



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2022

JUILLET 2021

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2021 (loi du 13 août 2004)

Sommaire

SOMMAIRE	3
LISTE DES PROPOSITIONS	5
INTRODUCTION	7
PARTIE 1 - LES DETERMINANTS DE LA CROISSANCE DES DEPENSES : UNE ANALYSE MEDICALISEE .	9
1. QUELLES SONT LES PRINCIPALES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE EN 2019 ET A QUEL COUT ?	12
2. QUELS FACTEURS D'EVOLUTION DES DEPENSES PAR PATHOLOGIE ?	18
2.1. Des dynamiques contrastées selon les pathologies et les périodes considérées	18
2.2. Cancers	26
2.1. Maladies inflammatoires chroniques	36
3. LA CHARGE DE MORBIDITE : UNE PREMIERE DESCRIPTION DU NOMBRE D'ANNEES DE VIE PERDUES PAR CAUSE DE DECES EN 2016 – UNE COLLABORATION AVEC SANTE PUBLIQUE FRANCE ET LE CEPIDC	40
3.1. Une méthodologie standardisée au service d'une démarche de santé publique	40
3.2. Des résultats préliminaires illustrant l'intérêt de l'estimation du nombre d'années de vie perdues	41
3.3. Perspectives	45
3.4. Références	46
PARTIE 2 – MAITRISER LA CROISSANCE DES DEPENSES POUR GARANTIR LA PERENNITE DU SYSTEME DE SANTE : LES PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2021	47
1. L'EVOLUTION DES CHARGES ET DES PRODUITS DE L'ASSURANCE MALADIE ET L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE	49
1.1. Les produits de la branche maladie, entre croissance et diversification depuis 2006.....	49
1.2. Une trajectoire de retour à l'équilibre soutenue par une évolution des dépenses cohérente avec celle des recettes jusqu'en 2019	50
1.3. Une dégradation historique du solde de la branche maladie en 2020, s'expliquant par un « effet ciseau » entre baisse des produits et hausse des dépenses	52
1.4. La crise sanitaire soulève la question de la soutenabilité financière du régime.....	54
2. ACCOMPAGNER LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE EN RENOVANT LES MODALITES D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE EN MATIERE DE GESTION DU RISQUE	59
2.1. La nécessité d'engager une nouvelle dynamique en matière de gestion du risque.....	60
2.2. Le programme de rénovation de la gestion du risque est articulé autour de six principaux axes de transformation 60	
2.3. Les leviers du programme de rénovation de la gestion du risque	63
3. PROPOSITIONS DE MESURES POUR L'ONDAM 2022 ET LE RESPECT DES OBJECTIFS	65
3.1. Favoriser un recours soutenable aux produits de santé	65
3.2. Optimiser l'efficacité des prescriptions et des actes.....	83
3.3. Lutter contre la fraude et les abus.....	87
PARTIE 3 – PROPOSITIONS COMPLEMENTAIRES POUR ACCROITRE LA QUALITE ET L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS A COURT ET MOYEN TERME	94
1. L'APPROCHE PAR PATHOLOGIE DE LA GESTION DU RISQUE : LES MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES	95
1.1. Les maladies cardio-neurovasculaires, un candidat idéal pour une approche par pathologie de la gestion du risque 95	
1.2. Une approche cohérente par pathologie de la gestion du risque pour viser et obtenir des résultats à grande échelle 97	
1.3. Illustration de la démarche de rénovation de la gestion du risque : l'exemple de l'insuffisance cardiaque	101
1.4. Propositions	117
1.5. Références	117
2. APPROCHE PATHOLOGIE : LA SANTE MENTALE	119

2.1. La santé mentale, un enjeu majeur et durable de la gestion du risque	119
2.2. Un ensemble d'actions existantes à compléter et renforcer	124
2.3. Plan d'action et propositions	133
2.4. Références	134
3. LA CRISE DE LA COVID-19 ET SON IMPACT SUR LA CONSOMMATION ET LE RECOURS AUX SOINS	135
3.1. L'épidémie de COVID-19 a modifié de manière importante le recours aux soins en 2020 et en 2021.....	136
3.2. Dans cette période complexe, l'Assurance maladie a contribué à la gestion de l'épidémie ainsi qu'aux mesures d'accompagnement des assurés et des professionnels de santé	156
3.3. Propositions	165
3.4. Références	167
4. ORGANISATION TERRITORIALE ET REFORME DU FINANCEMENT DES SOINS	168
4.1. Faire évoluer les organisations et le mode de financement des soins de ville pour mieux répondre aux besoins de la population, pourquoi promouvoir les organisations coordonnées ?	168
4.2. Un système qui a largement évolué.....	169
4.3. Ces constats couplés aux enseignements de la crise COVID, incitent à aller « plus vite plus loin plus fort »	182
4.4. Adapter les modes de financement à l'exercice coordonné.....	184
4.5. Propositions	195
4.6. Références	196
5. RENFORCER LA PROMOTION DE LA SANTE AUPRES DES POPULATIONS ELOIGNEES DES SYSTEMES DE SOINS : VERS LA CO-PRODUCTION DES ACTIONS DE PREVENTION	197
5.1. Les nouveaux enjeux des politiques de prévention et de promotion de la santé.....	197
5.2. La lutte contre les addictions, une nouvelle façon de piloter les actions de prévention.....	199
5.3. Vers une culture commune de la prévention : éclairages internationaux.....	204
5.4. Conclusion et propositions.....	209
INDEX DES TABLEAUX ET ILLUSTRATION	212
1. LISTE DES ENCADRES	213
2. LISTE DES FIGURES	214
3. LISTE DES TABLEAUX.....	217
ANNEXE 1 – SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2021	218
ANNEXE 2 – BILAN DES NEGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE	220
ANNEXE 3 – LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE (ROSP)	241
1. L'EVOLUTION DES INDICATEURS EN 2020 INFLUENCEE PAR LA CRISE SANITAIRE.....	242
2. UNE REMUNERATION GLOBALE PRESERVEE	243
ANNEXE 4 – CARTOGRAPHIE DES PATHOLOGIES ET DES DEPENSES : METHODE D'AFFECTATION DES DEPENSES AUX PATHOLOGIES, TRAITEMENTS ET EVENEMENTS DE SANTE DEVELOPPEE PAR LA CNAM.....	248

Liste des propositions

- Proposition 1 : Promouvoir le bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons auprès des professionnels de santé et des patients
- Proposition 2 : Promouvoir le bon usage du paracétamol
- Proposition 3 : Améliorer le diagnostic de la dépression et sa prise en charge chez les personnes de plus de 75 ans
- Proposition 4 : Favoriser le respect des recommandations et l'utilisation efficiente des traitements médicamenteux pour la population atteinte de polyarthrite rhumatoïde
- Proposition 5 : Réintroduire une disposition permettant la substitution des médicaments biosimilaires en officines, en initiation de traitement, hors traitements chroniques
- Proposition 6 : Promouvoir le bon usage des médicaments anticancéreux inhibiteurs des CDK 4 et 6
- Proposition 7 : Déployer une nouvelle méthodologie d'accompagnement à l'installation des infirmiers libéraux pour améliorer la pertinence de la facturation.
- Proposition 8 : Refondre les dispositifs d'accord préalable
- Proposition 9 : Mieux identifier l'ampleur des fraudes
- Proposition 10 : Renover la politique de contrôle des trafics de médicaments
- Proposition 11 : Lutter contre les détournements du modèle des centres de santé
- Proposition 12 : Déployer un parcours « insuffisance cardiaque »
- Proposition 13 : Appuyer les acteurs des parcours avec des outils de datavisualisation adaptés sur les parcours de soins.
- Proposition 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
- Proposition 15 : Accompagner et renforcer l'initiative « premiers secours en santé mentale » et envisager les conditions d'une extension de ce dispositif en milieu professionnel
- Proposition 16 : Etudier 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
- Proposition 17 : Préparer et accompagner la généralisation de l'expérimentation de l'Assurance Maladie proposant des séances de psychothérapies prescrites par le médecin traitant pour les patients présentant des syndromes anxiodépressifs d'intensité légère à modérée
- Proposition 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
- Proposition 19 : Améliorer la pertinence et les conditions de prescriptions des antidépresseurs et des benzodiazépines
- Proposition 20 : Déployer des actions de maîtrise du risque cardiovasculaire chez les malades psychiatriques sévères
- Proposition 21 : Tirer les enseignements de la crise sur les données de santé et leur gestion
- Proposition 22 : Soutenir la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV)
- Proposition 23 : Soutenir la vaccination des nourrissons et des enfants
- Proposition 24 : Tirer les enseignements de la crise COVID dans la gestion des épidémies hivernales
- Proposition 25 : Construire et accompagner la mise en œuvre d'un parcours gradué pour les malades ayant des symptômes persistants de la Covid-19
- Proposition 26 : Mettre en œuvre une démarche d'«Aller vers» pour relancer la participation au dépistage organisé des cancers

- Proposition 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
- Proposition 28 : Renforcer les missions des structures d'exercice coordonné
- Proposition 29 : Lancer des expérimentations sur les équipes de soins – primaires et secondaires, afin de mieux définir les missions et les modes d'organisation
- Proposition 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
- Proposition 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
- Proposition 32 : Structurer le financement d'équipes de recherche dédiées à la promotion de la santé
- Proposition 33 : Soutenir l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire en partenariat avec l'Education Nationale
- Proposition 34 : Généraliser le programme « Mission retrouve ton Cap »
- Proposition 35 : Organiser à large échelle un programme d'évaluation du risque cardiovasculaire à destination de publics prioritaires
- Proposition 36 : Renforcer le rôle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en matière de prévention et de promotion de la santé

Introduction

Près de 18 mois après le début de la pandémie de COVID-19, notre pays continue de faire face à la crise sanitaire la plus importante et la plus durable de son histoire moderne. Cette crise a souligné, s'il en était besoin, toute l'importance d'un système d'Assurance Maladie solide capable de relever le défi de la réponse de court terme à la pandémie, tout en continuant à apporter des réponses durables et pertinentes aux défis des maladies chroniques, de la polyopathie ou encore de la perte d'autonomie.

Au prix d'une mobilisation remarquable de l'ensemble de ses acteurs, notre système de santé a fait face. De très nombreux progrès ont été enregistrés, en terme de dépistage, de traitement et de prévention de l'infection au SARS-Cov 2 : l'existence de plusieurs vaccins efficaces dès le début de l'année 2021 relevait ainsi il y a un an de l'hypothèse optimiste et la possibilité que ces vaccins puissent être disponibles en quantité suffisante pour espérer une couverture rapide et large de la population française avant la fin de l'année 2021 semblait elle irréaliste. Le rôle de premier plan joué par l'Assurance Maladie et la mobilisation de son réseau bien au-delà de sa fonction classique de financeur des soins dans la gestion de la crise est à noter : contact tracing, téléservices, vaccination, mobilisation des centres d'examen de santé et des établissements des UGECAM, aides aux professionnels de santé, mesures dérogatoires, analyses de données et études scientifiques... sont autant de témoignages de l'engagement total de ses équipes.

Au-delà de la prise en charge des patients directement affectés par la COVID-19, en ville et dans les hôpitaux, cette crise aura également profondément affecté le fonctionnement courant du système de santé qu'il s'agisse des soins de premiers recours ou de l'activité spécialisée. La baisse du recours aux soins enregistrée en 2020 ne semble pas s'être traduite, dans la plupart des cas, par des pertes de chances pour les patients. La mobilisation des professionnels, en particulier les infirmières libérales et les médecins généralistes, pendant le premier confinement n'y est pas étrangère. Dans de nombreuses situations cependant, l'existence de telles pertes de chances n'est pas à exclure, d'où l'importance de maintenir un haut niveau de mobilisation pour « aller vers » les populations les plus fragiles et les plus à risque pour limiter ces conséquences. Beaucoup a déjà été fait, mais beaucoup reste à faire, qu'il s'agisse de la vaccination anti-HPV, de la santé mentale, du dépistage des cancers ou encore de maladies cardio-neurovasculaires, comme l'illustrent le chapitre consacré à ce sujet dans la suite du rapport.

Ces résultats ont été rendus possibles par un investissement financier massif, matérialisant pour de nombreux français le caractère protecteur du système d'Assurance Maladie. Cet investissement nécessaire a cependant des conséquences importantes sur les comptes de l'Assurance Maladie, qui après des années de retour vers l'équilibre se retrouvent pour la deuxième année consécutive devant un déficit de très grande ampleur, résultant de cet investissement, conjugué à la diminution des recettes induites par le ralentissement de l'économie française. Quels que soient les scénarii de retour vers une situation d'activité et de dépenses de santé plus « normales », les conséquences de cet état de fait se feront sentir pendant plusieurs années sur l'équilibre des comptes de la Branche Maladie, limitant, sans l'annuler, l'impact des mesures de maîtrise classiques des dépenses de santé.

Cette nouvelle donne est pour l'Assurance Maladie un appel à formaliser et mettre en œuvre une stratégie de gestion du risque renouvelée, mieux à même de répondre à ces défis sur le long terme. C'est l'une des ambitions de ce rapport que de présenter les grandes lignes et les premiers exemples de cette approche renouvelée. Si les aspects opérationnels en sont détaillés plus loin dans le rapport, il apparaît utile de rappeler les grands principes qui la fondent. La gestion du risque renouvelée vise à développer de manière encore plus forte et structurée une approche centrée sur les pathologies : c'est à travers l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies avec des parcours plus fluides et mieux maîtrisés permettant d'éviter la survenue d'un certain nombre d'évènements de santé que se forge l'efficacité du système de santé et la maîtrise des dépenses de santé. L'exemple des maladies cardio-neurovasculaires, et de l'insuffisance cardiaque en particulier, détaillé dans les pages du présent rapport illustre parfaitement cette approche, fondée sur des analyses de santé publique comme la cartographie médicalisée des dépenses de santé ou la charge de morbidité et l'analyse des parcours de soins via les analyses des données de santé.

Le postulat est simple : une action soutenue, continue, mobilisant l'ensemble des acteurs du système de santé et alliant des mesures volontaristes de prévention et l'amélioration des prises en charge, peut et doit produire des résultats mesurables sur les plans sanitaires et économiques en population générale. Si l'Assurance Maladie doit jouer un rôle d'importance dans cette approche, elle ne peut la porter seule. Patients et professionnels de santé en seront les partenaires privilégiés et indispensables et doivent être mobilisés à cette fin. Les

partenariats sur le terrain avec les agences régionales de santé et, au niveau national, avec l'ensemble des institutions en charge de réguler, au sens charge, l'organisation du système de santé seront également majeurs.

L'émergence et la maturation de structures d'exercice coordonné, ainsi que à un échelon territorial, de communautés professionnelles territoriales de santé est un enjeu fort pour la réussite de cette nouvelle approche. Il faut en la matière aller plus vite, plus loin est plus fort, dans le cadre conventionnel, en proposant également des accompagnements adaptés aux professionnels et en intégrant, à moyen terme, les réflexions et retours d'expérience issu des expérimentations de l'article 51 de la LFSS 2018 qui dessinent peu à peu les contours potentiels et les nuances de la palette des possibles en matière de financement des activités de soins dans les années à venir. C'est la clé dans de nombreux cas pour favoriser le développement d'organisations plus adaptées aux enjeux sanitaires émergents, mais aussi aux attentes des professionnels de santé, en particulier des plus jeunes.

Le paysage qui émerge de la crise sanitaire est significativement différent à bien des égards de celui qui l'a précédé. Il demeure cependant traversé des mêmes enjeux en matière de maladies chroniques. De la capacité à répondre à ces enjeux de manière pertinente et à tirer toutes les leçons de la crise de la COVID-19 dépendra sa capacité à fonctionner de manière efficiente et sa soutenabilité de long terme. Les analyses et contributions présentées dans ce rapport, dans la continuité des rapports précédents, ont pour ambition de contribuer à cette réflexion et à ce débat.

Partie 1 - Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée

Pour la première fois dans ce rapport, la Cartographie des pathologies et des dépenses porte sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie, ce qui porte la population analysée à 66,3 millions de personnes en 2019 (97% de la population recensée par l'INSEE). La période d'analyse a toutefois dû être réduite aux années 2015 à 2019 en raison de l'absence d'information sur les Affections de Longue Durée (ALD) avant 2014 pour certains régimes.

Les principaux constats sont tout à fait comparables à ceux de la version précédente portant sur le régime général uniquement, les pathologies les plus fréquentes et coûteuses restant les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies psychiatriques. Pour certaines pathologies, les dépenses augmentent lentement mais régulièrement du fait du vieillissement de la population (maladies cardiovasculaires, diabète...), alors que pour d'autres l'augmentation est importante voire brutale, liée à l'arrivée de nouveaux traitements coûteux. Des résultats plus détaillés sont présentés sur les cancers de la prostate et du sein, pour lesquels la prise en charge a évolué ces dernières années avec l'arrivée de nouveaux traitements de long cours (hormonothérapie de seconde génération et thérapie ciblée, respectivement) et du poumon, pour lequel l'augmentation des dépenses constatée en 2017 s'est depuis amplifiée. Mais les résultats montrent également certaines baisses liées notamment à des baisses de prix et à l'arrivée de biosimilaires comme ceux du REMICADE®. Les résultats de la Cartographie sur les maladies inflammatoires chroniques sont présentés pour illustrer cette baisse.

Par ailleurs, si l'objectif principal reste d'estimer les dépenses remboursées par pathologie, les usages des données de la Cartographie se diversifient. **Elles ont ainsi servi de base au repérage des pathologies pour l'estimation des taux de vaccination contre le SARS-CoV-2 par pathologie, pour l'étude conduite par EpiPHARE sur les facteurs de risque d'hospitalisation et de mortalité hospitalière liée à la COVID-19 et pour l'étude des recours aux soins primaires par pathologie pendant la pandémie.** En offrant une vision globale des principales pathologies prises en charge dans le système de santé et des dépenses afférentes, ces données contribuent également à la démarche de gestion du risque (GDR) de l'Assurance Maladie.

Enfin, à partir de cette année, une section spécifique porte sur la charge de morbidité. Il s'agit d'une approche associant des indicateurs de morbidité et de mortalité afin de décrire l'état de santé de la population, très complémentaire de la Cartographie pour aider à identifier des priorités et des actions pour la GDR et pour la santé publique en général. Les premiers résultats de ce projet, conduit en collaboration avec Santé publique France et le CépiDc, sont présentés en fin de chapitre.

Véritable outil d'analyse au service du pilotage du système de soins, complémentaire d'autres sources de données existantes sur l'état de santé et le recours aux soins de la population française, la cartographie médicalisée des dépenses, développée depuis 2012 par la CNAM, permet de répondre à des questions importantes dans une perspective d'amélioration du système de santé français et de son efficacité : quelles sont les pathologies les plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Combien de patients sont-ils ainsi pris en charge ? Quelles ressources financières sont mobilisées pour assurer ces soins ? Comment progressent-elles ? Quelles peuvent être les dynamiques médicales à l'œuvre derrière ces évolutions ? Sont-elles liées à l'évolution du nombre de patients soignés, ou à des changements dans les traitements, dans la façon dont les processus de soins sont organisés ? Quel est l'impact des innovations médicamenteuses ? Peut-on voir l'impact des actions de régulations mises en œuvre les années précédentes ? Quelles pathologies doivent être la cible de futures actions visant à améliorer la pertinence, la qualité et, *in fine*, l'efficacité des soins ?

En permettant d'appréhender les enjeux médico-économiques liés aux pathologies et aux facteurs de risque et de mieux comprendre les dynamiques médicales qui sous-tendent l'évolution tendancielle du coût des soins, la cartographie est devenue un élément incontournable de compréhension du système de soins. En effet, dans un contexte où la contrainte sur les dépenses d'assurance maladie s'est accrue au cours du temps, où les questions de recours aux soins et d'accès aux innovations sont de plus en plus prégnantes, cet outil est couramment utilisé par l'Assurance Maladie mais également par l'ensemble des acteurs chargés d'élaborer et/ou de mettre en œuvre une politique publique de santé efficace. Les analyses qui en découlent permettent de proposer, dans une perspective de pérennisation du système d'assurance maladie, des actions d'organisation et de régulation (sur les prix des médicaments, par exemple), à court et moyen termes, ainsi que des mesures de prévention, pour agir à plus long terme.

Comme chaque année depuis 2012, les résultats de cet outil d'analyse sont présentés dans la première partie de ce rapport. La cartographie repose sur les données de remboursements des soins issues du système national des données de santé (SNDS). Jusqu'en 2018, elle a offert une perspective historique au maximum sur sept années, de 2012 à 2018 donc, des données de remboursements des soins par le régime général. A partir de 2019, en raison du renseignement des sources du SNDS (notamment des Affections de Longue durée) par tous les régimes d'assurance maladie depuis 2014-2015, le champ de la cartographie s'est étendu à l'ensemble des

régimes. **Ainsi, pour la première fois les résultats présentés dans ce rapport tiennent compte des bénéficiaires de tous les régimes et de leurs soins remboursés.** Elle offre ainsi une perspective historique de cinq années et rend possible l'analyse comparée de l'évolution des fréquences des pathologies et des dépenses de soins remboursés en France sur cette période, grâce à l'application de la même méthode pour chacune des années. Néanmoins, les différentes versions de la cartographie ne sont pas comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information et, lorsque c'est le cas, en raison des améliorations apportées aux algorithmes. Pour le présent rapport, les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins n'ont toutefois pas été modifiés¹ relativement aux versions précédentes. Par ailleurs, la méthode d'estimation des dépenses qui prévalait lorsque la cartographie portait sur le seul régime général demeure inchangée et a été appliquée telle quelle maintenant que tous les régimes sont pris en compte² (annexe 4).

Toutefois, l'intégration, à partir de 2017, du financement des médicaments délivrés dans le cadre d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) dans le poste de dépenses « médicaments de la liste en sus » continue de modifier le périmètre pris en compte pour les années 2015 et 2016, relativement à celui des années 2017, 2018 et 2019 et peut expliquer d'éventuelles ruptures observées sur les évolutions des dépenses. Ces médicaments étaient financés précédemment pour les établissements de santé *via* l'enveloppe « Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation » (Merri). Les dépenses correspondantes sont donc en dehors du champ de la cartographie pour les années 2015 et 2016.

Dans cette première partie du rapport sont donc présentés :

- les effectifs et dépenses mobilisées pour la prise en charge des différentes pathologies en 2019 et leurs évolutions entre 2015 et 2019 ;
- une analyse détaillée des cancers du sein, de la prostate et du poumon
- une analyse détaillée également des maladies inflammatoires chroniques

¹ Cependant, le champ des affections de longue durée (ALD) a été modifié afin d'harmoniser la méthode avec celle de la MSA. Auparavant, seules les ALD des personnes ayant une prestation en rapport ou sans rapport avec une ALD dans la même année étaient considérées (ALD dites actives, qui représentent plus de 95% des cas). A partir de la présente version, nous considérons toutes les personnes ayant une ALD en cours l'année n. Pour ces personnes, une date de fin a été forcée à 5 ans après la dernière mise à jour de leurs informations d'ALD, pour ne pas considérer certaines ALD anciennes qui pouvaient avoir des dates de fin très éloignées alors que la personne ne recevait plus de soins pour cette pathologie.

² L'extrapolation des montants affectés au champ tous régimes qui était faite les années précédentes n'a donc plus lieu d'être dans ce rapport qui présente la première version de la cartographie tous régimes.

1. Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2019 et à quel coût ?

En 2019, 167 milliards d'euros ont été remboursés³ 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 61 % de cette dépense (environ 86 milliards d'euros) (Figure 1 et Figure 2), et concernent 36 % de la population (soit près de 24 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (Figure 3). À l'opposé, 55 % de la population, soit plus d'un assuré sur deux, a reçu uniquement des soins qualifiés de « courants » (Encadré 1).

Comme les années précédentes, certaines pathologies (Encadré 1) représentent une proportion particulièrement importante des dépenses d'assurance maladie (Figure 1 et Figure 2) :

- 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 : 37,4 milliards d'euros, soit 22 % des dépenses totales⁴.
- la santé mentale, si l'on regroupe les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des « traitements chroniques par psychotropes » (dont les anxiolytiques et hypnotiques), représente 22,7 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales ;
- la prise en charge des cancers atteint 20,1 milliards d'euros, soit 12,0 % des dépenses totales ;
- la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires atteint 17,7 milliards d'euros, soit 10,5 % des dépenses totales.

Une analyse plus fine des 22,7 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 » (4,8 milliards d'euros) qui représentent 48 % des dépenses affectées à la santé mentale. Ce poids important découle principalement des dépenses des séjours hospitaliers, en établissements psychiatriques notamment.

Parmi les 20,1 milliards d'euros affectés aux cancers, on notera le poids important des cancers du sein (3,5 milliards d'euros), du poumon (2,4 milliards d'euros), du côlon (1,9 milliard d'euros) et de la prostate (1,8 milliard d'euros) qui représentent 48 % des dépenses mobilisées.

Au sein des maladies cardio-neurovasculaires, trois pathologies représentent plus des deux tiers des dépenses : la maladie coronaire (4,4 milliards d'euros), les accidents vasculaires cérébraux (3,8 milliards d'euros) et l'insuffisance cardiaque (3,1 milliards d'euros).

En 2019, 8,5 millions de personnes ont reçu un traitement chronique du risque vasculaire et près de 9,4 millions ont eu une hospitalisation dite « ponctuelle » (Encadré 1), pour des motifs autres que ceux correspondant aux pathologies chroniques identifiées *via* les algorithmes médicaux dont font partie les maladies cardio-neurovasculaires (5,1 millions de personnes), le diabète (4 millions de personnes) et les maladies respiratoires chroniques (3,7 millions de personnes), mais aussi les cancers (3,3 millions de personnes) et les maladies psychiatriques (2,5 millions de personnes). Si l'on ajoute à ces dernières les 5,6 millions de personnes recevant un traitement chronique par psychotropes, ce sont plus de 8 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 1). Deux principaux groupes de pathologies se distinguent (Figure 4) :

³ Les dépenses suivantes, relevant du champ Ondam, ne sont pas incluses : pour les soins de ville : rémunération médecin traitant, permanence des soins, contrats et accords, interruption volontaire de grossesse (IVG), remises conventionnelles, cotisations praticiens et auxiliaires médicaux (PAM), Fonds des actions conventionnelles (FAC) et aides à la télétransmission ; pour les établissements de santé : forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG...), missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ; pour les établissements et services médico-sociaux : ensemble des dépenses, pour le Fonds d'intervention régional (FIR) : ensemble des dépenses et pour les autres prises en charge : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs). Les dépenses suivantes, hors champ Ondam, ont en revanche été incluses : indemnités journalières pour maternité et invalidité.

⁴ Un descriptif de ces séjours a été présenté dans le rapport pour 2020.

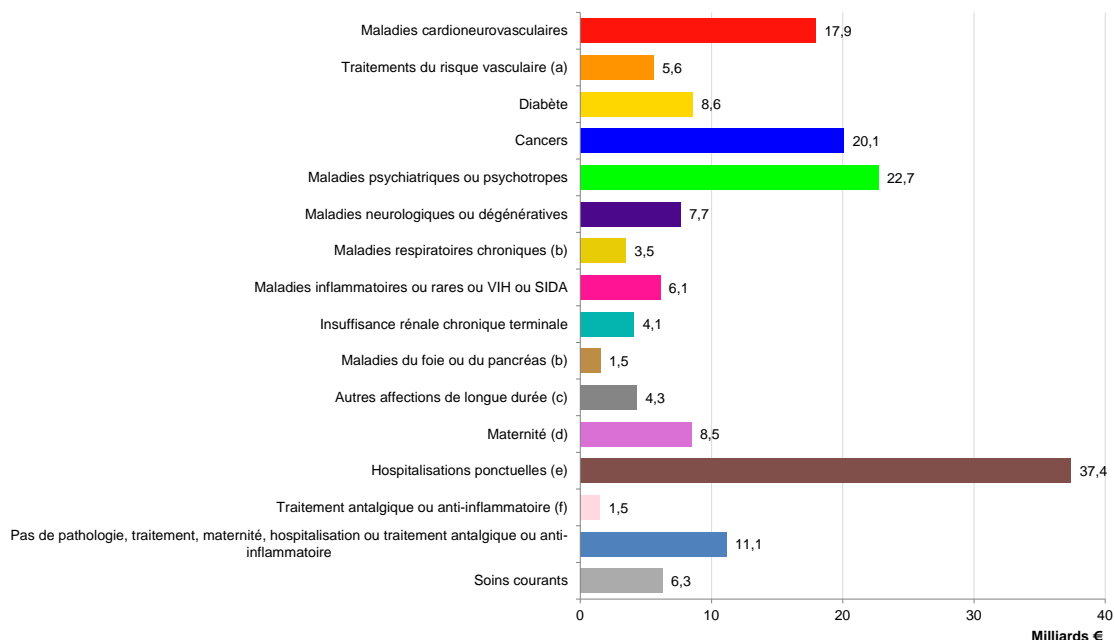
- celles qui concernent un nombre important de personnes mais avec un coût moyen par patient relativement faible, comme le traitement chronique du risque vasculaire en prévention primaire (661 euros par an par personne en moyenne) ou le traitement chronique par psychotropes (1 187 euros par an par personne en moyenne) ;
- celles qui concernent peu de personnes mais pour lesquelles la dépense annuelle moyenne mobilisée par patient est élevée. C'est le cas notamment des cancers actifs (12 270 euros), des maladies cardio-neurovasculaires aiguës (9 142 euros), des maladies psychiatriques (6 413 euros) et la maternité (6 698 euros).

Les hospitalisations ponctuelles (Encadré 1) se démarquent toutefois avec un effectif très élevé (9 417 185 patients) et une dépense moyenne élevée (3 972 euros).

Malgré des effectifs relativement faibles (98 427 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 élevée⁵ (41 701 euros).

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Figure 5). Les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour les maladies cardiovasculaires aiguës (82 %), l'insuffisance rénale chronique terminale (68 %), les maladies psychiatriques (65 %) et les cancers actifs (58 %), ce qui explique leurs niveaux de dépenses élevés. A l'inverse, les soins de ville concernent la majorité des dépenses mobilisées pour la prise en charge du diabète (84 %), des personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (77 %), des maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida (69 %), des cancers sous surveillance (67 %), des maladies neurologiques ou dégénératives (63 %), des personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...) (63 %), des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) (62 %) et des maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) (54,7 %). Enfin, les prestations en espèces⁶ ont un poids important dans les dépenses mobilisées dans le cadre de la maternité (43 %) ou pour les patients ayant bénéficié de traitements chroniques par psychotropes (42 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (40 %).

Figure 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2019 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 167 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes



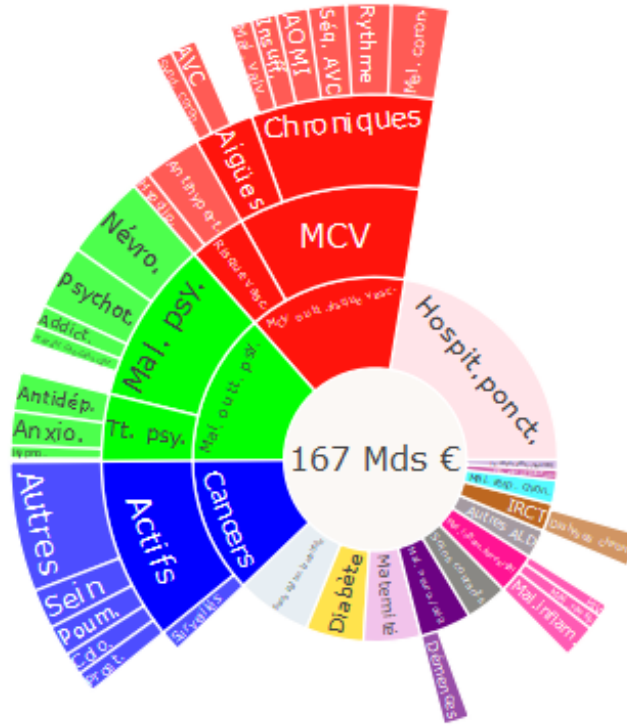
⁵ Pour cette raison, cette pathologie n'a pas été représentée dans la Figure 4.

⁶ Les prestations en espèces comprennent les indemnités journalières versées en cas de maladie ou d'accidents du travail ou maladie professionnelle (IJ maladie ou AT/MP), celles versées en cas de maternité, de congé paternité ou adoption (IJ maternité) et les pensions d'invalidité.

Champ : Tous régimes - France entière
 Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

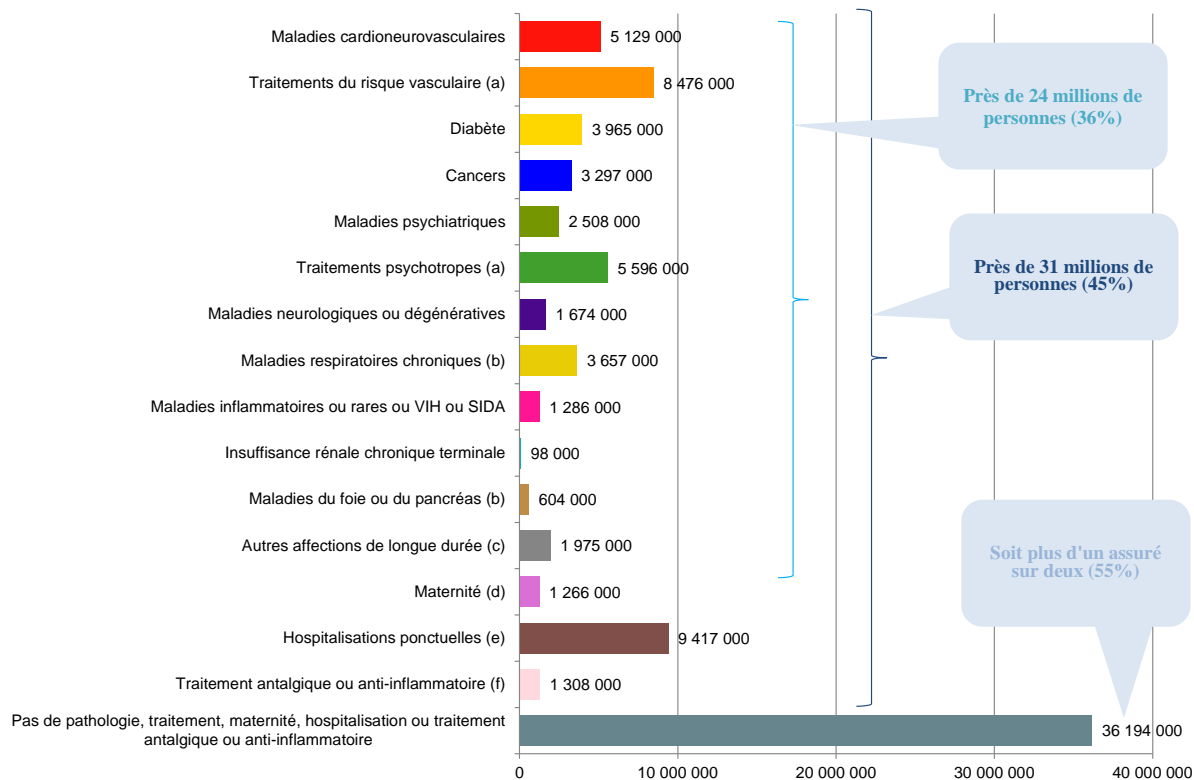
NB : Les soins dits « courants » correspondent à la somme des dépenses qui ont été retranchées de chaque poste de soins de ville – excepté les transports et soins de sages-femmes – et du poste IJ maladie/AT-MP, de chaque individu consommant du poste (2^{me} décile, par sexe et tranche d'âge, calculé sur le champ des individus n'ayant aucune des pathologies, états de santé ou traitements, mais pouvant en revanche avoir eu un épisode hospitalier ponctuel au cours de l'année). 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.

Figure 2 : Répartition des dépenses entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2019



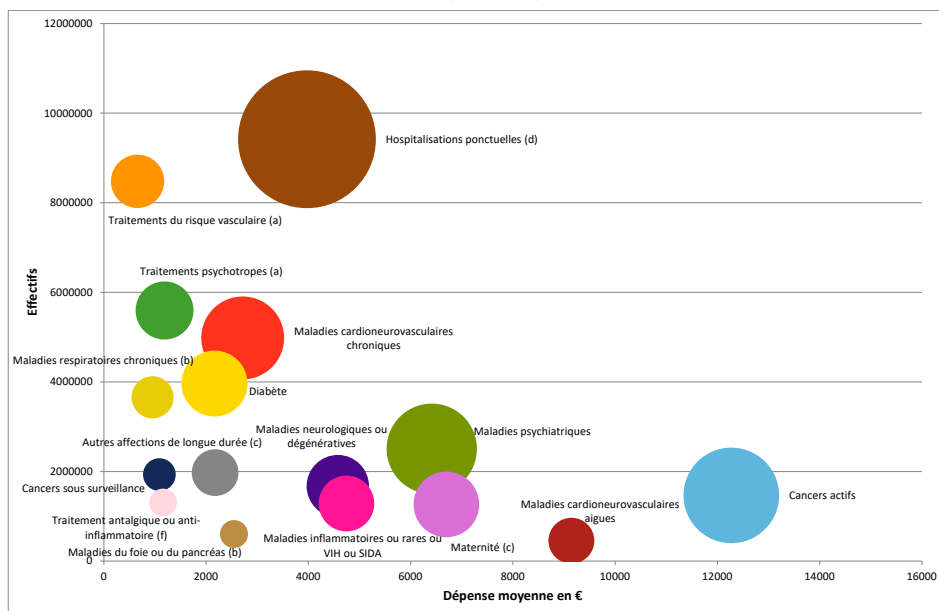
Remarque : les pathologies représentant de très faibles proportions des dépenses ne sont pas représentées
 Champ : Tous régimes - France entière - Source : CNAM (cartographie version de juillet 2020)

Figure 3 : Nombre de bénéficiaires du régime général pris en charge en 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes 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
 Champ : Tous régimes - France entière
 Source : CNAM (cartographie version de juillet 2020)

Figure 4 : Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales en 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes 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 juillet 2021)

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.

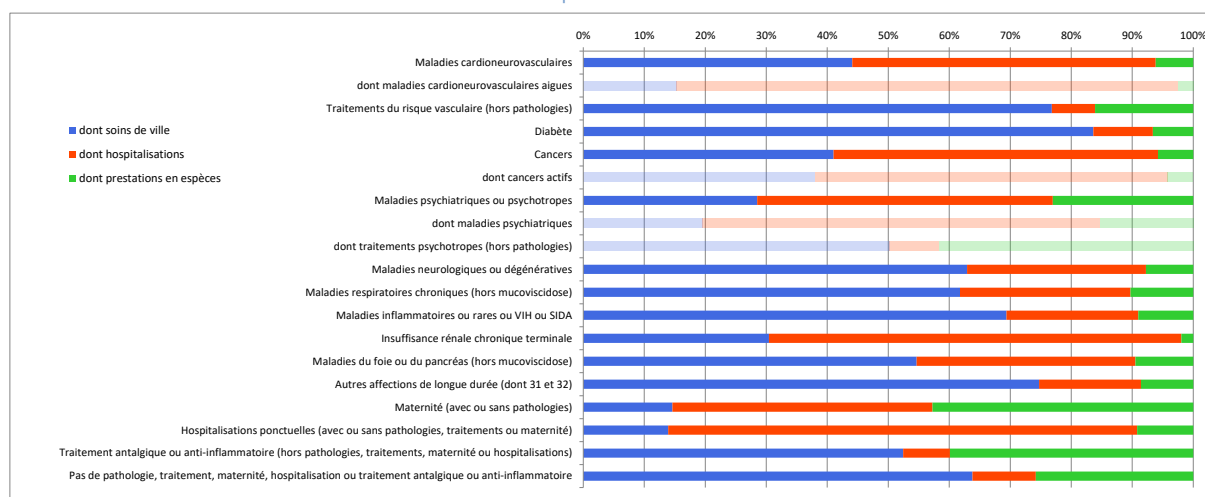
Tableau 1 : Effectifs et dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins, en 2019

Pathologie, traitement ou événement de santé	Effectif	Dépense moyenne totale	dont soins de ville	dont hospitalisations	dont prestations en espèces
Maladies cardiovasculaires	5 129 236	3 448 €	1 542 €	1 740 €	215 €
dont maladies cardiovasculaires aiguës	454 615	9 142 €	1 481 €	7 967 €	237 €
dont maladies cardiovasculaires chroniques	4 982 836	2 716 €	1 452 €	1 064 €	200 €
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	8 476 179	661 €	508 €	47 €	106 €
Diabète	3 964 561	2 164 €	1 810 €	211 €	143 €
Cancers	3 297 155	6 097 €	2 502 €	3 243 €	352 €
dont cancers actifs	1 467 392	12 270 €	4 661 €	7 091 €	518 €
dont cancers sous surveillance	1 930 730	1 086 €	730 €	149 €	207 €
Maladies psychiatriques ou psychotropes	8 103 919	2 804 €	799 €	1 359 €	646 €
dont maladies psychiatriques	2 508 405	6 413 €	1 252 €	4 179 €	982 €
dont traitements psychotropes (hors pathologies)	5 595 514	1 187 €	597 €	95 €	495 €
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 673 904	4 576 €	2 879 €	1 341 €	355 €
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3 656 804	954 €	589 €	267 €	98 €
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1 286 272	4 744 €	3 292 €	1 025 €	427 €
Insuffisance rénale chronique terminale	98 427	41 701 €	12 692 €	28 194 €	815 €
dont dialyse chronique	54 566	60 557 €	16 965 €	43 097 €	496 €
dont transplantation rénale	3 514	68 127 €	15 590 €	50 333 €	2 204 €
dont suivi de transplantation rénale	40 347	13 897 €	6 660 €	6 111 €	1 126 €
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	604 162	2 545 €	1 391 €	913 €	241 €
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 975 489	2 177 €	1 627 €	364 €	186 €
Maternité (avec ou sans pathologies)	1 265 621	6 698 €	979 €	2 856 €	2 863 €
Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	9 417 185	3 972 €	553 €	3 054 €	365 €
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 308 126	1 159 €	608 €	89 €	462 €
Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	36 194 044	308 €	196 €	32 €	79 €

Champ : Tous régimes - France entière

Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021, dépenses remboursées)

Figure 5 : Structure des dépenses moyennes par patient en 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



Champ : Tous régimes - France entière

Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

Encadré 1 : 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, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire 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).

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.

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

Traitements psychotropes. Il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et/ ou hypnotiques (mais qui n'ont pas de diagnostic psychiatrique repérable dans le SNDS – *via* une hospitalisation ou une affection de longue durée (ALD) récentes).

Maladies neurologiques et dégénératives. Elles comprennent les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la paraplégie, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

Maladies respiratoires chroniques. Asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance respiratoire chronique... 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. 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 (regroupées). Personnes avec une ALD autres que celles relatives aux pathologies ci-dessus mentionnées.

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

Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et corticoïdes. Il s'agit de traitements délivrés au moins 6 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...).

2. Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?

Quelles sont les dynamiques médicales et économiques derrière ces évolutions ? Sont-elles liées à l'évolution du nombre de patients soignés ? Résultent-elles au contraire d'une évolution des dépenses annuelles moyennes mobilisées pour chaque personne ? Ces évolutions des dépenses moyennes peuvent être le résultat par exemple de modifications de la prise en charge, de l'organisation des soins ou plus simplement de modifications de prix ou de tarifs.

2.1. Des dynamiques contrastées selon les pathologies et les périodes considérées

Le recul disponible pour analyser grâce à la cartographie l'évolution du nombre de personnes concernées par les différentes pathologies et les dépenses mobilisées pour leur prise en charge augmente chaque année. On dispose aujourd'hui de données sur la période 2015-2019. Cet horizon temporel de moyen terme permet d'analyser finement les évolutions en présentant :

- la tendance générale des dépenses sur l'ensemble de la période 2015-2019 (évolution de moyen terme) ;
- la tendance constatée sur la dernière année (2018-2019) (évolution de court terme) en parallèle des évolutions annuelles constatées entre chacune des années précédentes de 2015 à 2019.

Dans les interprétations d'évolutions d'effectifs et de dépenses, il est important d'avoir à l'esprit que l'effectif de la population française augmente chaque année. Partant de là, il est normal d'observer une croissance de certains effectifs, accentuée par ailleurs par le vieillissement de la population qui, s'il reflète l'allongement de l'espérance de vie, contribue aussi à la survenue de multiples pathologies chez les plus âgés.

2.1.1 Une augmentation de 14,5 milliards d'euros de la dépense totale en quatre ans qui concerne la grande majorité des pathologies

Depuis 2015, la dépense totale de la consommation de soins remboursés de l'ensemble des régimes a augmenté de 14,5 milliards d'euros (soit + 9,5 % en quatre ans, 2,3 % 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 2019 (66,3 millions), soit une augmentation de 1,6 million de personnes en quatre ans (+ 0,6 % par an en moyenne sur la période).

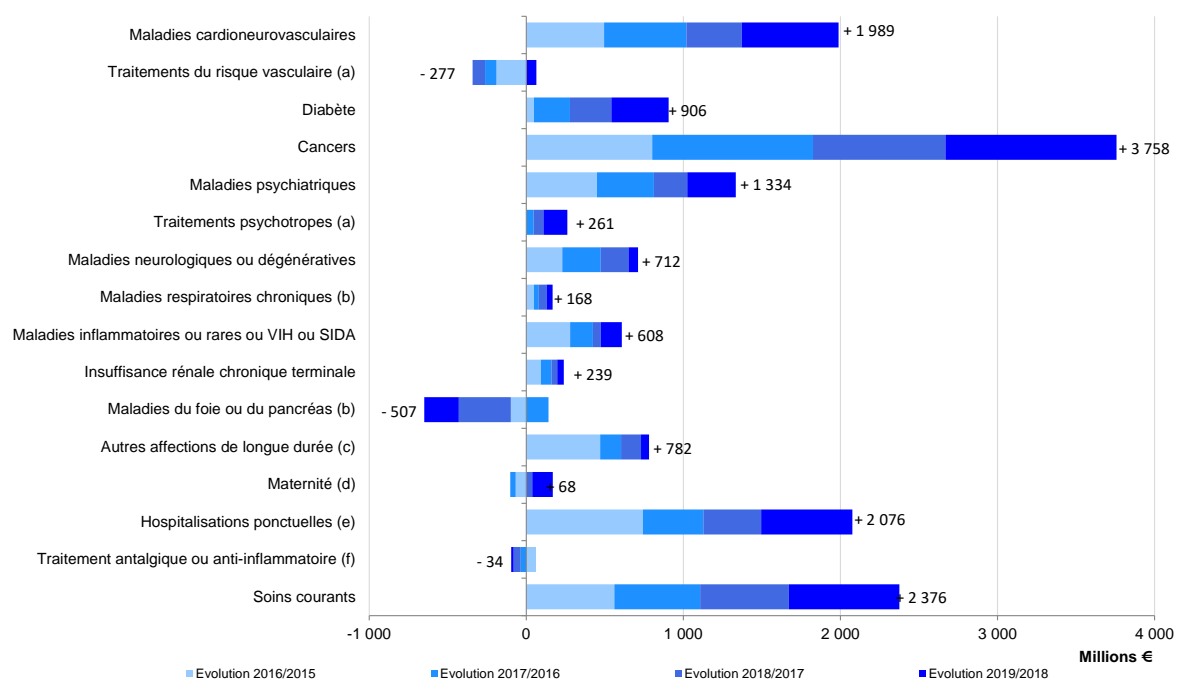
Les augmentations de dépenses les plus importantes entre 2015 et 2019 sont observées sur les dépenses affectées à la prise en charge des cancers (+ 3,8 milliards d'euros). Les dépenses liées aux hospitalisations ponctuelles ont elles aussi fortement augmenté, à un niveau toutefois moindre (+ 2,1 milliards d'euros), de même que celles liées aux maladies cardio-neurovasculaires (+ 2 milliards d'euros) et aux maladies psychiatriques (+ 1,3 milliards d'euros) (Figure 6).

Les dépenses sur la période augmentent sur toutes les années pour la majeure partie des pathologies. Toutefois, pour certaines d'entre elles, l'évolution est plus contrastée selon les années. Les dépenses mobilisées pour les personnes avec un « traitement du risque vasculaire » en prévention primaire ont baissé, chaque année, entre 2015 (5,9 milliards d'euros) et 2018 (5,5 milliards d'euros, soit une baisse de 342 millions d'euros), pour augmenter finalement en 2019 (+ 64,5 millions d'euros). Jusqu'en 2018, cette évolution des dépenses concernait exclusivement les dépenses mobilisées pour les personnes traitées par hypolipémiants en prévention primaire, qui sont passées de 1,7 milliard d'euros en 2015 à 1,4 milliard d'euros en 2018. Les dépenses mobilisées pour les personnes traitées par antihypertenseurs en prévention primaire sont restées relativement stables autour de 4,2 milliards d'euros sur la période. A partir de 2019, la baisse constatée chacune des années de la dépense pour les personnes traitées par hypolipémiants est moins importante (2,3 %) que celle constatée chacune des années depuis 2015 (toujours supérieure à 5 %), probablement en lien avec la diminution du nombre de patients considérés « surtraités » à la suite de la remise en cause de l'efficacité des traitements en prévention primaire. L'évolution des dépenses mobilisées pour les

personnes traitées par antihypertenseurs est quant à elle plus élevée en 2019 (+2,3 %) que les années précédentes (au plus +0,6 %).

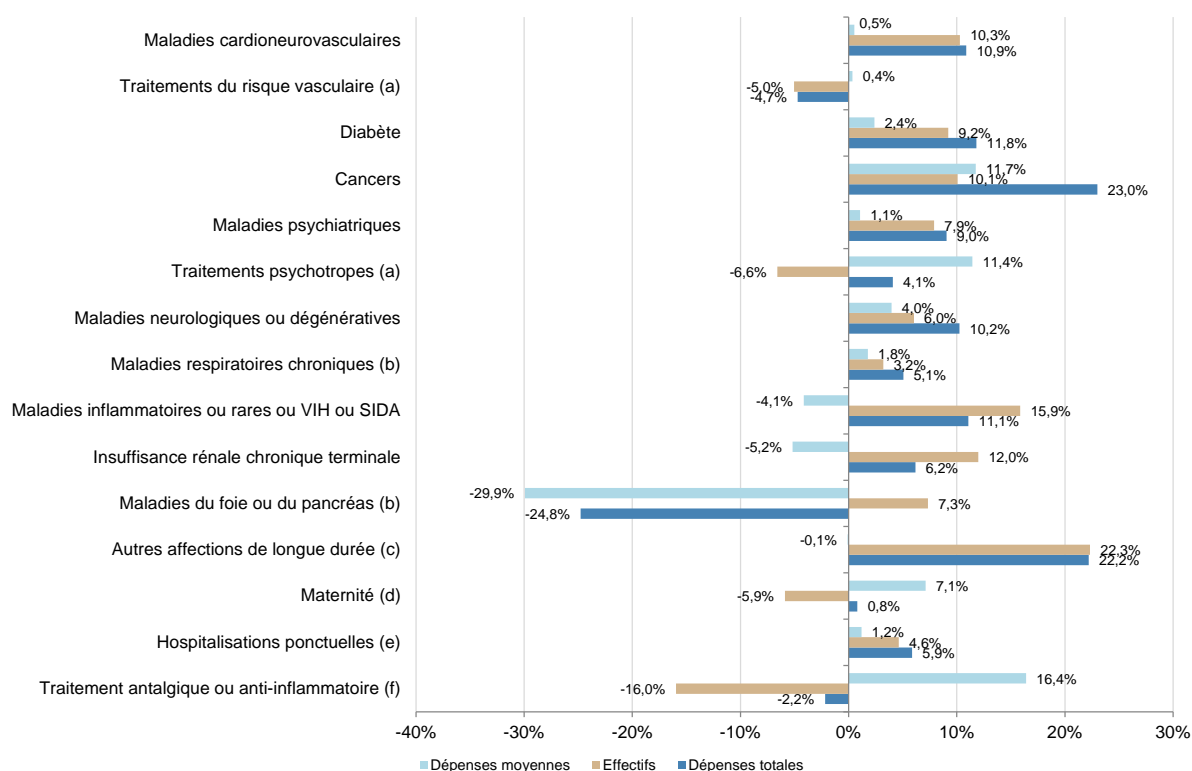
L'évolution des dépenses sur la période est également plus contrastée selon les années pour les « maladies du foie ou du pancréas » dont les dépenses ont baissé entre 2015 et 2016, pour augmenter entre 2016 et 2017 (+ 7,3 %) après une forte augmentation suite à l'arrivée du sofosbuvir en 2014), et enfin baisser fortement les années suivantes (-15,9 % entre 2017 et 2018 et -12,5 % entre 2018 et 2019 (arrivée de nouveaux traitements moins coûteux, baisse de la durée de traitement) conduisant au global à une diminution des dépenses de 502 millions d'euros sur les quatre années (Figure 6).

Figure 6 : Évolution des dépenses entre 2015 et 2017, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



Champ : Tous régimes – France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

Figure 7 : Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019, 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 juillet 2021)

2.1.2 Des dépenses qui augmentent en lien avec la hausse soutenue du nombre de personnes prises en charge pour les pathologies

Deux facteurs peuvent influencer sur l'évolution des dépenses affectées à une pathologie : l'évolution du nombre de personnes prises en charge et l'évolution de la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne prise en charge (Figure 7).

Pour certaines pathologies, l'augmentation de la dépense s'explique par une augmentation des effectifs plus importante que celle des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019. C'est le cas en particulier du diabète (+ 11,8 %), des maladies cardio-neurovasculaires (+ 10,9 %), des maladies psychiatriques (+ 9,0 %).

Les augmentations des dépenses de prise en charge pour une maladie inflammatoire ou rare (+ 11,1 %) ou pour une insuffisance rénale chronique terminale (+ 6,2 %), s'expliquent par l'augmentation des effectifs concernés (respectivement +15,9 % et 12,0 %) malgré une baisse de la dépense moyenne par patient (respectivement -4,1 % et -5,2 %). Comme décrit dans le rapport pour l'année 2018, la baisse de la dépense moyenne affectée à l'insuffisance rénale chronique terminale a deux explications. La première est la réintégration des spécialités pharmaceutiques à base d'agents stimulants de l'érythropoïèse (EPO) dans les tarifs des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) à partir du 1er mars 2014, ayant permis de maîtriser les dépenses hospitalières en MCO pour ces patients. La seconde explication probable est liée aux actions mises en place par l'Assurance Maladie pour maîtriser les dépenses de transports.

Les effectifs de personnes ayant une consommation de soins en lien avec une maladie cardio-neurovasculaire (+ 478 200 personnes, + 2,5 % par an en moyenne), un diabète (+ 334 400 personnes, + 2,2 % par an en moyenne) ou une « hospitalisation ponctuelle » (+ 417 200 personnes) ont notablement augmenté entre 2015 et 2019 (Figure 8). Cette augmentation est régulière pour les maladies cardio-neurovasculaires et le diabète et témoigne sans doute pour partie du vieillissement de la population. Le nombre de personnes ayant eu une « hospitalisation ponctuelle » a fortement augmenté entre 2015 et 2016 (+ 2,7 %, contre seulement au maximum + 1,0 % les années suivantes). Cette évolution

témoigne certainement des effets du déploiement du nouveau test de dépistage du cancer colorectal à partir d'avril 2015 et de l'augmentation des effectifs de personnes ayant un cancer colorectal actif du fait du vieillissement de la population (voir le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2018, page 23).

Pour d'autres pathologies comme les cancers, l'augmentation de la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne contribue un peu plus que celle des effectifs à l'augmentation de la dépense totale

Pour les cancers, l'augmentation de la dépense totale s'explique à la fois par l'augmentation du nombre de patients et par l'augmentation des dépenses annuelles moyennes mobilisées pour chaque patient, mais dans des proportions légèrement plus importantes pour la dépense annuelle moyenne (Figure 7). Les effectifs de patients atteints d'un cancer ont ainsi augmenté de 10,1 %, ce qui représente 301 600 personnes (Figure 8), quand la dépense annuelle moyenne par patient a augmenté de 11,7 % (641 euros).

Pour la très grande majorité des pathologies, les évolutions résultent de nombreux facteurs influant à la fois sur les effectifs et les dépenses moyennes par patient.

L'augmentation relativement faible des dépenses totales des personnes avec un traitement chronique par psychotropes (+ 4,1 % en quatre ans) et de celles liées à la maternité (+ 0,8 %) s'explique principalement par la baisse des effectifs concernés (respectivement - 6,6 % et - 5,9 %) qui permet de compenser partiellement l'augmentation de la dépense annuelle moyenne par patient (respectivement + 11,4 % et + 7,1 %) (Figure 7). Ces résultats évoquent une concentration des dépenses sur un plus faible nombre de personnes (restriction des indications ou des usages aux cas les plus graves par exemple). Ainsi, le nombre de naissances diminue mais les grossesses surviennent à un âge de plus en plus avancé, avec des complications plus fréquentes⁷.

Il convient néanmoins d'être prudent dans les interprétations, en particulier concernant la diminution du nombre de patients traités par psychotropes. Il est en effet possible qu'une partie de cette diminution découle de la définition des algorithmes (basée uniquement sur le recours chronique à certains traitements, après exclusion des personnes pour lesquelles un diagnostic spécifique est retrouvé) et des améliorations du système d'information (par exemple, l'amélioration du codage du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie qui expliquerait en partie la baisse des effectifs du groupe « traitement chronique par psychotropes » au profit du groupe « maladies psychiatriques »). Néanmoins, la baisse du nombre de personnes ayant un traitement chronique par psychotropes⁸ sur la période est plus forte (- 395 600 personnes entre 2015 et 2019) que la hausse observée du nombre de personnes avec une maladie psychiatrique (+ 183 000 personnes entre 2015 et 2019), ce qui laisse penser qu'il ne s'agit pas uniquement d'un transfert d'un groupe à l'autre (Figure 8).

La baisse des dépenses totales mobilisées pour les personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (- 342 millions d'euros soit - 4,7 %) s'explique par une baisse des effectifs (- 5,0 %) et une stabilité de la dépense moyenne par patient (+0,4 %). La baisse des effectifs de cette catégorie de patients s'explique par une diminution importante du nombre de personnes traitées par hypolipémiants (3,8 millions en 2015 *versus* 3,1 millions en 2019 soit une baisse de 19,2 %). Le nombre de personnes traitées par antihypertenseurs (hors pathologie cardio-neurovasculaire, diabète et insuffisance rénale chronique terminale) a quant à lui très légèrement diminué (-1,5 % sur la période). Ces évolutions sont à interpréter à la lumière de l'évolution des effectifs de patients pris en charge pour une maladie cardio-neurovasculaire ou un diabète, qui peut conduire à une variation du nombre de personnes ayant un traitement en prévention primaire par effet de « vases communicants ». Néanmoins, la baisse du nombre de personnes traitées par hypolipémiants traduit probablement les évolutions des pratiques de prescription des statines au cours des dernières années, liées aux interrogations quant à leur bénéfice en prévention primaire.

Les dépenses totales affectées au traitement chronique par antalgiques ou anti-inflammatoires ont également baissé sur la période du fait de la baisse, particulièrement importante à partir de 2017, du nombre de

⁷ Belaisch-Allart J. Grossesse et accouchement après 40 ans. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique. 2008 : 5-016-B-10.

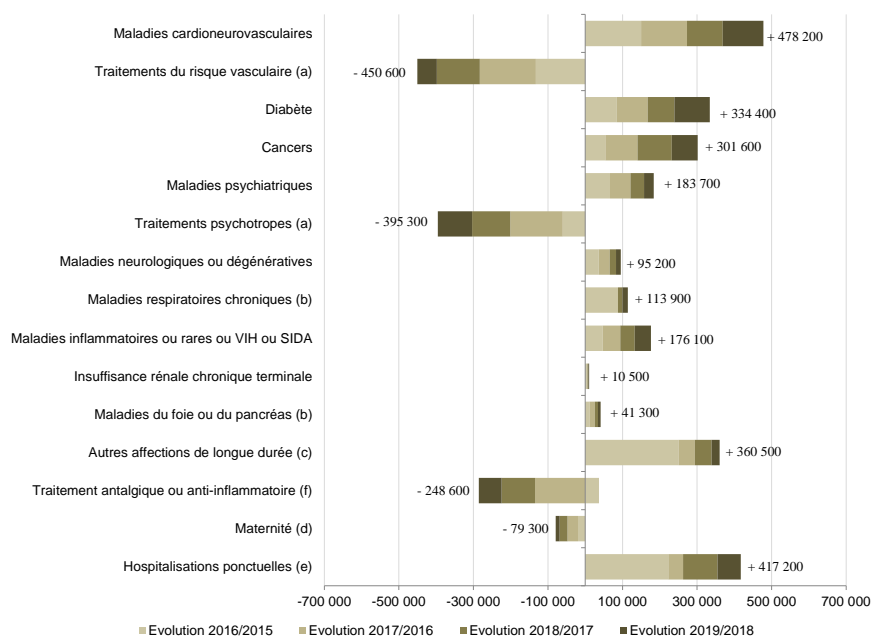
⁸ Hors maladies psychiatriques repérables à partir des données (ALD et/ou motifs d'hospitalisation) présentes dans le SNDS

personnes concernées. Cette baisse, constatée également dans un rapport de l'ANSM en 2019⁹ qui montrait qu'elle concernait essentiellement les antalgiques opioïdes faibles, s'explique probablement par les nombreuses actions mises en place en raison notamment d'un mésusage de codéine chez les jeunes : recommandations¹⁰, communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017.

Enfin, les dépenses liées aux maladies du foie et du pancréas ont particulièrement baissé sur la période (-24,8 %), du fait de la baisse importante de la dépense moyenne par patient (-29,9 %), en lien avec l'arrivée du sofosbuvir et autres nouveaux traitements de l'hépatite virale chronique C. Les effectifs de patients pris en charge pour une maladie du foie ou du pancréas ont, quant à eux, augmenté de seulement 7,3 %, ce qui représente 41 300 personnes (Figure 8).

La Figure 9 permet de visualiser de manière synthétique les contributions de l'évolution des effectifs et des dépenses moyennes par an et par patient aux dépenses totales sur la période 2015-2019. Elle montre également les groupes de pathologies pour lesquels la dépense a le plus augmenté, la taille de la bulle étant proportionnelle au différentiel total de dépenses remboursées entre 2015 et 2019.

Figure 8 : Évolution des effectifs entre 2015 et 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



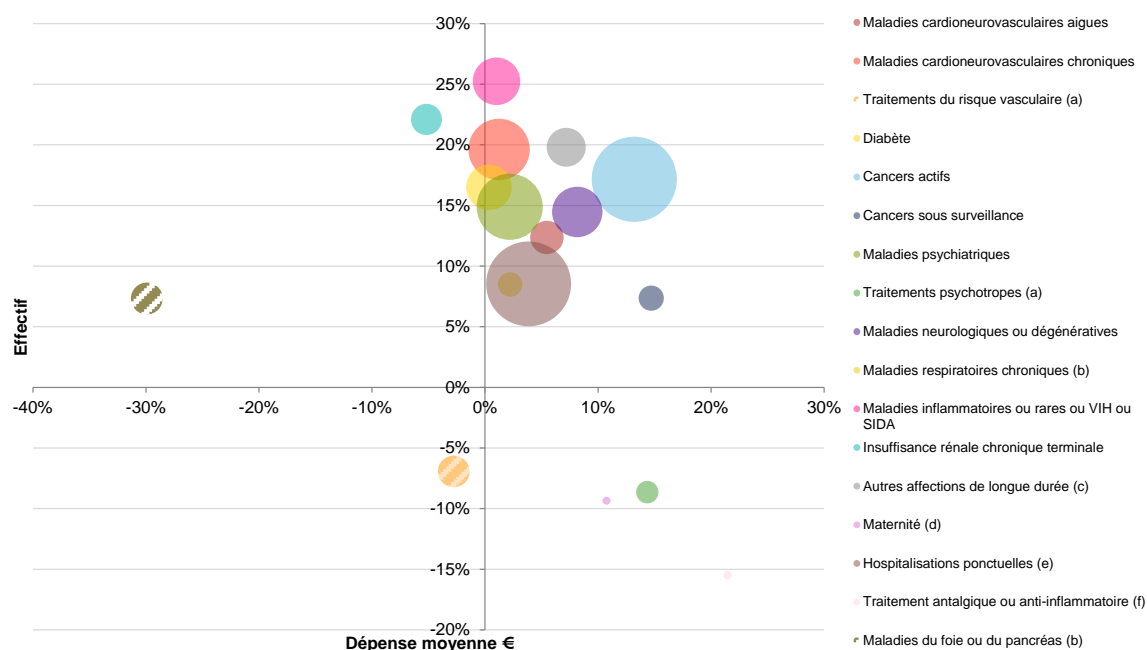
(a) hors pathologies, (b) hors mucoviscidose, (c) dont 31 et 32, (d) avec ou sans pathologies, (e) avec ou sans pathologies, traitements ou maternité, (f) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

⁹ En février 2019, l'ANSM a publié un rapport sur la consommation des antalgiques : État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques

¹⁰ 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 de médecine publie « Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades ».

Figure 9 : Évolutions des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes 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 juillet 2021)

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au différentiel de dépenses remboursées, avec des bulles hachurées pour marquer une baisse de dépenses remboursées sur la période (cf. traitements du risque vasculaire), des bulles pleines lorsqu'il s'agit d'une augmentation des dépenses. Les taux d'évolution des effectifs sont ceux observés sur l'ensemble de la période (il ne s'agit pas de taux de croissance annuel). Seuls ont été représentés les principaux groupes de population afin de ne pas alourdir le graphique. Toutefois, pour les maladies cardio-neurovasculaires, ont été distinguées les formes aiguës (événement survenu dans l'année) et chroniques de la maladie de manière à mieux faire ressortir les différences en termes d'effectifs ou de dépenses remboursées moyennes mobilisées pour leur prise en charge. De même pour les cancers, ont été distingués les cancers en phase active (avec un traitement en cours) et ceux en phase de surveillance. Enfin, pour les pathologies en lien avec la santé mentale, ont été distinguées les maladies psychiatriques qui concernent des populations en ALD ou ayant été hospitalisées pour ce motif, des personnes traitées par psychotropes sans autre indication dans les remboursements de soins.

2.1.3 À court terme, entre 2018 et 2019, les dépenses ont augmenté pour la plupart des pathologies

Entre 2018 et 2019, les dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes ont augmenté (+ 4,1 milliards d'euros) de façon un peu plus dynamique (+ 2,5 % entre 2018 et 2019) que sur la période précédente (+ 1,7 % par an en moyenne entre 2015 et 2018), ce taux global masque cependant des évolutions très contrastées entre les pathologies et traitements chroniques et selon l'année (Figure 10).

Les dépenses mobilisées pour la prise en charge en particulier du diabète, des traitements psychotropes ou des maladies cardio-neurovasculaires ont augmenté entre 2018 et 2019 de façon plus dynamique que sur les dernières années. La dépense affectée à la prise en charge du diabète a en effet augmenté de 4,4 % entre 2018 et 2019 *versus* 3,3 % entre 2017 et 2018 et moins de 3 % les années précédentes.

Pour de nombreuses autres pathologies, la dépense totale augmente également mais à un rythme moins soutenu que les années précédentes. Parmi elles, se retrouvent les cancers dont l'évolution de la dépense demeure importante relativement à celle des autres pathologies (+ 5,7 % entre 2018 et 2019). La croissance des dépenses affectées aux « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA » a ralenti entre 2018 et 2019 (autour de 2,2 % contre plus de 2,5 % avant 2017), de même que celle des dépenses affectées aux maladies

psychiatriques (2,0 % contre plus de 2,4 % avant 2017), aux hospitalisations ponctuelles (+ 1,6 % entre 2018 et 2019 contre + 2,1 % entre 2015 et 2016) et aux maladies respiratoires chroniques (+1,1 % contre 1,5 % entre 2017 et 2018 et entre avant 2016). Les dépenses liées à la maternité poursuivent la tendance à la hausse amorcée l'année précédente, avec une augmentation de 1,6 %. Enfin, la croissance des dépenses affectées à l'insuffisance rénale chronique terminale (1 %), aux maladies neurologiques ou dégénératives et aux autres affections de longue durée (ALD) a fortement ralenti entre 2018 et 2019 (entre 1,2 % et 0,8 % contre plus de 2 % pour les autres années).

Si les dépenses de prise en charge du diabète et des maladies cardio-neurovasculaires augmentent moins en 2017 que celle des dépenses du cancer, ces pathologies restent préoccupantes en raison du grand nombre de personnes concernées et des taux de croissance des dépenses élevés.

Une inversion de tendance est observée pour les dépenses liées aux traitements du risque vasculaire avec une augmentation constatée de 1,2 % contre des baisses successives, au minimum de 1,3 %, les années précédentes.

Les dépenses mobilisées pour les « traitements antalgique ou anti-inflammatoire » ont diminué de 1 % entre 2018 et 2019, avec une baisse toutefois moins importante que celles constatées les deux dernières années (elle était par exemple de 2,9 % entre 2017 et 2018).

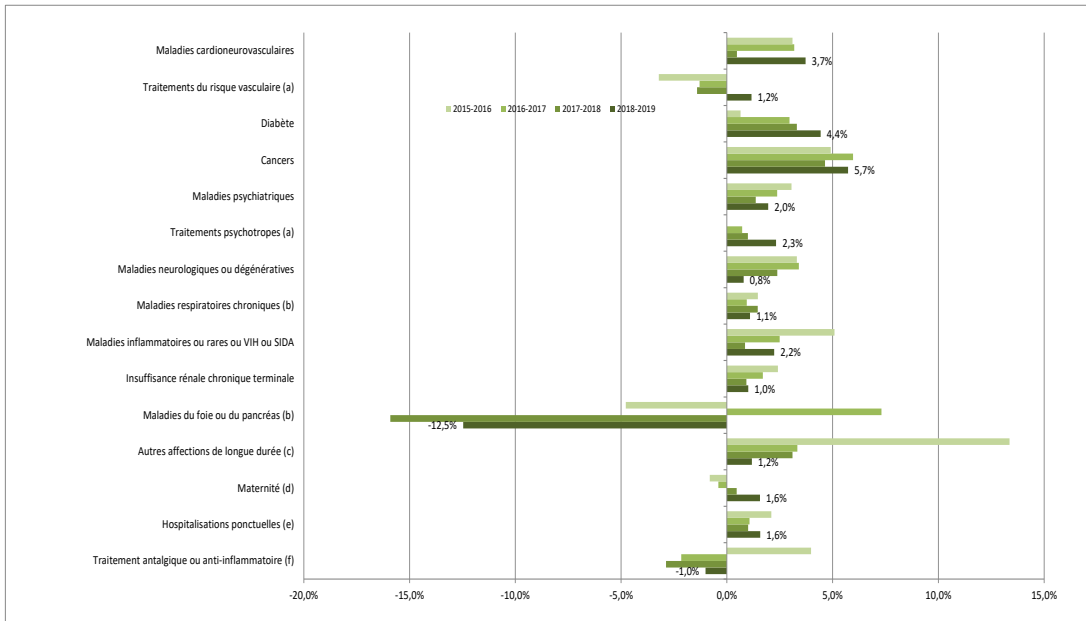
Enfin, les dépenses pour les maladies du foie et du pancréas continuent de diminuer, dans des proportions toutefois moins importantes que l'année précédente (12,5 % contre 15,9 %). Ces baisses s'expliquent très probablement par un effet rebond suite à la généralisation des indications des nouveaux antiviraux à action directe contre le virus de l'hépatite C en 2017.

Parmi les évolutions les plus importantes entre 2018 et 2019, on retrouve la forte augmentation des dépenses totales pour les cancers (5,3 %), principalement à la faveur d'une évolution de la dépense moyenne par patient (+ 2,8 %), mais aussi des effectifs (+ 2,4 %) Figure 11).

Pour les catégories « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA » et « insuffisance rénale chronique terminale », la baisse de la dépense annuelle moyenne par personne (observée entre 2018 et 2019 respectivement - 1,1 % et - 1,3 %) a permis de limiter la hausse des dépenses (seulement respectivement 2,7 % et 1,5 %), malgré l'augmentation des effectifs (4 % et 3 % respectivement).

À l'inverse, la dépense totale a diminué pour trois catégories de pathologies ou de traitements chroniques : « traitements antalgiques et anti-inflammatoires » (- 0,6 %), « traitements du risque vasculaire » (- 1,2 %) et « maladies du foie et du pancréas » (- 6,9 %). On observe une baisse importante du nombre de personnes ayant un traitement chronique par antalgiques ou anti-inflammatoires (-4 %) ou du risque vasculaire (- 1,3 %), alors que la dépense annuelle moyenne par personne mobilisée augmente (+ 3,9 % pour les patients traités par antalgiques ou anti-inflammatoires) ou stagne (c'est le cas des patients ayant un « traitement du risque vasculaire »). Pour ces derniers, la baisse du nombre de personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire observée à nouveau en 2019 (- 1,3 %) (Figure 11) concerne surtout les patients traités par hypolipémiants (- 3,3%). Dans le cas des maladies du foie et du pancréas, on assiste à l'inverse à une baisse importante du coût moyen par patient (- 6,9 %) quand les effectifs augmentent faiblement (+ 1,8 %).

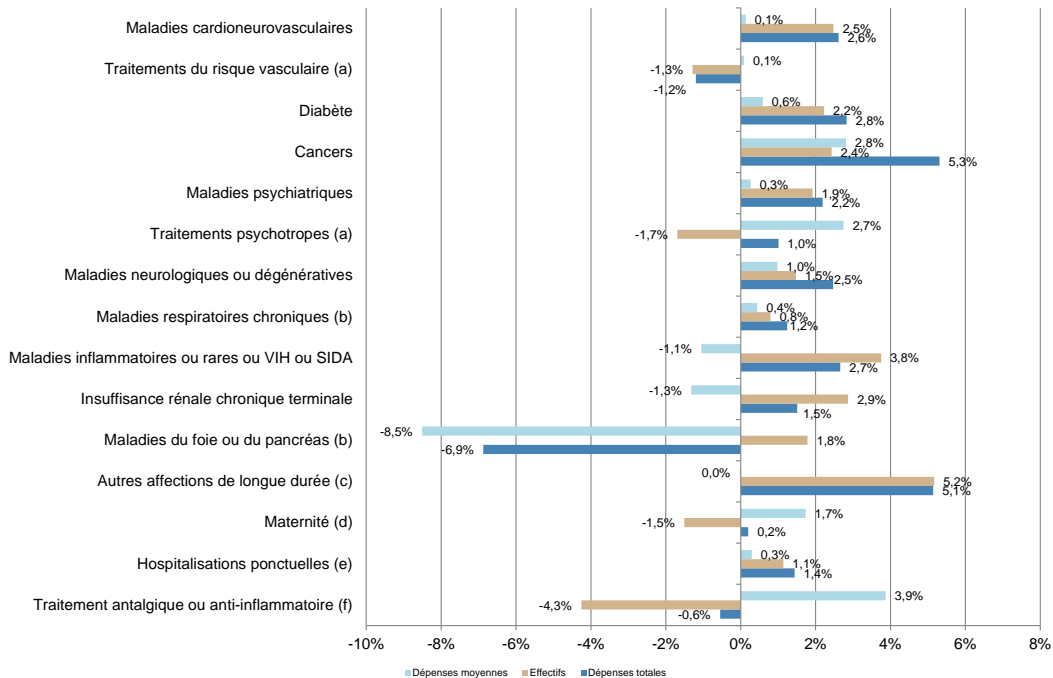
Figure 10 : Taux de croissance annuels des dépenses totales entre 2015 et 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



(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 juillet 2021)

Figure 11 : Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2018 et 2019, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



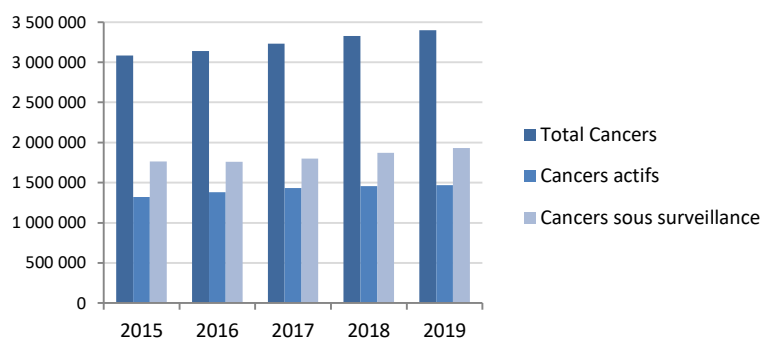
(a) hors pathologies, (b) hors mucoviscidose, (c) dont 31 et 32, (d) avec ou sans pathologies, (e) avec ou sans pathologies, traitements ou maternité, (f) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

2.2. Cancers

En 2019, 3,4 millions de personnes environ ont été prises en charge pour un cancer (dont 1,5 million pour un cancer en phase active de traitement) contre un peu plus de 3 millions en 2015 (+300 000 personnes traitées sur la période). Cette augmentation se retrouve pour les cancers en phase active de traitement comme pour les cancers sous surveillance (Figure 12).

