de respect des plafonds d'honoraires et de prix des soins et équipements plafonnés (hors Complémentaire santé solidaire – CSS)**

	2019	2020	2021
Prothèses dentaires des paniers 100 % Santé et reste à charge (RAC) modéré	99,0 %	99,6 %	99,7 %
Aides auditives du panier 100 % Santé	96,0 %	98,2 %	99,7 %
Optique : montures et verres du panier 100 % Santé	—	99,6 %	99,8 %

Champ : hors CSS, professionnels libéraux conventionnés, données en date de remboursement, tous régimes
Source : Cnam (SNDS)

6.5.3.2 Dans le domaine de l'optique, une action d'accompagnement des professionnels a été complétée par une action de contrôle

Une phase d'accompagnement des opticiens au 2^e semestre 2021 visait à renforcer leur appropriation du dispositif 100 % Santé

En septembre 2021, 10 600 opticiens ont reçu un courrier de l'Assurance Maladie afin de les inviter à poursuivre leurs efforts en matière de présentation de l'offre 100 % Santé et à favoriser l'accès de leur clientèle à des équipements de cette offre.

De septembre à novembre 2021, 9 300 d'entre eux ont reçu la visite d'un délégué de l'Assurance Maladie (DAM). Cette visite a permis d'apporter des conseils aux professionnels pour favoriser l'évolution de leurs pratiques dans le sens d'une meilleure diffusion des verres et montures 100 % Santé et de recueillir leur vision sur la mise en œuvre de la réforme.

Une phase de contrôle du respect des obligations de présentation de l'offre 100 % Santé s'achève à la fin du 1^{er} semestre 2022

Dans le prolongement de l'accompagnement des professionnels de santé, une action de contrôle a été menée auprès de 200 magasins d'optique situés dans 49 départements. Les opticiens sélectionnés pour cette action de contrôle font partie de ceux dont le taux de dispensation de l'offre 100 % Santé est le plus faible au niveau national.

Au cours de cette phase, les agents de l'Assurance Maladie ont vérifié que le professionnel respectait ses obligations de présentation de l'offre, en magasin et sur le devis :

- exposition en magasin du nombre minimal de montures 100 % Santé prévu par la réglementation, pour les adultes et les enfants ;
- remise d'un devis au patient comprenant au moins une offre pour un équipement complet 100 % Santé.

Pour les magasins présentant une anomalie dans leurs pratiques de présentation de l'offre 100 % Santé, une pénalité financière peut être prononcée par l'organisme local d'assurance maladie. Cette pénalité financière peut atteindre un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France, conformément aux dispositions du IV de l'article L.165-1-4 du Code de la sécurité sociale. Elle est encaissée par la branche recouvrement de la Sécurité sociale.

Les résultats provisoires de cette action de contrôle sont les suivants :

Au 23 juin 2022, sur 192 magasins contrôlés, 85 d'entre eux respectent l'ensemble des règles de présentation de l'offre 100 % Santé ou présentent un très faible écart à la réglementation, tandis que des anomalies ont été constatées dans 107 magasins.

Parmi les situations d'anomalie relevées :

- 74 % concernent la présentation des montures 100 % Santé en magasin ;
- 18 % concernent la présentation des montures 100 % Santé en magasin et l'offre sur les devis ;
- 8 % concernent la présentation de l'offre 100 % Santé sur les devis.

À la même date, 34 décisions de pénalité financière ont été prises par l'Assurance Maladie. Le montant moyen de ces pénalités financières est de 2 187 euros. Pour les autres magasins, la procédure contradictoire est encore en cours.

6.5.3.3 Dans le domaine du dentaire, une analyse approfondie des pratiques de facturation des professionnels devra être menée et complétée par une action de contrôle le cas échéant

Si les contrôles du respect des honoraires limites de facturations montrent qu'ils sont très largement respectés par les chirurgiens-dentistes, des pratiques de « contournement » du dispositif 100 % Santé ont pu être observées, notamment *via* les devis dentaires parvenus aux CPAM dans le cadre de leur mission d'accès aux soins. Ainsi, afin de générer des honoraires supplémentaires, et de contourner les plafonds, certains praticiens facturent des actes dits « NPC » (non pris en charge) en complément des actes pris en charge. Pour les patients concernés, la promesse d'une absence de reste à charge n'est donc pas tenue bien que leur devis contienne des actes prothétiques du panier 100 % Santé. L'ampleur de ces pratiques n'a cependant pas pu être objectivée à ce stade, les données de l'Assurance Maladie ne permettant pas leur identification systématique. L'Assurance Maladie et les organismes complémentaires ont entamé des travaux conjoints afin de parvenir à une meilleure appréhension de ces pratiques.

6.5.4

Proposition d'évolutions de la réforme du « 100 % Santé »

6.5.4.1. Faire évoluer le panier 100 % Santé en optique pour mieux prendre en compte les très fortes corrections et l'innovation

La réforme du « 100 % Santé » permet de proposer des verres correcteurs sans reste à charge pour la très grande majorité des patients (classe A). Néanmoins, les verres correcteurs pour les patients ayant besoin d'une très forte correction¹³⁷ engendrent des coûts supplémentaires lors de leur fabrication qui les rendent plus difficilement compatibles avec les prix limites de vente fixés dans le cadre du panier 100 % Santé.

Une étude réalisée à partir de données de remboursements du SNDS pour 2021 sur ces verres montre que le taux de patients détenteurs de verres en dehors du champ 100 % Santé s'établit à

¹³⁷ Correction supérieure à + ou - 12 dioptries. La dioptrie est une unité de mesure permettant de quantifier l'importance d'un défaut optique. Elle représente la puissance du verre de correction nécessaire pour faire converger l'image sur la rétine. À titre d'exemple, une myopie moyenne de - 2,5 dioptries équivaut à une vision de 1/10 dixièmes et une myopie de - 6 dioptries équivaut à une vision inférieure à 1/20.

78 % toutes classes d'âges confondues (plus de 33 000 patients). Ainsi, le besoin de santé concernant les verres correcteurs ne serait que partiellement couvert pour ces patients **(Tableau 70)**.

Par ailleurs, en 2022, des verres correcteurs capables outre de corriger la myopie d'en freiner l'évolution, ont été développés. Cette innovation thérapeutique a été reconnue par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé (CNEDiMTS) qui a attribué à ces verres une amélioration du service attendu (ASA) de niveau IV par rapport aux verres unifocaux traditionnels. Ces verres s'adressent aux enfants à partir de 5 ans jusqu'aux adolescents de moins de 16 ans atteints d'une myopie forte¹³⁸ et/ou très évolutive¹³⁹. Le financement de cette innovation va engendrer des coûts supplémentaires dans le traitement de la

myopie des enfants alors même que la CNEDiMTS estime que plus de 500 000 patients pourraient en bénéficier.

L'étude quantifie la population d'enfants de moins de 16 ans atteints d'une myopie forte et actuellement porteurs de verres de correction à 16 429. En majorité (76 %), ces enfants sont équipés de verres de correction qui s'intègrent dans le panier de soins 100 % Santé.

Si l'impact financier d'une telle mesure devra être déterminé au cours des discussions au sein du Comité économique des produits de santé (Ceps), une enveloppe de l'ordre de 5 à 10 millions d'euros pour l'assurance maladie obligatoire et complémentaire pourrait permettre d'envisager une intégration à la nomenclature 100 % Santé de ces deux évolutions.

TABLEAU 70

Répartition par classe d'âge et panier 100 % Santé pour les verres à très forte correction

Catégories de verres à très forte correction	Classe d'âge			
	0-15 ans	16-40 ans	41 ans et plus	Total général
Verres correcteurs rentrant dans le champ du 100 % Santé (classe A)	1 172	2 706	5 522	9 400
Verres correcteurs en dehors du champ du 100 % Santé (classe B)	2 379	9 561	21 558	33 498
Taux de classe B	67 %	78 %	79,6 %	78 %
Total général	3 551	12 267	27 080	42 898

Source : Cnam

6.5.4.2 Étendre le panier 100 % Santé aux prothèses capillaires

Les personnes qui ont perdu leurs cheveux en raison d'une maladie ou du traitement de cette maladie (une chimiothérapie notamment) peuvent bénéficier d'une prise en charge à 100 % de leur perruque ou des accessoires pour masquer la chute de leurs cheveux (appelée alopecie).

Il existe deux classes de perruques totales prises en charge par l'Assurance Maladie, leur différence se faisant principalement selon la composition de la perruque. La prise en charge varie selon la classe :

- classe 1 : la perruque, ou prothèse capillaire totale, est faite de cheveux synthétiques, dont au moins 15 cm² sont implantés exclusivement à la main au niveau du sommet du crâne, de la raie ou du bord du front ; son prix ne peut pas dépasser 350 euros et dans ce cas, la somme est intégralement prise en charge par l'Assurance Maladie ;
- classe 2 : la perruque est faite d'au moins 30 % de cheveux naturels, ou de cheveux synthétiques dont au moins 30 cm² sont implantés exclusivement à la main. Le prix de vente maximum pour ouvrir le droit à une prise en charge est fixé à 700 euros, dont 250 euros remboursés par l'Assurance Maladie. Le reste à charge moyen constaté pour les prothèses de classe 2 en 2020 est de 376 euros en sus de la part prise en charge par l'Assurance Maladie de 250 euros.

¹³⁸ Supérieure à - 6 dioptries.

¹³⁹ Au moins - 0,5 dioptrie par an.

Les prothèses capillaires représentent environ 15 millions d'euros de remboursements pour l'Assurance Maladie en 2021 avec 50 114 patients qui ont bénéficié d'une prise en charge au titre d'une prothèse capillaire de classe 1 ou 2. La répartition entre prothèses capillaires de classe 1 et de classe 2 est stable depuis 2018 : 40 % des patients acquièrent une prothèse capillaire de classe 1 et 60 % une prothèse capillaire de classe 2. Le marché de la prothèse capillaire est concentré, avec trois fabricants qui totalisent 73 % du marché, et 300 distributeurs qui réalisent 70 % des ventes dans toute la France.

Selon l'Institut national du cancer (l'INCa), le nombre de personnes traitées par chimiothérapie en 2020 s'élevait à environ 347 000 personnes dont 40 % étaient traités pour un cancer du sein ou un cancer hématologique. L'écart entre le nombre de personnes traitées par chimiothérapie et le nombre de personnes ayant fait l'objet d'une prise en charge suggère un renoncement aux soins conséquent. Deux raisons peuvent être avancées pour expliquer ce renoncement aux soins. Tout d'abord des spécificités techniques des prothèses de classe 1 qui ne correspondent pas aux besoins et notamment l'absence de spécificité sur le « bonnet » et son confort, mais également l'absence de cheveux naturels ; par ailleurs, l'exclusion de la prise en charge des prothèses capillaires fabriquées à partir de plus de 30 % de cheveux naturels du fait d'un prix limite de vente de 700 euros, très faible par rapport aux coûts de ces perruques.

S'il est difficile de prévoir très précisément l'impact financier d'une telle mesure, compte tenu des paramètres détaillés qu'il faut fixer et des effets sur le taux de recours, une enveloppe de 20 millions d'euros pourrait constituer une première évaluation, enveloppe à deux tiers supportée par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et, à un tiers, par les assureurs complémentaires.

6.5.4.3 Les semelles orthopédiques : une révision de la nomenclature préalable à une éventuelle intégration dans le panier 100 % Santé

Les semelles orthopédiques répondent à plusieurs besoins pour les patients : correction d'une statique défectueuse, compensation des anomalies du pied, soulagement des appuis plantaires. En 2021, 2,6 millions de patients ont eu une prescription pour une paire des semelles orthopédiques. La population de moins de 16 ans représente plus de 410 000 patients. Par ailleurs, certains patients souffrant de maladies chroniques nécessitent également des semelles. Les principaux patients sous affection de longue durée (ALD) porteurs de semelles sont les patients diabétiques (4,2 %) et les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (0,7 %). Un certain nombre de ces patients se voient d'ailleurs proposer des chaussures thérapeutiques à usage prolongé (Chup) mieux prises en charge, à défaut de trouver des semelles qui sont adaptées à leur besoin dans le panier de soins.

En effet, le marché des semelles orthopédiques se distingue par le niveau de gamme de la semelle :

- semelles orthopédiques classiques : elles sont fabriquées avec des matériaux peu onéreux comme le liège ;
- semelles orthopédiques fonctionnelles : ces semelles sont faites à partir de matières composites d'élasticités variables pour permettre un soutien accru de la plante du pied ;
- semelles orthopédiques haut de gamme : le podologue doit faire les moulages des pieds et utiliser des technologies avancées pour modeler des semelles performantes et sur mesure.

Actuellement, la prise en charge des semelles sur la liste des produits et prestations (LPP) se fait uniquement en fonction de la pointure avec une prise en charge comprise entre 12,98 euros (pointure en dessous de la taille 28) et 14,43 euros (pointure au-dessus de la taille 37) la semelle. Le reste à charge moyen constaté pour les semelles orthopédiques se situe entre 94 euros et 117 euros, en fonction de la pointure. Dans le cadre d'une prise en charge satisfaisante, le renouvellement de la semelle doit intervenir tous les dix-huit mois, ce qui peut entraîner une accumulation de restes à charge entraînant des difficultés d'accès à ce dispositif.

Procéder à une mise à jour de la nomenclature sur les semelles orthopédiques avec une distinction sur le procédé de fabrication et les matériaux utilisés permettrait de mieux cibler le besoin des patients et des prescripteurs. Cette meilleure définition de la nomenclature entraînera une baisse du reste à charge important constaté sur ce type de dépense en faisant mieux coïncider l'offre remboursée avec les besoins des patients. Cette meilleure adéquation entre l'offre et la demande limitera le besoin des patients de se fournir en semelles en dehors de la nomenclature et donc de toute prise en charge.

À terme, lorsque la nomenclature permettra de suivre précisément les dépenses de semelles orthopédiques en fonction des différents besoins, une intégration dans le panier 100 % Santé de tout ou partie des semelles pourrait être discutée avec les parties prenantes de sorte à assurer un accès aux soins sans reste à charge pour les patients concernés.

6.5.4.4 L'orthodontie : une action à engager pour limiter les restes à charge élevés pour les familles

Aujourd'hui, le panier 100 % Santé dentaire ne concerne que les actes prothétiques. Or, des restes à charge élevés existent dans d'autres domaines, notamment celui de l'orthodontie.

Ainsi, en 2021, les dépenses liées à l'orthodontie représentent 1,9 milliard d'euros, dont 530 millions d'euros de dépenses remboursées par l'Assurance Maladie et 1,3 milliard d'euros de reste à charge. Ces dépenses sont générées à 67 % par les 2 100 orthopédistes dento-faciaux (ODF) libéraux, 24 % par les chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 7 % par des centres de santé.

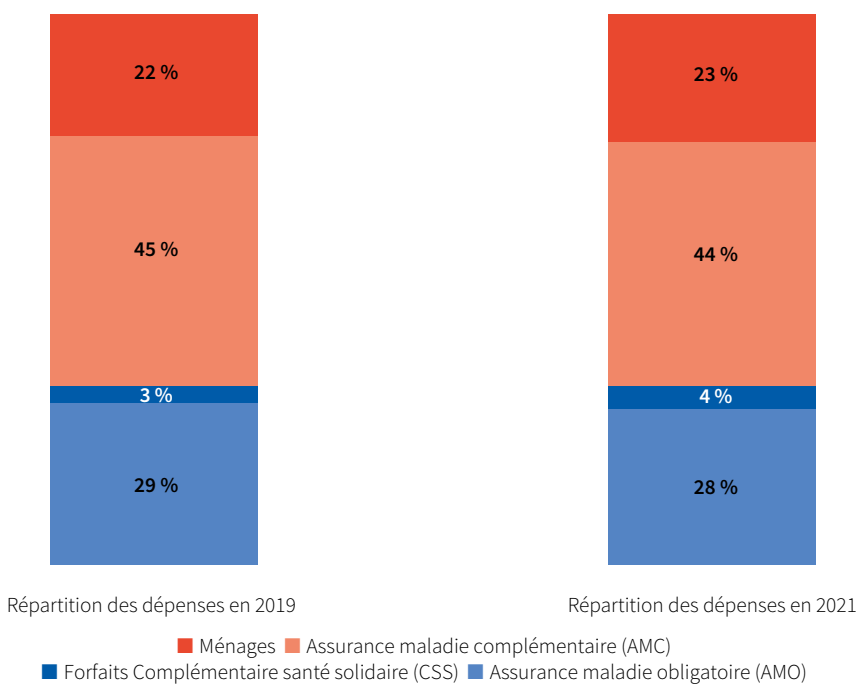
Ces dépenses évoluent de manière soutenue depuis 2013 (+ 4,3 % par an), et la part de ces tarifs fixée sur entente directe (part libre du tarif pratiqué par le professionnel de santé au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie) connaît une croissance plus rapide (+ 4,8 % par an, elle a augmenté de 27 points entre 2013 et 2021, passant de 217 % à 244 %) **[Figure 136]** alors que, dans le même temps, les effectifs de chirurgiens-dentistes omnipraticiens et spécialistes sont restés stables. Parallèlement, le taux de recours à l'orthodontie a augmenté ces dernières années (20 % en 2021 contre 16 % en 2013).

En outre, on observe une hétérogénéité importante de la pratique tarifaire de professionnels sur le territoire : si le tarif moyen d'un semestre d'orthodontie s'élève à 728 euros, hors bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) – pour qui les honoraires sont déjà plafonnés –, il est en progression de 10 % depuis 2013. Les tarifs varient de 597 euros (dans le Territoire de Belfort) à 898 euros (Hauts-de-Seine). Ce tarif moyen cache par ailleurs quelques disparités selon l'exécutant puisque ce dernier varie de 745 euros facturés par un orthodontiste libéral à 699 euros pour un centre de santé, soit un écart de 6,5 %.

D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le taux de couverture moyen de l'orthodontie dans les contrats complémentaire santé s'élevait à 275 % en 2016. À partir de ce chiffre, nous pouvons en déduire que le reste à charge des ménages en 2021 sur le poste de l'orthodontie s'élèverait à près de 424 millions d'euros. Ainsi, les ménages financent environ 23 % de la dépense en orthodontie, l'assurance maladie obligatoire (AMO) un peu moins de 30 % et les complémentaires, 44 %. Sur la base du tarif moyen susmentionné, le reste à charge moyen est donc d'environ 167 euros par semestre.

FIGURE 135

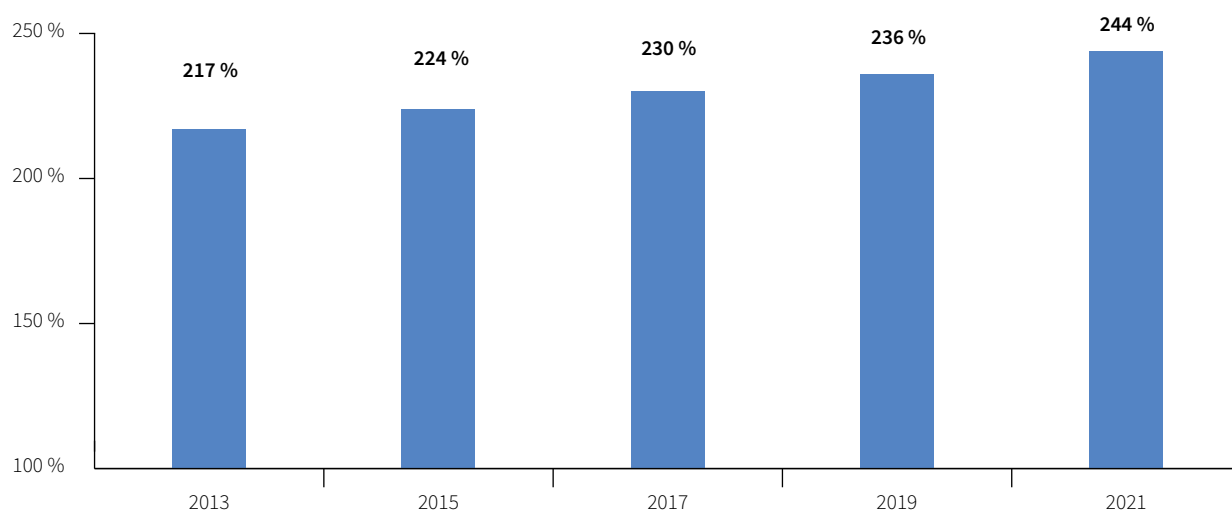
Estimation de la répartition des dépenses d'orthodontie par financeur



Source : Cnam (SNDS)

FIGURE 136

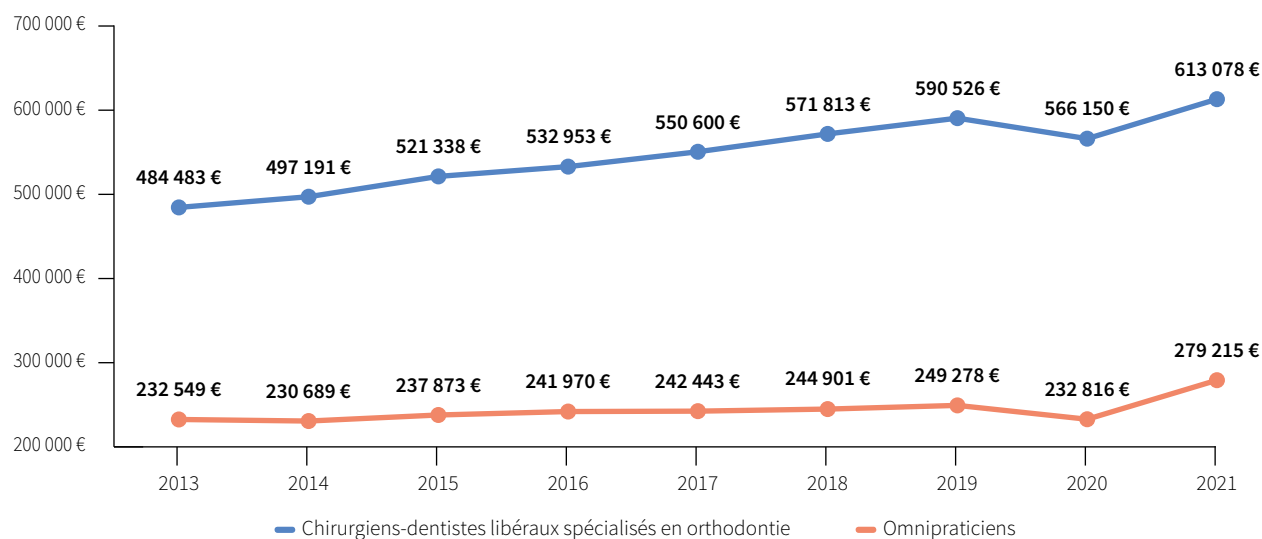
Évolution du taux de dépassement moyen des honoraires d'orthodontie entre 2013 et 2021



Champ : France entière
Source : Cnam

FIGURE 137

Évolution des honoraires totaux moyens par tête des chirurgiens-dentistes libéraux spécialisés en orthodontie et des omnipraticiens



Source : Cnam

L'intégration de l'orthodontie dans le panier 100 % Santé ne peut se concevoir sans une analyse approfondie et partagée de la situation. Elle impliquerait avant toute autre chose la fixation d'honoraires limites de facturation, comme c'est le cas actuellement pour les actes prothétiques des paniers 100 % Santé et reste à charge modéré.

Cette prise en charge à 100 % pourrait par ailleurs engendrer une hausse du recours et donc des dépenses liées à ces traitements. Il semble ainsi nécessaire de faire un état des lieux avec les professionnels de santé et les organismes complémentaires des traitements réalisés actuellement et de leur niveau de prise en charge. Il pourrait être pertinent de lier une évolution de la prise en charge à une refonte de la nomenclature afin de distinguer les traitements de dysmorphoses par exemple, selon le degré de sévérité ou bien encore le numéro de semestre du traitement.

6.6 BILAN DES NÉGOCIATIONS ENTRE L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE (UNCAM) ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN 2021 ET 2022

Les accords conventionnels signés en 2021 et 2022 portent des ambitions sur cinq axes majeurs :

- l'amélioration de l'accès aux soins des patients et le renforcement de la prévention ;
- le déploiement de la télésanté et du numérique en santé ;
- la valorisation de la prise en charge des publics les plus fragiles ;
- le déploiement de l'exercice coordonné ;
- les enjeux environnementaux.

6.6.1

Accès aux soins, prévention et bonnes pratiques

Avenants médecins (recours aux spécialistes, prise en charge des soins urgents non programmés/service d'accès aux soins – SAS), sages-femmes (suivi postnatal), communautés professionnelles territoriales de santé (crise sanitaire), centres de santé, orthophonistes (démographie, bilan prévention), convention pharmaciens

Les accords conventionnels récemment signés avec les professions de santé comportent tous des mesures visant à favoriser l'accès aux soins de tous les patients sur le territoire, enjeu majeur de santé publique. Ces mesures s'articulent principalement autour du renforcement de l'attractivité de certaines professions ou spécialités, de la meilleure répartition géographique des professionnels sur le territoire, de la coordination de l'action des différentes professions de santé sur les territoires et de l'amplification des mesures de prévention.

L'avenant 9 à la convention médicale introduit différentes mesures visant à consolider et à renforcer l'accès aux soins. De nouvelles majorations ont ainsi été créées ou des consultations revalorisées dans le but de renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins coordonnés, et de soutenir les spécialités cliniques en tension et les moins rémunérées, en particulier la psychiatrie, la pédiatrie, la gynécologie médicale, et l'endocrinologie.

Cet accord tend par ailleurs à renforcer la qualité du parcours de soins, d'une part, en étendant le champ de la téléexpertise, d'autre part, en revalorisant l'avis ponctuel de consultants.

Il participe également à la mise en place du service d'accès aux soins (SAS) qui permet une réponse organisée pour faire face aux besoins de soins non programmés en ville, notamment pour désengorger les urgences. L'avenant 9 valorise la participation à la fois au système de régulation libérale mis en place et à la

mobilisation des médecins libéraux du territoire pour prendre en charge les patients.

L'avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes a renforcé le suivi postnatal assuré par les sages-femmes en vue notamment d'améliorer le dépistage de la dépression du post-partum.

En effet, le rapport sur les 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant souligne que la période allant du 4^e mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant constitue une période clé pour la santé et le bien-être de l'enfant durant toute sa vie. Dans le cadre périnatal, la prévention de la dépression du post-partum constitue de fait un enjeu de santé publique majeur. En effet, cette dépression, fréquente et sous-diagnostiquée – sa prévalence est de l'ordre de 10 à 15 % selon les études – peut entraîner des effets potentiellement graves sur la mère et/ou l'enfant, notamment sur son développement.

L'avenant 5 crée ainsi de nouveaux entretiens postnataux qui pourront être proposés :

- systématiquement à toute femme de la 4^e à la 6^e semaine après l'accouchement, afin de détecter d'éventuelles fragilités psychiques de la mère ;
- de la 10^e à la 14^e semaine après l'accouchement, aux femmes primipares ainsi qu'aux femmes qui présentent un facteur de risque psychologique (au domicile ou en cabinet).

Par ailleurs, cet avenant prévoit également un élargissement des conditions de réalisation des séances de suivi postnatal ; elles peuvent désormais être réalisées du 8^e jour jusqu'à la 14^e semaine après l'accouchement à la fois en individuel comme en collectif.

L'avenant 19 à la convention nationale des orthophonistes a actualisé et renforcé les mesures démographiques mises en place par l'avenant 16 en vue d'améliorer davantage la répartition géographique des orthophonistes sur le territoire et favoriser ainsi l'accès aux soins en orthophonie. Cet avenant renforce notamment le dispositif incitatif mis en place en zones sous-denses pour favoriser le maintien et l'installation des professionnels dans ces zones. Cet accord prévoit parallèlement de nouveaux objectifs ambitieux à atteindre par la profession en vue de rééquilibrer sur les trois années à venir l'offre de soins en orthophonie sur le territoire.

Cet avenant 19 a parallèlement renforcé le rôle des orthophonistes dans le domaine de la prévention *via* la mise en place d'un nouveau bilan de prévention et d'accompagnement parental. Ce bilan permettra à l'orthophoniste, si la réalisation d'un bilan orthophonique n'est pas adaptée, de pouvoir toutefois

prodiguer au patient ainsi que, le cas échéant, à la famille, des conseils de prévention, un accompagnement ou, si nécessaire, une orientation adéquate vers un professionnel médical. L'avenant acte enfin la poursuite des travaux portant sur les actions de prévention des troubles du langage et de la communication en milieu scolaire.

En 2020, la pandémie mondiale de Covid-19 a bouleversé les modes de fonctionnement des professionnels de santé de ville : il s'agit de s'organiser collectivement pour répondre aux besoins massifs de dépistage puis de vaccination. Dans ce contexte, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), alors en plein essor dans certains territoires, ont démontré leur plus-value en faisant preuve d'une grande force d'adaptation et d'action collective. Les autres formes d'exercice coordonné comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CDS) ont également démontré leur force d'adaptation et de réponse apportée à la patientèle. En conséquence, les partenaires conventionnels ont souhaité renforcer la valorisation et le soutien de ces formes d'exercice coordonné qui se sont illustrées dans la gestion de la crise, mais aussi mieux anticiper la potentielle survenue d'une nouvelle crise en élargissant le champ des missions reconnues. Ainsi, l'avenant 2 à l'ACI CPTS (accord conventionnel interprofessionnel pour les CPTS) signé le 20 décembre 2021, inscrit dans les missions de ces organisations la mission de gestion de crise sanitaire. Il s'agit pour la CPTS d'élaborer un plan de réponse à une crise et un volet « mise en œuvre en cas de survenue de la crise ». Cette même mission, mais à l'échelle de leur patientèle pour les CDS et MSP, a été transposée dans leur accord respectif (avenant 1 MSP et avenant 4 CDS).

Par ailleurs, des négociations conventionnelles se sont ouvertes en janvier 2022 en vue de signer un avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes. Cet avenant vise notamment à améliorer l'accès des patients aux soins de masso-kinésithérapie en adaptant le dispositif démographique existant.

Des négociations conventionnelles se sont également ouvertes en février 2022 en vue de signer un avenant 9 à la convention nationale des infirmiers. Cet avenant a pour objectif de réviser les conditions de valorisation des actes infirmiers en pratique avancée exerçant en libéral afin de soutenir leur activité et permettre ainsi de soutenir l'accès aux soins des patients. En effet, l'infirmier de pratique avancée (IPA) participe à la prise en charge globale des patients atteints de maladies chroniques dont le suivi lui a été confié par un médecin. La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients tout en permettant un gain de temps médical.

Enfin, des négociations conventionnelles se sont ouvertes en avril 2022 en vue de signer un avenant 6 à la convention nationale des sages-femmes. Cet avenant a pour objet de déterminer les modalités de valorisation de l'accompagnement global par les sages-femmes et d'adapter les dispositions conventionnelles au regard de la création du rôle de sage-femme référente.

L'accompagnement global, revendiqué par les sages-femmes libérales, consiste en une prise en charge de la femme durant la phase anténatale, l'accouchement et le post-partum, par une même sage-femme. Ces négociations font suite aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 qui prévoit de pérenniser et déployer les maisons de naissance. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de proposer aux femmes une offre de soins diversifiée pour leur permettre d'avoir le choix entre un accouchement moins médicalisé et un suivi habituel avec accouchement en maternité. Par ailleurs, la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a créé la possibilité pour l'assurée de déclarer à l'Assurance Maladie le nom de sa sage-femme référente (dont les modalités d'application doivent être définies par décret). Cette mesure vise à favoriser la coordination des soins en lien avec le médecin traitant de la patiente pendant et après sa grossesse et s'inscrit dans le cadre du chantier interministériel des 1 000 premiers jours de l'enfant. Ce nouveau dispositif de sages-femmes référentes constitue ainsi une opportunité pour fluidifier et structurer le parcours des patientes tout au long de la grossesse et en postnatal, garantir le lien avec la maternité et reconnaître les sages-femmes dans un rôle pour lequel elles disposent d'une vision globale.

La nouvelle convention des pharmaciens dont les négociations ont débuté en novembre 2021 a été signée le 9 mars 2022. Elle met particulièrement l'accent sur les nouvelles missions du pharmacien en matière de prévention et d'amélioration du parcours de soins ainsi que sur le rôle prépondérant du pharmacien en matière de juste dispensation des produits de santé.

Les nouvelles missions qui se mettent en place progressivement sont les suivantes :

- élargissement des compétences vaccinales ;
- participation au dépistage organisé du cancer colorectal (remise du kit de dépistage à l'officine) ;
- dépistage et prise en charge des cystites aiguës chez les femmes ;
- sensibilisation des femmes enceintes sur la prise de médicaments pendant la grossesse dans le cadre d'un accompagnement de courte durée ;
- rémunération du « pharmacien correspondant » désigné par le patient ;
- délivrance des médicaments au domicile des patients dans le cadre des programmes d'aide au retour à domicile (Prado) ;
- garantie d'une qualité de la pratique pharmaceutique grâce à une nouvelle rémunération sur objectifs de santé publique pour le bon usage des produits de santé. Elle vise à inciter notamment le pharmacien à adhérer à la « démarche qualité » développée par la profession, tout en assurant la juste délivrance des produits de santé, notamment des médicaments génériques ;
- vérification de l'authenticité des prescriptions de médicaments onéreux, afin de lutter contre les fraudes et les trafics organisés, et garantir la sécurité de la médication.

6.6.2

Déploiement de la télésanté et du numérique en santé

Avenants médecins, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes, centres de santé et convention pharmaciens

Les enjeux autour du déploiement de la télésanté et de l'amélioration que cela peut apporter dans la prise en charge et le suivi des patients, dont la gestion de la réponse à l'épidémie de Covid-19 a été l'un des révélateurs, ainsi que la pleine appropriation des outils numériques par les professionnels de santé sont cruciaux notamment pour fluidifier et sécuriser les parcours des patients. Les accords signés avec les professionnels de santé ont donc largement intégré ces thématiques, notamment dans les suites du Ségur du numérique.

L'avenant 9 à la convention médicale introduit de nouvelles mesures en faveur du déploiement de la télémedecine. Ces mesures visent à tirer les enseignements des dérogations accordées durant la crise sanitaire afin de permettre à la télémedecine de poursuivre son essor, toujours dans un cadre garantissant la qualité des soins et le respect du parcours de soins.

Ainsi, pour accompagner le développement des pratiques de télémedecine, sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, des mesures d'assouplissement ont été apportées avec notamment, sous conditions, la possibilité de téléconsulter un médecin en dehors de son territoire. Le dispositif de téléexpertise simplifié est en outre désormais ouvert à tous les patients.

Ces mesures d'accompagnement ont parallèlement été encadrées par l'introduction de conditions visant à garantir une pratique de qualité, respectueuse des principes d'organisation de notre système de soins (seuil maximal de 20 % d'activité de télésanté notamment).

À l'initiative des partenaires conventionnels, une charte de bonnes pratiques de la téléconsultation a été élaborée, première étape dans une volonté de faire connaître les recommandations et obligations essentielles au regard de la pratique de l'activité à distance.

Cet accord conventionnel procède aussi à des aménagements structurants et traduit la dynamique amorcée dans le cadre de la réforme « Ma santé 2022 » en lien avec les objectifs du Ségur de la santé portant une nouvelle politique d'investissement massif dans le numérique en santé, condition indispensable à la transformation du système de santé, dans un cadre éthique et respectueux des droits de l'ensemble des acteurs de l'écosystème, usagers et professionnels. Les médecins libéraux sont encouragés financièrement, *via* le forfait structure, à l'usage des nouveaux outils de l'espace numérique de santé, parmi lesquels le volet médical de synthèse (synthèse médicale du patient, indispensable pour la coordination des professionnels entre la ville et l'hôpital), la messagerie sécurisée entre professionnels et patients, la e-prescription et l'application carte Vitale. Les médecins sont également incités à alimenter le Dossier Médical Partagé (DMP), afin que le patient ait accès à l'ensemble de son dossier (prescriptions, bilans, etc.) dans Mon espace santé.