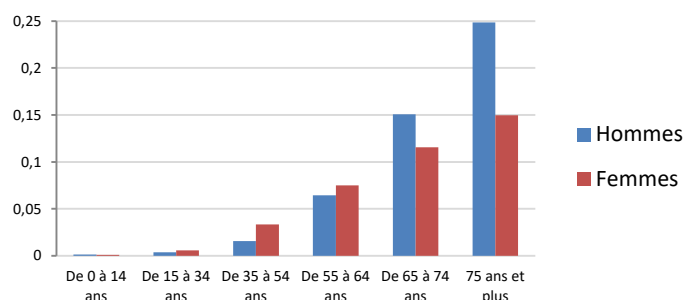
Figure 12 : Evolution du nombre de patients traités pour cancer de 2015 à 2019



Champ : Tous régimes - France entière
Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

La prévalence du cancer augmente avec l'âge et est plus importante chez les femmes que chez les hommes jusqu'à 65 ans. A partir de 65 ans la prévalence est plus importante chez les hommes et cette différence ne cesse de croître avec l'âge (Figure 13). Cette évolution reflète le poids des cancers du sein et de la prostate respectivement.

Figure 13 : Prévalences des cancers par classe d'âge en fonction du sexe en 2019



Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

Les dépenses affectées à la prise en charge des cancers s'élevaient à 20 milliards d'euros en 2019, dont 18 milliards pour les cancers en phase active de traitement et 2 milliards d'euros pour la prise en charge des cancers sous surveillance. Parmi les cancers les plus coûteux on retrouve le cancer du sein en phase active de traitement (2,9 milliards d'euros), suivi du cancer du poumon (2,3 milliard d'euros), du cancer colorectal (1,7 milliard d'euros) et de la prostate (1,5 milliard d'euros).

Entre 2015 et 2019, les dépenses totales ont augmenté pour tous les cancers, de plus de 20 % en moyenne. Les déterminants de la croissance des dépenses varient selon la localisation et la phase de traitement, avec une augmentation importante sur la période de la dépense moyenne par patient pour les cancers actifs du poumon (+35%) et de la prostate (+21%) et pour le cancer de la prostate sous surveillance (+32%) (Figure 14 et Figure 15).

Figure 14 : Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019, pour les cancers actifs

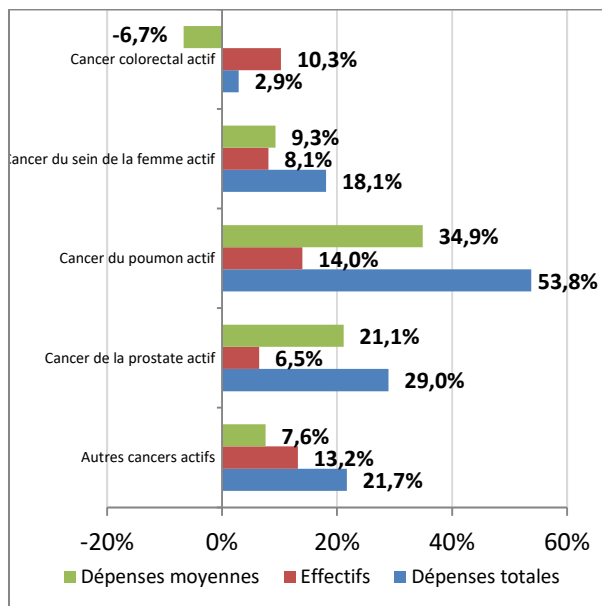
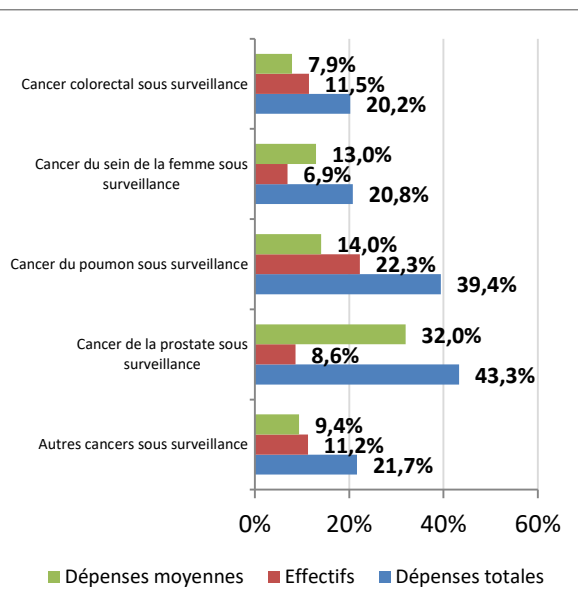


Figure 15 : Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019, pour les cancers sous surveillance

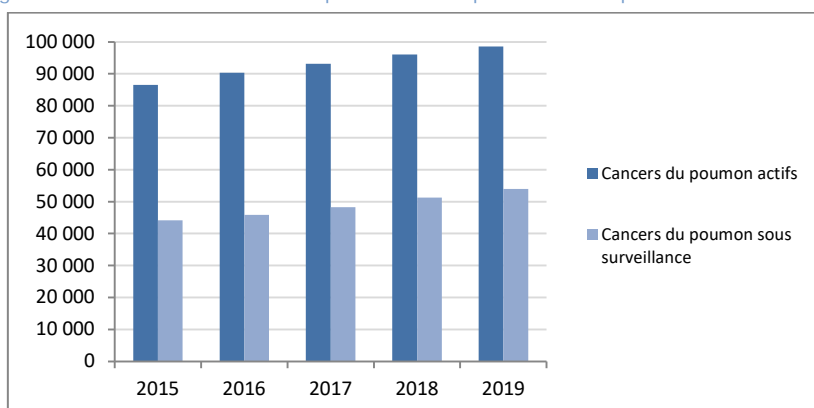


Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

2.2.1 Cancer du poumon

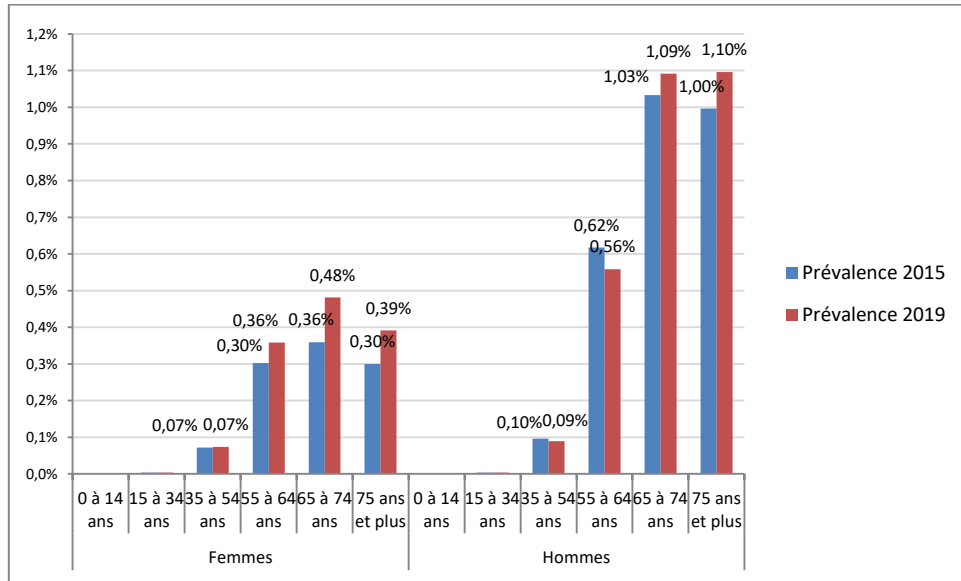
En 2019, 98 000 personnes avaient un cancer du poumon en phase active de traitement et 54 000 un cancer du poumon sous surveillance. On observe une croissance continue et relativement régulière des effectifs sur la période (Figure 16). La prévalence chez les hommes est supérieure à celle chez les femmes, avec un écart croissant avec l'âge et important surtout à partir de 65 ans. On observe néanmoins une hausse importante de la prévalence du cancer du poumon depuis 2015 chez les femmes âgées de 65 à 74 ans (Figure 17).

Figure 16 : Evolution du nombre de patients traités pour cancer du poumon de 2015 à 2019



Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

Figure 17 : Evolution des prévalences par classe d'âge en fonction du sexe entre 2015 et 2019

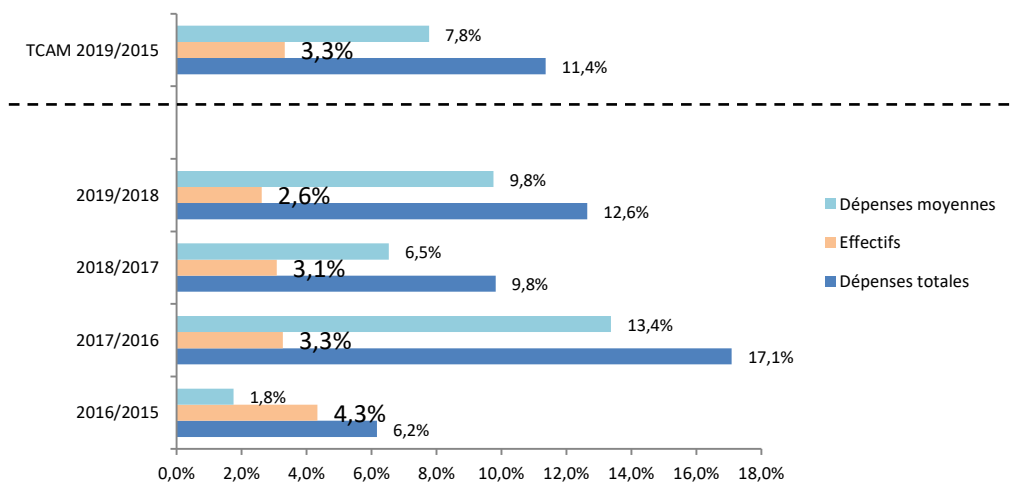


Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

Les dépenses d'assurance maladie affectées à la prise en charge du cancer du poumon étaient de 2,3 milliard d'euros en 2019 pour les cancers en phase active de traitement et de 95 millions pour les cancers sous surveillance, soit une dépense moyenne de 23 100 et 1 800 euros respectivement. Elles sont en forte progression sur la période 2015-2019, avec une croissance moyenne de +11,4% par an pour les cancers actifs et de +8,7% par an pour les cancers sous surveillance.

Pour le cancer du poumon actif (Figure 18), cette croissance est expliquée en grande partie par l'augmentation de la dépense moyenne à partir de 2017 (+13% par rapport à 2016), qui se maintient à des niveaux élevés (+10% en 2019 par rapport à 2018)

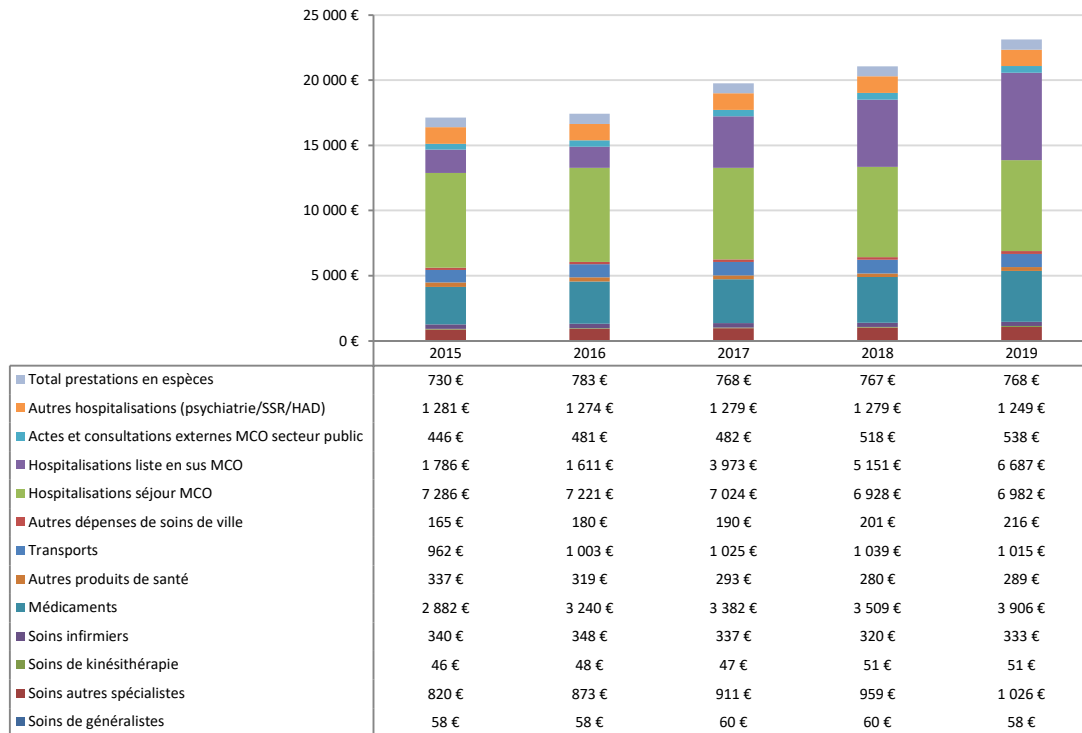
Figure 18 : Cancer du poumon actif - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019



Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

La décomposition de la dépense moyenne (Figure 19) montre la croissance continue sur la période du poste médicaments en ville (+36% environ sur la période) et surtout la très forte croissance des médicaments liste en sus à partir de 2017, passés d'environ 1 600 euros en 2016 (9% de la dépense moyenne) à 6 700 en 2019 (29% de la dépense moyenne), soit une augmentation d'environ +320%. En 2019, les montants moyens pour les médicaments « liste en sus » et les séjours MCO sont comparables.

Figure 19 : Cancer du poumon actif - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019

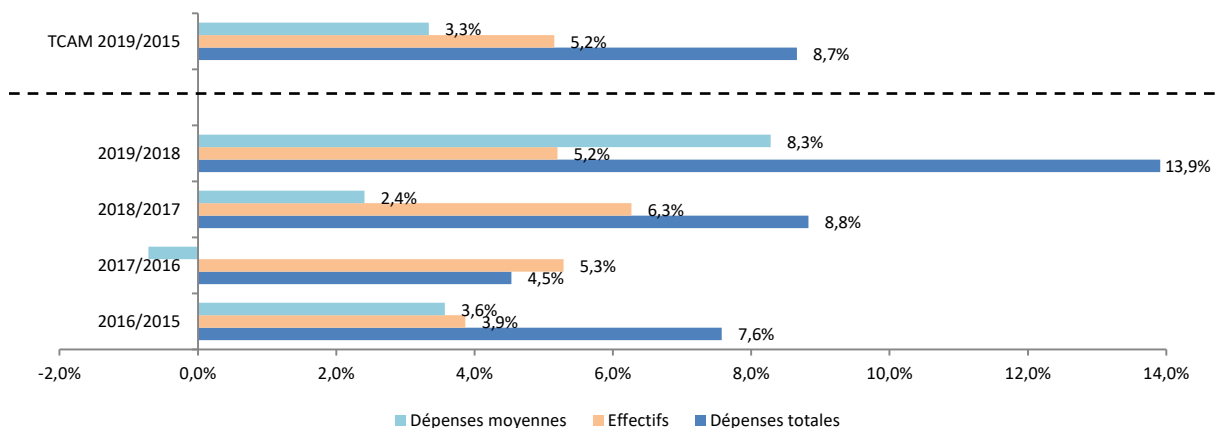


Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

Cette forte augmentation est expliquée par l'arrivée des immunothérapies spécifiques (inhibiteurs de points de contrôle, anti-PD-1 et anti-PDL-1), disponibles par voie injectable et délivrés en milieu hospitalier : nivolumab (OPDIVO) et pembrolizumab (KEYTRUDA) dès 2017 puis atézolizumab (TECENTRIQ) en 2019. La part des patients avec un cancer du poumon actif concerné par ces traitements est en hausse (environ 2,7% en 2017 et 4,4% en 2019) et cette tendance pourrait se poursuivre avec l'arrivée de nouvelles molécules sur le marché (durvalumab IMFINZI).

Pour le cancer du poumon surveillé, la croissance moyenne sur la période de la dépense totale est expliquée en majeure partie par la croissance des effectifs, sauf pour l'année 2019 où on observe une augmentation de 8% de la dépense moyenne par rapport à 2018 (Figure 20).

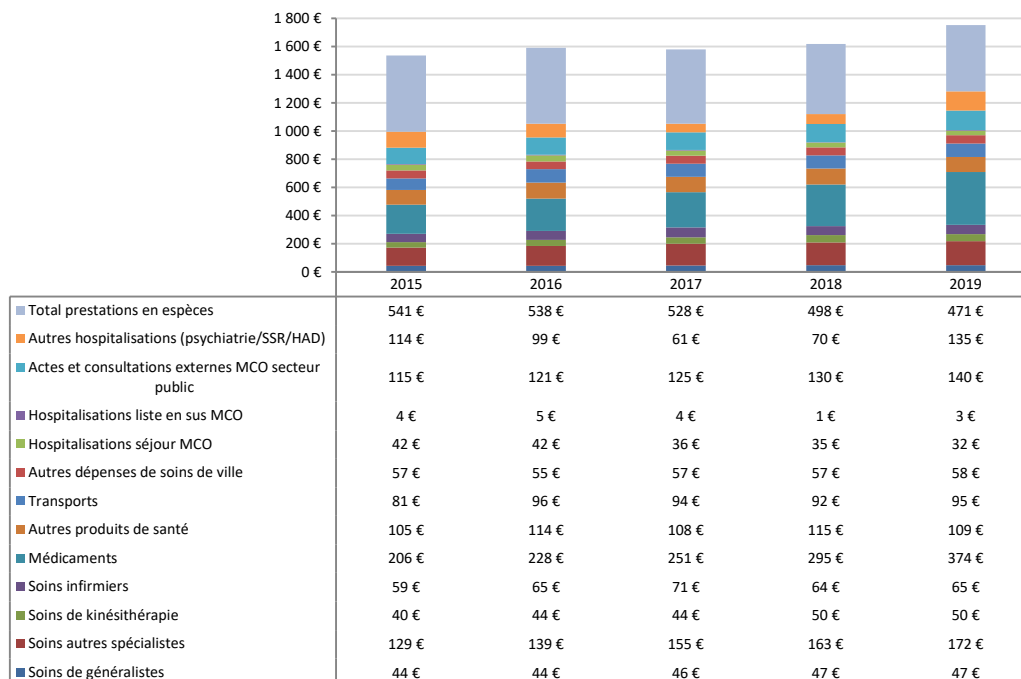
Figure 20 : Cancer du poumon sous surveillance - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019



Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

La décomposition de la dépense moyenne (Figure 21) montre l'augmentation régulière sur la période du poste médicaments en ville qui représente en 2019 environ 21% de la dépense moyenne contre 13% en 2015. L'augmentation la plus importante s'observe entre 2018 et 2019 avec une croissance de +27%. Le poste prestations en espèce représente la part la plus importante de la dépense moyenne mais diminue sur la période (27% en 2019 contre 35% en 2015).

Figure 21 : Cancer du poumon sous surveillance - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019

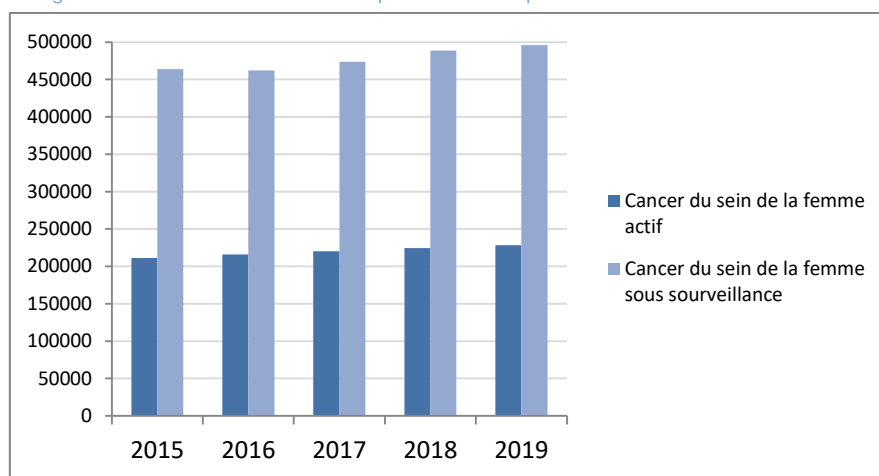


Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

2.2.2 Cancer du sein

En 2019, 228 000 femmes avaient un cancer du sein en phase active de traitement et 496 000 un cancer du sein sous surveillance. On observe une croissance continue des effectifs sur la période (Figure 22).

Figure 22 : Evolution du nombre de patients traités pour cancer du sein de 2015 à 2019



Champ : Tous régimes - France entière, Source : CNAM (cartographie version de juillet 2021)

Les dépenses d'assurance maladie affectées à la prise en charge du cancer du sein étaient de 2,9 milliard d'euros en 2019 pour les cancers en phase active de traitement et de 580 millions pour les cancers sous surveillance, soit une dépense moyenne de 12 800 et 1 200 euros respectivement.

Leur croissance moyenne est de +4,2% par an pour les cancers actifs et de +4,8% par an pour les cancers sous surveillance (Figure 23 et Figure 24). On observe une croissance continue de la dépense totale depuis 2015, expliquée à la fois par la croissance des effectifs et par celle de la dépense moyenne, avec cependant une accélération de la croissance de la dépense totale en 2019, liée à une forte hausse de la dépense moyenne.

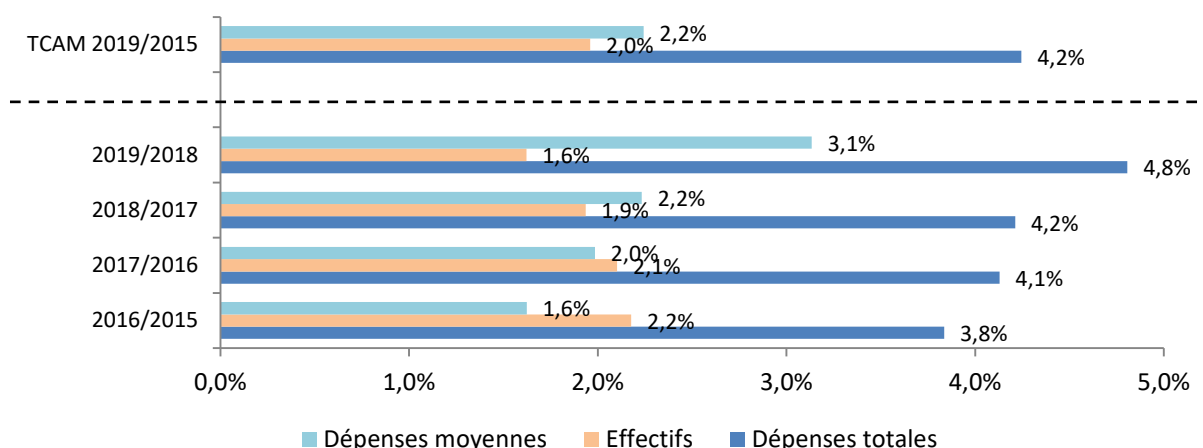
La décomposition de la dépense moyenne montre l'augmentation régulière sur la période du poste médicaments en ville pour les cancers actifs (Figure 25) : passés d'environ 1 400 euros en 2015 (12% de la dépense moyenne) à 2 300 en 2019 (18% de la dépense moyenne), soit une augmentation d'environ +64%. On observe en parallèle une faible diminution du poste médicaments liste en sus (-11% sur la période).

Cette évolution reflète la diffusion de l'hormonothérapie par palbociclib (IBRANCE) par voie orale, initialement disponible uniquement en rétrocession hospitalière puis inscrite sur la liste des molécules remboursables en ville courant 2018. La part des patientes avec un cancer du sein actif concernées par ce traitement est ainsi passée d'environ 1,6% en 2017 (délivrance uniquement hospitalière) à environ 7% en 2019. Cette tendance pourrait se poursuivre avec l'arrivée de nouvelles molécules sur le marché (adémaciclib VERZENIOS, ribociclib KISQAKI).

Pour les cancers du sein sous surveillance (Figure 26), la décomposition de la dépense moyenne montre une augmentation des prestations en espèce sur la période et, entre 2018 et 2019, une croissance importante des médicaments en ville, mais qui correspond néanmoins à des montants relativement faibles.

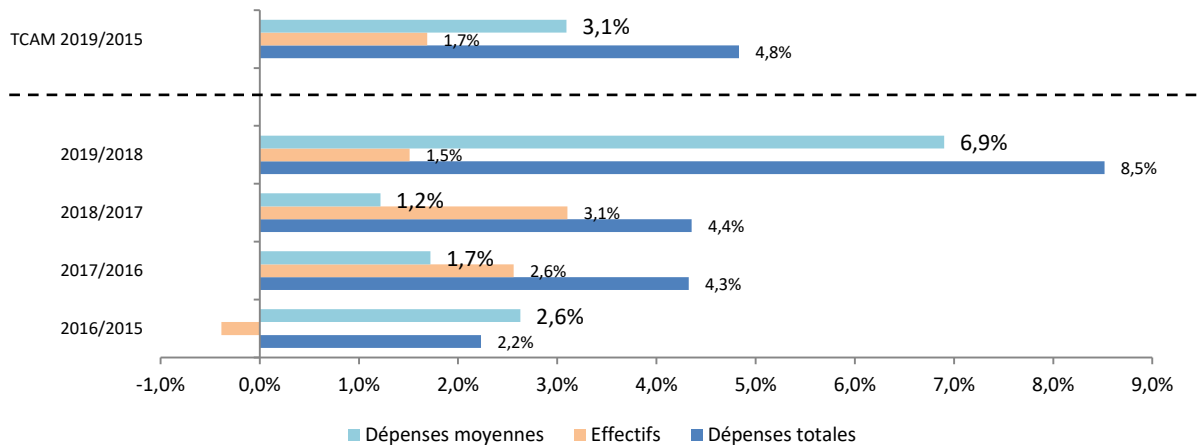
On note aussi la part de la dépense moyenne liée aux spécialistes (10% pour les cancers actifs et 12% pour les cancers sous surveillance, en 2019).

Figure 23 : Cancer du sein de la femme actif - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019



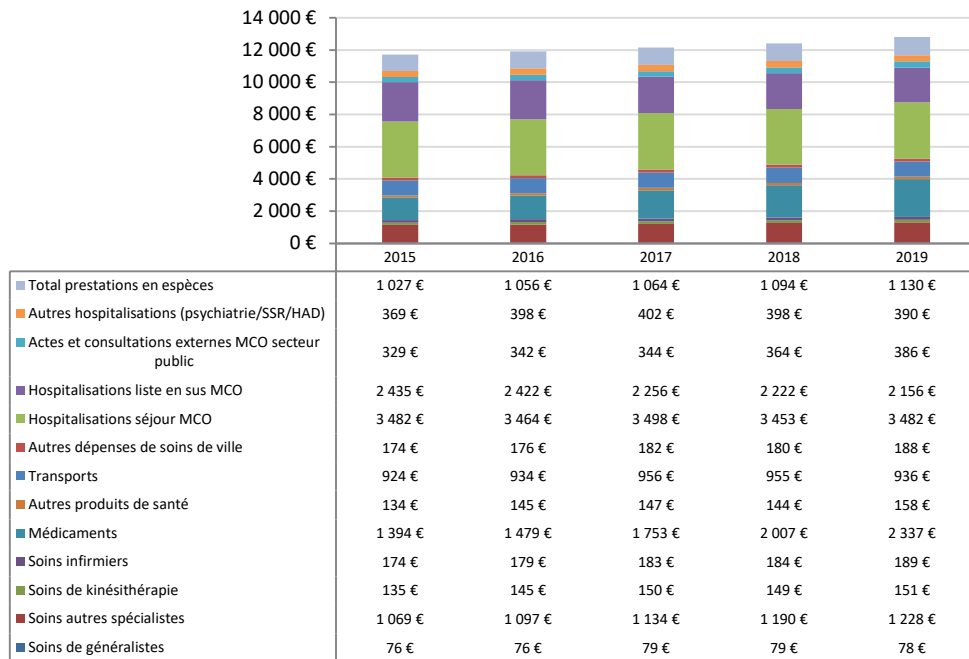
Champ : Tous régimes - France entière, Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)

Figure 24 : Cancer du sein de la femme sous surveillance - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019



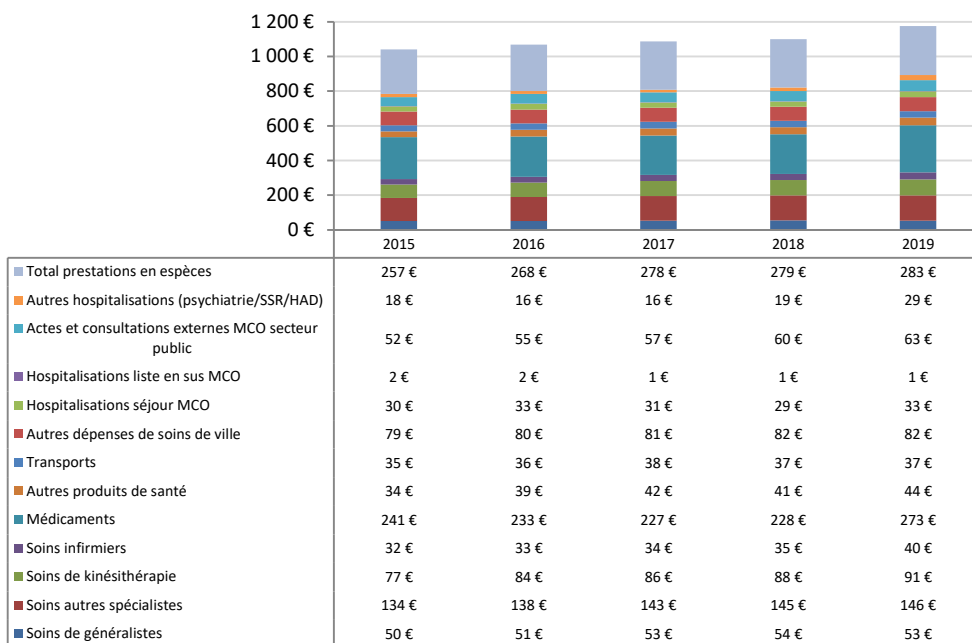
Champ : Tous régimes - France entière, Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)

Figure 25 : Cancer du sein de la femme actif - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019



Champ : Tous régimes - France entière, Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)

Figure 26 : Cancer du sein de la femme sous surveillance - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019

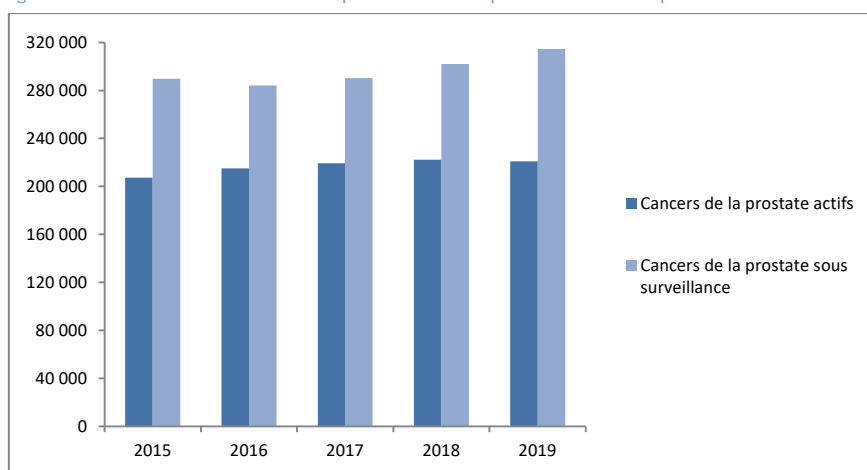


Champ : Tous régimes - France entière, Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)

2.2.3 Cancer de la prostate

En 2019, 220 000 hommes avaient un cancer de la prostate en phase active de traitement et 315 000 un cancer de la prostate sous surveillance. On observe sur la période que la croissance des effectifs a tendance à ralentir pour les cancers actifs et à accélérer pour les cancers sous surveillance (Figure 27). Ces tendances sont en partie liées à la simplification de la déclaration en ALD survenue en juin 2016 et constitue très probablement un phénomène ponctuel. Par ailleurs, la validité des résultats est assurée par le croisement de différentes sources dans la définition des algorithmes médicaux de repérage.

Figure 27 : Evolution du nombre de patients traités pour cancer de la prostate de 2015 à 2019



Champ : Tous régimes - France entière, Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)

Les dépenses d'assurance maladie affectées à la prise en charge du cancer de la prostate étaient de 1,5 milliard d'euros en 2019 pour les cancers en phase active de traitement et de 250 millions pour les cancers sous surveillance, soit une dépense moyenne de 7 000 et 800 euros respectivement. Leur croissance moyenne est de +6,6% par an pour les cancers actifs et de +9,4% par an pour les cancers sous surveillance

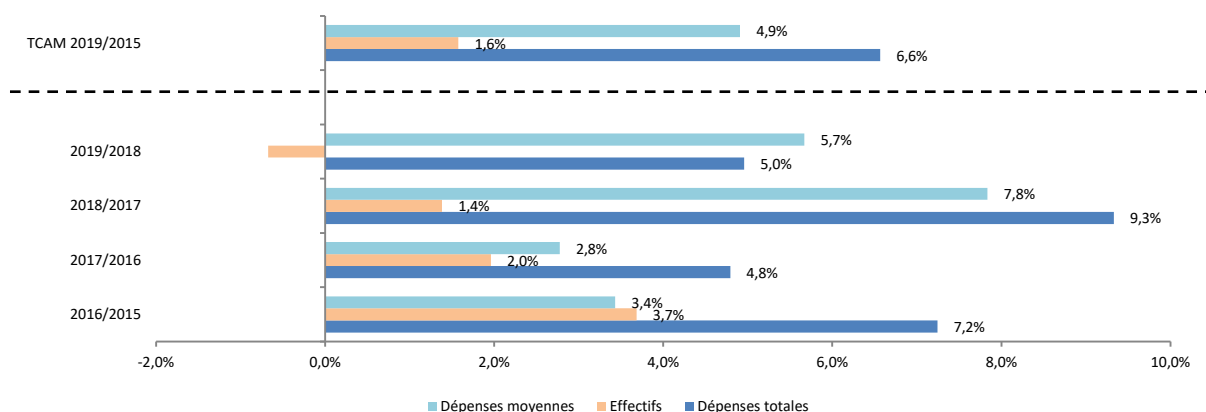
On observe une croissance continue de la dépense totale depuis 2015, expliquée très majoritairement par la croissance de la dépense moyenne : surtout à partir de 2018 pour les cancers de la prostate en phase active de traitement et en 2019 pour les cancers sous surveillance (Figure 28 et Figure 29 et).

Le décomposé de la dépense moyenne montre l'augmentation régulière sur la période pour les cancers actifs du poste médicaments en ville (Figure 30) : passé d'environ 2 100 euros en 2015 à 2 600 en 2019, soit une augmentation d'environ +24% et du poste spécialistes, passé d'environ 7 00 euros en 2015 à 1 100 en 2019, soit une augmentation d'environ +52%.

Cette évolution reflète l'extension des indications des hormonothérapies par voie orale (ZYTIGA, XTANDI) à partir de 2018. La part des patients avec un cancer de la prostate actif concernés par ce traitement est ainsi passée d'environ 7% en 2015 à environ 10,5% en 2019.

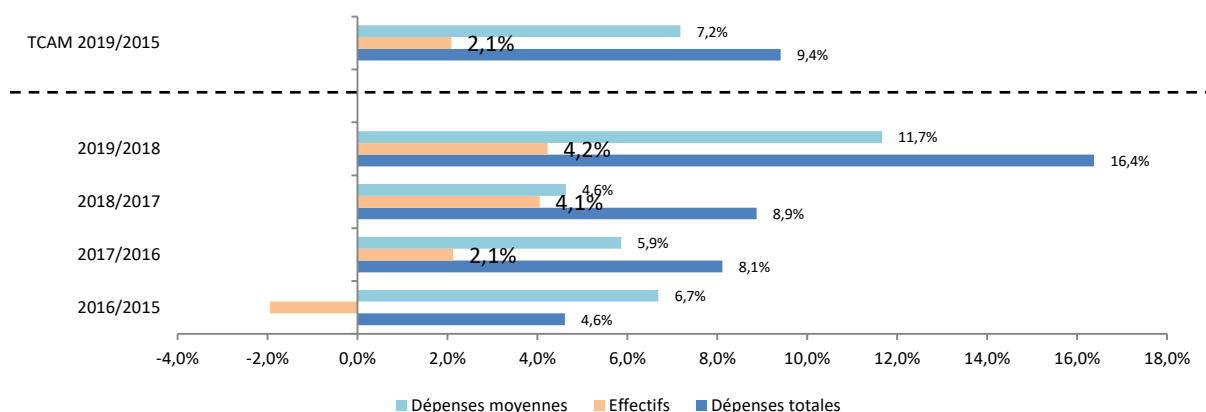
On note, comme pour les cancers du sein, la part de la dépense moyenne liée aux spécialistes (16% pour les cancers actifs et 24% pour les cancers sous surveillance, en 2019) et la très faible part liée aux prestations en espèce, ces patients ayant une moyenne d'âge plus élevée que ceux atteints de cancer du poumon ou du sein et n'étant généralement plus actifs (Figure 31).

Figure 28 : Cancer de la prostate actif - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019



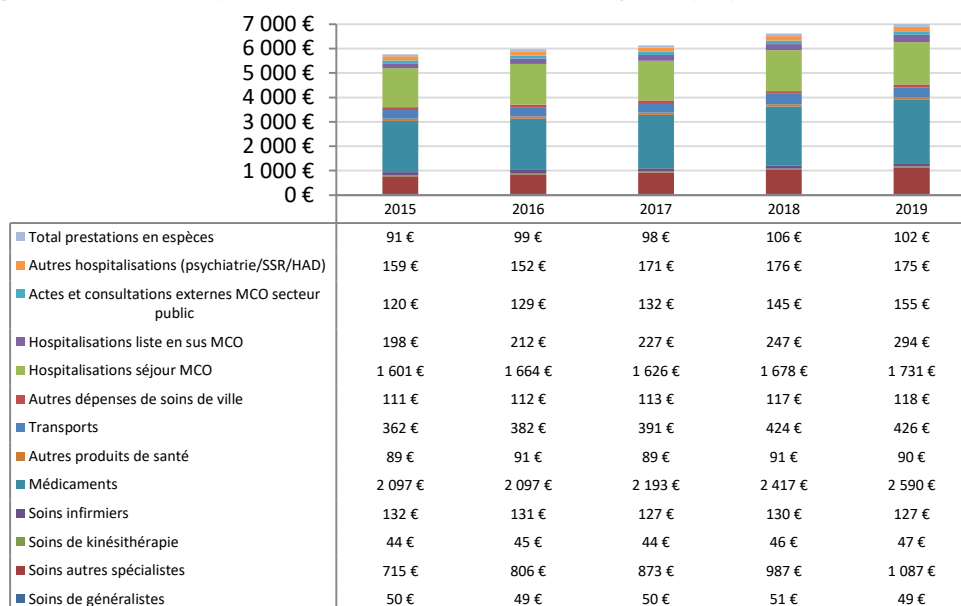
Champ : Tous régimes - France entière, Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)

Figure 29 : Cancer de la prostate sous surveillance - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019



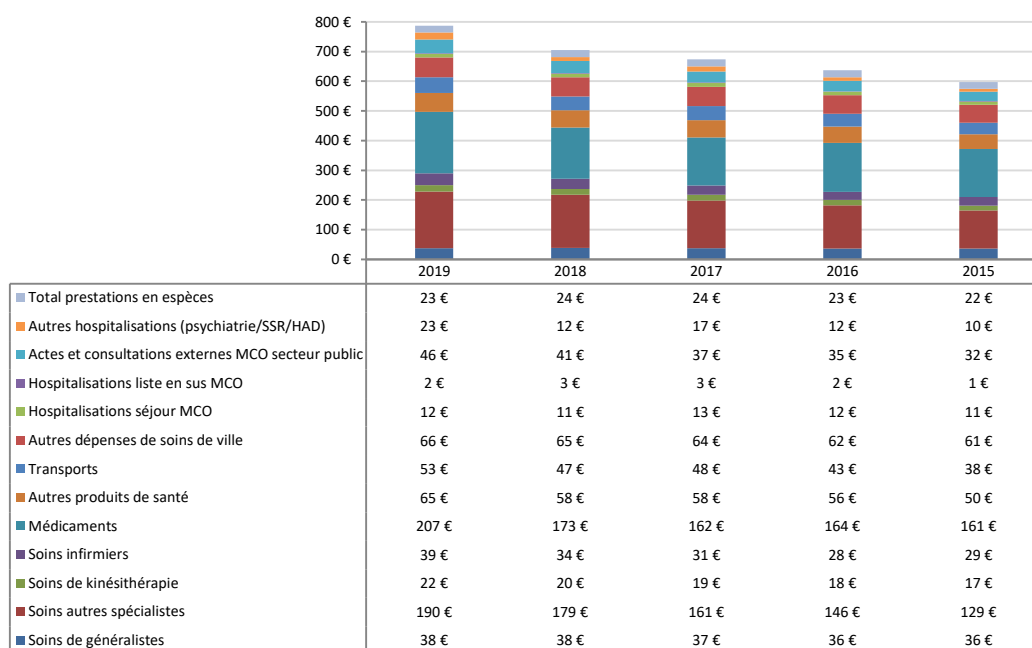
Champ : Tous régimes - France entière, Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)

Figure 30 : Cancer de la prostate actif - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019



Champ : Tous régimes - France entière, Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)

Figure 31 : Cancer de la prostate sous surveillance - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019



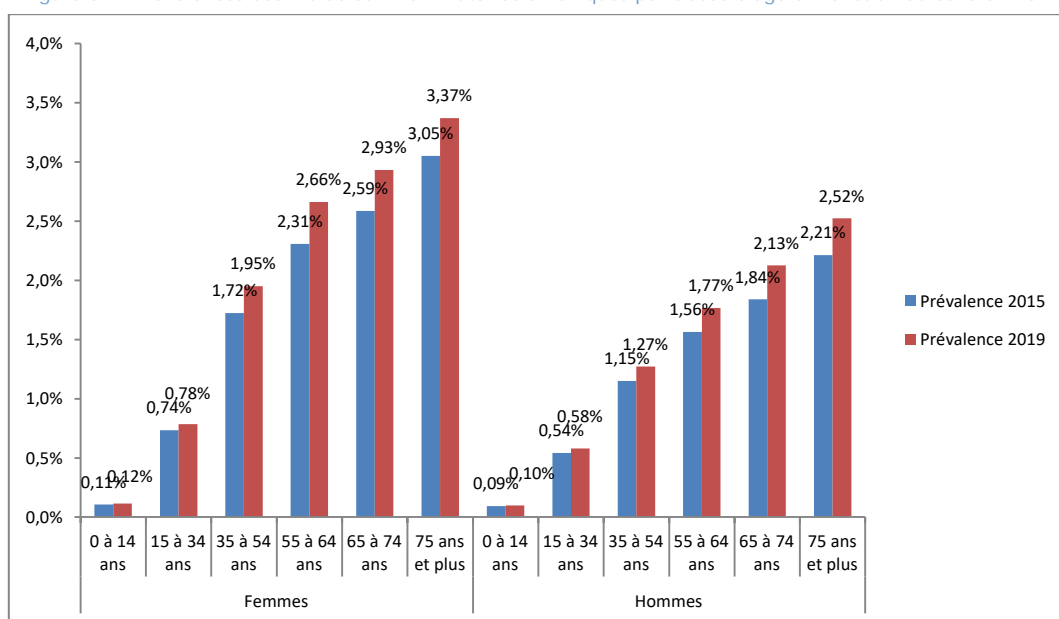
Champ : Tous régimes - France entière, Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)

2.1. Maladies inflammatoires chroniques

Dans la Cartographie, les maladies inflammatoires chroniques comprennent les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI, incluant la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique), la polyarthrite rhumatoïde (et maladies apparentées), la spondylarthrite ankylosante (et maladies apparentées) et les « autres maladies inflammatoires chroniques ». Ces dernières correspondent globalement aux maladies systémiques et aux vascularites (lupus, périartérite noueuse, dermatopolymyosite, sclérodermie...).

En 2019, la dépense affectée aux maladies inflammatoires chroniques s'élève à 3,4 Mds € d'euros, dont 2,0 Mds € pour les soins de ville (60,6%) et 856 M€ pour les dépenses hospitalières (25,5%). Ces maladies concernent près de 965 millions de personnes, soit une prévalence de 1,46% dans la population de la Cartographie. Cette dernière augmente avec l'âge et est plus importante chez les femmes que chez les hommes quelle que soit la tranche d'âge (Figure 32). En outre, la prévalence des maladies inflammatoires chroniques a augmenté entre 2015 et 2019, en particulier parmi les plus âgés.

Figure 32 : Prévalences des maladies inflammatoires chroniques par classe d'âge en fonction du sexe en 2019

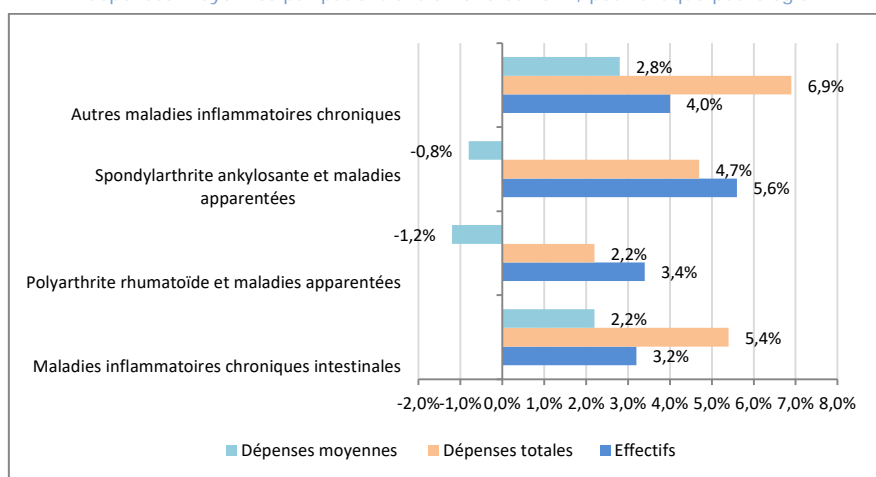


Champ : tous régimes – France entière, Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2021)

Entre 2015 et 2019, les dépenses affectées aux maladies inflammatoires chroniques se sont accrues de 19% (soit +537 M€ en quatre ans). Ce rythme de croissance annuel moyen de +4,4% résulte d'une évolution soutenue de l'effectif de personnes prises en charge (en moyenne +3,9% par an), la dépense moyenne par personne étant restée stable sur la période (+0,5% en moyenne par an).

La stabilité globale de la dépense moyenne au cours de la période masque en réalité des évolutions contrastées selon les pathologies (Figure 33). Ainsi, on observe une baisse de la dépense moyenne pour la polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées (en moyenne -1,2% par an) et pour la spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées (en moyenne -0,8% par an), et une augmentation pour les maladies inflammatoires chroniques intestinales (en moyenne +2,2% par an) et les « autres maladies inflammatoires » (en moyenne +2,8% par an).

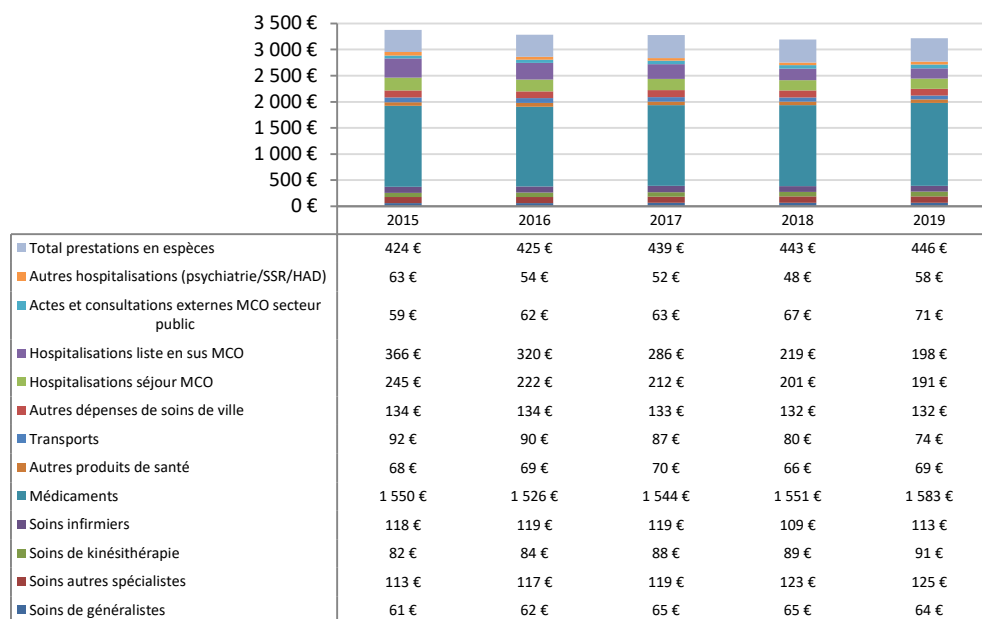
Figure 33 : Maladies inflammatoires chroniques : taux de croissance moyens annuels des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019, pour chaque pathologie



Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière, Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2021)

En baisse régulière depuis 2015, les dépenses moyennes affectées à la polyarthrite rhumatoïde (et maladies apparentées) et à la spondylarthrite ankylosante (et maladies apparentées) sont respectivement de 3 216 € et 4 119 € par an et par patient en 2019. Alors que la dépense moyenne de la plupart des postes de dépenses reste stable au cours de la période, celle de la liste en sus diminue de manière significative pour chacun de ces deux groupes de pathologies (respectivement -46% et -56%) (Figure 34 et Figure 35). Ce résultat traduit l'arrivée en 2015 de plusieurs biosimilaires de REMICADE®¹¹.

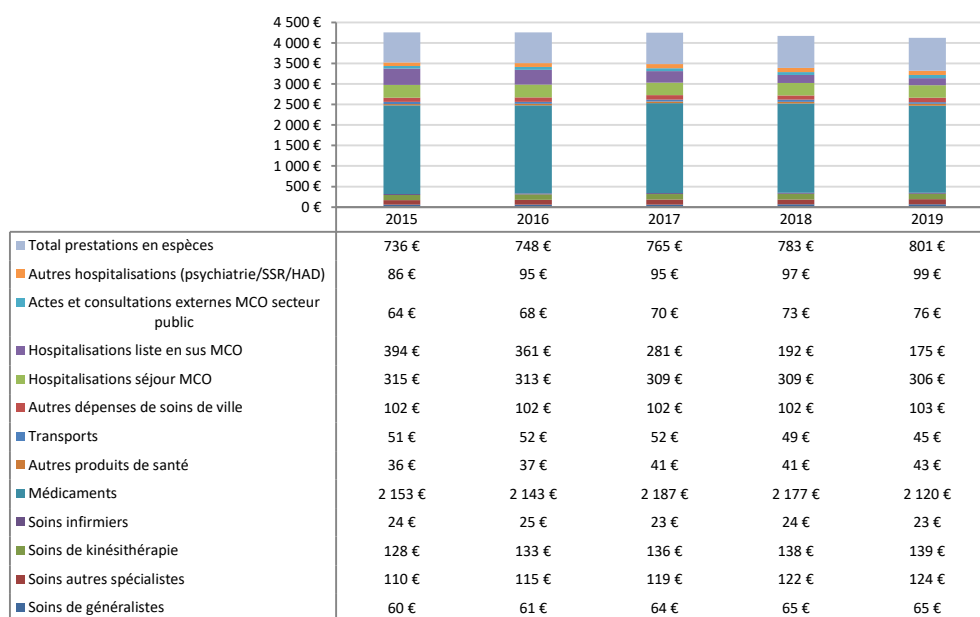
Figure 34 : Polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2015 à 2019



Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière, Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2021)

¹¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/inflectra_remsima_sapub_ct136978_ct13747.pdf

Figure 35 : Spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2015 à 2019



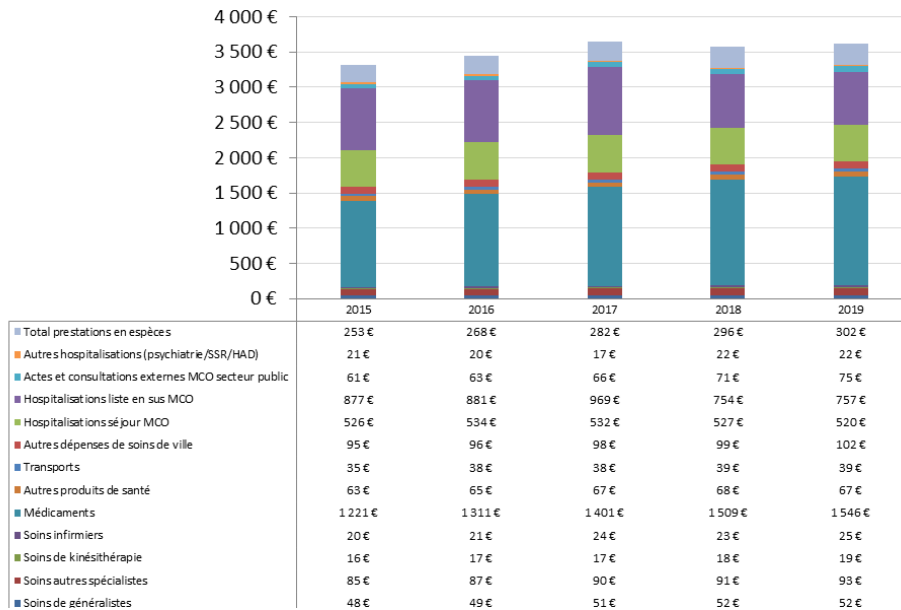
Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière, Source : Cham (cartographie - version de juillet 2021)

A l'inverse, les dépenses moyennes affectées aux maladies inflammatoires chroniques intestinales et aux autres maladies inflammatoires chroniques présentent une tendance globale à la hausse jusqu'en 2017, puis une baisse (Figure 36 et Figure 37).

Pour les maladies inflammatoires chroniques intestinales, la dépense moyenne est de 3 620 € par patient en 2019. L'augmentation de la dépense moyenne sur la période (+9,0%) résulte de celle observée pour les médicaments délivrés en ville (+26,6%) et dans une moindre mesure les prestations en espèce (+19,4%). Ces résultats sont dans la continuité de ceux décrits dans le rapport [« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 »](#), où nous présentions le rôle probable des biothérapies dans l'évolution des dépenses de médicaments. L'augmentation des prestations en espèces est probablement liée au vieillissement de la population (Figure 32). Outre la mise à jour des résultats présentés dans ce précédent rapport, nous observons également une baisse des dépenses de la liste en sus à partir de 2018, également en lien, probablement, avec l'arrivée des biosimilaires de REMICADE®.

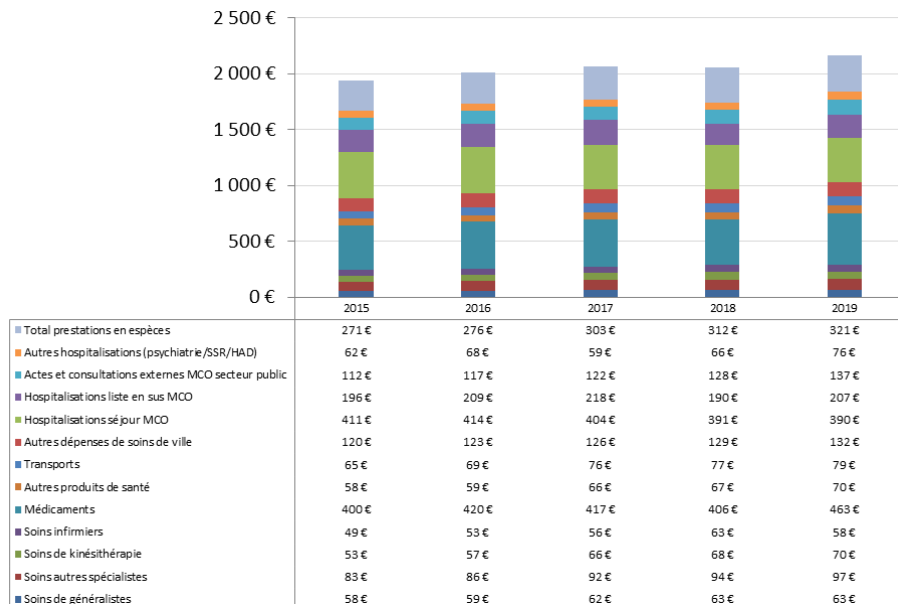
Enfin, pour les autres maladies inflammatoires chroniques, la dépense moyenne est de 2 163 € par patient en 2019. Les évolutions des dépenses moyennes de médicaments (+15,8%) et de prestations en espèce (+18,5%) sont également à l'origine de la hausse de la dépense moyenne entre 2015 et 2019. Comme pour les MICI, le vieillissement de la population explique probablement cette évolution.

Figure 36 : Maladies inflammatoires chroniques intestinales : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2015 à 2019



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

Figure 37 : Autres maladies inflammatoires chroniques : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2015 à 2019



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

3. La charge de morbidité : une première description du nombre d'années de vie perdues par cause de décès en 2016 – une collaboration avec Santé publique France et le CépiDc

3.1. Une méthodologie standardisée au service d'une démarche de santé publique

L'une des ambitions du programme visant à revoir la politique et les actions de gestion du risque (GDR) de l'Assurance Maladie est de « construire des parcours sur des pathologies ou des populations significatives en termes de santé publique ». Cette approche rejoint la démarche classique en santé publique suivant laquelle les problèmes de santé publique prioritaires sont les plus fréquents, les plus graves et pour lesquels une ou plusieurs interventions efficaces et réalisables existent. Cette démarche s'appuie sur le diagnostic des principales causes de morbidité et de mortalité, qui repose aujourd'hui en France essentiellement sur des estimations de prévalences et d'incidences de pathologies et sur les taux de mortalité par cause de décès. Par ailleurs, en plus des critères classiques de priorisation, la vulnérabilité et l'isolement de certaines populations (personnes âgées, enfants, personnes socialement défavorisées...) sont des facteurs fondamentaux à considérer pour prioriser et cibler au mieux les actions les plus adéquates. Il est donc important de décrire les problèmes de santé prépondérants dans des sous-groupes de population. Enfin, la connaissance des dépenses mobilisées pour la prise en charge des pathologies est également un enjeu important. (1–3) La Cartographie des pathologies et des dépenses est d'ailleurs devenue l'un des piliers stratégiques de l'Assurance Maladie pour éclairer les actions de GDR.

La « charge de morbidité » (*burden of disease* en anglais) traduit l'ampleur de la dégradation de la santé liée aux maladies, aux traumatismes et à leurs facteurs de risque, tant en termes de morbidité que de mortalité. Par extension, c'est aussi une méthode scientifique visant à quantifier la charge de morbidité de manière systématique et comparative, par pathologie, âge, sexe et zone géographique à un moment donné, en se basant notamment sur des indicateurs combinant des mesures de morbidité et de mortalité.(4,5) Ces indicateurs sont le nombre d'années de vie perdues (AVP), le nombre d'années vécues avec une incapacité et le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité. Ces estimations enrichissent les indicateurs standards, tels que les prévalences ou la mortalité en intégrant l'espérance de vie, les poids de sévérité et d'incapacités liés aux pathologies. Ils permettent de suivre l'état de santé dans le temps et de le comparer entre des groupes de population, en prenant en compte l'impact des pathologies sur la santé.

Le projet *Global Burden of Disease* produit des estimations de la mortalité, de la morbidité et de l'incapacité dans de nombreux pays du monde suivant la même méthodologie. Ce projet est mené par l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), un centre de recherche sur la santé globale de l'Université de Washington. Dans cette approche globale, l'IHME privilégie la comparabilité internationale plutôt que l'adaptation des méthodes aux spécificités de chaque pays, en termes de système de soins, d'épidémiologie et de données disponibles, dont la qualité est très hétérogène d'un pays à l'autre. De plus, l'approche utilisée dans ce projet est techniquement complexe, tant dans le concept que dans les applications.(6) En France, nous disposons des données et des compétences nécessaires à l'appropriation de ces méthodes et à terme à leur mise en œuvre pour adapter ces outils à nos besoins et à davantage exploiter la richesse de nos données. C'est pourquoi Santé publique France et la CNAM ont récemment convenu d'un partenariat pour mettre en œuvre les méthodes d'estimation du nombre d'AVP, d'années vécues avec une incapacité et d'années de vie corrigées de l'incapacité en France, conformément à la proposition 17 de la dernière édition du présent rapport (« Favoriser le développement et l'adoption d'outils médico-économiques pour appuyer les démarches de prévention en lien avec Santé publique France »). Par ailleurs, ce travail est réalisé en collaboration avec le CépiDc et s'inscrit plus largement dans le cadre d'une coopération européenne, le *European Burden of Disease Network*¹², grâce à laquelle les partenaires européens s'étant déjà prêtés à l'exercice partagent leur expérience.(6)

Ce chapitre présente des résultats préliminaires sur le premier indicateur de la charge de morbidité, les AVP par cause de décès, en utilisant des groupes de pathologies définies par la classification CIM-10 et sans

¹² <https://www.burden-eu.net/>

reclassement des causes de décès imprécises. L'analyse porte sur les données des décès survenus en 2016 car ce sont les données consolidées les plus récentes. Il est peu probable qu'il y ait eu une évolution majeure les années suivantes, au moins jusqu'à la pandémie de COVID-19.

Encadré 2 : Principes de calcul et d'analyse du nombre d'années de vie perdues

Pour chaque personne décédée, le nombre d'années de vie perdues (AVP) correspond à la différence entre l'âge au décès et l'espérance de vie à cet âge. Le nombre d'AVP dans la population correspond à la somme des AVP de chaque individu la composant.

Plusieurs choix de tables d'espérances de vie par âge sont possibles, notamment :

Les espérances de vie mondiales projetées en 2050 (source : OMS) : cette approche est basée sur le postulat qu'il n'est pas approprié de baser les calculs d'AVP sur les taux de mortalité actuellement observés.⁽⁷⁾ Bien que cela ne représente pas la durée de vie humaine ultimement réalisable, il s'agit de durées de vie que l'on pense pouvoir être atteintes par un nombre important de personnes vivantes au moment du calcul.

Les espérances de vie en France durant l'année d'intérêt, ici 2016 (source : INSEE) : les AVP sont alors calculées par rapport à l'espérance de vie qu'avaient les personnes lors de leur décès, dans le pays où il est survenu. Ces espérances de vie sont déclinées par sexe.

Ce choix dépend avant tout de l'objectif poursuivi. Pour avoir une vision nationale, il paraît plus approprié de se baser sur les espérances de vie nationales. Dans une optique de comparaison internationale, il est nécessaire que tous les pays utilisent les mêmes espérances de vie de référence.

Les AVP sont décrites par cause initiale de décès, définie par la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. En effet, le médecin remplissant le certificat de décès y mentionne les causes de décès décrivant le processus morbide ayant conduit au décès. Une fois le certificat récupéré, le CépiDc attribue un code à chaque cause de décès mentionnée sur le certificat selon la 10e version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et identifie la cause initiale de décès.¹³

Au niveau international, pour décrire les AVP, les codes CIM-10 des causes de décès sont regroupés selon une classification hiérarchique en 4 niveaux proposée par le *Global Burden of Disease*. Cette classification permet également d'identifier des causes mal définies, pour chaque niveau. Différentes méthodes peuvent ensuite être utilisées pour reclasser ces causes mal définies.

Enfin, il est possible de décliner les analyses par âge et sexe, voire d'autres caractéristiques (département de résidence, précarité sociale (CMUc)...).

Dans ces analyses préliminaires, nous avons décrit les AVP par âge, sexe et cause initiale de décès par chapitre de la CIM-10 pour l'ensemble des causes et de manière plus détaillée pour les principales causes, sans redistribuer les causes mal définies. L'objectif de ces analyses étant d'avoir une vision nationale, l'analyse est axée sur les AVP calculées avec les tables d'espérances de vie de l'INSEE en 2016, mais une comparaison avec les principaux résultats obtenus avec les tables de l'OMS en 2050 est également présentée.

3.2. Des résultats préliminaires illustrant l'intérêt de l'estimation du nombre d'années de vie perdues

3.2.1 Près de 7,3 M d'années de vie perdues du fait des 590 000 décès survenus en 2016

Les 586 519 décès enregistrés en France en 2016 représentaient au total 7,291 millions d'AVP par rapport aux espérances de vie estimées sur la population française la même année (tables d'espérances de vie par âge de l'INSEE) (voir Encadré 2). En utilisant les espérances de vie estimées dans le monde en 2050 (tables de l'OMS), le nombre d'AVP était plus élevé (10,031 millions). Cette différence concernait l'ensemble des groupes de pathologies considérés (Figure 38) et s'explique par l'allongement attendu de l'espérance de vie d'ici 2050.

¹³

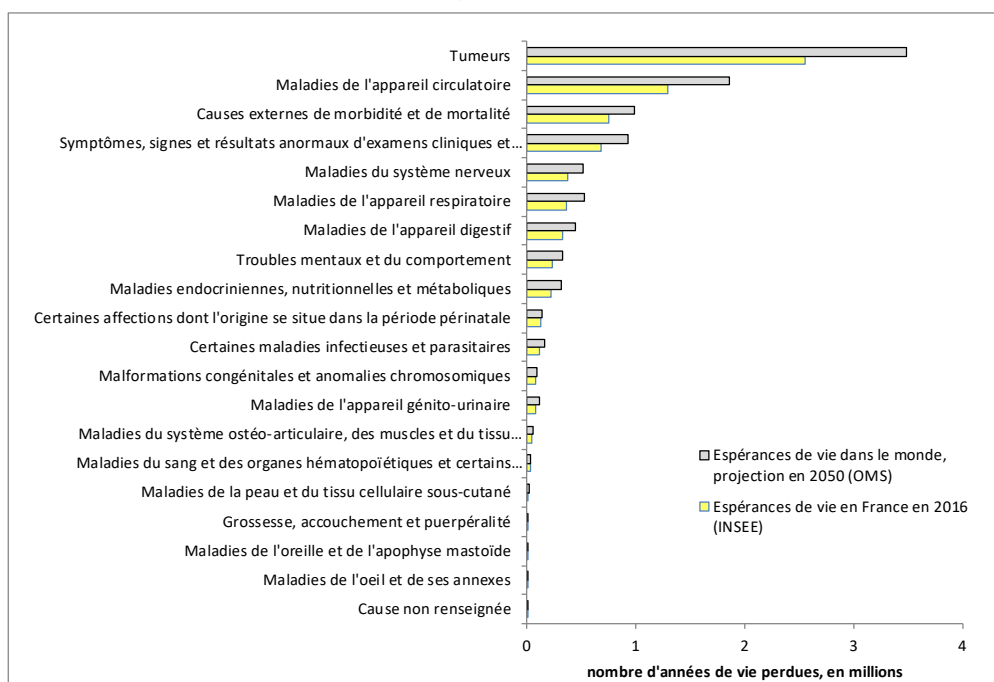
Pour en savoir plus sur la production des données de causes médicales de décès : <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/comment-sont-produites-les-donnees>

Malgré ces différences concernant le nombre d'AVP, l'ordre et la répartition des causes de décès variaient très peu selon les espérances de vie utilisées pour le calcul des AVP. Les causes de décès pour lesquelles la proportion d'AVP différaient le plus, bien que les différences absolues fussent très faibles, étaient liées à la grossesse et à la petite enfance : « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » (1,7 % (INSEE) vs. 1,4 % (OMS) des AVP ; différence relative : 23 %), « Malformations congénitales et anomalies chromosomiques » (1,1 % vs. 0,96 % ; 18 %) et « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (0,029 % vs. 0,024 % ; 23 %). L'explication la plus probable est la prise en compte par l'OMS de pays dans lesquels la morbi-mortalité materno-infantile est plus élevée qu'en France.

Ces résultats montrent que le choix de la table d'espérance de vie par âge a peu d'impact sur la priorisation des causes de décès en France, au moins dans ces premières analyses.

Par la suite, les AVP présentées sont calculées avec les estimations de l'INSEE en 2016.

Figure 38 : Nombre d'années de vies perdues par cause initiale de décès, selon les espérances de vie utilisées comme référence, en France en 2016



source : cépiDC (causes de décès), INSEE (espérances de vie par âge en 2016)
 champ : décès déclarés en 2016, France entière

3.2.2 Par rapport au nombre de décès, le nombre d'AVP accorde plus d'importance aux causes de décès survenant chez les jeunes, en particulier les causes externes et les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.

En 2016, les AVP étaient principalement liées aux tumeurs (35 %), aux maladies de l'appareil circulatoire (18 %) et aux causes externes de morbidité et de mortalité (10 %). Ensuite venait un regroupement de causes non spécifiques ou de symptômes (9,3 %), faisant partie des causes de décès mal définies évoquées plus loin et dans l'Encadré 2.

La prise en compte des AVP accorde logiquement plus d'importance que le nombre de décès aux causes de décès survenant chez les jeunes (Tableau 2). Ainsi, les causes externes de morbidité et de mortalité, représentant 10 % des AVP et 6,6 % des décès, passent de la 5^e à la 3^e position. Les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (1,7 % des AVP et 0,26 % des décès) passent de la 15^e à la 10^e position.

Tableau 2 : Nombre, proportion et rang des années de vie perdues et des décès, par cause initiale de décès, en France en 2016

cause initiale de décès (chapitre CIM-10)	AVP total : 7291387			décès total : 586519			différence de rang entre les AVP et les décès
	nombre	%	rang	nombre	%	rang	
Tumeurs	2556838	35%	1	171379	29%	1	0
Maladies de l'appareil circulatoire	1295121	18%	2	141581	24%	2	0
Causes externes de morbidité et de mortalité	751028	10%	3	38472	6.6%	5	-2
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	680935	9.3%	4	53880	9.2%	3	+1
Maladies du système nerveux	369517	5.1%	5	38468	6.6%	6	-1
Maladies de l'appareil respiratoire	365756	5.0%	6	40595	6.9%	4	+2
Maladies de l'appareil digestif	324817	4.5%	7	24047	4.1%	8	-1
Troubles mentaux et du comportement	234156	3.2%	8	25543	4.4%	7	+1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	222206	3.0%	9	20941	3.6%	9	0
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	123767	1.7%	10	1510	0.26%	15	-5
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	119906	1.6%	11	10447	1.8%	10	+1
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	82482	1.1%	12	1697	0.29%	14	-2
Maladies de l'appareil génito-urinaire	80376	1.1%	13	9998	1.7%	11	+2
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	41819	0.57%	14	4108	0.70%	12	+2
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	27009	0.37%	15	2270	0.39%	13	+2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	12390	0.17%	16	1447	0.25%	16	0
Grossesse, accouchement et puerpéralité	2140	0.029%	17	40	0.0068%	18	-1
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	486	0.0067%	18	34	0.0058%	19	-1
Maladies de l'oeil et de ses annexes	482	0.0066%	19	54	0.0092%	17	+2
Cause non renseignée	155	0.0021%	20	<10	0.0014%	20	0

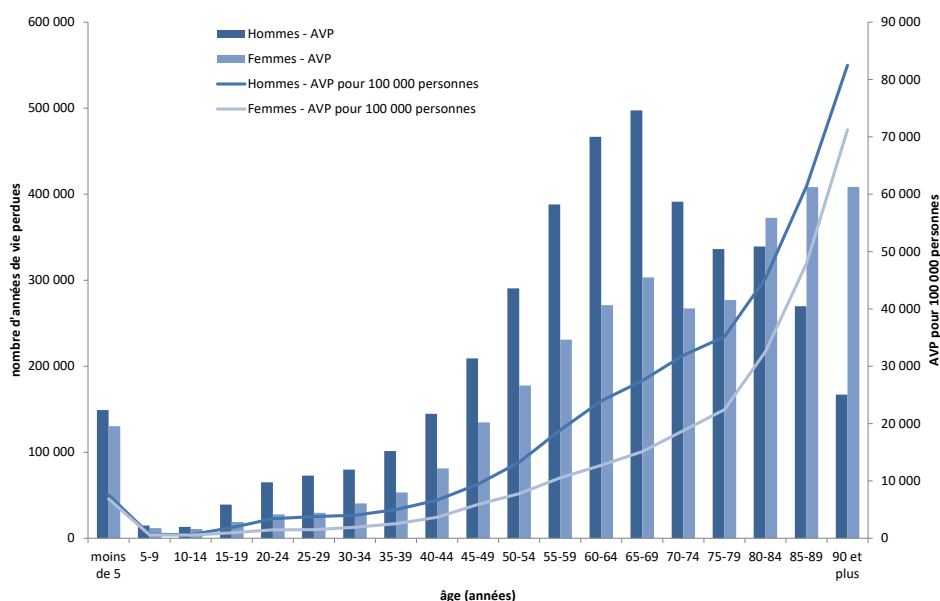
Exemple : Une différence de rang de "-2" signifie que la cause de décès remonte de 2 rangs dans le classement si l'on considère le nombre d'années de vie perdues
 source : cépiDC (causes de décès), INSEE (espérances de vie par âge en 2016)
 champ : décès déclarés en 2016, France entière

3.2.3 Chez les hommes, la majorité des années de vie perdues concerne des décès entre 50 et 80 ans, avec un pic autour de 65-69 ans. Ce pic est beaucoup moins marqué chez les femmes.