Dans la suite des mesures dérogatoires introduites par les pouvoirs publics lors de la crise sanitaire, l'avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes a inscrit de manière pérenne dans la convention la possibilité pour les sages-femmes de recourir à la téléconsultation, aux actes à distance et à la téléexpertise. Parallèlement, les avenants 17 et 18 à la convention nationale des orthophonistes ont également inscrit dans la convention la possibilité pour les orthophonistes de recourir au télésoin et de requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel médical. Ces différents avenants précisent les conditions de réalisation et de facturation des actes de télésanté par les professionnels afin de garantir la qualité et la sécurité des soins dans ce cadre, et de l'intégrer pleinement dans l'organisation et le parcours de soins coordonnés du patient. Ces avenants introduisent également des aides à l'équipement pour les professionnels en vue de favoriser l'essor de cette pratique dans le cadre du forfait annuel d'aide à l'informatisation et à la modernisation du cabinet (aides pour l'équipement en vidéotransmission et en appareils médicaux connectés).

À noter que les négociations ouvertes au 1^{er} trimestre 2022 avec les représentants des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes doivent poursuivre les discussions engagées sur les modalités de réalisation et de facturation des actes de télésanté par ces professionnels.

Ces mesures font également l'objet de transposition dans le cadre de l'avenant signé avec les centres de santé (application des mesures télésanté, seuil maximal d'activité en télésanté, numérique en santé...).

Enfin, la convention nationale des pharmaciens prévoit de nouvelles modalités de rémunération pour l'assistance à la téléconsultation en officine ainsi que des évolutions majeures pour le développement du numérique en santé grâce à une rémunération sur objectifs dédiée permettant notamment d'encourager l'alimentation du DMP, le recours aux logiciels d'aide à la dispensation certifiés, l'utilisation de la messagerie sécurisée de Mon espace santé, la généralisation de la e-prescription, et le déploiement de l'application carte Vitale.

6.6.3

Publics fragiles ou vulnérables

Avenant médecins (personnes âgées, handicap, enfants de l'Aide sociale à l'enfance), infirmiers (bilan de soins infirmiers – BSI), orthophonistes (troubles du neurodéveloppement, domicile), orthoptistes, centres de santé (précarité)

L'amélioration de la prise en charge des publics les plus fragiles ou vulnérables et de sa valorisation dans l'activité des professionnels de santé est un enjeu majeur, renforcé notamment par la volonté de permettre le maintien à domicile des personnes dépendantes et l'inclusion des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire. Les partenaires conventionnels se sont attachés à intégrer ces questions dans leurs négociations.

L'avenant 9 à la convention médicale renforce l'accès aux soins des publics fragiles en :

- favorisant l'autonomie des personnes âgées, en encourageant leur prise en charge à domicile par les médecins généralistes ;
- améliorant la prise en charge de la santé mentale et la prise en charge des enfants, priorités en matière de santé dans le cadre de la crise sanitaire ;
- améliorant la prise en charge des personnes en situation de handicap (la constitution et la transmission du dossier de demande à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sont valorisées comme une consultation très complexe). Suivant les recommandations des associations de personnes handicapées, l'avenant 9 rend également possible la rémunération de la consultation « blanche ».

Les avenants 18 et 19 à la convention nationale des orthophonistes ont renforcé également l'accès aux soins des publics prioritaires en valorisant :

- la prise en charge par les orthophonistes des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement (mise en place d'un forfait conventionnel et revalorisation d'actes) ;
- l'intervention des orthophonistes au domicile des patients les plus fragiles (revalorisation des indemnités kilométriques et mise en place d'indemnités forfaitaires spécifiques) ;
- certaines prises en charge spécifiques.

L'avenant 8 à la convention nationale des infirmiers poursuit par ailleurs le déploiement du dispositif du bilan de soins infirmiers (BSI) visant à mieux valoriser la prise en charge par les infirmiers des patients dépendants à domicile.

Enfin, dans le cadre des négociations ouvertes en janvier 2022 avec les masseurs-kinésithérapeutes, les partenaires conventionnels travaillent à la mise en place de mesures en vue de favoriser l'intervention des professionnels au domicile des patients les plus fragiles.

6.6.4

Déploiement de l'exercice coordonné

Avenants communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé (CDS)

L'exercice coordonné connaît une forte croissance ces cinq dernières années au travers des CPTS, MSP et CDS. La structuration de l'offre de soins sur le territoire et l'articulation des professionnels de ville entre eux, d'une part, et avec les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, d'autre part, sont des conditions essentielles à l'amélioration de la prise en charge et des parcours des patients, facteur d'efficacité de notre système de soins et de pertinence des prises en charge. Aussi, les accords signés récemment se sont-ils attachés à renforcer les moyens alloués aux organisations d'exercice coordonné.

6.6.4.1 ACI CPTS

Outre la mission « crise sanitaire » présentée dans le point 1, l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel pour les CPTS (ACI CPTS) signé le 20 décembre 2021 apporte les évolutions suivantes :

- afin d'encourager à la création de nouvelles CPTS, et dans un objectif de couverture de l'ensemble du territoire national, des dispositifs pour accélérer l'adhésion ont été mis en place. D'une part, un dispositif d'« accélérateur » (ateliers pour dépasser les points de blocage) a été créé, d'autre part, un dispositif incitatif a été mis en place avec l'augmentation de l'enveloppe de fonctionnement pour les CPTS adhérent avant le 30 septembre 2022. Enfin, le financement supplémentaire d'une mission « socle » démarrée en amont de la signature ACI permet d'encourager les dynamiques de contractualisation ;
- le sujet des expérimentations ESP (équipes de soins primaires) et ESS (équipes de soins spécialisés) est ouvert, et les réflexions devront se poursuivre pour préciser les modalités d'expérimentation, dans le cadre d'un groupe de travail ;
- la mission liée à l'accès aux soins a été adaptée aux dispositions de l'avenant 9 médical pour la partie « soins non programmés » (SNP) et des éléments de précision de l'articulation entre CPTS et services d'accès aux soins (SAS) ont été ajoutés ;
- enfin, des dispositions particulières ont été prises pour les CPTS de taille 4 avec plus de 100 membres, qui bénéficieront désormais d'une majoration sur l'ensemble des missions « socles » ou optionnelles à hauteur de 10 %.

6.6.4.2 ACI MSP

Un avenant 1 à l'ACI MSP (accord conventionnel interprofessionnel pour les maisons de santé pluriprofessionnelles) a été signé le 4 mars 2022.

Les principales mesures portées par cet avenant s'articulent autour des axes suivants :

- la gestion de la crise sanitaire : création d'un nouvel indicateur pour valoriser la participation des MSP ;
- l'articulation des MSP avec le SAS en lien avec les CPTS (valorisation de la participation des professionnels de santé de la MSP au SAS) ;
- la valorisation de la présence d'infirmiers en pratique avancée (IPA), professionnels clés pour une prise en charge pluriprofessionnelle centrée sur le patient (valorisation d'indicateurs « mission de santé publique », protocoles pluriprofessionnels, réunion de concertation/création d'un nouveau contrat pour accompagner l'activité salariée d'IPA exclusive) ;
- la démarche qualité et l'implication des usagers (nouveaux indicateurs) ;
- la participation des MSP aux parcours autour de l'insuffisance cardiaque et de l'obésité de l'enfant ;
- la valorisation de la participation des MSP aux protocoles de coopération de soins non programmés ;
- la revalorisation de certains indicateurs (fonction de coordination, formation des jeunes professionnels de santé, diversification de l'offre...).

6.6.4.3 Accord CDS

Un avenant 4 à l'accord national des centres de santé (CDS) a été signé le 14 avril 2022.

Les mesures portées par cet avenant s'inscrivent principalement dans le cadre des transpositions des mesures des accords mono-professionnels.

Ainsi, l'avenant 4 inscrit les mesures suivantes :

- implication des CDS dans la gestion de la crise sanitaire ;
- articulation avec le dispositif SAS en transposition des mesures de l'avenant 9 à la convention médicale ;
- évolution des rémunérations des centres de santé notamment en tenant compte de la présence d'IPA, professionnels clés pour une prise en charge pluriprofessionnelle centrée sur le patient et en créant de nouveaux indicateurs de parcours autour de l'insuffisance cardiaque et de l'obésité de l'enfant ;
- enjeux liés à la pratique de la télésanté en transposant notamment les mesures de l'avenant 9 à la convention médicale ;
- mise en place d'une procédure de régulation du conventionnement des centres de santé infirmiers en corollaire du dispositif instauré pour les infirmières et infirmiers libéraux ;
- révision des modalités d'adhésion à l'accord national dans le prolongement des mesures issues de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, tout en proposant un accompagnement renforcé du conventionnement des nouvelles structures dans le cadre d'une pratique vertueuse ;
- renforcement du soutien déjà apporté par l'accord national aux CDS particulièrement engagés dans les démarches pour répondre aux besoins spécifiques des patients les plus vulnérables ;
- valorisation de la présence d'IPA au sein des centres ;

- implication des usagers ;
- valorisation de la participation des CDS aux parcours autour de l'insuffisance cardiaque et de l'obésité de l'enfant, et aux protocoles de coopération de soins non programmés ;
- revalorisation de certains indicateurs (fonction de coordination, formation des jeunes professionnels de santé, diversification de l'offre...).

6.6.5

Les enjeux environnementaux

La convention nationale des pharmaciens, entrée en vigueur le 7 mai 2022, a introduit, pour la première fois dans une convention entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé, un axe portant sur l'amélioration de l'impact environnemental dans leur pratique.

Deux mesures sont proposées par le cadre conventionnel :

- la réalisation d'un projet par le pharmacien pour son officine impliquant son équipe ainsi qu'une action de sensibilisation des patients ;
- la dispensation à l'unité des médicaments permettant à la fois une prise en charge efficace du patient et la lutte contre le gaspillage et la production de déchets (produits dangereux ou toxiques).

Les discussions à venir avec les autres professions conventionnées ont vocation à comporter également un axe autour des enjeux environnementaux.

TABLEAU 71

Principaux accords conventionnels signés en 2021 et 2022 par les partenaires conventionnels

Professions	Accords conventionnels
Médecins	- Avenant 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signé le 30 juillet 2021
Sages-femmes	- Avenant 5 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'Assurance Maladie signé le 17 décembre 2021
Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	- Avenant 2 à l'ACI ^(a) CPTS signé le 20 décembre 2021
Orthophonistes	- Avenant 17 à la convention nationale des orthophonistes signé le 29 janvier 2021 - Avenant 18 à la convention nationale des orthophonistes signé le 29 juillet 2021 - Avenant 19 à la convention nationale des orthophonistes signé le 25 février 2022
Infirmiers	- Avenant 8 à la convention nationale des infirmiers signé le 9 novembre 2021
Centres de santé	- Avenant 4 à l'accord national signé le 14 avril 2022
Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	- Avenant 1 à l'ACI ^(a) MSP signé le 4 mars 2022
Pharmaciens	- Convention nationale des pharmaciens signée le 9 mars 2022

(a) ACI : accord conventionnel interprofessionnel

6.7 PROPOSITIONS

Propositions pour renforcer l'accès aux soins et améliorer l'organisation du système de santé

Proposition 13

Déployer une boîte à outils pour améliorer l'accès à un médecin traitant dans un contexte de raréfaction des médecins généralistes installés en ville

- Miser sur les assistants médicaux pour libérer du temps médical ;
- Inciter à l'installation des infirmiers de pratique avancée (IPA) en ville, en revalorisant leur modèle économique ;
- Proposer des modèles innovants de collaboration médecins/infirmiers ;
- Alléger la charge administrative des médecins ;
- Déployer les protocoles de coopération nationaux et locaux, pour faciliter le partage de tâches entre professionnels de santé.

Proposition 14

Déployer de nouveaux leviers pour lutter contre les déserts médicaux et les inégalités territoriales d'accès aux soins

- Organiser la présence de médecins spécialistes en zones sous-denses *via* des consultations avancées ;
- Proposer un contrat unique et simplifié d'installation en zones sous-denses.

Proposition 15

Finaliser un cadre structurel pour l'activité de téléconsultation, afin d'améliorer l'accès aux soins tout en préservant la qualité de la prise en charge

- Déployer la téléconsultation assistée/avancée par les infirmiers (personnes à domicile, urgences, etc.) ;
- Créer un statut *ad hoc* « d'offreur de télé médecine » et encadrer le déploiement des télécabines ;
- Supprimer la prise en charge des arrêts de travail prescrits en téléconsultation (hors médecin traitant) et améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses ;
- Accélérer le déploiement des organisations territoriales de téléconsultation.

Proposition 16

Redonner la main aux professionnels de santé, *via* la couverture par des CPTS de l'ensemble des bassins de vie du pays, afin qu'ils construisent localement des solutions pour améliorer l'accès aux soins adaptés à leurs territoires

Proposition 17

Améliorer l'accès aux « soins non programmés » (consultation/visite sans rendez-vous), pour désengorger les urgences

- Déployer un « service d'accès aux soins » (SAS) dans chaque territoire, en simplifiant les modalités de fonctionnement et de rémunération sur la base de l'évaluation de l'impact des mesures d'urgence dérogatoires mises en place en été 2022 ;
- Déployer la plateforme nationale permettant d'identifier les créneaux médicaux immédiatement disponibles.

Proposition 18

Harmoniser et simplifier les dispositifs d'incitation à la qualité en ville et à l'hôpital (Rosp, Ifaq, Caques) et introduire des mécanismes d'incitation collectifs fondés sur les indicateurs populationnels pour les acteurs volontaires d'un territoire

Proposition 19

Améliorer la qualité de la lettre de liaison à la sortie des patients hospitalisés

Proposer aux établissements de santé un accompagnement par l'Assurance Maladie pour l'utilisation de cet outil clé de la continuité des soins en ville et indicateur de qualité établi par la Haute Autorité de santé (HAS) sur lequel les établissements de santé sont rémunérés (Ifaq).

Proposition 20

Expérimenter de nouvelles manières de mesurer et d'inciter à la qualité

- Selon un principe d'automatisme et de transparence des indicateurs cliniques retenus ;
- Innover dans le sens d'une plus grande participation des patients à l'évaluation de leurs soins.



**Proposition 21**

Faciliter le passage à l'échelle des expérimentations innovantes accompagnées dans le cadre de l'article 51 en créant un nouveau cadre de tarification permettant le financement de « forfaits », pouvant être adaptés à chaque dispositif

Afin de préparer le passage dans le droit commun des expérimentations favorablement évaluées dans le cadre de l'article 51, différents travaux peuvent être anticipés pour adapter le cadre général de fonctionnement et de tarification des soins. Les modes de financement dérogatoires expérimentés prennent le plus fréquemment la forme de forfaits pluriprofessionnels à l'épisode de soins. Les évolutions du cadre de droit commun portent sur trois dimensions :

- développer à partir de la diversité d'expériences de l'article 51 un cadre de tarification des forfaits reposant sur une nomenclature nouvelle adaptée permettant de décrire le maximum de forfaits avec des règles communes. La définition de ce cadre et de sa gouvernance ainsi que son articulation avec les cadres existants devront se faire en associant étroitement les acteurs concernés, en ville comme à l'hôpital ;

- mettre en place les conditions juridiques et techniques du paiement forfaitaire à l'épisode de soins. Cela suppose, d'une part, de définir et clarifier le rôle de « structures concentratrices de forfaits à l'épisode de soins » et le cadre juridique entourant cette fonction nouvelle, qui doit être restreinte à un nombre limité d'acteurs types ;
- et, d'autre part, d'adapter les systèmes d'information de facturation pour permettre une mise en œuvre rapide et efficace de la diversité de forfaits potentiels, en s'inspirant des solutions logicielles mises en œuvre dans le cadre de l'article 51.

Proposition 22

Améliorer l'accès financier à certains soins particulièrement coûteux pour les patients, dans le prolongement du 100 % Santé

Sont concernées : l'orthodontie de l'enfant, les prothèses capillaires (perruques pour les femmes en chimiothérapie) et les semelles orthopédiques.

Proposition 23

Permettre l'accès individuel à la Complémentaire santé solidaire (CSS) aux enfants majeurs de moins de 25 ans dont les parents sont allocataires du revenu de solidarité active (RSA)

7

CONTRIBUER À L'ESSOR DE LA SANTÉ NUMÉRIQUE

7.1 LA E-SANTÉ : UN ÉCOSYSTÈME EN PLEIN ESSOR

La e-santé (ou santé numérique) peut se définir très largement comme l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'ensemble des activités en rapport avec

la santé. Cette acception permet d'y inclure un ensemble très large de technologies aux multiples applications (**Encadré 30**).

ENCADRÉ 30

| PÉRIMÈTRE DE LA E-SANTÉ

Il existe plusieurs cartographies de l'écosystème de la e-santé, nous utiliserons ici celle réalisée dans le rapport « État des lieux des start-ups et de la e-Santé » publié en juillet 2019 par le ministère de la Santé et de la Prévention et l'Assurance Maladie, qui distingue quatre grandes catégories d'innovations :

- bien-être (FoodTech, SportTech, bien-être et relaxation, cosmétique et textile) ;
- recherche pharmaceutique/biologique et biotechnologies ;
- MedTech (appareils médicaux et dispositifs médicaux) ;
- e-santé (logiciels, applications et appareils connectés).

Si ces quatre catégories reposent sur les technologies de l'information et de la communication (TIC), nous agrégerons ici les catégories « MedTech » et « e-santé », telles que définies dans le rapport, dans notre définition de la e-santé, avec plusieurs grands types d'innovations dont on peut faire une liste non exhaustive :

- technologies d'imagerie médicale ;
- exosquelettes ;
- robots chirurgicaux ;
- impression de tissu biologique ;
- régénération de tissus, cicatrisation ;
- prothèses osseuses, valvaires, de chirurgie esthétique ;
- dispositifs d'intervention chirurgicale ;
- organes artificiels ;
- logiciels et applications avec plusieurs finalités :
 - gestion sécurisée de données patient ;
 - exploitation de la donnée *via* intelligence artificielle ;
 - information et prévention médicale ;
 - mise en relation, aide à la prise en charge ;
 - téléconsultation ;
 - aide au diagnostic ;
 - optimisation de l'accès aux médicaments ;
- appareils connectés de suivi de l'activité, prévention ;
- applications et appareils connectés de suivi de la guérison, de l'observance et de l'efficacité du traitement.

Ces dernières années, la e-santé (ou santé numérique) a connu un véritable essor. Appuyés par des technologies qui étaient pour certaines déjà aptes à répondre aux attentes des utilisateurs, bon nombre d'initiatives, outils, usages et acteurs, tant publics que privés, ont trouvé une caisse de résonance dans la crise sanitaire en venant répondre aux besoins croissants des soignants et des patients. Le sondage OpinionWay réalisé en janvier 2022 pour le cabinet de conseil CALIF, « Les Français et le numérique à l'aube du prochain quinquennat¹⁴⁰ » montre ainsi que les Français attendent beaucoup du numérique en santé et font confiance aux acteurs nationaux de la e-santé :

- la santé est pour les sondés le champ de développement prioritaire du numérique, devant la sécurité, l'éducation ou encore la culture selon les personnes interrogées. En effet, 25 % des répondants ont cité la santé en premier et ils sont 56 % au total à penser que le développement des outils numériques en santé dans les villes et territoires est un domaine prioritaire ;
- 73 % des sondés sont favorables à ce que leurs données de santé soient gérées par les pouvoirs publics français, et 68 % par des entreprises françaises.

D'autres chiffres témoignent de ces évolutions :

- 1,4 million de téléconsultations en janvier 2022 contre moins de 40 000 en janvier 2020 (avec un pic à 4,5 millions en avril 2020) ;
- 31 millions de visiteurs uniques de l'application TousAntiCovid en septembre 2021 selon le rapport « Audience Internet Global » de Médiamétrie¹⁴¹ ;
- 58 start-ups françaises de la e-santé ont levé un total de 929,4 millions d'euros en 2021, soit plus que les deux années précédentes cumulées (391 millions d'euros en 2020 et 516 millions d'euros en 2019)¹⁴².

Engagé dans la promotion et le développement de la e-santé en France, le ministère en charge de la Santé a affirmé à plusieurs reprises sa volonté d'accentuer ses efforts pour amorcer pleinement le virage du numérique en santé en accompagnement de ce secteur foisonnant et dynamique.

En 2019, la création d'une Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) a permis à la puissance publique de confier le pilotage de l'ensemble des chantiers de transformation numérique de notre système de santé à une seule entité, rattachée directement au ministre de la Santé et de la Prévention. La DNS assure le pilotage de l'Agence du numérique en santé (ANS) et implique tous les acteurs publics et privés dans la stratégie du développement du numérique en santé. La DNS a ainsi créé le G_NIUS (guichet national de l'innovation et des usages en e-santé), un espace digital d'accompagnement de tous les entrepreneurs qui les oriente dans l'écosystème et accompagne leur développement.

La santé numérique a vu les moyens publics qui lui sont accordés s'accroître considérablement au cours des dernières années. Dès 2019, ce sont 500 millions d'euros de financements qui ont été alloués à la transformation numérique du système de santé dans le cadre de « Ma Santé 2022 ». Lors du Ségur de la santé, cet effort a été quadruplé avec un plan historique de près de 2 milliards d'euros pour accélérer la numérisation du système de santé et généraliser à terme le partage fluide et sécurisé de données de santé entre professionnels de santé et patients. À cela s'ajoute la stratégie d'accélération « Santé numérique » (SASN), lancée en octobre 2021 dans le cadre de « France 2030 », avec une enveloppe additionnelle de 650 millions d'euros répartis sur cinq axes complémentaires :

- développer la formation des professionnels de santé et des assurés en santé numérique ;
- préparer la future génération des technologies clés en santé numérique et accélérer la recherche ;
- soutenir la maturation des projets structurants ;
- accompagner la mise en œuvre d'expérimentations en vie réelle et la conduite de premières étapes industrielles ;
- favoriser les conditions de la réussite d'un déploiement à grande échelle.

¹⁴⁰ <https://www.calif-solutions.com/sondage-opinionway-pour-calif-les-attentes-des-francais-vis-a-vis-du-numerique/>

¹⁴¹ <https://www.mediametrie.fr/sites/default/files/2021-10/2021%2010%2026%20CP%20Audience%20Internet%20Global%20Septembre%202021.pdf>

¹⁴² <https://www.mindhealth.fr/financement-et-politiques-publiques/les-start-up-francaises-de-la-e-sante-ont-leve-9294-me-en-2021/>

7.2 RÉGULATION DE LA E-SANTÉ : ÉLÉMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE

Si l'intégralité des pays développés s'est lancée comme la France dans un effort de structuration d'une stratégie en matière de e-santé, on observe des modèles de régulation de l'innovation en santé par la puissance publique très différents d'un pays à l'autre. Cette variabilité trouve sa source dans une diversité de contextes qui explique en grande partie les décalages temporels du déploiement de la e-santé selon les pays : ancienneté des systèmes de santé et de protection sociale, éclatement des acteurs institutionnels, taille des populations, tissus industriels nationaux d'acteurs de la e-santé, etc.

Ainsi, selon une comparaison internationale réalisée pour la DNS sur les stratégies de 29 pays européens :

- 25 des 29 pays européens ont défini une stratégie nationale pour le numérique en santé, qui cible en priorité le déploiement national d'un noyau de services numériques « socles » et des portails et solutions permettant d'autonomiser les patients ;
- 25 des 29 pays européens ont développé un cadre de sécurité pour le numérique en santé ; parmi eux, 56 % l'ont rendu obligatoire ;
- 21 des 29 pays européens proposent des financements dédiés à l'innovation numérique en santé ;
- 20 des 27 pays européens ont déployé un portail national garantissant aux individus l'accès à leurs données de santé ;
- 20 des 29 pays européens remboursent les consultations de télémedecine et 38 % remboursent les services de santé mobile ;
- 18 des 29 pays européens participent au développement du numérique en santé au travers de programmes publics de recherche ;
- 5 des 29 pays européens appliquent des réglementations dédiées à l'utilisation de l'intelligence artificielle en santé ;
- plusieurs pays autorisent le remboursement des applications de santé mobile, et certains pays permettent un remboursement des thérapies digitales.

Cette étude témoigne d'une forme de convergence dans l'identification des enjeux et dans la définition des objectifs des pouvoirs publics pour la régulation de l'écosystème de la e-santé, mais l'analyse plus approfondie de certains pays montre qu'il existe encore une grande diversité dans les approches des régulateurs, chacun essayant de définir le meilleur modèle d'accompagnement en fonction des caractéristiques propres à son système de santé.

En 2018, une étude sur le niveau de développement de la e-santé a été publiée par la Bertelsmann Stiftung¹⁴³, une fondation allemande indépendante dont l'objet est de promouvoir la science et la recherche, la santé publique, l'éducation ou encore la culture. La première partie de cette étude, intitulée « The International Benchmarking and Digital Health Index », compare les

stratégies nationales de digitalisation des soins dans 14 pays de l'Union européenne et 3 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en utilisant un indicateur macro, le « Digital Health Index », qui agrège 34 indicateurs répartis en 3 dimensions : stratégie et politique réglementaire, implémentation technique et niveau de maturité des solutions et niveau effectif des usages.

Selon cette étude, en 2018, la France apparaissait en 15^e position sur 17 pays, précédant seulement l'Allemagne et la Pologne, tandis que l'Estonie occupait la première place. Dans un secteur en perpétuel mouvement, la situation a évidemment depuis évolué, la France ayant notamment largement accéléré ces dernières années le déploiement de services « socles » de la e-santé, à l'exemple des téléconsultations ou de la e-prescription. Malgré les limites de cet exercice, cette étude présente l'intérêt d'objectiver à un instant donné des dynamiques très hétérogènes entre les différents pays étudiés.

Ce travail met notamment en avant le fait que les pays les plus à la pointe sont souvent des pays de petite taille (Estonie, Danemark, Israël...), une échelle réduite facilitant grandement le déploiement à un niveau national de politiques impactant l'ensemble du système, ainsi que les partenariats public/privé. Des raisons historiques ou culturelles peuvent également expliquer ces différences : l'Estonie, au moment de la restauration de son indépendance en août 1991, accusait un important retard en termes de maîtrise des technologies de l'information et de la communication. Elle est donc partie d'une page blanche au début des années 2000, sans système d'information préexistant à mettre à jour, pour créer un État numérique à partir des technologies plus mûres déjà disponibles.

Si l'on se recentre sur les pays européens plus comparables à la France, le tableau est évidemment différent. En Espagne¹⁴⁴, qui figure également parmi les pays en tête du « Digital Health Index », les compétences « santé » sont réparties entre l'État et les dix-neuf communautés ou villes autonomes. L'État définit la politique globale de santé, mais les communautés et les villes ont pleine compétence en matière d'organisation et de gestion de l'offre de soins. Cette répartition nationale/locale a certainement permis aux régions de développer plus rapidement la santé numérique, mais entraîne également une hétérogénéité dans l'organisation et la performance du système de santé, ainsi que dans la profondeur de l'offre en e-santé selon les régions. Au Royaume-Uni, le National Health Service (NHS) a pour sa part engagé une stratégie nationale en e-santé de longue date, accompagnée de financements importants. Cette politique volontariste a conduit au déploiement rapide de différents services tels que la prescription électronique (e-prescription), les téléconsultations et les télésoins, ou encore des outils de

¹⁴³ <https://www.bertelsmann-stiftung.de/en/publications/publication/did/smarthealthsystems>

¹⁴⁴ Huckvale, K., Prieto, J.T., Tilney, M. et al. Unaddressed privacy risks in accredited health and wellness apps: a cross-sectional systematic assessment. BMC Med 13, 214 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0444-y>

trriage numérique, qui sont aujourd'hui complètement intégrés à la pratique des professionnels. Il est à noter que le paiement à la capitation de la médecine de ville a été un facteur facilitant de l'intégration de certains de ces services dans la pratique des professionnels. Néanmoins, le déploiement de la e-santé n'a pas non plus été sans heurts au Royaume-Uni, comme en témoignent le long historique du déploiement du dossier médical personnel ou encore le sujet plus récent du retrait de l'offre d'applications mobiles santé sur le site du NHS en raison de la non-conformité au règlement général sur la protection des données (RGPD) de certaines de ces applications¹⁴⁵. À l'inverse, l'Allemagne, qui figure en fin de classement de l'étude de la Bertelsmann Stiftung, a connu un déploiement relativement lent des services numériques, jusqu'à une récente loi promulguée en 2019 visant à rattraper le retard sur les différents aspects de la mise en œuvre de la e-santé **[Encadré 31]**.

La santé numérique a un impact global sur les systèmes de santé, dont il importe de prendre en considération tous les effets, que ce soit en matière de financement des soins, d'organisation de l'activité des professionnels, ou d'acceptabilité par l'ensemble des acteurs. L'exemple du développement de la téléconsultation en Suède est à ce titre intéressant. La Suède est en effet fréquemment citée comme un modèle dans le déploiement des services numériques, notamment du fait de l'intégration de longue date de la téléconsultation dans la pratique de professionnels, remboursée à l'échelle nationale depuis 2016. Du fait de la présence de champions nationaux tels que l'entreprise Kry (Livi en France),

le développement de la télémédecine en Suède s'est appuyé sur des entreprises privées développant des plateformes dédiées et employant directement des médecins. Il a ainsi été nécessaire de déterminer une méthode pour fixer les tarifs et conditions de remboursement des téléconsultations, qui sont normalement la prérogative de chacune des 21 régions du pays, alors que les plateformes de télémédecine sont accessibles nationalement. Ce décalage entre l'organisation générale du système de santé et les modalités organisationnelles proposées par une nouvelle technologie peut ainsi avoir un impact fortement déstabilisant sur l'équilibre du système. Ainsi, l'irruption de ces plateformes en Suède est-elle venue perturber les mécanismes de facturation et d'allocation budgétaire, ainsi que l'organisation des parcours des patients dans la mesure où ces derniers ont pu avoir largement recours à des professionnels de santé qui ne faisaient pas partie de leur équipe soignante habituelle.

Ces quelques éléments de comparaison internationale illustrent brièvement la grande diversité des situations et contextes de déploiement de la e-santé dans les pays développés, chaque pays s'adaptant aux contraintes qui lui sont propres face à des transformations impactant l'ensemble du système de santé. L'observation des stratégies employées par chacun est évidemment riche d'enseignements, notamment au regard des pays les plus semblables à la France dans leur organisation, mais nécessite donc de prendre en compte le caractère difficilement transposable d'un contexte à l'autre.

145 « Les dépenses de santé en 2020 », Édition 2021, Drees, pages 16, 21 et 118.

ENCADRÉ 31

EN ALLEMAGNE : LE REMBOURSEMENT DES APPLICATIONS MOBILES PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Comparer les modèles allemand et français semble plus pertinent dans la mesure où les deux pays ont une population de taille équivalente, ainsi qu'une ancienneté et une organisation de leur système de santé et de protection sociale plus commensurable.

Jusqu'à une période récente, l'Allemagne accusait un certain retard dans la numérisation de son système de santé¹⁴⁶.

C'est afin de combler ce retard que l'Allemagne a passé en 2019 une loi sur les soins de santé numérique (Digital Supply Act-DVG), qui a notamment marqué l'entrée des applications de santé dans le droit commun. Dans ce contexte, la directive DiGA (Digital Health Applications) pose un cadre de procédure accélérée de prise en charge des applications de santé numérique à travers un dispositif d'accès direct au marché. Celui-ci prévoit qu'une application (classe I ou IIa) est prise en charge pendant un an (maximum 24 mois). Au bout d'un an, l'Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux (BfArM, équivalent de l'ANSM français) évalue l'application. S'il existe des preuves d'effet positif (positive healthcare effects), que ce soit d'un point de vue médical et/

ou organisationnel, alors celle-ci est prise en charge au-delà de la période initiale.

La première année, c'est le prix fixé par le fabricant qui fait référence, les caisses d'assurance maladie étant tenues d'assurer la prise en charge de ces applications. Parallèlement à cela, les fabricants ont un an pour prouver que leur solution a apporté un bénéfice thérapeutique réel au patient. La deuxième année, l'Association nationale des caisses d'assurance maladie (GKV-Spitzenverband) négocie avec les fabricants pour toutes les applications remboursées par les caisses d'assurance maladie, à partir notamment des prix pratiqués à l'étranger. Un acte spécifique peut être ajouté à la nomenclature pour une application spécifique.

Or, selon un rapport de la GKV de mars 2022, près de 50 000 applications mobiles de santé ont été prescrites entre septembre 2020 et octobre 2021. Pour l'Assurance Maladie allemande, cela a représenté un coût de près de 13 millions d'euros sur la période, pour un impact sur l'état de santé de la population qu'il est difficile d'évaluer, faisant craindre aux autorités allemandes qu'il soit très mesuré. Face à ces dépenses importantes, les caisses

d'assurance maladie obligatoire s'interrogent sur la manière dont les prix sont actuellement fixés par les fabricants et dénoncent un manque de transparence.

En mars 2022, on comptait ainsi 30 applications remboursées, dont seulement 7 de manière définitive, avec des prix variant de 116 euros à 743 euros par trimestre. Ce faible taux de transformation montre que de nombreux outils numériques et applications doivent encore démontrer une véritable plus-value pour les patients et donc pour les systèmes de santé. Parmi les applications remboursées en Allemagne, on retrouve de nombreuses applications dans le champ de la santé mentale (12 sur 30), avec une majorité d'indications pour la dépression ou les troubles anxieux/panique. Cela dit, on constate aussi des difficultés d'appropriation de la part des professionnels de santé, 53 % des médecins allemands déclarant ne pas vouloir prescrire d'application digitale ou ne pas savoir qu'il est possible d'en prescrire selon une enquête du *Tagesspiegel* : fixer un cadre de remboursement ne permet donc de traiter qu'une partie du sujet du déploiement des outils de e-santé.

146 On peut même considérer que l'Allemagne est globalement plus en retard que la France, notamment sur la mise en place de services « socles » comme le DMP ou la téléconsultation.

7.3 L'ASSURANCE MALADIE : UN ACTEUR IMPORTANT DE L'INNOVATION EN SANTÉ NUMÉRIQUE

Aux côtés du ministère en charge de la Santé et de l'ensemble des acteurs publics de la santé, l'Assurance Maladie occupe une place centrale dans la structuration du développement de la santé numérique, à travers plusieurs grands rôles.

7.3.1

Son rôle de financeur

L'Assurance Maladie procède au remboursement des innovations ayant franchi toutes les étapes d'évaluation et fait évoluer le cadre conventionnel pour accompagner le déploiement des usages les plus pertinents, comme dans le cas de l'avenant 9 à la convention médicale, qui a fixé le cadre de prise en charge de la téléconsultation. Si les actes de téléconsultation sont pris en charge à 100 % depuis mars 2020 de manière dérogatoire, l'avenant 9 définit plusieurs conditions qui doivent être respectées pour avoir droit au remboursement (respect du parcours de soins, logique territoriale et alternance entre consultation en présentiel et téléconsultation).

7.3.2

Son rôle d'opérateur¹⁴⁷

L'Assurance Maladie développe et met continuellement à jour de nombreux outils numériques à destination de l'ensemble des usagers du système de santé. Ainsi, Mon espace santé a été développé par l'Assurance Maladie, en lien étroit avec la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) et lancé le 3 février 2022. Cet espace numérique en santé est une plateforme sécurisée d'outils et de services qui s'adressent aux assurés aussi bien qu'aux professionnels de santé. Par son ambition de centralisation et de structuration des données de santé, Mon espace santé est appelé à devenir le pivot des usages quotidiens du numérique en santé pour le grand public. En cours de déploiement sur l'ensemble du territoire, Mon espace santé comprend une version améliorée du Dossier Médical Partagé (DMP) pour stocker et partager toutes les données de santé des usagers, une messagerie sécurisée de santé (MSS) pour les échanges entre patients et professionnels de santé, un agenda santé pour gérer les rendez-vous médicaux et recevoir des rappels pour les dates clés des examens de contrôle, et il comprendra aussi bientôt un catalogue de services numériques de santé référencés par l'État, le *store* d'applications Mon espace santé, pour que chaque utilisateur puisse bénéficier d'une offre des services utiles pour sa santé.

L'Assurance Maladie développe également trois applications numériques : l'application Activ'Dos pour lutter contre les lombalgies, l'application Tabac info service et l'espace personnel sophia pour les patients diabétiques. Ces trois applications seront disponibles dans le *store* d'applications Mon espace santé. L'Assurance Maladie développe également le portail ameli pro, qui permet aux professionnels de santé d'accéder à deux bouquets de services : un bouquet lié à l'activité des professionnels de santé, visant à faciliter leur gestion administrative vis-à-vis de l'Assurance Maladie et un bouquet de services médico-administratifs contenant des données médicales et/ou nécessitant une signature (par exemple, prescription d'arrêt de travail, déclaration de grossesse, prescription médicale de transport en ligne). Enfin, l'Assurance Maladie participe à la gouvernance du groupement d'intérêt économique (GIE) Sesam-Vitale, entreprise de maîtrise d'œuvre dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, dont l'objectif est d'assurer l'interopérabilité, la simplicité d'usage, et la cohérence des solutions communes et spécifiques qu'elle souhaite déployer auprès des professionnels de santé.

7.3.3

Son rôle de régulateur

Dans le cadre des échanges conventionnels, l'Assurance Maladie procède à l'évolution de la nomenclature des actes médicaux qui peuvent reposer sur des solutions numériques, et en définit les niveaux de remboursement, comme on l'a vu plus haut pour la téléconsultation. L'Assurance Maladie siège au Comité économique des produits de santé (Ceps), en particulier dans sa section « dispositifs médicaux », particulièrement dynamique avec le développement des technologies de l'information et de la communication. Elle contribue également à définir les tarifs des dispositifs médicaux numériques. On peut aussi mentionner l'implication de l'Assurance Maladie dans le dispositif « article 51 », qui permet d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits afin d'améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. De nombreuses expérimentations de l'article 51 reposent sur l'utilisation d'innovations en santé numérique.

¹⁴⁷ On n'évoquera pas ici l'essor très important du compte ameli, utilisé par plus de 40 millions d'adhérents, davantage tourné vers des services autour des remboursements et des relations administratives entre les assurés sociaux et l'Assurance Maladie.

7.3.4

Son rôle d'accompagnateur des usagers du système de santé

Qu'ils soient professionnels libéraux ou hospitaliers, établissements médicaux et médico-sociaux, ou encore patients et assurés sociaux, l'Assurance Maladie s'adresse à chacun d'entre eux à travers différents canaux, qu'il s'agisse de campagne de communication grand public, de messages ciblés à certains professionnels de santé ou assurés, mais aussi et surtout à travers son réseau couvrant l'ensemble du territoire. Historiquement orientés vers l'accompagnement technique des professionnels de santé dans l'usage de l'informatique, les CIS, conseillers informatique service, ont vu leur rôle profondément évoluer pour devenir des délégués au numérique en santé. Ils sont notamment mobilisés depuis le début de l'année pour accompagner les médecins dans l'appropriation de la feuille de route du Ségur du numérique.

7.4 TROIS ENJEUX POUR LES POUVOIRS PUBLICS DANS LE CHAMP DE LA E-SANTÉ : ACCOMPAGNER LES INNOVATEURS, ÉVALUER LES INNOVATIONS ET FAVORISER LES USAGES EN VIE RÉELLE DES INNOVATIONS AYANT DÉMONTRÉ LEUR POTENTIEL

En dépit de cet investissement et de l'implication croissante de tous les acteurs publics dans le champ de la e-santé, le foisonnement des innovations dans tous les secteurs est tel qu'il requiert des pouvoirs publics un effort supplémentaire d'accompagnement et d'évaluation des innovations afin de réguler davantage l'écosystème. En effet, de très nombreuses innovations, et notamment des dispositifs médicaux et des applications numériques, sont actuellement utilisées par les patients et les professionnels de santé sans avoir été évaluées par les autorités sanitaires et en dehors de tout cadre, au risque de perturber l'organisation des soins au lieu de la fluidifier.

Le subtil équilibre entre accélération du développement des innovations et régulation de l'écosystème dans son ensemble repose sur un effort continu, global et partagé entre tous les acteurs qui vise à garantir à tous les utilisateurs des innovations qui portent une véritable valeur ajoutée médicale et sont vertueuses d'un point de vue médico-économique, tout en respectant les critères de sécurité et d'éthique les plus exigeants. Cela implique un accompagnement de tous les acteurs de la e-santé, qu'il s'agisse de mieux orienter les chercheurs et entrepreneurs lorsqu'ils démarrent leurs travaux ou, en aval, pour labelliser et diffuser les produits et solutions qui sont à la hauteur de tous ces enjeux.

Or, comme les cas estoniens et allemands l'illustrent, il semble difficile d'avoir une approche unique pour l'ensemble des innovations en e-santé, et ce, quel que soit le niveau de développement de la santé numérique dans le pays ou les modalités de remboursement qui sont accordées. La santé numérique est un domaine où l'innovation foisonne à tel point qu'il est souvent peu aisé de se repérer entre les nombreux acteurs (publics, privés, associatifs) et les projets très variés qu'ils portent, qui ne sont pas tous porteurs d'une amélioration des pratiques et donc de la qualité des soins.

Si les autorités sanitaires veulent réguler plus efficacement la e-santé, il importe de renforcer le travail de veille de l'ensemble des innovations portées par les acteurs de la e-santé pour repérer les champs de la e-santé les plus prometteurs, champs qui sont à l'intersection de nouvelles technologies, de pathologies et/ou de populations.

Cette démarche repose tout d'abord sur le renforcement de la coopération, sur ce champ précis, de l'ensemble des acteurs institutionnels de la santé, au premier rang desquels la Délégation

ministérielle au numérique en santé (DNS) et PariSanté Campus, qui a été inauguré en 2021 avec, parmi ses objectifs, celui de devenir le pendant physique du guichet numérique G_NIUS (guichet national de l'innovation et des usages en e-santé), et ainsi servir de point d'entrée physique pour tous les innovateurs en santé numérique. Les autres acteurs institutionnels doivent non seulement contribuer à cet effort d'accompagnement mené par la DNS et PariSanté Campus afin d'orienter les innovateurs en santé numérique dans le système de santé et les aider à définir des modèles économiques viables, mais aussi et surtout renforcer l'effort d'évaluation des innovations en santé. Cet effort d'évaluation est nécessaire pour identifier et labelliser les innovations les plus porteuses et permettre aux usagers et aux professionnels de santé de se repérer dans un vaste écosystème.

Si l'effort d'évaluation des innovations en santé n'incombe pas à une seule autorité sanitaire, le très grand nombre d'outils et de solutions déjà utilisés sur le terrain impose un effort préalable de priorisation des innovations en e-santé qui devront ensuite être évaluées. L'Assurance Maladie propose de prendre deux partis pris dans l'identification des champs les plus porteurs de la santé numérique à partir de l'effort collectif de veille de l'ensemble de l'écosystème :

- prendre le périmètre de la e-santé, défini en début de cette partie, en analysant le potentiel et les conditions de succès de tous les types de technologies (dispositifs médicaux, applications numériques, logiciels, algorithmes d'intelligence artificielle, solutions informatiques de partage d'informations ou d'organisation des soins, etc.) ;
- définir le caractère plus ou moins prioritaire des innovations en compilant six dimensions :
 - potentiel de déploiement : il s'agit ici d'estimer la rapidité avec laquelle une innovation pourra être utilisée par le plus grand nombre possible des acteurs de santé pour lesquels elle a été conçue. Cette rapidité dépend de la faculté des innovations à démontrer qu'elles respectent les critères éthiques et techniques définis par les régulateurs (ANS via les entreprises inscrites sur la plateforme Convergence et avec le concours de l'Assurance Maladie pour le référencement dans le *store* de Mon espace santé), mais aussi de la maturité de la technologie, de la présence ou non de preuves scientifiques démontrant l'impact théorique de l'innovation, de l'estimation de son acceptabilité tant par les professionnels de santé que par les assurés, de la solidité

de l'innovateur (autonomie financière et/ou partenariats institutionnels), de la viabilité de son modèle économique et enfin de la capacité à s'inscrire dans les systèmes de régulation existants ;

- cohérence avec les objectifs stratégiques de la politique de santé : s'il existe de nombreux objectifs, prenons ici pour exemple certains objectifs pour lesquels l'Assurance Maladie estime que les outils numériques sont susceptibles d'apporter une importante plus-value : la prévention, le suivi de cinq pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, cancer, santé mentale, maladie rénale chronique et bronchopneumopathie chronique obstructive – BPCO) ou encore l'amélioration de l'organisation des soins (coordination ville/hôpital, suivi des patients, amélioration des parcours de soins) ;

- amélioration du service rendu : c'est une compréhension large du service médical rendu, qui fait par ailleurs l'objet d'une évaluation de la part de la Haute Autorité de santé (HAS) pour les médicaments et les dispositifs médicaux qui effectuent une demande de remboursement, puisque nous nous intéressons ici à plusieurs dimensions à travers lesquelles une innovation peut contribuer à améliorer le service reçu pour les patients ou l'exercice des professionnels de santé (amélioration du diagnostic, aide à la décision, autonomisation du patient, optimisation de l'observance ou encore amélioration de la qualité du soin). En effet, dans un contexte de raréfaction du temps médical disponible, les outils numériques, s'ils ne doivent pas se substituer aux soins physiques, peuvent améliorer ces derniers et les compléter, notamment dans l'accompagnement des patients (care) au-delà du traitement (cure) ;

- fluidification du système de santé : comme nous venons de le dire, les outils numériques peuvent apporter des solutions face au manque de disponibilité des professionnels de santé auquel sont confrontés de trop nombreux patients, notamment dans les zones sous-denses. Dans une démarche de priorisation, il est important, pour l'Assurance Maladie, de prendre en compte la façon dont les innovations en e-santé peuvent contribuer à libérer du temps médical pour rendre plus accessible le système de santé pour tous, et notamment pour ceux qui en ont le plus besoin et en sont parfois éloignés ;

- impact vertueux sur le financement du système de santé : au stade actuel de structuration de l'écosystème et dans la dynamique encore naissante de régulation, il apparaît encore difficile d'évaluer l'impact des innovations sur les dépenses de santé. L'exemple allemand a montré le coût très important que pouvait représenter le financement de toutes les innovations numériques prescrites par les médecins (DiGA), mais certaines innovations numériques portent en elles une réelle amélioration de la qualité des soins, du suivi des pathologies chroniques, de la prévention et donc une tendance déflationniste sur les dépenses de santé ;

- contribution à la transition écologique : enfin, il apparaît important d'ajouter à cette méthodologie de priorisation le caractère plus ou moins vertueux pour l'environnement que peuvent avoir les différentes innovations en santé numérique. Qu'il s'agisse de réduction du recours aux urgences et aux transports sanitaires, de numérisation des

échanges d'informations médicales ou encore de remplacement de certains consommables par des outils durables, pour ne donner que quelques exemples, les innovations en santé numérique peuvent devenir un important levier de la nécessaire transition écologique que doit accélérer le système de santé français.

Bien que nécessairement incomplète, cette méthodologie de priorisation de l'innovation permet d'ores et déjà d'identifier trois champs à fort potentiel dont il s'agit désormais de faire progresser les usages en vie réelle.

7.4.1

Applications de prévention et d'accompagnement des patients

De nombreuses applications ont émergé ces dernières années, en France et à l'étranger, dans les champs de la prévention (primaire/secondaire/tertiaire) et de l'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques (diabète, cancer, lombalgie, santé mentale, etc.) ou à des épisodes clés de leur vie (grossesse et petite enfance, perte d'autonomie). Dans tous ces cas de figure, des outils innovants et simples à utiliser peuvent permettre aux patients d'être plus autonomes et acteurs de leur santé. Nous pouvons attendre de ce type d'application qu'elles contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population, car elles exploitent le potentiel du numérique (disponibilité, personnalisation, simplicité) tout en apportant un réel service aux utilisateurs. À la condition que les applications ainsi priorisées respectent l'ensemble des critères de qualité (éthiques, techniques, médicaux) que devront stabiliser les pouvoirs publics, leur référencement dans le store d'applications de Mon espace santé permettra aux usagers d'accéder à des outils labellisés par les autorités sanitaires.

7.4.2

Dispositifs médicaux avec télésurveillance pour le suivi des patients atteints de pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, cancer, santé mentale, maladie rénale chronique et BPCO)

De très nombreux dispositifs médicaux connectés ont vu le jour ces dernières années, principalement afin de permettre aux patients de mesurer simplement et de manière fiable des constantes essentielles dans le suivi de leur état de santé, ce qui est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de patients souffrant de pathologies chroniques. Les dispositifs médicaux connectés facilitant le suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque se sont affirmés comme le premier cas d'usage ayant fait ses preuves, notamment à travers les expérimentations Etapes (expérimentations de télémedecine pour l'amélioration des parcours en santé). Mais quelle que soit la pathologie chronique concernée, la grande variété des technologies qui peuvent être utilisées, l'utilisation de solutions reposant sur l'intelligence arti-

ficielle qui permettent de préanalyser les données collectées et d'envoyer au moment adéquat des alertes aux professionnels de santé suivant les patients, ainsi que l'identification de modalités de répartition des tâches entre professionnels de santé pour la télésurveillance de ces données se combinent pour donner corps à la promesse de la télésurveillance : optimiser le suivi des patients après une sortie d'hospitalisation ou entre deux consultations afin d'anticiper les aggravations de l'état de santé et d'adapter les traitements de manière beaucoup plus réactive.

7.4.3

Solutions digitales de partage d'informations entre professionnels de santé permettant la numérisation des parcours de soins (e-parcours)

Un grand nombre d'outils numériques, développés par les agences régionales de santé (ARS) ou par des acteurs privés, peuvent permettre d'atteindre les objectifs organisationnels tout aussi importants pour les autorités sanitaires que sont une meilleure coordination entre l'hôpital et la médecine de ville ou un meilleur partage d'informations entre les professionnels de santé coopérant sur un même territoire, et donc la numérisation des parcours de soins.

Comme expliqué dans la partie sur le paiement à l'épisode de soins, les systèmes d'information sont un indispensable support à la mise en place des parcours de soins, puisqu'ils facilitent le suivi et la coordination clinique et permettent d'assembler toutes les informations nécessaires à une facturation « au parcours ». Accélérée par le volet numérique du Ségur de la santé et le lancement de Mon espace santé, la numérisation du système de santé apparaît comme un levier majeur d'amélioration de son efficacité. Là encore, le très grand nombre d'outils déjà utilisés par les professionnels de santé fait naître un besoin de régulation à laquelle l'Assurance Maladie doit prendre sa part. Il s'agit d'abord d'organiser, avec les ARS, un exercice national de transparence des outils qu'elles ont déployés et de recensement des autres outils existants afin d'identifier les solutions qui respectent tous les critères de qualité qui conditionneront le succès de leur déploiement.

I 7.5 PROPOSITION

Proposition pour contribuer à l'essor de la santé numérique

Proposition 24

Accélérer et structurer le développement de la santé numérique autour de trois axes

Orienter et accompagner les innovateurs en santé numérique dans le développement de solutions et produits respectant les critères de qualité définis par les autorités sanitaires et dans la définition de modèles économiques viables. L'Assurance Maladie pourra faciliter le développement de modèles économiques innovants sur les champs qui ne sont pas encore mûrs à ce jour, notamment dans le cadre de l'article 51.

Accentuer l'effort d'évaluation des innovations en santé numérique afin de labelliser et promouvoir celles qui répondent à l'ensemble des critères définis par les autorités sanitaires (bénéfice démontré pour les patients et/ou les professionnels de santé, insertion dans les parcours de soins, sécurité des données, interopérabilité, éthique, etc.),

critères qui varient en fonction des technologies, pathologies et populations concernées et dont certains sont encore à définir. Cet effort d'évaluation pourrait bénéficier de la création d'une catégorie « thérapies digitales » au sein des « produits de santé » (en sus des médicaments et des dispositifs médicaux), avec des modalités d'évaluation et de prise en charge à définir.

Repérer et accompagner les innovations de rupture dans trois champs prioritaires ayant déjà démontré leur potentiel :

- les applications de prévention et d'accompagnement des patients ;
- les dispositifs médicaux avec télésurveillance pour le suivi des patients souffrant de pathologies chroniques ;
- les solutions de partage d'informations entre professionnels de santé permettant la numérisation des parcours de soins (e-parcours).

8

**EFFICIENCE, PERTINENCE,
CONTRÔLE ET LUTTE CONTRE
LA FRAUDE**

8.1 LES MESURES D'EFFICIENCE POUR 2023

Au-delà de ses actions ciblées sur des pathologies ou sur des populations identifiées, l'Assurance Maladie poursuit ses actions visant à une meilleure prise en charge des soins. Il s'agit principalement d'actions de maîtrise médicalisée ou de contrôles qui peuvent porter sur l'exécution ou la facturation d'actes médicaux ou paramédicaux, les prescriptions, le bon usage ou la délivrance de médicaments, de dispositifs médicaux, d'analyses biologiques ou d'arrêts de travail.

8.1.1

Effizienz et pertinence des soins

8.1.1.1 Actes médicaux et paramédicaux

L'Assurance Maladie mènera des actions d'efficacité et de pertinence des soins en matière d'exécution ou de facturation d'actes qui viseront en particulier la poursuite des travaux sur l'imagerie médicale. Elle accompagnera également les établissements de santé pour l'atteinte de leur objectif Cages (contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins) en portant les recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) relatives à la pertinence des prescriptions d'examen préanesthésiques pour les actes de chirurgie mineure. Enfin, elle soutiendra la montée en charge de la vaccination par les pharmaciens et les infirmiers.

Parallèlement, la démarche volontariste conduite par l'Assurance Maladie de rénovation des demandes d'accord préalable (DAP) embarque possiblement le champ des actes médicaux et paramédicaux et fait l'objet d'un développement *infra*.

L'ensemble des actions d'accompagnement de l'Assurance Maladie concernant l'efficacité et la pertinence des soins en matière d'exécution ou de facturation d'actes devrait générer un impact de plus de 100 millions d'euros.

Poursuivre les travaux de pertinence en matière d'imagerie médicale

En 2021, les actes d'imagerie médicale représentaient une dépense de près de 4,8 milliards d'euros (dont près de 40 % pour les seuls actes d'imagerie en coupe, de scannographie et d'imagerie par résonance magnétique – IRM). L'Assurance Maladie est engagée, avec les radiologues médicaux, dans de nombreuses actions de pertinence du recours à l'imagerie médicale. Aussi, pour la régulation des dépenses d'imagerie, les précédents protocoles d'accord entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et la Fédération nationale des médecins radiologues (Uncam-FNMR) ont prioritairement reposé sur l'atteinte des objectifs d'actions de pertinence (70 % de l'objectif global d'économie pour les radiologues, hors échographie).

Dans le cadre de l'élaboration du prochain protocole avec la profession, de nombreuses pistes peuvent être évoquées :

- la poursuite des actions de maîtrise médicalisée autour de la lombalgie commune, des radiographies du thorax, de l'ASP (abdomen sans préparation) et du crâne dont les objectifs d'économies n'ont été que partiellement atteints ;
- le déploiement de nouvelles actions de pertinence sur la base des recommandations les plus récentes ou à venir de la Haute Autorité de santé (HAS) : recours à l'imagerie en cas de cervicologie, en cas de gonalgie, en cas de céphalées chez l'enfant et l'adolescent ; la place de l'échographie thyroïdienne ou encore celle de l'imagerie abdominale chez la personne âgée ;
- les gains de pertinence en matière de demande d'imagerie médicale passent également par le renforcement de l'accompagnement des principaux demandeurs et notamment des médecins généralistes, en capitalisant sur les travaux menés dans le cadre du Ségur du numérique (comme les exemples belge et luxembourgeois de formulaires standardisés de demandes d'imagerie) ;
- enfin, des actions fortes de maîtrise médicalisée concernant l'utilisation des produits de contraste utilisés en imagerie médicale en coupe (scanner, IRM notamment) doivent être envisagées dans un triple objectif : simplifier le parcours de soins des patients qui, aujourd'hui, passent par l'officine pour se procurer ces produits ; renforcer la pertinence dans l'utilisation de ces produits de contraste (meilleure utilisation des volumes nécessaires, limite du gâchis de doses...) et éviter le gaspillage de produits achetés par les patients, mais non utilisés.

Ces travaux de pertinence, ainsi que d'autres mesures qui viendraient compléter le futur protocole d'accord avec les radiologues, pourraient permettre de générer près de 75 millions d'euros d'économies sur l'année à venir.

Améliorer la pertinence des prescriptions d'examen préanesthésiques (EPA) pour les actes de chirurgie mineure en accompagnant les établissements de santé pour l'atteinte de leur objectif Cages

Les tests biologiques engendrent des dépenses et parfois des explorations complémentaires inutiles. Les études menées ces dernières années¹⁴⁸ ont mis en évidence la réalisation d'examen préanesthésiques non pertinents, notamment des bilans d'hémostase prescrits à tort pour plus de 20 % des interventions chirurgicales chez l'adulte. À la suite des travaux, menés par la Sfar, d'actualisation du référentiel sur les examens préanesthésiques et notamment les situations dans lesquelles ces examens sont non pertinents (c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient), un travail collaboratif a été mené et a pu mettre en évidence l'ampleur des écarts aux recommandations au niveau national et la variabilité des pratiques selon les territoires et entre établissements.

148 Notamment le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2020 : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2019-07_rapport-propositions-pour-2020_assurance-maladie.pdf

Un volet du programme Cages 2022 prévoit la mise en place d'un accompagnement des établissements de santé en portant les recommandations de la Sfar avec un impact financier attendu de l'ordre de 10 millions d'euros sur trois ans.

Vaccination par les pharmaciens et les infirmiers

L'implication de l'ensemble des professionnels de santé, et les adaptations nécessaires, dans la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 a permis d'accélérer la mise en œuvre d'évolutions de modalités d'exercice et des champs de compétences concourant ainsi à l'efficacité générale du système. L'extension vaccinale (vaccins contre 15 pathologies aux plus de 16 ans pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées) aux pharmaciens d'officine sur présentation d'une prescription médicale, puis aux infirmières et infirmiers (*Journal officiel* du 23 avril 2022) sans ordonnance, à la suite des recommandations de la HAS permet un accès renforcé à la prévention de la population, une amélioration de la couverture vaccinale et un accroissement du temps médical pour les médecins.

L'Assurance Maladie entend soutenir, en particulier dans le cadre des relations conventionnelles avec ces professionnels, la montée en charge de cette vaccination.

La seule extension de l'autorisation par les pharmaciens à vacciner génère un gain financier estimé à 10 millions d'euros en 2023.

8.1.1.2 Médicaments

L'Assurance Maladie entend poursuivre et renforcer ses actions de maîtrise médicalisée en matière de bon usage des médicaments, enjeu essentiel d'efficacité. Les principales actions pour 2023 permettront d'accroître le taux de pénétration des médicaments biosimilaires afin d'atteindre à moyen terme l'objectif volontariste de 80 % des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence, et de renforcer le bon usage de l'antibiothérapie afin de prévenir et diminuer l'antibiorésistance. L'Assurance Maladie accompagnera, par ailleurs, les pharmaciens dans la mise en œuvre des dispositions de la nouvelle convention pharmaceutique (contrôle des médicaments onéreux, développement de la dispensation adaptée, utilisation plus pertinente du motif « urgence » de substitution de médicaments génériques). Enfin, l'Assurance Maladie poursuivra ses actions de maîtrise médicalisée en matière de prescription de médicaments (inhibiteurs de la pompe à protons, statines...).

L'ensemble des actions d'accompagnement de l'Assurance Maladie en matière de bon usage des médicaments devrait générer un impact de 150 millions d'euros.

Accroître encore davantage la pénétration des médicaments biosimilaires

Le développement des médicaments biosimilaires est un enjeu essentiel d'efficacité pour l'Assurance Maladie. Ces médicaments sont générateurs d'économies quand ils sont prescrits à la place des médicaments biologiques de référence, car leurs prix sont inférieurs de 15 à 30 % en moyenne à ceux des bioréférents, à qualité, sécurité et efficacité équivalentes. Un nouveau rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)¹⁴⁹ d'état des lieux sur les médicaments biosimilaires publié le 11 mai 2022 confirme la sécurité équivalente de ces médicaments.

Un objectif volontariste de 80 % de pénétration des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence d'ici 2022 a été fixé dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS) et est déjà atteint pour certaines molécules, d'autres en revanche sont largement en deçà. Globalement, le taux de pénétration des médicaments biosimilaires délivrés en ville, calculé en nombre de boîtes¹⁵⁰, toutes molécules confondues¹⁵¹, est de 31 % en 2021, et celui des médicaments biosimilaires délivrés en intrahospitalier, calculé en unité commune de dispensation (UCD)¹⁵², est de 80 % (**Tableau 72**).

Les économies associées à l'atteinte d'un taux de pénétration de 80 % sont estimées à près de 100 millions d'euros à terme, dont plus de 40 millions d'euros mobilisables en 2022 et 2023.

Le marché des médicaments biosimilaires en expansion

Au 31 décembre 2021, on dénombre 51 noms de marques de médicaments biosimilaires commercialisés pour 9 classes thérapeutiques différentes¹⁵³.

Les remboursements par l'Assurance Maladie de ces classes thérapeutiques représentent pour les délivrances en ville 1,5 milliard d'euros¹⁵⁴, dont 600 millions d'euros pour les médicaments biosimilaires (40 %). Trois molécules sont prépondérantes, à savoir l'adalimumab, l'éta nercept (maladies inflammatoires chroniques) et le pegfilgrastim (neutropénie), et représentent à elles seules 55 % de ce marché.

Depuis 2007, année de commercialisation du premier médicament biosimilaire, le marché s'est développé. Le nombre de médicaments biosimilaires remboursés en ville a ainsi été multiplié par cinq sur les cinq dernières années, passant de 788 000 boîtes remboursées en 2016 à 4 millions en 2021.

149 <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-publie-son-etat-des-lieux-des-medicaments-biosimilaires>

150 Rapport du nombre de boîtes remboursées des médicaments biosimilaires sur le groupe biologique similaire correspondant (soit B/R+B) – source : système national des données de santé (SNDS).

151 Hors insuline aspartate.

152 Rapport des consommations UCD des médicaments biosimilaires sur le groupe biologique similaire correspondant. Source : Atih.

153 Anticancéreux (bévacizumab, rituximab et trastuzumab), antithrombotiques (énoxaparine), anti-TNF alpha (adalimumab, éta nercept et infliximab), érythropoïétine (époétine), facteurs de croissance (filgrastim et pegfilgrastim), gonadotrophines (folitropine alfa), hormones de croissance (somatropine), insuline (insuline glargine et insuline aspartate), et enfin traitement de l'ostéoporose (tétraparotide).

154 Champ des données : prescriptions de ville et prescriptions médicales hospitalières exécutées en ville. Source : Medicam 2021.

TABLEAU 72

Tableau de bord sur la pénétration des médicaments biosimilaires (en volume) en 2021 par dénomination commune internationale (DCI) et selon le lieu de délivrance

Substance active	Délivrances en ville		Délivrances intrahospitalières (liste en sus)	
	Part des biosimilaires dans le groupe biologique similaire (en volume) ^(a)	Montant remboursé (en millions d'euros) ^(b)	Part des biosimilaires dans le groupe biologique similaire (en volume) ^(a)	Montant (en millions d'euros) ^(b)
Adalimumab^(c)	32 %	503 M€		
Bevacizumab			87 %	154 M€
Énoxaparine	11 %	115 M€		
Époétine	83 %	104 M€		
Étanercept^(c)	39 %	166 M€		
Filgrastim	92 %	95 M€		
Follitropine alfa	61 %	63 M€		
Infliximab			81 %	157 M€
Insuline asparte	0 %	89 M€		
Insuline glargine	34 %	131 M€		
Pegfilgrastim	73 %	164 M€		
Rituximab			84 %	130 M€
Somatropine	48 %	52 M€		
Tériparatide	23 %	27 M€		
Trastuzumab			60 %	172 M€
Total	31 %	1 510 M€	80 %	613 M€

Substance active	Date de commercialisation du 1 ^{er} biosimilaire	Conditions de prescription	Dispositifs incitatifs
Adalimumab^(c)	Octobre 2018	PIH : prescription initiale hospitalière	- Article 51 - Intéressement de 20 % - Avenant 9 à la convention médicale
Bevacizumab	Juin 2020	RH : réserve hospitalière	
Énoxaparine	Septembre 2018		Avenant 9 à la convention médicale
Époétine	Juillet 2008	PIH ou PI (prescription initiale) par un médecin exerçant dans un service de dialyse à domicile	
Étanercept^(c)	Octobre 2016	PIH	- Article 51 - Intéressement de 20 % - Avenant 9 à la convention médicale
Filgrastim	Mars 2009	PIH trimestrielle	Substitution
Follitropine alfa	Mai 2015		Avenant 9 à la convention médicale
Infliximab	Février 2015	RH	
Insuline asparte	Mars 2021		Avenant 9 à la convention médicale
Insuline glargine	Janvier 2016		- Article 51 - Intéressement de 20 %
Pegfilgrastim	Novembre 2018	PIH trimestrielle	Substitution
Rituximab	Septembre 2017	PH (prescription hospitalière), 1 ^{re} administration en milieu hospitalier	
Somatropine	Mai 2007	PIH annuelle	
Tériparatide	Août 2019		
Trastuzumab	Août 2018	PH, 1 ^{re} administration en milieu hospitalier	

(a) Calculé en nombre de boîtes remboursées pour les délivrances en ville (France entière) et en nombre d'unités consommées pour les délivrances intrahospitalières (liste en sus - MCO - France entière) – (b) Coût total des unités consommées pour les délivrances intrahospitalières et en montants remboursés pour les délivrances en ville (c) Produits radiés de la liste en sus depuis le 1^{er} mars 2021 (Journal officiel du 22 janvier 2021)

Sources : Cnam (Medicam) et Atih

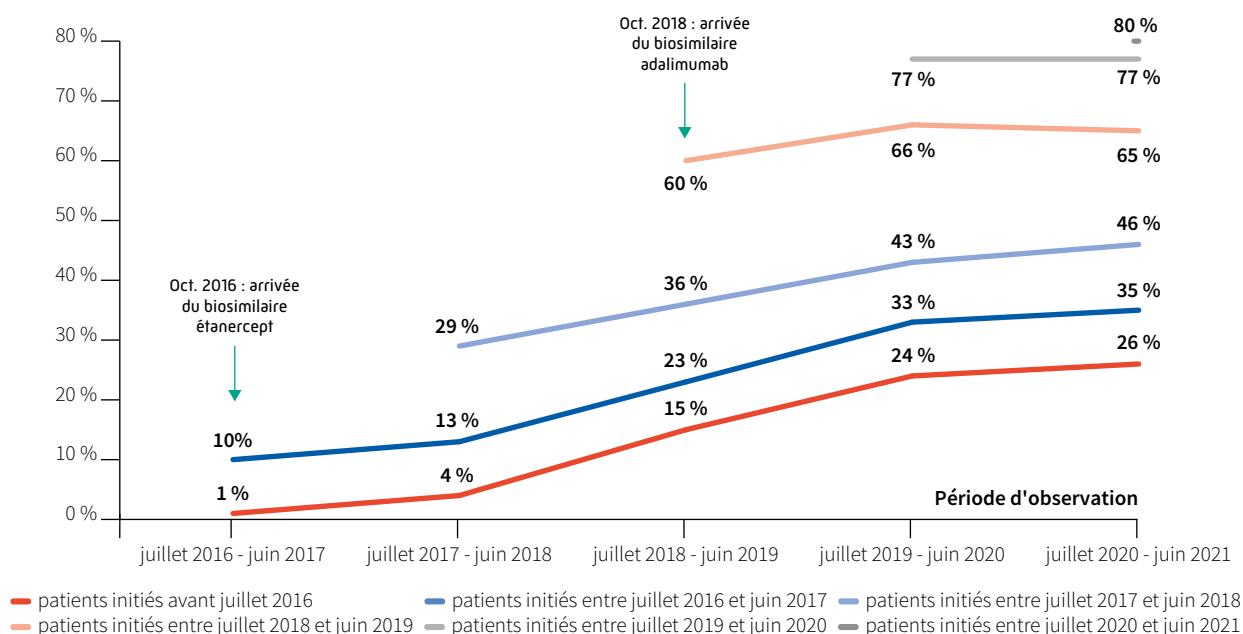
Les initiations de traitement expliquent la dynamique de marché des médicaments biosimilaires

La hausse de la pénétration des médicaments biosimilaires est principalement liée aux initiations de traitement. L'augmentation très nette du recours aux médicaments biosimilaires pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde¹⁵⁵ observée entre 2017 et 2021, passant de 5 % des patients sur la période juillet 2016-juin 2017 à 48 % entre juillet 2019 et juin 2020 le montre

clairement : la part de patients débutant une biothérapie par un médicament biosimilaire de l'éтанercept ou l'adalimumab¹⁵⁶ (délivrance en ville ou à l'hôpital) est passée de 10 % pour les patients initiés en juillet 2016-juin 2017 à 29 % pour ceux initiés l'année suivante, 60 % deux ans après, 77 % trois ans après et enfin à 80 % pour les patients initiés entre juillet 2020 et juin 2021 [Figure 138].

FIGURE 138

Part des patients avec polyarthrite rhumatoïde sous biosimilaire (adalimumab ou éتانercept) selon l'année de leur initiation à la biothérapie



Note de lecture : les patients initiés à la biothérapie entre juillet 2016 et juin 2017 (courbe bleu foncé) sont 10 % à être sous médicament biosimilaire au moment de leur initiation puis, grâce aux *switches*, ils sont 13 % à être sous biosimilaire un an après (pendant la période allant de juillet 2017 à juin 2018), etc.

Champ : tous régimes
Source : Cnam (SND)

Les changements de traitement des patients sous bioréférent vers un biosimilaire (*switches*) sont plus complexes à réaliser, car s'adressant à des patients stabilisés sous bioréférents et nécessitant une information et une réassurance plus importantes. Elles ont de ce fait un impact plus limité sur l'augmentation de la part de patients sous biosimilaire.

Ainsi, sur les quatre biothérapies utilisées pour traiter la polyarthrite rhumatoïde¹⁵⁷, les patients initiés entre juillet 2018 et juin 2019 sont 68 % à être traités par un biosimilaire en juin 2021 ; 87 % le sont grâce aux initiations sans changement de prescription et 13 % suite à un *switch*. Pour la cohorte de patients précédente (initiations entre juillet 2017 et juin 2018), si 47 % sont sous biosimilaire en juin 2021, 58 % le sont grâce à leur initiation et 42 % grâce à un *switch* réalisé le plus souvent par un rhumatologue salarié d'un établissement public.

Des mesures volontaristes déjà prises pour augmenter le recours aux médicaments biosimilaires

Différents dispositifs sont venus compléter les actions déjà mises en œuvre pour inciter les prescripteurs à l'hôpital et en ville à augmenter leur taux de recours aux médicaments biosimilaires :

- incitation à l'utilisation en intrahospitalier (achats hospitaliers, Cages) ;
- intéressements spécifiques aux prescriptions hospitalières délivrées en ville (dispositif de droit commun permettant un intéressement de 20 % et expérimentation de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 permettant un intéressement de 30 % reversé aux services prescripteurs – 23 établissements pour l'insuline glargine, 40 pour l'éتانercept et 40 pour l'adalimumab) ;

¹⁵⁵ Étude de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) sur les traitements médicamenteux des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2022.