La distribution par âge du nombre d'AVP était très différente entre les hommes et les femmes (Figure 39). Chez les hommes, le nombre d'AVP présentait un pic centré autour des décès à 65-69 ans, relativement peu après 80 ans. Chez les femmes, on retrouvait un pic similaire mais bien moins marqué que les hommes, avec en revanche un grand nombre d'AVP au-delà de 80 ans. Néanmoins, pour les hommes comme pour les femmes, le nombre d'années de vie perdues avant l'âge de 5 ans était très élevé (210 153 AVP au total).

La description des AVP et du nombre de décès par âge confirme le poids plus important accordé par les AVP aux décès des plus jeunes, en particulier les décès survenus avant l'âge de 5 ans (Figure 40).

Figure 39 : Années de vie perdues par âge et par sexe en France en 2016

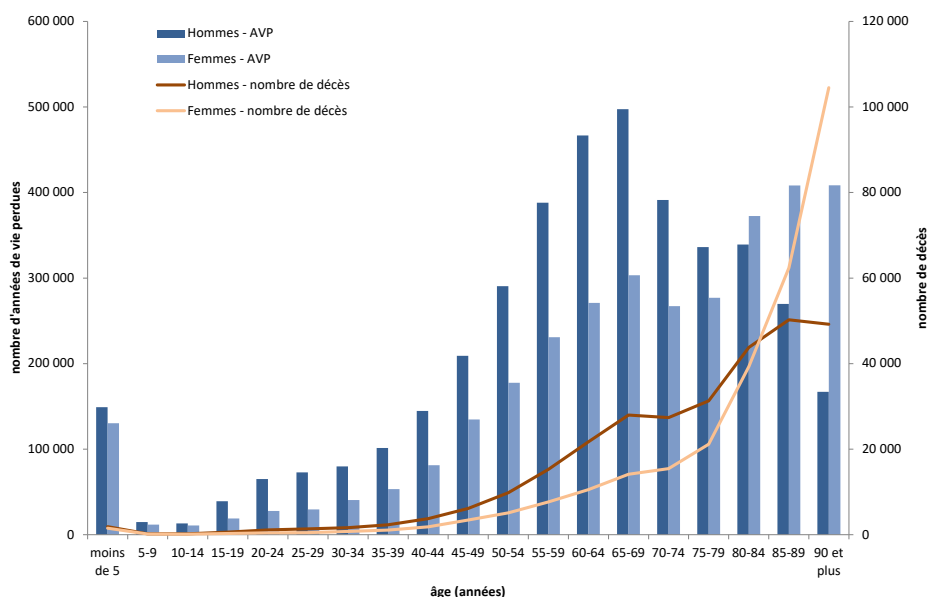


abréviation : AVP, années de vie perdues

source : cépiDC (causes de décès), INSEE (espérances de vie par âge en 2016 et effectifs de population par âge)

et sexe en 2016)
 champ : décès déclarés en 2016, France entière

Figure 40 : Années de vie perdues et nombre de décès par âge et par sexe en France en 2016



abréviation : AVP, années de vie perdues
 source : cépiDC (causes de décès), INSEE (espérances de vie par âge en 2016 et effectifs de population par âge et sexe en 2016)
 champ : décès déclarés en 2016, France entière

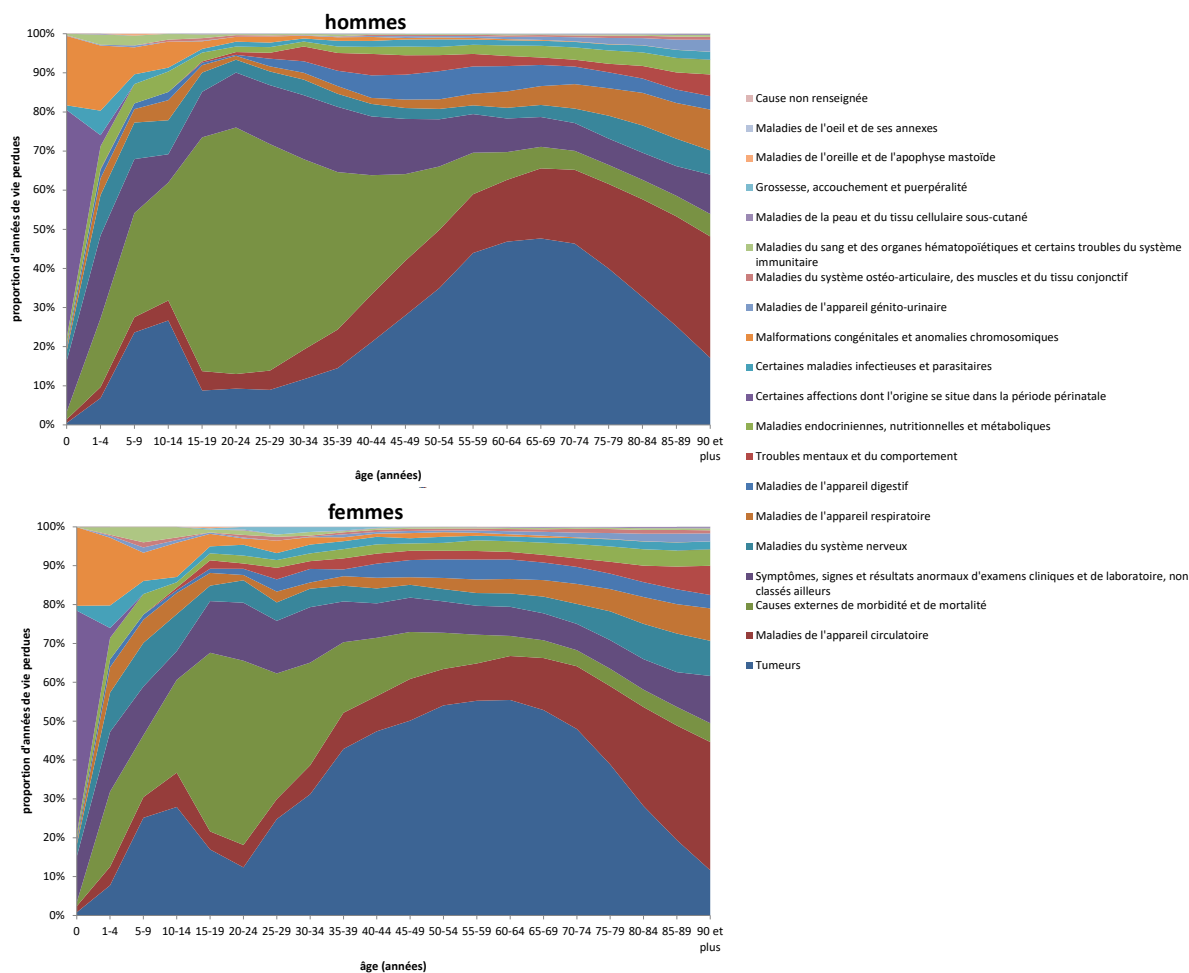
La répartition par âge des causes de décès était également notablement différente entre les hommes et les femmes (Figure 41). Ainsi, les AVP liées à des causes externes concernaient en particulier les jeunes hommes et garçons, dès 1-4 ans et de manière très nette après 15 ans. Les premières causes étaient les « autres causes externes de lésion traumatique accidentelle » (328 187 AVP, dont 62 % chez les hommes), puis les lésions auto-infligées (246 672 AVP, dont 74 % chez les hommes) et les accidents de transport (120 063 AVP, dont 76 % chez les hommes), dont deux tiers étaient des accidents de la circulation avec un véhicule à moteur¹⁴ (80 831 AVP, dont 73 % chez les hommes). Inversement, les tumeurs représentaient une proportion plus importante des AVP chez les femmes que chez les hommes à partir de 15 ans et jusqu'à 60 ans, bien que les causes externes représentaient également une part importante des AVP chez les adolescentes et jeunes femmes.

Comme attendu, les AVP avant l'âge de 4 ans étaient essentiellement liées à « certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » (121 898 AVP), en premier lieu les affections respiratoires et cardio-vasculaires spécifiques de la période périnatale (49 885 AVP). Ensuite venaient les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (39 698 AVP), dont les principales étaient les malformations congénitales de l'appareil circulatoire (15 229 AVP).

Enfin, parmi les plus âgés, les AVP étaient principalement liées aux cancers, aux maladies cardiovasculaires et dans une moindre mesure aux maladies respiratoires et du système nerveux.

¹⁴ « Personne blessée dans un accident de la circulation avec un véhicule à moteur, sans précision »

Figure 41 : Répartition du nombre d'années de vie perdues par âge et cause de décès, selon le sexe, en France en 2016



source : cépiDC (causes de décès), INSEE (espérances de vie par âge en 2016)
 champ : décès déclarés en 2016, France entière

3.2.4 Les causes mal définies peuvent avoir un impact important sur les résultats.

Certaines causes sont peu spécifiques et montrent que la précision du codage de certaines causes de décès peut être insuffisante, voire un codage erroné, nécessitant de reclasser ces causes lorsque c'est possible.

C'est le cas des « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs », qui représentent 680 935 AVP (9,3 % du total) et occupent la 4^e position des causes d'AVP, et des causes non renseignées (moins de 10 décès). Ainsi, si l'on utilise la définition du *Global Burden of Disease* des causes mal définies, on trouve qu'elles représentent environ 35 % des décès (32 % des AVP). A titre de comparaison, 26 % des décès étaient mal définis selon une définition très proche en 2017 en Allemagne. (8) Un travail de reclassement de ces décès est donc indispensable et pourrait impacter la répartition des causes d'AVP.

D'après l'expérience du CépiDc, une partie des causes inconnues ou mal définies devrait être reclassée dans les causes externes et va concerner majoritairement des jeunes, ce qui aura sûrement un impact sur les AVP.

3.3. Perspectives

Après ce premier engagement de la collaboration entre la CNAM, Santé publique France et le CépiDc, les prochaines étapes vont consister à préciser ces résultats en passant de la CIM-10 à la classification du *Global Burden of Disease* et en s'appropriant les méthodes de redistribution des causes de décès mal définies. De plus, les analyses seront déclinées selon le niveau socioéconomique (CMUc, indice de désavantage social) et par zone

géographique. La description de l'état de santé au niveau infranational est en effet essentielle au développement des stratégies de prévention et d'intervention et à leur ciblage en fonction des besoins de chaque territoire. Des comparaisons internationales seront également possibles en utilisant les tables d'espérance de vie adéquates. A moyen terme, le nombre d'années de vie vécues avec une incapacité et le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité seront calculés, permettant d'enrichir la description de la morbidité de la population.

En suivant les méthodes de la charge de morbidité, il est également possible de rapporter les indicateurs calculés à des facteurs de risque plutôt qu'aux causes de décès elles-mêmes, permettant de répondre à des questions comme : « Combien d'années de vie perdues sont liées au tabagisme ? » ou « Quelle est la classe d'âge pour laquelle les années de vie perdues liées au tabagisme sont les plus nombreuses ? ». Par ailleurs, les indicateurs de la charge de morbidité pourraient contribuer à évaluer le bénéfice d'actions ou de programmes de prévention sur l'état de santé (exemple : « si l'on diminue de 10% la prévalence du tabagisme, combien d'année de vie en bonne santé peut-on espérer gagner ? ») voire de dépenses de soins évitées, si l'on est capable d'estimer finement le coût annuel de la prise en charge de la pathologie dans la population ciblée. La possibilité d'exploiter les données de la Cartographie des pathologies et des dépenses offre des perspectives en ce sens, qui nécessitent toutefois des études de faisabilité car à ce jour cet outil ne permet pas d'estimer les dépenses liées à une prise en charge dans un groupe de population donné.

Enfin, il est important de noter que ces perspectives nécessitent d'émettre des hypothèses fortes, notamment sur la relation de cause à effet entre l'exposition à chaque facteur de risque et le risque de survenue des pathologies, sur la force de cette relation et sur l'absence d'effet combiné des différents facteurs de risque. Mais cette approche permettra a minima de hiérarchiser les facteurs de risque en fonction de leur rôle dans la dégradation de l'état de santé d'une population, ce qui peut mener à des actions de prévention ciblées.

3.4. Références

1. Dieleman JL, Squires E, Bui AL, Campbell M, Chapin A, Hamavid H, et al. Factors Associated With Increases in US Health Care Spending, 1996-2013. *JAMA*. 07 2017;318(17):1668-78.
2. Thorpe KE. Treated disease prevalence and spending per treated case drove most of the growth in health care spending in 1987-2009. *Health Aff Proj Hope*. mai 2013;32(5):851-8.
3. Roehrig CS, Rousseau DM. The growth in cost per case explains far more of US health spending increases than rising disease prevalence. *Health Aff Proj Hope*. sept 2011;30(9):1657-63.
4. Devleeschauwer B, Maertens de Noordhout C, Smit GSA, Duchateau L, Dorny P, Stein C, et al. Quantifying burden of disease to support public health policy in Belgium: opportunities and constraints. *BMC Public Health*. 21 nov 2014;14:1196.
5. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet Lond Engl*. 15 déc 2012;380(9859):2063-6.
6. Devleeschauwer B. European burden of disease network: strengthening the collaboration. *Eur J Public Health*. 1 févr 2020;30(1):2-3.
7. Martinez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality-a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. *Int J Epidemiol*. 1 août 2019;48(4):1367-76.
8. the BURDEN 2020 study group, Wengler A, Gruhl H, Plaß D, Leddin J, Rommel A, et al. Redistributing ill-defined causes of death – a case study from the BURDEN 2020-project in Germany. *Arch Public Health*. déc 2021;79(1):33.

Partie 2 – Maîtriser la croissance des dépenses pour garantir la pérennité du système de santé : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2021

Conformément aux dispositions de l'article 39 de la loi du 13 août 2004, l'Assurance Maladie présente chaque année ses propositions visant à contribuer à la maîtrise des dépenses de santé, au respect de l'Ondam voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et plus largement à l'équilibre de la branche maladie, pour l'année suivante.

En 2020, la crise sanitaire a entraîné une dégradation sans précédent du solde de la branche maladie de plus de 30 milliards d'euros s'expliquant par un « effet ciseau » entre hausse massive des dépenses et baisse importante des recettes (cf. partie 1 du présent chapitre). En outre, l'Assurance maladie n'a pas pu déployer l'ensemble des actions visant à la maîtrise de la croissance des dépenses prévues dans le précédent rapport Charges et Produits compte-tenu de la mobilisation de ses équipes et des professionnels de santé dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire.

Dans ce contexte, dans un objectif de pérennité du système de santé, l'Assurance maladie devra à l'issue de la crise sanitaire reprendre ses efforts pour contenir la progression tendancielle des dépenses de santé, en tenant compte des évolutions de l'environnement dans lequel elle déploie ses actions de maîtrise médicalisée des dépenses, avec notamment le changement du mode de relations de l'Assurance maladie avec ses partenaires vers plus d'accompagnement et le développement des organisations territoriales et de l'exercice coordonné des pratiques professionnelles. Par ailleurs, l'Assurance maladie est confrontée depuis quelques années à une diminution de l'impact de ses actions de gestion du risque (GDR), qui l'amène à questionner ses modalités d'intervention. L'ensemble de ces constats appelle à un réexamen de l'approche de l'Assurance maladie en matière de GDR.

C'est pourquoi, en capitalisant sur les réflexions déjà engagées dans le précédent rapport Charges et Produits, l'Assurance maladie a engagé un programme ambitieux de rénovation de sa stratégie de gestion du risque, détaillé dans la deuxième partie du présent chapitre, visant à réinterroger tant le contenu et la finalité de ses actions que leurs modalités de conception, de pilotage et d'évaluation. Ce programme se déploiera à compter du second semestre 2021 et tout au long de l'année 2022, ce calendrier pouvant toutefois évoluer en fonction de la dynamique épidémique.

Cette stratégie rénovée sera appliquée aux principales mesures que l'Assurance Maladie souhaite mettre en œuvre en 2022 présentées dans la troisième partie de ce chapitre.

1. L'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie et l'impact de la crise sanitaire

La situation comptable de l'Assurance Maladie est depuis de nombreuses années caractérisée par un déséquilibre entre le niveau de ses dépenses, plus élevées que les recettes dont elle dispose afin de les financer. Ce déséquilibre génère un déficit comptable qui se traduit financièrement par la constitution d'une dette, correspondant à l'insuffisance de financement de l'année, qui nécessite pour l'Assurance Maladie des ressources externes à celles qui lui sont propres. Historiquement bancaire, ce financement externe se caractérise depuis une dizaine d'années par un recours accru aux instruments de marché. Sans retour à l'équilibre, ces dettes s'accumulent et font peser, du fait de la nécessité de les rembourser, une charge croissante sur les finances publiques.

Cet équilibre entre les charges et les produits a été quasiment retrouvé par l'Assurance Maladie en 2019, soit dix ans après la crise financière de 2008. Touché du doigt en 1998 et en 1990, cet équilibre n'a plus été atteint depuis 1988. Cette quasi-restauration de l'équilibre a été obtenue par une maîtrise continue des dépenses, rendue possible notamment par les propositions formulées et mises en œuvre par l'Assurance Maladie ces dernières années (cf. annexe 1 – suivi de la mise en œuvre des propositions) et par l'apport de ressources nouvelles caractérisé par une diversification des sources de financement.

Toutefois, la crise sanitaire a rompu cette dynamique, en entraînant une dégradation sans précédent du solde de la branche maladie en 2020 – de plus de 30 milliards d'euros – s'expliquant par un « effet ciseau » entre baisse des produits de 5% avec une probable perte pérenne de richesse et hausse des dépenses de près de 10%. Ce déficit devrait se maintenir à un niveau comparable en 2021.

Dans ce contexte, la question de la soutenabilité financière du régime se pose, avec un accroissement inédit de la dette et des perspectives de restauration de l'équilibre dont l'horizon ne se situe pas avant la fin de la décennie dans un scénario pourtant favorable comme le souligne le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS).

1.1. Les produits de la branche maladie, entre croissance et diversification depuis 2006

Les produits affectés au financement de la branche maladie ont fortement augmenté ces quinze dernières années, passant de 146 milliards d'euros en 2006 à 236 milliards d'euros en 2020 (soit un taux de croissance annuel moyen de 3,4%). Partant d'une situation déficitaire, marquée par un niveau de dépenses supérieur à celui des recettes, une dynamique de croissance des recettes supérieure à celle des dépenses est une nécessité pour atteindre l'équilibre des charges et des produits.

L'Assurance Maladie dispose de trois principales sources de financement :

- Les cotisations et contributions sociales, qui représentent en 2020 près de 66 milliards d'euros soit 34% des produits affectés au financement de la branche maladie. Les cotisations sociales représentaient 50% des produits de la branche maladie en 2006. Elles sont prélevées sur les revenus d'activité ;
- La contribution sociale généralisée (CSG), également assise sur les revenus d'activité, qui représente aussi 66 milliards d'euros en 2020 contre 37% en 2006 ;
- Une fraction des impôts et taxes collectés par l'État contribue également au financement de la branche maladie, et représente 30% de ses ressources en 2020 (58 milliards d'euros) contre 10% en 2006. Il s'agit notamment des taxes sur le tabac et l'alcool, ainsi que d'une fraction des recettes de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affecté au financement de la branche.

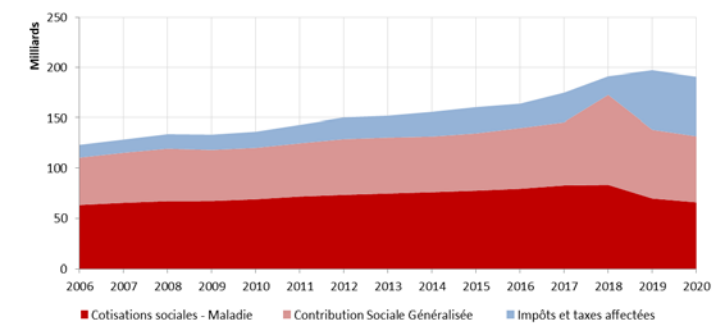
La part restante des produits affectés au financement de la branche maladie (représentant 18% des produits en 2020 contre 16% en 2006) est composée de sources de financements telles que la prise en charge par l'Etat¹⁵ ou la Sécurité sociale de cotisations sociales ainsi que les transferts entre organismes de sécurité sociale et les recours contre tiers.

¹⁵

La loi du 25 juillet 1994, dite « loi Veil », impose le principe d'une compensation de l'Etat aux administrations de sécurité sociale du coût des exonérations de cotisations sociales.

Comme le montre la figure 1, les sources de financement de l'Assurance Maladie ont significativement évolué depuis une quinzaine d'années et tout particulièrement ces deux dernières années en laissant une part croissante aux impôts et taxes affectées au détriment des cotisations et contributions assises sur les revenus d'activité. L'augmentation des impôts et taxes affectés dans le financement de la branche maladie résulte d'une part du dynamisme des recettes issues de la taxation du tabac multipliées par plus de trois entre 2006 à 2020 (de 4,3 milliards d'euros à 14,8 milliards d'euros) et d'autre part d'affectations successives de la TVA au financement de la branche maladie et, ce, particulièrement en 2019. En effet, la fraction de TVA nette affectée à l'Assurance Maladie a été portée à 25% en 2019 (contre 8% en 2018) en compensation des allègements de cotisations consécutifs à la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité.

Figure 42 : Evolution de la structure de financement de la branche maladie

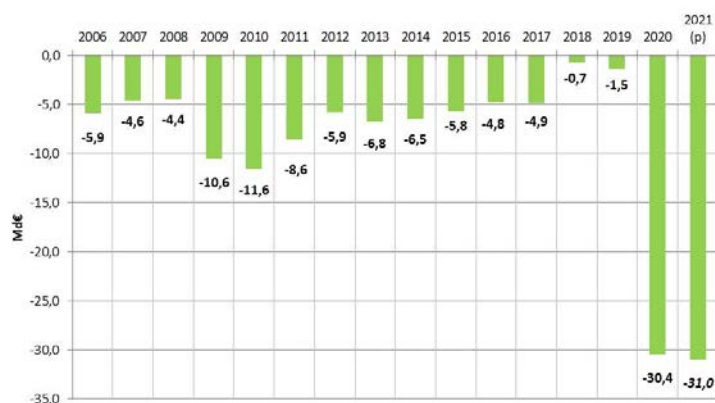


Source : CNAM

1.2. Une trajectoire de retour à l'équilibre soutenue par une évolution des dépenses cohérente avec celle des recettes jusqu'en 2019

A la suite de la crise économique de 2008, la branche maladie a vu son solde se détériorer, avec un déficit atteignant les 11,6 milliards d'euros en 2010, contre 4,4 milliards d'euros en 2008 au début de la crise (cf. Figure 2). Huit années ont été nécessaires pour stabiliser et résorber ce déficit, avec des comptes de la branche maladie atteignant presque l'équilibre financier en 2018 (-0,7 milliards d'euros de déficit). Alors que l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie devait être atteint en 2020 avant d'être reporté en 2023¹⁶, son déficit, après un premier choc à 30,4 milliards d'euros en 2020, pourrait finalement s'établir à 31 milliards d'euros en 2021 puis se maintenir à un niveau très élevé dans les années suivantes.

Figure 43 : Historique du solde de la branche maladie depuis 2006



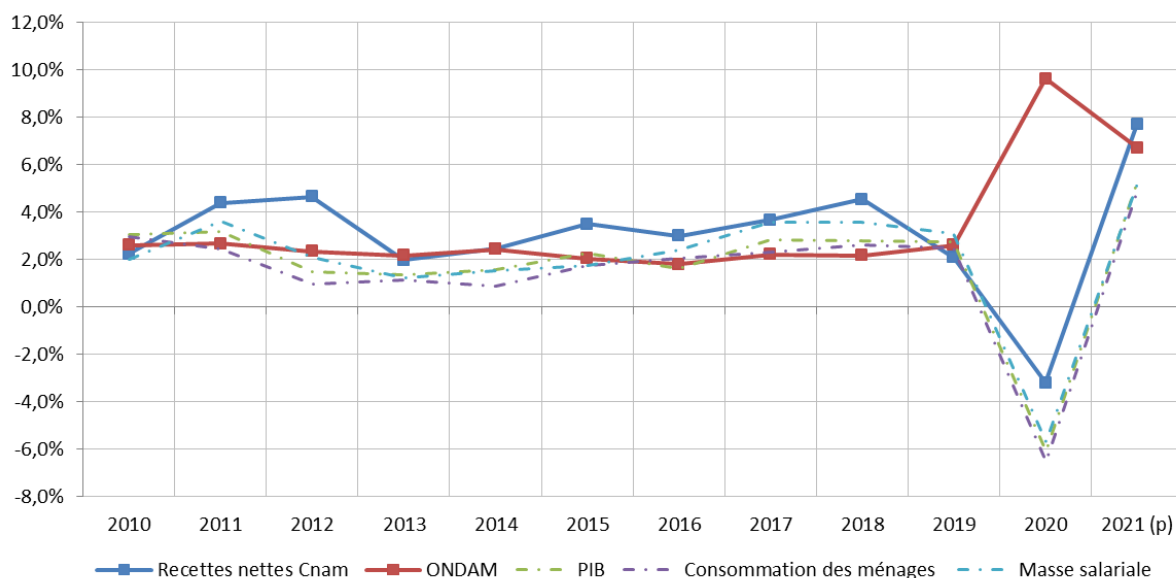
Source : CNAM

Comme l'évoque la figure 3, l'amélioration du solde entre 2010 et 2019 est la conjonction d'une évolution maîtrisée des dépenses (avec une progression annuelle moyenne de l'Ondam de l'ordre de 2,3% par an sur la période 2010-2019) et de recettes dynamiques dont la progression annuelle moyenne a été de 3,3%.

¹⁶ L'annexe B de la LFSS pour 2019 prévoit un retour à l'équilibre en 2020 (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037847585>), retour à l'équilibre repoussé à 2023 dans l'annexe B de la LFSS pour 2020 avec un excédent de 1,8 milliards d'euros en 2023 après un déficit de 0,4Md€ en 2022 (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039675317>)

Le dynamisme des recettes s'explique d'abord par une conjoncture économique relativement favorable : hormis pour les années 2013 et 2014, les principaux indicateurs économiques sous-jacents aux recettes (produit intérieur brut, masse salariale, consommation des ménages) ont affiché des évolutions égales ou supérieures à celles des dépenses dans le champ de l'Ondam. Toutefois insuffisante pour assurer un retour à l'équilibre, cette dynamique s'est accompagnée d'une diversification des sources de financement : l'affectation de nouvelles recettes fiscales dans le cadre des lois financières de 2011 et 2012, les mesures du pacte de responsabilité de 2015, les mesures en faveur du pouvoir d'achat des actifs en 2018.

Figure 44 : Dynamique de l'Ondam, recettes nettes de la Cnam et assiettes associées (évolution annuelle)



Source : Commission des comptes de la Sécurité Sociale

Enfin, l'année 2020 permet de visualiser l'impact exceptionnel de la crise sanitaire sur le solde de la branche maladie. Si la crise économique de 2008 avait provoqué une récession économique, et une réduction des recettes de la branche maladie, les dépenses avaient continué à progresser à un rythme stable. En 2020, le PIB, la masse salariale et la consommation des ménages s'écroulent, tandis que les recettes de la branche maladie marquent le pas, bien que dans une moindre mesure¹⁷. A la différence de la crise économique de 2008, les dépenses de la branche maladie ont connu un accroissement exceptionnel du fait des surcoûts induits par la crise sanitaire. L'année 2020 est donc marquée par un « effet de ciseau » avec d'une part une baisse des recettes de 5,3% et de l'autre une hausse importante des dépenses de +9,5% dans le champ de l'Ondam par rapport à 2019, qui conduit à une dégradation historique du solde de la branche (déficit de 30,4 milliards d'euros). Les premiers éléments prévisionnels issus de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2021 font état d'une forte progression des recettes à périmètre constant (+7,7%), du fait du rebond de l'activité économique. Parallèlement, les dépenses dans le champ de l'Ondam progresseraient de +6,7%, du fait de la persistance de surcoûts induits par la crise sanitaire (cf. infra les surcoûts attendus en 2021) ainsi que du début de la mise en œuvre des mesures du Ségur de la Santé. L'évolution à un rythme similaire des dépenses et des recettes entrainerait une légère hausse du déficit de la branche maladie, du fait de l'effet base dans le cadre d'une crise économique (ce mécanisme sera détaillé ultérieurement).

¹⁷ Comme l'indique la note d'étape du HCFIPs sur les finances sociales, le dispositif de chômage partiel a contribué au financement des mesures de protection sociale.

1.3. Une dégradation historique du solde de la branche maladie en 2020, s'expliquant par un « effet ciseau » entre baisse des produits et hausse des dépenses

1.3.1 Une baisse des produits résultant essentiellement de la baisse des revenus d'activité

L'année 2020 a été marquée par la crise sanitaire, ainsi que par les mesures de confinement et couvre-feu mises en œuvre.

Ces mesures ont entraîné une contraction sans précédent de l'activité économique du pays. La contraction de la masse salariale de près de -6% a provoqué une chute importante des cotisations ainsi que de la CSG du secteur salarié privé. Cet effet de contraction de la masse salariale est accru par des mesures d'exonérations de cotisation votées lors de la 3ème Loi de finances rectificative du printemps 2020, toutefois compensées par l'Etat en accroissant les cotisations prises en charge par l'Etat de 31%. Ainsi, selon le rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2020, les cotisations sociales attribuées à l'Assurance Maladie ont diminué de 7,9% en 2020, et la CSG de 5,9% (la CSG sur revenus d'activité a baissé de -9,2%, baisse partiellement compensée par une hausse de la CSG sur les revenus de remplacement de l'ordre de +8,8%).

La crise économique pesant également sur la consommation (chute de -7% de la consommation des ménages en 2020), les recettes de TVA et leur part affectée au financement de la branche maladie ont fortement diminué (10,4%). La fermeture des cafés et restaurants a aussi entraîné un effet similaire sur le rendement des taxes sur les boissons (-10,6%).

A l'inverse, du fait notamment des fermetures temporaires des frontières, le rendement de la taxe sur les tabacs a progressé de +9,6%.

1.3.2 Une hausse majeure des dépenses d'assurance maladie du fait de la crise sanitaire

En 2020, la crise sanitaire a bouleversé de manière inédite la dynamique des dépenses d'assurance maladie. D'un côté, des mesures exceptionnelles ont été mises en œuvre afin de faire face à la crise sanitaire. De l'autre, les mesures de confinement ont entraîné une chute marquée des remboursements de soins de ville, et certains postes de dépenses peinent à retrouver leurs niveaux d'origine. En 2021, certaines mesures exceptionnelles de dépistage, ainsi que de vaccination, devraient se poursuivre et il est difficile de prévoir quel sera l'impact des mesures de confinement et couvre-feu sur la consommation de soins.

Concernant les surcoûts bruts induits par la crise, ceux-ci s'élèvent à 17,5 milliards d'euros en 2020 (cf. tableau 1). Il est important de noter que ces surcoûts n'incluent pas les revalorisations dites du « Ségur de la Santé ».

Ces surcoûts concernent donc uniquement des mesures de lutte contre la crise sanitaire telles que les dépenses de dépistage, les heures supplémentaires et primes du personnel travaillant en établissements hospitaliers et médico-sociaux, l'achat de masques et équipements de protection via une dotation à Santé publique France, etc.

Tableau 3 : Surcoût brut de la crise sanitaire en 2020

(Md€)	Montant
Total soins de ville	5,4
dt Dépistage	2,2
dt Arrêts maladies dérogatoires	1,5
dt Masques	0,1
dt Consultation COVID et exonération TM	0,1
dt Compensation perte activité	1,5
Total établissements de santé	4,9
dt dotation de l'AM pour assurer les surcoûts de la crise sanitaire	2,9
dt primes et heures supplémentaires	1,6
dt dépistage hospitalier	0,4
Total établissements médico-sociaux	2,1
dt dotation de l'AM pour assurer les surcoûts de la crise sanitaire	0,8
dt dotation de l'AM pour compenser les pertes de recettes (CNSA et section hébergement)	0,5
dt primes et heures supplémentaires	0,8
Total Fonds d'intervention Régional	0,3
Total 6ème sous-objectif	4,8
Dotation à Santé Publique France (achat de masques, respirateurs, réactif pour tests PCR, etc.)	4,8
Surcoût brut 2020	17,5

Source : CNAM pour les soins de ville, Avis du comité d'Alerte n°2021-1 pour les autres sous-objectifs

En 2021, 4,3 milliards d'euros de mesures exceptionnelles pour lutter contre la crise sanitaire ont été budgétés dans l'Ondam. Ces mesures concernent la politique de dépistage, la mise en œuvre de la vaccination, ainsi que les délivrances de masques. Dans son deuxième avis sur le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie souligne le fait que cette provision risquerait d'être dépassée de plus de 9 milliards d'euros (cf. tableau 2). Ce dépassement s'expliquerait principalement par une troisième vague épidémique sur le premier semestre de l'année 2021, entraînant une forte dynamique des dépenses de dépistages, ainsi que des surcoûts dans les établissements de santé et médico-sociaux afin de faire face à la situation de forte tension des services. Ainsi, entre 2020 et 2021, les surcoûts bruts induits par la crise sanitaire s'élèveraient à plus de 30 milliards d'euros.

Tableau 4 : Surcoût brut prévisionnel pour 2021.

en Md€	Provision ONDAM (LFSS 2021)	Prévision à fin mai	Ecart
Vaccination	1,5	4,6	3,1
dt dotation Santé Publique France	0,7	3,2	2,5
dt campagne vaccinale	0,8	1,4	0,6
Dépistage	2,0	4,9	2,9
Dotation Santé Publique France (hors vaccination)	0,1	1,1	1,0
Dotations établissements de santé	-	1,4	1,4
Autres mesures	0,7	1,4	0,7
dt IJ COVID	-	0,6	0,6
dt établissements médico-sociaux	-	0,3	0,3
dt FIR	-	0,3	0,3
dt masques	0,7	0,2	- 0,5
Total	4,3	13,4	9,1

Source : Avis du Comité d'Alerte n°2021-2

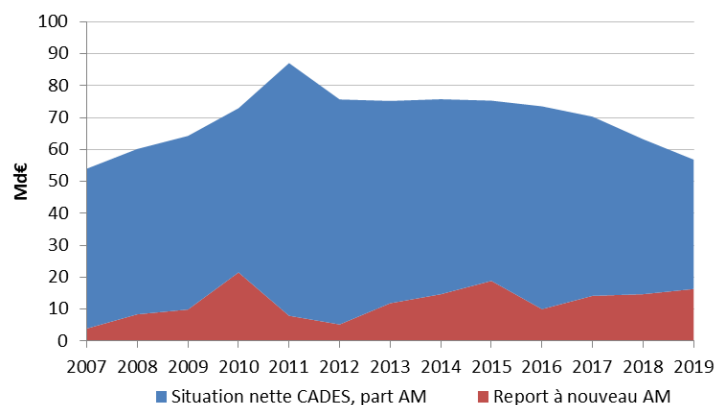
À l'inverse, les mesures de confinements appliquées en 2020 (et tout particulièrement celles du confinement du printemps) ont entraîné une baisse importante de la consommation de soins sur certains postes. Cette baisse d'activité (hors surcoûts COVID) est estimée à près de 4,1 milliards d'euros sur les soins de ville (cf. tableau 3). Celle-ci concerne principalement la médecine spécialisée, les transports sanitaires, les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les dentistes (cf. partie Impact Covid du chapitre 3). Cette baisse d'activité pourrait conduire dans le futur à un rattrapage plus que proportionnel des dépenses.

1.4. La crise sanitaire soulève la question de la soutenabilité financière du régime

1.4.1 Une hausse sans précédent de la dette de l'assurance maladie

Au 31 décembre 2019, les déficits cumulés de l'Assurance Maladie s'établissaient à 16 milliards d'euros (soit 7% de ses dépenses) et la part Assurance Maladie de la dette de 89 milliards d'euros portée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pouvait être estimée à 40 milliards d'euros (soit 18% de ses dépenses). Ainsi, prise au sens large, en incluant la dette de l'Assurance Maladie transférée à la CADES restant à amortir et ses déficits cumulés, la dette de l'Assurance Maladie s'établissait au 31 décembre 2019 à 56 milliards d'euros représentant 26% de ses dépenses.

Figure 45 : Situation nette de la part Assurance Maladie de la CADES, et report à nouveau



Source : les comptes de la sécurité sociale – septembre 2020, CNAM, calcul CNAM

Encadré 3 : Caisse d'amortissement de la dette sociale

Créée en 1996, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est un établissement public qui a pour mission d'amortir la dette sociale qui lui est transférée, c'est-à-dire les déficits cumulés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et d'effectuer des versements à différentes caisses et organismes de sécurité sociale dont la l'Assurance Malade. Pour accomplir sa mission, elle bénéficie de ressources propres dont le produit de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et de la contribution sociale généralisée (CSG), ainsi que d'abondements annuels en provenance du fonds de réserve pour les retraites (FRR), et est habilitée à contracter des emprunts.

La date de l'extinction de la caisse fait l'objet d'une garantie de niveau organique en application de l'article 4 bis introduit par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Tout transfert de dette supplémentaire doit ainsi être accompagné d'un transfert de ressources permettant de ne pas repousser l'horizon d'amortissement de la dette sociale. En 2020, la crise sanitaire ayant pesé lourdement sur les finances sociales, les lois organique et ordinaire relatives à la dette sociale et à l'autonomie ont organisé un nouveau transfert de dette à la CADES de 136 milliards d'euros, dont :

- 31 milliards d'euros au titre des déficits passés de la branche maladie, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles et de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) ;
- 92 milliards d'euros permettant de couvrir les déficits prévisionnels des années 2020-2023 des branches maladie, famille et vieillesse du régime général, du FSV et de la branche vieillesse du régime des exploiteurs agricoles ;
- 13 milliards d'euros correspondant à la couverture d'un tiers des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier.

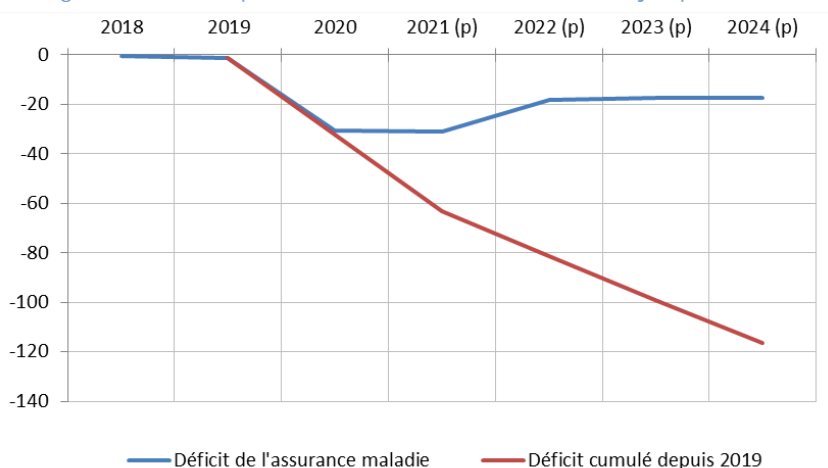
Afin de faire face à cette nouvelle reprise, l'horizon d'amortissement de la CADES a été prolongé jusqu'en 2033. Dans le même temps, ses recettes ont été modifiées : à compter de 2025, le versement en provenance du FRR sera diminué et s'élèvera à 1,45 milliards d'euros. Parallèlement, à compter de 2024, la fraction de toutes les assiettes de CSG – à l'exception de celle sur le produit des jeux – sera diminuée de 0,15 point (soit 0,45 à compter de 2024 contre 0,6 auparavant).

Le décret d'application n° 2020-1074 du 19 août 2020 a prévu une première reprise de dette de 20 milliards d'euros, incluant les déficits cumulés au 31/12/2019 de la branche maladie du régime général (10,2 milliards d'euros), du Fonds de solidarité vieillesse (6,2 milliards d'euros) et de la branche vieillesse du régime des non-

salariés agricoles (3,6 milliards d'euros).

Le cumul des déficits de l'Assurance Maladie de 2020 à 2024 s'établirait à 116 milliards d'euros. Sans prendre en compte les amortissements annuels de 2020 à 2024 pour la part qui sera transférée à la CADES, la dette de l'Assurance Maladie serait donc multipliée par 3 entre 2019 et 2024 en s'établissant ainsi à environ 170 milliards d'euros en 2024 et à près de 115 milliards d'euros en tenant compte de remboursements annuels de l'ordre de 9 milliards d'euros. A cette date, le déficit annuel resterait encore à un niveau élevé (17 milliards d'euros en 2024 soit 8 % des dépenses d'assurance maladie).

Figure 5 : Défis prévisionnels de l'Assurance Maladie jusqu'en 2024



Source : comptes de la Cnam jusqu'en 2020 ; commission des comptes de la sécurité sociale juin 2021 pour 2021 ; Annexe B LFSS 2021 à partir de 2022

1.4.2 Toutes choses égales par ailleurs, l'équilibre financier de l'Assurance Maladie ne pourra être restauré avant longtemps

Si les dépenses d'assurance maladie peuvent rejoindre leur niveau et leur rythme d'évolution tendancielle d'avant crise sous certaines conditions (notamment l'absence de coûts supplémentaires à venir consécutifs aux moindres prises en charge pendant la crise), les produits ne devraient pas à court terme retrouver leur niveau d'avant crise.

La Figure 5 ci-dessous illustre le principe général de l'effet base dans le cadre d'une crise économique.

Suite à une dégradation de type « effet de ciseau » en 2020 (avec une hausse de +9,5% des dépenses et une réduction de 5% des produits), on observe ainsi qu'à évolution des recettes et dépenses constantes (à 3% par an dans l'exemple ci-dessous), le déficit de la branche maladie augmenterait, passant ainsi de 30,4 milliards d'euros en 2020 à 35,3 milliards d'euros en 2025. Cela s'explique par le fait que le taux de croissance est appliqué à une base plus basse en recettes qu'en dépenses, produisant ainsi un moindre rendement financier. Il faudrait alors que les dépenses évoluent à un rythme significativement inférieur à celui des recettes afin que le déficit engendré durant l'année de crise soit résorbé (cf. Figure 6, où à partir de 2021, les dépenses évoluent de 2% par an tandis que les recettes évoluent de 4% par an). Dans ce cas de figure très exigeant en matière de maîtrise des dépenses et favorable sur les recettes, le déficit de la branche maladie s'établirait encore à 7 milliards d'euros en 2025.

Figure 5 : Simulation d'un « effet base » dans le cadre d'une croissance identique des dépenses et recettes

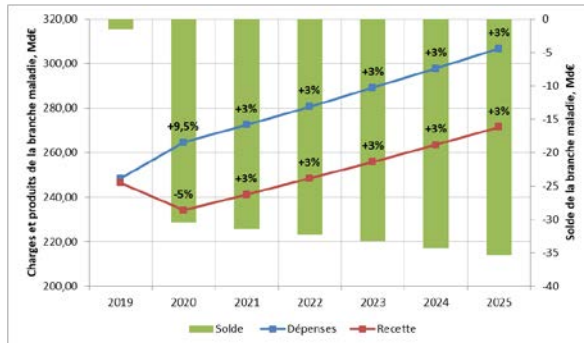
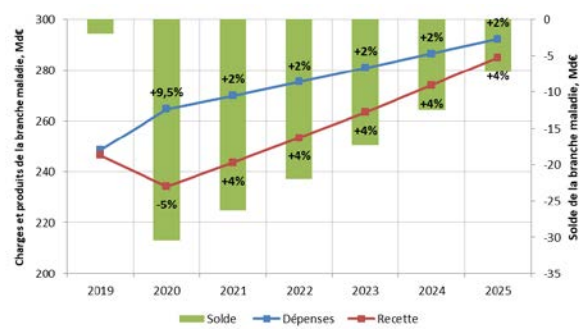


Figure 6 : Simulation dans le cadre d'une croissance plus dynamique des recettes



À des fins d'illustration, le HCFIPS présente trois scénarios à titre conventionnel, en partant des trajectoires pluriannuelles associées à la LFSS pour 2021, avant prise en compte du déficit définitif enregistré pour 2020 (soit un déficit de 34 milliards d'euros en 2020 prévu dans le cadre de la LFSS au lieu des 30,4 milliards d'euros constatés puis de l'ordre de 24 milliards d'euros en 2021) lui permettant de souligner la difficulté à revenir vers l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie :

- Selon le premier scénario qui repose sur une croissance économique nominale s'établissant durablement autour de 3% par an (soit une croissance du PIB en volume de 1,4%, correspondant au rythme de la croissance potentielle tel qu'estimée par la Direction Générale du Trésor), le HCFIPS estime que limiter la progression des dépenses sociales à 2,5% par an en moyenne ne permettrait pas d'envisager un retour à l'équilibre avant la fin de la décennie ;
- Un scénario de croissance forte de l'activité économique et des recettes, de l'ordre de 4,1% par an en valeur (soit une croissance annuelle du PIB de 2,5% en volume), nécessiterait de contenir la dynamique des dépenses à 2,9% par an pour remettre l'Assurance Maladie à l'équilibre en 2031. Sachant qu'il existe un lien direct entre le niveau de la croissance économique et le niveau tendanciel de la dépense (puisque une large part de la dépense d'assurance maladie correspond à la rémunération des professionnels de santé, rémunération dont la dynamique ne peut être durablement déconnectée de celle de l'ensemble des actifs), la capacité, induite par ce scénario, à maintenir -sur une décennie- un tel différentiel entre croissance de l'activité économique et dynamique des dépenses d'assurance maladie n'est pas chose aisée selon le HCFIPS ;
- Un scénario de croissance faible de 2,8% par an, une progression des dépenses d'assurance maladie de 2,3% (soit la progression annuelle moyenne de l'Ondam entre 2010 et 2019) ne permettrait d'envisager un retour à l'équilibre de la branche maladie qu'en 2040. Pour un retour à l'équilibre en 2031, l'Ondam devrait évoluer à 1,7% par an.

Dès lors, l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie ne pourra être restauré avant des années. Le rythme du redressement dépendra du différentiel des rythmes d'évolutions des recettes et des dépenses. La Commission pour l'avenir des finances publiques préconise à ce titre, sans toutefois aborder spécifiquement les dépenses d'assurance maladie, un effort transversal de maîtrise des dépenses publiques conséquent et dans la durée en écartant tout scénario visant à augmenter les prélèvements obligatoires, à annuler la dette, la rendre « perpétuelle » ou à la cantonner. Le Haut conseil du financement de la protection sociale préconise, quant à lui, un apport de ressources pérennes conjugué à une maîtrise accrue des dépenses quitte à éloigner l'horizon de remboursement de la dette sociale.

Encadré 4 : Préconisation du HCFiPS sur les finances sociales après la crise

Le HCFiPS pose la question de la temporalité du retour à l'équilibre des comptes courants et du remboursement de la dette et appelle à des réformes structurelles en s'appuyant notamment sur les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

Le HCFiPS distingue deux options : la première donne la priorité au remboursement de la dette qui passerait par un apport de ressource conduisant à laisser filer le déficit courant et de facto à créer de la nouvelle dette. La seconde vise à privilégier l'apport pérenne de ressources conjugué à une maîtrise des dépenses accrue afin d'apurer la situation courante de la branche et rembourser la dette stabilisée ultérieurement.

Le HCFiPS considère qu'en affectant des sommes importantes à la Cades pour l'amortissement de la dette sociale passée ou à venir¹⁸, les régimes de sécurité sociale se privent de recettes retardant leur retour à l'équilibre et générant ainsi une nouvelle dette sociale, avec potentiellement une nouvelle extension de la durée de vie de la Cades et donc de la CRDS. Par ailleurs, le HCFiPS estime qu'une partie essentielle de la nouvelle dette sociale est due à des circonstances exceptionnelles non spécifiques à la sphère sociale, le remboursement de la dette COVID sécurité sociale pourrait être aligné sur les conditions de remboursement de la dette COVID État, les différences de gestion n'étant pas ici justifiées (l'État ne s'acquittant que du paiement des intérêts dus sans amortir sa dette).

Il apparaît donc au HCFiPS nécessaire, pour éviter l'aggravation permanente de la dette, de prioriser, pour les années à venir, le retour à l'équilibre des comptes courants plutôt que le remboursement rapide de la dette, une réaffectation de recettes pour éviter l'accumulation de déficits courants devant aller de pair avec un effort en dépenses, pour en contenir la dynamique spontanée.

Au-delà du volet des ressources à mobiliser pour rétablir une situation financière équilibrée de l'Assurance Maladie, le HCFiPS appelle à un débat sur des réformes structurelles mettant davantage l'accent sur une dimension anticipatrice et préventive des risques sanitaires et sociaux. Le HCFiPS, comme le HCAAM, considère que ces logiques préventives demeurent insuffisamment développées, alors même que les enjeux sont importants –et susceptibles de retours sur investissement en termes social, économique et financier, comme, par exemple, de la lutte contre la mauvaise alimentation, pour prévenir l'obésité et les pathologies associées, de la lutte contre la consommation de tabac ou d'alcool pour prévenir les cancers, de la modification de schémas organisationnels pour améliorer l'accès aux droits et l'efficacité du système.

Or, le HCFiPS note que le cadrage financier actuel, essentiellement annuel, ne se prête toutefois que difficilement à une telle stratégie nécessairement orientée sur le long terme. Les changements d'organisation ou de comportement nécessaires pour améliorer l'efficacité du système sont longs à effectuer et ne produisent généralement pas d'effets immédiats. C'est la raison pour laquelle la rénovation du cadre pluriannuel est au cœur de la réflexion en cours du HCAAM sur l'Ondam avec une attention particulière portée à l'articulation avec des politiques de santé publique.

Encadré 5 : Proposition du rapport de la Commission pour l'avenir des finances publiques

Tout d'abord, la Commission juge inopportun d'engager un programme de réduction des dépenses dès maintenant, et considère que l'intervention, ciblée, de la puissance publique doit se poursuivre jusqu'à la fin de la crise afin d'accompagner la reprise et limiter au maximum les pertes pérennes de PIB devant ainsi renforcer notre capacité à stabiliser la dette.

S'agissant du traitement de la dette, la Commission exclut les options d'annulation de la dette détenue par la Banque centrale européenne, de rendre celle-ci « perpétuelle » ou encore de cantonner la dette liée à la Covid-19.

La commission exclut également tout scénario conduisant à augmenter les prélèvements obligatoires compte tenu du niveau déjà élevé de ceux-ci.

La Commission se prononce donc en faveur d'un scénario de maîtrise des dépenses publiques visant à ce qu'elles progressent moins vite que les recettes, en précisant que cette maîtrise doit s'inscrire dans la durée. Cependant, la Commission souligne qu'une baisse de la dette dès 2025 supposerait de faire des efforts sans commune mesure par rapport à ceux déjà consentis depuis 10 ans en notant que, dans l'hypothèse de croissance médiane à 1,35% retenue par le Gouvernement, il faudrait réussir à atteindre, dès 2022, une progression annuelle de + 0,35 % des dépenses primaires, contre + 1 % sur la dernière décennie. Ainsi, une baisse de l'endettement à horizon 2030 semble à la Commission un objectif difficile mais plus crédible, reposant sur un scénario de progression des dépenses publiques de + 0,65 % (toujours dans l'hypothèse d'une croissance médiane de 1,35 %).

Pour conduire cette stratégie de long terme, la Commission appelle à une transformation de la gouvernance des finances publiques qui lui semble trop court-termiste, éclatée et peu transparente.

La Commission propose de créer une norme en dépense pluriannuelle et d'en faire une nouvelle boussole de nos finances publiques. La loi de programmation des finances publiques devrait définir à chaque début de mandat un objectif pluriannuel de dépenses qui concernerait l'ensemble des administrations publiques (État, Sécurité sociale, collectivités locales). Le respect de cette trajectoire serait suivi chaque année sur la base d'un « compteur des écarts », décliné dans chaque secteur.

La Commission propose également d'installer une vigie budgétaire pour une approche de long terme avec la transformation de

¹⁸ Choix retenu à l'été dernier (loi du 5 août 2020) pour organiser le transfert de la dette pré-Covid encore portée en trésorerie par l'Acoss (31 Mds€) et de la dette à venir sur les exercices 2020-2023 (dans la limite de 92 Mds€) à la Cades, avec une extension de la durée de vie de la caisse et de la CRDS jusqu'à 2033.

l'actuel Haut conseil des finances publiques en une institution budgétaire indépendante dotée d'un mandat ambitieux et de moyens en propre.

Enfin, elle propose d'approfondir le débat parlementaire pour une large appropriation démocratique des enjeux de finances publiques , en accordant un temps plus long à la discussion de la trajectoire pluriannuelle, et en mettant en place une conférence nationale des finances publiques, en début de mandature.

2. Accompagner la transformation du système de santé en rénovant les modalités d'intervention de l'Assurance Maladie en matière de gestion du risque

Les propositions de l'Assurance Maladie dans le cadre du présent rapport sont historiquement centrées sur des mesures de maîtrise médicalisée, qui peut être définie comme la « *régulation médicalisée des dépenses de santé, s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés* »¹⁹. Cette notion apparaît pour la première fois dans la convention médicale de 1990. Elle fut ensuite reprise par la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie qui prévoit que les conventions médicales déterminent les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales.

Les notions de gestion du risque et de maîtrise médicalisée sont souvent utilisées par extension comme synonymes, bien que la gestion du risque recouvre une définition plus large : « *l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût* »²⁰.

Les actions de GDR ciblent aussi bien les assurés que les professionnels et établissements de santé, et couvrent un large spectre d'actions, allant de la prévention à la lutte contre la fraude, intégrant la maîtrise médicalisée des dépenses telle qu'exposée supra.

La stratégie de gestion du risque mise en œuvre par l'Assurance Maladie comporte classiquement plusieurs leviers d'actions de natures différentes :

- Les actions d'informations : vis-à-vis des professionnels de santé, mais également des patients (exemple des campagnes portant sur les médicaments génériques ou les antibiotiques) ;
- Les actions d'accompagnement « classiques » : visites au cabinet du professionnel de santé par un délégué de l'Assurance Maladie (DAM) ou par un praticien conseil de l'Assurance Maladie dans le cadre d'un entretien confraternel ;
- Les courriers ciblés aux prescripteurs : courriers informant les prescripteurs sur leur positionnement vis-à-vis de leurs pratiques par rapport aux autres professionnels concernant leurs actes ou leurs prescriptions et les invitant à modifier leurs pratiques en appliquant des référentiels validés ;
- Les incitations financières : il s'agit principalement des dispositifs de type ROSP (rémunération sur objectif de santé publique) pour les professionnels libéraux et des indicateurs IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité) pour les établissements de santé ;
- Les actions de prévention et les services en santé : elles ont vocation à éviter certaines dépenses futures ou à limiter leur ampleur ;
- Les actions d'aide à la prescription : il peut s'agir des modèles d'ordonnances (pour les perfusions par exemple), ou des téléservices de l'Assurance Maladie qui permettent de faire des prescriptions conformes et fiables en ligne et contiennent des indications pour aider à la juste prescription comme l'avis d'arrêt de travail en ligne (qui comporte des référentiels de durées validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- La contractualisation avec les offreurs de soins : qu'il s'agisse des contrats négociés dans le cadre des conventions incitant à une meilleure répartition géographique avec les libéraux ou des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) avec les établissements,
- Les demandes d'accord préalable : procédures conditionnant à l'accord préalable de l'Assurance Maladie la prescription ou la réalisation d'une prestation, pour l'ensemble des prescripteurs ;
- Les mises sous objectif et mises sous accord préalable : procédures permettant de fixer avec un prescripteur un niveau de prescriptions (mise sous objectif) ou soumettant à l'accord préalable de l'assurance maladie la prescription d'une prestation en cas de non-respect des référentiels ou d'écart significatif par rapport à une moyenne (mise sous accord préalable) ;
- Les actions de contrôle et de lutte contre la fraude : elles complètent ces outils en visant à éviter les abus, fautes et fraudes et comportent également un volet consacré aux pratiques dangereuses.

Les économies de maîtrise médicalisée prévues dans l'Ondam correspondent essentiellement à la mesure de l'impact des actions d'accompagnement mises en œuvre par l'Assurance Maladie. Elles peuvent également inclure des actions liées à certains courriers aux prescripteurs. Ainsi, en 2019, plus de 397 000

¹⁹ Définition issue de la convention **nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, arrêté du 3 février 2005**

²⁰ Mission IGAS sur la gestion du risque, rapport N°RM2010-163P, décembre 2010

contacts ont été pris auprès des professionnels de santé libéraux par un délégué de l'Assurance Maladie ou un praticien conseil et 15 000 visites réalisées en établissements de santé.

2.1. La nécessité d'engager une nouvelle dynamique en matière de gestion du risque

Les taux d'atteinte des objectifs d'économies de maîtrise médicalisée diminuent depuis plusieurs années. Cette baisse s'explique notamment par le fait que ces économies ont beaucoup reposé par le passé sur les médicaments de médecine générale dont le champ est en partie aujourd'hui épuisé.

Cette diminution interroge le modèle d'accompagnement des professionnels de santé mis en œuvre par l'Assurance Maladie. La majorité des actions de maîtrise médicalisée repose aujourd'hui sur les équipes des délégués de l'Assurance Maladie et des praticiens conseils qui constituent une force de frappe organisée, professionnalisée, formée et répartie sur l'ensemble du territoire. Ces acteurs sont identifiés et reconnus par les professionnels de santé, ce qui constitue un atout majeur dans l'accompagnement de proximité des professionnels. Néanmoins, la portée de leur message se trouve réduite en raison de plusieurs facteurs. En effet, les actions d'accompagnement ne s'adressent essentiellement qu'aux médecins généralistes libéraux et plus rarement aux spécialistes, à l'hôpital (alors que les laboratoires pharmaceutiques ont largement investi ces cibles) ou aux autres professionnels de santé. Si leur force de frappe est significative, elle reste insuffisante pour s'adresser à l'ensemble des professionnels et, ce, dans la durée. De plus, les actions de gestion du risque sont aujourd'hui conçues pour un accompagnement individuel du professionnel de santé. Or, le développement des maisons de santé pluridisciplinaire, des communautés professionnelles territoriales de santé et les équipes de soins primaires viennent progressivement modifier la structuration des soins de ville. Ces exercices pluri-professionnels viennent remettre en cause une partie de l'accompagnement individuel et appellent à de nouvelles modalités d'accompagnement des professionnels autour de leur projet de santé ou des parcours de leurs patients sur un territoire donné.

C'est dans ce contexte que l'Assurance Maladie a souhaité engager un programme ambitieux de rénovation de sa stratégie de gestion du risque.

2.2. Le programme de rénovation de la gestion du risque est articulé autour de six principaux axes de transformation

A partir des différents constats présentés ci-dessus, le programme de rénovation de la gestion du risque de l'Assurance Maladie est structuré autour de six axes principaux de transformation, couvrant l'ensemble du champ de la gestion du risque. Ce programme, initié au 1^{er} trimestre de l'année 2021, va se déployer dans sa globalité dans les 12 à 18 mois prochains mois et devrait délivrer ses pleins effets à moyen terme. Pour autant des actions dites de court terme se mettent en œuvre dès à présent ou dans les prochains mois pour permettre d'avoir de premiers résultats dès 2022.

2.2.1 Construire des parcours sur des pathologies ou des populations significatives en termes de santé publique

Les actions de l'Assurance Maladie ont pu parfois apparaître comme essentiellement centrées des problématiques spécifiques et ponctuelles comme la promotion de bonnes pratiques en matière de prescription de molécules ou d'exécution d'actes techniques. Cet axe porte l'ambition de privilégier une approche globale et intégrée construite autour des problématiques de parcours de soins, d'accompagnement global de prise en charge de pathologies chronique ou de populations. Dans cette approche intégrée, la volonté de l'Assurance Maladie est d'actionner tous les leviers - de la prévention aux actions de contrôles et de lutte contre la fraude - de manière cohérente afin d'agir plus efficacement sur les zones de d'optimisation de coût et de qualité des soins.

A ce titre, l'Assurance Maladie engage un chantier d'envergure sur les maladies cardio-neurovasculaires développé dans le chapitre 3 du présent rapport et dont la première action vise la stabilisation et le déploiement dans l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie du parcours « insuffisance cardiaque » sur les bases et enseignements des expérimentations déjà initiées. Au fur et à mesure de l'avancée des travaux et en lien avec les partenaires de la Haute Autorité de Santé et des sociétés savantes, d'autres pathologies feront l'objet de développements similaires et de la mise en place de programme d'action jusqu'à couvrir l'ensemble des pathologies de la cartographie les plus emblématiques à commencer par celles figurant dans le plan « ma santé 2022 ».

Action de court terme : la mise à l'échelle du parcours insuffisance cardiaque (3^{ème} trimestre 2021)

Objectif : avec plus d'1,5 millions de patients concernés, dont 16% âgés de 85 ans et plus, un nombre annuel d'hospitalisations s'établissant à 165 000, et un coût de prise en charge d'environ 3 milliards d'euros, l'optimisation de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est un enjeu majeur de gestion du risque pour l'assurance maladie. Dans la continuité des expérimentations déjà menées localement et du programme PRADO insuffisance cardiaque, cette action cherche à améliorer le parcours des patients sur tout le territoire et concourir ainsi à réduire les inégalités territoriales de prise en charge de la pathologie, en améliorant la qualité de vie de ces patients fragiles.

Description : cette action s'appuie sur des actions d'information et de sensibilisation des patients, associées à un accompagnement des acteurs de soins investis dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Un outil de diagnostic territorial et des profils établissements seront mis à disposition des professionnels de santé (CPTS, professionnels de santé libéraux, établissements de santé). Ces éléments seront complétés par des indicateurs de mesure d'impact (mortalité, taux d'hospitalisation et de ré-hospitalisation, taux de suivi d'un processus de réadaptation cardiaque), en complément des dispositions existantes (indicateurs ROSP) ou prévues (CAQES 2022 visant aussi à améliorer le parcours de soins de l'insuffisance cardiaque).

Impact financier : au regard des résultats de la modélisation présentée dans le présent rapport sur les gains liés au maintien d'une insuffisance cardiaque stable et des éléments issus de la littérature sur les hospitalisations potentiellement évitables (HPE), l'impact des différentes actions ciblant les assurés atteints d'insuffisance cardiaque est estimé à 15 millions d'euros en ciblant une réduction de 15% d'HPE sur un an.

2.2.2 Favoriser le développement des organisations de soins coordonnés en renforçant leur rôle en matière d'organisation et de pertinence des soins

L'exercice coordonné des professionnels de santé constitue un élément majeur d'amélioration de l'organisation des soins sur le territoire, d'une prise en charge pluri professionnelle en ambulatoire des pathologies et des prises en charges complexes renforcée et d'un développement des programmes de prévention adaptés aux besoins de la population. Consciente que ses actions ont trop souvent porté sur l'exercice individuel, l'Assurance Maladie souhaite renforcer encore davantage son implication dans la genèse et le développement des structures d'exercice coordonné. Ce faisant, il s'agit de les accompagner et surtout de les outiller afin que ces différentes structures puissent davantage coordonner les parcours de soins, mettre en œuvre des actions de prévention ou appréhender des approches intégrées par population. L'approche que l'Assurance Maladie compte adopter pour ce faire est développée dans la partie organisation territoriale du chapitre 3 du présent rapport. L'Assurance Maladie engage d'ores et déjà une action sur cet axe visant à accélérer le processus de constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Action de court terme : l'accélérateur CPTS (2^{ème} trimestre 2021)

Objectif : l'accélérateur vise à accélérer le processus de constitution de la CPTS. Il repose sur une double approche : la focalisation permettant de résoudre, dans un temps le plus court possible, une problématique précise personnalisée pour chaque CPTS et le caractère collectif pour croiser les regards sur une problématique.

Description : l'accélérateur consiste en la mise en place d'ateliers collaboratifs permettant d'apporter rapidement des solutions aux situations de blocage qui ralentissent le conventionnement, et, si besoin, de construire un plan d'actions à l'issue des séances d'accélération avec l'équipe représentante de la CPTS.

En outre, le développement des structures d'exercice coordonné constituera un enjeu central des négociations conventionnelles prévues en 2021 entre l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé. L'Assurance Maladie souhaite notamment faire évoluer l'accord conventionnel interprofessionnel sur les communautés professionnelles territoriales de santé afin de renforcer l'exercice pluri-professionnel sur le territoire.

2.2.3 Porter un dialogue de gestion rénové avec les hôpitaux sur la qualité et la pertinence de leur parcours de soins, en tenant compte du contexte de sortie de crise

Alors que plus de la moitié des dépenses d'assurance maladie est générée dans les établissements de santé, il apparaît stratégique pour l'Assurance Maladie de développer ses actions d'accompagnement à destination des établissements de santé, sans que cela ne concerne spécifiquement les structures les plus problématiques. Il s'agit par exemple d'appuyer les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux dans l'amélioration de la pertinence et de la qualité via des mécanismes d'intéressement et des actions d'accompagnement renouvelés et d'accompagner les hôpitaux sur les sorties d'hospitalisation et réduire les (ré)hospitalisations évitables, permettant ainsi de renforcer les liens avec les structures d'exercice coordonné du territoire. En parallèle, il apparaît important d'accentuer la montée en charge du financement à la qualité dans les établissements de santé via le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) en insistant tout particulièrement sur la coordination avec les soins de ville pour améliorer les parcours patients.

2.2.4 Proposer une approche multicanale, graduée et personnalisée (PS, assurés, patients), dans une posture de service

L'Assurance Maladie souhaite déployer ses actions et délivrer ses messages dans une approche davantage multicanale, graduée et personnalisée (diversification des modes de contacts et d'intervention à destination des professionnels de santé, assurés, patients, leader d'opinion, etc.) et investir davantage une posture de service vis-à-vis des publics à qui elle s'adresse. Cette approche multicanale doit permettre d'accroître l'impact des actions d'accompagnement des professionnels de santé et des assurés par une démultiplication des messages à des publics plus larges en fonction des thématiques abordés en faisant évoluer les méthodes et outils utilisés.

Une première illustration de cette approche est mise en œuvre dès l'année 2021 sur une campagne visant à inviter les prescripteurs à recourir à la metformine pour la prise en charge du diabète de type 2.

Action de court terme : campagne Metformine selon des modalités rénovées (septembre 2021)

Objectif : Le traitement du diabète de type 2 (DT2) constitue un enjeu majeur de santé publique par les effectifs concernés et le coût direct ou indirect lié à ses complications. Selon les recommandations publiées par la HAS en 2013²¹, la metformine occupe une place centrale dans la prise en charge médicamenteuse du patient diabétique de type 2 : pour la majorité des patients, la metformine en monothérapie est le traitement de référence pour initier un traitement médicamenteux lorsque la modification au préalable du mode de vie et la pratique d'une activité physique régulière n'ont pas permis un contrôle satisfaisant de l'hyperglycémie. Le recours à la metformine reste aujourd'hui trop faible par rapport aux recommandations car il existe en pratique de nombreux freins à sa prescription et son utilisation. C'est pourquoi l'Assurance Maladie avait proposé dans son précédent rapport Charges et Produits une action visant à favoriser la juste prescription de metformine et à améliorer l'efficacité des soins, qui n'a pas pu être mise en œuvre du fait de la crise sanitaire.

Description : cette campagne réalisée par les délégués de l'Assurance Maladie et les praticiens conseils a été refondue en introduisant le mode d'intervention multicanal et en proposant une optimisation des outils et des cibles, afin de répondre aux objectifs de rénovation de la gestion du risque. Les travaux conduits ont mené à une rénovation de cette action initiale avec :

- Une construction en partenariat avec les représentants des professionnels de santé et des patients : Société Francophone du Diabète (SFD), Conseil National Professionnel d'Endocrinologie de Diabétologie et de Nutrition (CNPEDN), Collège de Médecine Générale (CMG) et Fédération Française des Diabétiques (FFD) ;
- la mise en place d'une communication révisée vers les médecins s'appuyant sur l'utilisation optimale et complémentaire des canaux de communication physiques et digitaux adaptés en fonction de la cible (professionnels de santé et assurés), du message et du séquençage de la campagne ;
- la création d'une campagne vers les pharmaciens conçue pour être déployée au niveau local en synergie avec la campagne médecin ;
- le renforcement de la communication à destination des assurés.

²¹ Recommandations de bonne pratique, Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 – Haute Autorité de Santé, janvier 2013

Impact financier : l'impact d'une campagne renouvelée promouvant la metformine en initiation de traitement est estimé à 28 millions d'euros.

2.2.5 Permettre à l'ensemble des assurés de devenir acteur de leur santé

En cohérence avec les axes précédents, il s'agit de mettre en œuvre des actions renouvelées d'information et de prévention pour davantage rendre l'assuré acteur de santé, notamment via l'appui des partenaires de l'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie accentuera sa politique de prévention et d'aller-vers dans la continuité des missions qui lui ont été confiées et de son engagement durant la crise sanitaire et adaptera ses dispositifs au service de la réduction des inégalités de santé. Il s'agit également de fournir les outils à l'assuré et l'accompagner pour accroître son information et son rôle proactif dans son parcours de soins, en cohérence avec le déploiement de mon Espace Santé.

En réponse à la crise sanitaire, l'Assurance Maladie déploiera par exemple dès 2021 une campagne de relance de participation aux programmes de dépistage des cancers colorectal et de l'utérus (cf. partie Impact Covid du chapitre 3).

2.2.6 Disposer d'une stratégie de contrôle et de lutte contre la fraude renouvelée

Si le programme de rénovation de la gestion du risque vise aux modifications de comportements sur le moyen long terme, la politique de contrôle et lutte contre la fraude, partie intégrante de la gestion du risque, vise un retour plus rapide sur investissement des actions mises en œuvre en la matière.

Dans cette dynamique, l'optimisation de la stratégie de contrôle et de lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie permettra, au moyen d'outils renouvelés de prévenir, en particulier 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.

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie généralisera fin 2021 les travaux menés par plusieurs organismes de son réseau sur la facturation des actes des infirmiers libéraux et déploiera un nouveau plan national 2021-2022 de lutte contre les fraudes, fautes et abus (cf. infra).

2.3. Les leviers du programme de rénovation de la gestion du risque

Pour mener à bien ce programme de rénovation, l'Assurance Maladie s'engage dans une évolution de ses modalités d'exécution internes de ses actions de gestion du risque, tant en termes de conception, de pilotage que d'évaluation, en actionnant quatre leviers principaux :

- Le développement d'une véritable stratégie pluriannuelle GDR reposant sur des actions de gestion du risque plus transversales et une meilleure coordination à tous les échelons ;
- Le renforcement de son dispositif de veille scientifique et des comportements des acteurs ;
- L'optimisation de ses modes d'organisation au service de la GDR ;
- La capitalisation de la data disponible pour accentuer la pertinence et l'impact des actions de GDR.

2.3.1 Développer une véritable stratégie pluriannuelle de gestion du risque reposant sur des actions de GDR plus transversales et une meilleure coordination à tous les échelons

Le pilotage actuel de la gestion du risque montre certaines limites à deux niveaux, stratégique et opérationnel. Parmi ces limites, il est possible d'identifier de prime abord le caractère « réducteur » des économies attendues fondées sur une assiette d'environ 35 milliards d'euros correspondant à peine la moitié des dépenses de l'enveloppe des soins de ville (75 milliards d'euros). Ce constat rend difficile et à tout le moins désincitatif l'engagement d'actions de maîtrise médicalisée en-dehors du champ du plan national. Il est par ailleurs à noter que peu d'économies sont attendues et donc mesurées sur les soins à l'hôpital alors même que le virage ambulatoire et la pertinence des soins à l'hôpital sont des priorités stratégiques. La deuxième limite identifiée concerne l'horizon temporel des économies attendues qui sont définies annuellement dans le cadre du processus de la Loi de Financement de la Sécurité sociale alors même que l'enjeu est d'agir sur les comportements à partir d'actions dont la mise en œuvre et les effets ne peuvent s'appréhender que sur du moyen terme. Comme le souligne le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, il est nécessaire

d'inscrire davantage dans la durée le pilotage des actions de gestion du risque menées par l'Assurance Maladie. Enfin, la culture d'évaluation systématique des actions de gestion du risque et leur adaptation en temps réel au vu des résultats reste à accentuer et systématiser dans le champ de la gestion du risque.

2.3.2 Renforcer le dispositif de veille scientifique et des comportements des acteurs

Afin d'accroître la réactivité et la portée de ses actions en réponse aux évolutions scientifiques ou aux mutations organisationnelles du système, l'Assurance Maladie doit être en mesure d'identifier rapidement les thématiques à investiguer et de construire et proposer les actions les plus pertinentes et adaptées. Cette réactivité n'est possible qu'à condition d'anticiper le plus en amont possible ces mutations par une intensification et une réorientation des travaux de veille qu'elle conduit tant sur le plan scientifique que sur celui de l'évolution des comportements des acteurs du système de santé.

2.3.3 Optimiser l'organisation au service de la stratégie rénovée de gestion du risque

L'Assurance Maladie entend adapter son organisation quand cela apparaîtra nécessaire afin de renforcer la synergie de travail tant en son sein, en particulier entre les services administratifs et médicaux, qu'avec ses différents partenaires, capitaliser sur l'expérience acquise par son réseau et optimiser les outils et processus au service de la GDR.

2.3.4 Capitaliser sur la data disponible pour accentuer la pertinence et l'impact des actions de GDR

Enfin, le programme de rénovation s'appuiera sur une plus grande mobilisation des systèmes d'information au service de la sensibilisation des acteurs (professionnels et patients) à la gestion du risque à plusieurs niveaux. Il s'agit non seulement de donner aux professionnels de santé une meilleure visibilité sur les données de leur pratique quotidienne, en particulier sur les problématiques de pertinence des soins, mais également d'être en capacité de diffuser des informations de façon plus dynamique, plus régulière et plus ciblée tant aux professionnels de santé qu'aux patients.

3. Propositions de mesures pour l'Ondam 2022 et le respect des objectifs

Pour contribuer au respect de l'Ondam, l'Assurance Maladie activera en 2022 les leviers qui lui sont propres, notamment en matière d'accompagnement des professionnels de santé, selon les principes d'action renouvelés en matière de gestion du risque présentés *supra*. Ces économies qui n'incluent pas les actions sur les prix des produits de santé liées aux négociations conduites dans le cadre du Comité économique des produits de santé (Ceps), ni les ajustements tarifaires sur les actes négociés avec les professionnels de santé, pourront générer un montant d'environ un milliard d'euros d'économies en 2020. Elles se répartissent de la manière suivante :

Récapitulatif des économies attendues des actions de l'Assurance Maladie en 2022 (millions d'euros)

	Actions de l'Assurance Maladie		Impact sur l'ONDAM (millions d'euros)	
Produits de santé	Médicaments	290	490	
		Antidiabétiques		28
		Inhibiteurs de la pompe à protons		30
		Benzodiazépines		25
		Antalgiques		10
		Traitements médicamenteux polyarthrite rhumatoïde		15
		Action sur les médicaments onéreux		25
		Biosimilaire (dispositif d'intéressement en ville)		42
		Biosimilaires (dispensation en officine)		10
		Diffusion des médicaments génériques		45
		Dispensation adaptée		60
		Iatrogénie		50
	Dispositifs médicaux	150		
Actes et prescriptions	Pertinence des examens de biologie	20	340	
	Pertinence des actes techniques	50		
	Indemnités journalières	100		
	Transports	90		
	Prescription de soins paramédicaux	80		
Prise en charge	Mise en œuvre du parcours insuffisance cardiaque	15	35	
	Refonte des dispositifs de demande d'accord préalable	20		
Lutte contre la fraude	Actions de lutte contre les fraudes et les abus	150	150	
Total			1 015	

Au-delà de ces objectifs financiers, les développements ci-dessous présentent les principaux leviers d'action qui seront utilisés, sans viser à l'exhaustivité mais en s'arrêtant plus précisément sur certains dispositifs récents ou à venir.