¹⁵⁶ Biothérapies les plus couramment prescrites dans le cadre des traitements de la polyarthrite rhumatoïde

¹⁵⁷ Éتانercept, adalimumab, infliximab et rituximab.

- incitation dans le domaine ambulatoire (rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) du médecin traitant, dispositif d'intéressement prévu à l'avenant 9 à la convention médicale signé le 30 juillet 2021) ;
- le nouveau dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biosimilaires, prévu à l'avenant 9 à la convention médicale, est entré en vigueur en 2022. Il valorise l'engagement des médecins libéraux dans une démarche de qualité et d'efficacité des prescriptions et dans l'accompagnement de leurs patients au changement de prescription. Il valorise ainsi l'effort et le temps consacrés par le médecin à accompagner le patient. L'intéressement est basé sur un partage de l'économie générée par la prescription d'un médicament biosimilaire, à hauteur de 30 % pour les médecins libéraux en 2022. Ce dispositif porte sur cinq molécules (adalimumab, étanercept, follitropine alfa, insuline glargine et enoxaparine). Une campagne d'accompagnement engagée par l'Assurance Maladie a débuté en juin 2022 auprès des médecins spécialistes libéraux (rhumatologues, gastro-entérologues, gynécologues et endocrinologues) et des médecins généralistes pour promouvoir ce nouveau dispositif et les inciter à réaliser systématiquement une initiation de traitement en biosimilaire et à favoriser le *switch* en cours de traitement, dans le respect des recommandations ;
- à la suite d'une proposition dans le cadre du précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie, la substitution des médicaments biosimilaires par le pharmacien est à nouveau autorisée par la LFSS pour 2022 sous certaines conditions, précisées par l'article L.5125-23-2 du Code de la santé publique et par l'arrêté du 12 avril 2022 publié au *Journal officiel* (JO) du 14 avril 2022 :
 - substitution pour deux groupes biologiques similaires (filgrastim et pegfilgrastim) ;
 - le prescripteur ne doit pas avoir exclu la possibilité de cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient ;
 - le pharmacien doit procéder à l'enregistrement du nom du médicament délivré par substitution et son numéro de lot par tous moyens adaptés ;
 - le pharmacien doit informer le prescripteur et le patient de cette substitution.

L'Assurance Maladie poursuivra en 2022 et accentuera en 2023 ses actions d'accompagnement visant à accroître la pénétration des médicaments biosimilaires permettant de générer près de 100 millions d'euros d'économies à terme et 40 millions dès 2022 et 2023 :

- après avoir présenté les dispositions de l'avenant 9 aux médecins libéraux en 2022, l'Assurance Maladie poursuivra ses actions d'accompagnement auprès de ce public en 2023 ;
- en fin d'année 2022, l'Assurance Maladie engagera une campagne d'accompagnement auprès des rhumatologues libéraux et hospitaliers sur les traitements de la polyarthrite rhumatoïde afin d'encourager la prescription de médicaments biosimilaires et notamment les *switches*, en application des recommandations de la Société française de rhumatologie (SFR). Cette action

s'inscrit dans la continuité des travaux « préfigurateurs » réalisés par l'Assurance Maladie de la région Île-de-France en 2019 ;

- l'Assurance Maladie étudiera les conditions de généralisation de l'expérimentation de l'article 51 sur l'incitation à la prescription des médicaments biosimilaires en sortie d'hôpital, pour un impact potentiel de 5 millions d'euros ;
- l'extension de la compétence de prescription de médicaments biosimilaires sera également examinée ;
- l'Assurance Maladie ciblera par ailleurs, à l'aide des techniques d'exploitation des données, les prescripteurs qui prescrivent principalement des médicaments de référence et non des médicaments biosimilaires et génériques et leur proposera des actions d'accompagnement spécifiques.

Lutter contre l'antibiorésistance, véritable enjeu de santé publique responsable de 5 500 décès annuels et 139 000 hospitalisations par an en France

Le mésusage des antibiotiques est un problème de santé publique et génère un coût important pour l'Assurance Maladie. La France se distingue par une surconsommation d'antibiotiques qui la place parmi les pays les plus consommateurs d'antibiotiques en Europe.

Cette surconsommation peut être illustrée notamment par un sur recours aux antibiotiques dans les traitements de l'angine ou en odontologie. Pourtant, des solutions existent pour diminuer la consommation d'antibiotiques. Aussi, dans le cadre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance, l'Assurance Maladie va déployer un ensemble d'actions pour lutter contre l'antibiorésistance dont les principales visent à :

- promouvoir l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) pour l'angine permettant de diversifier et fluidifier le parcours du patient ;
- informer les pharmaciens de leur nouveau rôle dans le dépistage des infections urinaires ;
- inciter la dispensation à l'unité des antibiotiques ;
- sensibiliser les chirurgiens-dentistes au bon usage des antibiotiques en odontologie.

Ce plan d'action devrait générer environ 50 millions d'euros en 2023 puis 100 millions d'euros supplémentaires au-delà lorsque les nouveaux parcours pour soigner l'angine seront installés.

Le mésusage des antibiotiques est un problème de santé publique en termes d'antibiorésistance et génère un coût important pour l'Assurance Maladie

Avec plus de 5 500 décès attribués aux infections à bactéries multirésistantes en 2015 en France, l'antibiorésistance est un enjeu majeur de santé publique. En 2016, une étude à partir des données du système national des données de soins (SNDS)¹⁵⁸ a estimé que près de 139 000 séjours étaient associés à une infection à bactéries résistantes. L'antibiorésistance est également à l'origine de séjours plus longs et d'actes chirurgicaux. Plus de la moitié des séjours avec une bactérie résistante duraient au moins une semaine contre 42 % avec une bactérie sensible aux

158 Opatowski M, Tuppin P, Cosker K, Touat M, De Lagasnerie G, Guillemot D, Salomon J, Brun-Buisson C, Watier L. Hospitalisations with infections related to antimicrobial-resistant bacteria from the French nationwide hospital discharge database, 2016. *Epidemiology and Infection* 147, e144, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S0950268819000402>

antibiotiques. Une procédure chirurgicale avait lieu pendant le séjour pour 40 % des patients avec une bactérie résistante contre 30 % de ceux avec une bactérie sensible. Un décès survenait durant l'hospitalisation pour 7 % des séjours avec une bactérie résistante et 5 % de ceux avec une bactérie sensible.

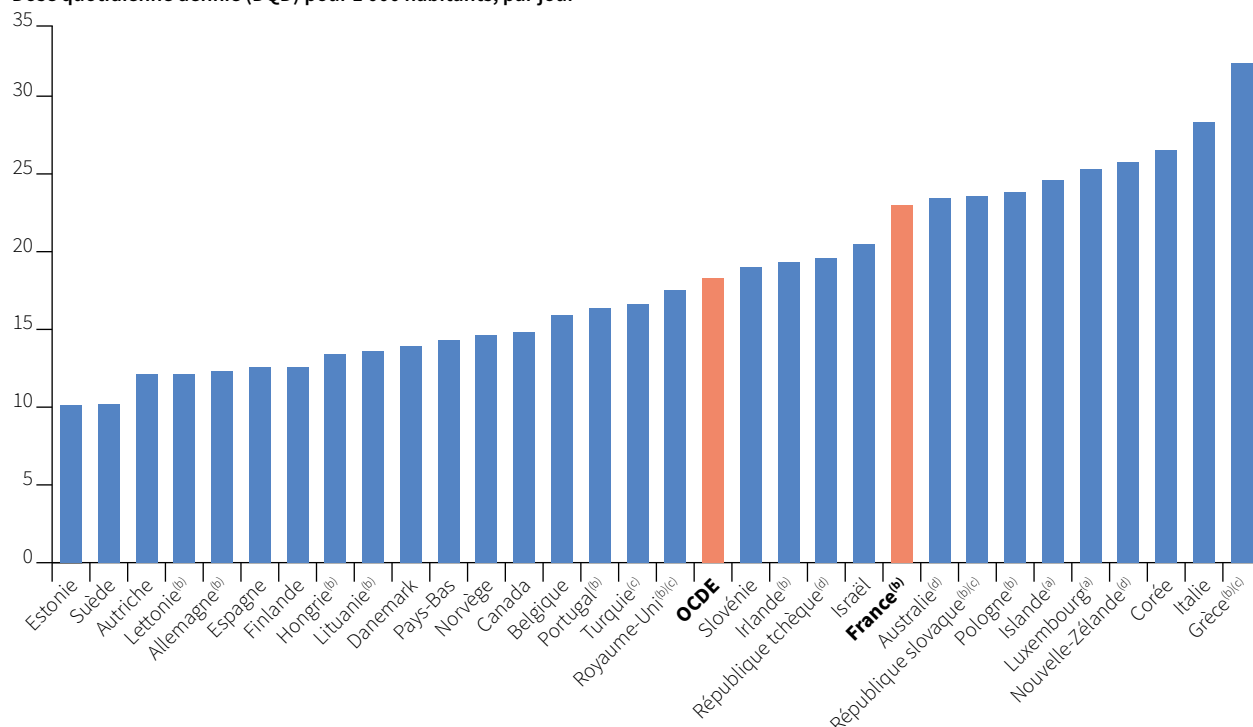
L'inefficacité des antibiotiques a des conséquences multiples menaçant les succès de la médecine moderne, puisque les chirurgies complexes, les chimiothérapies anticancéreuses, les greffes d'organes, les prises en charge en réanimation, par exemple, se compliquent fréquemment d'infections bactériennes et nécessitent donc des antibiotiques efficaces.

La France se maintient à un niveau élevé de consommation d'antibiotiques. Sa consommation se situe parmi les plus importantes au niveau européen. La consommation d'antibiotiques est ainsi trois fois supérieure à celle des Pays-Bas, deux fois supérieure à celle de l'Allemagne¹⁵⁹. La consommation d'antibiotiques en 2020 a marqué toutefois un ralentissement en raison de l'épidémie de Covid-19, le nombre de boîtes d'antibiotiques remboursées a, en effet, diminué de 18 % en 2021 par rapport à 2019.

FIGURE 139

Volume total d'antibiotiques prescrits en 2017 (ou année la plus proche)

Dose quotidienne définie (DQD) pour 1 000 habitants, par jour



(a) Moyenne sur 3 ans

(b) Données du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies en raison de la non-disponibilité des données statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la santé.

(c) Données de 2016

(d) Données de 2015

Remarque : tous les produits antimicrobiens sont classés ATC 1, et les produits de deuxième intention sont identifiés par les codes J01D et J01M du système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC).

Source : OCDE (Panorama de la santé 2019)

L'antibiorésistance représente également un coût conséquent pour l'Assurance Maladie. Une étude publiée en 2021¹⁶⁰ détermine, pour la première fois, le coût hospitalier de la résistance aux antibiotiques selon la perspective du payeur à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Ainsi, le coût attribuable à l'antibiorésistance pour l'année 2015 a été estimé à 290 millions d'euros pour l'Assurance Maladie.

159 Panorama de la santé 2019 – les indicateurs de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). <https://doi.org/10.1787/ce7a3b25-fr>

160 M. Touat & al. Costs and Outcomes of 1-year post-discharge care trajectories of patients admitted with infection due to antibiotic-resistant bacteria, Journal of Infection 82 (2021) 339–345. doi: 10.1016/j.jinf.2021.02.001.

Une surconsommation d'antibiotiques pour soigner l'angine persistante alors que les Trod sont un levier puissant pour en diminuer la prescription

Plus de deux fois trop d'antibiotiques sont prescrits inutilement dans le cadre de l'angine

L'angine est une inflammation des amygdales d'origine infectieuse, le plus souvent virale, courante en période hivernale (environ 9 millions d'angines sont diagnostiquées en France chaque année). Les angines peuvent être d'origine bactérienne liée à des streptocoques bêta-hémolytique du groupe A (SGA), qui représentent 25 à 40 % des angines de l'enfant et 10 à 25 % des angines de l'adulte¹⁶¹. Ces angines sont les seules pour lesquelles une prescription d'antibiotiques est recommandée en France. Le but principal du traitement antibiotique n'est pas d'accélérer la guérison de l'angine, mais d'éviter la survenue de rhumatismes articulaires aigus, complication inflammatoire systémique devenue extrêmement rare dans les pays développés comme en France. L'efficacité des antibiotiques dans la prévention des complications infectieuses locorégionales des angines (phlegmons périamygdaliens, cellulites, etc.) n'est par ailleurs pas démontrée^{162,163}. Ces constats conduisent d'autres pays, comme la Suisse, à tenter de diminuer le recours aux antibiotiques en cas d'angine et d'autres pays comme l'Angleterre¹⁶⁴, les Pays-Bas ou la Belgique à adopter une approche différente fondée sur l'absence de diagnostic et de traitement des angines à streptocoque¹⁶⁵ considérant qu'elles sont bénignes, spontanément résolutes et que le rhumatisme articulaire aigu n'est plus un problème.

Les recommandations françaises concernant l'angine sont de prescrire de l'amoxicilline pour une durée de six jours uniquement si le score de Mac Isaac (un score permettant d'évaluer le risque d'une angine à streptocoque du groupe A (SGA) prenant en compte l'âge du patient, la présence de symptômes tels qu'une fièvre supérieure à 38 °C, un exsudat, des adénopathies cervicales sensibles et l'absence de toux) est supérieur ou égal à 2 en présence d'un Trod positif¹⁶⁶.

Or, en France, trop d'antibiotiques sont prescrits inutilement dans le cadre de l'angine. On estime que les angines diagnostiquées chaque année génèrent environ 6 millions de prescriptions d'antibiotiques¹⁶⁷ ; soit un taux de prescription d'environ 70 %, là où statistiquement il devrait être au maximum de 30 %. La surconsommation d'antibiotiques tient à l'incertitude dia-

gnostique entre infection virale et bactérienne, combinée à la non-utilisation des outils de diagnostic.

Les tests rapides d'orientation diagnostique (Trod), levier puissant pour lutter contre l'antibiorésistance, feront l'objet d'une promotion de l'Assurance Maladie

L'existence de tests d'orientation diagnostique rapides (Trod) et fiables permet de déterminer la nécessité de prescrire un traitement par antibiotique ou non. En effet, ils permettent de déterminer en quelques minutes si l'angine est due à un SGA grâce à un prélèvement de gorge réalisé par un médecin ou un pharmacien. En cas de test positif, une prescription d'antibiotique peut s'avérer nécessaire. Recommandés depuis une vingtaine d'années, ces tests sont dotés d'excellentes performances (sensibilité avoisinant les 90 % et spécificité comprise entre 95 % et 100 %) ¹⁶⁸. Bien que livrés gratuitement à la demande depuis 2002 par l'Assurance Maladie aux pédiatres, oto-rhino-laryngologistes (ORL) et médecins généralistes, ils sont encore insuffisamment utilisés en consultation par les médecins lors d'une suspicion d'angine à SGA. En 2017, seuls 40 % des médecins généralistes avaient commandé des Trod via ce dispositif. En 2021, ce sont 1,2 million de Trod angine qui ont été commandés – sans garantie d'utilisation – par les médecins. C'est peu en regard des 9 millions d'angines annuelles.

De nouvelles mesures réglementaires et conventionnelles visent à promouvoir le Trod angine. Depuis 2016, les pharmaciens d'officine sont autorisés à réaliser ces tests¹⁶⁹. D'abord non remboursés lorsque ces derniers étaient faits en pharmacie, leur remboursement est effectif depuis le 1^{er} janvier 2020. Cette mesure a finalement pu être officiellement mise en place le 1^{er} juillet 2021¹⁷⁰. Par ailleurs, le 13 décembre 2021¹⁷¹, un arrêté introduit un nouveau parcours patient dans la prise en charge de l'angine. Il autorise la possibilité du recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle de certains antibiotiques. Ainsi, trois parcours patient pour soigner l'angine cohabitent (**Encadré 32**).

Par ailleurs, la crise de la Covid-19 a conduit à modifier les comportements des Français pour qui se rendre à la pharmacie pour un dépistage Covid-19 est devenu une habitude avec le déploiement de la stratégie « tester, alerter, protéger ». Cette évolution des comportements marque une vraie opportunité pour généraliser le recours des Trod en pharmacie.

161 EMC – traité de Médecine Akos (2021).

162 Dunn N, Lane D, Everitt H, Little P. Use of antibiotics for sore throat and incidence of quinsy. Br J Gen Pract 2007; 57:45–9.

163 Petersen I, Johnson AM, Islam A, Duckworth G, Livermore DM, Hayward AC. Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database. Br Med J 2007;335:982.

164 <https://www.sign.ac.uk/media/1055/sign117.pdf> (page visitée le 07.03.2022)

165 « Antibiotiques pour traiter la pharyngite à streptocoque chez les enfants en Suisse : est-ce encore utile ? » C. M. Verole et K. M. Posfay-Barbe. Rev Med Suisse 2016 ; 12 : 334-7.

166 Choix et durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes, HAS (2021) :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/reco360_synthese_durees_antibiotherapies_coi_2021_07_15_v2.pdf (page visitée le 24.03.2022)

167 « Angine : des prescriptions d'antibiotiques qui passent mal », 13.11.2018 : <https://www.france-assos-sante.org/2018/11/13/angine-des-prescriptions-dantibiotiques-qui-passent-mal/> (page visitée le 07.03.2022)

168 Rapport ANSM. Contrôle du marché des tests oro-pharyngés rapides des angines à streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A – étude de la sensibilité analytique (juillet 2020).

169 Arrêté du 1^{er} août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques NOR : AFSP1622324A <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/8/1/AFSP1622324A/jo/texte>

170 Arrêté du 29 juin 2021.

171 Arrêté du 13 décembre 2021 fixant la liste des médicaments pour lesquels il peut être recouru à une ordonnance de dispensation conditionnelle et les mentions à faire figurer sur cette ordonnance NOR : SSAS2113877A <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/12/13/SSAS2113877A/jo/texte>

ENCADRÉ 32

| TROIS PARCOURS PATIENT POUR SOIGNER L'ANGINE

Le parcours « test rapide d'orientation diagnostique (Trod) médecin » : ce parcours existe depuis 2002, cependant, il manque d'efficacité dans la mesure où peu de médecins ont recours au Trod angine. L'action envisagée vise à encourager le médecin à réaliser systématiquement un Trod angine avant de prescrire un antibiotique. Avec la réalisation de ce test lors de la consultation en cas d'angine, ce parcours coûte en moyenne 27,78 euros par patient.

Le parcours « Trod direct en pharmacie » : dans ce parcours, qui existe depuis janvier 2020, mais qui n'a pas eu le temps de s'installer dans un contexte de pandémie, le patient se rend directement dans une pharmacie pour la réalisation d'un Trod angine sous réserve que le

patient soit éligible à la réalisation du Trod par le pharmacien. Si celui-ci est négatif, une consultation médicale a été évitée. C'est souvent une prescription inadaptée d'antibiotique aussi évitée. Si celui-ci s'avère positif, alors le patient est invité à consulter son médecin pour que ce dernier lui prescrive un antibiotique. Comme les angines sont à 80 % d'origine virale, les cas de patients positifs seront minoritaires. Ce parcours est le plus efficace, avec un coût moyen par patient pour l'Assurance Maladie de 13 euros. Il est néanmoins conditionné par la disponibilité du Trod en pharmacie : il faut que les pharmaciens se soient massivement formés à la réalisation du Trod afin d'avoir une offre couvrant suffisamment le territoire. Une seconde condition à la montée en charge de ce parcours est une

bonne information des patients sur la possibilité de se faire tester en pharmacie.

Le parcours « ordonnance conditionnelle » : ce parcours mis en place en décembre 2021 commence par une consultation chez le médecin généraliste. À la différence du premier parcours, le médecin ne réalise pas un Trod au cabinet, mais en fin de consultation, il remet au patient une ordonnance de dispensation d'antibiotique conditionnelle à la réalisation d'un Trod en pharmacie. Si ce test se révèle positif, alors le pharmacien dispense l'ordonnance. Si le test est négatif, une prescription inutile d'antibiotique aura été évitée. Ce parcours est le moins efficace, avec un coût moyen par patient de 34 euros.

La promotion des Trod angine par l'Assurance Maladie s'inscrit dans la continuité des deux dernières menées, en 2018 et en 2019, auprès des médecins généralistes. Respectivement, ces actions portaient sur les infections respiratoires hautes et l'antibiorésistance. La première rappelait la nécessité de prescrire des antibiotiques uniquement lorsque recommandé. Quant à la seconde, elle alertait sur les dangers de l'antibiorésistance et faisait la promotion de l'ordonnance de non-prescription aux médecins afin de les aider à appuyer leur refus de prescription

d'antibiotiques auprès du patient lorsque ces derniers sont inutiles. Ce sera l'occasion de réaffirmer le rôle attendu des médecins généralistes dans la lutte contre l'antibiorésistance et de promouvoir le Trod angine. En effet, il est encore trop peu utilisé comme outil fort pour justifier d'une non-prescription d'antibiotiques. Cette action viserait à encourager son utilisation, que ce soit directement en pharmacie ou au cabinet du médecin afin d'éviter des prescriptions inutiles d'antibiotiques.

ENCADRÉ 33

| BÉNÉFICES ATTENDUS DE LA PROMOTION DES TROD ANGINE

Plusieurs bénéfices sont attendus de la promotion des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) angine en termes de fluidité de l'offre de soins, d'antibiorésistance et d'économies attendues :

- libérer des consultations médicales : l'amélioration du parcours de soins en encourageant les patients à se rendre en pharmacie pour se faire tester en cas d'angine, plutôt que consulter, permettrait

de libérer une grande partie de ces consultations et de fluidifier l'accès aux soins. C'est aussi donner la possibilité aux patients d'avoir une réponse rapide d'un professionnel de santé sans attendre ;

- une diminution significative des prescriptions inappropriées d'antibiotiques. Sur les 6 millions de prescriptions d'antibiotiques dues aux angines, seules 2 millions seraient justifiées. Ce moindre

recours aux antibiotiques serait bénéfique aussi bien dans la lutte contre l'antibiorésistance qu'en termes d'économies générées pour l'Assurance Maladie ;

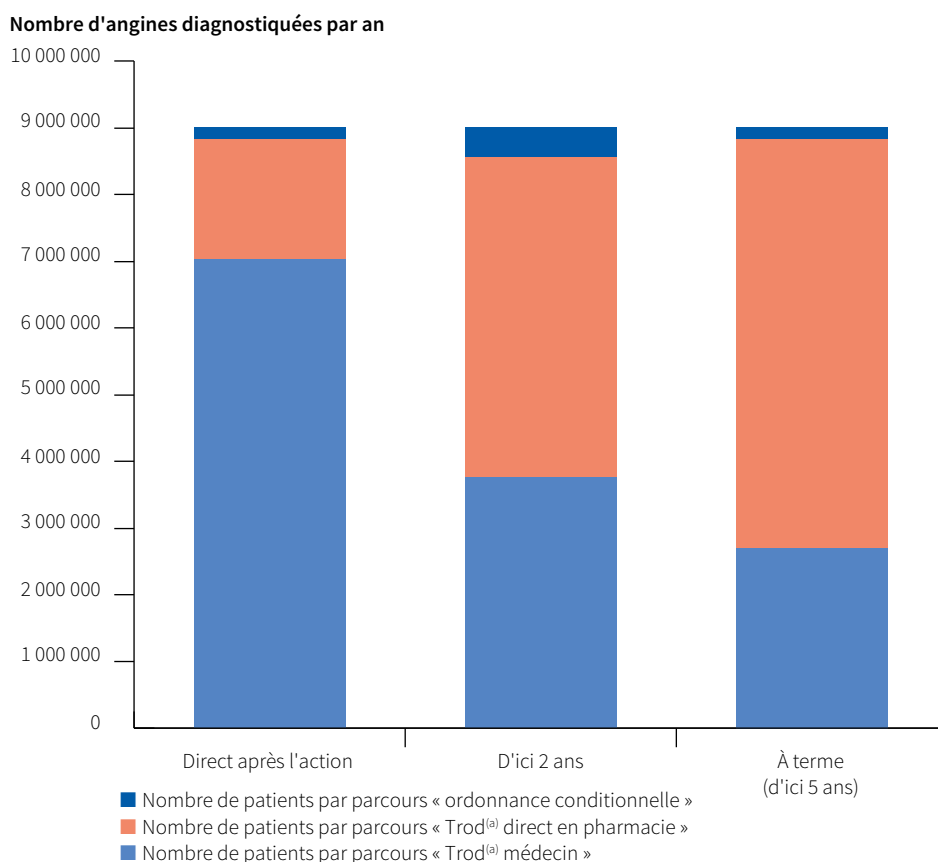
- des économies pour l'Assurance Maladie : entre 60 et 130 millions d'euros par an par rapport à la dépense actuelle liée à la prise en charge globale de l'angine.

Sur la base de ces nouveaux parcours, l'objectif poursuivi par l'Assurance Maladie est donc de modifier la répartition des patients dans les différents parcours permettant de générer un volume d'économie potentielle qui montera en charge progressivement compte tenu du délai de modification des comportements. La première année, il est envisageable d'escompter une économie de 63 millions d'euros (dont 16,8 millions d'euros d'antibiotiques) avec la répartition suivante : 78 % « parcours Trod médecin », 20 % « Trod direct en pharmacie » et 2 % « ordonnance condition-

nelle ». À terme, 70 % des patients devraient choisir le parcours « Trod direct en pharmacie » en raison de la facilité d'accès à un diagnostic rapide dans un contexte où le délai moyen d'obtention d'une consultation chez un généraliste est important ; le recours à l'ordonnance conditionnelle devant rester marginal, cette répartition permettrait d'économiser 131 millions d'euros par rapport au montant de la dépense actuelle.

FIGURE 140

Évolution attendue de la répartition des patients dans les différents parcours de prise en charge de l'angine

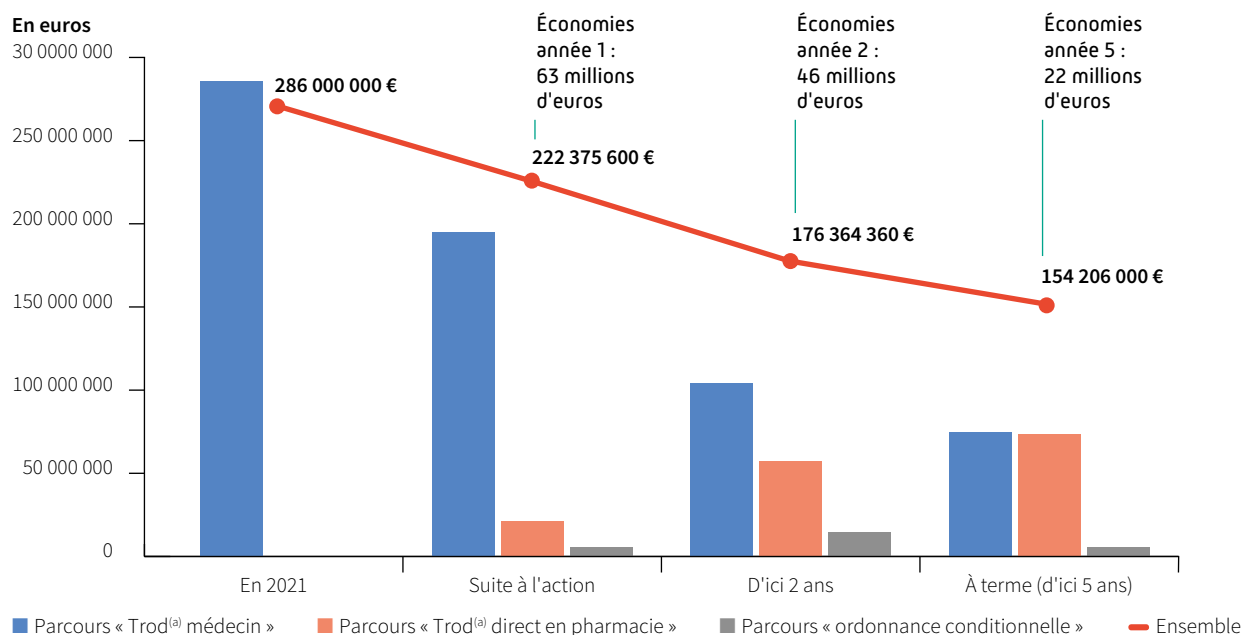


(a) Trod : test rapide d'orientation diagnostique

Source : estimations Cnam

FIGURE 141

Évolution attendue du coût total de la prise en charge de l'angine (pour l'assurance maladie obligatoire) selon les parcours patient suivis



(a) Trod : test rapide d'orientation diagnostique

Remarque : les économies affichées sont calculées par rapport à l'année 2021 (calculs effectués selon une hypothèse progressive de changement de comportement des populations éligibles au Trod direct en pharmacie).

Source : estimations Cnam

Afin de promouvoir la généralisation du recours au Trod, en cas de suspicion d'angine avant toute prescription d'antibiotique, et le parcours associé, l'Assurance Maladie va déployer, en cohérence avec son programme de rénovation de la gestion du risque initié en 2021, une campagne de maîtrise médicalisée avec trois cibles identifiées : les médecins généralistes, les pharmaciens, les assurés. Pour en assurer une efficacité maximale, cette campagne s'appuiera sur les enseignements des sciences comportementales en recourant à la datavisualisation :

- une campagne d'accompagnement des pharmacies dont l'objectif sera de favoriser la pratique du Trod en officine. Cela est d'autant plus utile que, pour le moment, elles sont encore peu à proposer ce test ; le Trod n'a pas eu le temps de s'y installer depuis son arrivée début 2020. Entre janvier et avril 2022, seules 586 officines (soit 2,81 % des pharmacies) ont réalisé des Trod angine auprès de 5 000 patients. Pour cette raison, les pharmaciens constituent la cible prioritaire ;
- une campagne des délégués de l'Assurance Maladie auprès de certains médecins généralistes qui constituent une cible complémentaire puisqu'il existe une sous-utilisation du Trod par ces professionnels. Les convaincre d'y recourir reste un enjeu majeur toujours d'actualité. Ces médecins seront ciblés en fonction de leurs habitudes de prescription selon plusieurs critères : volume important de prescriptions d'antibiotiques, variabilité saisonnière importante dans les prescriptions, faible volume de Trod commandés par an. Parmi les freins identifiés reviennent souvent la fiabilité des tests en question, le temps nécessaire à leur réalisation lors de

la consultation et, pour certains médecins, le sentiment que leur expérience lors de l'examen clinique leur permet de se passer de ces tests. L'identification de ces freins est un élément important pour pouvoir augmenter le recours aux Trod ;

- une campagne d'information envers les assurés est écartée dans un premier temps, les assurés ne seront pas ciblés directement. En effet, tous les patients ne sont pas éligibles au parcours « Trod direct en pharmacie ». Néanmoins, ils seront informés de cette possibilité via les pharmaciens et par la remise de flyers et/ou d'affiches à l'officine ;
- le recours à la datavisualisation plutôt qu'aux profils classiques de prescription ;
- en juillet 2018, dans le cadre de la feuille de route interministérielle pour la maîtrise de l'antibiorésistance ayant pour but de réduire de 25 % la consommation d'antibiotiques en santé humaine, le ministère des Solidarités et de la Santé a répondu à un appel à projets publié par l'équipe « Sciences comportementales » de la direction interministérielle de la transformation publique (DITP) visant à appliquer les leçons des sciences comportementales aux politiques publiques. Ces travaux¹⁷² ont permis d'identifier les principales barrières affectant le bon usage des antibiotiques qui résident principalement dans l'insuffisance de l'efficacité des retours réalisés aux médecins dans leur pratique en la matière. En effet, ces retours doivent être davantage compréhensibles, personnalisés et fréquents afin de favoriser une boucle positive de rétroaction. Aussi, l'Assurance Maladie a développé un nouveau profil de prescripteurs en recourant à la datavisualisation [Encadré 34].

172 https://www.modernisation.gouv.fr/files/2021-10/Rapport%20de%20diagnostic_Antibiotiques.pdf

ENCADRÉ 34

| LA DATAVISUALISATION

Dans le cadre de l'accompagnement des professionnels, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) a initié un projet de datavisualisation visant à la transformation numérique et dynamique des profils papier pour l'accompagnement des professionnels de santé. L'objectif est de mettre à disposition des délégués de l'Assurance Maladie

et des praticiens-conseils un outil de visualisation des indicateurs en lien avec le thème de la visite, interactif, transparent, facilitateur des échanges avec les professionnels. Un prototype construit sur le thème « Antibiotiques » a fait l'objet d'une expérimentation sur 20 caisses d'assurance maladie (CPAM) et 3 échelons locaux du service médical (ELSM) auprès d'un échantillon de

124 médecins généralistes.

Les retours ont été globalement très positifs : l'outil va permettre de rénover les visites en permettant une présentation personnalisée, base de dialogue avec le médecin sur sa pratique à partir d'informations fiables et utiles. L'outil sera donc déployé à l'automne 2022.

Bandelettes urinaires : une nouvelle mission pour les pharmaciens

D'après les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) relatives à la cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, une bandelette urinaire doit être utilisée en première intention devant la symptomatologie d'une cystite aiguë simple de la femme avant toute prescription d'antibiotique.

Afin de lutter contre l'antibiorésistance et de faciliter le parcours de soins de la femme ayant une cystite, et sous réserve que la réglementation l'y autorise, le pharmacien pourra, dans le cadre de la nouvelle convention et dans certaines situations, accompagner les femmes dans la prise en charge des cystites simples et, dans ce cadre, leur délivrer une bandelette urinaire et réaliser son analyse.

Les objectifs en termes de santé publique de cette mesure sont multiples :

- faciliter le parcours des femmes ;
- limiter les prescriptions d'examen cytot bactériologique des urines (ECBU) inutiles en première intention dans le cas d'une cystite simple ;
- lutter contre l'antibiorésistance par la réduction de la consommation d'antibiotiques.

Le rôle du pharmacien dans le cadre du dépistage des infections urinaires simples est :

- l'identification de la population pouvant justifier la réalisation d'une bandelette urinaire ;
- l'accueil de la patiente dans un espace de confidentialité et la mise à disposition de toilettes pour réaliser le test ;
- l'explication des recommandations en vigueur sur la prise en charge de la cystite simple ;
- l'analyse et l'interprétation du résultat de la bandelette urinaire conformément aux indications de la notice d'utilisation de celle-ci et des recommandations de bonnes pratiques fixées par la réglementation ;
- l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux produits dans le cadre de la réalisation du test, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur ;

- la remise à la patiente d'un document écrit faisant état du résultat du test ;
- l'orientation de la patiente vers le médecin traitant ou la sage-femme en cas de résultat du test positif ;
- l'information du médecin traitant de la patiente de la réalisation de la bandelette urinaire et de son résultat par messagerie sécurisée et l'ajout de ces informations dans l'espace numérique en santé (ENS) de la patiente sauf opposition de celle-ci.

Deux circuits de prise en charge sont définis :

- soit la patiente se présente spontanément à l'officine et est directement prise en charge par le pharmacien. En cas de résultat positif, le pharmacien invite la patiente à se rendre chez son médecin traitant ou sa sage-femme avec le résultat du test. En cas de résultat négatif, le pharmacien dispense des conseils adaptés pour gérer au mieux les symptômes, et l'invite à prendre contact avec son médecin traitant en cas de persistance et/ou d'aggravation de ceux-ci ;
- soit la patiente est orientée vers la pharmacie par son médecin traitant ou sa sage-femme pour la réalisation du test. Si le prescripteur a préalablement établi, conformément aux dispositions réglementaires, une ordonnance dite « conditionnelle » d'antibiotique, le pharmacien dispense les antibiotiques prescrits en cas de résultat positif.

L'Assurance Maladie mènera une action d'accompagnement fin 2022 pour promouvoir ces dispositions de la nouvelle convention qui devraient générer 10 millions d'euros d'économies et partagera avec les autorités compétentes l'étude d'une possibilité de « prescription » par le pharmacien dans le cas d'un résultat positif en s'appuyant sur les résultats des expérimentations ou des dispositifs déjà en œuvre.

Dispensation à l'unité

La délivrance de certains médicaments à l'unité lorsque leur conditionnement le permet assure le bon usage des médicaments et contribue à réduire le gaspillage des médicaments.

Plus particulièrement, la dispensation à l'unité des antibiotiques a pour objectif non seulement de lutter contre l'antibiorésistance devenue une cause de mortalité importante (voir les constats *supra*), mais également de limiter l'impact environnemental des

antibiotiques, notamment en évitant les mauvaises pratiques des patients en cas de comprimés restants : conservation, réutilisation ou encore absence de retour à la pharmacie des médicaments. La limitation du nombre de comprimés restants en fin de traitement réduit de fait ces situations.

Le pharmacien peut délivrer des médicaments à l'unité dans les conditions fixées aux articles R. 5132-42-1 et suivants du Code de la santé publique. La liste des médicaments pouvant faire l'objet d'une délivrance à l'unité est fixée par l'arrêté prévu par l'article L. 5123-8 du Code de la santé publique.

Il procède également à une délivrance fractionnée des médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants en application de l'article R. 5132-30 du Code de la santé publique.

L'Assurance Maladie mènera également une campagne d'accompagnement en 2023 pour promouvoir la dispensation à l'unité des antibiotiques dont l'impact escompté est estimé à 10 millions d'euros.

L'Assurance Maladie mènera une campagne visant à promouvoir la pertinence des prescriptions d'antibiotiques en odontologie

66 % des prescriptions en odontologie ne sont pas indiquées

Les chirurgiens-dentistes sont à l'origine de 12 % des prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville correspondant à 42 millions d'euros pris en charge par l'Assurance Maladie en 2021.

Si le premier antibiotique prescrit par les chirurgiens-dentistes est l'amoxicilline, en deuxième et troisième position, on trouve les associations spiramycine-métronidazole et amoxicilline-acide clavulanique, alors qu'elles ne sont recommandées qu'en seconde intention. Une analyse des prescriptions montre que les durées de traitement varient beaucoup selon les prescripteurs, alors que les recommandations préconisent sept jours (sauf pour l'azithromycine). Des études indiquent ainsi que 66 % des prescriptions en odontologie ne sont pas indiquées¹⁷³, car elles ne répondent pas à une infection avérée ou à une situation nécessitant une antibioprophylaxie et que 19 % des prescriptions en 2021¹⁷⁴ sont des molécules peu recommandées en odontologie, molécules génératrices d'antibiorésistance (pristinamycine, doxycycline, spiramycine-métronidazole).

Une campagne multicanal et multicible pour promouvoir la pertinence des prescriptions d'antibiotiques en odontologie

Face aux constats de mésusage des antibiotiques en odontologie avec 66 % des prescriptions non indiquées, l'Assurance Maladie engagera, à partir du 3^e trimestre 2022, une campagne s'adressant aux chirurgiens-dentistes visant à promouvoir la pertinence des prescriptions d'antibiotiques en odontologie dans le but de limiter l'antibiorésistance. Cette campagne nationale est la généralisation d'une expérimentation déployée dans le Grand Est depuis 2020 conçue en multipartenariat (Ordre des

chirurgiens-dentistes du Grand Est, trois facultés d'odontologie du Grand Est, AntibioEst).

Les premiers résultats de l'expérimentation sont encourageants : les chirurgiens-dentistes se sentent extrêmement concernés, certains découvrant l'impact de l'antibiorésistance, tous sont unanimes et s'engagent à faire mieux. Dès les premières actions de sensibilisation collectives en 2020 (site internet, diffusion du guide Antibiodentaire) mais surtout après l'envoi des profils individuels en juin 2021, on constate une évolution favorable des comportements. En comparaison avec les autres régions françaises, dans le Grand Est, l'usage de l'amoxicilline progresse et la part des antibiotiques peu recommandés en odontologie diminue.

Il s'agit, comme pour la promotion des Trod angine, d'une campagne innovante, multicanal et multicible :

- les points innovants de l'action :
 - les profils de prescription sont autoportés et ne nécessitent pas d'accompagnement spécifique. Ils seront adressés à tous les chirurgiens-dentistes omnipraticiens ;
 - les profils sont construits à partir d'indicateurs de qualité, pour chacun un objectif est fixé pour se rapprocher des recommandations de l'ANSM et ne sont pas comparés à une moyenne des pratiques de la région ou de la France ;
 - une formation en e-learning créée par trois universités permettra de former les chirurgiens-dentistes-conseils en amont de la campagne ;
 - la campagne s'appuie sur un partenariat fort avec la profession ;
- une campagne multicible :
 - une campagne des délégués de l'Assurance Maladie auprès de médecins généralistes permettra d'accompagner la conduite à tenir face à une infection en odontologie. Un flyer récapitule les recommandations face à une infection dentaire ;
 - une campagne d'information vers les assurés sera proposée *via* différents canaux (lettre assurés, page ameli.fr, communication dans les salles d'attente).

Les messages principaux porteront sur les molécules recommandées ainsi que les durées de traitement. Un message concernant la juste utilisation des antibiotiques sera également porté. L'objectif est de sensibiliser les chirurgiens-dentistes à l'impact de l'antibiorésistance et de les engager dans cette lutte. Les étapes clés de l'action à destination des chirurgiens-dentistes sont les suivantes :

- sensibilisation collective des chirurgiens-dentistes. En amont d'une analyse individuelle de leur pratique, une sensibilisation collective doit permettre aux chirurgiens-dentistes de prendre conscience des enjeux de l'antibiorésistance. Le contexte est extrêmement favorable. Une dynamique est engagée. La Direction générale de la santé (DGS) a réuni depuis 2020 un groupe de travail avec les différentes organisations de la profession. L'Assurance Maladie était partie prenante. Ces échanges ont permis d'alimenter la stratégie nationale publiée par le ministère en février 2022. Dans cette stratégie, dix mesures concernent directement les chirurgiens-dentistes. La profession est impli-

173 Sukumar S, Martin FE, Hughes TE, Adler CJ. Think before you prescribe: how dentistry contributes to antibiotic resistance. Aust Dent J 2020; 65(1) :21-9.

174 Source : Cnam (SNDS).

quée à plusieurs niveaux : formation initiale, formation continue, développement de stratégies pour limiter les infections liées aux soins, etc. La presse professionnelle se fait l'écho de cette dynamique. Des articles relayent également les travaux menés dans le Grand Est. Une page sera construite sur ameli.fr pour nourrir le sujet et donner la parole à des experts (captures vidéo) ;

- sensibilisation individuelle en deux temps :
 - envoi d'un profil individuel de prescription à chaque chirurgien-dentiste omnipraticien. Le profil individuel est construit à partir de trois proxy indicateurs, chacun ayant une cible à atteindre. Ce profil autoporté permet d'analyser sa propre pratique et de mettre en œuvre les corrections nécessaires pour se rapprocher le plus possible des pratiques recommandées par l'ANSM. Ce profil a été conçu par un groupe d'experts et publié dans une revue scientifique¹⁷⁵ ;
 - accompagnement de praticiens ayant un profil atypique par un chirurgien-dentiste-conseil. Les chirurgiens-dentistes de l'Assurance Maladie rencontreront des praticiens (environ 20 % des chirurgiens-dentistes de la région) pour recueillir leurs éventuelles difficultés d'analyse et les accompagner. Les profils de prescription sont annuels et leur envoi sera reconduit en année n+1, avec une poursuite d'un accompagnement individuel pour les praticiens qui le nécessitent ;
- proposition de formation et d'outils. À l'issue de l'action nationale, les praticiens seront orientés vers une offre de formation (partenariat avec le Conseil national professionnel (CNP) des chirurgiens-dentistes) et vers des outils (aide à la prescription, ordonnance avec délivrance différée, affiche en salle d'attente, etc.).

L'économie associée à cette campagne de sensibilisation est estimée à 7 millions d'euros.

8.1.1.3 Dispositifs médicaux

Les remboursements des dispositifs médicaux en ville atteignent 8 milliards d'euros en 2021, en forte reprise depuis la crise sanitaire, avec une part importante (un tiers) des prescriptions hospitalières exécutées en ville et une concentration sur quelques dispositifs médicaux (appareillage diabète, affections respiratoires et perfusions).

Sur la base de ces constats, l'Assurance Maladie concentrera ses actions en 2023 sur la dispensation adaptée des pansements, la facturation des forfaits de traitements par pression positive continue (PPC) en fonction des données d'observance des patients transmises par les prestataires PPC. Ces actions seront complétées par la reprise d'initiatives du réseau relatives à la prescription des dispositifs médicaux. Enfin, l'Assurance Maladie engagera également des travaux afin d'inclure dans le dispositif des contrats d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins (Cages) un indicateur relatif à l'efficacité en matière d'orthèses d'avancée mandibulaire.

Près de 150 millions d'euros d'économies sont attendus des actions de maîtrise qu'engagera l'Assurance Maladie en 2023.

Les actions de l'Assurance Maladie en 2023 pour renforcer l'efficacité des dépenses de dispositifs médicaux

Afin que les remboursements des dispositifs médicaux gagnent en efficacité, l'Assurance Maladie étudiera la mise en œuvre de la dispensation adaptée pour les pansements dans les officines, et engagera des contrôles de la facturation des forfaits de traitements par pression positive continue (PPC) en fonction des données d'observance des patients transmises par les prestataires.

Par ailleurs, des actions déjà déployées en région pourront être généralisées, notamment celles offrant un accompagnement aux prescripteurs permettant d'améliorer la qualité et l'efficacité de leurs pratiques.

Enfin, s'agissant des actions à destination des établissements de santé, l'Assurance Maladie, qui a mis en place une action dans le cadre du Cages pour les perfusions et pansements dès 2022, engagera à court terme des travaux afin d'inclure dans ce même dispositif un indicateur relatif à l'efficacité en matière d'orthèses d'avancée mandibulaire.

Étudier la mise en œuvre de la dispensation adaptée pour les pansements dans les officines

La dispensation des pansements pour traitements des plaies est faite sous forme de boîtes avec un conditionnement prédéfini qui peut, parfois, ne pas être adapté aux différents soins à apporter aux patients. Les pansements représentent 7 % des montants remboursés de dispositifs médicaux. La dynamique est soutenue avec une hausse de 3,2 % des montants remboursés. Il est le troisième poste le plus dynamique parmi les dix postes de remboursements les plus importants pour les dispositifs médicaux.

Il a ainsi été décidé, en lien avec les partenaires conventionnels des pharmaciens d'officines, d'étudier la mise en place d'une dispensation adaptée de pansements pour un certain nombre de situations.

Ce dispositif doit permettre de limiter les dispensations et de lutter contre le gaspillage à hauteur d'une économie estimée à 20 millions d'euros.

Veiller à la conformité de la facturation des forfaits de traitements par pression positive continue (PPC) en fonction des données d'observance des patients transmises par les prestataires

La nomenclature PPC mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018 avait pour objet de maîtriser la dépense en la liant au contrôle par les prestataires de l'observance des patients, valorisant ainsi leur travail d'accompagnement thérapeutique. L'observance est contrôlée selon deux modalités et au choix du patient : la télésurveillance à partir des appareils ou le relevé d'observance sur les appareils.

Le patient peut refuser tout relevé d'observance (dans ce cas, un forfait minimal est appliqué pour la prestation).

Le tarif des prestations par télésurveillance est supérieur à celui par relevé d'observance et décroît en fonction du nombre

¹⁷⁵ Simon M, Pereira O, Guillet-Thibault J, Hulscher MEJL, Pulcini C, Thilly N. Design of proxy indicators estimating the appropriateness of antibiotics prescribed by French dentists: a cross-sectional study based on reimbursement data. *Antimicrob Agents and Chemother*.

d'heures d'observance enregistrée qui rend compte de l'accompagnement par le prestataire. Le tarif maximal pour le prestataire correspond à un patient télésuivi qui se traite au moins quatre heures par jour. Les prestataires des traitements par pression positive continue (PPC) ont l'obligation réglementaire de communiquer au service médical les données d'observance des patients. Les modalités pratiques de ces opérations de transmission sont définies par accord de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et des syndicats de prestataires dans le cadre des relations conventionnelles.

Le forfait de télésuivi pour une observance maximale constatée (TL1) représente 82,4 % de l'ensemble des montants remboursés des forfaits de PPC contre 65 % en 2019. Il a été décidé, en accord avec les syndicats de prestataires, de procéder à un premier contrôle de la facturation des forfaits de traitement à partir des données d'observance sur une période définie de 2021, pour plus de 17 000 assurés affiliés à la CPAM 95 et transmises par plus d'une centaine de prestataires différents. Les résultats de cette expérimentation seront disponibles en septembre 2022.

La mise en conformité de la facturation devrait avoir un impact de l'ordre de 70 millions d'euros.

8.1.1.4 Transports des malades

Les dépenses de transport de patients sont en évolution régulière depuis de nombreuses années. Même si de nombreux rapports ont été produits sur le sujet, mettant en avant un déficit global de régulation en raison notamment de l'existence d'une multitude d'intervenants, il n'en demeure pas moins que de nombreuses actions sont mises en œuvre sur cette thématique et que des pistes de travail à moyen terme sont envisageables.

Des dépenses de transport qui restent dynamiques

Les dépenses consacrées au transport de patients demeurent à un niveau élevé, comparativement à celles d'autres pays développés, et sont très dynamiques. Elles ont progressé, au cours des dernières années, à un rythme très sensiblement supérieur à celui de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Globalement, les dépenses de transport de patients ont représenté en 2021 près de 4,6 milliards d'euros contre 2,3 milliards d'euros seulement en 2003, et ce malgré l'impact d'environ 300 millions d'euros à la baisse liée à la mise en place de l'article 80.

Si les transporteurs sanitaires ont connu une baisse d'activité importante pendant la première phase de la crise sanitaire, ils semblent avoir retrouvé leur niveau d'activité d'avant-crise à la fin de l'année 2021. En effet, les dépenses de transport sanitaire ont augmenté de 19,6 % en 2021 (après - 8,4 % en 2020 et - 1,1 % en 2019).

Depuis 2011, l'augmentation se situe à un peu plus de 4,1 % de moyenne par an. Cette augmentation s'explique pour près d'un tiers par des évolutions tarifaires et pour les deux autres tiers par l'augmentation du nombre des trajets et distances parcourus. Cette dernière évolution met en exergue une hausse de la part des taxis dans le total des trajets, une réduction de celle des véhicules sanitaires légers (VSL) et une stabilité de celle des ambulances.

Les principales actions prévues en 2023

Ces actions, qui s'inscrivent dans la continuité des actions menées par l'Assurance Maladie avant la crise sanitaire, couvrent la totalité du spectre des actions de gestion du risque – de l'information à la vérification de la bonne application de la réglementation – et concernent les différents publics – du prescripteur à l'effecteur du transport, en passant par le patient dont le rôle est particulièrement important dans cette thématique.

Pour certaines de ces actions, les rappels à la réglementation seront d'autant plus importants que « des habitudes dérogatoires » ont été prises pendant la crise sanitaire (non-recours au transport partagé, ambulance systématique...) et doivent être abandonnées avec le retour à une situation normale.

L'ensemble des actions qu'engagera l'Assurance Maladie afin d'améliorer l'efficacité des dépenses de transport devrait générer près de 100 millions d'euros en 2023.

L'incitation au transport partagé de patients

Les avantages à développer le transport partagé sont nombreux. Cela doit permettre de renforcer l'efficacité des dépenses de l'Assurance Maladie, mais aussi d'augmenter le taux d'occupation des véhicules, d'améliorer la productivité des entreprises, de réduire le temps d'attente des véhicules par les patients et enfin de diminuer l'empreinte écologique des transports sanitaires.

L'avenant 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés publié au *Journal officiel* du 8 mars 2021 a pour ambition de doubler la part de transport partagé, en atteignant 30 %, contre 15 % aujourd'hui, au travers d'un dispositif de bonification ou de pénalisation financière.

La montée en charge des transports partagés à 30 % des transports réalisés devrait permettre de générer près de 77 millions d'euros d'économies, dont 53 millions d'euros pour l'Assurance Maladie, après partage des économies avec les entreprises de transport sanitaire.

Cette action, si elle a été mise en suspens durant la crise Covid en raison des précautions sanitaires évidentes et indispensables pour le transport des malades, sera une priorité pour 2023 en lien avec les représentants de la profession.

La promotion de l'adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient

En matière de transports, les contraintes organisationnelles et logistiques sont souvent la source de pratiques inefficaces. Si le message que porte l'Assurance Maladie régulièrement auprès des prescripteurs est celui de l'adéquation entre le mode de transport prescrit et l'état de santé du patient, la réalité conduit souvent à choisir un transport par ambulance, car cette offre est plus simple à mobiliser en raison de l'importance de l'offre dans certains départements. Les principaux leviers à solliciter sont :

- les plateformes, qu'il s'agisse des plateformes de centralisation de commande de transports ou des plateformes de réponse gérées par des transporteurs, sont des solutions logistiques qui peuvent permettre de progresser significativement pour améliorer la connaissance de l'offre disponible et optimiser l'affectation des trajets : 25 millions d'euros d'économies pourraient être réalisés en substituant 5 % des trajets réalisés en ambulance par

du transport assis professionnalisé (TAP) grâce à l'optimisation du recours à la commande de transport *via* les plateformes de centralisation de commande ;

- la généralisation du service numérique « Mes remboursements simplifiés » qui vise à simplifier et à accélérer le remboursement des frais d'utilisation du véhicule personnel ou des transports en commun en substitution à des transports assis pour les personnes dont l'état de santé est compatible avec un tel recours, avec la possibilité pour le patient de transmettre par voie dématérialisée les pièces nécessaires à leur prise en charge : 10 millions d'euros d'économies pourraient être réalisées en basculant 0,5 % des trajets en transport assis professionnalisé vers des transports en véhicule personnel.

Une meilleure adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient devrait permettre de générer 25 millions d'économies.

Un meilleur contrôle sur la globalité du processus, de la prescription à la liquidation

Le programme national de contrôle contentieux portant sur les transporteurs s'inscrit dans le plan bisannuel de lutte contre la fraude 2021-2022 de l'Assurance Maladie. Au-delà, et pour gagner en efficacité, il est important de mobiliser différemment les outils de contrôle et de lutte contre la fraude, en passant d'une logique de contrôle *a posteriori* à une logique de contrôle *a priori* et de remontées en temps réel et automatisées des données relatives à la fois aux prescriptions et aux trajets effectués.

Des outils numérisés sont aujourd'hui disponibles. On peut citer à ce titre :

- le développement, la promotion et la généralisation des services de prescription électronique ;
- la mise en place des dispositifs de traçabilité et de transmission dématérialisée et numérisée des données relatives aux trajets (géolocalisation) et à la facturation.

Par ailleurs, des actions spécifiques sont envisagées auprès des établissements de santé qui sont à l'origine d'une part très importante des prescriptions donnant lieu à une prestation de transport :

- quatre ans après sa mise en œuvre, il s'agira de s'assurer de la bonne application de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 qui a transféré aux établissements de santé la responsabilité du financement de l'ensemble des transports des patients inter et intrahospitaliers ;
- la mise en œuvre de la réforme du transport urgent préhospitalier (TUPH) communément appelé « garde ambulancière » avec les agences régionales de santé (ARS) et dans le cadre des

dispositions tarifaires prévues par l'avenant 10 fera l'objet d'un suivi et des premières évaluations ;

- la poursuite du déploiement et suivi du dispositif Cages Transport qui consiste à encourager les établissements de santé à prescrire les transports les plus efficaces au regard de l'état de santé des patients, avec des économies potentielles de 26,6 millions d'euros avec un reversement de 5,1 millions d'euros aux établissements de santé concernés.

8.1.1.5 Arrêts de travail

Les dépenses d'indemnités journalières toujours dynamiques appelant une relance des actions de gestion du risque de l'Assurance Maladie

Les indemnités journalières constituent un poste important de dépenses pour l'Assurance Maladie. Avec près de 13,8 milliards d'euros pour l'année 2021, dont 800 millions d'euros d'indemnités journalières (IJ) dérogatoires liées à la Covid-19, les indemnités journalières sont un des premiers postes des dépenses annuelles d'assurance maladie. Elles sont restées très dynamiques durant la crise sanitaire avec une croissance de 9 % en 2021 (et + 23 % au 1^{er} trimestre 2022) même en excluant les indemnités journalières dérogatoires « Covid » (+ 5,7 % en 2021 et + 6,1 % au 1^{er} trimestre 2022).

Définition et mise en œuvre d'un plan d'action équilibré entre information, maîtrise médicalisée et contrôles

La stratégie proposée est articulée autour de thèmes prioritaires constituant des blocs d'actions qui touchent toute la chaîne de la prescription. Elle mobilise l'ensemble des acteurs (internes/externes). Certains blocs concernent des actions internes à l'Assurance Maladie, d'autres des actions vers des publics particuliers et enfin d'autres sont transversaux.

Les actions sont conçues pour accompagner les professionnels prescripteurs de façon graduée en les informant et en les sollicitant de façon régulière et sous différents formats/canaux, avant l'enclenchement des actions de contrôle.

Les économies attendues en 2023 de ce plan d'action sont estimées à 75 millions d'euros environ.

Un premier bloc « information/formation » marque l'importance d'agir en amont de la prescription pour mieux en garantir la pertinence et la qualité (action de participation à la définition des référentiels d'arrêts de travail, action de création d'un Mooc sur les indemnités journalières) **[Encadré 35]**.

ENCADRÉ 35

FOCUS SUR L'ACTION « MOOC » SUR LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (IJ)

Cette action participe à faire évoluer la posture de l'Assurance Maladie vers une posture d'offre de service. Ce nouvel outil d'accompagnement des professionnels de santé, en ligne, souple et modulaire, vise la pertinence et la qualité des pratiques des prescripteurs d'arrêts de travail. Il a été coconstruit avec des médecins du Collège de la médecine générale (CMG), des médecins du travail de la société française de médecine du travail, et de médecins-conseils de l'Assurance Maladie. Il s'adresse aux

médecins généralistes et spécialistes libéraux, médecins salariés hospitaliers, médecins du travail et médecins-conseils de l'Assurance Maladie. Ses objectifs pédagogiques sont :

- la mise à disposition des professionnels de santé d'un socle de connaissances nécessaires et suffisantes sur les arrêts de travail ;
- le renforcement de la capacité à agir des médecins tant dans leur

pratique de prescription d'arrêts de travail que dans l'accompagnement de leurs patients en arrêt de travail (illustrations à partir de cas concrets et complexes, échanges de bonnes pratiques entre confrères...).

Deux sessions de formation, ayant pour cible près de 10 000 médecins adhérents, sont ainsi prévues en juin et septembre 2022 sur la plateforme numérique FUN : <https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/arrets-de-travail-prevenir-prescrire-accompagner-la-reprise/>

Un deuxième bloc « prévention » s'attache à l'accompagnement des prescripteurs le plus tôt possible dans leur exercice, avant l'installation de pratiques inadéquates (accompagnement des nouveaux installés en ville ; accompagnement des promotions d'internes à l'hôpital, action visant les entreprises ciblées pour un absentéisme atypique...). Il s'agit de rénover l'accompagnement des médecins nouvellement installés sur la thématique des indemnités journalières en leur proposant un dispositif spécifique dédié. Il a pour caractéristique de proposer de nouvelles modalités d'accompagnement (fondamentaux et sensibilisation à la bonne pratique) et d'intégrer dans ce processus un suivi de l'activité du professionnel associant des contrôles pédagogiques. Ce dispositif est organisé de manière conjointe au sein des différents services de l'Assurance Maladie (service médical, direction comptable et financière, délégués de l'Assurance Maladie, délégués au numérique en santé...) afin de proposer au professionnel une approche transversale et multicanal. Le parcours proposé en 2023, après une phase d'expérimentation, sera adapté selon la date d'installation du médecin avec un parcours complet pour une pratique professionnelle de moins de deux ans et allégé pour une pratique professionnelle de plus de deux ans.

Un troisième bloc « promotion des bonnes pratiques » regroupe les actions de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) et du réseau visant à pousser auprès des prescripteurs de l'information ciblée concernant certains facteurs explicatifs de la hausse de la dépense (campagne d'accompagnement sur la place de l'arrêt de travail en santé mentale, action de promotion des fiches repères). À ce titre, une action d'aide de la prescription d'arrêts de travail par les médecins pour les pathologies en santé mentale, en s'appuyant sur des référentiels d'aide à la pratique, sera déployée. Cette campagne est le fruit d'une collaboration engagée en 2021 avec le Collège de la médecine générale (CMG) autour de deux motifs les plus fréquents : syndromes dépressifs et troubles anxio-dépressifs mineurs et des risques psychosociaux (arrêts de travail en lien avec le burn-out). Il s'agit également d'accompagner les médecins prescripteurs

en portant à leur connaissance l'offre de service « prévention de la désinsertion professionnelle » (PDP) de l'Assurance Maladie, les critères d'orientation et les vecteurs de communication avec l'Assurance Maladie.

Un quatrième bloc « accompagnement des prescripteurs atypiques » concerne le dernier palier des actions d'accompagnement avant enclenchement des actions de contrôle. Il s'agit d'actions locales/régionales menées en continu vers les prescripteurs atypiques, pour les avertir sur leur pratique (entretiens confraternels ciblés sur les arrêts longs ; entretiens d'alerte entre le prescripteur et la direction de la CPAM/ELSM). Par ailleurs, une action nationale vise à infléchir l'absentéisme en entreprise en accompagnant 500 entreprises multiétablissements présentant des taux d'absentéisme (maladie et risques professionnels) plus de deux fois supérieurs à la moyenne et à les orienter vers des démarches de prévention, notamment concernant les troubles musculosquelettiques ou les risques psychosociaux. Les entreprises ciblées bénéficieront d'un suivi renforcé par les équipes des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) avec les autres équipes du réseau qui accompagneront le plan d'action mis en place par l'entreprise.

Un cinquième bloc « contrôle » s'inscrit dans une doctrine renouvelée de contrôles davantage ciblés et plus rapides, laissant au professionnel la possibilité de modifier sa pratique avant d'envisager d'éventuelles sanctions (contrôles pédagogiques, mise sous objectifs – MSO/mise sous accord préalable – MSAP). Pour les médecins dont les prescriptions d'arrêts de travail sont les plus atypiques, l'Assurance Maladie privilégie dans un premier temps le dialogue avec par exemple des échanges confraternels sur des cas patients. Ainsi, les médecins ciblés pour des prescriptions plus fortement atypiques se voient proposer un entretien préalable aux procédures de MSO ou MSAP. L'entretien préalable permet d'observer, avant la mise en place de la procédure elle-même, une diminution forte (plus de 20 %) de la prescription d'indemnités journalières de nombreux médecins.

L'Assurance Maladie entend, après un bilan précis des précédentes campagnes de MSO et MSAP, proposer des évolutions afin de rendre ces dispositifs plus efficaces (ciblages, durée, analyse des récidives...).

Un bloc transversal « outils numériques » visant à développer des actions de promotion de l'usage de l'avis d'arrêt de travail (AAT) dématérialisé (taux d'utilisation de 62 % aujourd'hui, pour un objectif à 80 %), de nouveaux outils d'aide à la prescription (lien avec les fiches repères pour pousser les durées préconisées), ou encore une réflexion sur l'utilisation de la datavisualisation dans l'accompagnement du prescripteur à l'image de l'expérimentation en cours dans le cadre de la campagne « Antibiotiques » auprès de médecins généralistes.

8.1.2

Contrôle et lutte contre la fraude

La politique de contrôle et lutte contre la fraude, partie intégrante de la gestion du risque complémentaire des actions de prévention et d'accompagnement, ambitionne un retour plus rapide sur investissement des actions menées corrigeant des pratiques en écart patent avec les bonnes pratiques. Dans cette dynamique, l'optimisation de la stratégie de contrôle et de lutte contre la fraude permettra, au moyen d'outils optimisés, de prévenir les erreurs de facturation, les risques d'abus et de fraudes en intervenant le plus en amont et en aval possible de la chaîne de facturation, en développant, autant que faire se peut, l'automatisation de l'exploitation des données et des contrôles. En particulier, l'Assurance Maladie poursuivra la mise en place d'une stratégie de contrôle pédagogique, gradué et ciblé de la facturation des professionnels de santé développée par son réseau en accompagnant les professionnels nouvellement installés dans l'acquisition des bonnes pratiques en matière de facturation, avec l'objectif de prévenir les risques d'erreurs de facturation, voire de fraude.

La politique de contrôle engagée couvre l'ensemble des acteurs concourant à l'exécution ou la facturation d'actes ou de délivrances de produits de santé.

8.1.2.1 La mise en œuvre d'une stratégie graduée de contrôle pour agir contre les facturations inadaptées

L'Assurance Maladie rénove sa stratégie de contrôle qui consiste en une gradation des contrôles en misant d'abord sur l'extension des contrôles pédagogiques et le déploiement d'une nouvelle approche intégrée de contrôle *a posteriori* et *a priori* de la facturation des professionnels de santé.

De la mise en œuvre de cette stratégie sont escomptées des économies de plus de 90 millions d'euros en 2023.

L'extension des contrôles pédagogiques de la facturation des professionnels de santé dès leur installation

Dans la continuité des travaux conduits les deux années précédentes concernant l'accompagnement d'une juste facturation des infirmières et infirmiers libéraux nouvellement installés,

via une relation personnalisée et des contrôles pédagogiques dans la durée, l'Assurance Maladie poursuivra la mise en œuvre de cette stratégie de contrôles pédagogiques auprès de cette profession et étendra cette démarche aux masseurs-kinésithérapeutes.

L'objectif est de prévenir les risques d'erreurs de facturation, voire de fraude, le plus en amont possible en accompagnant les professionnels nouvellement installés dans l'acquisition des bonnes pratiques en matière de facturation. Cette action s'appuie sur la combinaison de deux leviers majeurs :

- la diffusion d'un mémo dès le rendez-vous d'installation présentant les bonnes règles de cotation, facturation et traitement, télétransmission, gestion des pièces justificatives, d'usage des téléservices et le cas échéant, de rejet de facturation ;
- la mise en place d'un suivi pédagogique durant l'année de démarrage de l'activité, sur un échantillon de factures, avec un retour gradué vers le professionnel en fonction des taux d'anomalies constatés.

Étendue progressivement à l'ensemble du territoire depuis l'été 2021, après une phase d'expérimentation conduite par plusieurs organismes du réseau Assurance Maladie, cette action a permis d'accompagner, en six mois, plus de 1 700 infirmiers nouvellement installés en exercice libéral.

En 2023, en cohérence avec le déroulement des échanges conventionnels, cette démarche sera mise en œuvre auprès des masseurs-kinésithérapeutes nouvellement installés.

Par la suite, la réflexion sera poursuivie sur l'extension de ces contrôles pédagogiques en accompagnement de la primo-installation à d'autres spécialités, par exemple aux chirurgiens-dentistes, pharmaciens d'officine, médecins généralistes.

Le déploiement d'une nouvelle approche intégrée de contrôle *a posteriori* de la facturation des professionnels de santé

La démarche d'accompagnement de la bonne facturation des professionnels citée *supra* a conduit l'Assurance Maladie à engager des travaux qui viennent compléter sa mission de contrôle de bonne adéquation entre activité et facturation des professionnels.

Ainsi, pour les infirmières et infirmiers libéraux, une nouvelle approche intégrée de contrôle *a posteriori*, basée sur l'utilisation d'une infrastructure de ciblage s'appuyant sur un catalogue de requêtes retenues à l'issue d'une analyse des risques et des principales anomalies de facturation, a été développée et permet d'analyser l'activité de catégories de professionnels. Cette vision globale et à la fois détaillée de l'activité du professionnel de santé, sur la base de plusieurs types d'anomalies et de données comportementales, permettra :

- d'identifier les professionnels de santé qui feront l'objet d'une action de contrôle dans le cadre d'un plan unifié de contrôle ;
- et d'engager de potentielles actions d'accompagnement adaptées aux erreurs constatées.

Le contrôle de la facturation des associations d'actes incompatibles

Cette stratégie d'accompagnement pédagogique et graduée sera complétée par des actions de contrôles *a priori* et *a posteriori* visant à détecter des pratiques de facturation déviantes, voire fautives. Après rappel des règles de codification auprès des professionnels de santé, l'objectif de ces actions est d'éviter des dépenses « à tort » sur des associations d'actes interdites à la nomenclature, par la mise en œuvre d'une double approche :

- des contrôles *a priori* consistant à étendre des blocages du système de liquidation sur les associations d'actes interdites les plus fréquentes par spécialité vont progressivement être mis en œuvre, en concertation avec les représentants des professionnels de santé et après information préalable ;
- parallèlement, sur la base d'un processus type défini et partagé avec le réseau de l'Assurance Maladie, et en adaptant à chaque action le rappel des bonnes pratiques aux professionnels de santé, des contrôles *a posteriori* vont progressivement être mis en œuvre afin de renforcer le contrôle du respect de la facturation. Après évaluation, ces contrôles pourraient concerner, à titre d'exemple :
 - des actes gynécologiques et notamment l'interdiction du cumul d'actes techniques avec une consultation ;
 - le cumul consultations/actes cliniques ;
 - des actes dentaires réalisés en ville et en centres de santé ;
 - le respect des limites réglementaires de prise en charge du nombre de bandelettes utilisées pour l'autosurveillance glycémique (limité à 200 bandelettes par an par patient atteint d'un diabète de type 2, non traité par insuline) et de capteurs d'autosurveillance glycémique du patient diabétique (limité à 26 capteurs par an).

À moyen terme, d'autres types de contrôles, sur la base d'expérimentations conduites dans le réseau de l'Assurance Maladie pour renforcer le respect des règles des nomenclatures, seront mis en œuvre notamment dans le champ des dispositifs médicaux.

Pour renforcer sa capacité de contrôle, l'Assurance Maladie développera à moyen terme une stratégie et un plan d'automatisation des contrôles *a posteriori* pérennes, en s'appuyant sur des solutions d'automatisation des tâches et des processus.

8.1.2.2 Accélérer la rénovation des dispositifs de demande d'accord préalable

En conditionnant la prise en charge par l'Assurance Maladie d'un acte, d'un produit ou d'une prestation à l'accord préalable du service médical, la demande d'accord préalable constitue un instrument important de régulation de la dépense de santé.

Plus de 700 codes actes/produits/prestations sont soumis à une demande d'accord préalable (DAP) aujourd'hui pour un montant remboursé de près de 7 milliards d'euros.

En concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, l'Assurance Maladie souhaite redéfinir la place, les objectifs et les modalités des DAP pour en faire de réels dispositifs de transformation de la gestion du risque tant sur le plan médico-économique qu'en matière de simplification pour les offreurs

de soins (intégration facilitée dans leurs pratiques de prescription) et d'information pour les assurés.

Sont actuellement menés les travaux techniques préalables d'évaluation, de priorisation et de conception des outils de gestion et de dématérialisation pour une mise en œuvre opérationnelle au 1^{er} semestre 2023.

8.1.2.3 Lutte contre la fraude et les abus

La lutte contre la fraude est un axe d'action prioritaire pour l'Assurance Maladie et ses organismes (caisses primaires et services médicaux). Au regard du poids qu'occupe l'Assurance Maladie dans les dépenses publiques, le paiement à bon droit des prestations, et plus particulièrement la politique de contrôle et de lutte contre la fraude, constitue en effet un enjeu fondamental.

Les actions de lutte contre la fraude interviennent en bout de chaîne de la gestion de risque, mais de façon de plus en plus imbriquée avec les actions d'accompagnement, de maîtrise médicalisée et de contrôle, afin que les organismes locaux disposent de l'ensemble des moyens d'action possibles pour agir sur le comportement des acteurs de la santé.

Après deux années (2020 et 2021) fortement marquées par les impacts de la crise sanitaire, les organismes d'assurance maladie ont pleinement repris l'ensemble de leurs actions de contrôle et de lutte contre la fraude en 2022.