3.1. Favoriser un recours soutenable aux produits de santé

En 2020, les dépenses de médicaments se sont élevées à un peu moins de 25 milliards d'euros en croissance de 1,9%. Les dépenses liées aux dispositifs médicaux ont représenté 8,2 milliards d'euros en 2020 en baisse de 1,7% par rapport à 2019.

Compte-tenu du niveau élevé de prescription de certains produits au regard des comparaisons internationales, des leviers demeurent pour favoriser un meilleur usage des produits de santé.

En complément des programmes déjà engagés depuis quelques années, le rapport détaille cette année les priorités d'actions de l'Assurance Maladie sur les produits de santé pour 2022 notamment sur la prescription d'inhibiteurs de la pompe à proton, le paracétamol et les antidépresseurs. Le rapport présente ensuite une étude sur la prise en charge médicamenteuse de la polyarthrite rhumatoïde visant notamment à identifier le respect des lignes de traitements mais également la prescription efficiente des biomédicaments. Pour poursuivre cette analyse liée aux biomédicaments, un constat est réalisé sur la pénétration des biosimilaires afin de proposer une piste de diffusion plus large de ces médicaments. Enfin, dans le cadre du suivi des

médicaments onéreux à la suite des négociations dans le cadre du Comité économique des produits de santé, l'utilisation des médicaments inhibiteurs des CDK4-6 dans le cas du traitement du cancer du sein est analysée à partir des données du *Système National des Données de Santé* (SNDS).

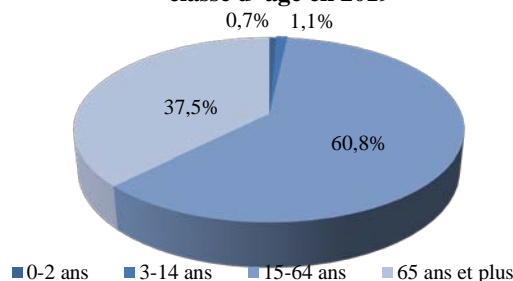
3.1.1 La juste prescription des inhibiteurs de la pompe à protons

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ont trois indications principales qui sont le traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) et de l'œsophagite par RG, la prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque (d'âge supérieur à 65 ans, ou ayant des antécédents d'ulcère gastroduodénal, ou traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant ou corticoïde) et l'éradication d'*Helicobacter pylori* ainsi que le traitement des ulcères gastroduodénaux. Ils traitent par ailleurs le syndrome de Zollinger-Ellison.

La classe des IPP a été réévaluée par la Commission de la transparence en 2020 (après saisine par la Direction de la sécurité sociale en août 2019) afin d'actualiser la fiche de bon usage élaborée en 2009 par la HAS. Au terme de sa réévaluation, la HAS a conclu que les IPP gardent une place majeure dans les indications de l'*autorisation de mise sur le marché* (AMM) : ils sont efficaces et restent bien tolérés à court terme dans ces indications. Elle rappelle toutefois qu'à long terme, un doute subsiste sur leurs effets indésirables et en particulier en cas de mésusage prolongé. Ce mésusage des IPP peut porter notamment sur la durée des prescriptions, les co prescriptions (par exemple avec les AINS chez les patients non à risque de complications digestives hautes), les prescriptions dans des populations particulières (personnes les plus âgées, nourrissons ou jeunes enfants).

En 2019, les remboursements des IPP s'élèvent à 307 millions d'euros²² (avec une progression du volume de la consommation de 27% de 2010 à 2015 et de 13% depuis 2015)²³. 1 adulte sur 4 (16,2 millions de personnes) a été traité par IPP en France en 2019. 4 patients sur 10 ont 65 ans (ou plus) ce qui correspond à 6,5 millions de personnes en 2019 et l'âge moyen des consommateurs d'IPP est de 56,3 ans. Les médecins généralistes sont à l'origine de 69% de l'ensemble des prescriptions d'IPP (instauration et renouvellement, médecine publique et libérale).

Répartition des consommateurs d'IPP par classe d'âge en 2019



Lecture : Parmi les patients ayant reçu au moins une délivrance d'IPP en 2019, 0.7% avaient 2 ans ou moins.

Source : SNIIRAM, 2019

45% des ordonnances ayant fait l'objet d'au moins une délivrance en 2019 étaient injustifiées

Les associations avec les inhibiteurs de la pompe à protons peuvent être justifiées (exemple : association d'un IPP à un AINS si le patient est âgé de 65 ans et plus) ou non (association d'un IPP seulement avec un AAP).

²² Extraction de données CNAM (données 2019 en date de soins), réalisée en 2021

²³ M. LASSALLE, R. DRAY-SPIRA, et N. DUMARCET, « Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) - Étude observationnelle à partir des données du SNDS, France, 2015 », ANSM, Rapport EPI-PHARE, déc. 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/utilisation-des-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons/>

Ce qui est justifié :

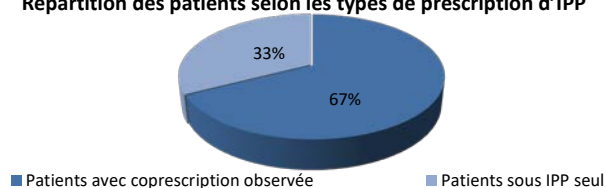
- La prise de l'IPP seul si la durée de traitement ne dépasse pas 8 semaines ;
- L'association d'un IPP à un AINS si le patient est âgé de 65 ans et plus ;
- L'association d'un IPP avec : deux anti-agrégant plaquettaire (AAP) ; un AAP et un corticoïde (CORTI) ; un AAP et un anti-coagulants (ACOAG) ; un AAP et un AINS ; un AINS et un ACOAG ; un AINS et un CORTI.

Ce qui est injustifié :

- La prise de l'IPP seul si la durée de traitement dépasse les 8 semaines (sauf si rechute de RGO sans œsophagite ou prévention des récurrences d'œsophagite par RGO, en entretien de l'ulcère gastro duodénal ou dans le cadre du syndrome de Zollinger-Ellison) ;
- L'association d'un IPP à un AINS si le patient est âgé de moins de 65 ans ;
- L'association d'un IPP seulement avec un AAP ;
- L'association d'un IPP seulement avec un CORTI ;
- L'association d'un IPP seulement avec un ACOAG

La prescription d'IPP a été étudiée en association avec les molécules appartenant aux classes AINS, AAP, ACOAG et CORTI. La répartition des patients selon les types de prescription d'IPP montre que 33% des patients se sont vus prescrire les IPP en co-prescription et que 67% d'entre eux étaient sous IPP seuls. 85% des prescripteurs ont prescrit au moins un IPP en association. 74% des prescripteurs ont prescrit au moins un IPP seul. 66% des consommateurs d'IPP concernés par une coprescription observée (toutes combinaisons confondues) ont dans leur coprescription un AINS. 21% d'entre eux ont au moins un antiagrégant plaquettaire (AAP), 23% ont un corticoïde, 8% ont un anticoagulant.

Répartition des patients selon les types de prescription d'IPP

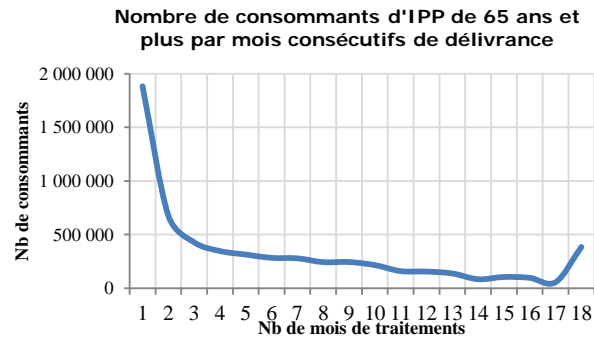


Source : SNIIRAM, 2019

Dans le cadre des associations, 45% des ordonnances ayant fait l'objet d'au moins une délivrance en 2019 étaient injustifiées. 15,8% des ordonnances ayant fait l'objet d'au moins une délivrance d'IPP associée à un AINS car prescrites à des personnes de moins de 65 ans. 15,6% des ordonnances ayant fait l'objet d'au moins une délivrance d'IPP associée à un AAP car AAP prescrit seul. 6,1% des ordonnances ayant fait l'objet d'au moins une délivrance d'IPP associée à un anticoagulant car ACOAG prescrit seul.

Des durées de traitement particulièrement longues chez les plus de 65 ans

En 2019 chez les plus de 65 ans, les durées moyennes et les proportions d'utilisateurs au long cours étaient supérieures à celles observées chez les 18-65 ans dans l'ensemble des indications. Sur 6,5 millions de patients de 65 ans et plus sous IPP en 2019, 40% d'entre eux avaient des prescriptions de 6 mois et plus. Ils représentent 15% de la population totale sous IPP. Par ailleurs, 6,3% des personnes de 65 ans et plus ont bénéficié de la délivrance de l'IPP pendant au moins 18 mois consécutifs, soit 2,4% de la population totale sous IPP.



Proposition : promouvoir le bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons auprès des professionnels de santé et des patients

Dans ce contexte, en lien avec la Haute Autorité de santé, L'Assurance Maladie souhaite engager des actions de bon usage aussi bien auprès des professionnels de santé que des patients pour éviter une utilisation injustifiée des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Cette démarche s'articulera autour de quatre messages principaux pour la promotion du bon usage des IPP :

- La prescription systématique d'un IPP en association aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (cas des lésions gastro-duodénales) ne se justifie que dans les situations à risque ;
- L'intérêt de prescrire au-delà de quatre semaines, dans le reflux gastro-oesophagien (RGO), doit être réévalué au cas par cas (recherche des effets indésirables et interactions médicamenteuses) ;
- La prescription d'un IPP ne doit être envisagée que face à des symptômes évocateurs d'un RGO et en complément des mesures hygiéno-diététiques (durée initiale maximale de 4 semaines).

Enfin, chez la personne âgée de 65 ans ou plus notamment, lors de l'initiation des IPP, l'indication doit être vérifiée et être systématiquement réévaluée lors du renouvellement d'ordonnance. La posologie des IPP ne doit pas dépasser celle prévue par l' *autorisation de mise sur le marché*. Les IPP étant fréquemment débutés de façon inappropriée et rarement déprescrits, leur utilisation au long terme contribue à la polymédication et au risque iatrogène.

- Economies attendues : 30 millions d'euros en faisant l'hypothèse d'une déprescription des IPP pour 15% des plus des assurés de plus de 65 ans dont la consommation d'IPP s'élève à 160 millions d'euros remboursés par l'Assurance Maladie.

3.1.2 S'assurer du respect des règles de bon usage des antalgiques

Les dépenses de médicaments de la classe des Analgésiques représentent plus de 530 millions d'euros et sont pris en charge à hauteur de 73% par l'Assurance Maladie soit un montant remboursé de 390 millions d'euros. Le manque de connaissances sur le bon usage de ces médicaments entraîne une consommation parfois importante de ceux-ci. Afin d'assurer une consommation respectant les recommandations, différentes actions ont été ou seront mises en œuvre.

Une méconnaissance des règles de bon usage

Une enquête menée pour l'observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA) et l'Institut ANALGESIA sur un panel de 3 026 français a montré que le paracétamol était le médicament le plus consommé par les Français. Plus de 90% des personnes interrogées disent en avoir pris dans l'année, le plus souvent en automédication. Et pourtant, les connaissances sur le bon usage de ce médicament contre la douleur et la fièvre restent insuffisantes. Seulement 54% des Français connaissent le risque de toxicité pour le foie du paracétamol en cas de surdosage. 10% considèrent même qu'il n'y a aucun risque à dépasser la dose recommandée de paracétamol. Un Français sur deux seulement sait qu'il ne faut pas dépasser 3 grammes par jour en automédication. Mais 17% considèrent qu'ils peuvent dépasser la dose journalière de 4 grammes, et 7% pensent même qu'il n'y a pas de dose maximale tant que la douleur persiste. 8% estiment aussi possible de dépasser la dose de 1 gramme par prise. De plus les Français ignorent très souvent la présence de paracétamol dans de nombreux autres médicaments contre la douleur ou contre le rhume, ce qui peut induire un risque de surdose non intentionnelle²⁴.

Des actions récentes menées par l'ANSM

Afin de favoriser le bon usage du paracétamol, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) avait décidé que, dès janvier 2020, ces médicaments ne pourraient plus être présentés en libre accès dans les pharmacies, renforçant ainsi le rôle de conseil du pharmacien auprès des patients qui souhaitaient en disposer sans ordonnance. Cette mesure s'inscrivait dans la continuité des actions menées par l'Agence notamment la mention d'un message sur les boîtes des médicaments contenant du paracétamol alertant sur le risque pour le foie en cas de surdosage. Près de 200 médicaments contenant du paracétamol, seul ou associé à d'autres substances, sont en effet actuellement disponibles.

Dans le contexte de la crise sanitaire, l'ANSM avait rappelé aux patients et aux professionnels de santé dès le 17 mars 2020 qu'en cas de douleur et/ou fièvre, l'utilisation du paracétamol était à privilégier en respectant les règles de bon usage. L'ANSM avait alerté sur la nécessité de ne pas prescrire, ni délivrer, ni stocker inutilement les médicaments à base de paracétamol. Afin de garantir leur disponibilité, à partir du 18 mars 2020, les pharmaciens pouvaient délivrer sans ordonnance 1 seule boîte de paracétamol (500 mg ou 1g) par patient ne présentant aucun symptôme, ou 2 boîtes (500 mg ou 1g) en cas de symptômes (douleurs et/ou fièvre).

Proposition : promouvoir le bon usage du paracétamol

Les actions sur le paracétamol, conçue en accord avec l'ANSM et qui concerne les patients de plus de 18 ans, sont donc particulièrement pertinentes. En effet, l'usage du paracétamol se banalise alors qu'il constitue la première cause de greffe hépatique d'origine médicamenteuse en cas de surdosage. Les messages clés porteront donc sur les doses à respecter, sur le non renouvellement systématique de la prescription de paracétamol et sur la veille attentive à exercer afin que le patient ne cumule pas les prises. Ces actions pourront pleinement se déployer dès lors que nous serons sortis de la crise Covid.

⇒ **Economies attendues : 10 millions d'euros**

3.1.3 Eviter les risques iatrogéniques dans le cadre de la prescription d'antidépresseurs chez les plus de 75 ans

Chez les sujets âgés de plus de 75 ans, la dépression sévère est fréquente (de 5 à 10%), tandis qu'un tiers peut expérimenter des symptômes dépressifs²⁵. Malgré le faible niveau de preuve de l'efficacité des antidépresseurs chez le sujet fragile pour traiter la dépression modérée à sévère²⁶, 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)

²⁴ <http://www.ofma.fr/paracetamol-sondage-opinionway-automedication/> Étude réalisée en ligne du 18 décembre 2020 au 4 janvier 2021 auprès d'un échantillon de 3026 français âgés de 18 ans et plus, représentatifs en termes de sexe, d'âge, de CSP et de région.

²⁵ 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.

²⁶ Mallery, 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.

alors qu'ils ne représentent que 9,5% de la population française. Dans la tranche d'âge 80-94 ans, plus de 10% de cette tranche d'âge a une prescription d'antidépresseurs.

Tableau 5 : nombre de patients et montants remboursés dans le cadre de la délivrance d'antidépresseurs en 2019

Tranche d'âge	Nombre de patients	Nombre de boîtes	Montant remboursable	Montant remboursé
00-17 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 ans et +	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 €

Source : SNIIRAM

Note : Classes ATC : N06AA, N06AB, N06AF, N06AG, N06AX

La consommation d'antidépresseurs à une dose efficace et avec une durée significative est insuffisante. On observe donc une dérive soit par excès (indication, durée, coprescriptions...), soit par défaut (posologie inadaptée, durée de traitement trop courte)²⁷. 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.

Pourtant, 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/polymédication) et le traitement complexe à suivre sur une durée optimale pour le patient et à interrompre le moment venu (même s'il n'existe pas de recommandations de traitement différentes entre les personnes âgées).

L'objectif de cette mesure est donc de sensibiliser les médecins (84% des antidépresseurs prescrits par des généralistes chez les plus de 75 ans) au risque iatrogénique de la prescription au long cours des antidépresseurs chez des sujets souvent polyopathologiques et polymédiqués donc très exposés aux risques iatrogènes, afin d'éviter les coprescriptions néfastes et de réaliser une surveillance rapprochée des paramètres notamment biologiques, si l'antidépresseur doit être poursuivi.

Proposition : améliorer le diagnostic de la dépression et sa prise en charge chez les personnes de plus de 75 ans

Compte-tenu de l'utilisation souvent inappropriée des psychotropes chez les sujets âgés et notamment des antidépresseurs, il est nécessaire de poursuivre la campagne prévue pour les médecins suivant les patients âgés de 65-75 ans et présentée dans le précédent rapport Charges et Produits en l'étendant à ceux traitant les plus de 75 ans.

Cette action comportera un focus important sur la iatrogénie :

- faciliter lors du diagnostic la distinction entre les différents types d'épisodes dépressifs caractérisés (léger, modéré et sévère) ;
- Optimiser le traitement médicamenteux et non médicamenteux et veiller à la réévaluation régulière du traitement chez le sujet polymédiqué ;
- Améliorer l'adhésion du patient au traitement en le sensibilisant à sa maladie et en prescrivant (s'il y a lieu) un antidépresseur ayant le moins d'effets indésirables possibles ;

En outre, dans le cadre de la reprise des négociations sur l'avenant n° 9 médecin, l'Assurance maladie souhaite favoriser le développement des visites gériatriques des médecins libéraux afin de renforcer la continuité des soins à domicile des personnes âgées. Ces visites pourront constituer un levier pour cette action.

⇒ *Economies attendues : 15 millions d'euros*

²⁷ <https://www.fondationpierredeniker.org/uploads/factSheets/3ce76a2283291fdd94dae481e47e49eeb63c6063.pdf>

3.1.4 Favoriser le respect des recommandations et l'utilisation efficiente des traitements médicamenteux pour la population atteinte de polyarthrite rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie rhumatismale auto-immune, inflammatoire, chronique, évoluant par poussées, provoquant des gonflements et des douleurs au niveau des articulations périphériques (principalement les poignets, les mains, et les pieds). C'est une maladie grave et évolutive qui altère la qualité de vie du patient, conduit à une incapacité fonctionnelle et à la difficulté d'exercer une activité professionnelle. L'absence de prise en charge de cette maladie peut entraîner un handicap.

L'enjeu économique relatif aux traitements de la PR est important. Les classes thérapeutiques utilisées dans le traitement médicamenteux de la PR sont parmi les plus coûteuses. En 2018, selon les données de la cartographie des dépenses, 959 millions d'euros ont été remboursés par l'Assurance Maladie pour la prise en charge des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées dont près de la moitié uniquement pour les médicaments.

Cette étude présente un état des lieux du traitement, spécifiquement médicamenteux, des patients atteints de PR. Elle vise à appréhender le respect de la stratégie thérapeutique de cette maladie et l'utilisation efficiente des traitements médicamenteux dans le cadre de sa prise en charge.

Sources et méthodes

Les données utilisées sont issues du SNDS. L'analyse des consommations a été effectuée en date de soins sur la période de juillet 2019 à juin 2020. Les patients PR ont été identifiés soit à partir d'une ALD active en 2019 avec code CIM-10 de polyarthrite rhumatoïde séropositive (M05) et autres polyarthrites rhumatoïdes (M06) ou parce qu'ils ont été hospitalisés en MCO en 2018 ou 2019 avec un DP ou DR pour les mêmes motifs. Pour éviter toute confusion entre les traitements, les patients également atteints de MICI (Maladie de Crohn (K50), de recto-colite hémorragique (K51)) ou de psoriasis (L40)) ont été retirés. Pour chacun de ces patients, l'ensemble des remboursements relatifs à leur consommation pharmaceutique de médicaments délivrés en ville (DCIR) ou en sus d'un GHS (PMSI) et recommandés dans le cadre du traitement de la PR a été recueilli.

Au total, 280 002 patients de 15 ans et plus ont été identifiés comme patients souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde, soit une prévalence de 5,1‰. Cette population est âgée en moyenne de 66,1 ans, la moitié de l'effectif a 60 ans et plus. 73% sont des femmes. Ces données sont cohérentes avec d'autres sources d'information, notamment celle de la cartographie : 299 900 y compris enfants et maladies apparentées, 5 ans avant il y en avait 261 900.

Recommandations de prise en charge de la PR

L'objectif du traitement de la PR est d'induire et de maintenir une rémission clinique et de limiter la progression de la dégradation articulaire.

Selon les recommandations françaises et européennes, la prise en charge repose sur la prescription précoce d'un traitement de fond afin d'induire une rémission clinique et biologique. Dans l'attente de l'efficacité du traitement de fond, une corticothérapie peut être proposée en respectant une dose cumulée faible, si possible sur une période maximale de 6 mois. La corticothérapie sera diminuée aussi rapidement que possible.

Le méthotrexate (MTX) est le médicament de fond conventionnel de 1^{ère} ligne de référence de la polyarthrite rhumatoïde. En cas de contre-indication (CI) ou d'intolérance au MTX, le léflunomide (LEF) ou la sulfasalazine (SSZ) peuvent être utilisés.

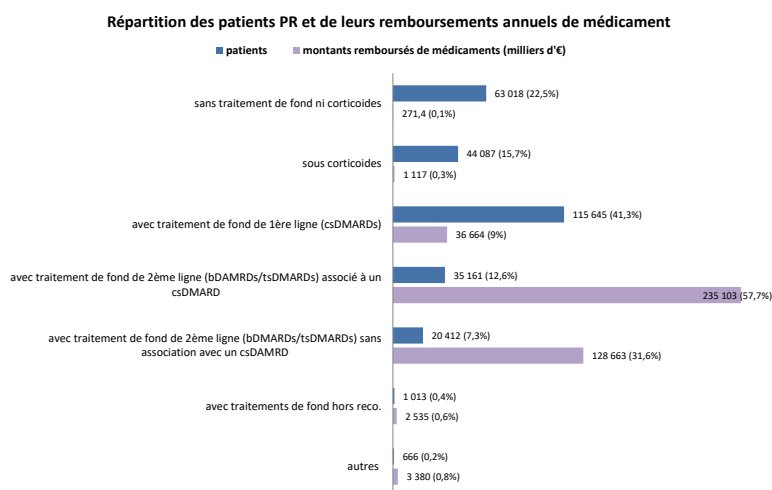
En 2^{ème} ligne, en cas d'échec ou de contre-indication des traitements de fond conventionnels, une thérapie ciblée doit être envisagée :

- En première intention, les thérapies ciblées biologiques (biomédicaments administrés par voie injectable) représentées par les anti-tumor necrosis factor (anti-TNF : adalimumab, certolizumab pégol, étanercept, golimumab, infliximab), les antagonistes des récepteurs de l'interleukine 6 (IL-6R : tocilizumab et sarilumab), le modulateur de la co-stimulation des lymphocytes T (abatacept), ou le rituximab uniquement dans certaines circonstances ;
- En seconde intention, les thérapies ciblées synthétiques administrées par voie orale représentées par les JAKi (baricitinib, tofacitinib et upadacitinib). La HAS préconise leur utilisation après échec d'un biomédicament.

L'utilisation d'une thérapie ciblée doit se faire préférentiellement en association avec un médicament de 1^{ère} ligne.

23% des patients souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde ne bénéficie pas d'un traitement de fond

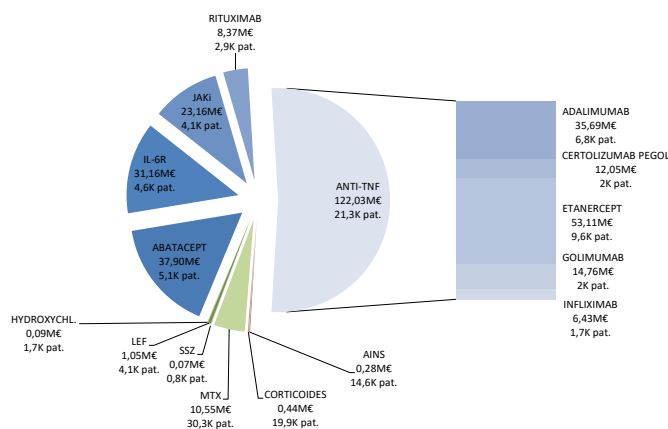
Le groupe de patients PR le plus important est celui des patients sous traitements de fond synthétiques de 1^{ère} ligne. Il représente 41% de la population PR et 9% des remboursements de traitement médicamenteux pharmacologiques en lien avec cette pathologie (36,7M€ sur un an) car ces molécules anciennes ont un coût peu élevé. Le remboursement moyen de médicaments pour ces patients est de 317€ par an. Le traitement le plus utilisé dans cette population est le méthotrexate (MTX), traitement de fond de référence dans la PR, qui regroupe à lui seul 77% des patients de ce groupe.



Source : SNDS/DCIR/IR_BEN_R/IR_IMB_R/PMSI, tous régimes, juillet 2019- juin 2020

Les patients sous traitement de fond de 2^{ème} ligne, qu'ils soient biologiques ou synthétiques ciblés en association avec un traitement de 1^{ère} ligne sont ceux qui totalisent le plus de remboursements, compte tenu du prix élevé de ces médicaments : 58% des remboursements pharmaceutiques (235 millions d'euros). Cependant, ils ne représentent que 13% de la population PR. La quasi-totalité de ces patients sont traités par un médicament biologique, en grande partie des anti-tnf alpha : etanercept et adalimumab principalement. Leur remboursement annuel moyen de médicament est de 6 687€. Un quart des patients ont reçu au moins une biothérapie administrée à l'hôpital.

Décomposition des remboursements annuels par type de médicaments pour les patients PR traités en 2^{ème} ligne associé à un traitement de 1^{ère} ligne (en M€)
n= 35,2K patients, montants remboursés=235,1M€



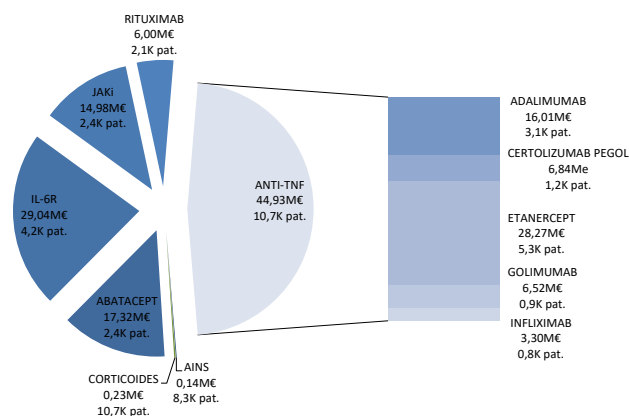
Source : SNDS/DCIR/IR_BEN_R/IR_IMB_R/PMSI, tous régimes, juillet 2019- juin 2020
Note : un même patient peut être comptabilisé avec plusieurs traitements

Les autres patients traités uniquement par un biomédicament de 2^{ème} ligne (sans association avec un traitement de 1^{ère} ligne) représentent 32% des remboursements pharmaceutiques relatifs à cette pathologie

mais ne totalisent que 7% de la population PR. Ils correspondent aux patients qui sont intolérants ou qui présentent une contre-indication au méthotrexate. Ils représentent 37% des patients sous traitement de 2^{ème} ligne. Leur remboursement pharmaceutique moyen annuel est de 6 303€. 30% des patients ont reçu au moins une biothérapie administrée à l'hôpital.

Décomposition des remboursements annuels par type de médicaments pour les patients PR traités par des médicaments de 2ème ligne en monothérapie (en M€)

n= 20,4K patients, montants remboursés=128,7M€



Source : SNDS/DCIR/IR_BEN_R/IR_IMB_R/PMSI, tous régimes, juillet 2019- Juin 2020

Note : un même patient peut être comptabilisé avec plusieurs traitements

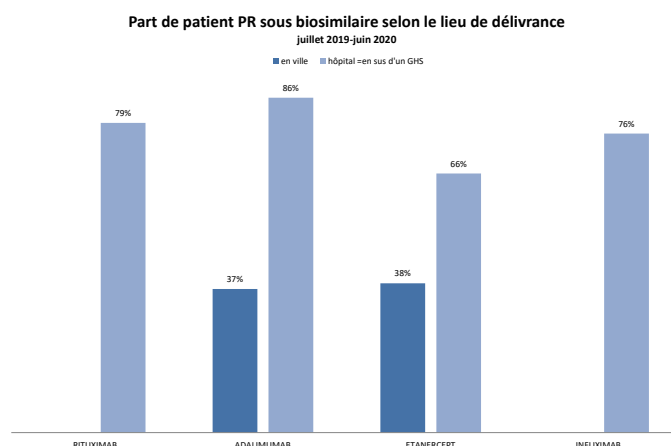
23% de la population PR sont sans traitements médicamenteux recommandés pour une prise en charge optimale de la PR ; c'est-à-dire sans remboursement ni de corticoïdes ni de traitement de fond durant la période étudiée. Environ 30% d'entre eux ont eu néanmoins des remboursements d'AINS. La prise en charge pharmacologique de cette partie de la population peut être considérée comme sous-optimale si leur PR est avérée. L'absence de traitement peut s'expliquer par des difficultés de prise en charge thérapeutique liées à des états de santé très mauvais. Ainsi, 62% de ces patients ont une autre affection longue durée. Par ailleurs, 10% d'entre eux sont décédés durant la période d'observation et 4% ne présentent aucun remboursement d'Assurance Maladie depuis juin 2019. Ce phénomène est particulièrement marqué chez les plus de 75 ans. 31% des 75 ans et plus qui n'ont aucun traitement, ni corticoïdes, ni traitement de fond recommandé, alors que cette proportion est de 19% pour les moins de 75 ans.

Enfin, 1% des patients ont des traitements hors recommandation de la SFR. Le biomédicament anakinra représente la quasi-totalité des remboursements de cette catégorie de traitement (2,3M€). Même s'il a une indication AMM dans la PR, ce médicament n'est plus recommandé par la SFR car son efficacité est inférieure à celle des autres médicaments biologiques. Le montant moyen remboursé de médicament pour les patients de ce groupe est de 2 502€ par an, ce qui correspond à un montant global de 2,5M€.

Une pénétration plus importante des biosimilaires à l'hôpital par rapport à la ville

La prescription de biosimilaire est un des leviers d'action de maîtrise des dépenses en raison de leur prix inférieur d'environ 30% par rapport à leur référent pour une efficacité équivalente. Parmi les médicaments biologiques indiqués dans le traitement de la PR, il existe des biosimilaires pour l'adalimumab, l'etanercept et l'infliximab (anti-tnf alpha) ainsi que pour le rituximab. Ces classes de médicament totalisent 45% des remboursements médicamenteux de la PR.

48% des patients PR, pour lesquels ont été remboursé au moins un médicament de ces classes, ont reçu au moins un biosimilaire, qu'il ait été délivré en ville ou administré à l'hôpital. Pour autant, la prescription d'un biosimilaire dépend du lieu où le médicament est administré (hôpital ou domicile) et du statut du prescripteur (hospitalier ou libéral). En milieu hospitalier, lorsque le biomédicament est administré en sus d'un GHS, un biosimilaire est facturé dans 78% des cas. Lorsqu'il est délivré en ville, il s'agit d'un biosimilaire seulement dans 38% des cas. Le taux de patient ayant reçu au moins un biosimilaire d'infliximab en sus d'un GHS est de 76% et de 79% pour le rituximab, classes uniquement disponibles à l'hôpital. Cette part atteint les 86% pour l'adalimumab à l'hôpital alors qu'elle est de 37% en ville. Il en est de même pour l'etanercept avec une part respective de 66% et 38%.



Source : SNDS/DCIR/IR_BEN_R/IR_IMB_R/PMSI, tous régimes, juillet 2019- juin 2020

Les prescriptions hospitalières de biomédicament exécutées en ville comportent plus de biosimilaires que lorsque la prescription est réalisée en ville. A titre d'exemple, pour l'etanercept, le taux de biosimilaire (en nombre de boîtes) est de 58% avec une prescription et une délivrance hospitalières. Pour ces mêmes prescripteurs hospitaliers, le taux de biosimilaire diminue à 41% lorsqu'il s'agit d'une délivrance de ville. Enfin, ce taux diminue à 25% lorsque ces prescriptions exécutées en ville sont rédigées par des rhumatologues libéraux. L'effet nocebo lié à l'image des biosimilaires par les patients est souligné par les professionnels de santé.

En cours de traitement de PR chez un patient, le passage d'un bioréférent à un biosimilaire est rare. Le médecin peut choisir de prescrire un médicament biosimilaire en début de traitement ou à tout moment du traitement. Sur la période étudiée, seuls 4% des patients PR sous etanercept et 6% sous adalimumab sont passés du médicament référent au biosimilaire. Néanmoins, ils sont presque tout autant à faire l'inverse en passant du biosimilaire au médicament référent (3% pour les deux classes de médicaments).

Il y a une évolution des comportements de prescription de biosimilaires. La part des prescriptions de biosimilaire augmente grâce aux initiations. En effet, les initiations de traitement avec biosimilaire pour les classes impliquées sur la période étudiée sont de 79% (86% pour les délivrances en sus et 75% pour les délivrances en ville), alors que la part de patients sous biosimilaire est de 48% pour l'ensemble de la population PR. L'instauration de traitement pour les nouveaux patients PR se fait davantage avec des biosimilaires.

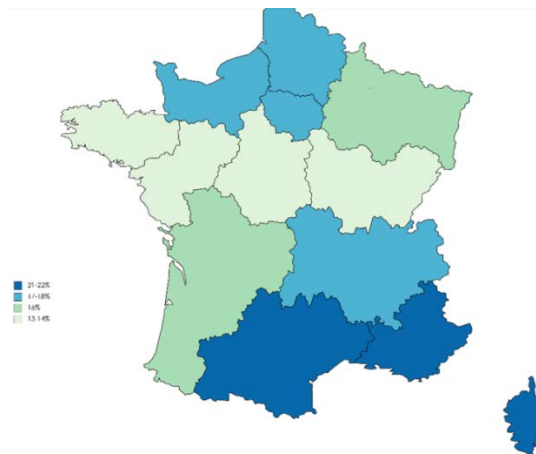
Une non-conformité importante avec les recommandations dans le cadre des traitements de 2^{ème} ligne

Les recommandations de la SFR indiquent que « chez les patients insuffisamment répondeurs ou intolérants au MTX, le traitement doit être optimisé. En présence de facteurs de mauvais pronostic, l'addition d'une thérapie ciblée (biologique ou synthétique) peut être proposée : anti-TNF, abatacept, inhibiteurs de la voie de l'IL6, inhibiteurs de JAK et dans certaines circonstances rituximab ». Cependant, 17% des patients en initiation de traitement médicamenteux de 2^{ème} ligne durant la période étudiée n'ont pas eu de remboursement de médicament de 1^{ère} ligne dans l'année précédant l'initiation. Si l'on considère uniquement les patients avec ALD incidente, débutant en 2018 ou 2019, alors ce pourcentage est de 11%.

Les rhumatologues précisent que dans certains cas de formes sévères et évolutives de la PR, un traitement de 2^{ème} ligne en première intention peut être envisagé, notamment en raison des délais d'action des traitements conventionnels.

Néanmoins, cette « non-conformité » varie d'une région à une autre : elle est de plus de 21% en PACA, Corse et Occitanie à moins de 14% en Pays de la Loire, Bretagne, Centre-Val de Loire et Bourgogne Franche Comté.

Carte : pourcentage de patients en initiation de traitement médicamenteux de 2^{ème} ligne durant la période étudiée n'ont pas eu de remboursement de médicament de 1^{ère} ligne dans l'année précédant l'initiation



La SFR recommande également que « Toutes les thérapeutiques ciblées (biologiques ou synthétiques) doivent être utilisées préférentiellement en association avec le MTX ». Cependant un tiers des patients en initiation de traitement de 2^{ème} ligne n'a pas reçu un traitement de 1^{ère} ligne en association. La majorité des patients sans traitement de 1^{ère} ligne dans l'année précédant l'initiation de traitement de 2^{ème} ligne (86%) n'a pas eu de remboursement de ce type d'association médicamenteuse, ce qui témoigne très certainement d'une contre-indication ou intolérance. A l'inverse, 21% des patients avec un traitement de 1^{ère} ligne dans les 12 mois précédents l'initiation de traitement de 2^{ème} ligne n'ont pas reçu ce type de traitement en association.

Proposition : favoriser le respect des recommandations et l'utilisation efficiente des traitements médicamenteux pour la population atteinte de polyarthrite rhumatoïde

- Mettre en place une action d'accompagnement des professionnels de santé pour s'assurer du respect des lignes de traitements dans le cadre de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde ;
- Promouvoir la diffusion des biosimilaires en ville dans le cadre de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde.

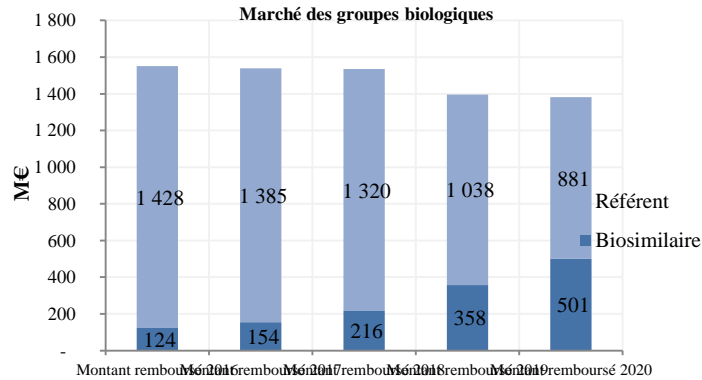
⇒ *Economies attendues : 15 millions d'euros notamment en faisant l'hypothèse d'une pénétration plus forte des biosimilaires et un meilleur respect des lignes de traitement.*

3.1.5 Réintroduire une disposition permettant la substitution des médicaments biosimilaires en officines, en initiation de traitement, hors traitements chroniques

Le développement des médicaments biosimilaires constitue un enjeu important d'efficience, nécessaire à la pérennité de notre système de santé et la substitution par le pharmacien pourrait en être un levier fort comme elle l'a été pour les médicaments génériques.

De même efficacité, même qualité et même sécurité que le médicament biologique de référence, mais moins chers, ces médicaments permettent de dégager des marges de manœuvre pour financer les futures innovations. Ils assurent également un plus large approvisionnement du marché en biomédicaments, évitant ainsi les tensions d'approvisionnement et les ruptures de stock.

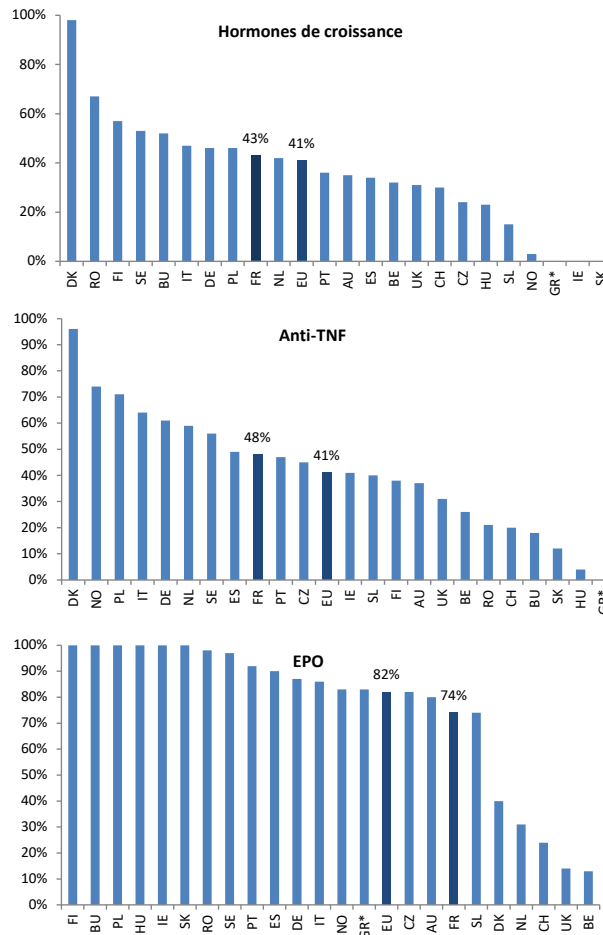
Même si le marché des médicaments biosimilaires est en pleine expansion depuis l'arrivée du premier médicament biosimilaire en 2006 et atteint 501 millions d'euros en 2020 en montant remboursé en ville, soit une évolution de +40% par rapport à 2019, il ne représente qu'un tiers tant en volume qu'en valeur, du marché de ville de l'ensemble des groupes de médicaments biologiques similaires (biosimilaires + référents).



Source: CNAM, données ville de PHMEV

La France se situe dans la moyenne européenne au regard du taux de pénétration des biomédicaments en 2020 mais présente un retard dans la pénétration des biosimilaires par rapport à de nombreux pays européens. Dans certains pays européens et notamment au Danemark, les taux de pénétrations peuvent atteindre plus de 90% du marché en volume contre 43% pour les hormones de croissance en France ou 48% pour les anti-TNF.

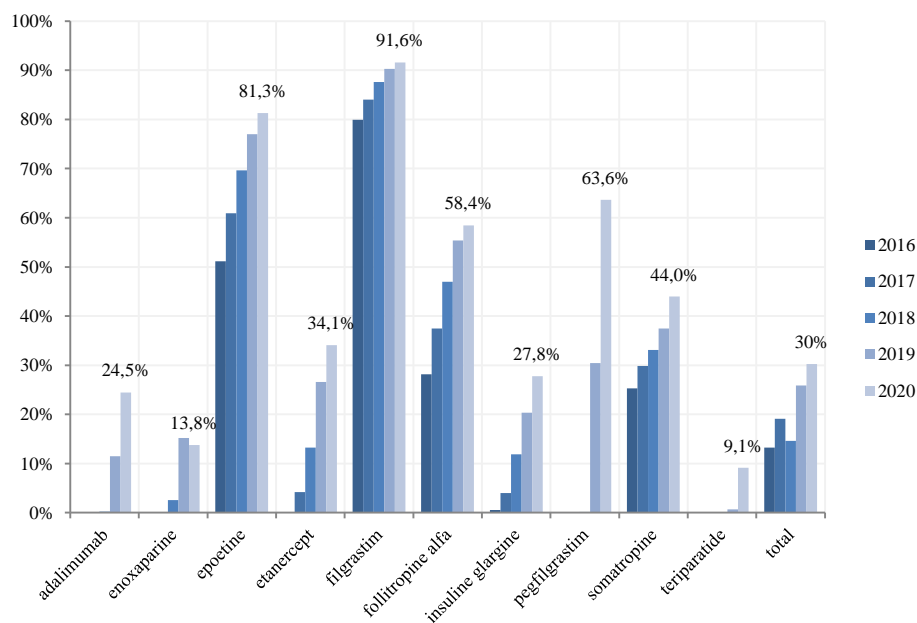
Graphiques : comparaison européenne des taux de pénétration des biosimilaires : exemple des hormones de croissance et des anti-Tf et EPO en juin 2020 (en volume)



Source: IQVIA, The Impact of Biosimilar Competition in Europe, 2020. Le taux de pénétration correspond à la part des biosimilaires dans le total (biosimilaires+bioreférents)

Différentes actions ont été mises en place ces dernières années en faveur du développement des médicaments biosimilaires, comme la diffusion d'information sur ces médicaments ou le développement de mécanismes financiers incitatifs et ont certes permis d'engager une dynamique sur le sujet et d'augmenter de façon non négligeable les taux de pénétration des médicaments biosimilaires, mais il reste des marges de manœuvre et des économies à attendre d'une meilleure pénétration des médicaments biosimilaires. La part des biosimilaires a ainsi progressé d'un peu plus de 10% en 2016 à 30% en 2020.

Taux de pénétration des médicaments biosimilaires en volume en France



Source CNAM - données ville + PHMEV - France entière. Pour le total, le calcul a été fait à partir des seuls groupes comprenant des biosimilaires commercialisés.

Proposition : réintroduire une disposition permettant la substitution des médicaments biosimilaires en officines, en initiation de traitement, hors traitements chroniques

Pour stimuler plus rapidement le développement de ces médicaments et ainsi atteindre les objectifs ambitieux fixés par le Ministère de 80% de taux de pénétration des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence d'ici 2022, il est nécessaire de permettre la substitution des médicaments biosimilaires aux pharmaciens d'officine.

Cette possibilité qui avait été introduite dans le code de la santé publique par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 avait ensuite été supprimée par la LFSS pour 2020.

Pour tenir compte des objections et des réticences formulées sur le sujet et pour faciliter son acceptation par les patients, il est proposé de permettre aux pharmaciens d'officine de substituer des médicaments biosimilaires dans des conditions restreintes : uniquement dans le cadre d'un primo-traitement et hors traitement chronique. Il est proposé de renvoyer à une décision de l'ANSM le soin de fixer la liste des groupes biologiques similaires mentionnés au b du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique au sein desquels la substitution serait autorisée.

⇒ *Economies attendues : 10 millions d'euros dans le cas d'une initiation avec des médicaments biosimilaires plus importante pour les classes de gonadotrophines et des héparines fractionnées permettant d'atteindre progressivement un taux de pénétration de 80% des médicaments biosimilaires.*

3.1.6 Promouvoir le bon usage des médicaments anticancéreux inhibiteurs des CDK 4 et 6

Depuis la mise à disposition en pharmacie d'officine en ville d'Ibrance en mars 2018, les délivrances des médicaments anticancéreux inhibiteurs des CDK 4 et 6 ont connu une croissance importante, bien au-delà de ce qui était prévu dans le cadre de la désignation de la population cible par la HAS.

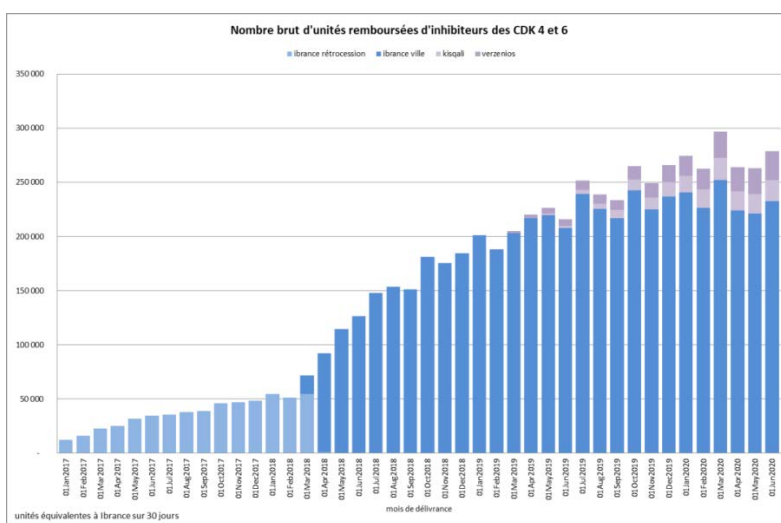
Il existe trois médicaments inhibiteurs des CDK 4 et 6 utilisés dans le traitement du cancer du sein et disponibles en ville : Ibrance (palbociclib, laboratoire Pfizer) depuis mars 2018, Verzenio (abémaciclib, laboratoire Lilly) depuis février 2019 et Kisqali (ribociclib, laboratoire Novartis) depuis avril 2019. Si les indications de l'autorisation de mise sur le marché, les indications thérapeutiques remboursables et la place

dans la stratégie thérapeutique de ces trois médicaments ne sont pas strictement superposables, ces produits partagent la même population cible définie par la Commission de la Transparence (CT) chez les femmes ménopausées.

Une croissance remarquable

403 millions d'euros ont été remboursés par l'Assurance Maladie en 2020 pour des inhibiteurs des CDK 4 et 6 (375 millions d'euros en 2019), le double des remboursements constatés en 2018, contribuant ainsi à près de 1% à l'évolution totale des médicaments de ville. Cela correspond, pour ces trois médicaments, à 2% du total des remboursements de médicaments délivrés en ville pour moins de 30 000 patients traités depuis leur mise à disposition en officine.

D'après les données de la cartographie, la part de patientes avec cancer du sein actif traitées par ces médicaments est passée de 6,3% en 2018 à 7,5% en 2019. On observe une croissance remarquable depuis mars 2018. Ibrance était le seul représentant de la classe jusqu'au début 2019. L'arrivée de Verzenios et de Kisqali assurent désormais la croissance des inhibiteurs des CDK 4 et 6.

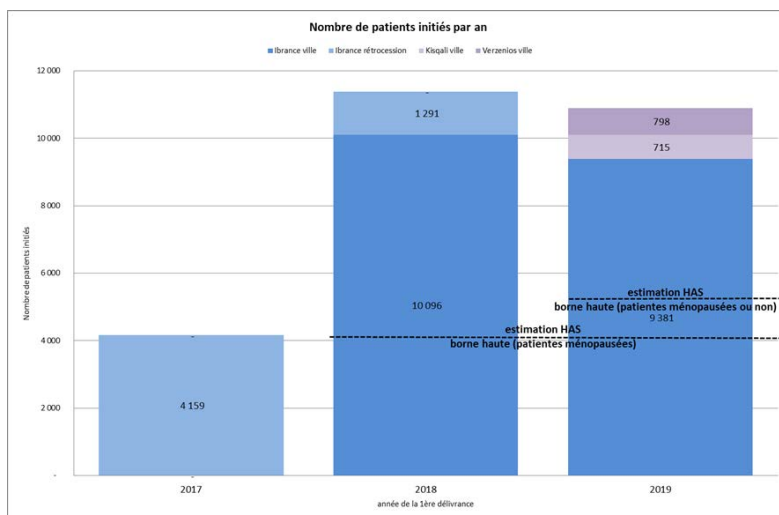


Source : SNDS/DCIR, tous régimes, dtr janvier 2017 juillet 2020, dts, non complété

Une population observée bien supérieure à la population cible définie par la Commission de la transparence

Ibrance et Verzenios, sont pris en charge chez les femmes ménopausées, atteintes d'un cancer du sein avancé positif aux récepteurs hormonaux (RH) et négatif au récepteur du facteur de croissance épidermique humain-2 (RH+/HER2-), en l'absence d'atteinte viscérale symptomatique menaçant le pronostic vital à court terme. Pour Kisqali²⁸ ce périmètre est étendu aux femmes non ménopausées (avis de la CT du 04/09/2019 et 22/07/2020). Etant données ces indications, d'après la commission de la transparence, au total, entre 2 600 et 4 100 patientes ménopausées ayant un cancer du sein avancé RH+/HER2- par an seraient éligibles » auxquelles il faut ajouter les « 710 à 1 130 femmes non ménopausées » éligibles à Kisqali depuis septembre 2019. Dans les données de remboursements, il y en a plus du double : 10 894 patients ont eu une initiation de traitement en 2019, 11 387 en 2018.

²⁸ Ces avis n'ont pas encore été suivis d'une publication au JO de cette indication thérapeutique remboursable.



Source : SNDS/DCIR/IR_BEN_R, tous régimes, dtr jusqu'en juillet 2020, dts, non complété
Dénombrement à partir de l'identifiant synthétique pseudonymisé

Si les bases informationnelles (SNDS) ne permettent pas d'apprécier avec exactitude le respect de cette population cible, on constate néanmoins, pour les patients initiés à l'un ou l'autre de ces trois médicaments en 2019, que 14% sont des hommes ou des femmes de moins de 50 ans - a priori non ménopausées²⁹. La consommation chez les femmes de moins de 50 ans correspond à un service médical rendu insuffisant selon l'avis de la CT pour Ibrance et Verzenios et à une indication non publiée au Journal officiel pour Kisqali³⁰. Les remboursements chez les hommes et les femmes de moins de 50 ans correspondent à 12% de l'ensemble des montants entre mars 2018 et juillet 2020.

Une autre explication du large dépassement de la population cible pourrait être la prescription chez des patientes avec atteinte viscérale symptomatique menaçant le pronostic vital à court terme, indication pourtant non prise en charge. En effet l'absence d'atteinte viscérale symptomatique menaçant le pronostic vital à court terme chez les femmes traitées peut être interrogée puisque près d'un quart des patientes sont décédées (23%, avec extraction d'octobre 2020, décès toutes causes). Sur les seuls patients incidents en 2019, 17% sont décédés dont 20% dans les 3 mois suivants la première prescription et 41% dans les 6 mois suivants.

Un turn-over important de patients

Sur l'ensemble des patients traités par un médicament anticancéreux inhibiteur des CDK 4 et 6 en 2019, 56% sont initiés (entrants) et 35% sont en arrêt de traitement dans l'année (sortants), ce qui dénote un turn-over assez soutenu.

Pour les patients ayant arrêté leur traitement, la durée moyenne de traitement est de 6 mois, la médiane de 4 mois. Un tiers des patients ayant arrêté l'ont fait dans les deux premiers mois de traitement. Cette courte durée de traitement est en décalage avec les AMM qui précisent que « le traitement [...] doit être poursuivi tant qu'un bénéfice clinique est observé chez le patient ou jusqu'à la survenue d'une toxicité inacceptable ». Parmi les patients ayant débuté leur traitement en 2019, un tiers l'a arrêté dont 19% le premier mois.

Ce turn over important ne peut pas être totalement imputés aux seuls effets indésirables. Les études cliniques ont révélé une toxicité dans 4 à 9% des cas seulement nécessitant une interruption temporaire de traitement plutôt qu'un arrêt définitif. Par ailleurs, une non-réponse de ces traitements n'est observable qu'au bout de 3 mois, l'arrêt avant cette période est difficile à interpréter.

Ces traitements de courte durée pourraient relever de la mise en place d'un traitement de la « dernière chance » pour des femmes avec métastases en échec de traitement d'hormonothérapie classique et de chimiothérapie pour les arrêts de traitement suivi de décès. Ce type de prescription devrait diminuer au vu des résultats en vie réelle de ces traitements en dernière intention. Cela peut également relever de prescriptions en

²⁹ L'âge n'est qu'un indicateur de la ménopause : Des femmes de moins de 50 ans peuvent être ménopausées, du fait de traitements antérieurs de chimiothérapie ou d'hormonothérapie. Inversement, une partie des femmes de plus de 50 ans ne sont pas ménopausées, 2% des femmes de 50 ans et plus sont traitées par un agoniste de la LH-RH.

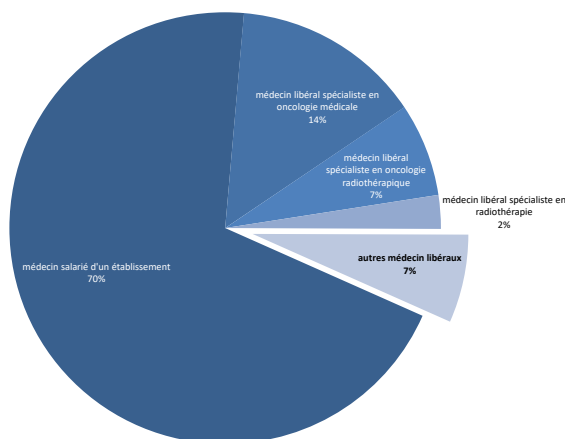
³⁰ Le pourcentage d'hommes et de femmes de moins de 50 ans est de 13% pour Ibrance et Verzenios et de 23% pour Kisqali.

lieu et place de la chimiothérapie pour des situations où l'atteinte viscérale a été jugée comme ne menaçant pas le pronostic vital.

Une part importante des prescriptions par des prescripteurs non autorisés

La délivrance des médicaments inhibiteurs des CDK 4 et 6 doit être issue d'une prescription hospitalière et plus précisément d'une prescription réservée aux spécialistes et services en cancérologie et oncologie médicale, pourtant 7% des montants remboursés sont le fait de prescripteurs non autorisés, dont 3% par des médecins généralistes.

Répartition des boîtes d'inhibiteurs des CDK 4 et 6 délivrées en ville par type de prescripteurs



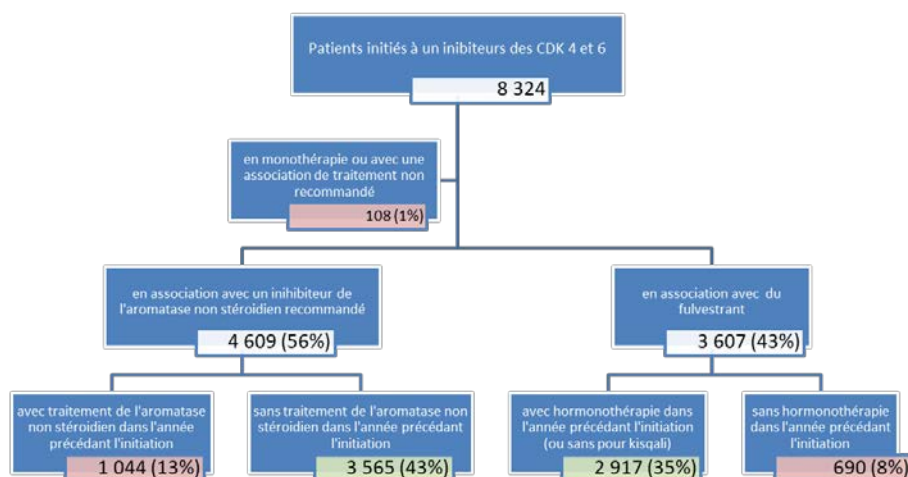
Source : SNDS/DCIR, tous régimes, dtr mars 2018 juillet 2020,

Une stratégie thérapeutique non conforme dans 22% des cas par rapport aux indications thérapeutiques remboursables

Pour les 8 324 patients - femmes de 50 ans et plus - en initiation de traitement et avec des remboursements sur 3 mois et plus, les traitements par hormonothérapie des 12 mois précédents et concomitamment au traitement ont été recherchés. Par rapport aux derniers arrêtés de prise en charge publiés³¹, la part de non-conformité est de 22%. Le motif principal de non-conformité concerne le traitement ayant précédé l'instauration par inhibiteurs des CDK 4 et 6 : absence d'hormonothérapie dans les 12 mois précédents pour les associations avec du fulvestrant ou traitement par inhibiteurs d'aromatase non stéroïdiens dans les 12 mois précédant l'instauration pour les associations avec le létrozole.

³¹ Arrêté du 16 mars 2018 pour Ibrance, arrêté du 4 février 2019 pour Verzenio, arrêtés du 26 mars 2019 et du 26 novembre 2019 pour Kisqali

Conformité par rapport aux derniers arrêtés de prise en charge publiés au Journal officiel



Lecture : les chiffres sur fond vert correspondent aux patients dont la stratégie thérapeutique est conforme (43%+35%=78%) ; les chiffres sur fond rouge aux patients dont la stratégie thérapeutique n'est pas conforme (1%+13%+8%=22%)

Rappel synthétique des avis de la CT des 3 médicaments anticancéreux inhibiteurs des CDK 4 et 6

Ibrance :

L'avis de la CT de mai 2017, qui correspond aux indications remboursables publiées actuellement au Journal Officiel (JO), a octroyé un SMR important à Ibrance en « association à un inhibiteur de l'aromatase stéroïdien (exemestane) ou non stéroïdien (anastrozole ou létrozole) chez les femmes non traitées au préalable ou en association avec le fulvestrant chez les femmes ayant été traitées antérieurement par hormonothérapie. »

En mars 2019, la CT a réévalué l'indication en association avec un inhibiteur de l'aromatase et a donné un service médical rendu insuffisant pour les associations avec anastrozole et exemestane : « Ibrance doit être associé au létrozole en tant que traitement de 1ère ligne en cas de diagnostic au stade avancé ou de progression tardive (plus de 12 mois après la fin du traitement adjuvant) ou au fulvestrant en tant que traitement de 1ère ligne en cas de progression précoce (moins de 12 mois après la fin du traitement adjuvant) ou en tant que traitement de 2ème ligne et plus. »

Verzenio :

L'avis de la CT de décembre 2018 correspond aux indications remboursables publiées au JO : « Verzenio doit être associé à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien (létrozole ou anastrozole) en première ligne métastatique c'est-à-dire soit chez les femmes ayant un cancer diagnostiqué au stade avancé soit chez les femmes en rechute tardive d'une hormonothérapie adjuvante ou au fulvestrant en première ligne métastatique chez les femmes en rechute précoce d'une hormonothérapie adjuvante ainsi qu'en deuxième ligne métastatique après une première ligne d'hormonothérapie. » L'association avec l'exemestane ainsi que l'association avec fulvestrant en première ligne métastatique soit chez les femmes ayant un cancer diagnostiqué au stade avancé soit chez les femmes en rechute tardive d'une hormonothérapie adjuvante ont obtenu un SMR insuffisant.

Kisqali :

Selon l'avis de la CT de janvier 2018, Kisqali est indiqué chez les femmes ménopausées en « association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien (létrozole) ». L'association avec l'anastrozole ou l'exemestane a obtenu un SMR insuffisant.

En juillet 2019, l'avis de la CT a également attribué un SMR important chez les femmes ménopausées en « association au fulvestrant comme traitement initial à base d'hormonothérapie ou chez les femmes traitées antérieurement par hormonothérapie ». Un SMR insuffisant a été octroyé chez les femmes non ménopausées.

Ces deux avis ont donné lieu à publication au Journal officiel.

Enfin selon l'avis de la CT de septembre 2019, Kisqali a obtenu un SMR important « chez les femmes non ménopausées en association à un inhibiteur de l'aromatase (létrozole ou anastrozole) et à un agoniste de la LH-RH comme traitement initial à base d'hormonothérapie ». L'association avec exemestane a obtenu un SMR insuffisant.

Proposition : promouvoir le bon usage des médicaments anticancéreux inhibiteurs des CDK 4 et 6 :

- Saisir la HAS sur la définition de la population cible pour l'utilisation des inhibiteurs des CDK 4 et 6 afin de confronter les analyses réalisées dans les données de remboursements et les indications retenues par la HAS ;
- Créer ensuite une campagne pour s'assurer du respect des indications remboursables dans le cadre de l'utilisation des inhibiteurs des CD4 et 6 notamment en s'assurant du respect de sa prescription notamment en respectant les critères notamment de patientes qui ne présentent pas une atteinte viscérale symptomatique menaçant le pronostic vital à court terme ou encore qu'il est bien prescrit pour les femmes ménopausées.

3.1.7 Autres actions sur les produits de santé

Au-delà des thématiques faisant l'objet d'un développement dans ce rapport, l'Assurance Maladie poursuivra des actions déjà engagées sur les produits de santé et/ou documentées dans les rapports des années précédentes.

Les benzodiazépines

La France, tout en restant un pays de forte consommation de benzodiazépines (2^{ème} pays européen), connaissait une diminution progressive et régulière de cette consommation. Cette dynamique positive a été stoppée par la crise sanitaire. Pour contrer cette tendance et tenter de revenir à la dynamique antérieure, l'Assurance Maladie propose la mise en œuvre d'un grand plan de pertinence de la prescription des benzodiazépines en partenariat avec la HAS et l'ANSM (cf. partie santé mentale chapitre 3).

⇒ *Economies attendues : 25 millions d'euros*

La diffusion des médicaments génériques

Privilégier la prescription de médicaments génériques permet, sans modifier le niveau de recours aux traitements, de dégager des marges financières pour rembourser les nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché. La mise en œuvre de l'article 66 de la loi de financement de 2020 a permis d'atteindre un taux de substitution de 91,6% en 2020 (vs 87,7% en 2019). Le taux de recours à la mention « Non Substituable » est en baisse et atteint 2,9% en décembre 2020 (soit 4,9 points de moins qu'en décembre 2019).

⇒ *Economies attendues : 45 millions d'euros*

Les dispositifs médicaux

Les règles entourant la prescription et la délivrance des dispositifs inscrits à la liste des produits et des prestations (LPP) sont complexes. Pour améliorer l'adéquation de la prescription aux besoins du patient, ainsi que la connaissance sur les rôles respectifs des prescripteurs et des prestataires, les actions de l'Assurance Maladie visent à réduire l'asymétrie d'information entre les professionnels de la LPP et les prescripteurs car les enjeux financiers sont importants. De nouvelles actions seront engagées en 2022.

⇒ *Economies attendues : 150 millions d'euros*

La dispensation adaptée

L'avenant n°20 à la convention nationale pharmaceutique, signé le 12 février 2020, a précisé les modalités de mise en œuvre de la dispensation adaptée par les pharmaciens d'officine.

L'objectif de la dispensation adaptée est d'inciter le pharmacien à adapter la dispensation d'un médicament pour s'assurer de la délivrance de la quantité pertinente nécessaire au traitement du patient. Son principe est de répondre aux besoins thérapeutiques du patient, tout en s'assurant de la bonne observance des traitements prescrits et en évitant tout risque de mésusage et de gaspillage de médicaments.

La dispensation adaptée se définit comme une dispensation efficiente renforçant le bon usage, l'observance, la lutte contre le gaspillage et la diminution du risque iatrogénique. Dans le respect de la prescription médicale, et uniquement pour les traitements dont la posologie peut varier en fonction des besoins du patient pendant la durée de la prescription, le pharmacien peut adapter la dispensation. Il ne s'agit donc pas d'une modification ou d'une adaptation de la prescription médicale ni d'un point de vue de la durée de traitement ni des molécules prescrites.

⇒ *Economies attendues : 60 millions d'euros*

Le dispositif d'intéressement en ville

Le rapport Charges et Produits pour 2020 contenait une proposition visant à renforcer les dispositifs d'intéressement des prescripteurs libéraux pour la prescription de différentes classes de médicaments. Depuis la publication du rapport, les travaux se sont concentrés sur le champ des médicaments biosimilaires. Les négociations pour la mise en place de ce dispositif devraient s'achever en 2021 pour une mise en œuvre au début de l'année 2022.

⇒ *Economies attendues : 42 millions d'euros*

3.2. Optimiser l'efficacité des prescriptions et des actes

3.2.1 Maitriser l'évolution des dépenses d'arrêt de travail

Accompagnement et échanges avec les professionnels de santé sur les arrêts de travail

L'Assurance Maladie conduit depuis 2015 une démarche d'accompagnement des établissements de santé et des professionnels de santé avec la diffusion de profils d'activité, de mémos et d'outils d'aide à la pratique. Les visites des DAM et les échanges confraternels sont réalisés auprès des médecins généralistes ou spécialistes, exerçant en ville ou en établissement de santé, pour lesquels la durée des arrêts prescrits par patient et la part des patients arrêtés dans leur patientèle sont supérieures aux valeurs observées pour les prescripteurs qui leur sont comparables.

L'Assurance Maladie poursuivra en 2021 la refonte de ces actions, la stratégie de gestion des arrêts de travail passant de campagnes ponctuelles sur ce thème à :

- D'une part un traitement par le service médical basé sur des échanges réguliers avec les prescripteurs à partir d'un système de détection précoce des assurés en arrêts de travail, dans l'objectif d'évaluer la situation médicale des assurés avec les prescripteurs et de les inciter au respect des durées indicatives d'arrêts dans une logique de conduite à la reprise du travail des assurés. L'aide à apporter aux prescripteurs est une nouvelle vision « gagnant gagnant », cette offre de service pouvant conduire à éviter une chronicisation des situations des assurés. Elle permet de gagner du temps en contactant les médecins et en gérant avec eux les situations de plusieurs de leurs patients. En effet, le principal sujet d'attente des médecins est bien une aide sur les prestations pour leurs patients et principalement les arrêts de travail ;
- D'autre part l'intégration des messages relatifs à cette prestation dans la stratégie d'accompagnement global de la prise en charge des pathologies et des parcours de soins des assurés.

Prévenir la désinsertion professionnelle

L'Assurance Maladie s'est engagée depuis plusieurs années dans la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). En 2020, malgré la situation sanitaire, le service social de l'Assurance Maladie est parvenu à accompagner 150 824 assurés en individuel sur cet axe, contre 164 972 en 2019. L'âge médian des assurés ayant bénéficié de cette offre est de 49 ans pour les femmes et de 50 ans pour les hommes. A l'issue de leur parcours, 33% des assurés ont été maintenus en emploi (dans leur entreprise d'origine sur le même poste, ou sur un autre poste, ou dans une autre entreprise).

L'expérimentation des plateformes de services départementales

Chaque année, plus d'un million de salariés se voient notifier des avis de médecins du travail comportant des restrictions d'aptitude ou des demandes d'aménagement de poste de travail, plusieurs dizaines de milliers d'entre eux étant déclarés inaptes à tout poste de travail dans l'entreprise et licenciés.

Afin de participer à la sécurisation des parcours professionnels et prévenir l'exclusion de la sphère travail, il convient d'améliorer la coordination des acteurs intervenant sur ce champ, caractérisé également par une multitude de dispositifs. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie proposait dans son dernier rapport Charges et Produits l'expérimentation de plateformes départementales de services pluridisciplinaires associant les acteurs de l'Assurance Maladie et les partenaires institutionnels (services de santé au travail, Pôle emploi, opérateurs de placement spécialisé, etc.). Cette plateforme a pour objectif de fonctionner comme un intégrateur de compétences, plaçant l'assuré au cœur du dispositif, coordonnant les actions réalisées par les services de l'Assurance Maladie et s'assurant de la bonne articulation entre les partenaires intervenant dans le parcours, dans une logique de prise en charge précoce et d'implication de l'employeur, avec l'accord préalable de l'assuré lorsque celui-ci est salarié.

Le lancement de cette expérimentation, reporté du fait de la crise sanitaire, a été engagé en juin 2021. Cette plateforme de service sera expérimentée sur 14 territoires jusqu'à fin 2022. Elle fera l'objet d'une évaluation préalable à une généralisation en 2023.

- ⇒ *Les améliorations apportées au dispositif d'accompagnement des médecins prescripteurs d'indemnités journalières et le renforcement des actions de prévention de la désinsertion professionnelle devraient permettre de réaliser une économie de 100 millions d'euros.*

3.2.2 Renforcer la pertinence des actes de biologie et des actes techniques

Actes de biologie

L'importance de la maîtrise médicalisée pour garantir l'efficacité des dépenses de biologie médicale a été réaffirmée dans le protocole d'accord entre l'assurance maladie et les représentants des biologistes médicaux pour les années 2020 à 2022. La maîtrise des volumes passe par le développement de référentiels de bonne pratique construits avec la collaboration de la Haute Autorité de Santé. Ce développement doit permettre d'inciter les prescripteurs comme les biologistes médicaux à éviter la réalisation d'exams inutiles et redondants pris en charge par l'assurance maladie, permettant de concourir à la maîtrise des volumes.

La maîtrise médicalisée des actes de biologie médicale doit s'appuyer également sur l'expertise médicale du biologiste. Le cadre législatif qui définit les marges de manœuvre des biologistes pour adapter la prescription médicale a évolué au cours de l'année. Ainsi, le biologiste peut dorénavant réaliser des examens de biologie médicale autres que ceux figurant sur la prescription, ou ne pas réaliser tous les examens qui y figurent sauf avis contraire du prescripteur porté sur l'ordonnance. Auparavant les modifications devaient être proposées au prescripteur. L'expertise médicale du biologiste est ainsi renforcée ce qui permettra de développer les actions de maîtrise médicalisée sur ce champ des dépenses de soins.

Afin de définir le champ des actions de maîtrise médicalisée, un groupe de travail devait être mis en place avec les représentants des médecins prescripteurs (syndicats, CMG, CNP) et les médecins biologistes. La gestion de la crise liée au COVID 19 n'a pas permis l'organisation d'un tel groupe de travail. Ce groupe de travail devait permettre de définir les thèmes retenus pour les actions de maîtrise mais également de co-construire les modalités d'action. En effet, une articulation efficace et transparente entre les prescripteurs et les médecins biologistes doit permettre d'atteindre l'objectif d'une plus grande pertinence des actes de biologie médicale tout en accompagnant le patient pour que celui-ci ne perçoive pas ces actions comme une restriction à l'accès à certaines analyses. L'Assurance Maladie relancera ces travaux et accompagnera cette co-construction en alimentant le groupe de travail de ses analyses et en mettant en œuvre sur le terrain les actions requises à l'appropriation des nouveaux dispositifs par les acteurs concernés par ces actions.

- ⇒ *Ces groupes de travail permettront notamment de documenter les thèmes d'économies à hauteur de 20 millions d'euros comme prévu dans le cadre du protocole 2020-2022. Des actions sur les dosages de ferritine, 86,5 millions d'euros de montant remboursé par l'Assurance Maladie, afin de s'assurer du respect des recommandations (dans 80% des cas un hémogramme est réalisé en même temps alors qu'il devrait être réalisé avant) ou sur le dosage d'hormones thyroïdiennes, et des réflexions sur l'examen cyto bactériologique des urines pourraient notamment être menées.*

Actes techniques

S'assurer que les soins délivrés aux patients sont pertinents, c'est-à-dire nécessaires, adaptés à leurs besoins, conformes aux recommandations, c'est à la fois améliorer la qualité et éviter des dépenses inutiles. Cette problématique concerne potentiellement tous les soins, actes médicaux et chirurgicaux, examens diagnostiques, soins paramédicaux. Dans ce domaine, les démarches d'accompagnement des professionnels sont un levier important pour essayer de promouvoir les meilleures pratiques : les programmes de maîtrise médicalisée incluent des visites auprès des établissements et des professionnels de santé afin de les accompagner vers une amélioration continue de la pertinence des soins. Outre ces actions d'accompagnement, l'Assurance Maladie élabore des outils permettant la diffusion des recommandations médicales (référentiels de bonnes pratiques médicales, profils d'activité, guide d'information pour les patients). L'accent sera mis plus particulièrement dans les mois à venir sur la pertinence des actes techniques. Les actions qui seront engagées permettront d'engager des économies à hauteur de 50 millions d'euros.

Les économies sur les actes de biologie et les actes techniques évoqués supra n'intègrent pas les possibles évolutions tarifaires qui feront l'objet d'échanges avec les professionnels concernés.

3.2.3 Moderniser l'organisation des transports sanitaires

En 2020, les dépenses remboursées de transports de patients ont représenté 4,3 milliards d'euros (tous régimes).

Les transports partagés

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.

En 2019, 3 800 sur 5845 entreprises de transport sanitaire ont réalisé du transport partagé avec 2 ou 3 patients. En moyenne, le transport partagé représente 15% du montant total remboursable des transports en VSL.

Le bilan en 2020 n'est pas significatif en raison de la crise sanitaire et de la limitation des transports partagés à ce titre.

L'avenant 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés signé le 22 décembre 2020 et publié au Journal officiel du 8 mars 2021 a pour ambition de doubler la part de transport partagé, en atteignant 30 % (contre 15% constatée aujourd'hui).

Ce nouvel objectif s'appuie sur un dispositif de bonification ou de pénalisation financière.

Les entreprises parvenant à un taux de transport partagé d'au moins 5% bénéficieront du reversement d'une part des économies supplémentaire réalisées par l'Assurance Maladie, dans les conditions suivantes :

- 25% des économies pour les entreprises dont le taux de transport partagé est compris entre 5 et 10% ;
- 35% des économies pour celles dont le taux est compris entre 10 et 20% ;
- 45% des économies pour celles dont le taux dépasse 20%.

⇒ *La montée en charge des transports partagés à 30% des transports réalisés devrait permettre de générer près de 77 millions d'euros d'économies en 2022 dont 53 millions d'euros pour l'Assurance Maladie après partage des économies avec les entreprises de transports sanitaires. Pour les entreprises réalisant un taux de transport partagé inférieur à 5%, un malus de 5% leur sera appliqué.*

Les autres leviers de régulation

En matière de transports, les contraintes organisationnelles et logistiques sont souvent la source des 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. De même, l'organisation de transports partagés nécessite d'avoir une supervision et un volume de patients suffisant qui n'est pas retrouvé au niveau d'un service hospitalier.

Les plateformes, qu'il s'agisse des plateformes de centralisation des commandes 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 peuvent 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 des commandes.

Le service numérique « Mes remboursements simplifiés » a été développé par la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne, avec le soutien de la Cnam et de la direction interministérielle du numérique et du système d'information et de communication de l'État (Dinsic). Ce service 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. Le service est en cours d'extension sur l'ensemble du territoire national.

⇒ 10 millions d'euros d'économies pourront être réalisés en basculant 0,5 % des trajets en transport assis professionnalisé vers des transports en véhicule personnel.

3.2.4 Agir contre les actes inutiles et les facturations inadaptées

En 2022, l'Assurance Maladie poursuivra ses actions visant à agir contre les actes inutiles et les facturations inadaptées. En particulier, elle généralisera au 3^{ème} trimestre 2021 les travaux menés par plusieurs organismes de son réseau sur la facturation des actes des infirmiers libéraux.

L'objectif est de prévenir les risques d'erreurs de facturation voire de fraude, en accompagnant les professionnels nouvellement installés à l'acquisition des bonnes pratiques en matière de facturation. Le dispositif repose principalement sur des contrôles pédagogiques et préventifs ; il comprend également des actions de contrôle visant à détecter des pratiques de facturation déviantes voire fautives ou frauduleuses. Cela vise en particulier à améliorer la connaissance des infirmiers libéraux qui s'installent sur les règles régissant leurs relations avec l'Assurance maladie (règles sur la facturation, appropriation de la nomenclature générale des actes professionnels, etc.) pour éviter les anomalies et les éventuels indus.

Cette action s'appuie sur deux leviers majeurs :

- La diffusion d'un mémo lors du rendez-vous d'installation mentionnant les règles générales de cotation, facturation et traitement des rejets, télétransmission et PJ, tiers-payant, ADRI, droit de prescription, etc. ;
- La mise en place d'un suivi pédagogique dans les mois suivant le début d'activité sur un échantillon de factures avec un retour gradué vers l'infirmier en fonction du taux d'anomalie.

Cette action sera renforcée par un accompagnement des prescripteurs de soins infirmiers afin de permettre une meilleure dispensation des soins et éviter des difficultés de cotation de la part des infirmiers libéraux.

⇒ En s'appuyant notamment sur cette nouvelle approche, la croissance du poste des paramédicaux en 2021 pourrait être contenue à un niveau inférieur de 80 millions d'euros par rapport à l'évolution tendancielle.

3.2.5 Rénover les dispositifs de demande d'accord préalable

La prise en charge de certains actes ou traitements médicaux nécessite l'accord préalable de l'Assurance Maladie. En concertation avec les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs concernés, l'Assurance Maladie souhaite redéfinir la place, les objectifs et les modalités de ces démarches d'accord préalable. Outil important pour favoriser le juste soin, la demande d'accord préalable doit être orientée vers les sujets à fort enjeu ; elle doit s'intégrer facilement dans la pratique de prescription des professionnels notamment via une dématérialisation et un traitement en temps réel des demandes permettant leur inscription dans un parcours fluide des patients.

⇒ *Economies attendues : 20 millions d'euros*

3.3. Lutter 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 (200 milliards d'euros), le paiement à bon droit des prestations et plus particulièrement la politique de contrôle et de lutte contre la fraude (LCF) constituent en effet un enjeu fondamental.

Depuis 2005, ce sont plus de 2,8 milliards d'euros de fraudes détectées, qui ont été stoppées et sanctionnées.

En 2020, les actions de lutte contre les fraudes portant gravement atteinte à l'Assurance Maladie ont été maintenues tout au long de l'année malgré la crise sanitaire liée au Covid-19. Celle-ci a conduit l'Assurance Maladie à adapter, tout au long de l'année 2020, ses activités de lutte contre la fraude au regard des autres activités prioritaires liées à la gestion de la pandémie et en fonction de la disponibilité des équipes du réseau.

La poursuite des actions initiées avant mars 2020 et le lancement de nouveaux contrôles-contentieux ont donc été fonction des impacts de la crise sur les activités de l'Assurance Maladie : premier confinement de mars à mai, reprise partielle des activités jusqu'à fin août, puis mobilisation du réseau sur le contact-tracing et 2ème confinement au troisième trimestre. Des actions de contrôle contentieux ont été reportées, d'autres – comme la campagne 2020 de contrôle T2A – ont été annulées.

En 2021, la sortie progressive de la crise sanitaire permet une disponibilité plus importante des équipes de lutte contre la fraude. Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a diffusé un nouveau plan national 2021-2022 de lutte contre les fraudes, fautes et abus et prévoit de lancer d'ici la fin 2021 de nouveaux programmes nationaux à visée fraude exclusivement, notamment sur les trafic de médicaments, les centres de santé ophtalmologiques ou la fraude à la LPP.

Ce plan bi-annuel intègre également les actions engagées ou à venir pour lutter contre les fraudes spécifiques en lien avec la situation sanitaire COVID 19. Les priorités de l'Assurance Maladie prennent également en compte les recommandations issues des rapports parlementaires relatifs à la lutte contre la fraude aux prestations sociales, publiés à l'automne 2020 et les chantiers du plan d'actions de lutte contre les fraudes sociales 2021/2022 de la Direction de la Sécurité Sociale.

3.3.1 L'évaluation de la fraude

Mieux identifier l'ampleur de la fraude aux prestations sociales et en chiffrer les pertes financières potentielles sont des enjeux majeurs pour l'Assurance Maladie afin d'orienter le plus efficacement possible ses actions de contrôles-contentieux et être plus efficient dans les moyens mobilisés dans le réseau pour lutter contre la fraude.

Rappel des travaux déjà réalisés par l'Assurance Maladie

Depuis 2018, l'Assurance Maladie a renforcé ses travaux relatifs à l'évaluation de la fraude avec une nouvelle méthodologie de cartographies des risques permettant d'identifier les fautes et fraudes possibles par type de prestation, associées à leur probabilité d'observation.

6 cartographies des risques ont déjà été actualisées et diffusées au réseau des organismes d'Assurance Maladie (établissements T2A, infirmiers, transporteurs sanitaires, masseurs-kinésithérapeutes, CMU-c, indemnités journalières) D'autres cartographies sont en cours d'élaboration ou seront lancées d'ici la fin 2022 : rentes invalidité et ASI, prestataires soins dispositifs médicaux (PSDM), PUMA, rentes AT/MP, EHPAD, centres de santé (ophtalmologiques et dentaires), médecins spécialistes, SSIAD.

L'enjeu d'une évaluation chiffrée de la fraude pour 2021 et 2022

A la suite de la publication en septembre 2020 des rapports parlementaires relatifs aux fraudes sociales puis de la diffusion de la feuille de route interministérielle du 9 décembre 2020 relative à la lutte contre la fraude sociale, l'Assurance Maladie a initié dès la fin 2020 un benchmark auprès des autres organismes européens en charge de l'assurance santé. Ainsi, un webinaire dédié à l'évaluation de la fraude a été organisé le 27 novembre 2020 avec les organismes membres de l'EHFCN (association européenne de lutte contre la fraude). Des échanges plus approfondis ont également eu lieu au printemps 2021 avec les organismes anglais (NHSCFA - National Health Service Count Fraud Authority) et allemands (GKV - Gesetzliche Krankenversicherung).

Tout au long du premier quadrimestre 2021, la Cnam a poursuivi son benchmark auprès des autres caisses nationales du Régime Général, de la Mutualité Sociale Agricole et de Pôle Emploi afin d'échanger sur les méthodologies déjà expérimentées en matière d'évaluation de la fraude. L'Assurance Maladie se fixe donc comme objectif de réaliser une première estimation chiffrée de la fraude sur un certain nombre de risques déjà cartographiés pour septembre 2021 (échéance du plan d'actions interministériel de la lutte contre la fraude sociale).

Pour 2022, l'objectif de l'Assurance Maladie est de procéder à une estimation chiffrée et régulièrement mise à jour de ses risques de fraudes sur un champ plus large, avec une méthodologie affinée. Des travaux complémentaires approfondis sont en cours pour construire une enquête ou réaliser des estimations statistiques à partir des données des contrôles réalisés qui permettent de chiffrer les risques de fraude.

3.3.2 Rénover la politique de contrôle des trafics de médicaments

Avec ce projet, l'ambition de l'Assurance Maladie est de réussir à mobiliser tous les leviers d'actions disponibles pour mieux prévenir et traiter la fraude liée aux trafics de médicaments.

Contexte

Les fraudes de trafics de médicaments sont en constante augmentation en nombre et en montants de préjudices. En effet, entre 2019 et 2020, l'Assurance Maladie a constaté une augmentation de près de 3,4 millions d'euros des préjudices détectés et stoppés dans le cadre d'affaires de trafic de médicaments, vols ou falsifications d'ordonnances et feuilles de soins.

Ces trafics sont fortement concentrés sur certaines régions et de nombreux acteurs (assurés, pharmaciens, médecins, établissements de santé). Il faut noter que les dernières évolutions entraînent un impact sur la quasi-totalité des régions aujourd'hui. De même, les molécules recherchées pour ces trafics sont toujours plus nombreuses, qu'ils s'agissent de médicaments onéreux, de nouveaux médicaments mais également de médicaments anciens et courants.

Cela nécessite de plus en plus de réactivité de la part des organismes de protection sociale afin de pouvoir anticiper, suivre et traiter ces fraudes majeures.

Enjeux financiers actuels

	Préjudices financiers détectés et stoppés (en €)	Nombre de contrôles	Préjudice moyen par dossier contrôlé
Année 2019	4 772 101	692	6 392
Année 2020	8 147 989	778	10 473

En 2020, année de crise sanitaire ayant fortement impacté la disponibilité des équipes LCF dans les organismes, il faut noter la forte augmentation du montant moyen de préjudice financier par contrôle réalisé. Cette évolution témoigne de la forte mobilisation de l'Assurance malade à détecter et sanctionner des fraudes de plus en plus conséquentes.

Les objectifs de ce plan d'actions

Ce chantier est inscrit pleinement dans le projet de rénovation de la GDR dans l'axe « Contrôle et lutte contre les erreurs de facturation, les abus et la fraude ».

Il vise à renforcer l'efficacité de la politique de contrôle LCF de l'Assurance Maladie sur un sujet sensible et à identifier tous les leviers d'actions à mobiliser pour accroître l'efficacité des actions :

- intelligence artificielle et outils innovants de datamining et de big data afin de développer des outils permettant de repérer au plus tôt les atypies dans les bases de données de l'Assurance Maladie ;
- actions de sensibilisation et d'accompagnement des acteurs ;
- e-prescription ;
- renforcement des contrôles et sanctions des fraudes avérées ;
- relations avec les représentants des offreurs de soins et les ordres professionnels ;

- partenariat avec les autres organismes de protection sociale ;
- implication des comités opérationnels départementaux anti-fraude et des groupes opérationnels nationaux anti-fraude, sous l'impulsion de la Mission interministérielle de coordination anti-fraude.

3.3.3 Poursuivre le programme de contrôle de la filière visuelle

La filière des soins visuels (ophtalmologie et orthoptie) représente un enjeu important avec en 2019 plus de 20 millions de patients pour un coût de 1,5 milliards d'euros, en hausse de 3,5% à % par an. Par ailleurs, une montée en charge très rapide des centres de santé est observée en 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.

Pour autant, les dérives vers des comportements abusifs ou pire frauduleux ne peuvent pas être acceptées. Le rapport charges et produits 2021 détaillait déjà les constats qui interrogeaient sur les fonctionnements de certains de ces centres de santé.

L'Assurance Maladie a ainsi lancé deux actions simultanément : un accompagnement des centres de santé et un programme de contrôles de la filière ophtalmologique.

Une campagne de sensibilisation et d'accompagnement des centres de santé ophtalmologique présentant un panier moyen par patient bien plus élevé que la moyenne a été effectuée au printemps 2021. Ce centres ont ainsi reçu un courrier d'alerte de l'Assurance Maladie, pour alerter les professionnels concernés qu'ils ont une pratique décalée par rapport à leurs confrères.

Un programme de contrôles de la filière visuelle a par ailleurs été mis en place avec plusieurs investigations simultanées de centres de santé et médecins ophtalmologistes libéraux implantés sur l'ensemble du territoire.

Ces actions combinent deux types de contrôles : autour des enjeux mis en lumière par le précédent rapport Charges et Produits, notamment avec le sujet d'actes facturés sur plusieurs jours consécutifs pour le même patient (revoyure) ainsi qu'à la recherche d'actes non réalisés et de doubles facturations (fraudes) aussi bien au niveau des centres de santé qu'auprès des ophtalmologistes ou orthoptistes libéraux.

Les contrôles engagés

Au total, **ce sont 22 contrôles qui sont en cours dans 8 régions**, certains ayant débuté fin 2019, d'autre enclenchés plus récemment fin 2020 ou début 2021. D'autres contrôles seront lancés courant 2021.

Les premiers résultats montrent que des suspicions se confirment, notamment pour les contrôles des centres de santé ophtalmologiques. En effet, dans 75% (8/11) des contrôles de centres de santé en cours, des pratiques de facturations anormales sont systématiquement observées et portent sur des montants de remboursements très importants.

Les pratiques de facturation anormales, fortement suspectes pour l'Assurance Maladie :

- double facturation pour un même acte avec une facturation immédiate puis une à distance (parfois plus de 6 mois après) ;
- 4 à 5 actes d'une même séance facturés en plusieurs fois pour éviter une décote ;
- pas d'adaptation des actes aux âges et à la situation médicale de chaque personne (même série d'actes quel que soit l'âge ou la pathologie)
- facturation d'une même série d'actes à tous les membres d'une famille le même jour.

Ces faits doivent être confirmés et avérés avant de pouvoir choisir la voie contentieuse adéquate.

Une nouvelle méthode pour rendre plus efficaces ces contrôles

En octobre 2020, une task-force nationale a été déclenchée pour piloter le lancement d'investigations vis-à-vis d'un réseau de centres ophtalmologiques suspect d'actes frauduleux.

Cette taskforce prend la forme d'une équipe resserrée qui intervient très en amont, dès le repérage d'une suspicion de fraude majeure ou complexe du fait des acteurs en cause (comme en bande organisée par exemple) ou du fait de sa dispersion sur le territoire (plusieurs régions impactées).

Elle combine une équipe nationale et des experts LCF de terrain. Elle inclut systématiquement un fort partenariat avec la police et la justice pour anticiper la coordination des actions contentieuses à mettre en œuvre, indispensable quand il y a plusieurs plaintes pénales en parallèle.

3.3.4 Lutter contre les détournements du modèle des centres de santé

Si les centres de santé permettent de répondre à des objectifs d'accès aux soins, notamment pour les publics précaires, il est constaté ces dernières années, un détournement du modèle par certains gestionnaires notamment s'agissant des centres de santé spécialisés en soins dentaires ou ophtalmologiques.

La LFSS pour 2021 a instauré une mesure de limitation de l'accès au conventionnement à l'accord national pour les centres de santé à l'instar des professionnels de santé libéraux afin d'assurer une cohérence dans les dispositifs de régulation sur un même territoire.

Il apparaît toutefois nécessaire d'aller plus loin pour doter les pouvoirs publics de véritables moyens de régulation.

Il est donc proposé de mettre en place une série de mesures permettant de véritablement contrôler l'installation et le conventionnement des centres de santé, et permettant la mise en œuvre le cas échéant de sanctions conventionnelles financièrement dissuasives.

Il est donc proposé tout d'abord de mettre à nouveau en place un conventionnement explicite des centres de santé. En effet, actuellement, le conventionnement des centres de santé est implicite conformément aux dispositions de l'article L. 162-32-2 du code de la sécurité sociale qui dispose que : « L'accord national, ses annexes, ses avenants et le règlement arbitral sont applicables aux centres de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent pas être régis par ces dispositions ». Il pourrait également être envisagé de revenir à un régime d'autorisation « explicite » par l'ARS. En effet, l'ARS est celle qui intervient en amont du conventionnement et donne l'autorisation d'exercer/donner des soins au travers notamment du récépissé de l'engagement de conformité, document qui n'appelle pas d'examen de fond.

En outre, les centres de santé, qu'ils soient conventionnés ou non avec l'Assurance Maladie, se voient appliquer les tarifs et remboursement des actes aux tarifs opposables conformément aux dispositions de l'article L.162-32-3 du code de la sécurité sociale. Aussi, il est proposé d'appliquer aux centres de santé non adhérents à l'accord national ou déconventionnés suite à une sanction les tarifs d'autorité, comme c'est le cas pour les professionnels libéraux.

Enfin, il est également proposé que le bénéfice de la subvention dite « Teulade » (prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire d'une partie des cotisations pour les salariés du centre de santé) soit réservé aux centres conventionnés.

Par ailleurs, le mécanisme du déconventionnement d'urgence n'est applicable aujourd'hui qu'aux professionnels de santé libéraux, aussi dans le prolongement des mesures citées ci-dessus, il est proposé d'étendre ce mécanisme aux centres de santé (article L.162-15-1 du code de la sécurité sociale).

Propositions pour maîtriser la croissance des dépenses en 2022 et garantir la pérennité du système de santé

Proposition 1 : Promouvoir le bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons auprès des professionnels de santé et des patients

L'Assurance maladie souhaite engager des actions de bon usage aussi bien auprès des professionnels de santé que des patients pour éviter une utilisation injustifiée des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Cette démarche s'articulera autour de quatre messages principaux pour la promotion du bon usage des IPP :

- La prescription systématique d'un IPP en association aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (cas des lésions gastro-duodénales) ne se justifie que dans les situations à risque ;
- L'intérêt de prescrire au-delà de quatre semaines, dans le reflux gastro-oesophagien (RGO), doit être réévalué au cas par cas (recherche des effets indésirables et interactions médicamenteuses) ;
- La prescription d'un IPP ne doit être envisagée que face à des symptômes évocateurs d'un RGO et en complément des mesures hygiéno-diététiques (durée initiale maximale de 4 semaines) ;
- Enfin, chez la personne âgée de 65 ans ou plus notamment, lors de l'initiation des IPP, l'indication doit être vérifiée et être systématiquement réévaluée lors du renouvellement d'ordonnance. La posologie des IPP ne doit pas dépasser celle prévue par l'*autorisation de mise sur le marché*. Les IPP étant fréquemment débutés de façon inappropriée et rarement déprescrits, leur utilisation au long terme contribue à la polymédication et au risque iatrogène.

Proposition 2 : Promouvoir le bon usage du paracétamol

L'usage du paracétamol se banalise alors qu'il constitue la première cause de greffe hépatique d'origine médicamenteuse en cas de surdosage. Les actions sur le paracétamol, conçue en accord avec l'ANSM et qui concerne les patients de plus de 18 ans, sont donc particulièrement pertinentes. Les messages clés porteront donc sur les doses à respecter, sur le non renouvellement systématique de la prescription de paracétamol et sur la veille attentive à exercer afin que le patient ne cumule pas les prises. Ces actions pourront pleinement se déployer dès lors que nous serons sortis de la crise Covid.

Proposition 3 : Améliorer le diagnostic de la dépression et sa prise en charge chez les personnes de plus de 75 ans

Compte-tenu de l'utilisation souvent inappropriée des psychotropes chez les sujets âgés et notamment des antidépresseurs, il est nécessaire de poursuivre la campagne prévue pour les médecins suivant les patients âgés de 65-75 ans et présentée dans le précédent rapport Charges et Produits en l'étendant à ceux traitant les plus de 75 ans.

Cette action comportera un focus important sur la iatrogénie :

- Faciliter lors du diagnostic la distinction entre les différents types d'épisodes dépressifs caractérisés (léger, modéré et sévère) ;
- Optimiser le traitement médicamenteux et non médicamenteux et veiller à la réévaluation régulière du traitement chez le sujet polymédiqué ;
- Améliorer l'adhésion du patient au traitement en le sensibilisant à sa maladie et en prescrivant (s'il y a lieu) un antidépresseur ayant le moins d'effets indésirables possibles ;

En outre, dans le cadre de la reprise des négociations sur l'avenant n° 9 médecin, l'Assurance maladie souhaite favoriser le développement des visites gériatriques des médecins libéraux afin de renforcer la continuité des soins à domicile des personnes âgées. Ces visites pourront constituer un levier pour cette action.

Proposition 4 : Favoriser le respect des recommandations et l'utilisation efficiente des traitements médicamenteux pour la population atteinte de polyarthrite rhumatoïde

Mettre en place une action d'accompagnement des professionnels de santé pour s'assurer du respect des lignes de traitements dans le cadre de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde.

Promouvoir la diffusion des biosimilaires en ville dans le cadre de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde.

Proposition 5 : Réintroduire une disposition permettant la substitution des médicaments

biosimilaires en officines, en initiation de traitement, hors traitements chroniques

Pour stimuler plus rapidement le développement de ces médicaments et ainsi atteindre les objectifs ambitieux fixés par le Ministère de 80% de taux de pénétration des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence d'ici 2022, il est nécessaire de permettre la substitution des médicaments biosimilaires aux pharmaciens d'officine. Cette possibilité qui avait été introduite dans le code de la santé publique par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 avait ensuite été supprimée par la LFSS pour 2020.

Pour tenir compte des objections et des réticences formulées sur le sujet et pour faciliter son acceptation par les patients, il est proposé de permettre aux pharmaciens d'officine de substituer des médicaments biosimilaires dans des conditions restreintes : uniquement dans le cadre d'un primo-traitement et hors traitement chronique. Il est proposé de renvoyer à une décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé le soin de fixer la liste des groupes biologiques similaires au sein desquels la substitution serait autorisée.

En outre, dans le cadre de la reprise des négociations sur l'avenant n° 9 médecin, l'Assurance maladie souhaite proposer un dispositif d'intéressement des prescripteurs libéraux à la prescription de biosimilaires.

Proposition 6 : Promouvoir le bon usage des médicaments anticancéreux inhibiteurs des CDK 4 et 6

- Saisir la HAS sur la définition de la population cible pour l'utilisation des inhibiteurs des CDK 4 et 6 ;
- Créer ensuite une campagne pour s'assurer du respect des indications remboursables.

Proposition 7 : Déployer une nouvelle méthodologie d'accompagnement à l'installation des infirmiers libéraux pour améliorer la pertinence de la facturation.

L'objectif est de prévenir les risques d'erreurs de facturation voire de fraude, en accompagnant les professionnels nouvellement installés à l'acquisition des bonnes pratiques en matière de facturation. Le dispositif repose principalement sur des contrôles pédagogiques et préventifs ; il comprend également des actions de contrôle visant à détecter des pratiques de facturation déviantes voire fautives ou frauduleuses. Cela vise en particulier à améliorer la connaissance des infirmiers libéraux qui s'installent sur les règles régissant leurs relations avec l'Assurance maladie (règles sur la facturation, appropriation de la nomenclature générale des actes professionnels, etc.) pour éviter les anomalies et les éventuels indus.

Proposition 8 : Refondre les dispositifs d'accord préalable

La prise en charge de certains actes ou traitements médicaux nécessite l'accord préalable de l'Assurance Maladie. En concertation avec les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs concernés, l'Assurance maladie souhaite redéfinir la place, les objectifs et les modalités de ces dispositifs d'accord préalable. Outil important pour favoriser le juste soin, la demande d'accord préalable doit être orientée vers les sujets à fort enjeux ; elle doit s'intégrer facilement dans la pratique de prescription des professionnels notamment via une dématérialisation et un traitement en temps réel des demandes permettant leur inscription dans un parcours fluide des patients.

Proposition 9 : Mieux identifier l'ampleur des fraudes

Mieux identifier l'ampleur de la fraude aux prestations sociales et en chiffrer les pertes financières potentielles sont des enjeux majeurs pour l'Assurance Maladie afin d'orienter le plus efficacement possible ses actions de contrôles-contentieux et être plus efficient dans les moyens mobilisés dans le réseau pour lutter contre la fraude. Depuis 2018, l'Assurance maladie a renforcé ses travaux relatifs à l'évaluation de la fraude avec une nouvelle méthodologie de cartographies des risques permettant d'identifier les fautes et fraudes possibles par type de prestation, associées à leur probabilité d'observation. De premières évaluations chiffrées seront réalisées d'ici septembre 2021 et pour 2022, l'objectif de l'Assurance maladie est de procéder à une estimation chiffrée et régulièrement mise à jour de ses risques de fraudes sur un champ plus large, avec une méthodologie affinée.

Proposition 10 : Rénover la politique de contrôle des trafics de médicaments

Les fraudes de trafics de médicaments sont en constante augmentation en nombre et en montants de préjudices.

En effet, entre 2019 et 2020, l'Assurance maladie a constaté une augmentation de près de 3,4 millions d'euros des préjudices détectés et stoppés dans le cadre d'affaires de trafic de médicaments, vols ou falsifications d'ordonnances et feuilles de soins. Dans ce contexte, l'Assurance souhaite rénover ses actions de contrôle en la matière, en activant différents leviers :

- Intelligence artificielle et outils innovants de datamining et de big-data afin de développer des outils permettant de repérer au plus tôt les atypies dans les bases de données de l'Assurance maladie ;
- Actions de sensibilisation et d'accompagnement des acteurs ;
- E-prescription ;
- Renforcement des contrôles et sanctions des fraudes avérées ;
- Relations avec les représentants des offreurs de soins et les ordres professionnels ;
- Partenariat avec les autres organismes de protection sociale ;
- Implication des comités opérationnels départementaux anti-fraude et des groupes opérationnels nationaux anti-fraude, sous l'impulsion de la Mission interministérielle de coordination anti-fraude.

Proposition 11 : Lutter contre les détournements du modèle des centres de santé

Si les centres de santé permettent de répondre à des objectifs d'accès aux soins, notamment pour les publics précaires, il est constaté ces dernières années, un détournement du modèle par certains gestionnaires notamment s'agissant des centres de santé spécialisés en soins dentaires ou ophtalmologiques.

La LFSS pour 2021 a instauré une mesure de limitation de l'accès au conventionnement à l'accord national pour les centres de santé à l'instar des professionnels de santé libéraux afin d'assurer une cohérence dans les dispositifs de régulation sur un même territoire.

Il apparaît toutefois nécessaire d'aller plus loin pour doter les pouvoirs publics de véritables moyens de régulation.

Il est donc proposé de mettre en place une série de mesures permettant de véritablement contrôler l'installation et le conventionnement des centres de santé, et permettant la mise en œuvre le cas échéant de sanctions conventionnelles financièrement dissuasives.

Partie 3 – Propositions complémentaires pour accroître la qualité et l'efficacité du système de soins à court et moyen terme

1. L'approche par pathologie de la gestion du risque : les maladies cardio-neurovasculaires

1.1. Les maladies cardio-neurovasculaires, un candidat idéal pour une approche par pathologie de la gestion du risque

1.1.1 Un enjeu de santé publique qui, après des décennies d'amélioration, fait l'objet d'un net ralentissement des gains d'espérance de vie

Les maladies cardio-neurovasculaires (CNV) sont l'une des principales causes de maladie et de décès dans le monde. Nombre de ces décès sont cependant évitables. On a ainsi assisté à des progrès majeurs en termes de mortalité cardiovasculaire, qui a chuté de 60 % dans les pays de l'OCDE sur les 50 dernières années (1,2). La France a même enregistré une baisse de 70 % de la mortalité par infarctus du myocarde entre 1975 et 2010 (3). Ces évolutions ont mécaniquement conduit à des gains conséquents d'espérance de vie qui a atteint des niveaux historiques.

Ces gains sont pour l'essentiel attribuables à une combinaison de progrès majeurs en termes de prévention et de prise en charge des malades, permettant à la fois de réduire l'incidence de facteurs et de comportements à risque, un dépistage et une prise en charge plus précoce et des traitements plus efficaces, notamment dans la prise en charge des formes aiguës.

Les maladies CNV n'en ont pas pour autant disparu, ni n'ont été éradiquées. On a assisté à une modification profonde de leur profil et de leur poids dans la santé de la population dans le sens d'une chronicisation et d'une complexification des situations cliniques. Le gain de santé publique se traduisant par un défi d'organisation et de financement du système de santé. Les maladies CNV sont en ce sens un cas d'école de la transition épidémiologique et des difficultés qu'elle cause pour les systèmes de santé.

Si d'importants progrès ont été réalisés jusqu'en 2010, on assiste depuis lors dans la plupart des pays de l'OCDE à une stagnation, voire un ralentissement des gains d'espérance de vie, comme en France, où l'espérance de vie a progressé de 26 mois entre 2002 et 2007 et de seulement de 6 mois entre 2012 et 2017 (4). Il apparaît clairement que le ralentissement des gains sur la santé cardiovasculaire explique une partie importante de cette stagnation.

Cela traduit une modification des facteurs de risque et de leur distribution dans la population, qui sont autant d'enjeux pour les politiques et actions de l'Assurance maladie dans le domaine. Trois éléments peuvent être mis en avant pour expliquer cette évolution, selon les travaux de l'OCDE (5) :

- L'exposition à des facteurs de risque cardiovasculaire, comme le tabagisme, a considérablement augmenté chez les femmes, se traduisant par une augmentation progressive et continue de la mortalité cardiovasculaire (et également par cancer) dans cette population (3). S'agissant de maladies qui ont longtemps été pensées et prises en charge comme caractéristiques de la population masculine, il s'agit d'un défi d'ampleur pour notre système de santé,
- L'émergence de nouveaux facteurs ou situations à risque comme l'obésité et le diabète viennent contrebalancer, voire pour certains pays annuler les gains réalisés sur la lutte contre le tabagisme. L'augmentation très importante de la prévalence de ces affections dans la population française appelle une réponse à la hauteur de ces enjeux.
- Enfin, les inégalités sociales de santé jouent un rôle central dans la progression des maladies cardiovasculaires, les facteurs de risque pesant d'un poids plus important chez les plus défavorisés, alors même que les actions de prévention ont tendance à être plus efficace chez les plus favorisés, creusant ainsi davantage les inégalités.

1.1.2 Un poids majeur pour le système de santé français et un enjeu de taille pour l'Assurance maladie

En 2019, la cartographie médicalisée recensait plus de 5,1 M d'assurés porteurs d'au moins une pathologie cardio-neurovasculaire, soit près de 8 % de la population française. Les dépenses consacrées à ces pathologies

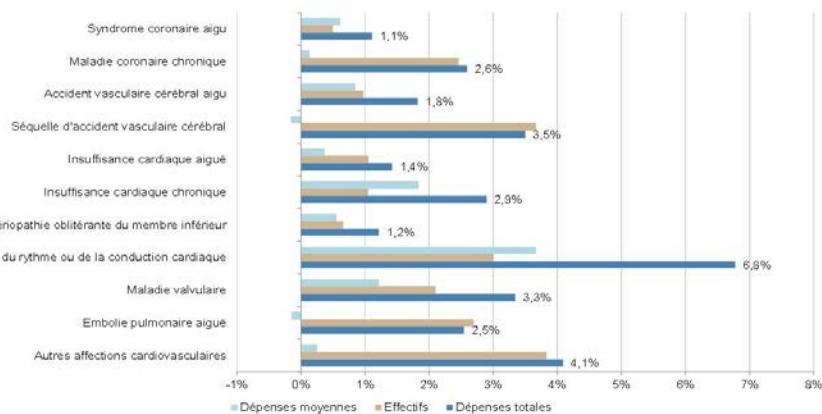
sont estimées à 17,9 Mds d'euros soit près de 10 % de l'ensemble des dépenses ventilées dans la cartographie. A cet ensemble s'ajoute le groupe « traitement du risque vasculaire » qui recense des assurés à qui sont délivrés des traitements préventifs cardiovasculaires (essentiellement statines et antihypertenseurs) - mais qui n'ont pas de marqueurs de pathologie - et qui représentait en 2019 près de 8,5 M d'assurés pour une dépense totale de 5,6 Mds d'€.

Les dépenses pour les maladies cardio-neurovasculaires ont augmenté de manière continue entre 2015 et 2019, à un rythme moyen de 3,0 % par année, pour un total cumulé de +1,9 Mds d'euros. La quasi-totalité de cette croissance est due à une augmentation des effectifs de patients (+2,5 % par an en moyenne), la dépense moyenne par patient augmentant de manière très modérée (+0,5 % par an). En 4 ans, ce sont près de 480 000 patients supplémentaires qui ont été recensés dans la cartographie. Trois facteurs peuvent expliquer cette croissance des effectifs : le vieillissement de la population, l'augmentation du risque dans la population et, dans une moindre mesure, l'amélioration de la survie des patients. Les projections réalisées par la CNAM dans le précédent rapport charges et produits montrent que la croissance de ces effectifs est appelée à continuer dans les années à venir sous un double effet démographique et épidémiologique et ainsi entraîner, toutes choses égales par ailleurs, une augmentation des dépenses en conséquence.

Les maladies cardio-neurovasculaires sont par ailleurs l'une des principales causes de décès et d'années de vie perdues en France. Responsables de près d'un décès sur quatre en 2016 (plus de 140 000 décès), elles ont occasionné plus d'1,2 millions d'années de vie perdues cette année-là soit 18 % du total des causes de décès, dont 54 % chez les hommes. Cardiopathies ischémiques et accidents cérébrovasculaires sont au premier rang de ces causes. En ce qui concerne les cardiopathies ischémiques, elles sont responsables de deux fois plus d'années de vie perdues chez l'homme que chez la femme. Ceci tient d'abord à la plus forte prévalence chez l'homme mais aussi à la survenue plus tardive en moyenne des décès pour cette cause chez les femmes.

Au sein des maladies CNV, on trouve en effet plusieurs pathologies différentes : maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), accidents vasculaires cérébraux (AVC), insuffisance cardiaque, artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), troubles du rythme ou de la conduction, maladies valvulaires, embolie pulmonaire et autres affections cardiovasculaires.

Figure 46 : Evolution moyennes annuelles des effectifs de patients, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales pour les maladies cardio-neurovasculaires entre 2015 et 2019



Source : cartographie, tous régimes, France entière

Ces affections évoluent sur le long terme en mode chronique, ponctué de périodes d'exacerbation, ou de décompensation. La cartographie distingue ainsi les formes aiguës et chroniques de ces maladies. Les maladies CNV chroniques constituent l'essentiel des effectifs et des dépenses : 4,9 M d'assurés et 13,5 Mds€ contre 454 000 patients et 4,4 Mds€ en 2019 pour les maladies CNV aiguës. Ces dernières génèrent cependant une dépense moyenne 3,5 fois plus élevée que les MCNV chroniques (9701 € vs 2716€ par patient), du fait principalement du recours d'hospitalisations pour les épisodes aigus (dépenses hospitalières 7,5 fois plus importantes alors que les dépenses de ville sont comparables) (Figure 46).

Qu'elles soient aiguës ou chroniques, les maladies CNV sont fréquemment associées entre elles ou à d'autres pathologies de la cartographie chez un même patient. Près de 40 % des patients en insuffisance cardiaque chronique dans la cartographie en 2018 ont au moins une autre maladie CNV et près du tiers a également un diabète. Ces situations sont d'autant plus fréquentes que les traitements efficaces et un accès large en population ont considérablement amélioré l'espérance de vie des personnes atteintes sur les dernières décennies, créant *de facto* des situations de polyopathologies au long cours.

Les maladies CNV sont des maladies accessibles à la prévention et partagent un certain nombre de facteurs de risque communs, comme la consommation de tabac, le déficit d'activité physique et le régime alimentaire. La plupart de ces facteurs sont comportementaux et donc modifiables. Plusieurs de ces facteurs sont partagés avec d'autres maladies, en particulier certains cancers, renforçant la place de la prévention comme enjeu prioritaire des actions de santé publique en la matière.

1.2. Une approche cohérente par pathologie de la gestion du risque pour viser et obtenir des résultats à grande échelle

1.2.1 Les exemples probants à l'étranger

L'ensemble des éléments exposés plus haut atteste de l'ampleur du défi représenté par les maladies CNV et leurs évolutions récentes. Aucune action ne peut isolément y répondre. Les maladies CNV constituent un enjeu de santé publique dans la plupart des pays, en particulier en Europe et en Amérique du Nord, faisant l'objet de nombreuses actions et politiques destinées à les prendre en charge. Il existe ainsi plusieurs exemples de politiques ayant montré des résultats probants en la matière.

Deux démarches illustrent de manière pertinente l'intérêt et la faisabilité de telles approches : l'une menée au Royaume-Uni entre 2000 et 2010, le *national service framework for coronary heart disease* –NSF-CHD - (6) et l'autre aux USA entre 2012 et 2016 par Medicare et le CDC, la *million heart initiative* – MHI - (7).

Les deux démarches traduisent une approche de santé publique sur les maladies CNV, qui se traduit par des objectifs explicites en termes de mortalité, morbidité et d'amélioration des prises en charge, ainsi que par un engagement d'emblée dans la durée. Elles abordent la question de la santé cardiovasculaire de manière globale, les objectifs généraux constituant un cadre dans lequel des actions plus ciblées sur des pathologies ou des processus de soins viennent s'inscrire. La MHI visait ainsi à éviter la survenue d'un million d'événements cardiovasculaires sur 5 ans, principalement des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux.

Une vision globale implique le recours à des actions mobilisant de nombreux leviers complémentaires balayant les différentes dimensions de la problématique. L'association de mesures de prévention à des actions d'amélioration de la prise en charge est une caractéristique importante des programmes de santé cardiovasculaire. Le NSF-CHD est ainsi organisé autour de 12 « standards de soins » regroupés en 7 groupes, allant de la prévention en population générale à la réhabilitation cardiaque. La million heart initiative organise ses actions selon en deux grands objectifs, déclinés chacun en actions plus précises : Maintenir les gens en bonne santé (*keeping people healthy*) et optimiser la prise en charge (*optimizing care*). Les outils numériques - comme les dossiers patients électroniques – occupent une place importante en tant que support et outil des actions de la MHI. Les deux démarches mettent en avant la nécessité de revoir l'organisation des soins, à travers les protocoles et parcours de soins pour le NSF-CHD, à travers l'innovation dans la façon dont les soins sont délivrés pour la MHI.

L'une des caractéristiques notable de ces deux programmes est qu'ils visent à entraîner des changements de comportement à grande échelle, plutôt que de constituer un plan d'action précis relevant d'un seul acteur. Un travail partenarial avec les professionnels de santé et les patients est donc indispensable à leur mise en œuvre. La MHI mobilise ainsi de nombreux partenaires institutionnels et s'appuie également sur des professionnels et des patients pour relayer la démarche ou s'en faire les « champions ».

Qu'il s'agisse du NSF-CHD ou de la MHI, les programmes ont fait l'objet de plusieurs évaluations au cours de leur mise en œuvre. Ces évaluations montrent que les programmes ont eu un impact mesurable sur plusieurs des dimensions évaluées, sans pour autant atteindre tous leurs objectifs. La mise en œuvre du NSF-CHD s'est accompagnée d'une baisse plus rapide qu'anticipée de la mortalité par maladies coronaires chez les moins de 75 ans (-44% entre le milieu des années 1990 et le milieu des années 2010) ainsi que d'une réduction des inégalités de plus de 38 % sur cet indicateur (8). La MHI n'a pas atteint son objectif éponyme et affiche « seulement » 500 000 événements évités (7,9). Si on ne peut imputer la totalité des résultats observés au seul effet de ces programmes, qu'ils soient favorables ou défavorables, le fait qu'ils aient eu un impact mesurable, même partiel, n'est pas discutable (10). Cet effet a pu être contrebalancé par des facteurs exogènes ou extérieurs au programme. Par exemple, une partie de la non atteinte des objectifs pour la MHI pouvant s'expliquer par des facteurs de risque évoluant de manière plus défavorable que prévu notamment dans certaines sous-populations plus défavorisées (9). De fait, certaines évolutions de ce programme visent à le faire évoluer pour tenir compte de ces limites de façon à pouvoir les dépasser (11)

Ces deux programmes ne sont pas les seuls qui aient été ou soient menés dans le domaine des maladies CNV, ils ne sont pas non plus des exemples qu'il faut absolument suivre en tous points. Ils présentent cependant des caractéristiques intéressantes qu'il est utile de considérer et de prendre en compte, les évaluations et l'impact de ces programmes n'étant pas la moindre de ces caractéristiques.

1.2.2 Les contours d'une approche pathologie pour l'Assurance Maladie

L'approche pathologie de la gestion du risque sur les maladies cardio-neurovasculaires vise à inscrire les actions de l'Assurance maladie dans une perspective d'ensemble cohérente pluriannuelle, fondée sur une approche de santé publique et visant explicitement des objectifs en termes de santé publique, de prise en charge des patients et économiques.

Il s'agit de mobiliser de manière cohérente l'ensemble des leviers pertinents à l'atteinte de ces objectifs qu'il s'agisse de bonnes pratiques médicales, de nouvelles organisations, d'outils numériques, de modalité de financement ou encore de production de connaissance. L'association de l'ensemble des acteurs pertinents, patients, aidants, professionnels, institutionnels en est une condition fondamentale, non seulement à leur conception mais aussi et surtout à leur mise en œuvre.

Il faut également concevoir des actions susceptibles d'atteindre une population très nombreuse (5 millions de personnes ayant une maladie CNV ; 8,5 bénéficiant d'un traitement de prévention du risque vasculaire ; plusieurs millions d'autres personnes susceptibles d'être l'objet d'actions de prévention). Le dispositif dont on dessine ainsi les contours ne peut donc se concevoir que comme une entreprise à grande échelle.

Enfin, l'expression d'objectifs clairs, ambitieux et évaluables permet de renforcer la cohérence d'ensemble de la démarche et de l'inscrire dans une logique opérationnelle forte. Qu'il s'agisse d'objectifs sanitaires, de qualité des soins ou encore économiques. Ce cadre a vocation à s'enrichir au fil de temps d'actions nouvelles et des évaluations des actions terminées ou en cours.

Une approche autour de trois grands objectifs

Les actions déployées dans le cadre de cette approche pathologie ont ainsi les objectifs suivants :

- Améliorer l'état de santé de la population en contribuant à limiter l'incidence des maladies CNV de manière mesurable à travers des actions de prévention;
- Améliorer la qualité des soins prodigués aux patients souffrant de ces pathologies, notamment en améliorant le dépistage et le diagnostic précoce, le suivi au long cours et en réduisant la survenue des épisodes aigus ;
- Améliorer ainsi la pertinence et l'efficacité des prises en charge des patients concernés en assurant que l'organisation du système et ses modes de financement soit en soutien de ces objectifs.

Un défaut d'action structurée dans le domaine serait de nature à laisser le cours naturel des choses se poursuivre et on pourrait s'attendre à ce que les tendances observées jusqu'ici dans la cartographie se poursuivent, jusqu'à compter chaque année 160 000 patients porteurs de pathologies CNV supplémentaires avec pour corollaire des dépenses supplémentaires de 400 à 600 M€ consacrées à ces pathologies. A défaut d'objectif précis, cela constitue un intérêt à agir suffisant à court terme.

Des objectifs plus précis par pathologie seront construits et présentés dans les prochains rapports. Il faut tout de même rappeler que ce sont les événements de santé qui constituent le fait générateur d'une dépense de santé et que les seuls gains durables dans le domaine des dépenses sont ceux qui sont obtenus par une amélioration durable de l'état de santé appréciée à l'échelle de la population.

Un premier exemple chiffré de cette démarche est illustré plus loin dans cette partie au sujet de l'insuffisance cardiaque.

Un ensemble d'actions mobilisable, d'autres à développer

Les actions susceptibles de permettre l'atteinte des objectifs mobilise quatre grands leviers, dont

- La prévention : en jouant sur les facteurs de risque communs et en ciblant les sous-populations à risque (12)
- La réduction des coûts des épisodes de soins lorsqu'ils se produisent en favorisant la coordination des acteurs de soins du secteur de ville et des établissements, avec des circuits de prise en charge rapide et adaptée
- La réduction de la fréquence, voire de la sévérité, des épisodes de décompensation aiguë des pathologies chroniques considérées, en optimisant le suivi des patients et en adoptant une approche intégrée des parcours de soins pour ces pathologies
- Le développement des outils statistiques de description, de pilotage et d'évaluation de la problématique

L'Assurance maladie a, de longue date, déployé des actions concernant la prise en charge des maladies cardio-vasculaires dans le cadre de ses actions de maîtrise médicalisée et de gestion du risque (Tableau 6). La diversité des actions déployées, conjuguées à l'enjeu sanitaire et économique font des pathologies cardio-vasculaires un candidat idéal à la construction d'une approche intégrée par pathologie.

Tableau 6 : Actions relatives à la prise en charge des facteurs de risque vasculaires et des maladies cardio-neurovasculaires

Leviers mobilisés	Prévention primaire, secondaire ou tertiaire	Accompagnement des parcours de soins de pathologies chroniques	Contribution à la structuration et à l'organisation de l'offre de soins	Pilotage, analyse et statistiques, diffusion des travaux
Acteurs ciblés	<p>Personnes exposées aux facteurs de risque</p> <p>Patients atteints de pathologies cardio-neurovasculaires ou de comorbidités augmentant le risque d'évènement cardiovasculaire</p> <p>Professionnels de santé</p>	<p>Patients atteints de pathologies cardio-neurovasculaires ou de comorbidités augmentant le risque d'évènement cardiovasculaire</p> <p>Professionnels de santé</p>	<p>Régulateurs et décideurs à l'échelle nationale ou locale</p> <p>Professionnels de santé</p> <p>Nouveaux métiers liés à l'organisation des soins</p> <p>Patients atteints de pathologies cardio-neurovasculaires ou de comorbidités augmentant le risque d'évènement cardiovasculaire</p>	<p>Régulateurs et décideurs à l'échelle nationale ou locale</p> <p>Partenaires locaux sur le territoire</p> <p>Communauté scientifique</p> <p>Professionnels de santé</p>
Actions AM	<ul style="list-style-type: none"> - Stop tabac - Evaluation des traitements nicotiques de substitution - Expérimentation « Dites non au diabète » - Evaluation de l'éducation thérapeutique cardiovasculaire dans les centres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance cardiaque <ul style="list-style-type: none"> . optimisation du parcours (cf tableau XX) . Prado IC . Prado pers. âgées . Indicateurs ROSP . indicateurs CAQES - Maladie coronaire stable <ul style="list-style-type: none"> . Optimisation du parcours (actions de sensibilisation, information, accompagnement) . Prado pers. âgées - Hypertension artérielle <ul style="list-style-type: none"> . PPA . Campagne anti-HTA centraux . Campagne iatrogénie - AVC : <ul style="list-style-type: none"> . Prado AVC 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérimentations d'organisations ou de modes de financement innovants (Art 51) visant à favoriser la coordination des soins <ul style="list-style-type: none"> . prévention (santé cardiovasculaire des femmes...) . Cellules d'expertise cardiologique IC . Alternative au SSR établissement pour les maladies cardiovasculaires . Télémédecine pour les maladies cardiovasculaires - Expérimentations ETAPES (remboursement Télésurveillance, IC,...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des expériences internationales <ul style="list-style-type: none"> . Revues de la littérature scientifique et benchmark des interventions de prévention du risque cardiovasculaire - Etudes sur les données de santé <ul style="list-style-type: none"> . Mortalité à 30 jours post IDM (indicateurs OCDE) . Parcours insuffisance cardiaque post hospitalisation (indicateurs OCDE) . Persistance des traitements antihypertenseurs . Remplacement valvulaire et TAVI . Sur-risque cardiovasculaire parmi patients atteints de pathologies psychiatriques - Outils de pilotage et d'analyse <ul style="list-style-type: none"> . Cartographie des pathologies <ul style="list-style-type: none"> . profils individuels PS . profils établissements . outils de diagnostic territorial et de suivi des actions (ex : CPTS, MSP)

1.3. Illustration de la démarche de rénovation de la gestion du risque : l'exemple de l'insuffisance cardiaque

1.3.1 Un syndrome clinique qui résume l'ensemble des leviers mobilisables

L'insuffisance cardiaque (IC) est le reflet des difficultés du cœur à maintenir un débit adapté aux besoins de l'organisme - à la suite d'une atteinte myocardique (ischémique, toxique, inflammatoire, métabolique,...) ou d'un trouble du rythme ou de la conduction - ou d'une augmentation importante de la pression intracardiaque, conséquence d'une hypertension artérielle, de maladies valvulaires, d'atteintes péricardiques ou d'autres anomalies fonctionnelles.

Cet état survient le plus souvent chez des personnes âgées, atteintes d'autres pathologies et se caractérise par des épisodes de décompensation aiguë de la fonction cardiaque, nécessitant une prise en charge rapide et adaptée. La stratégie de prise en charge optimale est complexe et repose sur la nécessité d'un suivi régulier, multidisciplinaire et coordonné pour ces patients.

On peut définir schématiquement les grandes étapes du parcours des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, chaque étape correspondant à des besoins de prise en charge et des leviers d'action mobilisables spécifiques. La place de la prévention est centrale tout au long de la trajectoire de soins et concerne chacune de ces étapes.

- 1) Le diagnostic et la prise en charge des pathologies cardiovasculaires susceptibles d'évoluer vers l'IC, comme les coronaropathies, l'hypertension artérielle et les maladies valvulaires, permet de prévenir la survenue et limiter l'incidence de l'IC.
- 2) La prise en charge des épisodes de décompensation aiguë de l'IC et la préparation de la transition vers la prise en charge d'aval, que cet épisode soit inaugural ou qu'il survienne chez une personne avec un diagnostic d'IC connu, constitue la phase hospitalière de la prise en charge.
- 3) Pour les personnes suivies pour IC, l'organisation du suivi pluri-professionnel en ville et l'optimisation de la stratégie thérapeutique permettent de prévenir les décompensations itératives et de maintenir la qualité et l'espérance de vie de ces patients. Il est important de noter que le pronostic de l'IC dépend de la prise en charge de l'ensemble des pathologies de ces patients (certaines comorbidités comme le diabète, la BPCO ou les troubles du rythme étant des facteurs de mauvais pronostic), qui doivent être intégrées dans cette stratégie de prise en charge globale.

L'ultime étape s'attache à la prise en charge palliative des patients en fin de vie, lorsque la pathologie atteint un stade trop avancé.

Le parcours de soins des patients insuffisants cardiaques, balisé par des recommandations de bonnes pratiques s'appuyant sur les travaux des sociétés savantes françaises et européennes, couvre l'ensemble de ces étapes. Il doit permettre de garantir aux patients une sécurité clinique et biologique, avec comme objectifs la prévention des complications de la pathologie, le maintien d'une qualité de vie satisfaisante et la réduction de la mortalité. L'impact péjoratif sur l'espérance de vie des patients insuffisants cardiaques des épisodes de décompensation aiguë, des hospitalisations itératives et d'un traitement médicamenteux sous-optimal, fait l'objet d'un consensus scientifique³² (13). Nombre d'études observationnelles ou comparatives ont cependant mis en évidence l'existence de « points de rupture », situations à risque médical avéré et potentiellement sévère, émaillant la trajectoire de soins (14).

³² La diminution de la mortalité et de la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque était inscrite parmi les objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004. Cet objectif n'a été que partiellement atteint, avec une baisse importante de la mortalité mais une augmentation du taux annuel de réhospitalisation pour IC de ces patients.

1.3.2 L'analyse des dépenses de santé selon les caractéristiques des parcours : une approche à développer

Objectiver le poids sanitaire et économique de l'insuffisance cardiaque à partir des données de la Cartographie

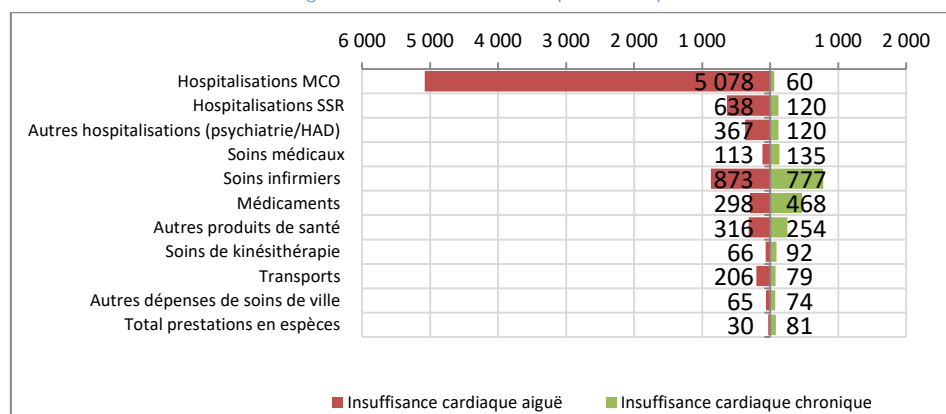
Insuffisance cardiaque aiguë et chronique, deux situations différentes

L'analyse des dépenses de prise en charge s'appuie sur la Cartographie médicalisée des dépenses. Les algorithmes médicaux permettent de repérer les personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque dans l'année, en distinguant celles qui ont eu au moins un séjour hospitalier pour IC dans l'année (IC aiguë) de celles avec un diagnostic d'IC connu mais sans prise en charge hospitalière pour IC dans l'année (IC chronique)³³. Cette distinction entre IC aiguë et IC chronique permet d'identifier deux groupes de patients à des moments différents de leur parcours, avec, tel que décrit précédemment : d'un côté, les épisodes de décompensation aiguë de la pathologie, nécessitant une prise en charge hospitalière plus ou moins lourde et, de l'autre, la prise en charge en ville nécessitant un suivi régulier et coordonné, afin de prévenir les décompensations aiguës itératives et de préserver la qualité de vie et réduire le risque de mortalité.

Entre 2015 et 2019, le nombre de personnes prises en charge pour une insuffisance cardiaque est passé de 825 600 (dont 189 700 pour IC aiguë et 635 900 pour IC chronique) à 860 700 (197 900 et 662 900, respectivement 23% et 77%), soit une augmentation de +4,3% sur la période et de +1,05% par an en moyenne. Les dépenses affectées à l'insuffisance cardiaque sont passées de 2,84 milliards en 2015 à 3,09 milliards en 2019 (1,59 pour l'IC aiguë et 1,50 pour l'IC chronique), soit une augmentation de +8,8% sur la période et de +2,1% par an en moyenne. Ainsi, en 2019, les personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque représentent environ 1,30 % des effectifs et 1,85 % des dépenses remboursées par l'Assurance maladie.

La dépense annuelle moyenne en 2019 est d'environ 8 000 euros pour les personnes avec IC aiguë, dont 76% de dépenses hospitalières (6 100 €) et 24% de dépenses de soins de ville (€1 900), contre environ 2 300 euros pour les personnes avec IC chronique, dont 13% de dépenses hospitalières (€300), 83% de dépenses de soins de ville (€1 900) et 4% de prestations en espèces (Figure 47).

Figure 47 2. Structure des dépenses moyennes annuelles en 2019 en euros pour les personnes avec insuffisance cardiaque aiguë ou insuffisance cardiaque chronique



Source : CNAM, cartographie G8, juillet 2021

Au sein de chaque groupe, une variabilité importante

Ces résultats populationnels précieux ne permettent pas, cependant, de distinguer plus finement les différents groupes de personnes qui composent chacun de ces deux ensembles et qui peuvent présenter des besoins de prise en charge spécifiques. Une hospitalisation pour IC peut être un premier épisode, à l'occasion duquel le diagnostic d'IC est posé, ou traduire, à l'inverse, l'accélération de la dégradation de l'état de santé à un stade

³³ La définition détaillée des algorithmes de repérage des pathologies est disponible en ligne : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_methode-reperage-pathologies_cartographie.pdf

plus avancé de la pathologie. De même, une personne avec IC chronique peut nécessiter plus ou moins de soins en fonction des comorbidités dont elle est atteinte et de la lourdeur globale de son état de santé, avec une contribution plus ou moins importante, par exemple, aux postes « soins infirmiers » et « Autres produits de santé (LPP) » de la dépense moyenne présentée ci-dessus.

Modéliser les gains d'efficience à partir des dépenses individuelles des patients insuffisants cardiaques

Pour analyser plus finement les caractéristiques de ces patients et identifier des groupes d'intérêt, aux besoins spécifiques, il est nécessaire d'exploiter les données individuelles et donc d'analyser l'ensemble des dépenses de soins remboursées, en amont de l'exercice d'affectation des dépenses aux différentes pathologies identifiées par les algorithmes de la cartographie. Les résultats qui suivent concernent donc l'ensemble des dépenses individuelles et pas exclusivement les dépenses liées spécifiquement à la prise de charge de l'insuffisance cardiaque.

Parmi les 195 000 personnes avec une IC aiguë en 2019, le diagnostic d'IC n'avait pas été repéré l'année précédente pour environ 60% d'entre eux (Tableau 7). Ces patients ont une moyenne d'âge moins élevée, une morbidité globale moins importante et une mortalité moindre au cours de l'année (22% contre 26% pour l'ensemble du groupe « IC aiguë »). Ce sont ces personnes qui constituent la cible potentielle des actions visant à prévenir la survenue de l'IC, en agissant sur les facteurs de risque et la prise en charge globale des pathologies cardiovasculaires.

Ces données confirment aussi le lien entre la répétition des épisodes de décompensation aiguë et le risque de mortalité : le taux de décès augmente avec le nombre de séjours pour IC en 2019 et plus d'un patient sur trois (34,4%) avec une IC aiguë deux années consécutives (en 2018 et en 2019) décède au cours de l'année 2019.

L'analyse des dépenses individuelles (Figure 48) montre la variabilité des dépenses moyennes au sein de ce groupe de patients avec IC aiguë, avec des dépenses plus de 50% supérieures pour les patients avec le plus d'épisodes aigus au cours de l'année (IC très instable) et pour ceux avec les comorbidités les plus lourdes (indice de morbidité élevé)³⁴.

La stabilisation de la pathologie et la prévention des épisodes itératifs de décompensation, qui constitue le cœur de la stratégie de prise en charge de ces patients, permet ainsi de réduire aussi bien le risque de décès que les dépenses de soins. Cette stratégie doit par ailleurs accorder une place importante à la prise en charge globale de l'état de santé de ces patients, le plus souvent âgés et polypathologiques.

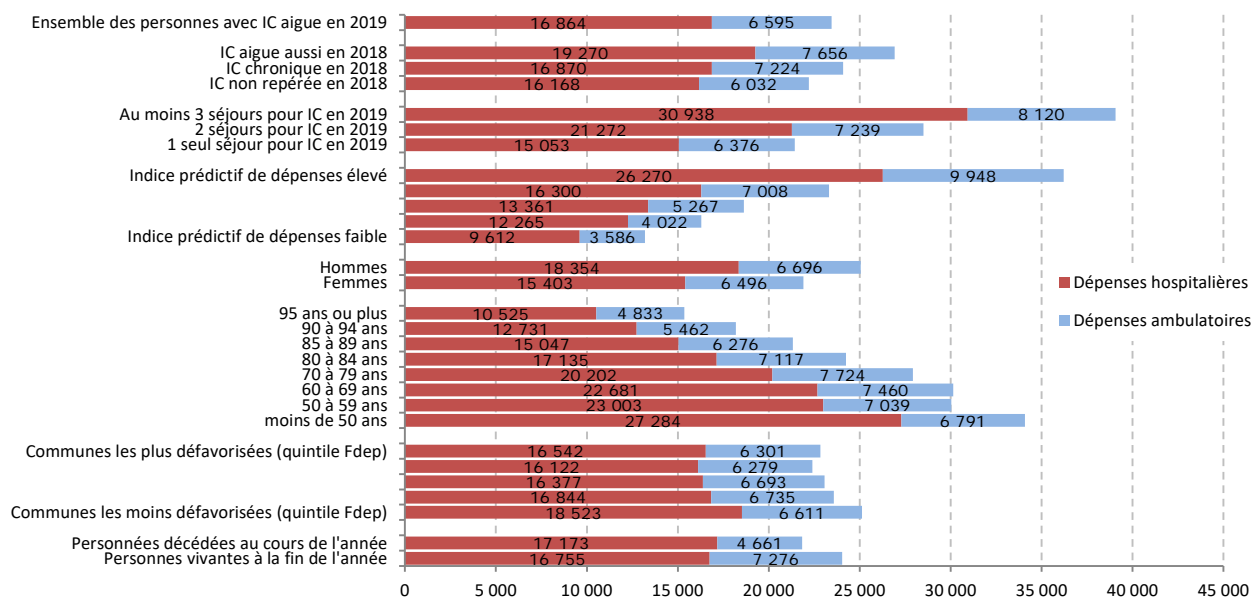
³⁴ La diminution observée des dépenses moyennes avec l'âge est probablement due à la conjonction de trois phénomènes : pour les dépenses hospitalières, les étiologies d'IC spécifiques des personnes plus jeunes nécessitant des prises en charges plus lourdes et une possible moindre intensité de traitement pour les personnes les plus âgées ; pour les dépenses de ville, un taux croissant de décès associé à des dépenses de ville moindres, du fait du suivi incomplet sur l'année.

Tableau 7. Principales caractéristiques des personnes avec insuffisance cardiaque aigüe en 2019

	N	%	Âge moyen	Âgés de 85 ans ou plus	Part d'hommes	Indice prédictif de dépenses ^(a) (moyenne)	Indice prédictif de mortalité ^(a) (moyenne)	Décédés au cours de l'année(%)
Ensemble des personnes avec IC aigüe en 2019	194 776	100%	81,4	48,7%	49,5%	9,9	2,9	26,1%
IC aigüe aussi en 2018	33 092	17,0%	82,0	50,2%	50,8%	10,8	3,1	34,4%
IC chronique en 2018	46 817	24,0%	82,7	53,2%	49,1%	10,2	3,0	29,8%
IC non repérée en 2018	114 867	59,0%	80,8	46,5%	49,3%	9,6	2,9	22,1%
Au moins 3 séjours pour IC en 2019	11 865	6,1%	81,2	45,2%	51,7%	11,4	3,3	31,1%
2 séjours pour IC en 2019	29 775	15,3%	81,8	49,8%	50,0%	10,6	3,1	28,7%
1 seul séjour pour IC en 2019	146 977	75,5%	81,6	49,3%	49,0%	9,7	2,9	25,2%

^(a)Indices de morbidité élaborés à partir de la cartographie pour refléter le risque de décès (MRMI) ou l'intensité du recours aux soins (ERMI) sur deux ans. Plus d'information disponibles sur le site ameli.fr : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/entree-par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

Figure 48. Structure de la dépense moyenne^(a) des personnes avec insuffisance cardiaque aigüe en 2019 en fonction de leurs principales caractéristiques



^(a)Il s'agit de l'ensemble des dépenses remboursées avant affectation, non exclusivement liée à la prise spécifique de l'insuffisance cardiaque

Parmi les 657 000 personnes avec une IC chronique en 2019, la majorité (environ 60%) avaient une IC chronique aussi en 2018 (Tableau 8). Ces patients peuvent être considérés comme plus stables et ont une moindre mortalité par rapport à ceux qui avaient une IC aiguë l'année précédente (11% contre 18%). Le nombre d'épisodes aigus l'année précédente (par définition, ces patients avec IC chronique n'ont aucun séjour pour IC en 2019) est ici aussi un marqueur d'instabilité, associé au risque de décès.

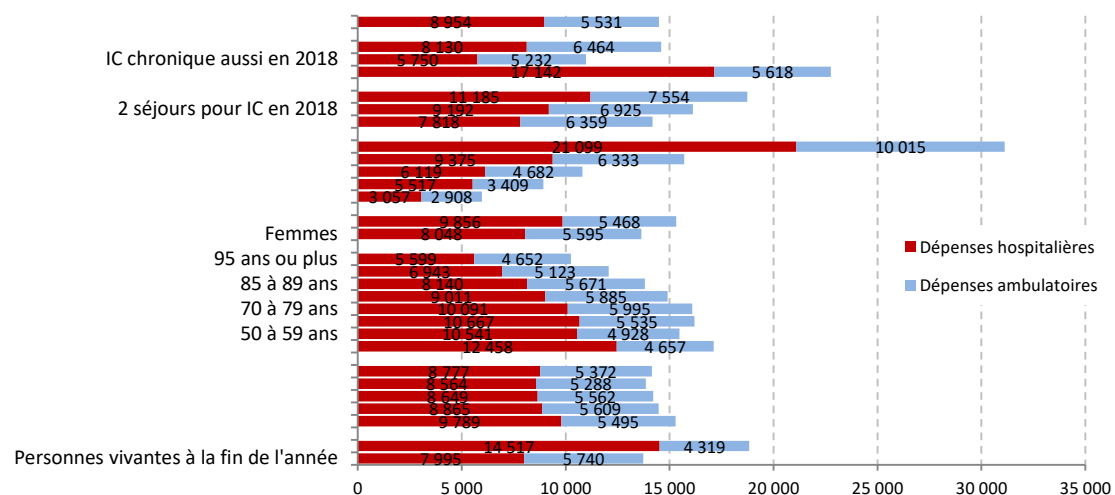
Pour un quart des patients avec IC chronique, l'IC n'avait pas été repérée l'année précédente. Ce groupe est à prédominance masculine et a une moyenne d'âge moins élevée. Il présente un risque de décès au cours de l'année deux fois plus élevé que celui des patients stables (22% contre 11%) et des dépenses hospitalières quasiment deux fois plus élevées (Figure 49). Il s'agit probablement de patients avec un diagnostic d'IC tardif, à l'occasion de prises en charge pour d'autres pathologies, qui constituent une population cible pour des actions de sensibilisation au diagnostic de l'IC.

Tableau 8. Principales caractéristiques des personnes avec insuffisance cardiaque chronique en 2019

	N	%	Âge moyen	Âgés de 85 ans ou plus	Part d'hommes	Indice prédictif de dépenses ^(a) (moyenne)	Indice prédictif de mortalité ^(a) (moyenne)	Décédés au cours de l'année(%)
Ensemble des personnes avec IC chronique en 2019	657 201	100%	78,7	40,9%	50,1%	8,7	2,6	14,7%
IC aiguë en 2018	108 743	16,5%	80,0	44,6%	49,8%	9,3	2,7	17,7%
IC chronique aussi en 2018	386 317	58,8%	78,5	40,1%	49,7%	8,1	2,4	10,8%
IC non repérée en 2018	162 141	24,7%	78,2	40,4%	51,5%	9,6	3,0	22,1%
Au moins 3 séjours pour IC en 2018 ^(b)	4 355	0,7%	80,6	44,3%	51,7%	10,6	3,0	29,8%
2 séjours pour IC en 2018 ^(b)	14 267	2,2%	80,3	44,3%	50,2%	9,7	2,8	21,6%
1 seul séjour pour IC en 2018 ^(b)	86 703	13,2%	80,1	45,2%	49,3%	9,2	2,7	16,7%

^(a)Indices de morbidité élaborés à partir de la cartographie pour refléter le risque de décès (MRMI) ou l'intensité du recours aux soins (ERMI) sur deux ans. Plus d'information disponibles sur le site ameli.fr : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/entree-par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie/> ^(b)Les personnes avec IC chronique en 2019 n'ont, par définition, pas de séjour pour IC en 2019. Le nombre de séjours pour IC en 2018 concerne les personnes avec IC aiguë repérée en 2018 et constitue un reflet de la stabilité de l'IC.

Figure 49. Structure de la dépense moyenne^(a) des personnes avec insuffisance cardiaque chronique en 2019 en fonction de leurs principales caractéristiques

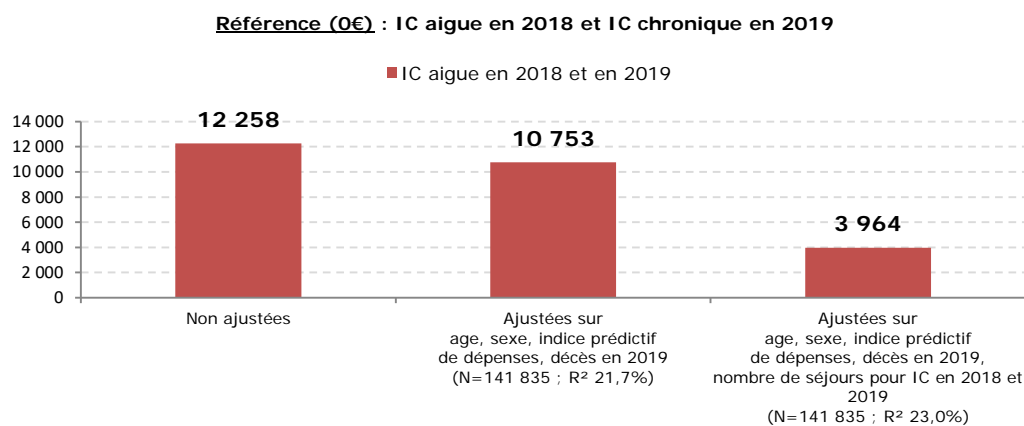


^(a)Il s'agit de l'ensemble des dépenses remboursées avant affectation, non exclusivement liée à la prise spécifique de l'insuffisance cardiaque

Les Figure 50 et Figure 51 présentent les écarts de dépenses moyennes remboursées par patient en fonction des évolutions entre les statuts d'IC aiguë et IC chronique d'une année sur l'autre. Pour ces analyses prospectives, la définition des groupes étudiés et les effectifs ne sont pas identiques à ceux présentés précédemment. **Par rapport aux patients qui passent du statut d'IC aiguë en 2018 à celui d'IC chronique en 2019, les dépenses moyennes de ceux qui ont une IC aiguë deux années consécutives sont plus élevées d'environ 4 000 euros après ajustement sur les principales caractéristiques individuelles des patients (Figure 50). De même, les dépenses moyennes des patients qui passent du statut d'IC chronique en 2018 à celui d'IC aiguë en 2019 sont plus élevées d'environ 5 100 euros, après ajustement sur les principales caractéristiques individuelles, par rapport à ceux qui ont une IC chronique deux années consécutives (Figure 51).** L'instabilité de l'IC (nombre de séjours pour IC dans l'année, seule différence entre les deux modèles ajustés) est le facteur qui explique la plus grande partie de ces écarts.

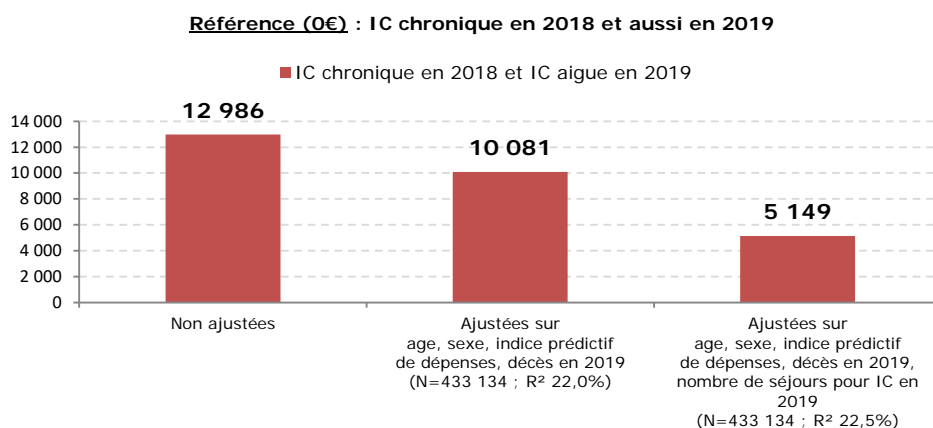
Cet exercice, qui peut être reproduit pour d'autres pathologies chroniques sujettes à des épisodes de décompensation aiguë, montre bien les enjeux d'un suivi optimal et de la prévention de ces épisodes. **En plus du bénéfice en qualité de vie et de la réduction du risque de mortalité que représente la stabilisation de la pathologie, la différence des dépenses remboursées sur un an est d'environ 4 000 à 5 000 euros par patient.** A noter, encore une fois, que ces analyses concernent l'ensemble des dépenses de soins remboursées et pas exclusivement celles liées à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, mais que les résultats néanmoins tiennent compte d'un nombre important de caractéristiques individuelles telles que l'âge ou les comorbidités, ainsi que des principaux événements de santé observés (décès et séjours pour IC aiguë).

Figure 50. Dépenses moyennes par patient avec IC aiguë en 2018, en fonction de l'évolution du statut vis-à-vis de l'insuffisance cardiaque entre 2018 et 2019



Lecture du graphique : Par rapport aux personnes avec IC aiguë en 2018 et IC chronique en 2019, la dépense moyenne de celles qui ont une IC aiguë deux années consécutives est d'environ 4 000 euros supérieure après ajustement sur les principales caractéristiques individuelles

Figure 51. Dépenses moyennes par patient avec IC chronique en 2018, en fonction de l'évolution du statut vis-à-vis de l'insuffisance cardiaque entre 2018 et 2019

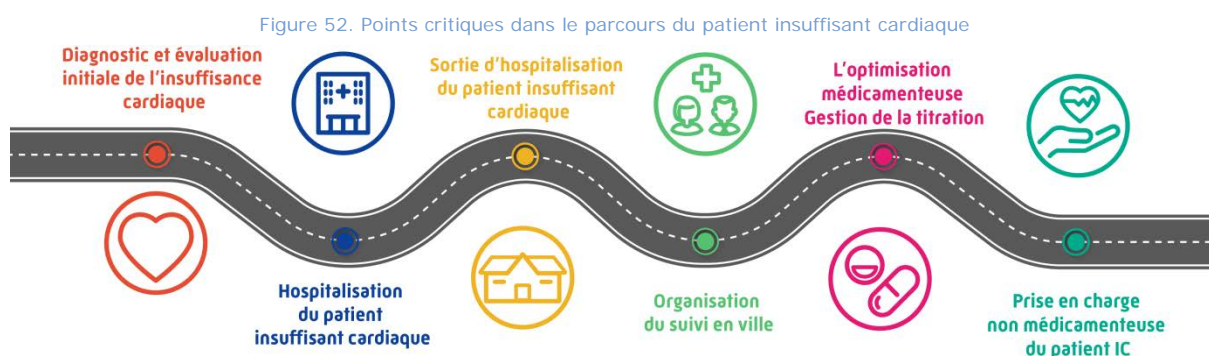


Lecture du graphique : Par rapport aux personnes avec IC chronique deux années consécutives, la dépense moyenne de celles qui passent d'IC chronique en 2018 à IC aiguë en 2019 est d'environ 5 100 euros supérieure après ajustement sur les principales caractéristiques individuelles

1.3.3 Une approche transversale pour couvrir les besoins spécifiques à chaque étape du parcours

L'identification de ces points critiques dans la prise en charge permet de définir et de cibler les actions de l'Assurance Maladie de la manière la plus adaptée aux besoins des patients et aux spécificités locales. Ces points correspondent d'ailleurs parfaitement aux pistes d'amélioration engagées au travers de la stratégie de transformation du système de santé : placer le patient au cœur du système et optimiser la prise en charge ; organiser l'articulation entre la médecine de ville, le secteur médico-social et l'hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ; repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

Les principaux points critiques du parcours d'un patient insuffisant cardiaque (Figure 52) sont ciblés dans les recommandations de bonne pratique. Dans le cadre d'une nouvelle approche de gestion du risque et à partir de travaux en collaboration avec le CNP de cardiologie, la HAS et les associations de patients, l'Assurance Maladie élabore un plan d'actions dédié à l'optimisation du parcours de soins de ces patients, avec la déclinaison d'actions spécifiques en réponse aux différents points critiques identifiés.