En 2023, les priorités porteront notamment sur la poursuite des travaux relatifs à la meilleure connaissance de l'ensemble des risques financiers auxquels l'Assurance Maladie est confrontée, avec notamment de nouvelles évaluations chiffrées des risques de fraude (voir le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2022). Après de premiers travaux réalisés sur la Complémentaire santé solidaire (CSS) et les infirmières et infirmiers libéraux en 2021, puis en cours en 2022 sur les indemnités journalières, les transporteurs, les médecins, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les évaluations porteront en 2023 notamment sur les chirurgiens-dentistes, les biologistes et les rentes AT/MP (accidents du travail/maladies professionnelles).

Ces travaux doivent ainsi permettre à l'Assurance Maladie de compléter ses actions d'accompagnement en amont et de contrôle en aval, comme le dispositif déployé depuis la fin 2021 à l'attention des infirmières et infirmiers diplômés d'État (IDE). Le renforcement de la prévention des risques d'erreurs, d'abus ou de fraudes est en effet essentiel afin d'éviter au plus tôt les risques d'anomalies, voire de fraudes. Les travaux d'évaluation de la fraude conduiront également l'Assurance Maladie à déployer de nouvelles actions de contrôle et à mobiliser ses équipes sur les postes de dépenses les plus à risque de fraudes.

Le recours aux nouvelles technologies sera également favorisé afin d'accroître l'efficacité des moyens de détection des équipes en charge de la lutte contre la fraude. Les techniques de *data-mining* sont déjà utilisées depuis 2018 dans le contrôle national de la Complémentaire santé solidaire. D'autres technologies, faisant appel au *big data* et à la datavisualisation pour mettre en exergue des liens entre acteurs indétectables par les méthodes classiques de requêtes, seront mises à disposition du réseau : un tel outil sera ainsi déployé dans l'ensemble du réseau d'assu-

rance maladie avant la fin 2022 pour mieux surveiller et contrôler les trafics de médicaments.

L'Assurance Maladie continuera en 2023 sa mobilisation vis-à-vis de l'ensemble des acteurs (assurés, professionnels de santé libéraux, établissements, employeurs). Elle portera une attention toute particulière aux fraudes en lien avec de nouvelles mesures ou dispositifs déployés par l'Assurance Maladie (comme c'est le cas depuis un an sur les fraudes aux tests antigéniques) ou celles qui se développent par le biais des réseaux sociaux (faux avis d'arrêts de travail, trafics de médicaments...).

Renforcer les actions à l'encontre des centres de santé dentaire déviants

En 2023, l'Assurance Maladie poursuivra ses actions de contrôle et de lutte contre la fraude engagées depuis plusieurs mois à l'encontre des centres de santé dentaire récemment ouverts, à l'instar des actions entreprises depuis 2020 vis-à-vis de certains centres de santé ophtalmologiques (voir les rapports de propositions de l'Assurance Maladie pour les années 2021 et 2022).

Le contexte : un fort accroissement du nombre de centres de santé dentaire

Le nombre d'ouvertures de centres de santé dentaire s'est fortement accéléré au cours des dernières années. Ainsi, en 2021, près de 180 nouveaux centres dentaires ont ouvert, contre 52 en 2016, soit 3,5 fois plus en 5 ans. Au total, en 2021, l'Assurance Maladie dénombrait 1 392 centres de santé avec une activité dentaire significative (au moins 50 000 euros d'honoraires en 2021) pour 37 000 chirurgiens-dentistes libéraux.

Le montant total des dépenses dentaires s'élève en 2021 à 1,7 milliard d'euros pour les centres de santé, contre 11,2 milliards d'euros pour les chirurgiens-dentistes libéraux. Les dépenses dentaires des centres de santé ont ainsi fortement progressé en 2021 : + 42 % par rapport à 2019, contre + 12 % pour les chirurgiens-dentistes libéraux. Une part croissante des honoraires est ainsi facturée par les centres de santé dans les dépenses dentaires : 8 % en 2015, 13 % en 2021.

Il convient également de noter une évolution dans le statut juridique de ces centres de santé : désormais, plus de la moitié des centres de santé ont un statut d'association loi 1901, 38 % sont gérés par des sociétés mutualistes et 4 % par un régime de sécurité sociale. 36 % des centres de santé dentaire sont installés en Île-de-France, suivi des régions Auvergne-Rhône-Alpes (10 % des centres de santé dentaire), Provence-Alpes-Côte d'Azur (9 %) et Occitanie (8 %).

Cette montée en charge rapide des centres de santé est une réponse aux enjeux d'accès aux soins, avec une organisation des soins qui permet de dégager du temps médical *via* l'exercice regroupé et la spécialisation des tâches. Cependant, le fonctionnement de nombreux nouveaux centres repose avant tout sur la recherche de profit en utilisant des montages financiers et juridiques : les dérives vers des comportements abusifs, ou pires, frauduleux, ne peuvent pas être acceptées.

De nouvelles modalités d'action pour contrôler les pratiques abusives et frauduleuses

Depuis 2018, l'Assurance Maladie mène des contrôles visant spécifiquement les centres de santé dentaire récemment ouverts

avec l'objectif d'intervenir rapidement pour ne pas laisser le temps aux pratiques, notamment frauduleuses, de s'installer : chaque année, les centres de santé récemment ouverts sont ainsi surveillés pour détecter ceux qui paraissent en atypie.

En complément, et sur le modèle du dispositif mis en place pour les centres de santé ophtalmologique, l'Assurance Maladie a mis en place fin 2021 une *task force* nationale dédiée au contrôle des centres de santé dentaire. Cette *task force*, qui regroupe une équipe nationale et des experts de la lutte contre la fraude issus du terrain, a pour objectifs de :

- coordonner les actions de contrôle pour réduire les délais entre le début des investigations et le dépôt de plainte ;
- centraliser les procédures et saisir un service d'investigation à compétence nationale permettant une coordination et une synchronisation des actions de l'ensemble des caisses d'assurance maladie (CPAM) à tous les stades d'avancement ;
- réduire les délais entre l'action par l'Assurance Maladie et l'action de la police ou de la justice permise par la collaboration étroite avec les services de police/gendarmerie et de justice.

L'objectif de l'ensemble de ces actions de contrôle est de rechercher tous types d'anomalies et suspicions de fraudes (facturation d'actes fictifs, facturations multiples injustifiées, incompatibilités de prise en charge, etc.). Une partie des contrôles de l'Assurance Maladie s'effectue de concert avec les agences régionales de santé (ARS), qui ont leur propre compétence en matière de sécurité sanitaire. Les actions de contrôle en cours, et qui seront amplifiées jusqu'en 2023, visent tout particulièrement les réseaux de plus en plus structurés de centres de santé dentaire qui se spécialisent sur les spécialités les plus rémunératrices.

Si les faits frauduleux sont avérés lors de ces contrôles, l'Assurance Maladie engagera les procédures de déconventionnement des centres concernés : l'avenant 4 des centres de santé prévoit que la procédure conventionnelle de mise en demeure préalable à une sanction ne s'applique plus en cas de facturation d'actes non réalisés, ce qui renforcera la capacité d'action rapide de l'Assurance Maladie. La possibilité de déconventionnement en urgence en cas de dépôt de plainte pénale, désormais étendue aux centres de santé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, pourra également être utilisée dès la publication du décret d'application.

En fonction des constats, l'Assurance Maladie enclenchera les actions contentieuses à sa main : action pénale, ordinale ou conventionnelle ou sanction administrative. Il faut d'ailleurs rappeler que la LFSS 2022 (article 71) a permis de renforcer l'encadrement des centres de santé en prévoyant :

- la fin du conventionnement d'office et l'application des tarifs d'autorité aux centres de santé non conventionnés ou déconventionnés ;
- l'extension aux centres de santé des mécanismes de déconventionnement en urgence et de déconventionnement d'office en cas de récidive (décret d'application en attente de parution) ;
- le renforcement des moyens de sanction du directeur général de l'ARS (amende administrative dont le produit sera affecté à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie – Cnam).

8.2 PROPOSITIONS

Propositions pour améliorer l'efficacité et la pertinence des soins et renforcer les actions de contrôle et de lutte contre la fraude

Proposition 25

Améliorer l'observance, la pertinence de la prescription et la délivrance des produits de santé

L'Assurance Maladie entend poursuivre et renforcer ses actions de maîtrise médicalisée en matière de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux, enjeu essentiel d'efficacité. Les principales actions pour 2023 porteront les objectifs suivants :

- accroître la pénétration des médicaments biosimilaires par une démarche d'accompagnement des professionnels pour atteindre un objectif volontariste de 80 % des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence ;
- renforcer le bon usage de l'antibiothérapie afin de prévenir et de diminuer l'antibiorésistance et ses conséquences tant en termes de santé publique que de surcoût pour le système ;
- promouvoir la dispensation adaptée (en particulier en matière de pansements et de compléments nutritionnels oraux) afin de limiter les volumes délivrés et par ailleurs lutter contre le gaspillage ;
- mettre en place une opération de contrôle de l'observance des traitements par pression positive continue (PPC) ;
- vérifier l'authenticité des ordonnances de médicaments onéreux comme proposé dans la convention pharmaciens.

Proposition 26

Soutenir la vaccination par les pharmaciens et les infirmiers afin d'améliorer la couverture vaccinale de la population

L'implication de l'ensemble des professionnels de santé, et les adaptations nécessaires, dans la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 a permis d'accélérer la mise en œuvre d'évolutions de modalités d'exercice et des champs de compétences, concourant ainsi à l'efficacité générale du système. L'extension vaccinale (vaccins contre 15 pathologies aux plus de 16 ans pour lesquelles ces vaccinations

sont recommandées) aux pharmaciens d'officine sur présentation d'une prescription médicale, puis aux infirmiers (*Journal officiel* du 23 avril 2022) sans ordonnance, à la suite des recommandations de la Haute Autorité de santé permet un accès renforcé à la prévention de la population, une amélioration de la couverture vaccinale et un accroissement du temps médical disponible pour les médecins.

Proposition 27

Définir un nouveau plan d'action sur la pertinence des arrêts de travail, de la formation des professionnels (Mooc IJ) à une stratégie renouvelée des mésusages par un accompagnement et un contrôle renforcés des prescripteurs atypiques

En sortie de gestion de crise sanitaire, l'Assurance Maladie s'est engagée, en lien avec la Direction de la Sécurité sociale, dans la définition d'un plan d'action concerté et volontariste, formalisé au 1^{er} trimestre 2022, comprenant différents volets d'actions (approfondissement des analyses statistiques, optimisation du processus de production, simplification de la réglementation...), dont un volet entièrement dédié à la gestion du risque (GDR).

Ce volet en matière de GDR portera une stratégie renouvelée en matière d'accompagnement des prescripteurs. Cette stratégie est guidée par une ambition principale : bâtir un plan d'action équilibré entre information et formation des professionnels, prévention, rénovation des contrôles, portées en particulier par les mises sous accord préalable (MSAP), avec des actions à chaque étape du cycle de la prescription (amont, présent, aval) mobilisant l'ensemble des acteurs (prescripteurs, assurés, employeurs, santé au travail, acteurs de l'Assurance Maladie...). L'objectif est bien de contribuer à la maîtrise de l'évolution de la dépense en faisant évoluer les pratiques des prescripteurs par des actions conjointes vers l'ensemble de leur environnement.



Proposition 28

Sécuriser la facturation des professionnels de santé libéraux à l'Assurance Maladie

Dans le cadre de l'optimisation de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude au moyen, en particulier de méthodes et d'outils rénovés de détection, l'Assurance Maladie poursuivra la mise en place d'une stratégie de contrôle pédagogique, gradué et ciblé, de la facturation des professionnels de santé développée par son réseau en accompagnant les professionnels nouvellement installés dans l'acquisition des bonnes pratiques en matière de facturation, avec l'objectif de prévenir les risques d'erreurs de facturation, voire de fraude :

- accompagnement des nouveaux professionnels installés *via* des contrôles pédagogiques (extension du dispositif mis en place auprès des infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel) aux masseurs kinésithérapeutes) ;
- déploiement du nouvel outil d'identification automatique des anomalies de facturation permettant de construire un plan d'accompagnement personnalisé par professionnel de santé ;
- blocage *a priori* d'associations d'actes incompatibles.

Proposition 29

Déployer la feuille de route de rénovation des demandes d'accord préalable (DAP) : mise en œuvre de nouvelles DAP sur prescriptions à forts enjeux financiers, suppression des DAP à faible valeur ajoutée (bilans orthophonistes) et dématérialisation de l'ensemble des DAP

Pour constituer un réel dispositif de transformation de la gestion du risque, de maîtrise de la dépense, de garantie du juste soin, la demande d'accord préalable (DAP) doit être orientée vers les sujets à forts enjeux financiers et de santé publique et s'intégrer facilement dans la pratique de prescription des professionnels notamment *via* une déma-

térialisation et un traitement dans les délais légaux des demandes permettant leur inscription dans un parcours fluide des patients.

Après une indispensable étape d'état des lieux des actes (pour rappel, près de 700 codes actes concernés) et modalités existantes de mise en œuvre, l'Assurance Maladie, en lien avec les différents acteurs concernés, s'est engagée dans la définition de priorités en termes d'évolution des dispositifs de demande d'accord préalable actuels et de mise en place de solutions en *front-office* (téléservice) et *back-office* permettant une traçabilité et une gestion des DAP intégrée de bout en bout et harmonisée sur le territoire.

Proposition 30

Relancer les travaux de pertinence en matière d'imagerie médicale en lien avec les représentants des radiologues, afin de limiter les examens inutiles, inappropriés ou redondants. Travailler, de surcroît, sur le mésusage des produits de contraste utilisés pour l'imagerie médicale en coupe (scanners, IRM)

L'Assurance Maladie est engagée, avec les représentants des radiologues médicaux, dans de nombreuses actions de pertinence du recours à l'imagerie médicale. La régulation des dépenses d'imagerie (4,8 milliards d'euros en 2021) constitue par ailleurs un enjeu important en matière d'efficacité.

Des travaux seront donc mis en œuvre, permettant de :

- poursuivre les actions de maîtrise médicalisée ;
- déployer de nouvelles actions de pertinence sur la base des recommandations les plus récentes ou à venir de la Haute Autorité de santé, telles la place de l'échographie thyroïdienne ou encore celle de l'imagerie abdominale chez la personne âgée ;
- mettre en œuvre de nouvelles actions sur des postes à forts enjeux financiers, telle la bonne utilisation des produits de contraste en imagerie médicale en coupe.

9

IMPACTS PLURIANNUELS DES ACTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE SUR L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) ET LE RESPECT DES OBJECTIFS

Pour contribuer au respect de l'Ondam, l'Assurance Maladie activera en 2023 les leviers qui lui sont propres, de la prévention à la lutte contre la fraude en passant par l'accompagnement des professionnels de santé, *via* des actions de maîtrise médicalisée, en visant l'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins. Ces actions n'incluent pas les mesures sur les prix des produits de santé liées aux négociations conduites dans le cadre du Comité économique des produits de santé (Ceps).

La stratégie de gestion du risque de l'Assurance Maladie s'inscrit, *de facto*, dans une perspective pluriannuelle : les actions qui y sont inscrites sont à appréhender à la fois sur le temps court, avec des actions de maîtrise médicalisée et de contrôle permettant des retours sur investissement dès 2023, mais aussi sur le temps long, avec le renforcement de la place de la prévention, la mise en place de parcours de soins, la structuration de l'offre de soins, le développement du numérique en santé dont les retours sur investissement seront plus structurels mais également plus échelonnés dans le temps.

Les impacts financiers attendus sur 2023 sont estimés à 1,2 milliard d'euros (**Tableau 73**). Au-delà des impacts sur 2023, un certain nombre d'actions générera des impacts à plus long terme estimés à 300 millions d'euros, dont 270 millions dès les 5 prochaines années, qui correspondent à la valorisation d'actions de prévention et aux impacts différés dans le temps d'actions visant à améliorer l'efficacité et la pertinence des soins. La valorisation des actions de prévention, explicitée *infra* et réalisée pour la première fois cette année, sera complétée dans les prochains rapports afin de couvrir à terme l'ensemble des actions de prévention menées par l'Assurance Maladie.

9.1 LES IMPACTS DES ACTIONS DE GESTION DU RISQUE DE L'ASSURANCE MALADIE SONT ESTIMÉS À ENVIRON 1,2 MILLIARD D'EUROS SUR L'ANNÉE 2023

Le programme de gestion du risque que propose l'Assurance Maladie pour 2023 repose sur trois principales approches :

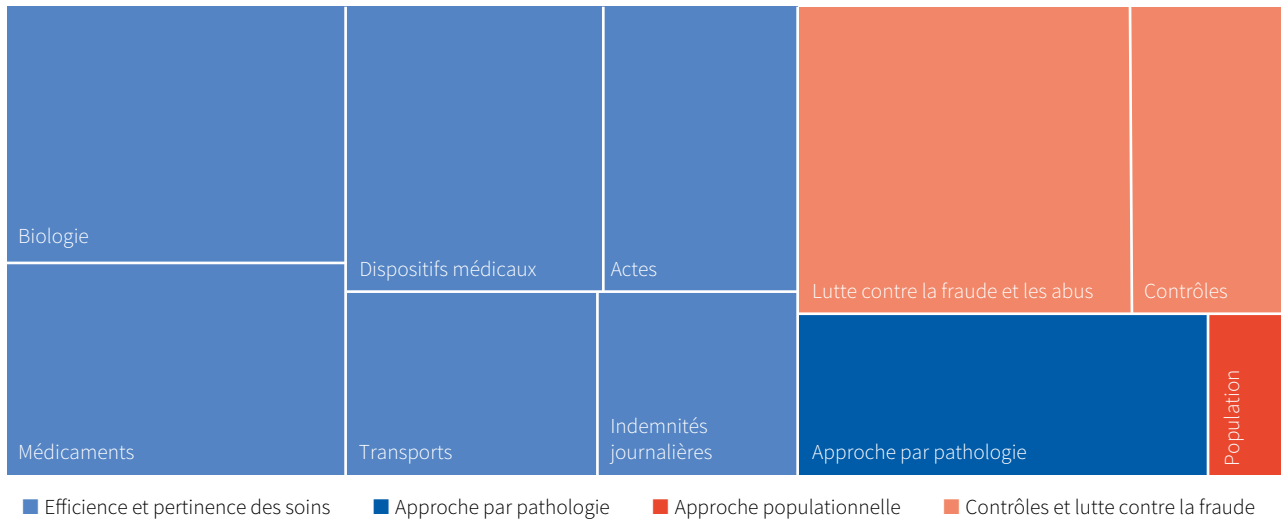
– une approche structurelle avec des actions centrées sur la prise en charge de pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, santé mentale...), des actions tournées vers des populations jugées particulièrement stratégiques, car plus vulnérables ou éloignées du système de soins (petite enfance, femmes enceintes...) ou sur l'organisation des soins dont l'impact sur 2023 est estimé à environ 160 millions d'euros, soit 14 % du programme de gestion du risque de 2023 ;

– l'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins ciblée sur des prestations pour lesquelles des gisements de non-efficacité ont été identifiés, pour des impacts attendus de plus de 750 millions d'euros, soit 60 % des impacts du programme de gestion du risque de 2023 répartis sur les actes médicaux et paramédicaux (9 %), les médicaments (12 %), les dispositifs médicaux (12 %), la biologie (15 %), les transports (8 %) et les indemnités journalières (6 %) ;

– les contrôles et la lutte contre la fraude et les abus concourent au programme de gestion du risque sur 2023 pour 300 millions d'euros, soit 25 % du programme.

FIGURE 142

Répartition des impacts sur 2023 des actions de gestion du risque suivant leurs finalités



Source : Cnam

9.1.1

Approche par pathologie : près de 136 millions d'euros

Les actions que mènera l'Assurance Maladie afin d'améliorer la prise en charge de pathologies chroniques concerneront principalement :

- les maladies cardiovasculaires avec le déploiement du parcours « insuffisance cardiaque » qui devrait générer un impact de près de 40 millions d'euros en 2023 ;
- le diabète avec le bon usage des nouveaux traitements anti-diabétiques pour un impact également de près de 40 millions d'euros ;
- la santé mentale en proposant un accompagnement des médecins généralistes sur la prescription d'arrêts, d'une part, et sur l'amélioration du diagnostic de la dépression et de sa prise en charge, notamment concernant la prescription d'antidépresseurs (posologie inadaptée, durée de traitement trop courte...), d'autre part, avec un impact financier attendu de 45 millions d'euros.

9.1.2

Approche populationnelle : 25 millions d'euros

Les actions ayant des impacts financiers à court terme que mènera l'Assurance Maladie visant les enfants et les femmes enceintes concernent essentiellement le bon usage des médicaments afin de limiter la surprescription de médicaments pour les enfants (15 millions d'euros) et de sensibiliser aux risques tératogènes pour la femme enceinte (10 millions d'euros).

9.1.3

Efficience et pertinence des soins : près de 750 millions d'euros

Si la rénovation de la gestion du risque conduit à appréhender les problématiques structurelles du système de soins, se positionnant sur un horizon de moyen-long terme sur l'organisation du système de soins, la prévention et les parcours, l'Assurance Maladie poursuivra le déploiement en 2023 et les années suivantes de ses actions ciblées de maîtrise médicalisée visant à améliorer à plus court terme la pertinence des actes et des prescriptions, pour réduire les recours inutiles, voire dangereux. Les actions porteront sur :

- les actes médicaux, principalement l'imagerie, dans le cadre de l'élaboration du prochain protocole avec la profession, pour un impact attendu d'environ 100 millions d'euros ;
- les médicaments, pour un impact global estimé à près de 150 millions d'euros, à travers notamment la promotion de la prescription et de la délivrance de médicaments biosimilaires et génériques (65 millions d'euros) et le plan d'action de lutte

contre l'antibiorésistance dont l'impact est estimé à court terme à près de 50 millions d'euros ;

- les dispositifs médicaux, pour un impact de près de 150 millions d'euros, notamment à l'occasion de l'accompagnement par l'Assurance Maladie des établissements dans le cadre de leurs objectifs inscrits dans le dispositif du Cages (contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins) et de la mise en conformité de la facturation des forfaits de traitements par pression positive continue (PPC) ;
- la biologie, par l'évolution de la régulation actuelle basée sur un protocole triennal avec des baisses de cotations ciblées en une régulation sectorielle pluriannuelle et des mesures de maîtrise médicalisée (environ 180 millions d'euros sur 2023) ;
- les transports, à hauteur de près de 100 millions d'euros, par la recherche toujours plus forte de l'efficacité sur l'usage des transports sanitaires (recours aux plateformes de centralisation de commande de transports, l'utilisation du véhicule personnel ou des transports en commun par la promotion du site « Mes remboursements simplifiés » et le recours aux transports partagés) et l'accompagnement par l'Assurance Maladie des établissements dans le cadre de leurs objectifs inscrits dans le dispositif du Cages ;
- les indemnités journalières, avec la mise en œuvre d'un plan d'action équilibré entre accompagnement et contrôle des professionnels de santé, dont l'impact attendu est de l'ordre de 75 millions d'euros.

9.1.4

Contrôles et lutte contre la fraude et les abus : près de 300 millions d'euros

La politique de contrôle des prestations remboursées sera également renouvelée permettant d'optimiser les processus de contrôle à tous les niveaux : détection optimisée, évaluation renforcée, contrôles pédagogiques à visée préventive, contrôles *a priori*, contrôles *a posteriori* et lutte contre la fraude et les abus :

- poursuite pour les infirmières et infirmiers libéraux, et extension aux masseurs-kinésithérapeutes, de la stratégie globale d'accompagnement et de contrôle à l'attention des professionnels libéraux en primo-installation (environ 10 millions d'euros) ;
- analyse *a posteriori* de la facturation des professionnels *via* des outils de requêtes automatisés permettant de déclencher des actions de contrôle ciblées ou de lutte contre la fraude, mais également des campagnes d'accompagnement (impact évalué à 5 millions d'euros) ;
- contrôles *a priori* de la mise en place de contrôles embarqués sur les actes facturés par les professionnels de santé (environ 20 millions d'euros) ;
- contrôles *a posteriori* du respect des règles de facturation des actes médicaux et paramédicaux (environ 20 millions d'euros) ;
- programme annuel de lutte contre la fraude et les pratiques fautives et abusives, pour un montant d'environ 200 millions d'euros.

TABLEAU 73

Récapitulatif de l'impact annuel des actions de l'Assurance Maladie sur 2023 (en millions d'euros)

	Impacts sur 2023
Approche par pathologie	136
Maladies cardiovasculaires	36
Diabète	36
Santé mentale	45
Autres pathologies	18
Approche populationnelle	25
Enfance-jeunes	15
Maternité	10
Efficience et pertinence des soins	754
Actes	112
Médicaments	149
Dispositifs médicaux	146
Biologie	180
Transports	94
Indemnités journalières	74
Contrôles et lutte contre la fraude	299
Actes	51
Médicaments	23
Dispositifs médicaux	15
Indemnités journalières	5
Lutte contre la fraude et les abus	206
Total général	1 213

Source : Cnam

9.2 LES ACTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE PORTERONT ÉGALEMENT DES EFFETS À PLUS LONG TERME

Un certain nombre d'actions que poursuivra ou initiera l'Assurance Maladie en 2023 aura des impacts bien au-delà de l'année 2023. Il s'agit principalement d'actions de prévention, d'organisation des soins, mais aussi d'actions ciblées d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des actes et des prescriptions qui montent en charge progressivement. L'estimation de ces impacts est difficile et nécessite des travaux complémentaires de valorisation. Cependant, quelques actions peuvent d'ores et déjà être valorisées.

En matière de prévention, de premières actions menées par l'Assurance Maladie ont fait l'objet d'une estimation d'impact :

- l'atteinte du taux de vaccination antigrippale préconisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (75 %) en 10 ans avec une progression du taux de vaccination de 2 points par an permettrait de dégager environ 20 millions d'euros à 10 ans en se référant à la valorisation des économies à 46 millions d'euros de la campagne de vaccination de la saison 2017 (*infra* partie 9.2.4) ;
- le recours à l'application Tabac info service doit permettre de générer une économie annuelle, pour chaque cohorte, sur le long terme, comprise entre 5 et 15 millions d'euros en fonction du comparateur pris en référence (*infra* partie 9.2.3) ;
- le retour sur investissement du programme « Mission : retrouve ton cap » est estimé entre 2,3 millions d'euros par an pour une cohorte correspondant à une inclusion de 3 % de la population cible et 23 millions d'euros pour une cohorte correspondant à 30 % de la population cible et participant au programme (*infra* partie 9.2.2).

En matière d'actions ciblées d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des actes et des prescriptions, la montée en charge

des mesures suivantes devrait également permettre de générer des impacts positifs au-delà de 2023 :

- l'évolution du parcours du patient pour soigner l'angine devrait avoir un impact estimé à 100 millions d'euros à moyen terme, additionnels à ce qui sera dégagé en 2022 et 2023 (40 millions d'euros) ;
- l'impact de la hausse du taux de pénétration des biosimilaires jusqu'à 80 % dans 5 ans est estimé à 56 millions d'euros ;
- les gains attendus des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) conclus pour 3 ans devraient dégager environ 100 millions d'euros au-delà de l'année 2023.

9.2.1

La valorisation des actions de prévention

Développer et investir dans des actions et programmes de prévention présente un intérêt évident en termes de résultats de santé dans le cadre de la gestion du risque. Il s'agit également d'une stratégie susceptible de produire des résultats économiques et financiers, et donc un retour sur investissement selon des temporalités variables, le plus souvent à moyen ou long terme. C'est pourquoi ces actions figurent dorénavant dans cette partie du rapport consacrée aux mesures permettant le respect des objectifs Ondam à court, moyen et long terme.

En s'inspirant d'une méthodologie proposée dans un rapport américain, trois dispositifs portés par l'Assurance Maladie ont été mis à l'épreuve du chiffrage de leur retour sur investissement, dans une démarche exploratoire¹⁷⁶.

176 Trust for America's Health. Prevention for a healthier America: investments in disease prevention yield significant savings, stronger communities - Digital Collections - National Library of Medicine [Internet]. [cité 8 juin 2022]. Disponible sur : <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101511510-pdf>

ENCADRÉ 36

MÉTHODOLOGIE

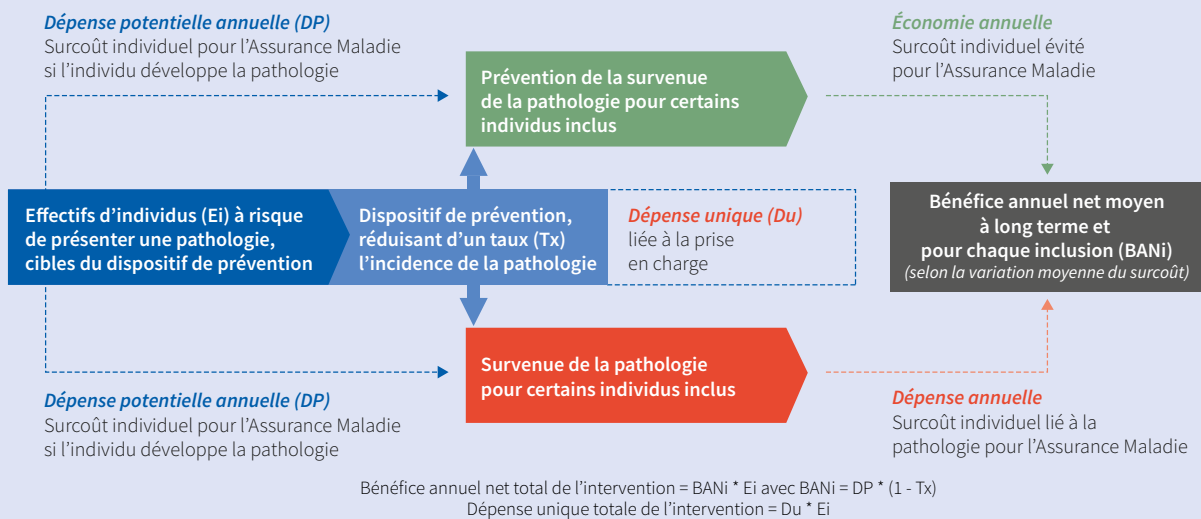
À l'aide de données issues de la littérature, on récupère tout d'abord le coût que représente une problématique de santé dans les dépenses de santé. La connaissance des effectifs concernés par cette problématique permet secondairement de définir un surcoût

attribuable à chaque individu, en moyenne, et toutes choses égales par ailleurs. On estime, par ailleurs, les données d'efficacité d'une action de prévention agissant sur cette problématique de santé telle que la capacité du programme à en réduire la survenue. La combinaison de ces

informations permet, pour chaque individu pris en charge dans un dispositif, de déterminer la variation moyenne du surcoût individuel à l'issue du parcours. La méthodologie employée pour définir cette variation moyenne est illustrée dans la figure suivante :

FIGURE 143

Méthodologie employée pour évaluer l'impact économique des actions de prévention



Source : Cnam

Les économies individuelles obtenues sont enfin combinées aux effectifs d'inclusion du dispositif de prévention et permettent de déduire l'économie annuelle moyenne et globale qu'il génère ; à opposer à une dépense unique correspondant aux estimations de coûts liés à sa mise en place et à son maintien dans le temps, calculée à l'échelle individuelle puis globale. Les économies ainsi estimées correspondent à des économies annuelles, à terme, par génération d'inclusion dans le programme de prévention, le bénéfice annuel ainsi dégagé pouvant potentiellement se cumuler sur les années de vie des bénéficiaires en fonction de la nature du programme. La perspective retenue étant celle de l'Assurance Maladie, les impacts sociétaux (tels que les économies liées aux gains de productivité) ainsi que les économies réalisées sur les

soins non remboursés ne sont pas pris en compte. Les estimations présentées ci-après considèrent les effets d'un programme de prévention sur une cohorte fictive constituée d'inclusions sur une année. En suivant cette cohorte fictive, les chiffreages sont calculés à long terme pour approcher les conséquences que pourrait avoir une action de prévention sur les dépenses de santé de l'Assurance Maladie chaque année, dans plusieurs dizaines d'années. Certains chiffreages économiques étant issus de sources d'ancienneté différentes, tous sont actualisés à la valeur de l'euro 2022.

Le chiffreage du retour sur investissement financier d'actions de prévention est un exercice complexe, issu le plus souvent d'études médico-économiques usant de modélisations rigoureuses. La présente méthodologie est toutefois

plus modeste, mais présente de nombreuses limites à ne pas négliger :

- les estimations reposent sur la combinaison de paramètres moyens d'efficacité et de coût, qui permettent de synthétiser des réalités pouvant être différentes en pratique. Selon la pathologie d'intérêt et l'action de prévention retenue, une hétérogénéité des coûts et résultats d'efficacité peut être rencontrée, et sera considérée à divers degrés dans le calcul de ces paramètres. Des disparités peuvent par exemple s'observer selon les populations et territoires d'application ; avec des variations selon l'âge, la répartition de déterminants socio-économiques et environnementaux, ou l'existence d'organisations spécifiques de l'offre de soins interagissant avec le dispositif ;





– un écart peut s'établir entre la théorie d'une intervention et sa réalité lors de la mise en œuvre, ou à long terme. Cette vigilance doit être particulièrement portée sur des dispositifs expérimentés uniquement à une petite échelle ; les estimations pouvant inclure des effets propres liés à ce dimensionnement, mais également omettre de potentiels effets d'échelle une fois le dispositif généralisé ;

– dans le cas de chiffreages prospectifs, on pose également les hypothèses fortes d'une stabilité des coûts de la pathologie et de l'action de prévention, ainsi que des résultats et inclusions de cette dernière ;

– le chiffreage est enfin dépendant de la disponibilité et de la qualité des

données issues de la littérature.

Cette méthodologie permet néanmoins une plus grande flexibilité dans la mise en œuvre des modélisations, tout en conservant une approche standardisée. Elle est ainsi applicable à différents dispositifs de prévention menés par l'Assurance Maladie et permet d'introduire des éléments de comparaison entre eux, bien qu'ils restent de natures très différentes. L'intensité et la temporalité de l'effet d'une action de prévention, ainsi que les sommes en jeu, peuvent en effet fortement varier selon la problématique de santé retenue. De plus, les paramètres étant issus de sources divergentes, la précision des chiffreages réalisés n'est pas strictement comparable, et des niveaux de preuves différents

peuvent leur être attribués.

Finalement, et considérant l'ensemble des limites citées plus haut, cet exercice exploratoire présente l'avantage de valoriser les impacts économiques d'actions de prévention menées par l'Assurance Maladie. Il sera poursuivi dans les prochains rapports, et pourra être étayé de compléments méthodologiques. Les chiffreages pourront également faire l'objet d'un suivi, afin de valider l'approche développée et d'en ajuster les estimations. Ces itérations permettront, à terme, d'être en mesure de valoriser économiquement l'ensemble des actions menées dans ce domaine et de mettre en exergue l'intérêt qu'elles représentent pour de futurs investissements.

9.2.2

Le retour sur investissement, à long terme, du programme « Mission : retrouve ton cap » est estimé à environ 15 millions d'euros par an, par génération, pour une inclusion de 20 % de la population cible

Expérimenté dans le Nord-Pas-de-Calais, en Seine-Saint-Denis et à La Réunion entre 2016 et 2020, le dispositif « Mission : retrouve ton cap » (MRTC) vise à améliorer la prévention du surpoids et de l'obésité chez les jeunes enfants à travers le déploiement d'une nouvelle prise en charge, pluridisciplinaire, gratuite, précoce et adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille. En voie de généralisation sur l'ensemble du territoire, elle s'adressera aux enfants de 2 à 12 ans en situation de surpoids ou d'obésité. Une fois adressés par le médecin les suivant habituellement, ces enfants sont pris en charge dans des structures sélectionnées, pour un parcours durant huit à dix mois en moyenne¹⁷⁷.

Le surpoids et l'obésité sont des états de santé fréquents, et de nombreux travaux documentent leur prévalence ainsi que leur impact économique sur les dépenses de santé. En étudiant les différences de consommation de soins et biens médicaux, la Direction générale du Trésor estime, en 2016, que le surpoids et l'obésité représentent un surcoût annuel pour l'Assurance Maladie respectivement de 8 200 millions d'euros et de 8 700 millions d'euros, pour un total de 16 900 milliards d'euros par an en 2012¹⁷⁸. Par ailleurs, selon les données de l'étude Esteban (Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition), le surpoids et l'obésité concernent respectivement 17,52 et 8,97 millions de français en 2015¹⁷⁹. Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs et en moyenne, un adulte en situation de surpoids ou d'obésité induit respectivement un surcoût individuel de 514 euros et 1 065 euros pour l'Assurance Maladie en 2022.

À l'occasion de son expérimentation, un rapport d'évaluation a permis d'estimer l'impact du programme MRTC sur la situation pondérale des enfants participants. Ainsi, à l'issue du parcours de soins, l'effectif des enfants inclus en surpoids a diminué de 12,6 % en comparaison de l'entrée dans le dispositif, tandis qu'il a diminué de 10,2 % pour les enfants inclus en situation d'obésité^{180 181}.

177 Assurance maladie. Prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans, Dispositif « Mission : retrouve ton cap » [Internet]. 2021 [cité 8 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/content/fiche-de-presentation-retrouve-ton-cap>

178 Direction générale du Trésor public. Trésor-Éco no 179 – « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? » [Internet]. 2016 [cité 8 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2016/09/06/tresor-eco-n-179-obesite-queelles-sequences-pour-l-economie-et-comment-les-limiter>

179 Verdout C, Torres M, Salavoiu B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude ESTEBAN et évolution depuis 2006. Bull Epidemiol Hebd. 13. 234-41. 2017. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/317616650_Corpulence_des_enfants_et_des_adultes_en_France_métropolitaine_en_2015_Résultats_de_l'étude_ESTEBAN_et_evolution_depuis_2006

180 Planète publique. Évaluation de l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap ». Rapport d'évaluation. Juin 2021. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinal_evaluation_mrtc.pdf

181 Planète publique. Évaluation de l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap ». Analyse des données du SGE. Janvier 2021. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/evalmrtc_annexe_3_analysesge_janvier21.pdf

En vue de sa généralisation, l'expérimentation MRTC a également fait l'objet d'une évaluation de ses coûts économiques ainsi que d'une estimation de ses inclusions potentielles. En considérant l'ensemble des coûts réalisés (avec uniquement les soins réellement fournis au patient) et un forfait de gestion et de coordination de leur parcours, le dispositif coûterait en moyenne 225 euros par enfant accompagné. Une fois le dispositif généralisé, le taux d'inclusion pourrait avoisiner 3 % de la population d'enfants de 2 à 12 ans avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25, soit 41 175 enfants par an. Au total et à long terme, pour chaque enfant suivi qui deviendra adulte, des économies annuelles de 64,8 euros (situation de surpoids) et de 56,2 euros (situation d'obésité) pourront être obtenues pour les dépenses d'assurance maladie, à mettre en regard du coût individuel et unique du programme de 225 euros. En considérant les effectifs, ces montants s'élèveront à une économie annuelle globale de 2,3 millions d'euros par an, à opposer à une dépense unique de 9,3 millions d'euros. Si le programme avait les capacités d'inclure 20 % de la population d'enfants ciblés, on obtiendrait alors une économie annuelle de 15 millions d'euros avec une dépense unique de 60 millions d'euros.

En complément des limites évoquées dans le propos introductif à l'égard des effets moyens et des chiffres prospectifs, il faut rappeler que l'évaluation de l'expérimentation repose uniquement sur une cohorte de 325 enfants résidant dans trois départements, sans échantillon comparateur. L'hypothèse est posée qu'au cours de la prise en charge, un enfant ne peut que passer de l'obésité au surpoids ou du surpoids à un IMC normal ; et les rechutes ne sont pas prises en compte. Le dispositif étant par ailleurs en voie de généralisation à l'heure de son évaluation, certains paramètres du calcul sont issus d'estimations. Le périmètre de l'action est également susceptible d'être amendé à l'avenir ; et des écarts dans les inclusions, coûts ou résultats pourront apparaître lors de son déploiement national. Enfin, les surcoûts mis en avant par la Direction générale du Trésor sont calculés pour des adultes et sans distinction selon l'âge ; ce qui impose de considérer les chiffres présentés ici uniquement à long terme, sur la vie entière des enfants inclus qui deviendront plus tard des adultes. Parmi les actions de prévention étudiées, le chiffre du dispositif MRTC devient ainsi l'estimation reposant sur les plus fortes hypothèses et limites. Il permet toutefois d'approcher ce que pourraient être ses répercussions à long terme, dans un scénario maximaliste et à périmètre constant.

9.2.3

Le recours à l'application Tabac info service doit permettre de générer une économie annuelle, sur le long terme, comprise entre 4,6 et 14,6 millions d'euros en fonction du comparateur pris en référence

Disponible en téléchargement gratuit depuis fin 2016, l'application mobile Tabac info service est un outil d'accompagnement au sevrage tabagique, proposant des informations et conseils personnalisés selon les habitudes, motivations et inquiétudes des utilisateurs. Elle s'appuie sur des activités adaptées à chacun et l'envoi de messages aux utilisateurs *via* des notifications et des e-mails.

Avec une prévalence estimée à 25,5 % en 2020, le tabagisme actif concerne plus de 13 millions d'adultes¹⁸². Le surcoût qu'il représente dans les dépenses de santé serait quant à lui estimé à 12,8 milliards d'euros dans un chiffre réalisé en 2017 par l'Assurance Maladie reposant sur les données de la cartographie des pathologies et des dépenses. Il est obtenu en sommant les remboursements liés directement ou non au tabac (pathologies cardio-neurovasculaires, cancers, maladies respiratoires chroniques et traitements du risque vasculaire) ; montant secondairement divisée par leur fraction attribuable au tabac^{183, 184}. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs et en moyenne, un fumeur induit un surcoût individuel de 1 033 euros pour l'Assurance Maladie. Ce montant est sous-estimé, puisqu'il ne porte que sur une partie des pathologies liées au tabac.

Dans un essai clinique randomisé mené en 2018, un sevrage était obtenu pour 17,6 % des utilisateurs fortement engagés dans les activités proposées par l'application Tabac info service. Ce chiffre représente une amélioration d'efficacité de 4,7 % en comparaison des résultats de l'échantillon comparateur (12,9 %) au sein duquel les participants étaient invités à visiter un site internet répertoriant les ressources de sevrage tabagique recommandées par la Haute Autorité de santé (HAS). En comparaison du taux de sevrage annuel spontané, estimé dans une autre étude à 2,6 %, l'application Tabac info service permettait une amélioration d'efficacité de 15 %^{185, 186}. Toutefois et selon les données de l'application, 24 % de ces individus déclareront avoir rechuté dans les suites de cette tentative de sevrage.

182 Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(8):132-9. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/8/2021_8_1.html

183 Kopp P, et al. Le coût social des drogues en France. Saint-Denis : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2015. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>

184 Assurance maladie. Cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie [Internet]. [cité 8 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>

185 Affret A, Luc A, Baumann C, et al. Effectiveness of the e-Tabac Info Service application for smoking cessation: a pragmatic randomised controlled trial. BMJ Open 2020;10:e039515. doi:10.1136/bmjopen-2020-039515.

186 Chevreul K, Thomas D, Chan E, et al. Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100 % du sevrage tabagique par l'Assurance Maladie. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(20-21):230-.

Depuis son lancement et selon les données de l'application, on dénombre 310 920 téléchargements par an en moyenne, avec 40 % des utilisateurs ayant un usage substantiel des activités proposées par le dispositif. Sur la période identique, les montants annuels engagés pour sa mise en œuvre s'élèvent à 124 368 euros en moyenne. Au total et à long terme, pour chaque individu intégré dans le dispositif et fidélisé à l'application, une économie annuelle et individuelle de 36,92 euros pour les dépenses de santé sera obtenue, à opposer à une dépense individuelle moyenne de 1 euro à relier aux coûts du dispositif. En considérant les effectifs d'inclusion, ces montants représenteront à long terme une économie annuelle totale de 4,6 millions d'euros, à confronter à une dépense unique de 124 368 euros. Si le programme était comparé au taux de sevrage spontané du tabac, on obtiendrait alors une économie annuelle de 14,6 millions d'euros, avec une dépense unique identique.

Bien qu'également sujet à plusieurs limites, et partageant celles des chiffrages prospectifs avec MRTC, celui-ci est plus robuste. Tout d'abord, il s'agit d'un dispositif déjà déployé sur l'ensemble du territoire et évalué en l'état. Son efficacité est définie avec un plus haut niveau de preuve, des effectifs et un suivi plus conséquents. Bien que les rechutes à long terme ne soient pas prises en compte, elles le sont à court terme. Ce résultat d'efficacité n'est toutefois pas sans biais puisqu'il pourrait dépendre de facteurs externes (notamment la motivation à l'arrêt ou l'environnement), et que la population d'étude est plutôt constituée d'adultes de 45 ans ou moins. Sur ce dernier point, bien que les dépenses de santé concernent probablement des personnes âgées consommatrices de tabac depuis de nombreuses années, la réduction des risques est d'autant plus importante que l'âge des fumeurs est faible lors de l'intervention. Enfin et là aussi, le chiffrage du surcoût lié au tabac ne tient pas compte du sexe et de l'âge des adultes ni de la consommation tabagique à l'inclusion. De plus, l'arrêt de la consommation de tabac n'entraînera pas une baisse immédiate des risques qui y sont liés. Les résultats de ce chiffrage doivent donc être considérés uniquement à long terme, sur la vie entière.

9.2.4

Sur la base de la campagne 2017-2018, les bénéfices d'une campagne de vaccination antigrippale sont estimés à 46 millions d'euros

Le dernier chiffrage s'intéresse aux répercussions de la campagne de vaccination antigrippale menée en 2017-2018. La grippe saisonnière est une problématique ayant la particularité de présenter une sévérité variable d'une saison à l'autre, induisant une forte hétérogénéité de son impact sur le système de santé et des dépenses engendrées par ses prises en charge. D'importantes

disparités peuvent également être relevées sur la campagne de vaccination, en lien avec des fluctuations annuelles de l'efficacité et du tarif des vaccins. En conséquence, le chiffrage de la campagne de vaccination antigrippale ne portera que sur une unique saison. La saison 2017-2018 a été retenue, car c'est la plus récente pour laquelle l'ensemble des données nécessaires à cet exercice est disponible. Cette saison a débuté précocement début décembre en France métropolitaine, avant de s'achever fin mars. Elle fut marquée par la circulation majoritaire des virus A(H1N1)pdm09 et B Lignage Yamagata, ayant pour conséquence une intensité modérée en ambulatoire mais un nombre élevé d'hospitalisations et de cas admis en réanimation¹⁸⁷.

Selon le réseau Sentinelles, la saison grippale a donné lieu à 2,4 millions de consultations pour syndrome grippal. Le réseau OSCOUR estime quant à lui qu'elle aurait occasionné 75 500 passages aux urgences, dont 9 729 furent suivis par une hospitalisation et 2 922 par une admission en réanimation. Pour suivre l'impact des épidémies grippales, l'Assurance Maladie estime chaque année les actes qui leur sont attribuables en ambulatoire. En cumulant les remboursements de consultations pour syndrome grippal, les arrêts de travail et les délivrances de médicaments associés, l'épidémie grippale aurait ainsi été responsable d'un surcoût total de 145,5 millions d'euros pour l'Assurance Maladie. Concernant les soins hospitaliers, les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent d'estimer que la part des soins remboursés par l'Assurance Maladie serait de 188,8 millions d'euros au total, dont 122,4 millions d'euros dédiés aux hospitalisations des plus de 65 ans¹⁸⁸.

Selon les données de la surveillance européenne, les vaccins ont empêché la survenue de 38 % des gripes nécessitant un recours aux soins ambulatoires, toutes souches virales confondues. Concernant les hospitalisations, 35 % d'entre elles ont pu être évitées chez les plus de 65 ans¹⁸⁹. Le chiffrage d'efficacité vaccinale étant indisponible chez les moins de 65 ans, ils ne sont pas pris en compte dans ce chiffrage. Les économies induites par la campagne vaccinale sont ainsi sous-évaluées, ces hospitalisations représentant près d'un tiers des coûts hospitaliers imputables à la grippe.

Selon les données de l'Assurance Maladie, 5 652 621 individus ont été vaccinés au cours de cette saison. Avec un coût de remboursement moyen des vaccins de 5,09 euros, ces derniers représentaient un investissement de 28,7 millions d'euros. Réalisés au décours de 4,3 millions de consultations médicales, la majorité des autres actes étant réalisés par des infirmiers, 79,7 millions d'euros d'honoraires y étaient associés.

Au total, la campagne de vaccination 2017-2018 a permis de réduire les dépenses de soins ambulatoires imputables à la grippe de 89 millions d'euros, et les dépenses de soins hospitaliers de 66 millions d'euros chez les plus de 65 ans, pour une économie totale de 155 millions d'euros. Cette économie est à mettre en regard d'une dépense de 108 millions d'euros. Le

187 Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France, saison 2017-2018. *Bull. Épidémiol. Hebd.* 2018;(34):664-74. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/34/2018_34_1.html

188 Lemaître M, Fouad F, Carrat F, et al. Estimating the burden of influenza-related and associated hospitalizations and deaths in France: An eight-season data study, 2010-2018. *Influenza Other Respi Viruses*. 2022; 1- 9. doi:10.1111/irv.12962.

189 Rondy M, Kissling E, Emborg HD, Gherasim A, Pebody R, Trebbien R, Pozo F, Larrauri A, McMenamin J, Valenciano M, I-MOVE/I-MOVE+ group. Interim 2017/18 influenza seasonal vaccine effectiveness: combined results from five European studies. *Euro Surveill.* 018;23(9):pii=18-00086. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.9.18-00086>

bénéfice économique total de cette campagne annuelle de vaccination antigrippale est ainsi estimable à 46,5 millions d'euros.

Le calcul ne prend pas en compte les coûts liés à la promotion de la campagne vaccinale issus du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Ces dépenses sont toutefois modestes, et les économies de la campagne restent sous-évaluées du fait de la non-prise en compte des hospitalisations des moins de 65 ans. Ce chiffrage économique est par ailleurs un cas particulier. Il ne présente tout d'abord pas de chiffrages individuels, les populations ambulatoires et

hospitalières pouvant se confondre. De plus, il repose uniquement sur des données rétrospectives. Bien que toujours sujet à l'écueil des effets moyens, il devient de fait, et par la qualité des données disponibles dans la littérature ou dans les bases de l'Assurance Maladie, le chiffrage économique disposant du plus haut niveau de preuve. Bien que très différent du chiffrage des actions prospectives visant à prévenir la survenue de maladies chroniques, il constitue un éclairage intéressant pour mettre en perspective leurs résultats économiques.

ANNEXE – SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2022

Le rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2022 formulait 36 propositions visant à améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses en 2022 :

- 22 ont été engagées ;
- 12 sont en cours et seront prochainement déployées ;
- 2 propositions n'ont pas été mises en œuvre à ce stade.

N°	Intitulé de la proposition	État d'avancement et commentaires
1	Promouvoir le bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons auprès des professionnels de santé et des patients	Travaux en cours Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez les sujets de 65 à 75 ans : campagne programmée au 2 ^e trimestre 2022 visant à limiter le risque de survenue d'effets indésirables iatrogéniques.
2	Promouvoir le bon usage du paracétamol	Action engagée Campagne d'accompagnement des délégués de l'Assurance Maladie en 2022.
3	Améliorer le diagnostic de la dépression et sa prise en charge chez les personnes de plus de 75 ans	Travaux en cours Campagne lancée à la fin de l'année 2022.
4	Favoriser le respect des recommandations et l'utilisation efficiente des traitements médicamenteux pour la population atteinte de polyarthrite rhumatoïde	Travaux en cours Campagne prévue au 4 ^e trimestre 2022.
5	Réintroduire une disposition permettant la substitution des médicaments biosimilaires en officines, en initiation de traitement, hors traitements chroniques	Action engagée Disposition prévue par la LFSS 2022.
6	Promouvoir le bon usage des médicaments anticancéreux inhibiteurs des CDK 4 et 6	Action engagée Rencontre avec les sociétés savantes en octobre 2021, information sur les médicaments anticancéreux inhibiteurs des CDK 4 et 6 (indications remboursables) et infographie à destination des professionnels de santé en cours de préparation.
7	Déployer une nouvelle méthodologie d'accompagnement à l'installation des infirmiers libéraux pour améliorer la pertinence de la facturation	Action engagée Deux volets déployés en juillet 2022 : prévention (accompagnement généralisé au 2 ^d semestre 2021) et contrôle (déploiement progressif en 2022).
8	Refondre les dispositifs d'accord préalable	Travaux en cours Après un état des lieux réalisé en interne par l'Assurance Maladie, et en lien avec la direction de la sécurité sociale, rationalisation des dispositifs d'accord préalable (DAP) existants et ajout de nouveaux DAP, pertinents en termes d'enjeux financiers et de santé publique. Process de dématérialisation (<i>front</i> et <i>back-office</i>) mené parallèlement.
9	Mieux identifier l'ampleur des fraudes	Action engagée Premiers travaux d'évaluation de la fraude réalisés au 1 ^{er} semestre 2022.



N°	Intitulé de la proposition	État d'avancement et commentaires
10	Rénover la politique de contrôle des trafics de médicaments	<u>Travaux en cours</u> Groupes de travail mis en place sur les volets « Détection » et « Investigation », en particulier dans le cadre des travaux de rénovation de la gestion du risque. Mesure prévue dans le cadre de la nouvelle Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie.
11	Lutter contre les détournements du modèle des centres de santé	<u>Action engagée</u> Prévue par l'article 71 de la LFSS 2022 dont une partie des dispositions ont été censurées. Les mesures suivantes restent applicables : fin du conventionnement implicite des centres de santé (CDS) et extension aux CDS du mécanisme de déconventionnement d'urgence. L'avenant 4 signé avec les représentants des CDS le 14 avril 2022 intègre des mesures visant à lutter contre ces détournements : – il instaure une procédure de régulation du conventionnement des centres de santé infirmiers en corollaire du dispositif instauré pour les infirmiers libéraux ; – il revoit les modalités d'adhésion à l'accord national dans le prolongement des mesures LFSS 2022 (conventionnement explicite, nouveaux manquements pouvant entraîner des sanctions conventionnelles), tout en proposant un accompagnement renforcé systématique du conventionnement des nouvelles structures au démarrage de leur activité dans le cadre d'une pratique vertueuse.
12	Déployer un parcours « insuffisance cardiaque »	<u>Travaux en cours</u> Travaux de déploiement du parcours « insuffisance cardiaque » engagés (voir la partie 2 du chapitre 2 Approche par pathologie : l'insuffisance cardiaque).
13	Appuyer les acteurs des parcours avec des outils de datavisualisation adaptés sur les parcours de soins	<u>Action engagée</u> Prototype de datavisualisation sur les antibiotiques lancé début 2022. Il sera étendu par la suite à d'autres campagnes de maîtrise médicalisée. Le volet « Insuffisance cardiaque » n'a pas été engagé à ce stade.
14	Poursuivre les travaux de modélisation de la charge de morbidité et d'évaluation de l'impact des actions de gestion du risque sur les maladies cardio-neurovasculaires	<u>Action engagée</u> Modélisation en cours, discutée et reprise dans l'approche par pathologie.
15	Accompagner et renforcer l'initiative « Premiers secours en santé mentale » et envisager les conditions d'une extension de ce dispositif en milieu professionnel	<u>Action engagée</u> Phase pilote de déploiement en 2021 dans 13 CPAM. Deuxième session de formation fin 2021 ou début 2022 dans 7 caisses d'assurance maladie pilotes. Extension en cours en 2022 avec la mise en œuvre d'une session de formation aux premiers secours en santé mentale par toutes les caisses d'assurance maladie.
16	Étudier l'efficacité et la pertinence des services numériques en santé mentale ayant fait l'objet d'une évaluation, dans l'objectif d'une éventuelle transposition au contexte français	<u>Action engagée</u> Étude conduite par l'Assurance Maladie avec pour double objectif de réaliser une revue de la littérature scientifique et de mobiliser des éléments de comparaison internationale. Cette étude a donné lieu à une publication sur ameli.fr en octobre 2022.
17	Préparer et accompagner la généralisation de l'expérimentation de l'Assurance Maladie proposant des séances de psychothérapie prescrites par le médecin traitant pour les patients présentant des syndromes anxiodépressifs d'intensité légère à modérée	<u>Action engagée</u> Généralisation prévue par la LFSS 2022 et dispositif Mon Psy lancé le 5 avril 2022.



N°	Intitulé de la proposition	État d'avancement et commentaires
18	Déterminer à partir des expérimentations de l'article 51 et de la mesure 31 du Ségur de la santé les conditions les plus favorables à l'inscription des psychologues dans les structures d'exercice coordonné	<u>Action engagée</u> Conditions d'intégration construites avec le ministère des Solidarités et de la Santé en cohérence avec le dispositif expérimental Cnam et les travaux conduits lors de la mesure 31 du Ségur de la santé. Cela a abouti au dispositif Mon Psy, effectif depuis avril 2022, prévoyant le conventionnement des psychologues salariés dans les MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) et les CDS.
19	Améliorer la pertinence et les conditions de prescriptions des antidépresseurs et des benzodiazépines	<u>Travaux en cours</u> En lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la Haute Autorité de santé (HAS).
20	Déployer des actions de maîtrise du risque cardiovasculaire chez les malades psychiatriques sévères	Actions non mises en œuvre à ce stade.
21	Tirer les enseignements de la crise sur les données de santé et leur gestion	<u>Travaux en cours</u> Autour des 5 volets de la proposition : – pérenniser un suivi systématique annuel d'indicateurs clés de consommation de médicaments et d'actes post-Covid-19 : <u>engagé</u> ; – contribuer aux études sur le thème, notamment sur les symptômes persistants de la Covid-19 : <u>en cours</u> ; – organiser une grande concertation pour tirer les enseignements de la crise en termes de gestion, d'ouverture et d'analyse des données de santé : <u>pas engagé</u> ; – mieux outiller les médecins traitants dans la mise à disposition de données, y compris nominatives, concernant leurs patients : <u>en cours</u> ; – développer les usages de la datavisualisation par l'Assurance Maladie, notamment pour la compréhension et le pilotage des actions de gestion du risque, ainsi que dans le cadre de la mise à disposition de données aux professionnels : <u>en cours</u> .
22	Soutenir la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV)	<u>Action engagée</u> Campagne d'incitation à la vaccination HPV au 1 ^{er} trimestre 2022 (e-news,) et au 2 ^d semestre 2022 à destination des assurés (parents d'enfants dans la tranche d'âge concernée, non vaccinés ou avec un schéma vaccinal incomplet) et des professionnels de santé.
23	Soutenir la vaccination des nourrissons et des enfants	<u>Action engagée</u> Poursuite des campagnes Osmose et suivi des indicateurs.
24	Tirer les enseignements de la crise Covid dans la gestion des épidémies hivernales	<u>Action engagée</u> Campagne « gestes barrières » à l'automne 2021 – action prise en compte dans la campagne « grippe »
25	Construire et accompagner la mise en œuvre d'un parcours gradué pour les malades ayant des symptômes persistants de la Covid-19	<u>Action engagée</u> Article d'information sur ameli.fr publié en septembre 2021. Mise en ligne de l'espace ALD (affection de longue durée) et création d'une plateforme unique d'aide à l'orientation des assurés.
26	Mettre en œuvre une démarche d'« aller vers » pour relancer la participation au dépistage organisé des cancers	<u>Action engagée</u> Poursuite de la campagne d'incitation par envoi de SMS et de messages vocaux, et expérimentation d'appels ciblés. Lancement début mars 2022 du site de commande en ligne de kits de dépistage du cancer colorectal.
27	Accélérer le déploiement des structures d'exercice coordonné, lesquelles facilitent l'accès aux soins, la pertinence des parcours de soins et la prise en charge des publics vulnérables	<u>Action engagée</u> Signature de l'avenant 2 ACI CPTS (décembre 2021), de l'avenant 1 ACI MSP (avril 2022) et de l'avenant 4 à l'accord national des CDS (avril 2022) favorisant le déploiement de l'exercice coordonné. Mise en place de l'accélérateur CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé) avec différentes stratégies territoriales en fonction du taux de couverture.



N°	Intitulé de la proposition	État d'avancement et commentaires
28	Renforcer les missions des structures d'exercice coordonné	<u>Travaux en cours</u> Signature de l'avenant 2 ACI CPTS (décembre 2021), de l'avenant 4 à l'accord national des CDS (avril 2022) et de l'avenant 1 à l'ACI MSP (mai 2021) renforçant le rôle et les missions de ces structures d'exercice coordonné.
29	Lancer des expérimentations sur les équipes de soins – primaires et secondaires – afin de mieux définir les missions et les modes d'organisation	<u>Travaux en cours</u> Expérimentations prévues dans l'avenant 2 à l'accord-cadre interprofessionnel CPTS. Travaux engagés en février 2022 au sein des groupes techniques pour définir le cahier des charges.
30	Lancer les travaux de réflexion et les premiers développements pour anticiper l'entrée dans le droit commun d'expérimentations issues de l'article 51	<u>Action engagée</u> Proposition 21 du présent rapport.
31	Engager les travaux préparatoires à la mise en place dans le cadre conventionnel de financements collectifs incitatifs à la qualité et à la performance	<u>Action engagée</u> Proposition 18 du présent rapport.
32	Structurer le financement d'équipes de recherche dédiées à la promotion de la santé	<u>Travaux en cours</u> Démarche engagée autour de deux axes : – s'appuyer sur la chaire de Sciences Po pour enrichir les réflexions et les connaissances sur les actions envisagées par la Cnam ; – s'appuyer sur les terrains de l'article 51 pour soutenir le développement de la recherche sur les services de santé.
33	Soutenir l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire en partenariat avec l'Éducation nationale	<u>Travaux en cours</u> Travaux d'élaboration d'un plan d'action partagé engagés. Préparation du renouvellement du partenariat <i>via</i> la signature d'une nouvelle convention-cadre.
34	Généraliser le programme « Mission : Retrouve ton cap »	<u>Action engagée</u> Généralisation prévue par la LFSS 2022. Déploiement et référencement des CDS et MSP en cours.
35	Organiser à large échelle un programme d'évaluation du risque cardiovasculaire à destination de publics prioritaires	Non mis en œuvre à ce stade. Les travaux débiteront lors de la publication de la recommandation de la HAS.
36	Renforcer le rôle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en matière de prévention et de promotion de la santé	<u>Action engagée</u> Signature de l'avenant 2 à l'ACI CPTS en décembre 2022, qui inclut les actions de prévention comme l'une des 4 missions socles auxquelles les CPTS doivent répondre. Travaux Renov'GDR spécifiques sur la mission de prévention des CPTS engagées.

INDEX DES ENCADRÉS, FIGURES ET TABLEAUX

INDEX DES ENCADRÉS

Encadré 1	Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie médicalisée des dépenses	16
Encadré 2	Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie médicalisée des dépenses	25
Encadré 3	Suivi des antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C chronique entre 2014 et 2022	41
Encadré 4	L'exercice libéral	47
Encadré 5	Secteurs d'activité des médecins	56
Encadré 6	Spécificités de l'approche actuelle par rapport aux travaux antérieurs	81
Encadré 7	Méthodologie de constitution des groupes étudiés	88
Encadré 8	Trois expérimentations en cours : « Mission : Retrouve ton cap », « MyDiabby » et « Risque de rechute maladie chronique »	90
Encadré 9	La promotion des bonnes pratiques de prise en charge du diabète en lien avec l'actualisation des prochaines recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) auprès des professionnels de santé et des patients	97
Encadré 10	Rappel des points critiques du parcours de l'insuffisance cardiaque	105
Encadré 11	Les nouvelles recommandations européennes	107
Encadré 12	Deux nouveaux entretiens visant notamment à favoriser le dépistage de la dépression du post-partum	164
Encadré 13	Un nouvel entretien court de prévention par le pharmacien	172
Encadré 14	L'entretien prénatal précoce, obligatoire depuis le 1 ^{er} mai 2020	175
Encadré 15	Une action innovante conduite par le réseau de l'Assurance Maladie : la prévention des risques liés aux perturbateurs endocriniens	183
Encadré 16	Une expérimentation de dépistage des troubles visuels, du langage et de la communication en milieu scolaire par les orthoptistes et orthophonistes	184
Encadré 17	L'expérimentation d'un référent parcours périnatalité dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018	186
Encadré 18	Des négociations conventionnelles en cours avec les sages-femmes sur le rôle de la sage-femme référente et l'accompagnement global à la naissance	187
Encadré 19	Deux expérimentations en cours dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 visant à repérer et prendre en charge les enfants les plus vulnérables	189
Encadré 20	La concentration du secteur de la biologie médicale dans quelques pays européens	198
Encadré 21	Dépenses de biologie médicale dans les pays de l'OCDE	208
Encadré 22	La relance de la gestion du risque en ville après une suspension des actions liée à la crise sanitaire	214
Encadré 23	Une grande diversité de modes d'organisation de l'offre de proximité en Europe	215
Encadré 24	L'autorisation d'accès précoce aux médicaments : un premier bilan positif	221
Encadré 25	Précisions méthodologiques de l'enquête sur les délais d'accès aux médicaments	230
Encadré 26	<i>Le best practice tariff</i>	266
Encadré 27	Au Royaume-Uni, l'exemple pionnier du <i>Quality and Outcomes Framework</i>	267
Encadré 28	Expérimentation d'un financement à l'épisode de soins (EDS) chirurgical	287
Encadré 29	Quelle évolution de la population appareillée depuis la mise en œuvre du 100 % Santé ?	298
Encadré 30	Périmètre de la e-santé	320

Encadré 31	En Allemagne : le remboursement des applications mobiles par l'assurance maladie obligatoire	324
Encadré 32	Trois parcours patient pour soigner l'angine	341
Encadré 33	Bénéfices attendus de la promotion des Trod angine	341
Encadré 34	La datavisualisation	344
Encadré 35	Focus sur l'action « Mooc » sur les indemnités journalières (IJ)	349
Encadré 36	Méthodologie	363

INDEX DES FIGURES

Figure 1	Historique du solde de la branche maladie depuis 2006 (en milliards d'euros)	10
Figure 2	Structure des charges	12
Figure 3	Structure des produits	13
Figure 4	Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2020 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 168 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes	18
Figure 5	Répartition des dépenses entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2020	19
Figure 6	Nombre de bénéficiaires pris en charge en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (66,3 millions de personnes au total)	21
Figure 7	Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	23
Figure 8	Structure des dépenses moyennes par patient en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	24
Figure 9	Évolution des dépenses entre 2015 et 2020, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (en millions d'euros)	27
Figure 10	Taux de croissance annuels des dépenses totales entre 2015 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	28
Figure 11	Évolution des effectifs pris en charge entre 2015 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	29
Figure 12	Taux de croissance annuels des effectifs pris en charge entre 2015 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	30
Figure 13	Taux de croissance annuels de la dépense moyenne entre 2015 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	31
Figure 14	Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	32
Figure 15	Évolution des effectifs incidents pour les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires, pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)	34
Figure 16	Structure de la dépense totale pour les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins repérables par la cartographie, pour chacune des années entre 2015 et 2020	34
Figure 17	Évolution des effectifs incidents de maladies cardio-neurovasculaires pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)	35
Figure 18	Évolution des effectifs incidents des cancers actifs pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)	36
Figure 19	Part des effectifs incidents parmi les personnes prises en charge pour un cancer actif, pour chacune des années entre 2016 et 2020, selon la localisation (en pourcentage)	37
Figure 20	Évolution des effectifs incidents de maladies respiratoires chroniques, pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)	38

Figure 21	Taux de croissance annuels des dépenses et des effectifs pour les maladies psychiatriques, entre 2015 et 2020 (en pourcentage)	39
Figure 22	Évolution des effectifs incidents de traitements psychotropes pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)	40
Figure 23	Nombre de patients ayant initié un traitement par antiviraux à action directe (AAD) par trimestre, selon la stratégie thérapeutique	42
Figure 24	Montants remboursés d'antiviraux à action directe (AAD) par trimestre, selon la stratégie thérapeutique (en millions d'euros)	44
Figure 25	Effectifs de professionnels libéraux parmi les professions médicales et les auxiliaires médicaux en 2021	46
Figure 26	Taux de croissance annuels moyens (TCAM) des effectifs par profession entre 2000 et 2021 et taux d'évolution entre 2020 et 2021	48
Figure 27	Évolution de la densité des professionnels de santé libéraux depuis 2000	49
Figure 28	Densités départementales de professionnels de santé pour 100 000 habitants en 2021	50
Figure 29	Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux (MEP inclus) en 2000 et 2021	52
Figure 30	Pyramide des âges des médecins spécialistes libéraux en 2000 et 2021	52
Figure 31	Pyramide des âges des infirmières et infirmiers libéraux (Idel) en 2000 et 2021	53
Figure 32	Pyramide des âges des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2000 et 2021	53
Figure 33	Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes libéraux en 2000 et 2021	54
Figure 34	Pyramide des âges des sages-femmes libérales en 2000 et 2021	54
Figure 35	Effectifs de médecins spécialistes en 2021 selon le secteur de conventionnement et l'adhésion aux contrats Optam/Optam-co	55
Figure 36	Montant des honoraires par grande catégorie de professionnels de santé libéraux, en 2021 (en millions d'euros)	57
Figure 37	Montants des honoraires par spécialité médicale, en 2021 (en millions d'euros)	58
Figure 38	Évolution du taux de dépassement des médecins, tous secteurs conventionnels confondus, depuis 2000	59
Figure 39	Évolution du taux de dépassement des médecins spécialistes en secteur 2 et 1DP, depuis 2000	59
Figure 40	Honoraires totaux par tête des professionnels de santé actifs à part entière (APE), en 2021 (en milliers d'euros)	60
Figure 41	Évolution comparée des honoraires totaux annuels par tête parmi les grandes catégories de professionnels de santé libéraux actifs à part entière (APE) (base 100 en 2000)	61
Figure 42	Taux de croissance annuels moyens (TCAM) des honoraires totaux par tête entre 2000 et 2021 et entre 2019 et 2021	62
Figure 43	File active annuelle moyenne selon la profession ou spécialité médicale, en 2021	64
Figure 44	Distribution de la file active et de la patientèle médecin traitant des médecins généralistes (hors MEP), en 2021	65
Figure 45	Distribution de la file active des médecins selon leur spécialité, en 2021	66
Figure 46	Distribution de la file active des chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, en 2021	66
Figure 47	Montant des dépenses prescrites par les médecins généralistes (MEP inclus) en 2021 (en millions d'euros), par poste de prescription	67
Figure 48	Montant des dépenses prescrites par les chirurgiens en 2021 (en millions d'euros), par poste de prescription	67
Figure 49	Montant des dépenses prescrites en 2021, par poste de prescription et selon la spécialité du prescripteur (en millions d'euros)	68
Figure 50	Répartition des dépenses prescrites en 2021, par poste de prescription et selon la spécialité du prescripteur	69