Différentes actions sont mobilisables en regard des points critiques identifiés dans les parcours de patients. En particulier, plusieurs actions revêtent une importance particulière.

Le diagnostic tardif lors de l'entrée dans la maladie, avec un diagnostic posé lors d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque aiguë. Cette étape cible deux populations distinctes :

- La population de patients porteurs d'une pathologie « à risque » d'évoluer vers un tableau d'insuffisance cardiaque, avec un mode d'entrée « aigu » dans la maladie, possiblement sous-tendu par un diagnostic tardif. Le nombre d'assurés et de professionnels de santé concernés est considérable et cette problématique rejoint le vaste champ de la prévention des pathologies cardio-vasculaires, exposé précédemment.
- Les patients porteurs d'une insuffisance cardiaque connue, avec une reconnaissance tardive des signes annonciateurs de la décompensation aiguë. Des données observationnelles françaises supportent la nécessité d'une action d'accompagnement prioritaire de ces patients, qui constituent une des cibles prioritaires de l'approche stratégique déployée localement.

La gestion de la phase intra-hospitalière, avec un volet diagnostique (identification des comorbidités, des facteurs de décompensation, détection des facteurs de fragilité, particulièrement chez le sujet âgé), un volet thérapeutique, pharmacologique et non médicamenteux (adaptation du traitement, initiation de l'éducation thérapeutique, incluant l'observance et l'appropriation des règles hygiéno-diététiques) et un volet social (recherche d'une situation de précarité socio-économique).

La transition médicale et sociale de l'hôpital vers le secteur d'aval (retour au domicile ou en institution) avec un circuit de transmission des informations rapide et robuste. Ces points sont ciblés par les actions visant à contribuer à la formalisation, par les équipes hospitalières, d'un encadrement du patient pour accompagner sa

sortie d'établissement, puis d'une collaboration avec les acteurs de soins du secteur ambulatoire pour optimiser le suivi du patient. Le programme PRADO insuffisance cardiaque (PRADO-IC, présenté de manière synthétique dans l'encadré ci-dessous) est spécifiquement conçu pour accompagner le retour à domicile, en complémentarité avec les dispositifs existants, en anticipant les besoins des patients pour optimiser la prise en charge et le suivi coordonnés après la sortie du séjour hospitalier.

Les 30 premiers jours de prise en charge au décours d'une hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque, avec la nécessité d'une coordination formalisée entre les acteurs de soins et un suivi initial rapproché du patient. En complément des interventions spécifiques à la transition entre hôpital et ville, cette période charnière du parcours est aussi la cible des différentes actions qui visent à faciliter le partage d'expérience entre acteurs de soins du secteur de ville et des établissements – telles que les réunions pluri-professionnelles d'information sur la pathologie ou sur la structuration de la prise en charge - et de celles qui visent à encourager les initiatives de coordination des soins de ville centrées autour du patient, par exemple dans le cadre de la mutualisation des compétences au sein de CPTS et MSP.

L'optimisation thérapeutique pharmacologique, facteur contribuant à réduire la morbidité et le risque de ré-hospitalisation. Les médecins généralistes et les pharmaciens seront sensibilisés au processus d'optimisation du traitement, nécessitant une adaptation progressive de la posologie médicamenteuse (titration). La coordination médecin généraliste – cardiologue sera encouragée.

L'encadrement du patient, avec sa participation active, afin de prévenir les événements évitables conduisant à une décompensation de la pathologie et de promouvoir des circuits *rapides et courts de prise en charge en cas de survenue*. Des actions d'éducation thérapeutique, incluant l'observance, les règles hygiéno-diététiques et la connaissance des signes annonciateurs de décompensation seront promues auprès des patients et des acteurs de soins de ville (médecins, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine...), dans le but de prévenir les hospitalisations évitables. L'accompagnement des patients sur cette composante d'appropriation de leur pathologie s'effectuera notamment en relayant la campagne d'information « EPOF/EPON » initiée par le Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies de la Société Française de Cardiologie (GICC SFC), avec un affichage en salles d'attente de cabinets médicaux et de pharmacies d'officine et avec des « mémos » à destination des patients. Une campagne de communication large associée permettra d'amplifier l'impact présumé.

Chacune de ces actions peut potentiellement concerner plusieurs points critiques dans une approche intégrée et complémentaire à d'autres actions. Les travaux sur la pertinence des soins, par exemple, accompagnés par la CNAP et impliquant plusieurs groupes de travail interrégionaux, permettront de mettre à disposition des professionnels de santé sur le territoire des nouveaux outils analytiques de support, issus de l'analyse des bases de données. Ces outils (diagnostic territorial et outils de suivi des patientèles), co-construits avec les professionnels, favoriseront une meilleure connaissance par les professionnels de santé des caractéristiques de leurs patients insuffisants cardiaques et des points critiques de leur prise en charge dans un territoire donné. Ils contribueront ainsi à mieux cibler les actions selon les besoins des patients et favoriseront la coordination des soins. Des versions pilotes de ces outils sont actuellement en phase de finalisation et seront partagées entre les différents partenaires régionaux au cours du dernier trimestre de l'année 2021, pour qu'ils puissent se les approprier et les adapter aux spécificités de leur territoire ou aux demandes des professionnels.

Cette nouvelle approche de la gestion du risque s'appuie également sur des dispositifs existants, comme le programme Prado insuffisance cardiaque (Encadré 7), associés à une nouvelle dynamique d'accompagnement adaptée aux acteurs de soins, aux modèles organisationnels d'exercice pluri-professionnel et aux particularités territoriales. Le plan d'actions de l'Assurance Maladie s'articulera avec les plans d'actions régionaux des ARS et avec les stratégies organisationnelles innovantes proposées par les acteurs de soins, notamment via les projets « article 51 ». Ces projets portent notamment sur la réadaptation cardiaque (modèles de prise en charge mixte en établissement et dans le secteur ambulatoire, apport de la télé-réadaptation, maintien d'une activité physique régulière encadrée au décours de la phase II de la réadaptation) et sur la création de cellules d'expertise et de coordination, passerelles entre l'hôpital et le secteur de ville, avec apport de solutions de télésurveillance et de transfert de compétence pour renforcer l'optimisation thérapeutique.

Le parcours PRADO-IC a été élaboré en collaboration avec la Société française de cardiologie et selon le guide du parcours de soins des insuffisants cardiaques de la Haute Autorité de santé. Avec ce programme, initié en 2013 par l'Assurance maladie, le retour à domicile du patient est facilité par le conseiller de l'Assurance Maladie qui planifie les premiers rendez-vous avec l'ensemble des professionnels de santé qui suivront le patient en ville (sur le principe de libre-choix) : médecin traitant, infirmier, cardiologue. Cet accompagnement est complété par la mise en place, si nécessaire, d'une aide à la vie (aide-ménagère et/ou portage de repas).

Le programme PRADO-IC a fait l'objet en 2019 d'une évaluation externe par les sociétés EY, PKCS et Public health expertise, à partir de données issues du SNDS et de l'OMV (Outil multi-volet. Les patients Prado (cas, environ 6 500 patients) ont été comparés à des patients similaires (environ 6 500 témoins, appariés sur l'âge, le genre, le statut CMU-C, les comorbidités et les caractéristiques du séjour à l'hôpital) par une étude observationnelle rétrospective de type cas-témoin sur la période s'étendant de 2015 à 2017. Par rapport aux patients témoins, comparables pour toutes les variables d'appariement, les patients Prado avaient un meilleur recours aux professionnels de santé de ville, que ce soit pour le médecin traitant à 15 jours (85,9 % vs 57,2 %), l'infirmière à 15 jours (71,5 % vs 44 %) ou pour le cardiologue à 2 mois (55,9 % vs 33,7 %). La consommation des médicaments recommandés dans l'insuffisance cardiaque était plus élevée chez les patients Prado (45,8 % pour la trithérapie bêtabloquants, diurétiques, IEC ou ARA2 vs 38,1 % chez les témoins). Le taux de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque à 30 jours (un des deux critères principaux de jugement) était légèrement plus important dans le groupe Prado (8,7 % contre 7,2 % chez les témoins), en revanche le taux de recours à la réanimation ou aux soins intensifs était moindre chez les patients Prado (0,7 % vs 1,2 % chez les témoins). Le taux de recours aux urgences était comparable dans les 2 groupes à 30 jours (13,3 % pour Prado vs 13,0% chez les témoins. Enfin, le taux de décès à 6 mois (un des deux critères principaux de jugement) était inférieur chez les patients Prado comparés aux témoins (10,3 % vs 14,1 %).

Au total, cette étude montre que le programme d'accompagnement de la sortie d'hospitalisation après un épisode de décompensation cardiaque améliore la qualité des soins et réduit la mortalité de l'insuffisance cardiaque.

Plus d'informations disponibles sur ameli.fr : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado#text_19396

1.3.4 Les données de santé au service de la rénovation de la gestion du risque : des outils pour guider l'ensemble de l'approche au-delà des analyses des dépenses

La Cartographie médicalisée des dépenses, que ce soit par l'estimation du poids sanitaire et économique des pathologies à l'échelle populationnelle ou par les possibilités d'analyse des données individuelles qu'elle offre, constitue un outil central pour la rénovation de la gestion du risque.

Cette nouvelle s'approche s'appuie également sur les nombreux travaux menés sur les données du SNDS qui, depuis longtemps, apportent de la connaissance et permettent de disposer d'informations et d'outils utiles à l'élaboration d'une stratégie d'action. Ainsi, malgré les spécificités de l'insuffisance cardiaque, dont plusieurs éléments déterminants dans la prise en charge des patients et qui structurent les recommandations ne sont pas mesurables directement dans les données (comme l'intensité des signes cliniques ou l'évaluation échographique de la fonction du ventricule gauche³⁵), ces études nationales ont permis, par exemple, de documenter le devenir des patients, leurs parcours et les variations territoriales de prise en charge. Par ailleurs, par son expertise sur l'exploitation des données du SNDS, la Cnam accompagne l'élaboration des nouveaux outils analytiques qui seront mis à la disposition des professionnels.

Les exemples suivants illustrent l'apport potentiel de l'exploitation des données du SNDS pour la gestion du risque. Cet apport est, bien entendu, complémentaires aux actions décrites ci-dessus et n'a pas vocation à se substituer à l'expertise clinique des professionnels de santé, ni à la connaissance des spécificités territoriales qui guide les actions de nos partenaires localement.

³⁵ La distinction entre IC systolique et diastolique sur les diagnostics hospitaliers PMSI est possible depuis mars 2019, mais l'exhaustivité du codage est pour l'instant incomplète (en 2019, cette distinction n'était pas présente pour environ 45% à 50% des séjours, dont le code se terminait en 9 « fraction d'éjection non précisée »)

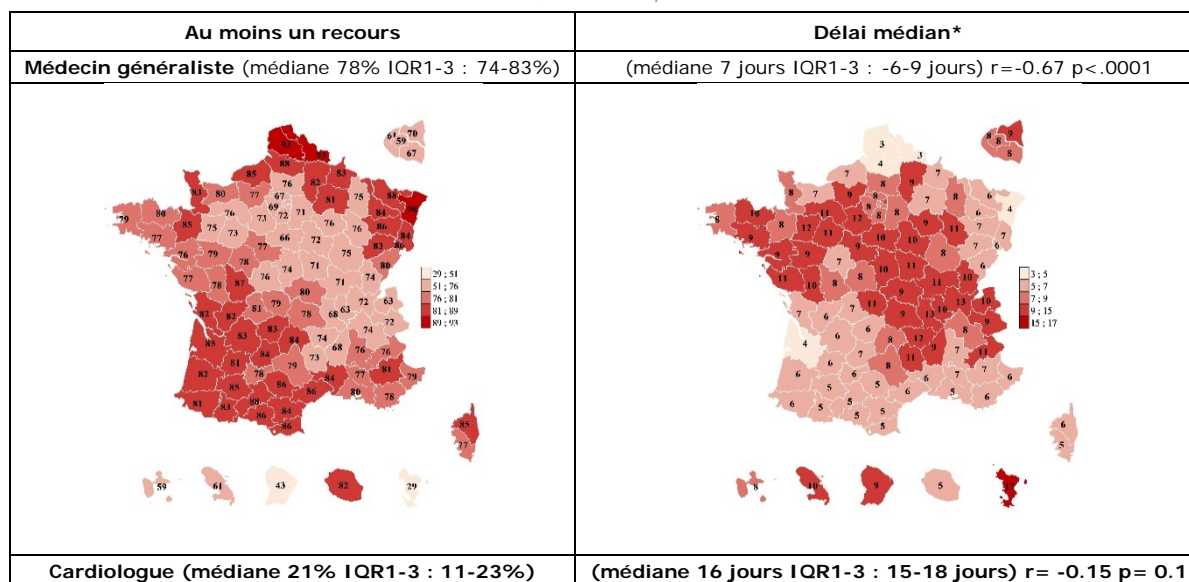
Objectiver le poids sanitaire de la pathologie et documenter le parcours des patients : une contribution à l'identification des points d'amélioration dans la prise en charge

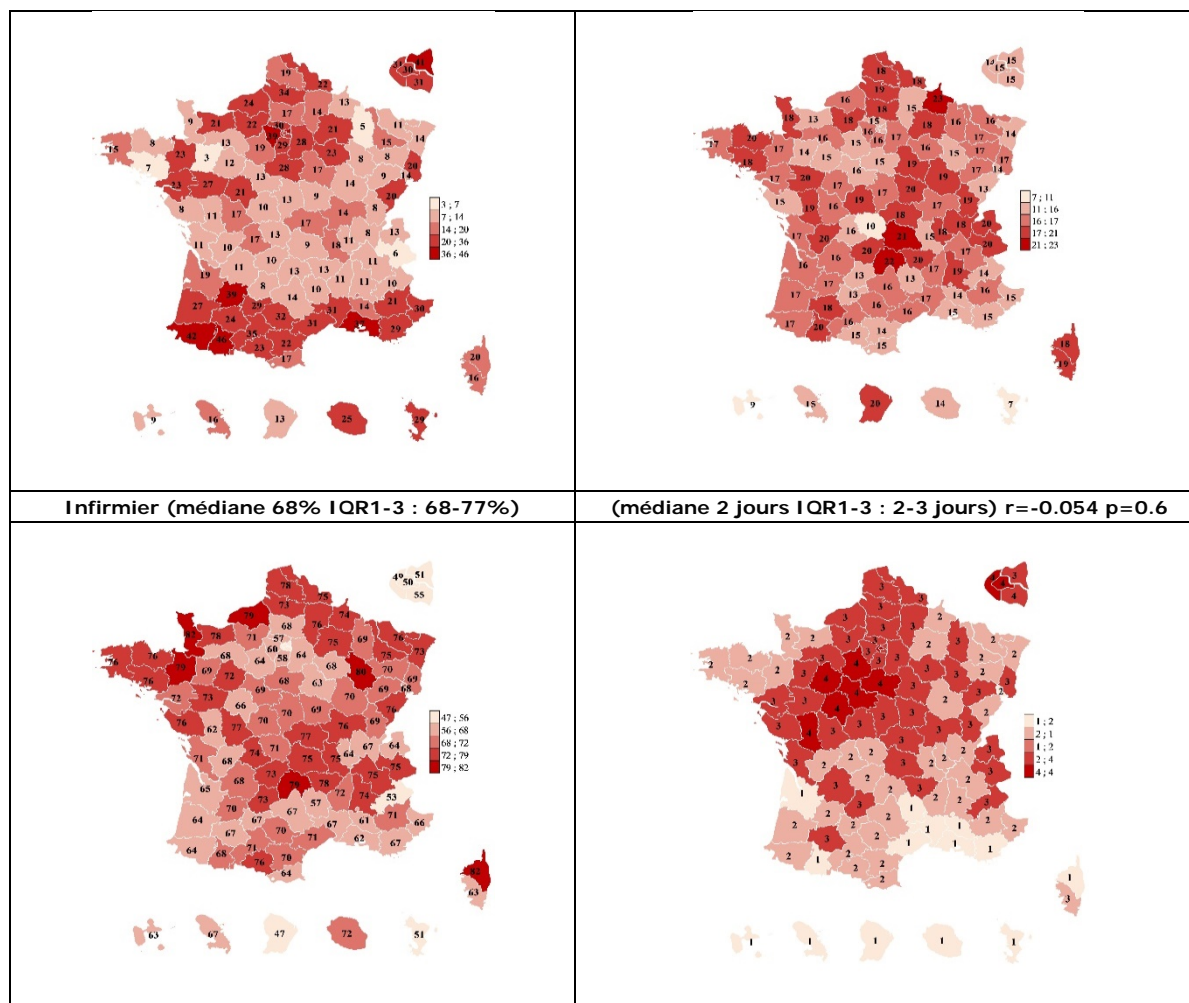
Plusieurs études menées par la CNAM, à quelques années d'intervalle, ont permis de décrire les caractéristiques, le parcours de soins et les événements de santé des patients atteints d'IC. Ces travaux ont été repris par la Haute Autorité de Santé pour informer l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques et des guides de parcours de soins (14). Ils permettent, dans un deuxième temps, de repérer les points du parcours pour lesquels l'adéquation des pratiques à ces recommandations n'est pas optimale.

Une première série de deux études, menées en collaboration avec le conseil scientifique de la Cnam, a concerné les patients avec un premier épisode d'IC aiguë (incidents) en 2009 et suivis pendant 2 ans. Entre autres résultats, ces études ont montré le risque de décès très élevé de ces patients, avec un taux de mortalité de 40 % à 2 ans et un risque de décès 4 fois plus élevé chez les personnes de 80-89 ans et 17 fois plus élevé chez les personnes de 50-59 ans par rapport à des personnes de même âge et sexe sans IC. Elles ont aussi confirmé l'effet protecteur pour le risque de décès à deux ans du traitement médicamenteux recommandé en première intention et documenté que la proportion de patients avec au moins une délivrance de ces molécules au cours des 30 jours suivant l'hospitalisation était insuffisante (15,16). Une synthèse des principaux résultats de ces études est disponible sur le site de l'Assurance maladie : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2013-11_insuffisance-cardiaque-parcours-soins_assurance-maladie.pdf

Dans une deuxième série de deux études sur l'ensemble des patients avec une IC connue (prévalents) en 2015, le recours aux soins hospitaliers et en ville, les consommations médicamenteuses et les événements de santé au cours de l'année, y compris les causes de décès, ont été mesurés, pour fournir un panorama complet et récent des pratiques et du devenir des patients. De plus, le recours aux soins de ville spécifiquement au cours du mois précédant et suivant un séjour hospitalier pour IC a été évalué. Ces travaux ont mis en avant la place centrale des acteurs de soins primaires dans le suivi (95% des patients avaient au moins un contact avec le médecin généraliste et 78% avec un infirmier au cours de l'année, contre 42% avec un cardiologue), et ont confirmé que la part des patients avec une délivrance des traitements de première intention était insuffisante. Pour le suivi spécifiquement au décours d'un séjour hospitalier (Figure 53), ces études ont documenté une importante variabilité territoriale (17,18).

Figure 53. Fréquence d'au moins un recours (à gauche) et délai médian jusqu'au premier recours (à droite), ajustés sur l'âge et le sexe, dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque en 2015, parmi les patients non institutionnalisés, selon le département de résidence





* Pour les patients avec au moins un recours sur les trente jours. IQR1-3 interquartile. r: coefficient de corrélation de Pearson entre le taux de recours et le délai médian.

Figure issue de la publication de Feldman et al : Étude observationnelle annuelle nationale de la consommation de ville et hospitalière en 2015 d'environ un demi-million de patients ayant une insuffisance cardiaque connue antérieurement, Archives of Cardiovascular Disease, 2020 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32863158/>)

Partager l'expertise sur les études de parcours : l'accompagnement des partenaires locaux dans l'élaboration de nouveaux outils analytiques de support à mettre à disposition des professionnels

La connaissance des variations territoriales à l'échelle nationale permet au régulateur d'identifier des zones pour lesquelles un examen plus fin des besoins de la population ou des conditions de l'offre de soins est nécessaire. Ce sont les acteurs locaux qui ont, cependant, la connaissance la plus fine des spécificités et des besoins de leur territoire. Les nouveaux outils analytiques de support mentionnés plus haut, actuellement en phase de co-construction avec les professionnels, contribueront à cette connaissance.

Le travail mentionné ci-dessus sur la consommation de soins de ville 30 jours avant et après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque (17) souligne un point méthodologique important à prendre en compte dans l'élaboration de ces outils analytiques issus des données. Dans ce travail, les indicateurs de parcours ont été calculés pour l'ensemble des patients avec IC, puis en retirant de la population d'étude les patients qui étaient institutionnalisés pendant la période étudiée de 30 jours avant et après le séjour. Pour ces patients, le recours à certains professionnels de santé ainsi que certaines consommations médicamenteuses peuvent ne pas être repérables dans les données, lorsque le coût est pris en charge par ailleurs dans un forfait alloué à l'institution et que leur remboursement n'est pas individualisé. Environ un tiers des patients étudiés étaient institutionnalisés et potentiellement soumis à ce biais de mesure. En effet, le taux de recours au médecin généraliste ou à l'infirmier dans le mois suivant la sortie était de 10% supérieur après avoir retiré de la population d'étude les patients institutionnalisés et de 7% supérieur pour la consommation de bêta-bloquants.

Ces résultats soulignent la nécessité de prendre en compte la part de patients en institution pour interpréter ou comparer entre territoires les indicateurs de parcours.

Identifier des groupes de patients aux besoins spécifiques : des perspectives pour guider les actions de prévention

Un autre apport des études sur les données du SNDS est la possibilité d'identifier les patients les plus à risque pour certains événements de santé spécifiques, en fonction de leurs caractéristiques. Ainsi, un travail récent montre la possibilité d'approcher la sévérité de l'IC (malgré l'absence de données cliniques) en fonction du nombre d'hospitalisations récentes pour IC et de la présence d'une ALD (19). La répétition des épisodes aigus est un marqueur reconnu d'instabilité et un facteur de mauvais pronostic associé à une réduction importante de l'espérance de vie. En stratifiant les patients selon le nombre de séjours pour IC en amont d'un séjour index (Figure 54) on obtient une mesure valide de la sévérité de l'IC. Ce résultat permet d'affiner les indicateurs de parcours en identifiant les patients les plus à risque de réhospitalisation pour IC.

Figure 54. Incidence cumulée de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC) sur un an après la sortie d'un séjour index, selon la stabilité de l'IC

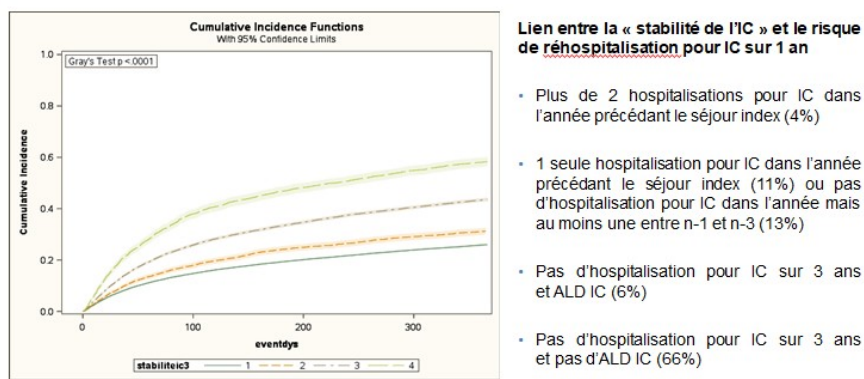


Figure issue de la publication de Constantinou et al : Patient stratification for risk of readmission due to heart failure by using nationwide administrative data, Journal of Cardiac Failure, 2021 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32801005/>)

Il existe, par ailleurs, deux mesures synthétiques de l'état de santé élaborées à partir de la cartographie Cnam, qui permettent de segmenter une population selon le risque de mortalité (indice MRMI) ou les dépenses de soins attendues (ERMI) à deux ans³⁶. En combinant l'information sur la stabilité de l'IC et sur la lourdeur globale de l'état de santé (reflétant le poids des comorbidités), il est possible d'identifier deux profils de patients différents, avec près de 40% d'écart entre leurs taux de réhospitalisation pour IC (Figure 55) : les patients avec l'IC la plus instable et l'état de santé le plus lourd d'un côté (60% à un an) et les patients avec une IC incidente et un état de santé moins atteint (22% à un an) .

Ce travail confirme aussi l'intérêt de distinguer la sévérité de l'IC de la lourdeur globale de l'état de santé. Le nombre de séjours antérieurs pour IC et le poids des comorbidités mesuré à l'aide des indices de la cartographie sont des informations simples à obtenir dans les données, qui permettraient d'identifier des groupes de patients aux besoins spécifiques, selon le risque principal auquel ils sont exposés (épisodes d'IC aigue itératifs ou risque de décès élevé par ailleurs) et d'éventuellement adapter les interventions ciblées qui leur seraient proposées.

Il est important de rappeler encore une fois que ces outils basés sur les données du SNDS s'adressent au régulateur et peuvent servir à évaluer les besoins de populations à l'échelle nationale mais ne remplacent pas l'expertise clinique et les outils plus fins dont disposent les professionnels. Ils constituent une aide à la décision pour cibler des interventions préventives ou identifier les besoins en accompagnement des professionnels.

³⁶ Une présentation détaillée de ces deux outils est disponible sur le site de l'Assurance maladie : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021_indices-morbidite_cartographie.pdf

Figure 55. Incidence cumulée (A, B, C) et risque instantané (A', B', C') de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC) pour des groupes de patients définis selon la stabilité de l'IC et la lourdeur globale de l'état de santé

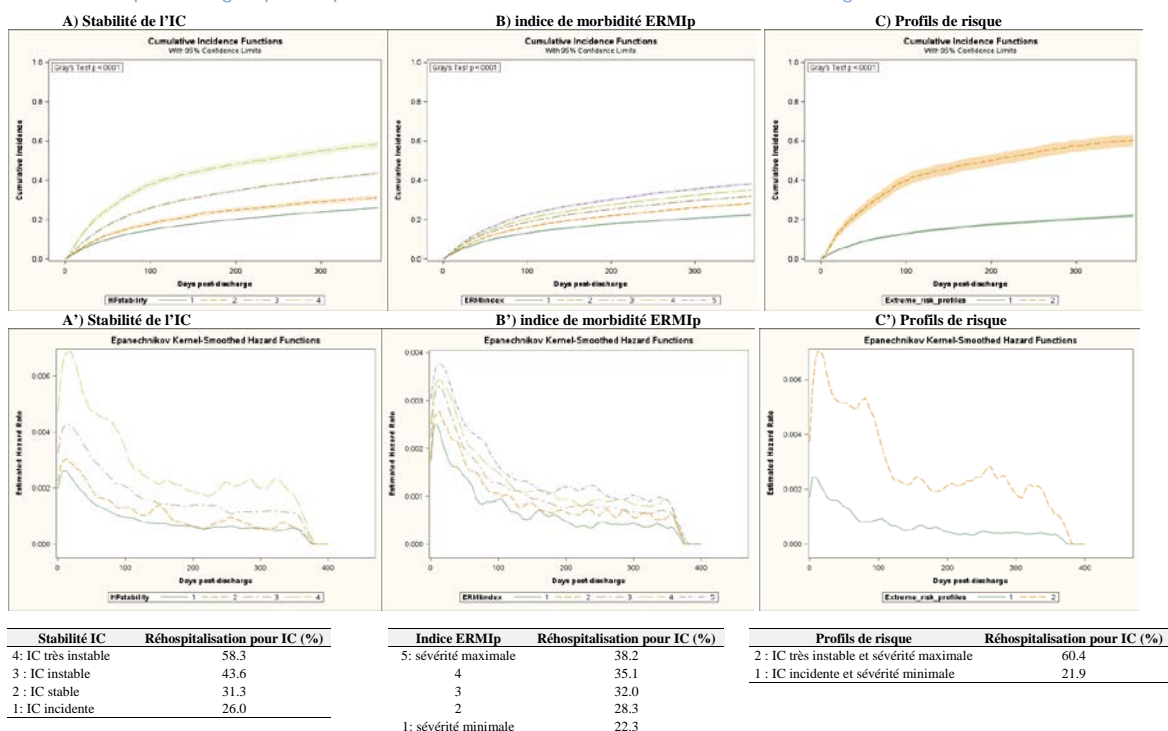


Figure issue de la publication de Constantinou et al : Patient stratification for risk of readmission due to heart failure by using nationwide administrative data, Journal of Cardiac Failure, 2021 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32801005/>)

Etudier les dépenses associées à différentes modalités de suivi des patients : des perspectives pour documenter l'efficacité des soins

La possibilité d'approcher la sévérité de l'IC par les données du SNDS ouvre des perspectives de travaux plus précis sur l'efficacité des parcours de soins. Par exemple, la HAS recommande un suivi minimal en ville pour les patients avec IC en dehors des épisodes de décompensation aiguë, qui est défini en fonction de la sévérité des signes cliniques, information non disponible dans les données, comme mentionné précédemment. Ce suivi minimal concerne le nombre de consultations annuelles avec un médecin généraliste et un médecin cardiologue, avec une intensité de suivi croissante selon la sévérité de l'IC.

Les travaux d'évaluation de l'efficacité du suivi sont rendus complexes par le fait qu'il est difficile de bien mesurer l'ensemble des facteurs qui contribuent d'un côté aux dépenses de soins et de l'autre aux résultats de santé et surtout d'attribuer avec confiance ces résultats aux modalités du suivi. Les outils présentés ci-dessus, permettant d'approcher la sévérité de l'IC, puis de distinguer sévérité de l'IC et état de santé global et la possibilité de suivre les patients sur plusieurs années, offrent des possibilités intéressantes. Ainsi, des travaux en cours sur les modalités de suivi en ville des patients avec IC, montrent que lorsque le suivi en ville est adapté à la sévérité de l'IC, conformément aux recommandations de suivi minimal émises par la HAS, les dépenses totales de soins des patients à un an sont moindres, à caractéristiques et résultats de santé similaires. Ce qui veut dire que malgré un suivi médical plus intense, les dépenses de soins sont moins élevées, traduisant très probablement une diminution des complications.

1.3.5 Les actions sur l'insuffisance cardiaque

Tableau 9. Points critiques du parcours de soins et leviers d'actions (hors prise en charge palliative)

Points critiques	Diagnostic initial (patients avec une pathologie à risque d'évolution vers l'IC) et reconnaissance des signes annonciateurs d'une décompensation aigue (patients avec IC connue)	Phase intra-hospitalière de l'insuffisance cardiaque décompensée	Sortie d'hospitalisation au décours d'une décompensation aigue et gestion de la transition vers le secteur d'aval	Organisation du suivi pluridisciplinaire en ville	Optimisation thérapeutique pharmacologique et non médicamenteuse	Gestion d'un événement aigu en secteur ambulatoire
Risques identifiés pour le patient	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge diagnostique et thérapeutique tardive Impact péjoratif possible sur la morbidité, mortalité Altération de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Défaut d'identification de facteurs de fragilité Impact délétère sur la mortalité Altération de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Troubles de l'observance Défaut de transmission des éléments de suivi immédiat Risque de ré-hospitalisation à très court terme Altération de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Troubles de l'observance Défaut de suivi régulier Défaut de dépistage des éléments de fragilité organique, cognitive, comportementale, sociale Défaut d'optimisation thérapeutique Impact péjoratif sur la morbidité, mortalité Altération de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Thérapeutique médicamenteuse sub-optimale Difficultés de suivi des règles hygiéno-diététiques Défaut d'activité physique régulière Troubles de l'observance Impact péjoratif sur la morbidité, mortalité Altération de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Défaut de coordination de prise en charge rapide et adaptée Hospitalisation potentiellement évitable Impact péjoratif sur la morbidité, mortalité Altération de la qualité de vie
Leviers d'action	<ul style="list-style-type: none"> Optimisation de la reconnaissance de symptômes et signes clés de l'IC réduction des hospitalisations potentiellement évitables 	<ul style="list-style-type: none"> Systématisation de l'évaluation hospitalière des facteurs de fragilité organique, cognitivo-comportementale et sociale (MNA, MMS...) Systématisation de l'instauration de l'éducation thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> Sécurisation du suivi clinique et paraclinique immédiat en sortie d'établissement Transmission adaptée des informations médicales aux acteurs de soins du secteur d'aval 	<ul style="list-style-type: none"> Optimisation de la coordination des acteurs de soins Promotion de l'éducation thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> Atteinte des objectifs cibles pour le traitement médicamenteux Promotion de l'éducation thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> Optimisation de la coordination des acteurs de soins Organisation e circuits de soins courts et rapides et lien avec établissements
Acteurs mobilisables (liste non exhaustive)	<ul style="list-style-type: none"> Patient Médecin traitant Médecin généraliste Cardiologue IDE Pharmacien d'officine 	<ul style="list-style-type: none"> Equipe de soins en établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Equipe de soins en établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Patient Médecin traitant Médecin généraliste Cardiologue IDE Pharmacien d'officine 	<ul style="list-style-type: none"> Patient Médecin traitant Médecin généraliste Cardiologue IDE Pharmacien d'officine Masseur kiné 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant Médecin généraliste Cardiologue IDE
Stratégie et vecteurs d'approche	<ul style="list-style-type: none"> Ciblage des patients porteurs d'une IC ou d'une pathologie à risque d'évolution vers une IC Communication multi-canaux patients 	<ul style="list-style-type: none"> Outils de profil établissement de patients IC Campagne d'information et de sensibilisation en établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Systématisation de recours à une check-list pré-sortie Systématisation du recours à une fiche de liaison destinée aux acteurs de soins d'aval 	<ul style="list-style-type: none"> Outils de diagnostic territorial Recours à un carnet de suivi de la pathologie Incitation à l'exercice pluri-professionnel coordonné (CPTS, MSP) 	<ul style="list-style-type: none"> Outils de diagnostic territorial Recours à un carnet de suivi de la pathologie Incitation à l'exercice pluri- 	<ul style="list-style-type: none"> Recours à un carnet de suivi de la pathologie Incitation à l'exercice pluri-professionnel coordonné (CPTS, MSP)

	<ul style="list-style-type: none"> . Campagne d'affichage pharmacies et salles d'attente cabinets médicaux . Campagne d'information sur l'action auprès des médecins, IDE, pharmaciens . Recours à un carnet de suivi de la pathologie . Promotion du DMP 	<ul style="list-style-type: none"> . Promotion de Prado IC . Organisation de réunions de partage d'expérience IC acteurs ville / établissements 	<ul style="list-style-type: none"> . Télémédecine (télésurveillance, téléconsultation, télé-expertise) . Campagne d'information IDE, pharmaciens . Promotion du DMP . Promotion des nouveaux métiers : assistants médicaux, infirmiers de pratique avancée 	<ul style="list-style-type: none"> professionnel coordonné (CPTS, MSP) . Télémédecine (télésurveillance, téléconsultation, télé-expertise) . Campagne d'information IDE, pharmaciens . Promotion du DMP 	<ul style="list-style-type: none"> . Télémédecine (télésurveillance, téléconsultation, télé-expertise) . Promotion du DMP
Mesures d'impact	<ul style="list-style-type: none"> . Taux de mortalité . Taux d'hospitalisation . Autres indicateurs de consommation de soins . Indicateurs de qualité patients 	<ul style="list-style-type: none"> . Taux de mortalité . Taux d'hospitalisation . Autres indicateurs de consommation de soins . Inclusions Prado . Indicateurs de qualité patients 	<ul style="list-style-type: none"> . Taux de mortalité . Taux d'hospitalisation . Autres indicateurs de consommation de soins . Inclusions Prado . Indicateurs de qualité patients 	<ul style="list-style-type: none"> . Taux de mortalité . Taux d'hospitalisation . Autres indicateurs de consommation de soins . Protocoles pluri-pro IC MSP . CPTS investies dans l'IC . Indicateurs de qualité patients 	<ul style="list-style-type: none"> . Taux de mortalité . Taux d'hospitalisation . Autres indicateurs de consommation de soins (dont médicaments dédiés, à ajuster selon le type d'IC) . Indicateurs de qualité patients

1.4. Propositions

Propositions pour une approche pluriannuelle et ambitieuse de la gestion du risque des maladies cardio-neurovasculaires

Dans le cadre d'une approche pluriannuelle et ambitieuse de gestion du risque centrée sur les pathologies cardio-neurovasculaires :

Proposition 12 : Déployer un parcours « insuffisance cardiaque »

Avec plus d'1,5 millions de patients concernés, un nombre annuel d'hospitalisations s'établissant à 165 000, et un coût de prise en charge d'environ 3 milliards d'euros, l'optimisation de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est un enjeu majeur de gestion du risque pour l'assurance maladie. Cette action s'appuie sur des actions d'information et de sensibilisation des patients, associées à un accompagnement des acteurs de soins investis dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en leur mettant à disposition un outil de diagnostic territorial, des profils établissements et des indicateurs de mesure d'impact (mortalité, taux d'hospitalisation et de ré-hospitalisation, taux de suivi d'un processus de réadaptation cardiaque), en complément des dispositions existantes (indicateurs ROSP) ou prévues (CAQES 2022 visant aussi à améliorer le parcours de soins de l'insuffisance cardiaque).

Proposition 13 : Appuyer les acteurs des parcours avec des outils de datavisualisation adaptés sur les parcours de soins.

Afin de faciliter l'appropriation des données de diagnostic des parcours de soins et des points de rupture auprès des acteurs de parcours et faciliter la démarche parcours insuffisance cardiaque, des outils de datavisualisation seront développés, testés et mis à disposition des acteurs des parcours

Proposition 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

Dans la continuité des travaux présentés dans ce rapport, l'Assurance Maladie va poursuivre et intensifier ses efforts de modélisation de la charge de morbidité des maladies cardio-neurovasculaires afin d'outiller la réflexion des acteurs chargés de la mise en œuvre des actions sur le sujet et permettre l'évaluation de l'impact de ces actions.

Ces travaux porteront notamment sur la déclinaison des indicateurs par pathologie, par la production d'éléments de chiffrages régionalisés.

...L'approche pathologie comprendra également des actions de prévention à grande échelle (cf. propositions dans la partie prévention)

1.5. Références

1. OECD. Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care [Internet]. OECD; 2015 [cité 2 juin 2021]. (OECD Health Policy Studies). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/cardiovascular-disease-and-diabetes-policies-for-better-health-and-quality-of-care_9789264233010-en
2. Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable Diseases. N Engl J Med. 3 oct 2013;369(14):1336-43.

3. Gabet A, Chatignoux E, Ducimetière P, Danchin N, Olié V. Differential trends in myocardial infarction mortality over 1975–2010 in France according to gender: An age-period-cohort analysis. *Int J Cardiol.* nov 2016;223:660-4.
4. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators [Internet]. OECD; 2019 [cité 2 juin 2021]. (Health at a Glance). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
5. OECD, The King's Fund. Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy?: OECD and The King's Fund Workshop Proceedings [Internet]. OECD; 2020 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/is-cardiovascular-disease-slowing-improvements-in-life-expectancy_47a04a11-en
6. National service framework for coronary heart disease [Internet]. London: NHS; 2000 mars [cité 29 oct 2015]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/quality-standards-for-coronary-heart-disease-care>
7. Million Hearts: Meaningful Progress 2012–2016 - a final report. Million hearts initiative; 2017 mai p. 14.
8. Green S. NSF CHD Review Workstream 1: Impact of the NSF 2000-2010 & the Future Burden of Disease - Future of Cardiac Services Project Reference Group - Final report [Internet]. London; 2010 sept. Disponible sur: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_126737.pdf
9. Million Hearts® 2012-2016 Final Report Addendum: Significant Impact; Significant Opportunity, June 2020. 2020 p. 9.
10. Graham JJ. Impact of the National Service Framework for coronary heart disease on treatment and outcome of patients with acute coronary syndromes. *Heart.* 10 oct 2005;92(3):301-6.
11. Wright JS, Wall HK, Ritchey MD. Million Hearts 2022: Small Steps Are Needed for Cardiovascular Disease Prevention. *JAMA* [Internet]. 6 sept 2018 [cité 10 sept 2018]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2702070>
12. NICE impact cardiovascular disease prevention. p. 20.
13. Ezekowitz JA, O'Meara E, McDonald MA, Abrams H, Chan M, Ducharme A, et al. 2017 Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. *Can J Cardiol.* nov 2017;33(11):1342-433.
14. HAS. Guide parcours de soins insuffisance cardiaque [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242988/fr/guide-parcours-de-soins-insuffisance-cardiaque
15. Tuppin P, Cuerq A, de Peretti C, Fagot-Campagna A, Danchin N, Juillière Y, et al. First hospitalization for heart failure in France in 2009: patient characteristics and 30-day follow-up. *Arch Cardiovasc Dis.* nov 2013;106(11):570-85.
16. Tuppin P, Cuerq A, de Peretti C, Fagot-Campagna A, Danchin N, Juillière Y, et al. Two-year outcome of patients after a first hospitalization for heart failure: A national observational study. *Arch Cardiovasc Dis.* mars 2014;107(3):158-68.
17. Feldman SF, Lesuffleur T, Olié V, Gastaldi-Ménager C, Juillière Y, Tuppin P. Outpatient healthcare utilization 30 days before and after hospitalization for heart failure in France: Contribution of the national healthcare database (Système national des données de santé). *Arch Cardiovasc Dis.* juill 2020;113(6-7):401-19.
18. Feldman SF, Lesuffleur T, Olié V, Gastaldi-Ménager C, Juillière Y, Tuppin P. French annual national observational study of 2015 outpatient and inpatient healthcare utilization by approximately half a million patients with previous heart failure diagnosis. *Arch Cardiovasc Dis.* janv 2021;114(1):17-32.
19. Constantinou P, Pelletier-Fleury N, Olié V, Gastaldi-Ménager C, Juillière Y, Tuppin P. Patient stratification for risk of readmission due to heart failure by using nationwide administrative data. *J Card Fail.* mars 2021;27(3):266-76.

2. Approche pathologie : la santé mentale

2.1. La santé mentale, un enjeu majeur et durable de la gestion du risque

2.1.1 Une thématique couvrant l'ensemble du système de santé et au-delà

Plus de 8 millions d'assurés concernés pour une dépense affectée de 22,7 milliards d'euros en 2019

Le champ de la santé mentale est très vaste, allant de situations de mal-être sans pathologie associée à des troubles ou des pathologies plus ou moins sévères associées dans certains cas à des handicaps, parfois très invalidants. Les problématiques de santé mentale concernent l'ensemble de la population, tous sexes et âges confondus, bien qu'elles s'expriment de manière différente selon le contexte et que leurs conséquences soient variables. Ces troubles peuvent être isolés, ou associés à des troubles somatiques ou physiologiques, dont ils peuvent résulter ou qu'ils peuvent aggraver. Les troubles de santé mentale sont facteurs de décès directement (comme les suicides) ou indirectement, ils sont souvent accompagnés d'une diminution importante de la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes et de leur entourage.

Les troubles de santé mentale, dans leurs formes les plus invalidantes peuvent évoluer sur le long cours et avoir un impact dépassant le seul cadre de la santé, avec des conséquences sociales et économiques majeures, qui en retour peuvent contribuer à renforcer ces troubles. La santé mentale constitue ainsi dans toute sa diversité une des thématiques majeures des politiques de santé publique et de gestion du risque.

Si l'on considère l'ensemble des situations prises en compte par la cartographie médicalisée, ce sont plus de 8,1 millions de personnes qui sont concernées par ces problématiques, soit plus de 10 % de la population française. Les dépenses affectées à la prise en charge des ces troubles sont estimées en 2019 à 22,7 Mds d'euros, soit 14 % des dépenses étudiées dans le cartographie.

Cet ensemble n'est pas uniforme et la cartographie distingue deux grands groupes de population : d'une part, les patients souffrant de pathologies psychiatriques (repérées par un diagnostic lors d'une hospitalisation ou bénéficiant d'une prise en charge ALD psy) (Figure 56) et d'autre part les patients prenant un traitement psychotrope de manière régulière (au moins trois délivrances) ET qui n'ont pas de pathologie. Les traitements psychotropes appartiennent à quatre familles : les anxiolytiques, les antidépresseurs, les hypnotiques et les neuroleptiques, utilisés notamment dans le traitement des troubles psychiatriques avérés (Figure 57).

La population « traitement » est la plus nombreuse et compte 5,6 millions d'assurés contre 2,5 millions, mais ses dépenses sont moins élevées que celles du groupe pathologie (6,6 milliards contre 16,1 milliards d'euros). La population du groupe pathologie affiche ainsi des dépenses moyennes 5,5 fois plus élevées par patient (6 413 € contre 1 187 €).

L'effectif de chacun de ces deux groupes évolue en sens inverse : alors que la population « pathologie » augmente entre 2015 et 2019, la population « traitement » diminue. Une partie de ces évolutions est attribuable à l'amélioration de la qualité du repérage des pathologies psychiatriques dans le SNDS qui crée une sorte de « vase communicant » entre les populations « traitement » et « pathologie »³⁷. Un tel mécanisme n'explique cependant pas tout de ces évolutions, puisqu'on ne compte « que » 183 700 personnes supplémentaires dans le groupe pathologies entre 2015 et 2019 (soit 7,9 % d'augmentation), dont une partie est probablement des cas incidents, alors qu'on compte 395 300 assurés de moins dans la population

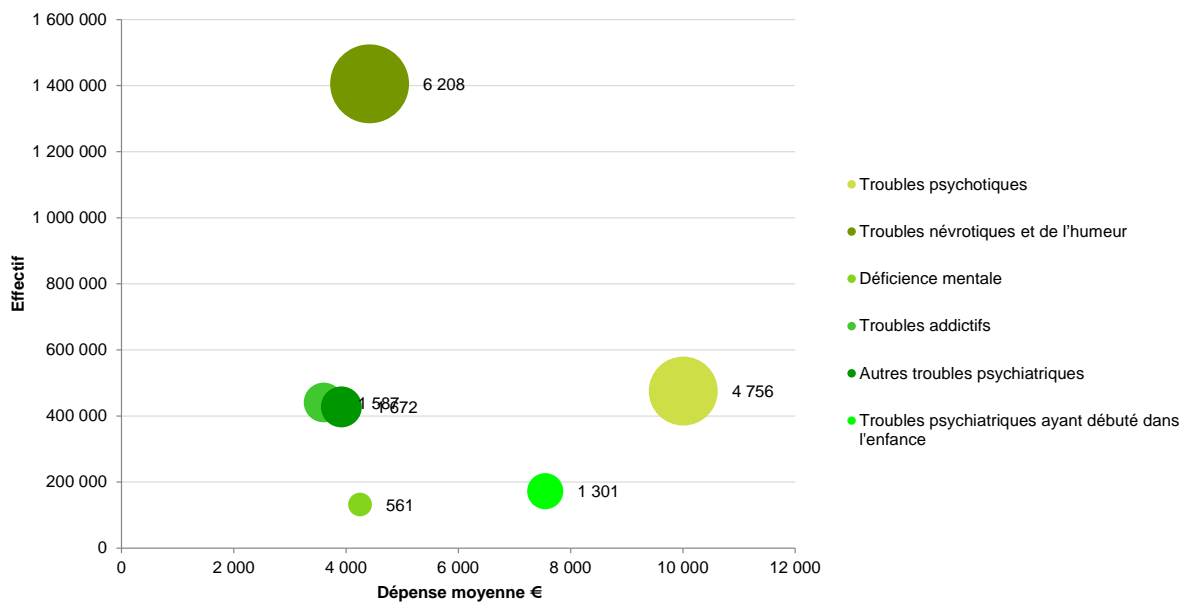
³⁷ Pour des raisons de gestion des systèmes d'information des établissements de santé psychiatriques, chaque année, les données des patients qui sont suivis sur un mode ambulatoire exclusif par les secteurs psychiatriques et qui n'ont pas été hospitalisées dans le même établissement dans l'année ne peuvent être correctement appariées avec le SNDS. Ces patients, n'ont donc pas de marqueur de pathologie, sauf s'ils bénéficient d'une prise en charge ALD pour leur trouble psychiatrique. On peut en revanche identifier leur consommation de traitements psychotropes s'ils en ont une et les comptabiliser dans le groupe traitement. A mesure que la durée d'observation augmente, la probabilité que le patient en question soit hospitalisé ou bénéficie d'une prise en charge ALD et donc que le patient soit affecté à la population « pathologie » et soit décompté de la population « traitement » augmente sans que le patient ne soit à proprement parler un « nouveau » malade psychiatrique.

« traitement ». Ces diminutions d'effectifs étant concentrées sur les traitements anxiolytiques et hypnotiques, elles évoquent clairement une moindre prescription de ces traitements.

L'analyse de l'évolution de dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019 vient corroborer cette interprétation, puisque à mesure que les effectifs de ces deux familles de traitement décroît, la dépense moyenne des patients augmente (Figure 58 et Figure 59). Cette augmentation portant principalement sur les postes « médicaments » et « prestations en espèces », on peut faire l'hypothèse que les baisses d'effectifs concernent les patients avec les dépenses moyennes les moins élevées et donc potentiellement les moins lourds (Figure 60). Ces évolutions témoignent d'un relatif mais réel succès des actions de maîtrise médicalisée sur ces traitements.

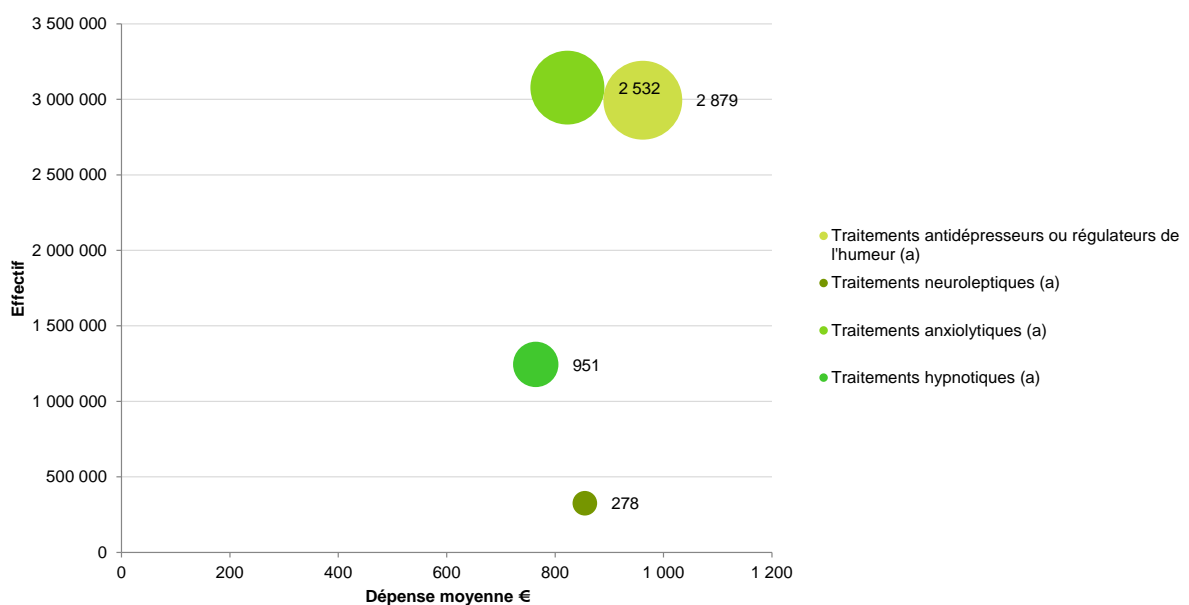
Les effectifs du groupe pathologie augmentent de manière régulière entre 2015 et 2019, sur l'ensemble des pathologies étudiées, tandis que les dépenses moyennes par patient restent quasi-inchangées.

Figure 56 : Maladies psychiatriques - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patients et dépenses totales en 2019



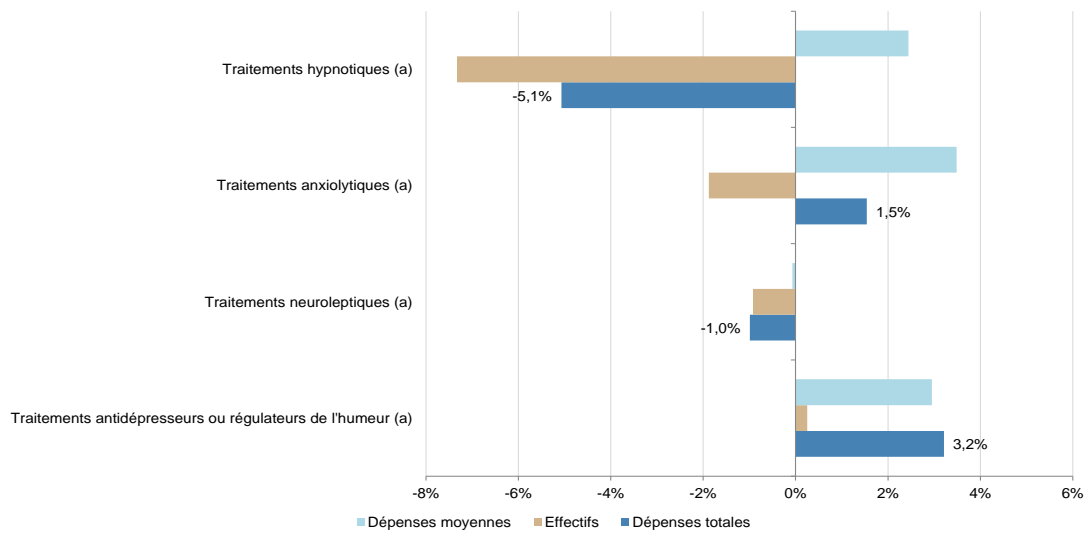
Source : cartographie G8, CNAM

Figure 57: Traitements psychotropes (a) - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patients et dépenses totales en 2019



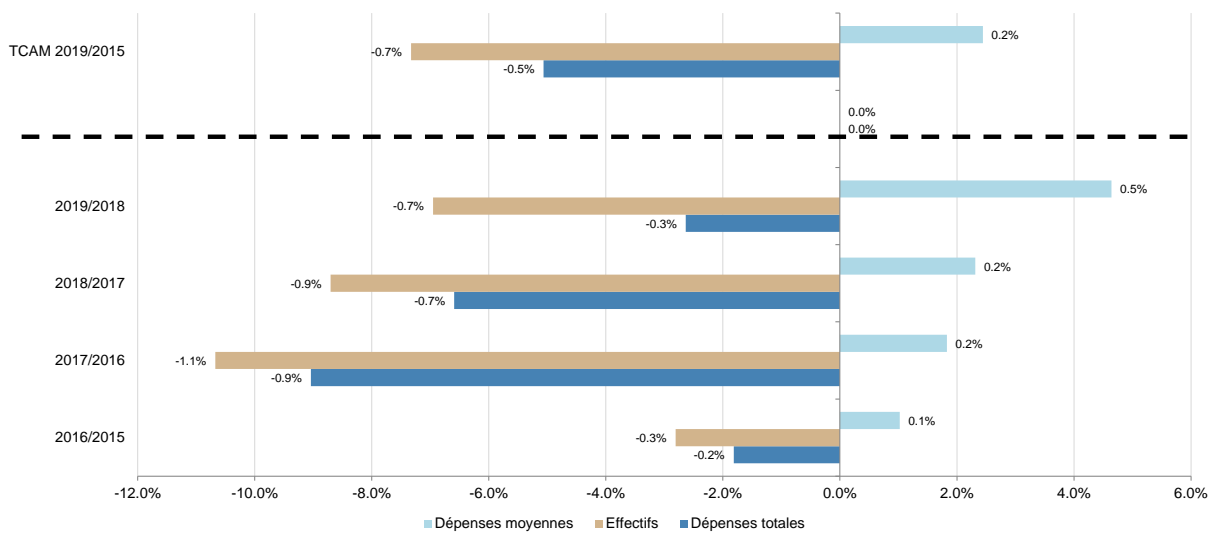
Source : cartographie G8, CNAM

Figure 58: Traitements psychotropes (a) - Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019, pour chaque pathologie



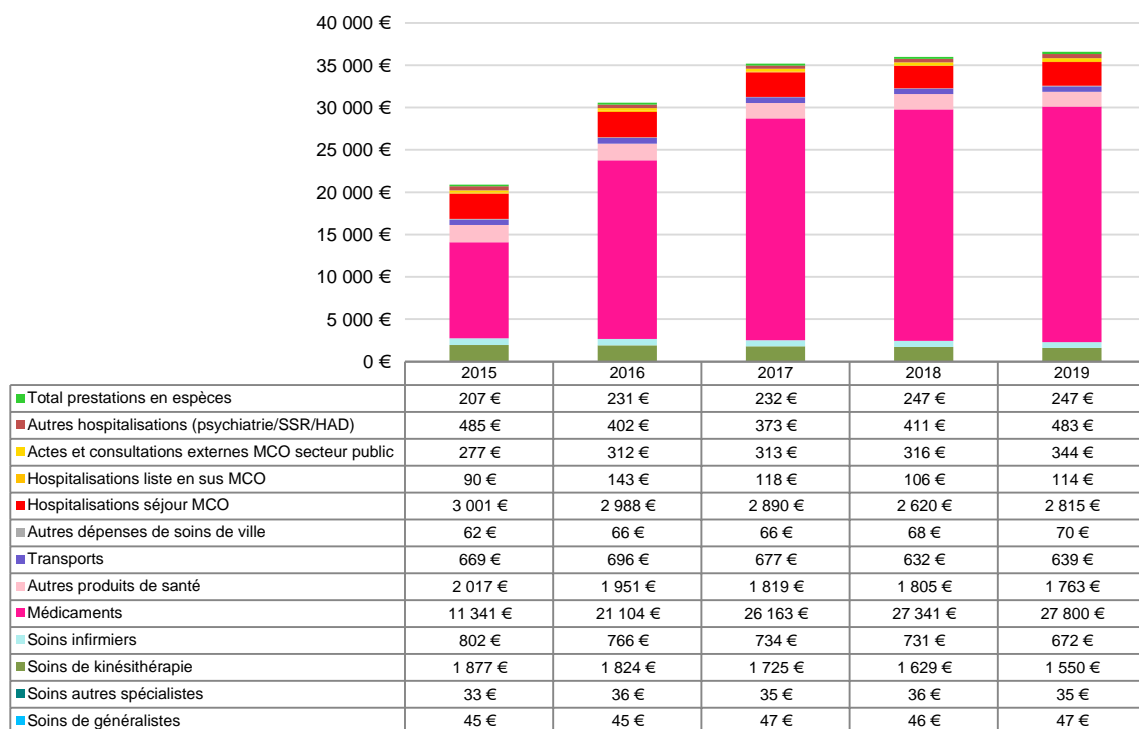
Source ; CNAM, cartographie G8

Figure 59 : Traitements hypnotiques (hors pathologies) - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2015-2019



Source ; CNAM, cartographie G8

Figure 60 : Traitements hypnotiques (hors pathologies) - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019



Source ; CNAM, cartographie G8

Pour les traitements antidépresseurs, on constate à l'inverse une augmentation des effectifs d'assurés, mais aussi des dépenses moyennes par personne. Le recours croissant à ces traitements est un souci de longue date pour l'Assurance Maladie, qui l'a conduit, entre autres, en 2015 à proposer une expérimentation de prise en charge d'approches non médicamenteuses comme les psychothérapies.

La crise sanitaire du COVID a fortement impacté les besoins relatifs à la santé mentale

Les éléments étudiés par la cartographie ne rendent compte que d'une partie du champ de la santé mentale, à travers la consommation de soins. Cela ne permet d'apprécier que de manière très indirecte l'état de santé mentale de la population. La pandémie de COVID-19 et les mesures de contrôle de l'épidémie ont eu des conséquences négatives importantes dans ce champ, en France comme dans de nombreux pays.

L'étude COVIPREV réalisée par Santé publique France montre des signes d'une nette dégradation de la santé mentale des français, tout au long de l'année 2020 et 2021³⁸. Ainsi, dans la vague du 17 au 19 mai 2021, 19 % des répondants souffraient d'un état dépressif (+9 % par rapport au niveau hors épidémie), 21 % d'un état anxieux (+6 %) et 8,5 % ont eu une pensée suicidaire au cours de l'année (+4 %). Si le niveau de ces indicateurs semble se stabiliser voire légèrement s'améliorer par rapport au début de l'épidémie et au premier confinement, ils restent à un niveau très élevé et clairement préoccupant.

Le niveau de consommation de psychotropes depuis mars 2020 témoigne également de ces conséquences. Depuis le début de l'épidémie, Epiphare estime ainsi qu'il y a eu un excès de délivrance des médicaments psychotropes : +1,9 million pour les antidépresseurs, + 440 000 pour les antipsychotiques, +3,4 millions pour les anxiolytiques et +1,4 million pour les hypnotiques par rapport à l'attendu, ces évolutions sont pour les hypnotiques et anxiolytiques en rupture avec les tendances historiques discutées plus haut (1).

38

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

Enfin, les psychiatres libéraux font partie des professions de santé dont l'activité a le moins diminué, notamment lors du premier confinement. Le recours à la téléconsultation a joué un rôle croissant quoique limité dans la réponse aux besoins, puisqu'il s'agit de la spécialité médicale dont le taux de téléconsultation était le plus élevé, même si le volume de téléconsultations reste limité³⁹. Des résultats analogues sont constatées aux USA, où dans une population de 16,7 millions de personnes par exemple, les psychiatres étaient la spécialité qui avaient eu le plus recours à la téléconsultation pendant la pandémie, avec près de 60 % des consultations qui étaient réalisées à distance (2).

Si les problèmes de santé mentale ne sont pas apparus avec la pandémie, celle-ci a clairement aggravé nombre d'entre eux et appelle à intensifier et adapter les réponses que le système de santé peut et doit leur apporter, certaines de ces réponses ayant vocation à s'inscrire sur le long terme.

2.1.2 La nécessité d'une approche de gestion du risque intégrée par pathologie pour obtenir des résultats à grande échelle et couvrir de manière large dans le champ de la santé mentale

La diversité de la santé mentale incite à distinguer en son sein des groupes de thématique plus ciblés, lorsque l'on souhaite identifier des actions de gestion du risque. C'est ainsi que l'Assurance Maladie a conçu et mis en œuvre plusieurs actions au fil des différents rapports de proposition charges et produits.

Ces propositions peuvent être décrites sur trois grands axes : le premier est celui de la pertinence des traitements médicamenteux dont le mésusage est historiquement important en France et qui a donné ses premiers fruits avec la diminution du recours aux anxiolytiques et hypnotiques, même si beaucoup reste encore à faire. Le deuxième axe concerne l'organisation des soins au sens du premier recours et tout particulièrement les approches non médicamenteuses, comme les psychothérapies, dont l'absence dans le panier de soins remboursé par l'Assurance maladie est facteur d'inégalités et source de difficultés d'accès aux soins. Le troisième s'attache à améliorer la prise en charge des malades souffrant de troubles psychiatriques lourds, parfois en situation de handicap, en particulier dans le champ de leur prise en charge somatique.

Pour différents qu'ils soient, ces axes ont de nombreuses interactions et sont loin d'être indépendants les uns des autres. Par exemple, l'absence d'une réponse coordonnée en première ligne peut conduire par défaut à une utilisation trop importante de traitements antidépresseurs, alors même que ceux-ci ne sont pas indiqués. De même, l'organisation des soins pour le suivi somatique des patients psychiatriques lourds est de nature à dégrader fortement leur prise en charge. Les problématiques de pertinence médicamenteuse ne concernent pas seulement les traitements anxiolytiques et hypnotiques mais également les traitements spécialisés, comme pour les troubles bipolaires.⁴⁰ De même, l'amélioration de la transition entre les soins de premier recours et les soins spécialisés psychiatriques est une des clés pour assurer une prise en charge précoce.

De tels constats justifient pleinement d'adopter une approche globale pathologie pour la santé mentale dans le cadre de la gestion du risque, à l'image de celle présentée pour les maladies cardio-neurovasculaires. Si le champ de la santé mentale a fait l'objet d'un nombre plus restreint d'actions de la part de l'Assurance maladie, celles-ci ont vocation à se diversifier et s'intensifier dans le cadre de cette approche.

Une approche autour de quatre grands objectifs

Les actions de gestion du risque de l'Assurance Maladie dans le cadre pour la santé mentale visent à atteindre quatre grands objectifs :

- Favoriser la prévention, le dépistage et la promotion de la santé mentale ;
- Améliorer l'organisation des soins, en particulier dans le champ des soins de premier recours et dans la transition avec les soins spécialisés ;
- Favoriser le bon usage et la pertinence de prescription des médicaments psychotropes ;
- Améliorer le suivi, en particulier somatique, des malades psychiatriques lourds.

Quel impact pour ces actions ?

³⁹ Voir à ce sujet le chapitre sur l'organisation territoriale des soins

⁴⁰ Voir le rapport pour 2019 sur l'insuffisant recours au lithium comme traitement préférentiel de première ligne pour les troubles bipolaires

L'objectif premier de toute action sur la santé mentale vise à améliorer la qualité de vie et le bon usage des soins pour les personnes qui sont affectées par ces troubles. Les effets des actions ne sont pas toutes porteuses d'un retour financier direct pour l'Assurance Maladie, mais plutôt à l'échelle sociétale, tant le poids de la santé mentale sur l'ensemble de l'activité sociale et économique est important.

Dans le cadre de son approche pathologie, l'Assurance Maladie va s'efforcer de mesurer et modéliser les éléments de mesure d'impact de ces actions, qu'ils soient de santé publique, avec le développement d'indicateurs de charge de morbidité, en particulier les années de vie ajustées sur l'incapacité, mais aussi les éléments de sur-risque de maladies dites somatiques liées à la santé mentale, ou économiques. Parmi les postes de dépenses où un fort impact est attendu, on retrouve les médicaments, les prestations en espèce comme les indemnités journalières et le recours à l'hospitalisation. Par ailleurs, favoriser le maintien en emploi et l'insertion sociale et professionnelle des malades psychiatriques sévères est porteur d'un intérêt pour l'ensemble de la société.

Le poids financier de la prise en charge des pathologies et traitements psychiatriques dans la cartographie est ainsi particulièrement élevé sur deux postes. Le premier est celui des dépenses d'hospitalisation, qui porte principalement sur le groupe des « pathologies psychiatriques » qui représente à lui seul 14 % de l'ensemble des dépenses d'hospitalisations, soit autant que le cancer et davantage que les maladies cardio-vasculaires. L'essentiel de ces dépenses est bien entendu consacré aux hospitalisations et suivi en psychiatrie. Ces patients recourent cependant également à des hospitalisations en court séjour MCO.

L'amélioration de la santé somatique, tout particulièrement la santé cardiovasculaire des malades psychiatriques chroniques, est un enjeu de premier ordre, tant la survenue d'évènements en proportion plus importante et plus précoce est un enjeu majeur pour cette population. En 2018, le NICE estimait que la mauvaise prise en charge somatique, en particulier cardiovasculaire, des malades psychiatriques sévères générerait chaque année un surcoût net de £100M pour le NHS (3). De telles estimations ne sont pas disponibles pour la France, mais il est clair au vu des travaux réalisés par l'Assurance Maladie en 2018 que la problématique y est du même ordre⁴¹.

Les troubles de santé mentale pèsent par ailleurs fortement sur les prestations en espèce, qu'il s'agisse d'indemnités journalières ou de pensions d'invalidité, à hauteur de 23 % des 22,9 milliards d'euros de ce poste en 2019. Dépister précocement ces troubles, favoriser un meilleur suivi et assurer le maintien ou l'insertion sociale ou dans l'emploi sont des enjeux d'importance dans cette population et sont susceptibles de produire des résultats importants.

2.2. Un ensemble d'actions existantes à compléter et renforcer

Sans avoir déployé une approche par pathologie en tant que telle, l'Assurance Maladie a, au fil des années, initié des actions ciblant des problématiques en lien avec la santé mentale. Certaines de ces actions ont à ce jour produit des résultats et méritent d'être développées, d'autres doivent être renforcées. Elles balaient chacun des grands objectifs de l'approche pathologie de manière plus ou moins approfondie.

2.2.1 Prévention et promotion de la santé mentale

La santé mentale est un champ privilégié pour les actions de prévention et de promotion de la santé. L'immense majorité des troubles de santé mentale relève de ce champ. Sans relever de pathologies à proprement parler, il y a un double motif pour l'Assurance Maladie à investir ce champ.

Le premier est que ces troubles sont susceptibles de dégrader de manière importante la qualité de vie des personnes concernées conduisant dans certains cas à la consommation de médicaments psychotropes de manière non pertinente. Le second est que ces troubles sont dans certains cas annonciateurs de troubles psychiatriques débutants, qui mettent trop souvent de nombreux mois ou années à être exprimés, diagnostiqués et pris en charge. Ces délais sont autant de perte de chance pour les personnes concernées. La capacité à aller vers ces personnes le plus tôt possible, même si elle ne relève pas du champ exclusif de l'Assurance Maladie, est source d'une amélioration potentiellement très importante en termes de santé publique.

⁴¹ Voir rapport de propositions pour 2019, juillet 2018

Ce champ n'a pas encore été pleinement investi par l'Assurance Maladie, elle y a cependant toute sa place. Les conséquences de la situation actuelle en lien avec la COVID-19 renforcent ce constat et son urgence. Les initiatives sont très nombreuses sur ce sujet et relèvent souvent d'actions communautaires et s'appuient également fortement sur des outils numériques.

L'initiative « premiers secours en santé mentale » est l'une de ces actions (Encadré 8). Développée dans de nombreux pays à travers le Monde, elle cible en priorité le public des jeunes, particulièrement fragiles à cet égard et souvent en écart au système de santé. Elle vise à lutter contre la stigmatisation liée à ces troubles à travers des actions de formation et d'information. Cette mesure a été incluse dans le plan national de santé publique en 2018 et depuis plus de 5 250 secouristes ont été formés. Depuis juillet 2020, la CNAM soutient cette action et a entamé une phase pilote avec 6 CPAM pour déployer ces formations, avant de l'accroître à une échelle plus grande à la fin de l'année 2021. Cette action pourrait être étendue à d'autres champs et en particulier dans le milieu professionnel de façon à couvrir une population plus large.

Les outils numériques jouent également un rôle de premier plan dans les approches de prévention et dépistage pour la santé mentale. Ils sont à ce jour peu développés en France. L'Assurance Maladie pourrait sur la base des retours d'expérience et de la comparaison de la situation dans de nombreux pays proposer la transposition ou l'adaptation de certains de ces outils au contexte français.

Encadré 8 : Le projet premier secours en santé mentale (PSSM)

De quoi s'agit-il ?

Le projet Premier secours en santé mentale a pour objectif de repérer chez les jeunes les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise afin d'intervenir précocement, sur le modèle des « gestes qui sauvent ». Ce projet est une mesure phare (n° 13) du Plan priorité prévention, mais également une action (n° 4) de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie.

Quels sont les objectifs de cette démarche ?

- repérer chez les jeunes les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise afin d'intervenir précocement, sur le modèle des « gestes qui sauvent » ;
- lutter contre la stigmatisation liée aux troubles psychiques ;
- améliorer la situation des personnes touchées par ces troubles en favorisant l'accès aux soins et à l'accompagnement.

L'objectif opérationnel du projet est de former des partenaires qui œuvrent auprès des jeunes à l'échelle locale, afin qu'ils puissent eux-mêmes former des jeunes qui pourront ainsi intervenir auprès de leurs pairs.

Public cible de l'action portée par la Cnam et les Cnam (une par région en phase pilote en 2021)

Les publics concernés par l'action sont les jeunes accueillis par les missions locales ou par d'autres structures d'accueil accompagnant les jeunes dans une situation sociale défavorisée.

Descriptif du programme

Les premiers secours en santé mentale (PSSM) sont inspirés du programme « Mental health first aid », né en Australie en 2000, déjà mis en œuvre dans plus de 20 pays et ayant fait ses preuves. En Europe, il est déjà développé au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, et en cours de mise en place en Suisse et en Allemagne. Le programme est cité comme exemple de bonne pratique en santé mentale dans la publication 2018 de EU Compass (qui assure le suivi de la feuille de route européenne en santé mentale) « Good practices in mental health and well-being », ne recensant que des projets et des actions évaluées de façon rigoureuse.

Il s'agit d'un programme standardisé, visant à former la population générale pour être en mesure d'intervenir, avec aisance et de façon proactive, devant toute situation nécessitant des secours en santé mentale.

Le projet français s'adresse aux jeunes dont les étudiants, dans une logique d'aide par les pairs.

La formation aux Premiers secours en santé mentale permet une meilleure connaissance de la santé mentale, des troubles psychiques, un repérage de ces troubles et indique la conduite à tenir en cas de problème ou de crise. Le module de base concerne un public adulte (18 ans et plus) et consiste en une formation de 12 à 14h (2 jours) avec des cours théoriques portant sur la santé mentale, les symptômes et facteurs de risque de dépression, anxiété, psychose et addictions, et sur les situations de crise associées à ces pathologies : crise suicidaire, attaque de panique, événement traumatique, menaces, overdose ; puis une mise en pratique pour acquérir les comportements adéquats, tout cela à l'aide d'un manuel.

Cadre du projet envisagé pour la France

Le modèle australien est une franchise, ce qui assure le respect du modèle d'origine, ainsi que la coordination des acteurs. En France, cette franchise a été acquise par l'association « PSSM France ».

PSSM France est une association loi 1901 composée de Santé Mentale France, de l'UNAFAM et de l'INFIPP. Elle a été spécialement créée pour mettre en œuvre le projet au niveau national, dans une optique de santé publique : favoriser la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques en améliorant la connaissance de la population générale. Son rôle est de garantir la fidélité au modèle australien, de mettre à jour et d'adapter les modules de formation, et de délivrer des attestations

d'instructeurs et de formateurs. Elle est seule habilitée à former les instructeurs. Cette formation et la vente des manuels d'instruction doivent suffire à financer son fonctionnement.

- Une intervention du Ministère de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche centré sur le déploiement des PSSM en milieu universitaire. Une convention entre la DGS, la DGSIIP et l'association « PSSM France » (chargée de la gestion du projet afin de définir les objectifs du projet « étudiants ») a été mise en place.
- Une action de l'Assurance Maladie centrée sur une offre de déploiement des PSSM auprès de partenaires accompagnant des jeunes en situation de fragilité et de précarité hors milieu universitaire.

Une convention entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'association « PSSM France » a été signée début 2021 pour que les caisses d'Assurance Maladie retenues à l'échelle locale puissent porter le projet. En année 2021, une caisse primaire par région participe au déploiement de ce projet pilote.

Actions en 2021

- Un marché à bon de commande a été mis en place par chaque Cnam participante, une par région, début 2021,
- la première session de formation a été planifiée pour la fin du 1er semestre 2021 par chaque CPAM, avec plusieurs partenaires intéressés, cette offre des CPAM auprès de ces partenaires accompagnant les publics jeunes non étudiants en situation de fragilité/précarité remporte un grand succès et semble répondre à un besoin avéré,
- La possibilité d'organiser une seconde session en 2021 sur la base du bilan de la première sera ouverte au second semestre,

Perspectives

Le bilan des actions mises en œuvre en 2021 nous permettra de définir le modèle de généralisation,

Ces actions sont financées le FNPEIS de la Cnam et constituent une des actions de la stratégie santé jeunes de l'assurance maladie.

2.2.2 Améliorer l'organisation des soins, en particulier dans le champ du premier recours et dans la transition avec les soins spécialisés

L'accès aux stratégies non médicamenteuses et aux soins de psychologues

Une expérimentation en cours depuis 2018

Dans plusieurs pays européens⁴² les psychothérapies, réalisées en pratique privée et dans le secteur public, sont prises en charge, au moins partiellement, dans le cadre du droit commun.

En France, l'Assurance Maladie expérimente depuis 2018, une prise en charge de l'accompagnement psychologique pour les patients âgés de 18 à 60 ans et présentant des troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée.

Ce dispositif fait suite à la proposition 25 du rapport charges et produits de juillet 2015 pour « Expérimenter une organisation de soins coordonnée pour les dépressions légères à modérées ». Sa mise en œuvre a fait l'objet d'une concertation durant 2 ans et il a été co-construit avec une large communauté d'acteurs⁴³.

Le dispositif expérimenté permet dans le cadre d'un parcours de soins coordonné par le médecin généraliste traitant, de proposer aux patients de 18 à 60 ans présentant des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée, des séances d'accompagnement psychologique auprès de psychologues cliniciens ou de psychothérapeutes agréés par l'ARS, financés par l'Assurance Maladie.

Testé sur 4 départements (Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne, du Morbihan et des Landes), ce dispositif permet la prise en charge à 100 % de :

⁴² C'est le cas notamment de l'Angleterre, l'Espagne, la Suède, la Finlande, la Suisse, les Pays-Bas, l'Autriche et l'Allemagne.

⁴³ Dispositif réalisé avec le Ministère de la Santé (DGS, DSS, DGOS et SG) et les ARS concernées, le Collège de la Médecine Générale (CMG), le Collège National des Professionnels de Psychiatrie (CNPP), le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP), le syndicat des psychiatres français (SPF), l'AFTCC (Association Française de Thérapie comportementale et cognitive), le Syndicat des Psychiatres Français et l'Association Française de Psychiatrie. Le Syndicat National des Psychologues (SNP) participe aux comités de pilotage (national et locaux).

- 1 entretien d'évaluation (EEP) réalisé par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute agréé par l'ARS
- de 1 à 10 séances d'accompagnement psychologique de soutien (APS) réalisé par le psychologue clinicien ou le psychothérapeute agréé par l'ARS
- En fonction d'une réévaluation du patient avec le médecin généraliste traitant et après avis du psychiatre : de 1 à 10 séances de psychothérapie structurée (PSS).

Ce parcours gradué suit les recommandations de la HAS et s'inspire des programmes internationaux qui préconisent les psychothérapies comme des solutions de première intention, avec une efficacité et une efficacité comparables aux traitements médicamenteux. La question de la prise en charge de soins de psychologues libéraux par l'Assurance Maladie pour des troubles psychiques légers à modérés a également fait l'objet de recommandations dans les rapports récents de l'IGAS⁴⁴, de la Cour des Comptes⁴⁵, du Conseil Économique Social et Environnemental⁴⁶.

Des données d'activité témoignant d'un déploiement dynamique du dispositif sur l'ensemble des territoires d'expérimentation

Depuis son lancement en 2018, le dispositif a rencontré l'adhésion des patients - plus de 30 000 ont bénéficié du dispositif depuis ses débuts -, des médecins généralistes - 3 719 (82,2) ont prescrit au moins une séance à l'un de leur patients, et des psychologues, 733 psychologues cliniciens ou psychothérapeutes agréés ARS ont signé la convention-cadre avec leur CPAM (soit 44,8 % de l'ensemble des psychologues cliniciens/psychothérapeutes agréés ARS inscrits sur les fichiers ADELI de ces départements⁴⁷) Suite à la décision de prolonger le dispositif expérimenté jusqu'en décembre 2022, 83 % des psychologues ont renouvelé leur conventionnement (au 31 décembre 2020), signal positif de leur intérêt pour la démarche.

Les données de suivi montrent qu'il est largement utilisé par les médecins généralistes et qu'il répond à un besoin réel pour les patients.

Des enquêtes qualitatives ont été menées auprès des professionnels à l'automne 2020 : 654 médecins généralistes répondants (soit 13,2 %) et 736 psychologues / psychothérapeutes participant au dispositif (soit 67,2 %). Malgré un biais de représentativité des répondants à ce type d'enquête (professionnels actifs, impliqués), les retours des professionnels démontrent la faisabilité et l'opérationnalité du dispositif, son bon niveau d'acceptation, une intégration dans les pratiques et des premiers éléments d'efficacité pour les patients, tels que perçus par les professionnels.

Premiers constats sur le recours au dispositif en 2019

En 2019, 9 744 patients⁴⁸ ont bénéficié d'une prise en charge de séances de psychothérapie. Parmi eux :

- 1 475 patients (15,1 %) n'ont réalisé que le seul entretien d'évaluation (EEP), taux avoisinant celui constaté dans le programme anglais IAPT⁴⁹, cet entretien jouant un rôle de « tri »,
- 6 271 patients (64,4 %) ont réalisé au moins une séance d'accompagnement psychologique de soutien (APS) et aucune séance de psychothérapie structurée (PSS),
- 1 998 patients (20,5 %) ont réalisé au moins une séance de psychothérapie structurée (PSS) après l'étape d'accompagnement psychologique de soutien (APS).

⁴⁴ « Prise en charge cordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution » (IGAS, octobre 2019)

⁴⁵ « Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie » (Cour des Comptes, février 2021)

⁴⁶ « Améliorer le parcours de soins en psychiatrie » (CESE, mars 2021).

⁴⁷ A noter : les fichiers ADELI ne sont pas régulièrement mis à jour

⁴⁹ Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

La majorité de ces patients étaient des femmes (75 %). Le dispositif a par ailleurs pu répondre aux besoins d'accompagnement de la population jeune et étudiante : 27,5 % des patients inclus dans le dispositif ont moins de 30 ans, 11.6% ont entre 18 et 24 ans.

Le dispositif permet également d'accompagner des personnes en situation de précarité, qui habituellement n'ont pas accès aux séances de psychothérapie en libéral : **près de 10 % des patients inclus dans le dispositif sont bénéficiaires de la CMU-C, alors que** le taux de bénéficiaires de la CMU-c était en 2018 de 8,3 %, France entière.

Tableau 10 : Effectifs de patients par sexe et par âge inclus dans le dispositif en 2019

Tranche d'âge	Effectif total	%	Homme	%	Femme	%
18 à 29 ans	2 494	25,6%	589	24,2%	1 905	26,1%
30 à 39 ans	3 139	32,2%	773	31,8%	2 366	32,4%
40 à 49 ans	2 274	23,3%	599	24,6%	1 675	22,9%
50 à 60 ans	1 837	18,9%	472	19,4%	1 365	18,7%
Total	9 744	100,0%	2 433	100,0%	7 311	100,0%

Source : SNDS

En moyenne, un patient a réalisé 9 séances d'accompagnement psychologique (tous types de séances confondus) ; et 50 % des patients ont réalisé 10 séances et plus. La durée moyenne de prise en charge est de 4 mois (quel que soit le parcours du patient). Elle était de 7 mois pour les patients ayant réalisé au moins une séance de psychothérapie structurée (PSS).

En 2019, il a été constaté une importante participation des médecins généralistes : 60% des médecins généralistes installés dans les départements pilotes ont inclus au moins un patient dans le dispositif. En moyenne, un médecin généraliste a inclus 3,9 patients ; et la moitié des MG n'ont inclus qu'un seul patient.

Pour les médecins généralistes ayant inclus plus d'un patient dans le dispositif, ceux-ci sont adressés à 3,2 psychologues différents en moyenne (nombre médian 3 psychologues). Seul 10 % des MG « adressent » toujours ces patients au même psychologue.

Globalement, même s'il y a une hétérogénéité sur les quatre départements, plus de la moitié (58%) des médecins généralistes ont eu une activité régulière sur le dispositif et ont inclus au moins un patient les deux années consécutives (2018 et 2019).

En 2019, sur l'ensemble psychologues cliniciens et des psychothérapeutes recensés au fichier ADELI, 44,8 % se sont conventionnés avec l'Assurance Maladie, la très grande majorité d'entre eux 87 % ont réalisé au moins une séance.

En moyenne, un psychologue a reçu plus de 16 patients et la moitié des psychologues ont reçu moins de 10 patients.

Les psychologues ont également eu une activité régulière sur le dispositif : 33 % ont pris en charge au moins un patient les deux années consécutives (2018 et 2019).

En 2019, 89 582 séances ont été réalisées pour un montant total de 2,2M€ et pour un coût moyen par patient (en 2019) de 228 €.

Evaluation des parcours des patients inclus dans le dispositif et évaluation médico-économique

Une évaluation médico-économique du dispositif expérimenté sur les 18-60 ans est en cours. Ses principaux objectifs sont de confirmer la faisabilité et l'efficacité de ce parcours de soins gradué, intégrant l'accompagnement psychologique avec l'intervention des psychologues, pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée. Un autre objectif est d'observer l'impact du dispositif sur les organisations de soins et sur les pratiques des professionnels.

Perspectives

Dans le contexte de la crise sanitaire, la question de la santé mentale a pris un relief particulier et modifié de manière importante l'urgence d'apporter à la population une réponse adaptée à ces nouveaux besoins. Les résultats préliminaires de l'évaluation présentés plus haut montrent de manière claire la faisabilité du dispositif et sa capacité à répondre à une partie des attentes de la population. Il reste cependant limité à quatre départements. La CNAM propose donc la généralisation de ce dispositif à brève échéance, en commençant pas les 3-25 ans.

Les modalités de l'inscription de cette mesure dans le droit commun devront être préparées et instruites en parallèle. Les résultats de l'évaluation médico-économique de l'expérimentation menée par la CNAM permettront à mesure de leur mise à disposition d'adapter le dispositif ainsi créé.

Par ailleurs, plusieurs dispositifs ont également été initiés à l'occasion de la crise sanitaire, comme la mesure 31 du Ségur de la santé ou le dispositif psy enfant ado par exemple (Encadré 8). L'ensemble de ces dispositifs doivent pouvoir à terme converger vers un parcours de soins gradués, impliquant notamment les psychologues et balayant l'ensemble du champ de la santé mentale. Cette convergence indispensable à l'inscription de ces dispositifs dans le droit commun ne doit pas à court terme empêcher la mise en place des mesures dans ce champ, mais au contraire constituer un horizon auquel chacune de ces expérimentations doit pouvoir contribuer.

Encadré 9 : Les mesures Ségur et Psy enfant ado

La MESURE 31 DU SEGUR DE LA SANTE

La mesure 31 du Ségur de la Santé vise à renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population en permettant l'« accès à des consultations de psychologues ambulatoires dans des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et des centres de santé (CDS) ». Son déploiement en cours depuis le mois de mai 2021 au travers d'un dispositif assez similaire à celui de l'expérimentation de l'Assurance Maladie.

Indications / Population cible :

Patients à partir de 18 ans en souffrance psychique et/ou troubles psychiatriques légers à modérés.

Elargissement aux enfants de 3 à 17 ans avec des indications et un parcours en cours de construction.

Parcours et tarifs calqués sur le dispositif Cnam :

Inclusion (repérage et diagnostic) par le MG + 1 entretien initial

+ 10 séances accompagnement psychologique de soutien

+ après avis du psychiatre : 10 séances de psychothérapie spécifique

Financement :

Structures rémunérées au forfait (par an) par l'ARS => puis MSP et CDS en charge de rémunérer les psychologues

Calendrier : Désignations des structures par les ARS : mai 2021 ; Durée du dispositif 3 ans.

PSY ENFANT ADO

Le Ministère de la Santé, en association avec l'Assurance Maladie, a décidé par arrêté du 12 mai 2021, la prise en charge de séances de soutien psychologique, réalisées par des psychologues cliniciens, pour les enfants et les adolescents (de 3 ans à 17 ans inclus) en souffrance psychique ou présentant des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée dans le contexte actuel de crise sanitaire.

Sur prescription du médecin (généraliste ou pédiatre ou médecin hospitalier ou médecin scolaire, PMI,...), l'enfant ou adolescent est adressé à un psychologue clinicien conventionné par l'Assurance Maladie. Un site internet permet de consulter en ligne l'annuaire des psychologues cliniciens conventionnés : <https://psyenfantado.sante.gouv.fr>

Ce dispositif permet la prise en charge à 100%, sans dépassement possible, d'un accompagnement psychologique composé :

- d'un entretien d'évaluation (32€ - 1 seule séance)

- de 1 à 9 séances d'accompagnement psychologique de soutien (22€ par séance)

Cette mesure d'urgence a été mise en œuvre le 19 mai 2021. Les médecins pourront prescrire cet accompagnement jusqu'au 31/10/2021 et les séances devront être réalisées par les psychologues cliniciens avant le 31/01/2022.

Cette mesure d'urgence vient compléter les circuits habituels de prise en charge.

2.2.3 Les organisations innovantes de soins primaires

La question de l'organisation des soins en lien avec la santé mentale en particulier dans le champ de soins primaires va au-delà de la seule question du rôle des psychologues, pour importante qu'elle soit. De nombreux dispositifs peuvent être imaginés en fonction du contexte, des contraintes et des enjeux, inspirés d'expérience française ou étrangère et pouvant inclure des outils digitaux.

Aux Etats-Unis et dans d'autres pays, les Collaborative care, offrent une perspective intéressante pour faciliter l'accès à une expertise spécialisée et orienter les patients en outillant les médecins traitants. Une expérimentation est actuellement en cours, accompagnée par l'Institut Montaigne dans le département des Yvelines pour tester la transposabilité de cette démarche au contexte français.

Le cadre d'expérimentation de l'article 51 de la LFSS est un outil particulièrement adapté pour tester, modéliser et évaluer des organisations innovantes portées par des acteurs de terrain engagés. Le champ de la santé mentale est abordé par un nombre croissant de porteurs de projet. Plusieurs expérimentations sont actuellement en cours. Elles balayent un large spectre de situations cliniques et organisationnelles en ciblant des publics différents d'une expérimentation à l'autre (Encadré 10).

Les enseignements de ces expérimentations tirés au fil de leur mise en œuvre, mais aussi issues des résultats de leurs évaluations pourront utilement aider à dessiner les contours des organisations à venir du système de santé français sur ce champ.

Encadré 10 : Principales expérimentations autorisées et en cours dans le champ de la santé mentale dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018

SP-Adepress

Parcours coordonné du patient dépressif entre les professionnels du premier recours et la psychiatrie. Publié le 23 janvier 2020 pour une durée de 3 ans sur la région Pays de la Loire.

Ce projet vise à mettre en place, pour le patient présentant une dépression caractérisée, un parcours de soins gradué en fonction de la gravité, coordonné par le médecin traitant en collaboration avec le psychiatre et associé à un financement forfaitaire de l'épisode de soins. Porté par le CHU d'Angers et deux MSP (le Pôle de santé Ouest-Anjou et le Pôle de santé Sud-Ouest Mayennais.), il vise l'inclusion de 228 patients. Son objectif : Améliorer la prise en charge de la dépression par les soins primaires en permettant aux médecins généralistes de mettre en place concrètement les recommandations HAS, notamment par la facilitation de la collaboration avec les psychiatres et autres professionnels impliqués dans la prise en charge. Pour cela, il propose deux parcours de 8 mois : 1/ pour le patient souffrant d'une dépression légère à modérée sans antécédent, 2/ pour le patient souffrant d'une dépression modérée avec antécédent(s), ou sévère. Ces parcours sont mis œuvre après la formation par les psychiatres du CHU d'Angers des médecins et des professionnels de santé des deux MSP aux recommandations de bonnes pratiques et outils d'évaluation de la dépression. Après un retard pris du fait de la crise sanitaire, le projet a commencé à inclure des patients en avril 2021.

DSPP (volet adultes)

Dispositif de soins partagés en psychiatrie en Haute-Garonne. Publié le 6/08/2020 pour une durée de 5 ans sur la région Occitanie.

Ce projet propose la mise en place d'un dispositif apprenant basé sur des pratiques collaboratives permettant aux médecins généralistes d'obtenir un avis psychiatrique dans un délai convenu pour leurs patients âgés de 15 ans et plus, présentant une souffrance psychique ou des troubles mentaux fréquents ou graves. Après cette évaluation, un suivi partagé et apprenant est mis en place avec les médecins généralistes ou une orientation dans les meilleurs délais vers un suivi spécialisé, notamment en psychiatrie. Porté par l'URPS médecins Occitanie, le CHU de Toulouse et le CH Marchant, il prévoit l'inclusion de 7 013 adultes. Le modèle proposé repose ainsi sur la connexion entre les soins primaires et les soins spécialisés que le projet ambitionne d'améliorer avec la mise en place de cette équipe pluridisciplinaire (psychiatres libéraux, psychologues et infirmiers hospitaliers, secrétaire) contribuant au décloisonnement ville/hôpital.

Ce projet se décline avec un volet à destination des enfants, porté par le CHU de Montpellier et l'URPS médecins d'Occitanie. Ce même dispositif innovant et apprenant est mis en place auprès des médecins généralistes et des pédiatres libéraux pour faciliter la prise en charge des jeunes patients (6 à 18 ans) présentant des troubles psychiques.

Passeport bipolaire

Projet publié le 21/09/2019 pour une durée de 3,5 ans sur les régions Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-

Franche-Comté.

Porté par la Fondation FondaMental, ce projet propose de mettre en œuvre une prise en charge intégrée (psychiatrique et somatique) spécialisée et personnalisée des patients atteints de trouble bipolaire avec un suivi rapproché et coordonné par des case-managers à l'aide d'outils numériques et prévoit l'inclusion de 2000 patients. Ce parcours implique différents professionnels : IDE hospitalier, cadre de soins, chef de clinique, psychiatre, psychologue, pharmaciens hospitalier et d'officine. Après un retard pris du fait de la crise sanitaire et du délai d'obtention d'un avis favorable d'un CPP, le projet a commencé à inclure des patients fin 2020 dans les 4 CHU concernés.

Psycog

Intervention de psychologue auprès du patient et/ou de l'aidant dans le parcours personnalisé des personnes atteintes de troubles cognitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Publié le 01/08/2016 pour une durée de 4 ans sur les régions Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie.

Porté par la fédération des centres Mémoire, ce projet vise à optimiser le parcours de soins du patient présentant un trouble cognitif lié à la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et/ou de son aidant en intégrant la prise en charge de leur souffrance psychique en ville. Les trois parcours prévus permettent de soigner la souffrance psychique du patient seul, de l'aidant seul ou de la dyade. Ces parcours impliquent les médecins généralistes, les psychologues libéraux, les centres de mémoire de proximité, les plateformes territoriales d'appui et la CPTS. La coordination entre ces structures est matérialisée par un parcours formalisé, des outils, un coordonnateur et le choix d'une rémunération au forfait permettant la valorisation des temps de concertation entre les acteurs.

Microstructures post-Covid

Projet publié le 28/01/2021 pour une durée de deux ans sur les régions Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Hauts-de-France, Ile-de-France et PACA.

Porté par la coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS), ce projet propose de l'accompagnement médical, social et psychologique des patients fragilisés par la Covid-19 et le confinement par la mobilisation des réseaux de microstructures médicales autour d'une équipe pluriprofessionnelle (médecin généraliste, psychologue, psychiatre, travailleur social). Une cinquantaine de microstructures participent à l'expérimentation qui vise l'inclusion de 1 450 patients.

Ecoute'Emoi

Projet réintégré au dispositif Article 51, publié le 19/12/2017 pour une durée de 4 ans sur les régions Ile-de-France, Pays de la Loire et Grand-Est.

Porté par la DGS dans le cadre de la LFSS pour 2017 (art. 68), cette expérimentation s'inscrit dans le prolongement du plan d'action « bien-être et santé des jeunes ». Elle propose la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans via un appui psychologique gratuit de 12 séances. Son objectif : réduire la souffrance psychique des jeunes par l'amélioration des parcours de santé et une meilleure coordination des acteurs de santé mentale. Elle s'appuie ainsi sur une collaboration entre les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins de l'Education Nationale, les psychologues exerçant en établissement scolaire, les psychologues libéraux, l'ensemble des professionnels de l'Education Nationale et de l'enseignement supérieur, les psychiatres et les maisons des adolescents (MDA). Au regard de la crise sanitaire et de ses conséquences sur la santé mentale des jeunes, cette expérimentation est étendue en 2021, aux jeunes de 6 à 21 ans, à 15 nouveaux territoires (3 régions et plusieurs départements) et propose une fin d'inclusion au 31/12/2021 pour des séances qui se dérouleront sur l'année 2022.

2.2.4 Médicaments

La pertinence de la prescription et de l'usage des médicaments psychotropes est un enjeu constant, tant ces traitements sont générateurs de mésusage de iatrogénie et de troubles addictifs. Médicaments de spécialité pour certains d'entre eux, ils sont également fréquemment prescrits en médecine générale.

Dans le rapport charges et produits pour 2019, l'Assurance Maladie avait identifié de nombreuses situations de mésusage de ces traitements, qu'il s'agisse d'une surutilisation, comme les benzodiazépines en Ehpad, de sous-observance, comme lorsque des traitements antidépresseurs sont prescrits pour des durées trop courtes ou d'utilisation inappropriée, comme dans le cas du lithium, traitement théorique de première ligne des troubles bipolaires, insuffisamment prescrit au profit de traitements plus récents.

La récente augmentation de la prescription des traitements anxiolytiques et hypnotiques, si elle peut en partie s'expliquer par les conséquences de la crise sanitaire, est assez préoccupante à cet égard. Si les approches non médicamenteuses proposées plus haut dans ce chapitre constituent une réponse alternative à ces prescriptions dans de nombreux cas, elles ne suffiront pas à assurer un meilleur usage des traitements psychotropes à elle seules.

Dans le cadre de cette approche de rénovation de la gestion du risque, l'Assurance Maladie propose plusieurs actions de court et moyen terme sur ce sujet. Trois peuvent être citées :

Actions d'information sur la prescription des antidépresseurs chez les patients âgés de 75 ans et plus (voir chapitre 2)

Inclure dans les prochaines versions de la **ROSP, des indicateurs de bon usage des antidépresseurs**, en particulier d'une durée suffisante à l'efficacité du traitement lorsqu'il est prescrit à bon escient (au moins 6 mois après l'arrêt des symptômes).

Lancer un grand plan de pertinence de la prescription des benzodiazépines. Depuis 2012, la France, tout en restant un pays de forte consommation de benzodiazépines (2^{ème} pays européen), connaissait une diminution progressive et régulière de cette consommation, reflétant les nombreuses actions mises en œuvre par les Institutions sanitaires sur ce sujet. Cette dynamique positive a été stoppée par la crise sanitaire. Selon l'étude Epi-Phare (1), sur la période de plus d'un an depuis le début du premier confinement, entre mars 2020 et avril 2021, on observe une augmentation de +3,4 millions de délivrances d'anxiolytiques et +1,4 million de délivrances d'hypnotiques par rapport à l'attendu. Pour contrer cette tendance et tenter de revenir à la dynamique antérieure, l'Assurance Maladie propose la mise en œuvre d'un plan d'actions qui viserait 2 cibles prioritaires : la primo prescription, notamment chez les 30-65 ans et les prescriptions prolongées chez les personnes âgées dont on connaît les effets délétères en termes de chutes et de confusion mentale. Ces actions pourraient s'appuyer sur une large communication multicanale à destination des usagers et des prescripteurs, épaulée par des mesures plus réglementaires comme l'alignement de la limitation de la durée de prescription à 4 semaines pour les anxiolytiques (actuellement, la limitation est de 4 semaines pour les hypnotiques et de 12 semaines pour les anxiolytiques, facteur de confusion pour les prescripteurs), le fractionnement de 7 jours de la délivrance des BZD hypnotiques (comme pour les stupéfiants.) déjà effective pour certains hypnotiques, et dont la liste pourrait être étendue. Ces dernières actions seront à discuter avec la HAS et l'ANSM.

2.2.5 Améliorer le suivi somatique des malades psychiatriques sévères

Les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère ont en sus des troubles liés à leur affection psychiatrique un risque particulièrement élevé de maladies somatiques, en particulier de maladies CNV et de cancers. Ce sur-risque est lié à plusieurs facteurs, dont l'exposition à des facteurs de risque évitable, un accès aux soins altéré, un suivi somatique souvent perfectible et parfois les effets indésirables des traitements qu'ils suivent.

Cette situation se traduit comme l'a montré l'Assurance Maladie dans son rapport pour 2019 (et comme le rapporte de la littérature scientifique sur le sujet) par la survenue plus fréquente d'évènements cardiovasculaires graves et d'une surmortalité précoce accrue. **Cette situation appelle des réponses appropriées et un investissement important de l'Assurance Maladie sur la durée.**

L'Assurance Maladie pourrait agir sur deux leviers sur ce sujet. Le premier est celui de développer des actions adaptées à ce public particulier en adaptant les messages de prévention et d'accompagnement aux spécificités de ce public. Le second est de développer en partenariat avec les professionnels de santé, les patients et la Haute Autorité de Santé des outils permettant de faciliter la prise en charge de ces patients dans les organisations de soins. Des parcours adaptés pourraient être développés et expérimentés ou déployés à cette fin. Le rôle des organisations coordonnées comme les MSP et CPTS en lien avec les établissements psychiatriques pourrait être particulièrement sollicité.

2.3. Plan d'action et propositions

Propositions sur la santé mentale

Proposition 15 : Accompagner et renforcer l'initiative « premiers secours en santé mentale » et envisager les conditions d'une extension de ce dispositif en milieu professionnel

Le projet Premier secours en santé mentale (PSSM) a pour objectif de repérer chez les jeunes les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise afin d'intervenir précocement, sur le modèle des « gestes qui sauvent ». Il s'agit d'un programme standardisé, inspirés du programme « Mental health first aid », né en Australie en 2000, visant à former la population générale pour être en mesure d'intervenir, avec aisance et de façon proactive, devant toute situation nécessitant des secours en santé mentale. En France, ce projet est porté par l'association PSSM France, avec laquelle l'Assurance maladie a signé une convention pour le déploiement d'une offre de formation aux PSSM auprès des partenaires de l'Assurance maladie accompagnant des jeunes en situation de fragilité et de précarité hors milieu universitaire. Ce projet pilote sera expérimenté en 2021 par une caisse primaire par région en vue de définir le modèle de généralisation. En outre, l'Assurance maladie étudiera les conditions d'une extension de cette démarche en milieu professionnel.

Proposition 16 : Etudier 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

La santé mentale fait partie des champs pour lesquels les solutions numériques d'accompagnement des patients sont encore peu mobilisées, alors même que leur potentiel d'intégration dans les parcours de soins apparaît important. Certains pays ont néanmoins engagé le déploiement voire la prise en charge financière de tels outils, sous condition d'éléments d'évaluation probants. Il apparaît dès lors nécessaire d'engager une réflexion quant aux conditions dans lesquelles ces dispositifs pourraient compléter de manière efficace et pertinente les modalités plus traditionnelles d'accompagnement des patients.

Proposition 17 : Préparer et accompagner la généralisation de l'expérimentation de l'Assurance Maladie proposant des séances de psychothérapies prescrites par le médecin traitant pour les patients présentant des syndromes anxiodépressifs d'intensité légère à modérée

Bien que l'évaluation de cette expérimentation soit encore en cours et que ses résultats ne soient pas encore disponibles, compte tenu de l'impact de la crise sanitaire et de la nécessité de proposer des prises en charge plurielles, cette généralisation pourrait être envisagée dès 2022. Elle pourrait dans un premier temps concerner les enfants et les jeunes de 3 à 25 ans, population particulièrement impactée par la crise.

Proposition 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

Tirer les enseignements de l'ensemble des mesures et expérimentations dans le champ de la santé mentale et de leurs évaluations pour définir les modalités des évolutions nécessaires du droit commun. L'objectif est de pouvoir proposer un cadre propice à ce que les organisations de soins coordonnés puissent devenir des acteurs majeurs dans les parcours de santé mentale et de psychiatrie.

Proposition 19 : Améliorer la pertinence et les conditions de prescriptions des antidépresseurs et des benzodiazépines

Selon les recommandations de la HAS, les antidépresseurs, un fois prescrits, doivent être maintenus au moins 6 mois après la disparition des symptômes ; Or, la grande majorité des délivrances sont uniques, démontrant la non-pertinence de la prescription. Il faut donc favoriser la prescription pertinente, quand elle est utile et alors, favoriser la bonne durée de prescription. Des indicateurs de qualité pourraient être renforcés dans la ROSP et une communication ciblée notamment sur les prescriptions chez la personne âgée pourrait être entreprise. Concernant les benzodiazépines, là aussi une communication pourrait être entreprise, visant les usagers et les prescripteurs, avec deux cibles privilégiées : la primo prescription chez les adultes de 30 à 65 ans et les renouvellements de

prescriptions chez les personnes plus âgées. Par ailleurs, des mesures réglementaires visant à limiter les durées de prescriptions pourraient être discutées avec l'ANSM et le ministère.

Proposition 20 : Déployer des actions de maîtrise du risque cardiovasculaire chez les malades psychiatriques sévères

Les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère ont, en sus des troubles liés à leur affection psychiatrique, un risque particulièrement élevé de maladies cardiovasculaires. Cette situation se traduit comme par la survenue plus fréquente d'événements cardiovasculaires graves et d'une surmortalité précoce accrue.

L'Assurance Maladie propose donc d'agir sur deux leviers sur ce sujet et de développer :

- des actions adaptées à ce public particulier en adaptant les messages de prévention et d'accompagnement aux spécificités de ce public ;
- en partenariat avec les professionnels de santé, les patients et la Haute Autorité de Santé, des outils permettant de faciliter la prise en charge de ces patients dans les organisations de soins.

Des parcours adaptés pourraient être développés et expérimentés ou déployés à cette fin. Le rôle des organisations coordonnées comme les Maisons de santé pluri-professionnelles et communautés professionnelles territoriales de santé en lien avec les établissements psychiatriques pourrait être particulièrement sollicité.

2.4. Références

1. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. Saint Denis: Epi-phare; 2021 mai. Report No.: 6.
2. Patel SY, Mehrotra A, Huskamp HA, Uscher-Pines L, Ganguli I, Barnett ML. Variation In Telemedicine Use And Outpatient Care During The COVID-19 Pandemic In The United States: Study examines variation in total US outpatient visits and telemedicine use across patient demographics, specialties, and conditions during the COVID-19 pandemic. Health Aff (Millwood). 1 févr 2021;40(2):349-58.
3. NICE impact cardiovascular disease prevention. p. 20.

3. La crise de la COVID-19 et son impact sur la consommation et le recours aux soins

Le 30 janvier 2020, l'OMS déclarait l'état d'urgence de santé publique de portée internationale, devant la flambée de cas d'infections au virus SARS-COV2. La maladie causée par ce virus, appelée COVID-19, s'est diffusée rapidement entraînant un nombre exponentiel d'infections et de décès, les formes graves de la maladie entraînant des syndromes de détresse respiratoires sévères nécessitant le recours aux soins intensifs pour des durées parfois très longues et un nombre important de décès.

Devant le risque de saturation des services de santé, en particulier les soins intensifs, et la rapidité de diffusion de la maladie dans des populations immunologiquement naïves aux virus et donc avec une immunité collective inexistante, de nombreux pays dont la France ont pris des mesures extrêmement fortes pour réduire la circulation du virus, dont des confinements plus ou moins intenses et prolongés.

Les mesures de lutte contre le virus ont été très variables d'un pays à l'autre, dépendant notamment de la dynamique épidémique dans le pays concerné, des capacités de son système de santé et des choix politiques et stratégiques des gouvernements. A ce jour, aucun pays n'a échappé à une circulation plus ou moins importante et active du virus au sein de sa population. L'émergence et la circulation de variants incitent à la prudence, car l'épidémie est loin d'être encore derrière nous.

D'immenses progrès ont néanmoins été réalisés dans un intervalle de temps extrêmement court, en termes de diagnostic avec la possibilité et le déploiement à grande échelle de tests de dépistage, en termes de prise en charge - notamment pour les patients avec des formes sévères en soins intensifs – et bien évidemment avec le développement de vaccins efficaces.

L'état d'urgence sanitaire est décrété en mars 2020 en France. Le 17 mars un confinement généralisé est instauré qui durera jusqu'au 11 mai 2020. La circulation du virus a continué par la suite mais de manière beaucoup moins intense pendant l'été, amenant à la prise de mesures de contrôle moins contraignantes et plus différenciées d'un territoire à l'autre. Devant la recrudescence du nombre de cas à l'automne 2020, un second confinement, partiel et gradué selon l'intensité de la circulation du virus est instauré du 30 octobre au 15 décembre 2020. L'année 2021 a été marquée par la mise à disposition des premiers vaccins et la montée en charge de la campagne de vaccination contre le SARS-COV2. Avec la circulation plus active des variants du virus initial et le risque de saturation du système hospitalier, un troisième confinement est instauré le 3 mars jusqu'au 3 mai.

L'épidémie, ses conséquences directes et celles des mesures de contrôle ont profondément impacté le fonctionnement du système de santé, mais aussi l'activité économique, en France, comme dans l'ensemble des pays du Monde. L'objet du présent chapitre du rapport, n'est évidemment pas de livrer une évaluation des mesures et décisions qui ont été prises, mais de présenter, dans la perspective de l'Assurance Maladie, les conséquences en termes de santé des populations et de fonctionnement du système de santé, ainsi que la contribution de l'Assurance Maladie, en particulier du réseau des caisses primaires, du service médical, des centres d'examen de santé, mais également des établissements des UGECAM, qui ont joué un rôle très important auprès des assurés, en particulier les plus fragiles et des professionnels de santé.

3.1. L'épidémie de COVID-19 a modifié de manière importante le recours aux soins en 2020 et en 2021

3.1.1 Un nombre de cas et de formes graves de COVID-19 important en France en 2020 et 2021

Depuis janvier 2020, on recense plus de 174 millions de cas confirmés de COVID-19 et 3,7 millions de décès dans le Monde, dont 32 millions de cas confirmés et 730 000 décès en Europe, d'après l'ECDC. La France compte au 13 juin 2021 d'après Santé publique France un total cumulé de plus de 5,7 millions de cas confirmés depuis le début de la pandémie pour plus de 110 000 décès.

Les personnes âgées sont les plus fragiles au regard du risque de développer une forme grave de COVID-19 (hospitalisation ou décès), le risque augmentant de façon exponentielle avec l'âge (1). Les résidents d'EHPAD ont ainsi payé un lourd tribut à la pandémie lors de la première vague, comme le montrent les résultats d'une étude à laquelle l'Assurance Maladie a contribué portant sur la période mars à mai 2020 (2). Les résidents d'EHPAD représentaient la moitié des décès survenus en excès (plus de 13 000 décès en France entre mars et mai 2020). Le sur-risque de mortalité en EHPAD était ainsi de 43 % par rapport à la période 2014-2019 et était plus importante chez les hommes.

La plupart des pathologies chroniques repérables dans le SNDS étaient associées à un risque accru d'hospitalisation et de décès pendant le premier confinement d'après Epiphare (1). Certaines pathologies comme la trisomie 21, le retard mental, la mucoviscidose, l'IRC terminale sous dialyse, le cancer du poumon et les transplantations d'organes avaient des niveaux de risque particulièrement élevés (Tableau 11).

Tableau 11 : Sur-risque d'hospitalisation et de décès de COVID-19 pendant le premier confinement 2020 en fonction des pathologies dont le risque était le plus élevé

Pathologie	Risque d'hospitalisation pour COVID-19 multiplié par	Risque de décès multiplié par
Trisomie 21	7	23
Retard mental	4	7
Mucoviscidose	4	
Insuffisance rénale chronique terminale sous dialyse ⁴	4	5
Cancer actif du poumon	3	4
Transplantation rénale	5	7
Transplantation du poumon	3	6

Source Epiphare(1)

3.1.2 La réponse à l'épidémie de Covid-19 a mobilisé le système de santé français et entraîné un recours aux soins importants, qui a dans un premier temps reposé fortement sur le système hospitalier puis mobilisé largement les professionnels de santé de ville dans le cadre de la stratégie « Tester Alerter Protéger »

La prise en charge de l'épidémie lors de la première vague a dans un premier temps surtout pesé directement sur les établissements de santé et sur les services de soins intensifs et de réanimation. L'ATIH a ainsi recensé près de 215 000 hospitalisations complètes pour COVID, dont près de 50 000 avec un passage en soins critiques et 35 546 décès hospitaliers, pour l'année 2020. Ces hospitalisations ont suivi le nombre de cas dans les territoires des établissements concernés. Ainsi, lors du premier confinement, les régions Grand Est et Ile—de-France ont eu le plus grand nombre de cas, et donc d'hospitalisations.

La prise en charge des formes graves de COVID-19 est particulièrement complexe et a entraîné des durées de séjours très longues, 11,6 jours en moyenne, passant à 21,7 jours avec passage en soins intensifs⁵⁰. L'accumulation d'un nombre important de séjours très long sur une période de temps très réduite expose mécaniquement à un risque de saturation des services de réanimation et a justifié des mesures exceptionnelles de contrôle de l'épidémie avec les confinements, mais aussi une adaptation capacitaire des services de soins intensifs et des transferts de patients entre régions pour soulager les services subissant la plus forte pression épidémique.

La médecine de ville et les soins de premier recours ont bien entendu été également des acteurs importants de la prise en charge des patients atteints de COVID-19. Les motifs de consultation pour COVID-19 ne représentaient cependant pas la majorité des motifs de consultation en médecine générale, même si le niveau d'activité directement liée à la COVID-19 dépendait de l'intensité de l'épidémie dans leur territoire d'exercice et variait au cours du temps (3). De nombreux médecins généralistes ont mis en place des organisations spécifiques pour les patients COVID et ont fréquemment recouru à la téléconsultation.

Les professionnels de santé de ville, en particulier les pharmaciens, biologistes et infirmiers ont été amenés à jouer un rôle de premier plan dans la gestion de l'épidémie, et ce rôle a été renforcé et organisé par la mise en place de la stratégie Tester Alerter Protéger. Cette contribution s'est également faite en aval de l'hospitalisation pour les patients sortant d'un séjour pour COVID, ou le suivi de l'isolement pour les patients atteints de COVID ne nécessitant pas une hospitalisation.

⁵⁰ A titre de comparaison, dans une étude réalisée avec la SFAR sur l'ensemble des passages réanimation en 2013, la durée médiane de séjours pour des hospitalisations en réanimation était comprise en 12 et 14 jours selon l'âge.

La réalisation en masse de tests de dépistage et de diagnostic de la COVID a ainsi conduit à une augmentation très importante de l'activité et des dépenses de biologie médicale avec un taux de croissance de plus de 50 % en cumulé sur l'ensemble de l'année 2020 par rapport à 2019.

Cette mobilisation des acteurs de ville a permis une meilleure compréhension de la dynamique épidémique dans la population et d'adapter les mesures de contrôle épidémique de manière plus fine et anticipée que lors de la première vague épidémique au début 2020.

3.1.3 Au-delà de la phase aiguë, certains patients présentent des symptômes prolongés suite à la COVID-19

Les suites de réanimation et de séjours hospitaliers longs

Dans les suites des phases aiguës de la COVID-19, deux types de situations cliniques sont apparues et constituent aujourd'hui des sujets de préoccupation pour l'Assurance Maladie. Le premier sujet est celui des séquelles et complications pour les patients ayant eu des hospitalisations longues pour COVID-19.

L'ATIH a ainsi recensé en 2020 plus de 46 000 patients diagnostiqués COVID en hospitalisation complète en SSR. Les données issues de l'exploitation du système viatrajectoire⁵¹ confirment le fort impact des suites de COVID dans les établissements de SSR. Alors qu'on observe globalement une contraction de l'activité de SSR en 2020, les admissions potentiellement en lien ont augmenté de manière importante, notamment sur les motifs liés à la pneumologie, en particulier « défaillance respiratoire aiguë » et « infections pleuropulmonaires », mais aussi l'infectiologie (avec les motifs « complication non infectieuse des infections légères » et les « sepsis sévères et subaigus »). Ces motifs expliquent un excès de près de 10 000 demandes d'admissions supplémentaires en SSR et près de 7 500 admissions supplémentaires en 2020 par rapport à 2019. Le devenir de ces patients et de leur trajectoire de soins devra faire l'objet d'un suivi attentif de la part de l'Assurance Maladie à travers les analyses du SNDS, afin d'identifier dans cette population d'éventuelles situations d'écart aux soins appelant la mise en place de mesures d'aide ou d'accompagnement spécifiques.

Les symptômes prolongés suite à la COVID-19

Le second sujet est celui de la persistance de symptômes, plusieurs semaines ou mois après les premières manifestations, sans que le patient ait nécessairement eu une forme grave de COVID-19. Un nombre croissant d'études tente de définir les contours de ces situations que certains désignent sous le terme « COVID long ». Selon les études et leur périmètre, la population potentiellement atteinte varie de façon importante.

L'histoire naturelle de ces troubles, que la HAS désigne comme « symptômes prolongés suite à une COVID-19 » n'est pas encore connue et les données sont encore rares pour en comprendre les mécanismes physiopathologiques. Le terme « covid long » est celui qui a été utilisé en premier par les associations de patients puis repris dans la littérature. Selon la HAS, les patients les plus particulièrement concernés par ces symptômes prolongés répondent aux 3 critères suivants : épisode initial symptomatique de la Covid-19, « confirmé » ou « probable », présence d'au moins un des symptômes initiaux au-delà de 4 semaines suivant le début de la phase aiguë de la maladie, et symptômes initiaux et prolongés non expliqués par un autre diagnostic sans lien connu avec la Covid-19. Les symptômes prolongés les plus fréquents sont très variés (Tableau 11).

⁵¹ Le système viatrajectoire [définition] permet d'observer les demandes et les admissions en SSR par grande famille de prise en charge témoigne de l'impact de la COVID-19 pour ces établissements

Tableau 12 : Symptômes prolongés les plus fréquents selon la HAS

Fatigue majeure
Dyspnée, toux
Douleurs thoraciques, souvent à type d'oppression, palpitations
Troubles de la concentration et de mémoire, manque du mot
Céphalées, paresthésies, sensation de brûlures
Troubles de l'odorat, du goût, acouphènes, vertiges, odynophagie
Douleurs musculaires, tendineuses ou articulaires
Troubles du sommeil (insomnie notamment)
Irritabilité, anxiété
Douleurs abdominales, nausées, diarrhée, baisse ou perte d'appétit
Prurit, urticaire, pseudo-engelures
Fièvre, frissons

Source : HAS

Cette grande variabilité des situations cliniques et l'absence de consensus clair sur le périmètre exact de ces troubles ou les modalités de leur prise en charge, appellent à soutenir les efforts de renforcement des connaissances et de recherche en ce domaine. Les résultats d'études cliniques, épidémiologiques comme celle de la cohorte Constances, mais aussi l'analyse des données du SNDS, apporteront des éléments précieux dans cette démarche.

Pour autant, les difficultés éprouvées par les patients sont réelles et les conséquences médico-sociales potentielles le sont tout autant. Elle appelle à ce titre une prise en charge adaptée avec un enjeu fort d'éviter l'errance diagnostique et thérapeutique et un risque de chronicisation et de désinsertion socioprofessionnelle pour certains patients. Comme le souligne la HAS, les symptômes prolongés suite à une COVID-19 relèvent d'une prise en charge globale, de traitements médicamenteux le plus souvent symptomatiques, et d'un bilan paraclinique. De nombreux éléments de cette prise en charge sont accessibles dans le cadre du droit commun et il convient d'informer largement les patients et les professionnels de santé sur ces ressources déjà disponibles.

Certaines mesures complémentaires ont été par ailleurs prises, comme la prise en charge d'un forfait de 20 séances de kinésithérapie à destination des patients souffrant de symptômes persistants de COVID-19.

Il n'existe actuellement pas de reconnaissance d'affection de longue durée (ALD) spécifique pour la COVID-19 spécifique. Les résultats des études et analyses citées plus haut pourront permettre de juger de la pertinence de création d'une telle ALD. Les assurés peuvent cependant bénéficier d'ores et déjà de l'exonération du ticket modérateur dans un certain nombre de situations pour assurer une prise en charge adaptée :

- Le patient est déjà en ALD pour une pathologie et celle-ci s'aggrave du fait de la COVID. La prise en charge de cette aggravation sera prise en charge en ALD ;
- Le patient souffre de séquelles inscrites dans la liste des ALD et peut donc obtenir l'ALD concernée. Par exemple, si le patient souffre d'une insuffisance respiratoire, il peut obtenir l'ALD 14 ;
- Enfin, il est possible de faire une demande au titre de l'ALD hors liste en cas de forme sévère qui ne rentreraient pas dans les deux premiers cas. Pour cela, il faut que la consommation de soins le justifie et que la durée prévisible des soins dépasse 6 mois.

Enfin, il faut souligner les initiatives organisationnelles prises par de nombreux acteurs pour répondre au mieux au plus près des besoins des patients. Les structures d'exercice coordonné sont des acteurs majeurs de la mise en place des parcours. Certaines régions ont déjà entamé des travaux avec les CPTS et MSP. Par exemple, la région PACA travaille à la création d'une consultation pluridisciplinaire de ville au sein des MSP.

Par ailleurs, un certain nombre de dispositifs organisationnels ont été développés par les acteurs de l'offre de soins pour répondre à ce besoin nouveau. Les établissements des UGECAM ont ainsi pour plusieurs d'entre eux

proposés des programmes et organisations à destination des patients ayant eu une infection au SARS-COV2 et présentant, ou à risque de présenter, des symptômes persistants (Encadré 17).

Encadré 11 : Exemples d'offres de rééducation post-COVID mises en place par certains établissements des UGECAM

Programme de réhabilitation post-COVID à l'Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau (UGACM Alsace – Strasbourg)

Ce programme s'adresse aux patients présentant un tableau clinique associant plusieurs éléments : symptômes persistants et récurrents divers et polymorphes, difficultés de retour à l'activité professionnelle, voire incapacité, très grande anxiété (qu'il y ait eu un séjour en réanimation ou pas), voire profil de syndrome post traumatique et fatigabilité musculaire importante parfois sans altération notable objective des capacités d'effort.

Les patients sont adressés par des médecins dans plusieurs circonstances : des médecins généralistes, quelque peu impuissants par rapport au polymorphisme des symptômes, des pneumologues de ville et du CHU, objectivant la non-reprise encore possible de la vie quotidienne, après un séjour en hospitalisation, des Praticiens du Service de médecine interne et infectiologie, des Médecins du travail (visite de reprise d'activité). Le bouche à oreille joue également dans ce cas.

Le programme est proposé sur une période de 8 semaines, à raison de 5 séances de 3 h réparties sur 15 jours, soit 20 séances. Le patient s'engage fermement, et bénéficie d'un accompagnement pluridisciplinaire composé des éléments suivants : programme d'activités physiques, prise en charge psychologique voire bilans neuro psychologiques, prise en charge nutritionnelle, ergothérapie et accès à une assistante sociale. Les patients bénéficient également le cas échéant du service de l'unité de réinsertion socio-professionnelle COMETE, aux autres spécialités médicales (cardiologue, neurologue, pneumologue, rhumatologue...).

Une *évaluation* est réalisée en début et à l'issue de la prise en charge :

- Questionnaire de situation sociale, et évaluation de la qualité de vie (questionnaire SF36)
- Consultation médicale MPR et psycho corporelle: point sur les capacités physiques, les limitations, redéfinition des objectifs.
- Explorations fonctionnelles respiratoires, test d'effort avec mesure de la VO2max, situation psychologique, évaluation MM et MG potentielle, TM6, Test de lever de siège en 1 min.
- Bilan kinésithérapique et enseignant en activité physique adapté (EAPA) : Quantification des limitations et mise en place de la stratégie d'entraînement spécifique

La nécessité de pluridisciplinarité, de longs temps d'échange médicaux et de réassurance des patients est indéniable.

Consultation post-COVID post-réanimation au centre régional de médecine physique et réadaptation des Herbiers (UGECAM Normandie)

Une évaluation type hospitalisation de jour pour les patients ayant subi une atteinte sévère liée à une infection à SARS-CoV2, a été mise en place au CHU de Rouen, conjointement entre les médecins réanimateurs ayant pris en charge les patients en phase aiguë et les médecins de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

L'évaluation comportait :

- **Infirmier(e)** : biologie sanguine (Albumine ; Vitamines A, C, D, E, B9, B12 ; ionogramme, bilan rénal ; bilan hépatique); données anthropométriques ; ECG de repos
- **Diététicien(ne)** : évaluation de l'état nutritionnel, entretien individuel
- **Psychologue** : entretien individuel, recherche d'état de stress post-traumatique, questionnaire anxiété-dépression (HAD-S)
- **Médecin Réanimateur** : consultation avec examen clinique
- **Kinésithérapeute et Médecin MPR** : évaluations fonctionnelles (Test de Marche 6minutes, Test lever de chaise 1min, Echelle MRC, mesures force musculaire inspiratoire et expiratoire, échelle MoCA à la recherche de troubles cognitifs) + consultation

Les patients contactés pour bénéficier de cette évaluation étaient les patients vivant en région Normandie et ayant séjourné en réanimation pour le traitement de l'infection à SARS-CoV2. En cas d'acceptation, ils étaient convoqués pour cette HdJ.

32 patients ont bénéficié des évaluations et 26 (81%) d'entre eux déclaraient au moins un symptôme persistant : la moitié se plaignaient d'une fatigue, 34.8% d'une perte de force musculaire et 31.25% d'une dyspnée. Les évaluations fonctionnelles ont permis de déceler des anomalies chez certains patients (notamment désaturation à l'effort).

En fin de prise en charge, une discussion pluridisciplinaire donnait des orientations pour ces patients en fonction des informations recueillies (évaluation physiologique à l'effort, consultation pneumologie, suivi nutritionnel, suivi psychologique...). Les patients furent très satisfaits et la poursuite de ces évaluations post-réanimation serait un atout dans

leur prise en charge.

Institut Régional de Réadaptation (IRR), UGECAM Nord-est, Proposition d'expertise en CPTS et de contribution au projet de santé de la CPTS

Services liés à la prévention des séquelles de la Covid-19

Public cible de l'offre de rééducation :

- les patients hospitalisés pour Covid-19 puis retournés à domicile sans être passés par un établissement SSR
- les personnes accompagnées en ESMS hospitalisées pour Covid-19 (ou non) puis retournées en ESMS sans être passées par un établissement SSR
- qui, au décours de leur hospitalisation en médecine, réanimation ou soins intensifs, pourraient bénéficier d'un bilan et d'une prise en charge de réadaptation-réhabilitation sur le plateau technique SSR et en ambulatoire

Offre au sein des établissements :

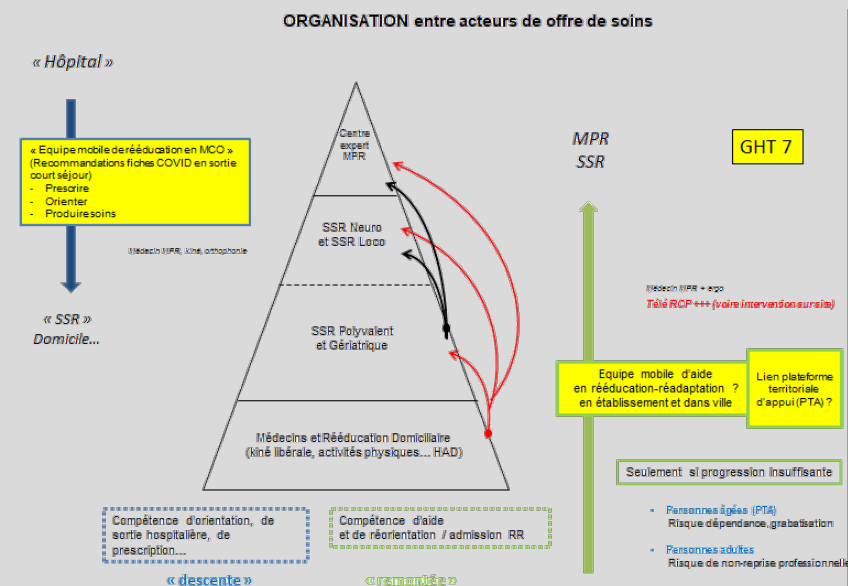
- coordination de soins pluri-professionnelle et plateau technique spécialisé (PTS)
- en SSR (sans PTS) : besoin de la famille, du médecin-traitant, du masseur-kinésithérapeute (remontée dans le système de soins, aide aux soins primaires)

Prestation :

- sur le plateau technique SSR : évaluation de la fonction respiratoire et cardiaque, capacités de locomotion, bilan nutrition, etc.
- prescription d'un programme de rééducation en lien avec le médecin traitant et co-organisation avec le SSR et les professionnels de santé de ville

Modalités :

- sur le territoire de la CPTS, le médecin traitant propose au patient cette prise en charge (avec un document rédigé par l'établissement)
- l'établissement MCO qui a pris en charge initialement le patient intègre cette prestation dans le courrier au médecin traitant



3.1.4 La consommation de soins de ville comme hospitalière a subi des modifications importantes en 2020 et 2021

Si la prise en charge des cas de COVID-19 et les mesures de prévention et de prise en charge de l'épidémie ont fortement mobilisé les professionnels de santé, hospitaliers comme de ville, l'épidémie de COVID-19 a aussi très fortement perturbé le fonctionnement du système de santé, notamment pour la prise en charge des soins non directement liés à la COVID. Dans son précédent rapport de propositions, l'Assurance Maladie avait présenté une première analyse de la situation sur ce champ. Avec un an de recul supplémentaire, il est possible de préciser et compléter ces analyses.

L'année 2020 est marquée par un recul de l'activité de la plupart des professions de santé et le début 2021 par une activité supérieure à l'attendu.

L'analyse de l'activité des professionnels de santé appréciée par les dépenses remboursées permet d'approcher le niveau de recours aux soins de manière globale, elle ne permet cependant pas d'étudier précisément l'impact sur différents types de population ou les caractéristiques des assurés. Il faut pour cela calculer un taux de recours aux différents professionnels de santé (c'est à dire le pourcentage d'assurés qui consomment au moins une fois un soin de ce type de professionnel dans l'année) et comparer l'évolution de ce taux de recours au cours du temps selon les caractéristiques des assurés, en calculant le ratio entre le taux de recours 2020 et 2019⁵².

On constate en effet sur l'ensemble de l'année 2020 une contraction du recours à l'ensemble des professionnels de santé pris en charge par l'Assurance Maladie par rapport à 2019, à l'exception notable des infirmiers libéraux (ratio de recours par patient 2020 / 2019 de 128,7 %) et dans une moindre mesure des sages-femmes (110,3 %) (Figure 61).

C'est à l'occasion du premier confinement que les écarts les plus importants ont été constatés entre 2020 et 2019 (Figure 62). Le recours à l'ensemble des professions de santé a fortement diminué. Les infirmiers, médecins généralistes, sages-femmes et psychiatres ont été les moins affectés, mais affichent tout de même un recours de 40 % inférieur au niveau sur la même période en 2019. Les dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et ophtalmologistes ont vu leur activité chuter de manière très importante atteignant à peine 20 % de leur niveau sur la même période en 2019.

Ces constats ne sont pas propres à la France. En Belgique, l'INAMI a constaté une forte baisse de l'activité des médecins généralistes (-15 %) entre janvier et juillet 2020 par rapport à 2019, avec une diminution très forte en avril (- 55 %) et en mai (- 41,7 %). L'activité des dentistes a décru de manière très importante (-21,6 %, avec un creux à -90 % en mai 2020) et celle des masseurs-kinésithérapeutes également (-18,2 % sur l'année, creux à -66,6% en mai) (4).

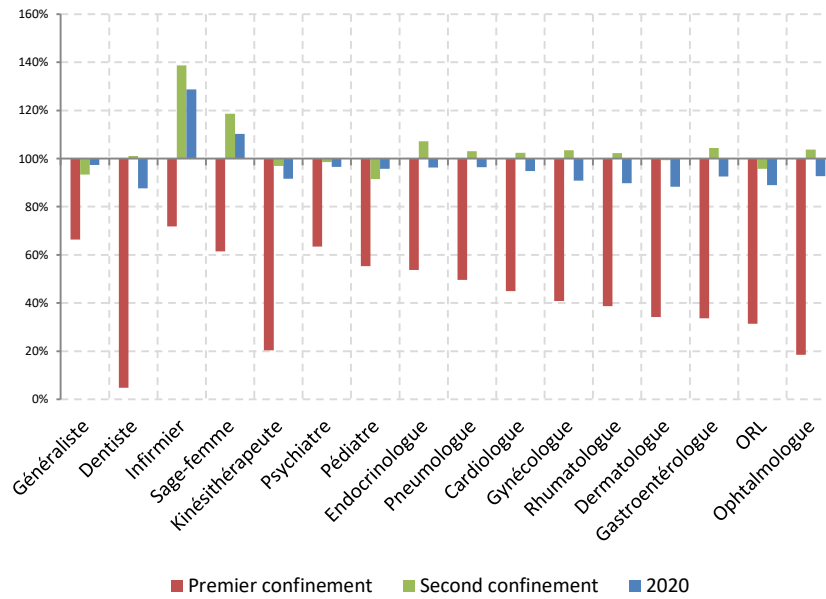
La sortie du premier confinement s'est accompagnée d'un retour de l'activité vers des niveaux équivalents voire supérieurs à ceux de l'année 2019, sans que l'on puisse considérer qu'un rebond massif du recours ait été enregistré. La reprise est globalement comparable pour l'ensemble des professions, indépendamment de l'ampleur de la baisse au cours du premier confinement (Figure 62).

Les modifications du recours induites par le second confinement ont, elles, été bien moins marquées, du fait de mesures plus graduées et d'une adaptation plus grande du système de santé et probablement des patients, mais aussi d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs de santé et de l'Assurance Maladie pour permettre la continuité de l'activité. Le recours à la plupart des professions a varié de plus ou moins 5 % autour de son niveau de 2019. A l'exception là encore des IDEL et des sages-femmes et dans une moindre mesure des endocrinologues.

Les études de recours ne permettent pas encore d'apprécier la dynamique du début d'année 2021, en revanche, le suivi des dépenses de ville témoigne d'une plus grande activité des professionnels de santé. Cette évolution est naturellement contrastée selon les professions et les spécialités, par exemple, les chirurgiens-dentistes, particulièrement affectés pendant le premier confinement ont vu leur activité se situer au-dessus des tendances historiques depuis la mi-2020 jusqu'à avril 2021. Le troisième confinement semble n'avoir qu'un impact modéré sur cette consommation de soins, hors dépenses spécifiques COVID.

⁵² Un taux recours inchangé induit un rapport de 100 % entre 2020 et 2019, si l'activité a diminué le rapport est inférieur à 100 %.

Figure 61 : Rapport des taux de recours en 2020 et en 2019 à certaines professions de santé de ville du recours par patient par profession

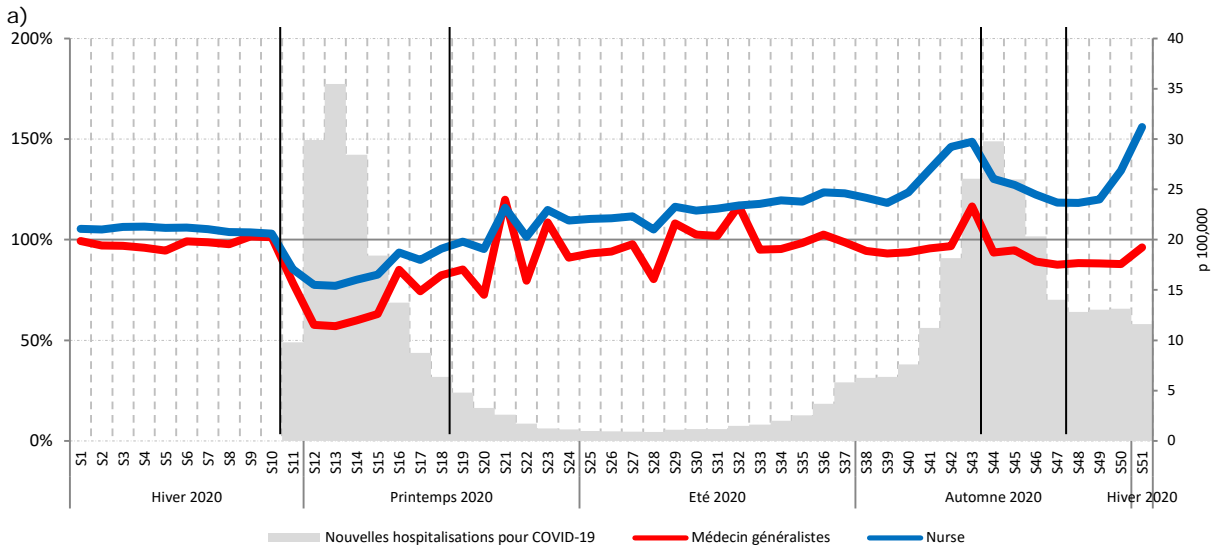


Source : SNDS

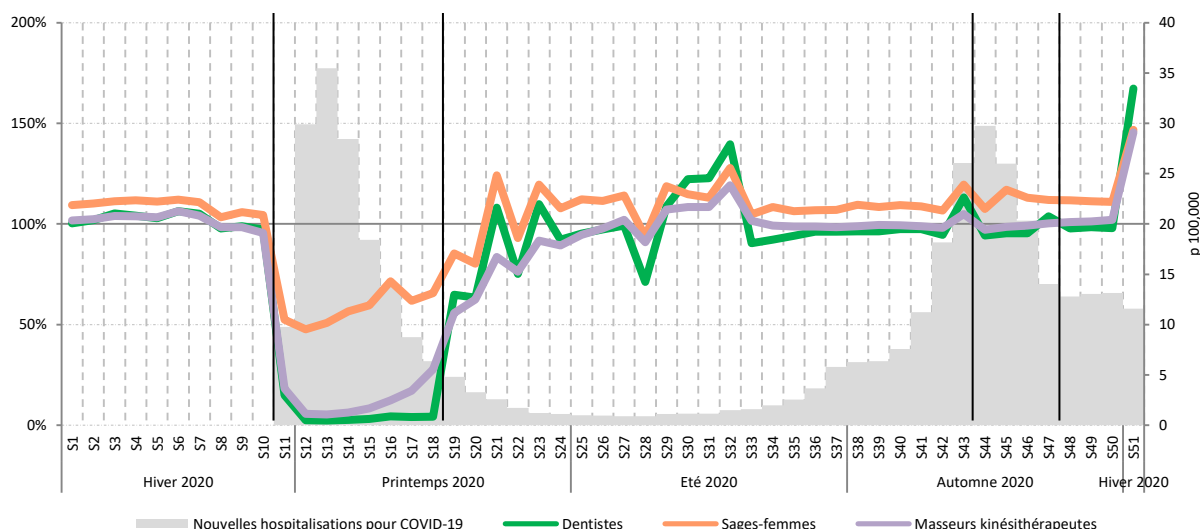
Note de lecture : LD1 = premier confinement / LD 2 deuxième confinement

Taux de recours : % de patient ayant consommé au moins un acte avec de la profession de santé considérée sur la période donnée ; Les rapports de taux de recours sont calculés en divisant ce taux de recours entre 2020 et 2019. Un taux de recours inchangé se traduit par un rapport de 100 % entre 2020 et 2019, si le taux de recours a diminué en 2020 le rapport est inférieur à 100 %.

Figure 62 : Rapport hebdomadaire entre 2020 et 2019 du nombre d'individus avec au moins une consultation par profession : médecin généraliste, infirmier (a) et dentiste sages-femmes et masseurs-kinésithérapie (b) en France métropolitaine, du nombre de consultations hebdomadaires et taux hebdomadaire d'hospitalisations pour Covid-19



b)



Source : SNDS

Taux de recours : % de patient ayant consommé au moins un acte avec la profession de santé considérée sur la période donnée ; Les ratio de taux de recours sont calculés en divisant ce taux de recours entre 2020 et 2019. Un taux recours inchangé induit un rapport de 100 % entre 2020 et 2019, si le taux de recours a diminué en 2020 le rapport est inférieur à 100 %.

Derrière les recours moyens et leur évolution, on retrouve des situations variables selon le profil des assurés. Il est rassurant de constater que les patients les plus âgés, porteurs de maladies chroniques et polypathologiques ont vu leur recours aux soins de ville moins affecté que les autres en 2020 (Tableau 13). Ceci est particulièrement vrai pour les IDEL dont le maintien du taux de recours dans ces populations et le nombre moyen d'actes par patient (11,5 en moyenne contre 8,8 en 2019) montrent le rôle essentiel que cette profession a joué notamment auprès des patients les plus complexes, dans des périodes où l'accès aux soins hospitaliers était difficile. A défaut de maintenir une activité identique à l'année 2020, cette mobilisation a certainement joué un rôle d'amortissement des conséquences de la COVID auprès des populations fragiles. Diverses mesures comme la possibilité offerte pendant le premier confinement de renouveler les délivrances de traitements chroniques sans nouvelle ordonnance ont facilité cette continuité, comme le soulignent les travaux d'Epiphare.

Tableau 13 : Rapports des taux de recours (2020 / 19) aux différentes professions de santé selon l'âge des patients

	Médecin généraliste	IDEL	Masseurs kinésithérapeutes	Dentistes
Total	97,3	128,7	91,6	87,7
Age				
0-1 an	93,3	143,4	55,6	85,9
2-6	90,7	166,8	75,8	86,8
7-17	93,8	202	83,2	84,8
18-25	98,4	163,2	93	87,5
26-50	96,8	140,9	91,2	87
51-65	98,5	120	93	88,6
66-75	101,4	113,3	93,8	91,2
76-85	99,7	106,2	92,9	89,3
> 85	102,6	109,8	98,5	88,4

Source : SNDS

Certaines situations préoccupantes persistent et appellent le renforcement ou l'initiation d'actions d'aller vers des publics particulièrement affectés par la crise.

La prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires a été fortement impactée par l'épidémie, tant pour les épisodes aigus que pour le suivi chronique et justifie d'inscrire des actions spécifiques d'aller vers dans l'approche par pathologies de la gestion du risque.

Lors du premier confinement, un important déficit d'événements cardiovasculaires aigus hospitalisés a été enregistré. Le nombre d'infarctus du myocarde a ainsi diminué atteignant un creux de 20 à 30 % pendant les mois d'avril et mai 2020, à l'image des résultats retrouvés en Belgique par l'INAMI (-39,1 % en avril 2020) ou dans d'autres pays. En cumulé sur l'ensemble de l'année 2020, l'activité hospitalière aiguë pour cardiopathie ischémique aiguë est en retrait de 7,8 % par rapport à 2019. Cette baisse se retrouve également dans le recours au SSR, viatrajectoire enregistre ainsi un déficit de près de 3 000 admissions en 2020 pour coronaropathies et infarctus myocardiques.

Une moindre fréquence d'accidents vasculaires cérébraux hospitalisés a également été enregistrée aux mois de mars et avril 2020 par rapport aux trois années précédentes, avec un « déficit » de 600 AVC par semaine (-30 % pendant les semaines 2 et 3 du premier confinement) (5). Les AVC survenus étaient en outre plus graves avec une mortalité plus importante pendant l'hospitalisation (+ 60 %) et dans les 30 jours suivants celle-ci. Les formes graves hémorragiques ou en lien avec une fibrillation auriculaire étaient en proportion plus nombreuses et les accidents transitoires étaient moins fréquents. Ceci laisse penser que les patients atteints de formes les plus « légères » ont eu un moindre recours aux soins pendant cette période, ce que laisse penser la baisse concomitante du recours aux urgences. Ces éléments laissent craindre qu'une partie des patients ayant eu des AVC moins sévères ou peu symptomatiques et qui auraient pu bénéficier en temps normal d'un bilan et de la mise en place d'une prise en charge adaptée n'ont pas pu en bénéficier. Des travaux complémentaires méritent d'être menés. Sur l'ensemble de l'année 2020, les données du PMSI retrouvent une baisse de 3,8 % des AVC et accidents hémorragiques en 2020 par rapport à 2019. Là encore, la proximité de ces résultats avec ceux enregistrés par l'INAMI en Belgique (- 4,6 % entre juillet et août 2020 par rapport à 2019) est intéressante.

A travers l'analyse des actes facturés par les établissements et professionnels de santé par la CCAM, on constate un recul en 2020 des examens de suivi et de diagnostic cardiologique réalisés par le secteur privé, de 17,6 % pour les épreuves d'effort et dans une moindre mesure pour les échographies cardiaques et ECG. De même, les actes thérapeutiques et chirurgicaux comme les dilatations coronaires, les pontages coronaires, la chirurgie valvulaire et les poses d'implants cardiaques ont diminué de manière importante, du moins dans le secteur privé. Là encore, des analogies peuvent être retrouvés, en Angleterre le nombre d'intervention cardiaques majeures (pontage aorto-coronariens et chirurgie valvulaire) a chuté de 37 000 entre janvier et novembre 2019 à 25 000 sur la même période en 2020 (6).

Epiphare a constaté une hausse marquée des initiations de traitement pour la majorité des traitements cardiovasculaires et antidiabétiques, entre janvier et avril 2021, par rapport à l'attendu : + 69 000 antihypertenseurs (+14,7%) dont + 39 000 sartans (+21,4%), +15 000 antidiabétiques (+11%), + 61 000 statines (+24%). Si une partie de ces augmentations est en fait en rattrapage de traitements non-initiés pendant le confinement, cette évolution peut aussi témoigner d'une dégradation de l'état de santé avec notamment une exposition plus grande à certains facteurs de risque cardiovasculaires pendant l'épidémie.

De tels constats constituent un motif légitime d'inquiétude et de préoccupation pour l'Assurance Maladie, sans remettre en cause l'investissement des professionnels de santé et les efforts déjà engagés pour réduire autant que possible les situations d'écart aux soins. Ils témoignent de fortes perturbations de la prise en charge qu'il s'agisse de retard aux soins, d'un moindre recours, ou de filières de soins non coordonnées. Des actions ciblées sur les conséquences directes de la COVID-19 devront être inscrites dans le plan d'action de l'approche par pathologies visant les maladies CNV que la CNAM présente plus loin dans ce rapport.

Le dépistage et le traitement des cancers a subi des retards parfois importants en 2020, des actions « d'aller vers » ont été enclenchées et produisent leurs premiers fruits mais doivent être soutenues et amplifiées

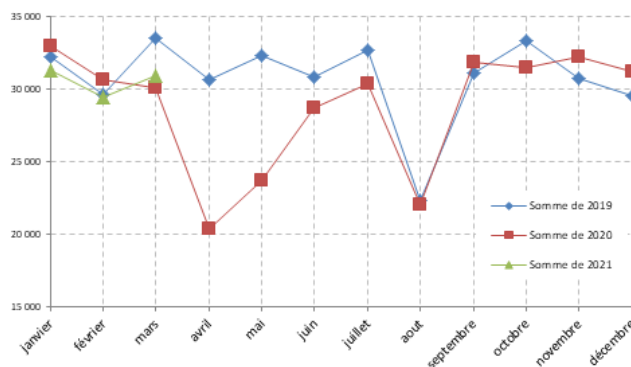
Les prises en charge cancérologiques ont été fortement affectées lors du premier confinement. L'activité d'exérèse chirurgicale des cancers a ainsi diminué de manière importante pendant les mois d'avril et mai 2020 par rapport à 2019 (respectivement -34 % et -27 %). Rapidement, des mesures visant à maintenir un accès aux soins ont été mises en place et l'activité de chirurgie d'exérèse de cancers a retrouvé des niveaux proches mais inférieurs à ceux de 2019. Il est rassurant de constater que le deuxième confinement et a eu un effet beaucoup moins marqué que le premier. Sur les deux derniers mois de l'année 2020, le niveau d'activité est

ainsi revenu au-dessus de celui enregistré en 2019 sur la même période. Sur l'ensemble de l'année 2020, l'activité de chirurgie d'exérèse de cancers a ainsi connu une diminution de 6,2 % par rapport à 2019 (soit 23 000 chirurgies d'exérèse de moins) (Figure 63).

Ces chiffres peuvent rendre compte de trois grands cas de figure différents. Le premier est celui de patients dont la prise en charge a été retardée et pour qui des alternatives autres que la chirurgie ont été proposées et mises en œuvre (radiothérapie, chimiothérapie...), les analyses plus complètes sur les parcours de soins permettront de quantifier ces situations et d'évaluer leur impact sur la prise en charge et le pronostic de ces patients. Le deuxième est celui de patients qui n'ont pas bénéficié à temps d'une prise en charge adaptée qu'elle qu'en soit la cause et qui ont subi à ce titre une perte de chance importante. Le troisième est celui de patients qui n'ont pas recouru aux soins adaptés et qui pourraient faire l'objet de mesures « d'aller vers » pour limiter les conséquences de ce retard. Si toutes les chirurgies ne seront pas « rattrapées », les actions « d'aller vers » initiées notamment par l'Assurance Maladie pourront permettre de récupérer les situations correspondantes et de limiter les conséquences de ces retards.

L'effet négatif de la crise sur les prises en charge en cancérologie a été documenté en Angleterre, notamment où, en dépit de consignes de maintien autant que possible des soins liés aux cancers, les filières de prise en charge cancérologique ont été très fortement perturbées. Pour le cancer du sein par exemple, la proportion de patientes qui bénéficiaient d'un avis spécialisé dans les deux semaines suivant la suspicion de diagnostic par leur médecin traitant est passé de 89 % en avril-juin 2020 à 70 % entre juillet et septembre. Les délais d'accès aux traitements pour les cancers nouvellement diagnostiqués ont aussi été dégradés.

Figure 63 : Suivi mensuel des actes de chirurgie d'exérèse de cancers en 2019, 2020 et 2021



Source : Suivi InCA

Le dépistage organisé des trois familles de cancer colorectal, sein et col de l'utérus a été perturbé par le premier confinement, comme cela avait été discuté lors du précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie, avec une forte diminution des tests de dépistage pendant cette période conduisant à un important retard cumulé au milieu d'année 2020. En conséquence, des actions « d'aller vers » ont été mises en œuvre très rapidement pour inciter les assurés ciblés à revenir vers ces campagnes de dépistage.

Ces actions ont porté des premiers résultats après l'été 2020 avec une remontée des tests réalisés au mois de septembre, supérieurs aux années précédentes pour les trois cancers concernés.

Sur l'ensemble de l'année 2020, le retard cumulé restait cependant notable avec une diminution de 14 % pour les mammographies et de 8,5 % pour les frottis du col de l'utérus par rapport à 2019 et de 11,8 % pour les cancers colorectaux par rapport à 2018. Ces résultats appellent à une poursuite des efforts « d'aller vers ».

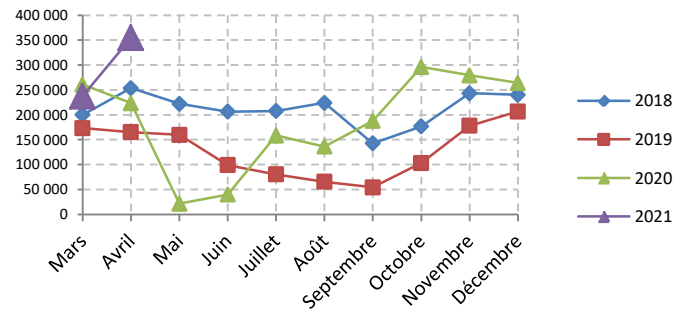
L'évolution favorable du début de l'année 2021 témoigne d'une dynamique retrouvée pour ces trois cancers à dépistage organisé, signe de l'effet de ces mesures d'aller vers et de la nécessité de les maintenir, voire de les intensifier.