Figure 51	Montant moyen par médecin des dépenses prescrites en 2021, par poste de prescription et selon la spécialité du prescripteur	70
Figure 52	Taux de croissance annuels des effectifs et des dépenses entre 2015 et 2020, selon le caractère aigu ou chronique de l'insuffisance cardiaque	101
Figure 53	Points critiques dans le parcours du patient insuffisant cardiaque	105
Figure 54	Extraits de l'outil de diagnostic territorial illustrant le type d'indicateurs proposés	106
Figure 55	Incidence de l'insuffisance cardiaque (IC) au cours du suivi selon les pathologies à risque	112
Figure 56	Évolution des délivrances de médicaments antidépresseurs observées par rapport à l'attendu, selon l'âge, sur la période 2020-2021	116
Figure 57	Effectif par âge et sexe des personnes hospitalisées pour Covid-19 avec ou sans passage en soins critiques en 2020	129
Figure 58	Pourcentage de la population hospitalisée pour Covid-19 (A) et en soins critiques (B), par âge et sexe	130
Figure 59	Pourcentage de la population hospitalisée pour Covid-19 (A) et en soins critiques (B) selon que le patient bénéficie ou non de la Complémentaire santé solidaire (CSS)	131
Figure 60	Comorbidités des personnes hospitalisées pour Covid-19 estimées à partir des algorithmes de la cartographie des pathologies et des patients et comparaison avec la population générale	132
Figure 61	Taux de passage en soins critiques pour les personnes hospitalisées pour Covid-19 par catégorie de pathologies ou épisode de soins parmi les personnes hospitalisées pour Covid-19	133
Figure 62	Répartition des patients selon leur lieu de séjour, pour chaque jour de l'année précédant et suivant la sortie de réanimation, chez les patients sortis vivants de réanimation pour Covid-19 (en 2020) (A) et pour grippe (de 2016 à 2018) (B)	136
Figure 63	Évolution annuelle des différentiels de volumes chirurgicaux ambulatoire et conventionnel entre 2013 et 2021	145
Figure 64	Décomposition, par spécialité chirurgicale, du déficit national estimé fin 2021 de 350 000 interventions déprogrammées du fait de la Covid-19	146
Figure 65	Évolution du taux brut de chirurgie ambulatoire entre 2013 et 2021	146
Figure 66	Évolution entre 2018 et 2021 et évolution annuelle du nombre de prescriptions globales et d'admissions globales en soins de suite et de réadaptation (SSR)	148
Figure 67	Évolution des taux d'admission mensuels en soins de suite et de réadaptation (SSR) entre 2018 et 2021	149
Figure 68	Évolution mensuelle du pourcentage de demandes d'orientation en soins de suite et de réadaptation (SSR) qui ont été annulées pour faute de places disponibles entre 2018 et 2021	149
Figure 69	Évolution mensuelle de l'activité de suivi du dépistage organisé du cancer colorectal (CCR) entre 2019 et 2021	151
Figure 70	Évolution mensuelle de l'activité de suivi du dépistage organisé (DO) du cancer du sein entre 2019 et 2021	152
Figure 71	Évolution du différentiel de tests lus dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2020-2021 comparé à 2018-2019, 2017-2018 et 2016-2017 – par semaine à compter du 1 ^{er} janvier de la période	153
Figure 72	Évolution du différentiel de tests positifs dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2020-2021 comparé à 2018-2019, 2017-2018 et 2016-2017 – par semaine à compter du 1 ^{er} janvier de la période	153
Figure 73	Évolution de l'écart entre l'observé et l'attendu (comparaison avec l'année 2019) des endoscopies digestives basses et de chirurgies d'exérèse du cancer du côlon	154
Figure 74	Évolution de l'écart entre l'observé et l'attendu (comparaison avec l'année 2019) des mammographies (dans et hors dépistage organisé) et des chirurgies d'exérèse de cancer du sein	154
Figure 75	Évolution des délivrances d'antibiotiques observées par rapport à l'attendu, selon l'âge, sur la période 2020-2021	156
Figure 76	Comparaison du taux de mortalité infantile (nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an pour 1 000 naissances vivantes) dans plusieurs pays européens entre 2010 et 2019	162

Figure 77	Évolution de la mortalité périnatale et de ses composantes (mortalité néonatale précoce) en France depuis 2014	162
Figure 78	Évolution du ratio de mortalité maternelle (RMM) annuel à 42 jours et à 1 an de 2007 à 2015	163
Figure 79	Part de femmes consommant du tabac durant leur grossesse selon le pays de résidence, en 2015	167
Figure 80	Distribution de l'indice de masse corporel (IMC) des femmes enceintes selon le pays de résidence, en 2015	168
Figure 81	Part des femmes enceintes âgées de 18 à 44 ans vaccinées contre la grippe saisonnière	169
Figure 82	Évolution du taux de couverture vaccinale pour les onze vaccins obligatoires de l'enfant, selon la cohorte de naissance depuis 2017	170
Figure 83	Fréquence d'au moins un recours aux soins des enfants de 0 à 6 ans au cours de l'année suivant leur naissance ou anniversaire en 2018, selon l'âge et l'indice de défavorisation sociale (FDep)	179
Figure 84	Fréquence d'au moins un recours à un médecin généraliste ou à un pédiatre (A) ou à un service d'accueil des urgences (SAU) (B) des enfants âgés de 0 à 6 ans au cours de l'année suivant leur naissance ou anniversaire en 2018, selon le département de résidence	180
Figure 85	Part des sites des 6 plus grands groupes de biologie privés par région	197
Figure 86	Évolution du chiffre d'affaires du secteur de la biologie entre 2013 et 2021	199
Figure 87	Chiffres d'affaires des 6 plus grands groupes de biologie privés en 2020 et 2021	200
Figure 88	Taux d'investissement productif des laboratoires de biologie privés en 2020 selon la valeur de leur chiffre d'affaires (CA)	201
Figure 89	Rentabilité du secteur de la biologie (excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires) entre 2016 et 2020	202
Figure 90	Rentabilité de différents secteurs d'activité (excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires) en 2019	203
Figure 91	Répartition des dépenses de biologie (en millions d'euros) selon leur couverture par le protocole (A) et évolution des dépenses des actes nouveaux (B)	204
Figure 92	Évolution des dépenses de dépistage de la Covid-19 réalisées dans les laboratoires de ville (hors bonus pour rendu rapide)	205
Figure 93	Décomposition du taux de croissance des dépenses de biologie remboursées par le régime général dans le champ du protocole de biologie	206
Figure 94	Économies réalisées dans le cadre des protocoles de biologie depuis 2014 (en millions d'euros)	207
Figure 95	Dépenses de biologie médicale en 2019 dans les pays de l'OCDE	208
Figure 96	Dépenses de biologie médicale par personne en 2017 et en 2019 dans différents pays de l'OCDE	209
Figure 97	Décomposition du taux d'évolution 2019-2021 du nombre d'actes de biologie médicale	210
Figure 98	Nombre d'actes de biologie par habitant (standardisé par âge) en 2021	213
Figure 99	Densité de laboratoires privés et nombre d'actes de biologie courante par habitant selon les départements en 2021 (indicateurs standardisés par âge)	213
Figure 100	Densité standardisée des sites de laboratoires de biologie (publics et privés) pour 100 000 habitants par département en 2021	215
Figure 101	Densité standardisée de sites de laboratoires de biologie privés pour 100 000 habitants par département en 2009 (A) et 2021 (B)	217
Figure 102	Les principales étapes du circuit du médicament en France	220
Figure 103	Nouveaux dispositifs de l'accès précoce en France depuis juillet 2021	222
Figure 104	Les principales voies d'accès aux médicaments en Allemagne, Angleterre, Espagne et Italie	224
Figure 105	Délais moyen d'accès au marché (nombre de jours entre la date d'autorisation de mise sur le marché et la date d'inscription sur la liste de remboursement) - comparaison internationale	227
Figure 106	Chiffre d'affaires (hors taxes) des médicaments étudiés en France, Allemagne, Italie, Espagne et Royaume Uni en 2021	231

Figure 107	Nombre de jours entre l'autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne et la date de décision de remboursement	232
Figure 108	Nombre de jours entre l'autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne et la publication de l'évaluation clinique	233
Figure 109	Délai d'accès au premier remboursement public (nombre de jours entre l'autorisation de mise sur le marché - AMM - européenne et l'accès patients par le biais d'un remboursement de droit commun ou <i>via</i> un accès précoce populationnel ou nominatif sur financement public)	234
Figure 110	Délai d'accès au premier remboursement public pour un groupe de patients (nombre de jours entre l'autorisation de mise sur le marché - AMM - européenne et l'accès patients par le biais d'un remboursement de droit commun ou <i>via</i> un accès précoce populationnel sur financement public)	235
Figure 111	Virage ambulatoire des principales pathologies de la cartographie médicalisée des dépenses d'assurance maladie (évolution 2015-2019 de la dépense moyenne par patient)	242
Figure 112	Évolution de la densité de lits d'hospitalisation, quel que soit leur type, entre 2000 et 2020	244
Figure 113	Évolution de la densité de lits de soins aigus entre 2000 et 2019	245
Figure 114	Encadrement infirmier des lits d'hospitalisation (nombre d'IDE équivalent temps plein), pour tous types de lits d'hospitalisation	246
Figure 115	Évolution des durées moyennes de séjours (DMS) d'hospitalisation entre 2000 et 2020, en soins aigus/curatifs	247
Figure 116	Comparaison des taux de croissance annuels moyens (TCAM), entre 2015 et 2019, des capacités d'hospitalisation et de l'activité en hospitalisation complète (lits et séjours d'hospitalisation complète) et en hospitalisation de jour (places et séjours d'hospitalisation partielle) rapportées à la population (pour 100 000 habitants), pour les activités de chirurgie et de médecine	249
Figure 117	Évolution du nombre de journées d'hospitalisation complète et ses déterminants en médecine et en chirurgie, entre 2015 et 2019	250
Figure 118	Évolution du nombre de séjours et de journées d'hospitalisation en fonction de la durée de séjour en médecine, entre 2015 et 2019	251
Figure 119	Décomposition de la croissance des honoraires des infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel) entre 2013 et 2019	252
Figure 120	Densité des infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État par département (Idel), ajustée sur le sexe et l'âge, en 2013 (A) et 2021 (B)	253
Figure 121	Répartition des départements métropolitains en fonction de la densité d'infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel) standardisée par sexe et âge, et des honoraires sans dépassement (HSD) par patient, en 2013 (A) et en 2021 (B)	253
Figure 122	Effectifs infirmiers pour 1 000 habitants, tous infirmiers (A) et uniquement infirmiers qualifiés (B) entre 2000 et 2020	255
Figure 123	Évolution de la densité médicale, tous médecins, entre 2000 et 2020	256
Figure 124	Évolution de la densité de médecins généralistes pour 1 000 habitants, entre 2000 et 2020	257
Figure 125	Évolution de la distribution de la Rosp (médecin traitant adultes et enfants) des médecins généralistes entre 2017 et 2021	269
Figure 126	Part des actes prothétiques dentaires par panier de soins, du 2 ^e trimestre 2019 au 1 ^{er} trimestre 2022	293
Figure 127	Nombre total de patients bénéficiaires de soins prothétiques dentaires par panier de soins, du 1 ^{er} trimestre 2018 au 1 ^{er} trimestre 2022	294
Figure 128	Part des aides auditives par panier de soins, du 1 ^{er} trimestre 2019 au 1 ^{er} trimestre 2022	296
Figure 129	Nombre de patients bénéficiaires d'une aide auditive par panier de soins, du 1 ^{er} trimestre 2018 au 1 ^{er} trimestre 2022	297
Figure 130	Évolution trimestrielle du nombre de bénéficiaires d'audioprothèse par catégorie	298

Figure 131	Comparaison de la répartition des patients selon le type de prise en charge et le profil des patients, entre les 3 premiers trimestres de 2019 et de 2021	299
Figure 132	Part de l'offre 100 % Santé dans le total des verres et montures ou des équipements, du 1 ^{er} trimestre 2020 au 1 ^{er} trimestre 2022	301
Figure 133	Nombre de patients équipés de verres ou monture, par panier de soins	302
Figure 134	Nombre de patients équipés mensuellement dans le domaine de l'optique, de janvier 2019 à décembre 2021	303
Figure 135	Estimation de la répartition des dépenses d'orthodontie par financeur	308
Figure 136	Évolution du taux de dépassement moyen des honoraires d'orthodontie entre 2013 et 2021	308
Figure 137	Évolution des honoraires totaux moyens par tête des chirurgiens-dentistes libéraux spécialisés en orthodontie et des omnipraticiens	309
Figure 138	Part des patients avec polyarthrite rhumatoïde sous biosimilaire (adalimumab ou étanercept) selon l'année de leur initiation à la biothérapie	337
Figure 139	Volume total d'antibiotiques prescrits en 2017 (ou année la plus proche)	339
Figure 140	Évolution attendue de la répartition des patients dans les différents parcours de prise en charge de l'angine	342
Figure 141	Évolution attendue du coût total de la prise en charge de l'angine (pour l'assurance maladie obligatoire) selon les parcours patient suivis	343
Figure 142	Répartition des impacts sur 2023 des actions de gestion du risque suivant leurs finalités	359
Figure 143	Méthodologie employée pour évaluer l'impact économique des actions de prévention	363

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1	Charges et produits nets entre 2019 et 2021 (en millions d'euros)	14
Tableau 2	Effectifs et dépenses moyennes par patient en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	22
Tableau 3	Rapports interdécales D9/D1 de la densité départementale de professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants en 2021	51
Tableau 4	Évolution depuis 2000 de la part de secteur 2 parmi les médecins libéraux, selon les spécialités	57
Tableau 5	Revenus de l'activité libérale des médecins libéraux en 2019	63
Tableau 6	Tableau d'indicateurs de santé publique	72
Tableau 7	Caractéristiques des personnes diabétiques, selon le niveau de sévérité du diabète, en 2018	82
Tableau 8	Dépenses remboursées en 2018, selon le niveau de sévérité du diabète	82
Tableau 9	Dépenses moyennes par individu en 2018, selon le niveau de sévérité du diabète	83
Tableau 10	Caractéristiques des personnes diabétiques, selon l'évolution du niveau de sévérité entre 2018 et 2019	84
Tableau 11	Variabilité des dépenses moyennes par individu en 2019, selon l'évolution du niveau de sévérité entre 2018 et 2019	85
Tableau 12	Caractéristiques des personnes diabétiques incidentes en 2019, selon le niveau de sévérité du diabète	87
Tableau 13	Dépenses remboursées pour les personnes diabétiques incidentes en 2019, selon le niveau de sévérité du diabète	87
Tableau 14	Dépenses moyennes par individu pour les personnes diabétiques incidentes en 2019, selon le niveau de sévérité du diabète	87
Tableau 15	Impact du service sophia sur la réalisation de l'examen du fond d'œil	92
Tableau 16	Impact du service sophia sur la réalisation de l'examen dentaire	92

Tableau 17	Impact du service sophia sur la réalisation du bilan rénal	92
Tableau 18	Examens de suivi recommandés pour dépister des complications du diabète	93
Tableau 19	Remboursement par l'Assurance Maladie des actes de pédicures/podologues	95
Tableau 20	Évolution des effectifs d'insuffisance cardiaque (IC) entre 2015 et 2020, selon la région	102
Tableau 21	Sélection d'indicateurs du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques, pour les années 2019, 2020, 2021	104
Tableau 22	Caractéristiques et dépenses individuelles selon la survenue ou non d'insuffisance cardiaque (IC) en 2016, chez les personnes avec maladie coronaire en 2015	113
Tableau 23	Caractéristiques et comorbidités selon la survenue ou non d'insuffisance cardiaque (IC) en 2019, chez les personnes avec maladie coronaire en 2015	114
Tableau 24	Évolution et écart du nombre de délivrances et d'instaurations d'antidépresseurs observé par rapport à l'attendu, en 2020 et 2021	115
Tableau 25	Nombre de patients et montants remboursés dans le cadre de la délivrance d'antidépresseurs en 2019	120
Tableau 26	Caractéristiques des patients sortis vivants de réanimation pour Covid-19 (en 2020) et pour grippe (de 2016 à 2018)	135
Tableau 27	Recours aux hospitalisations dans l'année précédant et suivant la sortie de réanimation, chez les patients sortis vivants de réanimation pour Covid-19 (en 2020) et pour grippe (de 2016 à 2018)	137
Tableau 28	Recours aux soins de ville dans l'année précédant et suivant la sortie de réanimation, chez les patients sortis vivants de réanimation pour Covid-19 (en 2020) et pour grippe (de 2016 à 2018)	138
Tableau 29	Taux de recours annuels et rapports comparatifs des taux, rapports du volume annuel du nombre de recours, et moyennes du nombre annuel de recours par individu ayant eu au moins un recours dans l'année	141
Tableau 30	Taux d'au moins un recours annuel (2019, 2020 et 2021) et rapports comparatifs selon leurs caractéristiques	142
Tableau 31	Évolution du nombre de patients et du nombre d'actes par grande catégorie de la classification commune des actes médicaux (CCAM) entre 2019 et 2021	144
Tableau 32	Évolution des principaux indicateurs d'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) entre 2018 et 2021, en fonction du type d'hospitalisation	147
Tableau 33	Évolution du nombre de tests lus et de tests positifs	152
Tableau 34	Évolution et écart du nombre de délivrances de vaccins penta-hexavalents pour nourrissons et de vaccins ROR observé par rapport à l'attendu, en 2020 et 2021	155
Tableau 35	Prévalence des affections de longue durée (ALD) les plus enregistrées chez les enfants de moins de 6 ans en 2018 et suivis un an après leur naissance ou leur anniversaire, et ratios selon l'indice de défavorisation sociale et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	165
Tableau 36	Évolution et écart du nombre de délivrances de vaccins penta-hexavalents pour nourrissons et de vaccins ROR observé par rapport à l'attendu, en 2020 et 2021	171
Tableau 37	Taux de pénétration des campagnes d'information sur la vaccination contre la grippe chez les femmes enceintes (A) et les examens obligatoires de l'enfant (B)	174
Tableau 38	Évolution de la durée moyenne des séjours (en jours) pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement	176
Tableau 39	Fréquence d'au moins un recours aux médecins généralistes ou pédiatres des enfants de 0 à 6 ans au cours de l'année suivant leur naissance ou anniversaire en 2018	178
Tableau 40	Proportion cumulée de sites des six plus grands groupes de biologie privés	197
Tableau 41	Rentabilité financière et répartition des charges selon le chiffre d'affaires (CA) des laboratoires de biologie privés entre 2016 et 2020	200
Tableau 42	Nombre d'actes de biologie remboursés par ordonnance et par patient, en 2019 et 2021	210
Tableau 43	Nombre d'actes de biologie remboursés par ordonnance selon l'âge du patient en 2019 et 2021	210

Tableau 44	Nombre et remboursements des 20 actes (ou regroupements d'actes) de biologie médicale les plus courants, de 2018 à 2021	211
Tableau 45	Répartition des sites de prélèvements en 2021 selon le statut juridique	215
Tableau 46	Densité de biologistes par million d'habitants dans quelques pays européens	216
Tableau 47	Évolution du nombre de sites de laboratoires privés depuis 2009	217
Tableau 48	Cadre juridique encadrant l'accès précoce aux médicaments dans quatre pays européens	225
Tableau 49	Modalités d'accès précoce au marché dans quatre pays européens	226
Tableau 50	Liste des médicaments retenus pour l'étude et principales caractéristiques	229
Tableau 51	Type d'accès au marché par molécule et par pays	234
Tableau 52	Délai moyen (en nombre de jours) entre l'autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne et les différents indicateurs retenus dans le cadre de l'étude	236
Tableau 53	Évolution des dépenses moyennes par patient en ambulatoire et en séjours d'hospitalisation pour 13 catégories de la cartographie entre 2015 et 2019	243
Tableau 54	Résultats sur la patientèle médecin traitant des médecins généralistes à 30 mois (hors nouveaux médecins installés)	259
Tableau 55	Délai d'attente par spécialité médicale en 2016 et 2017 (en nombre de jours)	263
Tableau 56	Principales différences entre le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) et le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Cages)	270
Tableau 57	Résultats attendus des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Cages) en 2022	271
Tableau 58	Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les médecins traitants (libéraux)	276
Tableau 59	Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les médecins traitants adultes (centres de santé)	278
Tableau 60	Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les médecins traitants de l'enfant (libéraux)	280
Tableau 61	Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les cardiologues (libéraux)	281
Tableau 62	Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les gastro-entérologues (libéraux)	282
Tableau 63	Résultats des indicateurs cliniques de la Rosp pour les endocrinologues (libéraux)	283
Tableau 64	Exemples de forfaits à l'épisode de soins en cours d'expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018	285
Tableau 65	La part des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre du panier 100 % Santé évolue parallèlement à la montée en charge du dispositif dans le domaine dentaire	295
Tableau 66	Montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre des équipements auditifs 100 % Santé	300
Tableau 67	Montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre des audioprothèses 100 % Santé	300
Tableau 68	Dépense totale et montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) (y compris au titre de la Complémentaire santé solidaire - CSS) pour les montures et verres correcteurs	303
Tableau 69	Taux de respect des plafonds d'honoraires et de prix des soins et équipements plafonnés (hors Complémentaire santé solidaire - CSS)	304
Tableau 70	Répartition par classe d'âge et panier 100 % Santé pour les verres à très forte correction	306
Tableau 71	Principaux accords conventionnels signés en 2021 et 2022 par les partenaires conventionnels	314
Tableau 72	Tableau de bord sur la pénétration des médicaments biosimilaires (en volume) en 2021 par dénomination commune internationale (DCI) et selon le lieu de délivrance	336
Tableau 73	Récapitulatif de l'impact annuel des actions de l'Assurance Maladie sur 2023 (en millions d'euros)	361

GLOSSAIRE

AAD :	antiviraux à action directe	AVC :	accident vasculaire cérébral
AAT :	avis d'arrêt de travail	BfArm :	Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux, Allemagne
ACE :	actes et consultations externes	BMA :	<i>British Medical Association</i>
ACI :	accord conventionnel interprofessionnel	Passport BP :	parcours de soins pour patients bipolaires
ACS :	aide au paiement d'une complémentaire santé	BPCO :	bronchopneumopathie chronique obstructive
ADC :	acte de chirurgie	BPT :	<i>Best Practice Tariffs</i>
ADE :	acte d'échographie	BSI :	bilan de soins infirmiers
ADI :	acte d'imagerie	Cades :	Caisse d'amortissement de la dette sociale
AEMPS :	<i>Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios</i> (Agence du médicament espagnole)	CAF :	caisse d'allocations familiales
AIFA :	<i>Agenzia Italiana del Farmaco</i>	Capes :	contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé
AINS :	anti-inflammatoires non stéroïdiens	Capi :	contrat d'amélioration des pratiques individuelles
AIS :	acte infirmier de soins	Caques :	contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins
ALD :	affection de longue durée	Caqos :	contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
AMC :	assurance maladie complémentaire	Carsat :	caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
AME :	aide médicale de l'État	CAS :	contrat d'accès aux soins
AMI :	acte médical infirmier	CBU :	contrat de bon usage
AMM :	autorisation de mise sur le marché	CCAM :	classification commune des actes médicaux
AMO :	assurance maladie obligatoire	CDS :	centre de santé
ANS :	Agence du numérique en santé	Cecics :	cellule d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère
ANSM :	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	CEESP :	Commission d'évaluation économique et de santé publique
Aomi :	artériopathie oblitérante des membres inférieurs	Ceps :	Comité économique des produits de santé
AP-HP :	Assistance publique – Hôpitaux de Paris	CH :	centre hospitalier
APA :	activité physique adaptée	CHR :	centre hospitalier régional
APE :	actif à part entière	CHU :	centre hospitalier universitaire
ARA II :	antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	Chup :	chaussures thérapeutiques à usage prolongé
ARS :	agence régionale de santé	CIM :	classification internationale des maladies
ASA :	amélioration du service attendu	CIPM :	<i>Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos</i>
Asalée :	action de santé libérale en équipe	CIS :	conseiller informatique service
ASE :	Aide sociale à l'enfance	CLCC :	centre de lutte contre le cancer
ASMR :	amélioration du service médical rendu	CMG :	Collège de la médecine générale
ASP :	abdomen sans préparation	CMP :	centre médico-psychologique
AT/MP :	accident du travail/maladie professionnelle	CMPP :	centre médico-psychopédagogique
Atih :	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation		
ATM :	actes techniques médicaux		
ATU :	autorisation temporaire d'utilisation		

CMU-C :	couverture maladie universelle complémentaire	DQD :	dose quotidienne définie
CNAF :	Caisse nationale des allocations familiales	Drees :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Cnam :	Caisse nationale de l'Assurance Maladie	DSES :	Direction de la stratégie, des études et des statistiques (Cnam)
CNEDiMTS :	Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé	DSPP :	dispositif de soins partagés en psychiatrie
CNP :	Conseil national professionnel	EBE :	excédent brut d'exploitation
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	ECBU :	examen cyto bactériologique des urines
CNSA :	Chambre nationale des services d'ambulance	ECG :	électrocardiogramme
Cocon :	parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable	EDS :	épisode de soins
COG :	convention d'objectifs et de gestion	EFPIA :	Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques
COSV :	Comité d'orientation de la stratégie vaccinale	Ehpad :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
CPAM :	caisse d'assurance maladie	ELP :	estimations localisées de population
CPR :	<i>Comitato Prezzi e Rimborso</i>	ELSM :	échelon local du service médical
CPTS :	communauté professionnelle territoriale de santé	EMA :	<i>European Medicines Agency</i> , Agence européenne du médicament
CRCDC :	centre régional de coordination des dépistages des cancers	ENCM :	Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
CSG :	contribution sociale généralisée	ENP :	Enquête Nationale Périnatale
CSIS :	Conseil stratégique des industries de santé	ENS :	espace numérique en santé
CSS :	Complémentaire santé solidaire	EP :	embolie pulmonaire
CT :	Commission de la transparence (de la Haute Autorité de santé)	EPA :	examen préanesthésique
CTS :	<i>Commissione Tecnico Scientifica</i>	EPCI :	établissement public de coopération intercommunale
DAC :	dispositif d'appui à la coordination	EPOF :	essoufflement, prise de poids, oedèmes des membres inférieurs et fatigue
DAM :	délégué de l'Assurance Maladie	EPON :	exercice physique régulier, surveillance régulière du poids corporel, observance optimale au traitement et restriction de l'apport alimentaire en sel
DAP :	demande d'accord préalable	EPP :	entretien prénatal précoce
DASA :	Département en santé des assurés (Cnam)	ERMI :	<i>Expenditure-Related Morbidity Index</i>
DCI :	dénomination commune internationale	ESC :	<i>European Society of Cardiology</i>
DCIR :	datamart de consommation interrégimes	ESP :	équipe de soins primaires
DE :	dépassement exceptionnel	ESPIC :	établissement de santé privé d'intérêt collectif
DGFIP :	Direction générale des Finances publiques	ESS :	équipe de soins spécialisés
DGS :	Direction générale de la santé	ESSC :	équipe de soins spécialisés cardiologiques
DiGA :	directive allemande DiGA (<i>Digital Health Applications</i>)	Etapes :	expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé
DIM :	département d'information médicale	ETE :	événement thrombo-embolique
DITP :	Direction interministérielle de la transformation publique	ETP :	éducation thérapeutique diabète
DMP :	Dossier Médical Partagé	ETP :	équivalent temps plein
DMS :	durée moyenne de séjour		
DNS :	Délégation ministérielle au numérique en santé		
DP :	dépassement permanent (secteur à)		

étude ESTEBAN :	étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition	HP :	hospitalisation partielle
FDA :	<i>Food and Drugs Administration</i> , agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux	HPV :	papillomavirus humain
Fdep :	indice géographique de défavorisation sociale	HSD :	honoraires sans dépassement
FFD :	Fédération française des diabétiques	HTA :	hypertension artérielle
Finess :	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux	IC :	insuffisance cardiaque
FIR :	Fonds d'intervention régional	ICS :	infirmier conseiller en santé
FIT :	test immunologique fécal	IDE :	infirmier(ère) diplômé d'État
FLCA :	Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives	IDEC :	infirmier(ère) coordinateur
FMESPP :	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés	Idel :	infirmier(ère) libéral diplômé d'État
FMIS :	Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé	IEC :	inhibiteur de l'enzyme de conversion
FNMR :	Fédération nationale des médecins radiologues	lfaq :	incitation financière à l'amélioration de la qualité
FNORS :	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé	lgas :	Inspection générale des affaires sociales
FNP :	Fédération nationale des podologues	IJ :	indemnités journalières
FNPEIS :	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires	IMC :	indice de masse corporelle
FNPS :	Fichier national des professionnels de santé	INCa :	Institut national du cancer
FPMT :	forfait patientèle médecin traitant	Insee :	Institut national de la statistique et des études économiques
G_NIUS :	guichet national de l'innovation et des usages en e-santé	Inserm :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
GBA :	<i>Gemeinsamer Bundesausschuss</i> (Comité fédéral joint)	IPA :	infirmier(ère) en pratique avancée
GDR :	gestion du risque	lpep :	Incitation à une prise en charge partagée
GHS :	groupe homogène de séjours	IPP :	inhibiteur de la pompe à proton
Gicc :	groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies	IRCT :	insuffisance rénale chronique terminale
GIE Sesam-Vitale :	groupement d'intérêt économique (GIE) Sesam-Vitale	Irdes :	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
GIS :	groupement d'intérêt scientifique	IRM :	imagerie par résonance magnétique
GKV :	<i>Gezetsliche Krankenversicherung</i> , Association nationale des caisses d'assurance maladie (<i>GKV-Spitzenverband</i>)	ISO :	infection du site opératoire
GMS :	<i>General Medical Services Contract</i>	ITAF :	impôts et taxes affectées à la protection sociale
HAD :	hospitalisation à domicile	ITR :	indication thérapeutique remboursable
HAS :	Haute Autorité de santé	IV :	intraveineuse
HbA1C :	hémoglobine glyquée	JO :	<i>Journal officiel</i>
HC :	hospitalisation complète	LBM :	laboratoire de biologie médicale
HCSP :	Haut Conseil en santé publique	LDL :	<i>Low Density Lipoprotein</i>
HDL :	<i>High Density Lipoprotein</i>	Leem :	les Entreprises du médicament
		LFSS :	loi de financement de la sécurité sociale
		LPP :	liste des produits et prestations
		MCO :	médecine, chirurgie, obstétrique
		MDPH :	maison départementale des personnes handicapées
		MEP :	médecin à expertise particulière
		MES :	Mon espace santé

MG :	médecin généraliste	Pégase :	protocole de santé standardisé pour les enfants ayant bénéficié avant leurs 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance
Mici :	maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	PFCT :	plateforme de <i>contact tracing</i>
Migac :	missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation	PH :	prescription hospitalière
MIH :	hypominéralisation des molaires et incisives	PHEV :	prescription hospitalière exécutée en ville
MPA :	majoration personnes âgées	PI :	prescription initiale
MRC :	maladie rénale chronique	PIH :	prescription initiale hospitalière
MRMI :	<i>Medical Response to Major Incidents & Disasters</i>	Planir :	plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures
MRMI :	<i>Mortality-Related Morbidity Index</i>	PMI :	protection maternelle et infantile
MRTC :	Mission : Retrouve ton cap	PMSI :	programme de médicalisation des systèmes d'information
MSAP :	mise sous accord préalable	PNLT :	programme national de lutte contre le tabac
MSO :	mise sous objectifs	PNRT :	programme national de réduction du tabagisme
MSP :	maison de santé pluriprofessionnelle	PNSE :	plan national santé environnement
MSS :	messagerie sécurisée de santé	PPC :	pression positive continue
MT :	médecin traitant	PPS :	plan personnalisé de soins
NABM :	nomenclature des actes de biologie médicale	Prado :	programme d'accompagnement du retour à domicile
NGAP :	nomenclature générale des actes professionnels	Prado IC :	programme d'accompagnement de retour à domicile des patients insuffisants cardiaques
NHS :	<i>National Health Service</i>	PREMs :	<i>Patient-Reported Experience Measures</i>
NICE :	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , Institut national pour l'excellence de la santé et des soins	PROMs :	<i>Patient-Reported Outcome Measures</i>
NPC :	non pris en charge (actes)	PSSM :	Premiers secours en santé mentale
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques	PUI :	pharmacie à usage intérieur
ODF :	orthopédie dento-faciale	QOF :	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
OMS :	Organisation mondiale de la santé	RAC :	reste à charge
Ondam :	objectif national des dépenses d'assurance maladie	RCP :	réunion de concertation pluridisciplinaire
ONSFF :	Organisation nationale syndicale des sages-femmes	RéPAP :	Référent parcours périnatalité
Optam :	option de pratique tarifaire maîtrisée	RGPD :	règlement général sur la protection des données
Optam-co :	option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique	RH :	réserve hospitalière
ORL :	oto-rhino-laryngologiste	RIHN :	référentiel des actes innovants hors nomenclature
P4P :	paiement à la performance ou <i>Payment for Performance</i>	RMM :	ratio de mortalité maternelle
PAM :	praticien et auxiliaire médicaux	ROR :	rougeole-oreillons-rubéole (vaccination)
PCIC :	protocole de coopération national insuffisance cardiaque	Rosp :	rémunération sur objectifs de santé publique
PCO :	plateforme de coordination et d'orientation	RTU :	recommandation temporaire d'utilisation
PDP :	prévention de la désinsertion professionnelle	SAE :	statistique annuelle des établissements de santé
PDSA :	permanence des soins ambulatoires	Samu :	service d'aide médicale urgente
		SAS :	service d'accès aux soins
		SASN :	stratégie d'accélération « Santé numérique »
		SAU :	service d'accueil des urgences

SEP :	sclérose en plaques	UNSFF :	Union nationale et syndicale des sages-femmes
Sfar :	Société française d'anesthésie et de réanimation	URPS :	Union régionale de professionnels de santé
SFC :	Société française de cardiologie	Urssaf :	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
SFD :	Société française de diabétologie	USLD :	unité de soins de longue durée
SFR :	Société française de rhumatologie	VHB :	virus de l'hépatite B
SFST :	Société française de santé au travail	VHC :	virus de l'hépatite C
SGA :	streptocoque du groupe A	VIH :	virus de l'immunodéficience humaine
SGLT2 :	sodium-glucose cotransporteur 2	VPAS :	<i>Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access</i> (Régime volontaire pour la tarification et l'accès aux médicaments de marque)
SI :	système d'information	VSL :	véhicule sanitaire léger
sida :	syndrome d'immunodéficience acquise	W.A.I.T. :	<i>Waiting to Access Innovative Therapies</i> , indicateur W.A.I.T
Sidep :	système d'information et de dépistage		
SIIS :	suivi intensif pour l'inclusion sociale des personnes présentant des troubles psychiques invalidants et fréquemment hospitalisées en psychiatrie		
SLM :	section locale mutualiste		
SMR :	service médical rendu		
SNC :	Syndicat national des cardiologues		
SNDS :	système national des données de santé		
SNP :	soins non programmés		
SNPE :	stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens		
SNS :	stratégie nationale de santé		
SPF :	Santé publique France		
SSR :	soins de suite et de réadaptation		
T2A :	tarification à l'activité		
TAP :	transport assis professionnalisé		
TAP :	stratégie « tester, alerter, protéger »		
TCAM :	taux de croissance annuel moyen		
TIC :	technologies de l'information et de la communication		
TLC :	téléconsultation		
TM :	ticket modérateur		
TND :	troubles du neurodéveloppement		
Trod :	test rapide d'orientation diagnostique		
TSA :	troubles du spectre de l'autisme		
TSH :	thyroïdostimuline (suivi de la thyroïde)		
TUPH :	transport urgent préhospitalier		
UCD :	unité commune de dispensation		
UE :	Union européenne		
Uncam :	Union nationale des caisses d'assurance maladie		
Unocam :	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire		

Le rapport Charges et produits est disponible sur
**[https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-
rapport-propositions-pour-2023-charges-produits](https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits)**
en scannant ce QR code :



Directeur de publication : Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)
50 avenue du Professeur-André-Lemierre, 75986 Paris cedex 20
Design et réalisation : Hopscotch Groupe (mise en page et infographies : Olivier Van Bellinghen)