La reprise de ces activités de dépistage est à mettre en regard des activités d'exérèse pour le cancer du sein. En effet, en novembre et décembre 2020, celle-ci a repris témoignant d'un possible retour aux soins des patientes dépistées. En ce qui concerne le cancer colorectal, la séquence de dépistage comporte pour les tests positifs la nécessité de réaliser une endoscopie digestive basse. Epiphare estime qu'on a enregistré un déficit cumulé de plus de 250 000 coloscopies en 2020, dont toutes n'étaient pas dans le cadre du dépistage organisé, ce que confirme le suivi réalisé par l'InCA (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Epiphare note cependant une reprise de cette activité sur les premiers mois de l'année 2021, à hauteur de +15 000

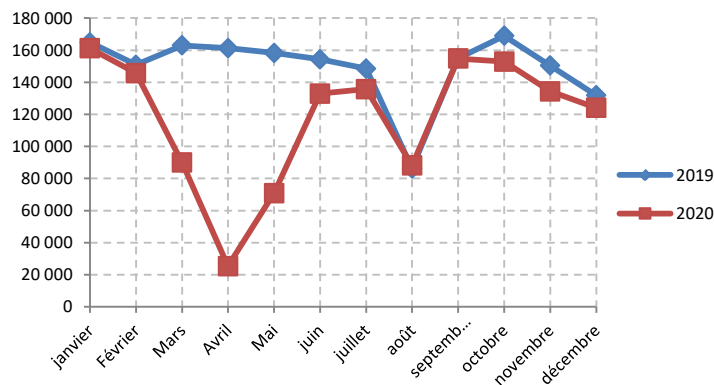
délivrances de solutés de préparation par rapport à l'attendu, résultant sans doute de manière décalée de la reprise des tests de dépistage du cancer colorectal. On peut donc s'attendre dans le courant de l'année 2021 à une augmentation des prises en charge de cancers colorectaux, dont les chirurgies d'exérèse dans cette continuité. Il sera utile à l'avenir de veiller à ce que les patients puissent rapidement accéder aux blocs opératoires en temps utile pour limiter les pertes de chances liées à ces retards.

Figure 64 : Suivi des activités de dépistage du cancer colorectal avec a) les tests de dépistage, b) les endoscopies basses et c) la chirurgie d'exérèse des cancers du côlon et du rectum

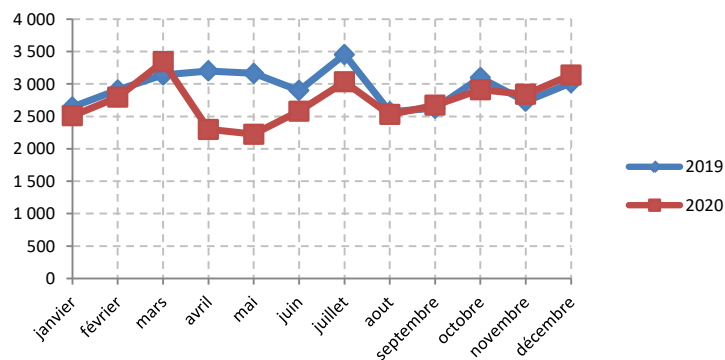
a) suivi mensuel des tests de dépistage organisé du cancer colorectal entre 2018 et 2021 (période mars-décembre)



b) endoscopies digestives basses en 2019 et 2020

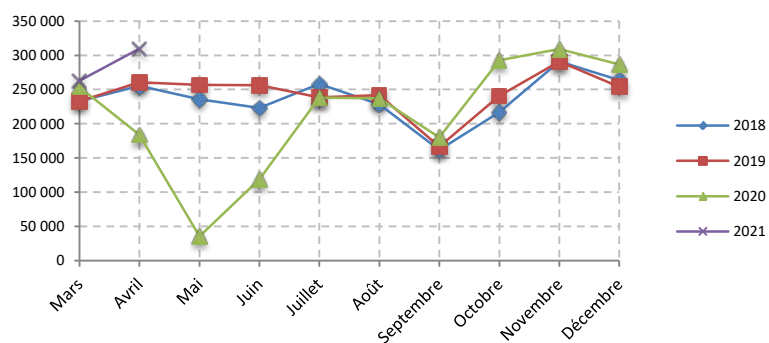


c) Chirurgie d'exérèse côlon et rectum en 2019 et 2020



Source : SNDS, suivi INCa

Figure 65 : Nombre de mammographies bilatérales liquidées au 1er du mois pour les femmes de 50 à 74 ans RG+RSI les données liquidées de Mars sont essentiellement les soins de Février



Source : SNDS

Figure 66 : Nombre de frottis pour les femmes de 25 à 65 ans RG+RSI (données de liquidation - les données liquidées de Mars sont essentiellement les soins de Février)

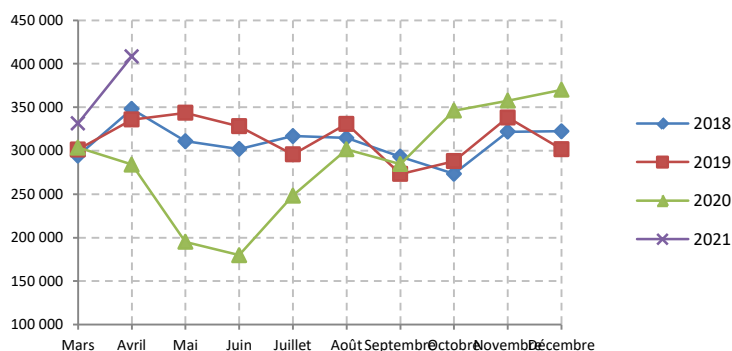
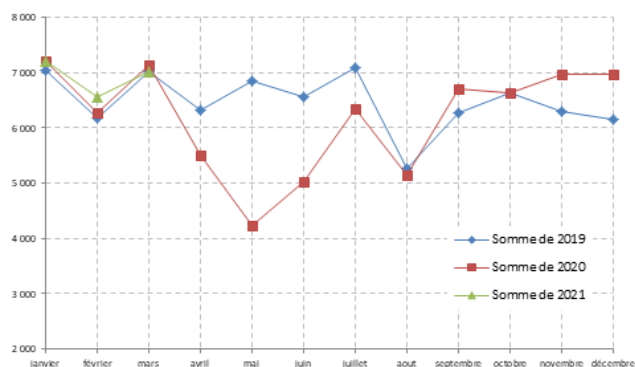


Figure 67 : Suivi des exéreses chirurgicales pour cancer du sein entre 2019 et 2021



Source : SNDS

Les activités de prévention ont subi un retard important en 2020, en premier lieu desquelles la vaccination et la lutte contre le tabagisme

Les activités de prévention dont on peut rendre compte à travers les données disponibles dans le SNDS ont été autant impactées que les activités de soins. Deux champs ont connu des évolutions marquantes et appellent des actions ciblées, déjà initiées pour certaines d'entre elles.

Lutte contre le tabagisme

La **lutte contre le tabagisme**, facteur de risque de nombreuses maladies et cause de nombreux décès chaque année, est un des principaux enjeux de santé publique en France. Les actions mises en œuvre ces dernières années pour lutter contre le tabagisme ont permis de voir sa prévalence diminuer, passant de 28,5% de

fumeurs quotidiens en 2014 à 24,0 % en 2019 (7)⁵³. L'année 2020 a vu cette tendance à la baisse marquer un arrêt pour la première fois depuis quatre ans, la prévalence du tabagisme quotidien étant de 25,5 % contre 24 % en 2019. [beh 26 mai 2021]. Si l'épidémie de COVID n'explique pas la totalité de cette évolution, il s'agit d'un signal préoccupant qui appelle à reprendre et renforcer les efforts de lutte contre le tabagisme.

Le suivi de la consommation des traitements nicotiques substitutifs illustre cette problématique. L'inscription au remboursement à 65 % des substituts nicotiques par l'Assurance Maladie depuis 2018, en lieu et place d'un forfait limité de remboursement instauré en 2007, a été un des facteurs contributifs à ces bons résultats (8). On observe en 2020 un net ralentissement de la dynamique de recours aux substituts nicotiques en France, en baisse de 6,4 % par rapport à 2019. Cette baisse est très marquée pendant le premier confinement, puis la consommation revient à des niveaux plus attendus par la suite. Ces évolutions concordent avec celles du baromètre santé de Santé Publique France sur la prévalence du tabagisme.

Ces résultats sont plus marqués pour les 15-25 ans, avec une forte baisse du nombre de bénéficiaires du remboursement (12,5 %) et peuvent s'expliquer par le fait que les jeunes ont été particulièrement fragilisés par la crise sanitaire avec une forte prévalence d'états anxieux et dépressifs dans cette population (9).

Cette baisse s'inscrit dans un contexte plus global d'une moindre efficacité des mesures de lutte contre le tabagisme cette année, que rencontrent également d'autres pays. Les Etats-Unis par exemple, ont vu une hausse de 1 % des ventes de cigarettes au cours des 10 premiers mois de 2020 après des baisses annuelles de 4 % ou 5 % depuis 2015. Trois facteurs liés à la crise sanitaire contribuent à expliquer ces évolutions : les informations contradictoires sur le potentiel effet protecteur du tabagisme sur la COVID-19 diffusées au début de la pandémie, la réponse face à l'isolement, au stress et à la grande incertitude économiques qu'a pu procurer le fait de fumer pour certaines personnes, enfin, la baisse du recours aux médecins généralistes qui a limité les occasions de proposer aux fumeurs de rentrer dans une démarche de sevrage tabagique (10).

La baisse du recours aux substituts nicotiques semble se poursuivre début 2021, par rapport à l'année 2020 (-11,8% en janvier, -7,5% en février, et -8,7% en mars 2021). Les dernières données montrent néanmoins qu'en avril 2021 le recours aux substituts nicotiques était en augmentation de +20,1% par rapport à avril 2020. Ce taux est également plus élevé qu'en avril 2019 (+4,6%), avant la crise liée à la COVID-19, ce qui laisse espérer une reprise progressive de la consommation des substituts.

Le renforcement des efforts de lutte contre le tabagisme et notamment la consommation de substituts nicotiques constitue donc un enjeu de court terme très important pour l'Assurance Maladie.

Vaccination

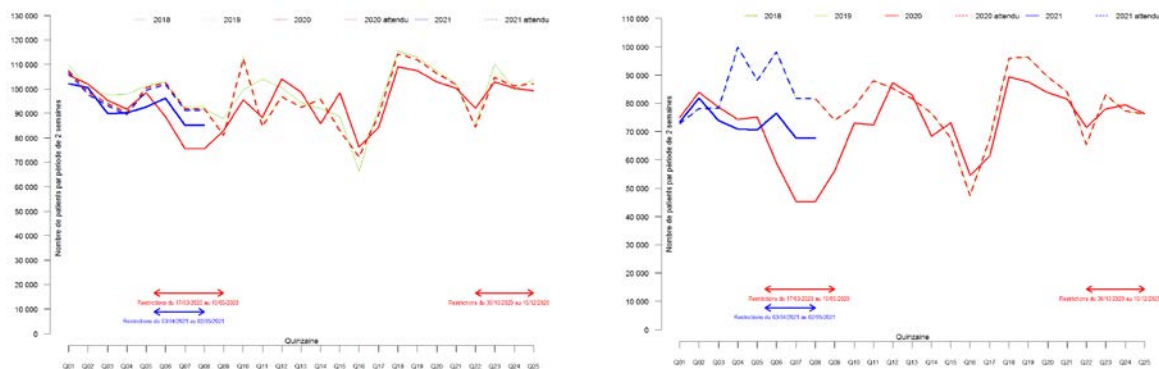
La vaccination (hors vaccination pour COVID) a également subi un impact négatif très prononcé sur l'ensemble de l'année 2020, la vaccination des enfants continuant d'accuser un fort déficit en ces 4 premiers mois de l'année 2021.

La vaccination des nourrissons (vaccins penta et hexavalents) et la vaccination ROR ont fortement chuté lors du premier confinement, puis repris des niveaux plus conformes aux valeurs habituelles, sans compenser l'effet du premier confinement, amenant un solde négatif de 52 600 vaccination pour les vaccins penta et hexavalents et de 170 000 pour la vaccination ROR. De manière plus préoccupante, cette tendance semble se poursuivre début 2021, avec un déficit par rapport à l'attendu sur les quatre premiers mois de l'année de 28 700 pour les vaccins penta/hexavalents du nourrisson et de 96 000 pour le ROR (Figure 68).

Figure 68 : Nombre par quinzaine des délivrances sur ordonnance de vaccins penta- et hexavalents pour nourrissons (a) et de vaccins ROR (b) en 2018, 2019, 2020 et 2021 – comparaison observé sur attendu (situation au 25 avril 2021)

a) Vaccins penta et hexavalents du nourrisson b) ROR

⁵³ Voir à ce titre le chapitre relatif à la prévention dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2021



Source : Epiphare (11)

Note de lecture : Les périodes de confinement et de mesures restrictives sont indiquées par des doubles flèches. Source : rapport EPI-PHARE Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021

Un phénomène analogue mais beaucoup plus marqué est enregistré pour la vaccination HPV chez les jeunes filles, élément important de la prévention du cancer du col utérin. Le déficit enregistré en 2020 est de 274 000 doses, soit une chute d'un tiers par rapport à l'attendu. La situation est restée aussi préoccupante sur les quatre premiers mois de 2021 avec un déficit de 103 000 doses soit 27 % par rapport à l'attendu.

L'impact de la pandémie sur la vaccination a été documenté dans d'autres pays : aux USA, Medicaid et le Children insurance program (CHIP) ont enregistré une baisse de 9 % de la vaccination et de 21 % des activités de dépistage chez les 43 millions jeunes de moins de 19 ans dans leur population d'assurés.

Ces baisses très importantes et durables de la vaccination chez les jeunes filles et les nourrissons sont particulièrement préoccupantes. Des premières actions d'information et de sensibilisation ont été menées en 2020 pour retrouver des niveaux de vaccination plus conformes à l'attendu. La poursuite de la diminution de ces vaccinations montrent que ces actions doivent être renforcées et amplifiées devant l'ampleur de la problématique.

L'activité programmée et en particulier la prise en charge des troubles de l'appareil locomoteur a été profondément affectée en 2020, qu'il s'agisse d'actes diagnostics, d'actes techniques médicaux et chirurgicaux.

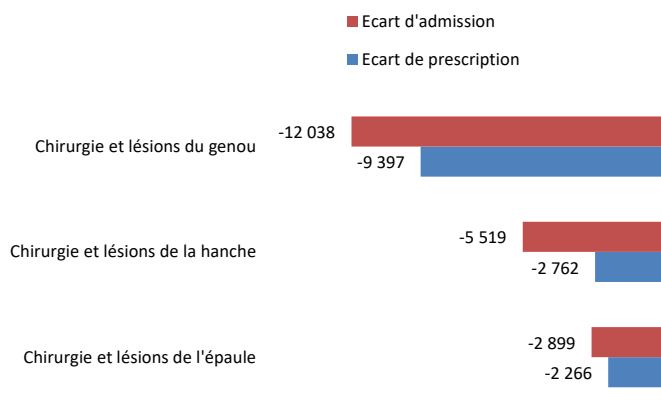
Une grande partie de l'activité programmée de chirurgie interventionnelle et d'imagerie a été très impactée par les mesures de lutte contre la COVID-19 et en particulier les déprogrammations d'activité. Il est encore trop tôt pour mesurer les effets de ces phénomènes sur les parcours de soins et sur la santé des patients, mais la reprise d'activité et le traitement des situations concernées constitue un enjeu majeur pour les mois à venir.

Les données actuellement disponibles ne concernent que les actes de la classification commune des actes médicaux facturés par des praticiens libéraux et établissements de santé privés, ce qui pour certains actes où les établissements de santé publics sont très présents amène à relativiser les constats formulés. On peut néanmoins affirmer que les éléments constitutifs des parcours de soins ont été également très fortement perturbés par la crise COVID-19.

Tous types d'imagerie confondus (échographie, IRM, TDM, radiologie conventionnelle), les examens d'imagerie ostéoarticulaires, qu'ils soient diagnostics ou de suivi, ont ainsi diminué d'un peu plus de 10 % en 2020, avec 3,4 millions d'actes en moins.

La chirurgie orthopédique et traumatologique a également été fortement affectée. L'ensemble des actes CCAM de la chirurgie des membres inférieurs et des extrémités a diminué de manière importante, entre 7 et 27 % selon les types de chirurgie. Si ces constats sont fondés sur les données de la CCAM privée, les chiffres de demandes et d'admission en SSR obtenus par le système viatrajectoire confirment que cette tendance était généralisée. En effet, la chirurgie orthopédique et traumatologique est, en volume, la principale famille d'adressage SSR. En 2020, on a enregistré une baisse des demandes de l'ordre de 16 000 prescriptions de séjours soit une baisse de 7,2 % en cumulé, liée à la baisse d'activité chirurgicale, tous secteurs confondus. Le nombre d'admissions accuse lui un solde négatif de plus de 23 000 soit 13 % par rapport à 2019. Cette baisse porte principalement sur les chirurgies du genou (la plus impactée), de la hanche et de l'épaule (Figure 68).

Figure 69 : Ecart de prescriptions et d'admissions entre 2020 et 2019 en SSR documentées par viatrajectoire



Source : viatrajectoire

Si une partie de la réduction d'activité s'explique par un contexte où le confinement et les restrictions de la circulation ont limité les risques traumatiques et les occasions d'éprouver la gêne fonctionnelle liée aux troubles ostéoarticulaires, un tel recul pose la question du retard en soin pour des interventions certes non urgentes ou vitales mais qui peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie des personnes concernées. Les volumes concernés interrogent également sur les délais d'accès à venir pour ces spécialités.

Encadré 12 : L'enquête sur le renoncement aux soins pendant le premier confinement menée par l'Assurance Maladie et l'ODENORE

En temps normal le phénomène du renoncement aux soins n'est pas marginal en France, dans le Baromètre du renoncement aux soins (BRS) de l'ODENORE⁵⁴ et l'Assurance maladie, 25 % des personnes interrogées déclarent avoir reporté ou renoncé à au moins un soin dans les 12 mois précédents l'enquête. La notion de renoncement aux soins concerne des personnes qui ne réalisent pas des soins dont elles auraient besoin, quelle qu'en soit le motif, de manière temporaire ou définitive.

L'Assurance Maladie et l'Odenore ont lancé une enquête sur ce sujet afin d'estimer l'ampleur, la nature, les causes et conséquences de ces non-réalisations de soins en population générale pendant la première période de confinement en 2020⁵⁵. Cette enquête a été réalisée en ligne du 24 juillet au 23 septembre 2020.

Près de 50 000 assurés du régime général ont été tirés au sort aléatoirement et invités à répondre à l'enquête. 4 236 questionnaires ont été complétés en totalité.

Des renoncements plus fréquents

Les résultats de l'enquête montrent que le phénomène du renoncement aux soins a été de plus grande ampleur qu'en temps normal. Parmi les 4 236 répondants, près de 60% ont ainsi indiqué ne pas avoir réalisé, pendant la période du premier confinement, au moins un soin ou acte médical dont elles avaient besoin. Le taux était variable selon les régions, allant de 70 % en Ile de France à 56 % en Bretagne,

Ce sont les soins « de tous les jours », en particulier ceux réalisés par les professionnels de premier recours, qui ont été le plus fortement renoncés ou reportés à une date ultérieure, par les personnes en ayant besoin (39 % des renonçants ont renoncé à une consultation de médecine généraliste). Pour autant, les soins de second recours et/ou actes médicaux, curatifs ou préventifs, ont également été concernés (25 % des renonçants ont renoncé à une consultation de spécialistes, 23 % des soins dentaires et 15 % des actes de biologie et/ou d'imagerie. Cette proportion est de 9 % pour les personnes ayant eu besoin de se procurer des médicaments et de 8 % pour celles devant procéder à un acte de dépistage organisé du cancer.

Des reports plutôt que des renoncements définitifs

Au moment où les personnes répondaient à l'enquête, une partie des soins non-demandés pendant le confinement avaient été réalisés ; c'est davantage le cas des consultations généralistes (68 %) et des analyses biologiques et examens médicaux (59 %) La majorité des personnes qui n'avaient pas encore adressé leurs besoins de soins au moment de l'enquête avaient toujours l'idée de le faire, les non-réalisations de soins correspondant ainsi plutôt à des reports qu'à des renoncements

⁵⁴ (Observatoire des non-recours aux droits et services, dispositif de recherche du Laboratoire de Sciences sociales PACTE du CNRS et de l'Université Grenoble-Alpes)

⁵⁵ Cette enquête a bénéficié du soutien méthodologique du laboratoire HP2 de l'Inserm, de la Société Vizget et de la Maison des Sciences de l'Homme (MSH) Alpes.

définitifs.

Les motifs avancés par les assurés

Tous type de soins confondus, les raisons les plus évoquées par les personnes pour expliquer leurs reports de soins sont la fermeture des structures de soins dans lesquelles elles pensaient se rendre ainsi que le fait de ne pas avoir réussi à prendre rendez-vous avec les professionnels de santé ou qu'on leur ait refusé des rendez-vous pendant cette période (39% des renonçants). 22 % des renonçants ont jugé que leurs soins ou examens pouvaient attendre et également 22 % ont indiqué avoir voulu éviter de surcharger les professionnels de santé durant la période de crise. 20 % des personnes parlent aussi de leur peur d'une contamination éventuelle par le coronavirus.

Des résultats variables selon les situations

Le phénomène a plus souvent été observé chez les femmes. Les personnes présentant différents indicateurs de défavorisation sociale (situation de monoparentalité, inactivité hors retraités, précarité multidimensionnelle) ont également été davantage concernées. On retrouve là encore des déterminants similaires à ceux que l'on observe habituellement s'agissant du renoncement aux soins.

Les personnes qui disent le plus avoir renoncé à consulter des professionnels de santé pendant le premier confinement alors qu'elles avaient besoin de le faire, sont celles qui déclarent reporter ou renoncer « de temps en temps » ou « régulièrement » à des soins malgré des besoins en « temps normal ». Notons aussi que les personnes qui déclarent le plus ne pas avoir réalisé des soins malgré des besoins, au cours du premier confinement, sont celles qui ont connu une baisse des revenus et/ou une hausse des dépenses du ménage pendant cette période.

On retrouve ainsi le caractère cumulatif et familial déjà observé « en temps normal » s'agissant des reports et renoncements en matière de santé.

Le cas des personnes atteintes de maladies chroniques

67% d'entre elles ont renoncé à au moins un soin pendant le premier confinement. Dans 50% des cas, il s'agissait des consultations de médecins généralistes liées au suivi de la ou des pathologie(s). Dans 78% des cas, les personnes avaient cependant revu leur généraliste au moment où elles ont répondu à l'enquête.

Plus des deux tiers des consultations de spécialistes prévues pour ces patients pendant le confinement ont été annulées par les professionnels. Un tiers ont renoncé d'elles-mêmes à leur consultation. 61% de ces personnes avaient toutefois réalisé cette consultation au moment où elles ont répondu à l'enquête.

8% des personnes avec pathologie(s) chronique(s) avaient des soins infirmiers prévus pendant le premier confinement ; ces soins ont été majoritairement maintenus par les professionnels. Cependant, 20% des personnes y ont renoncé d'elles-mêmes principalement par peur de la contamination. 59% de ces personnes avaient repris leurs soins au moment où elles ont répondu à l'enquête.

34% des personnes avec une pathologie chronique avaient des soins en kinésithérapie prévus pendant le confinement. La majorité de ces soins ont été annulés par les professionnels ou proposés selon d'autres modalités. 69% avaient repris leurs soins au moment de l'enquête.

Les personnes atteintes de pathologies chroniques qui n'ont pas réalisé au moins un soin pendant le premier confinement sont principalement des femmes de 30 à 60 ans, vivant en couple avec des enfants ou seules avec des enfants, ou vivant seules, en situation de télétravail ou d'arrêt d'activité (hors chômage partiel), avec des dépenses qui ont augmenté pendant le premier confinement et des revenus qui ont baissé.

Les personnes atteintes de pathologie chronique expliquent en premier lieu leur renoncement à des consultations et/ou à des actes médicaux pendant le premier confinement par la fermeture des structures (36%) et le fait de ne pas avoir réussi à obtenir un rendez-vous lorsqu'elles ont essayé de le faire (17%). Elles ont, en parallèle, davantage craint d'être contaminées dans les structures médicales que les personnes sans pathologies chroniques (27%). Elles ont estimé à part égale avec les autres « renonçants » que leurs besoins n'étaient pas urgents (23%) et qu'elles ne voulaient pas surcharger les professionnels de santé pendant la crise sanitaire.

L'ensemble de ces constats confirment que le premier confinement a accentué des inégalités en matière d'accès aux soins et attisé des inégalités sociales en matière de santé. La dimension familiale du phénomène est notable. Le fort taux de non-réalisation de soins chez les personnes qui déclarent souffrir d'une maladie chronique pose quant à lui la question de l'impact du confinement sur la continuité des soins pour ces personnes et/ou de l'impact de la non-prise en charge de problématiques de santé non liées à leur pathologie sur celle-ci.

3.1.5 La crise COVID a également fait émerger de situations plus positives ou des évolutions favorables dont il faut tirer les enseignements

La crise sanitaire a eu un impact négatif sur de nombreux aspects du fonctionnement du système de santé français, comme les différents résultats présentés plus haut dans ce chapitre le montrent. Cette crise aura cependant aussi été l'occasion d'observer d'autres évolutions positives qu'il est important de mentionner et dont il faudra aussi tirer tous les enseignements à l'avenir.

Le premier constat est la quasi-absence d'épidémies hivernales classiques de grippe, bronchiolite et gastroentérites, habituellement source de nombreux cas et d'une tension parfois forte sur le système de santé. Selon Santé publique France, de tels niveaux n'ont pas été observés sur 10 années de données rétrospectives pour tous les indicateurs de surveillance de la gastro entérite par exemple(actualités du 30/04/2021).

C'est particulièrement vrai aussi pour les établissements hébergeant les personnes âgées. Si le confinement généralisé et la fermeture des écoles ont bien évidemment joué un rôle important dans ce constat, le respect des gestes barrières et notamment le port du masque et une meilleure hygiène des mains sont indéniablement associés à ce phénomène. Il faudra savoir tirer les enseignements de cette période afin de réussir à protéger les plus fragiles en dehors d'un contexte de pandémie, on pense ici particulièrement aux personnes âgées hébergées en Ehpad.

Le second constat est l'utilisation large et nouvelle des données de santé et des bases médico-administratives dans le pilotage de la crise et le suivi des mesures. L'Assurance Maladie a de longue date investi le champ des données de santé dans des logiques de gestion du risque à travers le développement du SNIIRAM. Pour autant, jamais les données de santé n'avaient été à ce point utilisées comme un outil de pilotage d'une crise sanitaire, jamais non plus la transparence autour de ces données n'avait été aussi importante et réactive, suivant en cela des tendances observées plus largement dans la société, mais aussi fruit d'une politique volontariste et soutenue, notamment de la part de l'Assurance Maladie. De nombreux outils et bases de données spécifiques ont été créés très rapidement et mis à disposition de l'administration, des professionnels de santé et des chercheurs. Ceci est d'autant plus notable que beaucoup des systèmes d'information médico-administratifs étaient jusqu'alors utilisés comme des outils d'observation du système de santé à distance des événements. Si l'importance des réalisations est à souligner, ainsi que le caractère de bien commun des données ainsi produites, de nombreuses limites et difficultés ont été rencontrées, surmontées pour la plupart. De nombreux enseignements sont à tirer de cette période et une grande concertation pour partager ces enseignements et identifier les améliorations, modifications à porter serait pertinente pour en tirer tout le parti. L'Assurance Maladie contribuera activement à cette démarche.

Enfin, à un moment où la pertinence des soins est un axe fort des politiques publiques, il serait utile de pouvoir, en lien avec les collègues nationaux professionnels et les représentants des usagers, repérer les bonnes pratiques qui put émerger de la crise et les intégrer dans le fonctionnement de routine du système de santé. De même les initiatives organisationnelles vertueuses, comme celles qui permettent d'assurer un meilleur suivi des patients à domicile (comme en cancérologie par exemple), pourront utilement être identifiées et capitalisées.

Encadré 13 : Les bases de données COVID

Les bases de données associées aux processus de gestion de la pandémie

Contact tracing : suivi de l'activité de TAP : activité de prise en charge des patients positifs, d'enregistrement et d'information des patients contacts,Le SI a été adapté au fur et à mesure des modifications du processus TAP

SIDEP : remontée exhaustive des tests covid, notamment pour alimenter le contact tracing, permet d'évaluer le taux d'incidence du virus. Le système a été adapté avec le système de criblage pour intégrer les TAG, puis isoler les variants

SIVIC : remontée quotidienne des entrées des séjours liés au covid

Données de décès (INSEE) : évaluation sur mortalité

Les données de stocks de masques/tests /vaccins

SIVAC : gestion de la campagne de vaccination,

Declare ameli : possibilité pour les assurés touchés directement ou indirectement par le covid de déclarer un arrêt de travail

Les bases de données de suivi des dépenses (SNIIRAM) : l'activité de liquidation des frais de soins permet de suivre l'activité des professionnels de santé, de distribution des EPI, des tests

Les bases de données des parcours de soins : le SNIIRAM/PMSI décrit les parcours de soins ville/hôpital et permet en les appariant aux sources de données précédentes (sidep, contact tracing, sivac) d'examiner les parcours de soins et notamment les hospitalisations pour motifs de covid et ensuite des patients. Ces bases SNIIRAM/PMSI de données mensuelles ont été produites à un rythme hebdomadaires afin de fournir des données de manière plus rapide.

L'ensemble de ces données exhaustives/déclinables territorialement permettent de produire :

- Des tableaux de bord rapides quotidiens/hebdomadaires fournis aux autorités et mis à disposition des indicateurs sur les sites publics gouvernementaux et des agences (SPF)
- Des données localisées pour les autorités sanitaires et collectivités locales pour une gestion au plus près de l'épidémie
- Des études/données sur l'activité de soins et de recours pour évaluer les retards/déficits comme l'activité de

testing....

- Des études plus évaluatives sur la diffusion du virus/les modes de contamination/....

Pour compléter cet ensemble de données de nature médico-administratives, des enquêtes sont réalisées par SPF, l'institut pasteur, la DREES, l'IRDES pour approfondir les modes de contamination, les inégalités sociales de santé face au covid,

Encadré 14 : Les études publiées et en cours epiphare

Depuis le début de la crise, Epiphare a jusqu'ici publié 11 rapports et 9 articles dans des revues internationales, consacrées à la crise et à ses conséquences.

Articles scientifiques covid publiés revues internationales

Sbidian E, Penso L, Herlemont P, Botton J, Baricault B, Semenzato L, Drouin J, Weill A, Dray-Spira R, Zureik M. Comment on 'Baseline use of hydroxychloroquine in systemic lupus erythematosus does not preclude SARS-CoV-2 infection and severe COVID-19' by Konig et al. Long-term exposure to hydroxychloroquine or chloroquine and the risk of hospitalisation with COVID-19: a nationwide, observational cohort study in 54 873 exposed individuals and 155 689 matched unexposed individuals in France. *Ann Rheum Dis*. 2020 Aug 28;annrheumdis-2020-218647. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-218647.

de Gage SB, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Weill A, Zureik M. Intravitreal Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Use in France During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Ophthalmol*. 2020 Dec 17. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2020.5594. Online ahead of print. PMID: 33331873

Meyer A, Drouin J, Zureik M, Weill A, Dray-Spira R. Colonoscopy in France during the COVID-19 pandemic. *Int J Colorectal Dis*. 2021 Jan 7:1-3. doi: 10.1007/s00384-020-03816-3.

Roland N, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Weill A, Zureik M. Effects of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Lockdown on the Use of Contraceptives and Ovulation Inductors in France. *Obstet Gynecol*. 2021 Feb 4. doi: 10.1097/AOG.0000000000004281. Epub ahead of print. PMID: 33543892.

Semenzato L, Botton J, Drouin J, Baricault B, Vabre C, Cuenot F, Penso L, Herlemont P, Sbidian E, Weill A, Dray-Spira R, Zureik M; Antihypertensive Drugs and COVID-19 Risk: A Cohort Study of 2 Million Hypertensive Patients. *Hypertension*. 2021 Jan 11;HYPERTENSIONAHA.12016314. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16314.

Penso L, Dray-Spira R, Weill A, Zureik M, Sbidian E. Drop in biological initiation for patients with psoriasis during the COVID-pandemic. *Br J Dermatol*. 2021 Apr 24. doi: 10.1111/bjd.20406.

Articles scientifiques covid acceptés in press

Mandatory infant vaccinations in France during the COVID-19 pandemic from January to July 2020 – *Frontiers Pediatrics* 4/3/2021 accepted

Antoine Meyer, Laura Semenzato, Mahmoud Zureik, Alain Weill, Carbonnel Franck, Rosemary Dray-Spira; Risk of severe COVID-19 to those treated with inflammatory bowel disease medications: a French nationwide study" *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* Accepted le 17/5/2021:

Laura Semenzato, Jérémie Botton, Jérôme Drouin, François Cuenot, Rosemary Dray-Spira, Alain Weill, Mahmoud Zureik. Chronic diseases, health conditions and risk of COVID-19-related hospitalization and in-hospital mortality during the first wave of the epidemic in France: a cohort study of 66 million people. *Lancet public health Europe* Accepted le 26/5/2021:

Rapports Covid en ligne

Weill A, Drouin J, Desplas D, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation à la fin mars 2020 - Etude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS ; 17 Avril 2020. Rapport 1. Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM., le 17 Avril 2020, 134 pages.

Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation après 5 semaines de confinement (jusqu'au 19 avril 2020) - Etude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport 2, Saint-Denis, le 30 Avril 2020, 218 pages.

Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 - point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement (jusqu'au 17 mai 2020). Etude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport 3, Saint-Denis, le 8 juin 2020, 324 pages.

Sbidian E, Penso L, Herlemont P, Botton J, Baricault B, Semenzato L, Drouin J, Weill A, Dray-Spira R, Zureik M. Utilisation au long cours d'antipaludéens de synthèse et risque de survenue de formes graves ou létales de la COVID-19. Etude de pharmaco-épidémiologie à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport, Saint-Denis, le 2 juillet 2020, 47 pages.

Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020 Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport 4, Saint-Denis, le 5 octobre 2020, 383 pages.

Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 22 novembre 2020 Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. Groupement d'intérêt

scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport 5, Saint-Denis, le 15 décembre 2020, 408 pages.

Botton J, Drouin J, Bertrand M, Jabagi MJ, Weill M, Zureik M, Dray-Spira R. Fréquence des décès et des hospitalisations chez les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soin longue durée (USLD) en France au cours des années 2018 et 2019. Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport, Saint-Denis, le 11 janvier 2021, 9 pages.

Botton J, Drouin J, Bertrand M, Jabagi MJ, Weill M, Zureik M, Dray-Spira R. Fréquence des décès et des hospitalisations en 2018 et 2019 parmi les personnes non institutionnalisées âgées de 65 ans et plus en France. Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport, Saint-Denis, le 3 février 2021, 13 pages

Semenzato L, Botton J, Drouin J, Cuenot F, Dray-Spira R, Weill A, Zureik M. Maladies chroniques, états de santé et risque d'hospitalisation et de décès hospitalier pour COVID-19 lors de la première vague de l'épidémie en France: Étude de cohorte de 66 millions de personnes. Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport, Saint-Denis, le 3 février 2021, 42 pages

Jérémie Botton, Rosemary Dray-Spira, Bérangère Baricault, Jérôme Drouin, Marion Bertrand, Marie-Joëlle Jabagi, Alain Weill, Mahmoud Zureik. Estimation de l'impact de la vaccination chez les personnes âgées de 75 ans et plus sur le risque de formes graves de Covid-19 en France à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) – Premiers résultats. Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport, Saint-Denis, le 21 mai 2021, 8 pages

Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021 Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport 6, Saint-Denis, le 27 mai 2021, 300 pages.

Encadré 15 : Les études publiées et en cours sur la cohorte Constances

L'infrastructure Constances repose sur une grande cohorte ouverte à la communauté scientifique de recherche et de santé publique. Lauréate du programme Investissement d'Avenir en 2011, soutenue par l'Assurance maladie, elle est gérée dans le cadre d'une Unité mixte Inserm, Université de Paris, Université Paris-Saclay, Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. Constances est constituée aujourd'hui de 217 000 volontaires affiliés au régime général, âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion qui s'effectue dans des centres d'examen de santé répartis dans 21 départements. Depuis 2018, des échantillons de sang et d'urine sont recueillis auprès des volontaires et stockés dans des cuves de vapeur d'azote liquide à l'Integrated BioBank of Luxembourg (IBBL).

Constances s'est fortement mobilisée pour contribuer à une meilleure connaissance de l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de plusieurs programmes :

SAPRIS (Santé, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise COVID-19) associe 3 grandes cohortes d'adultes (Constances, E3N-E4N, Nutrinet-Santé), et deux cohortes d'enfants : ELFE et Epipage 2. Depuis le mois d'avril 2020, 4 vagues de questionnaires ont été adressées à *67 000 volontaires de Constances répondants sur le web, un nouveau questionnaire s'apprête à partir en juin 2021*. Les principaux thèmes abordés concernent les symptômes du COVID-19, santé mentale, perception du risque et pratiques préventives, recours ou renoncement aux soins, effets sur la vie quotidienne, les relations sociales et le travail, confiance dans les recommandations publiques et scientifiques, les vaccins, la COVID longue.

SAPRIS-SÉRO est le volet sérologique du projet SAPRIS, qui repose sur un recueil de sang sur papier buvard. 40 000 kits d'auto-prélèvement ont été envoyés aux volontaires de Constances, 1 nouvelle collecte va partir en juin 2021 pour 7370 volontaires (dont une collecte au sein des familles de 1500 volontaires)

COPER : est le volet COVID longue de SAPRIS SERO labellisé « Priorité nationale de recherche » par le CAPNET (Comité ad-hoc de pilotage national des essais thérapeutiques et autres recherches sur la COVID-19). Les questionnaires et la sérologie de juin permettront d'identifier *des volontaires atteints de COVID longue. Ces volontaires bénéficieront de bilans cliniques, sérologiques et immunologiques (octobre novembre 2021)*.

Financements spécifiques : ANR, Investissement d'avenir, Inserm, Fondation de France, Santé Publique France

SILVER-COVID : concerne spécifiquement les volontaires de Constances âgés de 65 ans et plus qui peuvent être particulièrement impactés par la maladie et l'isolement. Une enquête téléphonique a été réalisée entre juin et décembre 2020 auprès de 3 538 volontaires autour d'un questionnaire préparé en collaboration avec les experts de Constances dans le domaine du vieillissement.

Seroco : Deux projets se sont basés sur la biobanque de Constances.

- *Les origines de l'épidémie*

Les origines de l'épidémie et les débuts de la circulation de ce virus dans le monde sont un sujet d'intérêt majeur pour acquérir des connaissances sur les maladies émergentes et pouvoir améliorer nos capacités à les détecter précocement. C'est pourquoi l'équipe Constances, en partenariat avec Santé publique France, l'institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, et le laboratoire de l'Unité des virus émergents de Marseille se sont rapidement intéressés à la possibilité de tester des prélèvements déjà disponibles dans le cadre de Constances.

Après information des volontaires qui pouvaient s'y opposer, les sérums prélevés entre le 2 novembre 2019 et le 15 mars 2020 ont été mis à disposition du laboratoire de Marseille qui a procédé à deux tests indépendants : un test Anti-SARS-CoV 2 par ELISA IgG, et pour ceux qui était positifs un test de séroneutralisation (SN) très spécifique dans un laboratoire de haute sécurité P3. Ce test comprend la mise en contact du sérum des volontaires, de cellules humaines et du SARS- Cov-2. Si les

cellules survivent au virus on en conclut que le sérum a protégé les cellules grâce à la présence d'anticorps « neutralisants » le virus.

Sur 6 020 échantillons collectés entre novembre et janvier 13 sérum étaient positifs en Elisa et confirmés en séroneutralisation. Les interviews de 11 de ces 13 volontaires qui nous avaient donné accès à leurs coordonnées sur leur consentement, montraient pour la plupart l'existence de facteurs de risque (profession, voyages, symptômes, éventuels cas contact).

Même en supposant qu'une partie de ces participants avec des résultats positifs soient des « faux positifs », ces faisceaux d'arguments laissent penser avec une très forte probabilité que le virus circulait à bas bruit en novembre en France, voire dès le mois d'octobre 1 cas étant positif la première semaine de novembre. On peut considérer qu'environ 1/1 000 adulte en France pourrait avoir « rencontré » le virus avant fin janvier.).

- *Causes immunologiques des formes graves*

Les sérums ont été également adressés à la l'Institut Imagine (Paris) pour une recherche d'anticorps anti interféron de type 1 et en déterminer la prévalence en population. Cette équipe a identifié pour la première fois des causes génétiques et immunologiques expliquant 15 % de formes graves (Science 2020). 10 % des patients avec une forme sévère ont notamment une forme d'auto-immunité dirigées contre leurs propres défenses antivirales. Cette découverte peut avoir des implications thérapeutiques importantes (Financement spécifique : Institut Imagine).

Projets en préparation

French GWAS Covid : génétique et COVID. Protocole en attente d'avis d'autorisation.

PECOV : pollution et COVID. En attente des résultats de l'appel d'offres de l'ANSES.

Publications

Carrat et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 among adults in three regions of France following the lockdown and associated risk factors: a multicohort study. *Accepted dans International Journal of Epidemiology*.

Hozé N, et al. Monitoring the proportion of the population infected by SARS-CoV-2 using age-stratified hospitalisation and serological data: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2021 Apr 8:S2468-2667(21)00064-5. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00064-5. Online ahead of print.

Lapidus N et al. Do not neglect SARS-CoV-2 hospitalization and fatality risks in the middle-aged adult population. *Infect Dis Now*. 2021 Jan 18. doi: 10.1016/j.idnow.2020.12.007. Online ahead of print. PMID: 33521775 Free PMC article.

Carrat F et al. Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France: findings from the population-based "CONSTANCES" cohort. *Eur J Epidemiol*. 2021 Feb;36(2):219-222. doi: 10.1007/s10654-020-00716-2. Epub 2021 Feb 6. PMID: 33548003 Free PMC article.

Cet article a été très relayé dans la presse (notamment le Monde), la télévision et la radio (notamment sur les chaînes de Radio France) les réseaux sociaux. Voir également Santé publique France « Article du mois » <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/articles-du-mois/2021/mise-en-evidence-d-une-circulation-precoce-du-sars-cov-2-en-france-resultats-de-la-cohorte-en-population-constances>

Varga TV et al. Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *Lancet Reg Health Eur*. 2021 Mar;2:100020. doi: 10.1016/j.lanepe.2020.100020. PMID: 33870246 Free PMC article.

Bajos N et al. When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections: evidence from a cross-sectional population-based survey in France. *BMC Public Health*. 2021 Apr 12;21(1):705. doi: 10.1186/s12889-021-10521-5. PMID: 33845798 Free PMC article.

Carrat F et al. Incidence and risk factors of COVID-19-like symptoms in the French general population during the lockdown period: a multi-cohort study. *BMC Infect Dis*. 2021 Feb 10;21(1):169. doi: 10.1186/s12879-021-05864-8. PMID: 33568097 Free PMC article.

3.2. Dans cette période complexe, l'Assurance maladie a contribué à la gestion de l'épidémie ainsi qu'aux mesures d'accompagnement des assurés et des professionnels de santé

3.2.1 Mesures de gestion de l'épidémie

Le contact tracing

Comme l'ensemble des acteurs du système de santé, l'Assurance Maladie s'est pleinement mobilisée dans la gestion de la crise et a joué un rôle important auprès des assurés et des professionnels de santé, à travers notamment sa contribution à la stratégie tester, alerter et protéger (TAP).

Dans ce cadre, la réalisation du **contact tracing** a été confié à l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie s'est beaucoup investie dans cette nouvelle mission, qui contribue à ralentir la progression du virus. La mise en œuvre du contact tracing a nécessité un effort important pour s'approprier cette mission nouvelle, déployer les outils (SI, reporting, pilotage) et les effectifs permettant de la mettre en œuvre dans des délais très contraints. Ainsi, les effectifs mobilisés représentaient quotidiennement entre 600 et 2 500 ETP en juin 2020 et ont pu atteindre plus de 12 000 ETP mobilisés au cœur de la 2ème vague. Au 13 juin 2021, l'Assurance Maladie a contacté dans le cadre du contact tracing plus de 5,5 millions de personnes positives (« PO ») et plus de 11 millions de personnes contact (« PC »), avec des taux de contact réussis qui demeurent très élevés (96% d'appels réussis pour les personnes positives, en moyenne).

Dans une recherche d'amélioration continue et sur la base d'un retour d'expérience partagé à la suite des deux premières vagues avec le Ministère des solidarités et de la santé et Santé publique France, la stratégie « Tester-Alerter-Protéger » (TAP) a été renforcée dès la fin de l'année 2020 (« TAP 2 »). De nombreuses actions nouvelles ont été déployées, là encore dans des délais très courts, afin d'optimiser l'efficacité du dispositif. Plusieurs exemples l'illustrent, comme un important travail sur les délais de restitution des tests mené en lien étroit avec les professionnels de santé concernés, permettant notamment d'indexer la rémunération des tests à la rapidité de restitution des résultats. La création de dispositifs dérogatoires d'indemnisation conçus pour lever les freins financiers à l'isolement, une adaptation constante à l'émergence des variants, l'expérimentation du rétrotracing, ou encore la création d'un dispositif de visites infirmières sur le lieu d'isolement des patients s'inscrivent dans cette démarche.

Le développement des visites de suivi à l'isolement réalisé par les infirmiers

Depuis le 20 janvier 2021, dans le cadre de la stratégie « Tester Alerter Protéger » renouvelée, lors de l'appel « *contact tracing* » de l'Assurance Maladie, les patients Covid+ se sont vus systématiquement proposer la visite d'un infirmier sur leur lieu d'isolement. Les infirmiers ont pour rôle d'aider les personnes à « réussir leur isolement » en leur prodiguant des conseils sanitaires et d'organisation de la vie quotidienne, ainsi que la nécessité d'effectuer des tests antigéniques pour les autres membres du foyer.

Au total, 60 299 infirmiers ont bénéficié d'un accompagnement par l'Assurance Maladie sur ce dispositif. Depuis le lancement de ce dispositif, près de 300 000 visites auprès de patients ont été réalisées.

Un dispositif de télé-suivi de l'isolement a également été mis en place en même temps que la visite infirmière. Un système de SMS conversationnels, destinés aux cas identifiés (PO) comme aux personnes contactées, permet de rappeler les consignes sanitaires en les adaptant à la situation de chacun, mais aussi de détecter d'éventuels besoins d'accompagnement social durant l'isolement.

Le développement de téléservices

Afin de favoriser et accompagner les démarches d'isolement donnant droit à indemnités journalières dérogatoires, des téléservices ont rapidement été proposés aux assurés et aux employeurs. Ces téléservices sont régulièrement renouvelés afin d'en permettre une meilleure utilisation selon le profil ou la catégorie socio-professionnelle du déclarant.

Tableau 14 : Détail des indemnités journalières pendant la période de crise sanitaire (semaine 10 2020 à semaine 20 2021)

	En nombre	En montant
IJ dérogatoire	45 247 721	1 453 082 872
<i>dont Garde d'enfants</i>	<i>30 222 221</i>	<i>965 887 469</i>
<i>dont Population fragile</i>	<i>5 997 957</i>	<i>198 217 534</i>
<i>dont</i>	<i>9 027 543</i>	<i>288 977 869</i>

Source : CNAM

Sur la période (crise sanitaire), il y a eu 45 247 721 demandes d'indemnisation dérogatoires, pour un montant de 1 453 082 872 (Tableau 14).

La vaccination contre la Covid 19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté le 27 décembre 2020 avec une priorisation des personnes les plus à risque de formes graves et les plus exposées, pour progressivement s'étendre à l'ensemble de la population adulte, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Comité d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV).

L'Assurance Maladie s'est mobilisée dès le début de la vaccination contre la covid, en particulier pour développer un système d'information assurant la traçabilité de la vaccination, mais également en développant la communication et l'information des assurés, la rémunération et l'information des professionnels de santé impliqués dans la vaccination et dans un ensemble d'actions attentionnées, dites « aller vers », pour favoriser l'accès à la vaccination des publics plus âgés, plus éloignés des soins de prévention ou des outils numériques, des personnes précaires ou plus vulnérables.

Vaccin covid

Afin d'assurer la traçabilité des vaccins et le suivi de la campagne de vaccination contre la COVID-19, l'Assurance Maladie a été chargée par les pouvoirs publics de la création du système d'information. Ainsi, le 4 janvier 2021, dès le début des premières vaccinations, le téléservice « Vaccin Covid » a été ouvert aux professionnels de santé. Depuis, Vaccin Covid a été constamment adapté pour suivre les évolutions de la campagne de vaccination. D'abord accessible aux médecins, puis aux infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, Vaccin Covid a évolué pour intégrer les différents vaccins arrivant sur le marché européen et pour prendre en compte les recommandations des autorités sanitaires et les différents schémas vaccinaux.

Ce téléservice dispose de fonctionnalités facilitant le suivi de la vaccination et la déclaration des effets indésirables dans le portail des signalements de l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM).

Les données issues de ce système d'information permettent un pilotage de la campagne par les pouvoirs publics, participe à la pharmacovigilance, à l'évaluation des taux de couverture vaccinale et permettent la réalisation d'études permettant d'apprécier l'efficacité des vaccins en « vie réelle ».

Travaux EpiPhare efficacité vaccinale⁵⁶

EPI-PHARE a conduit un travail visant à quantifier la différence d'incidence d'hospitalisation pour COVID-19 chez les sujets vaccinés au cours des deux premiers mois de vaccination par rapport aux sujets non vaccinés. Ce travail a utilisé les données de la base VAC-SI couplée au système national des données de santé (SNDS). Cette large étude de pharmaco-épidémiologie porte sur plus de 4 millions de Français âgés de plus de 75 ans, afin de comparer l'incidence des hospitalisations pour Covid-19 chez les personnes vaccinées au cours des deux premiers mois de la campagne vaccinale en France par rapport aux personnes non vaccinées.

Les premiers résultats de cette étude mettent en évidence l'impact majeur de la vaccination en France. Le risque de forme grave de Covid-19 diminue ainsi de 87 % chez les personnes de plus de 75 ans, dès 7 jours après l'injection de la 2e dose. Cela signifie qu'elles ont 9 fois moins de risque d'être hospitalisées pour Covid-19 que les personnes de plus de 75 ans non vaccinées.

Ce travail a utilisé les données du système d'information Vaccin Covid chaînées au Système national des données de santé (SNDS), qui fournit des informations individuelles sur l'ensemble des consommations de soins et des hospitalisations de la quasi-totalité (99 %) de la population résidant en France.

Ces résultats seront actualisés par EPI-PHARE au fur et à mesure de la mise à disposition d'informations actualisées avec un suivi élargi à d'autres populations, d'autres vaccins et sur des périodes de temps prolongées.

Retour sur des expériences réseau intéressantes sur la vaccination

L'Assurance Maladie contribue directement à la vaccination de la population, que ce soit au travers de ses différentes structures de soins, UGECAM (Union pour la gestion des établissements de caisses d'assurance

⁵⁶ Groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare. Estimation de l'impact de la vaccination chez les personnes âgées de 75 ans et plus sur le risque de formes graves de Covid-19 en France – Premiers résultats. Mai 2021.

maladie) et CMS (centres municipaux de Santé), ou par le biais de la trentaine de Centres d'Examens de santé ayant mis de côté tout ou partie de leurs activités habituelles pour s'engager dans cette dynamique.

Ainsi, à la fin mai 2021, le réseau de l'Assurance Maladie vaccinait près de 23 000 personnes par semaine, et avait en perspective de dépasser les 30 000 vaccinations hebdomadaires.

En complément, des actions spécifiques ont été menées par le réseau de l'Assurance Maladie pour rapprocher la vaccination de personnes à mobilité réduite, ou plus éloignées du système de soins, ou précaire : aides aux déplacements vers les centres, centre de vaccination mobile, barnum de proximité dans certains quartiers, partenariats locaux et avec les associations, vacci-drive ...

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 à disposition de tous, dans un format open data et datavisualisation, un ensemble de données sur le déploiement de la vaccination contre la Covid-19 en France. Ces données sont anonymes et issues des bases informatiques de l'Assurance Maladie, complétées de données de référence (source Insee). Ces données sont mises à jour chaque semaine.

Au-delà de l'information large auprès du grand public, il s'agit aussi d'un outil d'aide à l'identification de populations qui seraient en écart et pour lesquelles des actions « d'aller vers » pourraient être identifiées et mises en œuvre.

3.2.2 L'Assurance Maladie a maintenu son engagement auprès des assurés les plus fragiles

Tout au long de la crise sanitaire, les organismes du réseau de l'Assurance Maladie ont assuré un accompagnement attentionné des assurés, en particulier ceux les plus en écart aux soins ainsi que les plus défavorisés particulièrement exposés au risque du COVID, mais aussi aux renoncements aux soins, au travers d'actions déployées par les Missions Accompagnement Santé des CPAM et le Service Social, ainsi que par différentes mesures en matière d'Action Sanitaire et Sociale.

Les actions en faveur de l'accès à la Complémentarité santé solidaire (C2S) se sont poursuivies avec l'envoi de plus de 700 000 courriers et courriels d'invitation à déposer une demande de C2S aux publics éligibles, ainsi que des actions de communications auprès des titulaires de l'allocation adulte handicapé et de l'allocation supplémentaire d'invalidité sur leur potentielle éligibilité à la C2S. Des consignes complémentaires ont été transmises, afin d'accompagner les personnes ayant connu des difficultés de règlement de leur participation en prenant contact avec elles, en organisant si besoin un échelonnement des paiements voire une aide individuelle ASS en cas de difficulté liée à la crise sanitaire.

Des actions spécifiques ont été menées à destination des personnes les plus fragiles comme les personnes âgées, isolées, malades ou vivant avec un handicap. Près de 14 000 appels ont été ainsi réalisés durant le premier confinement par les Missions Accompagnement Santé de l'Assurance Maladie.

Il s'agissait ici de s'assurer que la situation de crise sanitaire n'avait pas engendré de difficultés d'accès aux soins mais également de rappeler les gestes barrière et d'inciter à la prise de rendez-vous médical en cas de besoin, avec la possibilité de mobiliser des partenaires externes. Dans près d'un tiers des cas, ces appels ont donné lieu à une action ayant le plus souvent donné lieu à un passage de relai auprès d'un partenaire.

Le service social de l'Assurance Maladie a maintenu sa mobilisation, avec au cours du premier confinement plus de 80 000 entretiens qui ont pu être conduits par téléphone ou par visioconférence, ce qui a permis la continuité des interventions sociales individuelles en cours et le maintien du lien d'accompagnement social. Au total sur 2020, près de 370 700 personnes ont pu être accompagnées et 1 049 000 entretiens sociaux réalisés en présentiel et par téléphone en 2020.

Des orientations spécifiques pour l'utilisation du fonds d'action sanitaire et sociale ont également été définies. Dès le mois d'avril 2020, il a ainsi été décidé que les aides individuelles pourraient être versées aux assurés sans complémentaire santé ayant un reste à charge élevé à la suite d'une hospitalisation liée à la Covid-19. Plus de deux tiers des caisses primaires ont ainsi mis en place des aides supplémentaires.

Une action coordonnée avec les CAF et les gestionnaires de structures d'hébergement a été engagée par l'Assurance Maladie entre fin juin et mi-juillet 2020, permettant de **sécuriser l'accès aux droits et aux soins de plus de 1 500 personnes sans-abris**.

Cette action conjointe avec les CAF a été réalisée par **107 équipes pluridisciplinaires sur l'ensemble du territoire, en lien avec 548 structures d'hébergements**, dans une démarche proactive de type « aller vers » et « dans les murs » des structures d'hébergements.

3.2.3 Les établissements UGECAM ont maintenu leur activité de soins et se sont adaptés aux nouvelles contraintes liées au COVID-19

Le Groupe UGECAM a maintenu son activité de soin et d'accompagnement grâce à une adaptation rapide des organisations pour répondre aux besoins d'aval des établissements aigus et mettre en place des moyens alternatifs d'accompagnement à distance avec des suivis à domicile, des équipes mobiles, des suivis téléphoniques. Les UGECAM ont veillé à respecter l'ensemble des consignes nationales de sécurité et de protection, des patients comme des personnels, ce qui a permis de contenir globalement l'épidémie.

En secteur sanitaire, une mobilisation du réseau UGECAM a été faite afin d'assurer un parcours fluidifié et pertinent. Les établissements ont été différemment touchés selon leur activité et leur implantation géographique. Les établissements ont activé leur Plan Blanc et mis en place des unités Covid, dédiées à la prise en charge des patients avec un respect strict des consignes sanitaires. Ainsi au sein des 82 établissements UGECAM, 46 Unités COVID avec 562 lits ont été mises en place, soit 10% des lits d'hospitalisation complète pendant la première vague. Sur l'ensemble des établissements, 6% des journées d'hospitalisation complète ont été pour des patients COVID. En Alsace de mai à juin 2020, l'offre COVID a représenté 30 % des lits des établissements. En Nord-Est, cette proportion a atteint 15 % des lits. Sur l'année 2020, en Alsace 12 % des journées réalisées en SSR étaient consacrées à des patients COVID. Dans 90% des cas, les patients étaient transférés d'une unité de court séjour. Dans la région Grand Est, les établissements UGECAM ont réalisé 25 % des prises en charge en SSR des patients COVID.

En secteur médico- social, les établissements UGECAM ont adapté leur organisation et les prestations offertes aux personnes prises en charge. La crise sanitaire sans précédent a obligé les établissements et services médico-sociaux à repenser sur un temps très court leur organisation afin de proposer des prestations et des modèles de fonctionnement différents de ceux habituellement proposés. Le retour ou maintien au domicile pour les enfants et le confinement des structures adultes ont obligé les directions à penser de nouvelles approches dans l'urgence.

Encadré 16 : Exemples d'adaptation des établissements UGECAM à la crise sanitaire

IURC Strasbourg Alsace Equipe Mobile Équipe mobile de MPR et filières de prise en charge

A l'Initiative des équipes médicales et paramédicales de l'IURC, une équipe mobile a été organisée en interaction avec les Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) : intervenant en amont dans les services de médecine et de soins critiques cette équipe mobile, composée de médecins 2 seniors MPR et 2 internes MPR sur les 2 sites des HUS a permis l'évaluation des déficiences et limitations d'activité, la prescription de kinésithérapie, orthophonie et l'orientation du patient : retour à domicile, transfert en SSR.

De plus, il a été possible de réaliser une activité de rééducation précoce au CHU avec le redéploiement des kinésithérapeutes et orthophonistes sur une période de 7 semaines, 300 patients ont été évalués par cette équipe mobile.

Lors de la fermeture des hôpitaux de jour, un suivi à distance des patients a été mis en place de la téléadaptation, modalités du télésoin élargies (appel téléphonique des patients, remise de cahiers d'exercices...)

Une équipe mobile auprès des personnes polyhandicapées pour une réponse sur l'ensemble du territoire départemental par 2 opérateurs, l'UGECAM Aquitaine avec l'IME et la MAS de Lapeyre et l'association APRES

Gestionnaires d'établissements pour personnes polyhandicapés, les 2 organismes gestionnaires ont mis en œuvre de nouvelles réponses aux besoins des enfants et des adultes, permettant de repérer des attentes des familles ou aidants jusque-là non identifiées ou non formulées. Ainsi les professionnels de l'établissement ont eu des entretiens téléphoniques avec les personnes handicapées et leurs familles, fait des visites à domicile, accompagné les familles pour des démarches administratives. Le prêt de matériel notamment de communication et la construction d'outils (vidéo publication) à destination des adultes rentrés à domicile sont des nouvelles offres que l'établissement a proposées.

Pour un établissement, ces prestations sont nouvelles et ont permis de décentrer l'accompagnement des personnes en situation de handicap pour les accompagner dans leur environnement, à domicile, en présence de leurs aidants. Ainsi, ces nouvelles pratiques ont permis de : développer le parcours des personnes 'en alternant des périodes en établissements et à domicile), personnaliser l'offre (améliorer la réactivité et la capacité à répondre à des situations en dehors de l'établissement), proposer de nouvelles prestations.

Un internat ouvert 7 jours sur 7 (DITEP de St Florent du Cher, UGECAM centre):

Pendant le confinement, certains établissements sont restés ouverts pour accueillir les enfants, notamment ayant des troubles du comportement. Ils ont permis d'apporter une solution de répit à des familles qui avaient besoin d'un accompagnement renforcé. Dans le Cher, le DITEP de l'UGECAM et l'IME des PEP ont assuré un accompagnement 7 jours sur 7 pendant toute la période du 1^{er} confinement et l'été 2020. De nouvelles pratiques ont été mises en œuvre avec une coopération renforcée (mutualisation des professionnels et des lieux d'accueil). Des enfants de la protection de l'enfance ont été accompagnés par cet internat.

Un dispositif ressources pour accompagner la montée en compétences du droit commun (DITEP La Rosace, UGECAM Normandie)

L'accompagnement médico-social proposé par le DITEP était auparavant centré sur l'enfant avec des interventions ponctuelles de sensibilisation des professionnels du droit commun. Pendant le confinement, les enfants sont retournés dans leur famille et pour ceux suivis par la protection de l'enfance dans les foyers ou les MECS (maison d'éducation à caractère social).

C'est pourquoi le DITEP a organisé un dispositif ressources qui permet d'accompagner les parents, les professionnels de la protection de l'enfance. Beaucoup d'actions d'appui à la parentalité ont été mises en œuvre et se sont poursuivies. Depuis la rentrée scolaire, les professionnels de l'Education Nationale en bénéficient aussi. Le dispositif ressources participe ainsi à la montée en compétences du droit commun et contribue ainsi à la société inclusive.

Du soutien aux aidants (les établissements du Var de l'UGECAM PACAC)

Lors de la période de confinement, il est apparu la nécessité de venir en appui aux familles à domicile pour soutenir la parentalité. L'origine de ces besoins pouvait être multiple mais la « guidance parentale » mise en œuvre pour tenter d'y répondre a eu des effets positifs : information, conseil et soutien apportés aux parents par des experts issus de l'équipe interdisciplinaire ou de partenaires du territoire. Le lien avec les aidants familiaux lorsque les personnes handicapées sont restées confinées dans l'établissement a été maintenu via les appels téléphoniques vers les familles mais aussi la possibilité qui leur a été donnée de joindre à tout moment un professionnel pour répondre à leurs interrogations, doutes, et difficultés.

L'aide aux aidants s'adapte aux demandes en co-évaluant les besoins et en apportant des interventions dans l'environnement naturel. Celles-ci permettent de développer et d'incarner des savoirs faire, au bénéfice de la prévention du risque de rupture, d'épuisement et de crise. Il ne s'agit pas seulement d'apporter aux aidants et aux usagers des savoirs techniques mais surtout d'accompagner l'expérimentation de ceux-ci.

3.2.4 Les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie ont été mobilisés pendant la crise sanitaire

Certains centres d'examen de santé (CES) ont ouvert des centres de dépistage COVID en lien avec les ARS et dédié leurs moyens à cette seule mission dès le début de la crise sanitaire. Les centres d'examen de santé ont été mobilisés au moment du déconfinement sur le Contact tracing : en 2020 c'est plus de 50 centres qui ont été mobilisés avec près de 70 % de leurs effectifs affectés à cette mission. Quelques CES ont été mobilisés à 100 % du fait du taux d'incidence du COVID dans leur région.

L'activité a été globalement plus réduite en volume et toujours dans l'objectif de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. En 2020, pendant le premier confinement et la fermeture des centres, ceux-ci ont été mobilisés dans une logique « d'aller vers » afin de reprendre contact avec les assurés venus récemment au CES et pour lesquels des besoins de soins étaient avérés. L'objectif consistait à inciter les assurés à recourir au système de santé, pour assurer la continuité des programmes d'éducation thérapeutique du patient engagé. A la réouverture des centres, l'activité a repris à hauteur de 30 % en priorité auprès de personnes éloignées du système de santé.

La CNAM et le centre d'appui technique et de formation ont proposé des outils pour permettre aux assurés consultant en CES de s'exprimer sur la situation vécue, notamment ceux ayant été confronté à la COVID-19 personnellement ou pour des personnes de leur entourage

3.2.5 L'accompagnement des professionnels de santé libéraux

Pour aider les professionnels de santé dans cette période particulièrement compliquée, l'Assurance Maladie, en lien avec le ministère et la HAS, a instauré des mesures dérogatoires pour les conditions de prise en charge et de facturation des actes.

La télésanté

La période du 1er confinement a vu un fort déploiement de la télésanté. Ainsi, les téléconsultations, instaurées dans le cadre conventionnel depuis 2018, ont connu une croissance exponentielle. Pour répondre aux besoins des patients et des professionnels de santé et favoriser ce mode de consultation particulièrement adapté aux circonstances, des dispositions dérogatoires ont été mises en place avec une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Par ailleurs, les téléconsultations ont été étendues aux sages-femmes et la possibilité d'une téléconsultation sans vidéo-transmission, effectuée par téléphone, a été rendue possible pour les patients vivants dans une zone sans accès internet haut débit, ou dans le cadre de consultations pour covid, pour les patients de + de 70 ans, ou en ALD, ou encore pour les femmes enceintes.

Parallèlement, la possibilité de télésoins a été étendue à tous les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kiné, orthophonistes...).

Mesures dérogatoires en ville

Afin de favoriser la continuité des soins en sortie de confinement et d'aider les PS dans leurs efforts pour la prise en charge des populations, notamment des plus fragiles, l'Assurance Maladie a créé une consultation spécifique de suivi des personnes vulnérables. Cette consultation « post confinement » a été ouverte du 29 mai au 15 septembre 2020. Elle ciblait les personnes « vulnérables » au sens du HCSP, les personnes en ALD et les personnes en sortie d'hospitalisation recommandées par un établissement de santé. Cette consultation était assimilée à une consultation complexe et tarifée 46€. Au total, ce sont plus d'un million de consultations post confinement qui ont été réalisées et facturées sur la période.

Concernant la prise en charge des patients atteints de covid, plusieurs mesures dérogatoires ont également été mises en place, afin de faciliter et d'aider à leur prise en charge par les professionnels de santé de ville.

Ainsi, dès mars 2020, sur prescription médicale, les IDEL se sont vu proposer une cotation spécifique pour le suivi renforcé des patients Covid à domicile. Pour les masseurs kinésithérapeutes, il a été instauré une cotation spécifique pour la rééducation individuelle des patients covid après hospitalisation.

A l'automne 2020, au moment de la 2^{ème} vague, des dispositions ont été prises pour le suivi à domicile des patients covid + et oxygéné-requérant, sur avis de la HAS.

Enfin, en décembre 2020 une consultation de « prévention covid » a été mise en place, après avis de la HAS. Cette consultation vise à la prise de contact proactive des médecins avec les personnes « vulnérables » de leur patientèle, c'est-à-dire les personnes à risque de développer une forme grave de covid, les personnes en ALD et les personnes en situation de précarité. Cette consultation de prévention covid est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

3.2.6 Dispositif d'indemnisation pour perte d'activité des professionnels de santé libéraux

La crise sanitaire et la mise en place du confinement à partir du 16 mars 2020 se sont accompagnées d'une baisse significative des soins courants estimée à 4,1 Md€ en soins de ville. Aussi, le Gouvernement, par ordonnance n°2020-505 du 2 mai 2020, a confié à l'Assurance Maladie la gestion d'un fonds d'aide aux professionnels de santé conventionnés dont les revenus d'activité sont financés majoritairement par l'Assurance Maladie et dont l'activité a été particulièrement affectée par l'épidémie. L'aide vise, afin de garantir le bon fonctionnement du système de soins, à préserver la viabilité de ces professionnels en leur permettant de couvrir leurs charges fixes malgré la baisse de leur activité et de pouvoir reprendre leur activité après la crise.

Pour ce faire, l'Assurance Maladie a ouvert dès le 30 avril un télé-service permettant aux professionnels de santé concernés de demander une indemnisation en percevant une avance dans les 15 jours suivant la demande, avance qui sera régularisée à la fin du 1^{er} semestre 2021.

Initié lors du 1^{er} confinement, ce dispositif d'indemnisation a d'abord porté sur la période du 16 mars 2020 au 30 juin 2020 pour laquelle plus de 200 000 professionnels de santé, soit environ la moitié des professionnels de santé éligibles, ont demandé une avance pour un montant de 1,1 Md€. Le dispositif a été réactivé pour les médecins libéraux exerçant leur activité en établissement de santé et ayant constaté une baisse d'activité du fait des déprogrammations de soins non urgents en établissement de santé, d'abord pour la période du 15 octobre au 31 décembre 2020 (près de 3 000 médecins ont demandé une avance pour près de 16 M€), puis pour la période du 1^{er} avril 2021 au 30 juin 2021 (près de 2 000 médecins ont demandé des avances pour 10 M€ à fin mai). Le dispositif a également été réactivé pour la période du 1^{er} décembre 2020 au 30 avril 2021 pour toutes les catégories de professionnels de santé installés en zone de montagne suite aux fermetures des

remontées mécaniques dans les stations de ski (plus de 400 professionnels de santé ont demandé une avance pour 1,7 M€).

Sur des avances versées d'environ 1,1 Md€, le montant des aides définitives du dispositif après régularisation est estimé à 1,3 Md€ au titre de l'année 2020.

Tableau 15 : Estimation des montants des aides définitives (en millions d'euros) par professions

Médecins	564
<i>Généralistes</i>	134
<i>spécialistes</i>	430
Dentistes	217
Sages-femmes	3
Infirmiers	58
Masseurs-kinésithérapeutes	125
Orthophonistes	8
Orthoptistes	1
Pharmacie d'officine	68
Centre de santé	120
Transports hors taxi	100
Taxis	27
Total	1 291

Source : CNAM, comptes 2020

3.2.7 Le soutien aux établissements de santé

Garantir le financement : dispositif de sécurisation des établissements de santé

Les établissements de santé privés ont pu bénéficier d'une avance remboursable sur les facturations ultérieures auprès de l'Assurance Maladie dès mars 2020, dispositif prolongé à ce jour jusqu'en juin 2021. Le montant de cette avance correspondait jusqu'en décembre 2020 aux recettes moyennes mensuelles facturées en 2019 (séjours tous champs, molécules onéreuses...), hors honoraires des médecins libéraux. A compter de janvier 2021, le périmètre de l'avance a été aligné sur celui de la garantie afin de sécuriser la récupération de ces fonds. Tout au long de cette période, les établissements de santé ont continué à facturer leur activité. Le versement par les caisses primaires était toutefois minoré des avances.

Les établissements de santé, publics et privés, ont également perçu une avance correspondant à 3,5 mensualités de recettes relatives au reste à charge, à 1.2 milliards d'euros entre mai et août 2020. Enfin, la garantie de financement couvre la part des frais d'hospitalisation pris en charge par l'Assurance Maladie.

Accompagner les établissements

Les mesures suivantes ont été mises en place dès le premier état d'urgence sanitaire, afin de soutenir le personnel soignant ou les patients atteints par la Covid.

- Prise en charge par l'Assurance Maladie de **transports en taxis ou d'hébergement** pour les personnels soignants salariés des établissements sanitaires et médicaux sociaux publics et privés, en cas de dépassements des amplitudes horaires quotidiennes ou hebdomadaires autorisées, ~~ou~~ affectés en cellule de crise, ou mobilisés dans des établissements éloignés de leur domicile ;
- Prise en charge des **transferts de patients** afin de désengorger les capacités de prise en charge en réanimation des régions les plus touchées et permettre d'assurer les meilleurs soins à tous les patients ;
- **Renfort des équipes soignantes des établissements médico-sociaux** pour les établissements d'hébergement pour personnes handicapées (ESMS-PH), les SSIAD, SPASAD et EHPAD, par la prise en charge par l'Assurance Maladie de forfaits à la demie journée pour les médecins et infirmiers libéraux ;

- **Prise en charge par l'Assurance Maladie du reste à charge dans les EHPAD en sortie d'hospitalisation pour Covid-19** (dans la limite de 90€/j) pour les personnes âgées en admission temporaire en EHPAD comme solution intermédiaire avant leur retour à domicile ;
- **Mise en place de forfait de vacation** de 600€ pour 12h de vacation réalisées de jour et de 900€ pour 12h de vacation réalisées la nuit, les weekends hors samedi matin, et jours fériés **pour les médecins libéraux**, sollicités par l'ARS dans le cadre d'autorisations dérogatoires ou d'extension de capacité de réanimation, soins critiques ou de médecine en cliniques privées, et mobilisés pour prendre en charge des patients Covid-19.

3.3. Propositions

Propositions sur la réponse aux impacts de la de la crise COVID-19 sur le recours aux soins

Proposition 21 : Tirer les enseignements de la crise sur les données de santé et leur gestion

L'épidémie de COVID a été un révélateur pour tous les acteurs du système de santé ainsi que pour le grand public de l'importance croissante conférée à l'usage des données de santé. L'Assurance Maladie tenant une place majeure dans la gestion de ces données en France, il importe de tirer les enseignements de la période récente pour contribuer efficacement à l'essor de ces usages.

La poursuite de cet engagement s'articulera principalement autour des cinq axes suivants :

- Pérenniser un suivi systématique annuel d'indicateurs-clés de consommation de médicaments et d'actes post COVID-19 ;
- Contribuer aux études sur le thème, notamment sur les symptômes persistants de la COVID-19 ;
- Organiser une grande concertation pour tirer les enseignements de la crise en termes de gestion, ouverture et analyse des données de santé
- Mieux outiller les médecins traitants dans la mise à disposition de données concernant leurs patients, y compris nominatives
- Développer les usages de la data visualisation 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)

Proposition 22 : Soutenir la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV)

Un fort recul de la vaccination contre les infections HPV a été observé en 2020, avec un déficit de 274 000 doses, soit une chute d'un tiers par rapport à l'attendu. La situation est restée préoccupante sur les quatre premiers mois de 2021 avec un déficit de 103 000 doses soit 27 % par rapport à l'attendu. Cette baisse de participation intervient dans un contexte français de faible participation à cette vaccination (inférieure à 30%). En 2019, seules 28 % des jeunes filles de 16 ans ont reçu un schéma vaccinal complet. Cette couverture vaccinale reste très inférieure aux objectifs fixés dans la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 : 60% pour les adolescentes en 2023 et de 80% en 2030. A titre de comparaison, en Australie ou en Suède ce taux avoisine déjà les 80%.

Or la vaccination contre le papillomavirus est, avec le frottis de dépistage, le meilleur moyen de lutter contre le cancer du col de l'utérus. La vaccination contre les infections HPV concerne les jeunes filles de 11 à 14 ans révolus, avec un rattrapage possible entre 15 et 19 ans et a été élargie aux garçons du même âge (recommandations HAS applicables depuis janvier 2021).

Afin de soutenir la vaccination contre les infections HPV et d'augmenter le taux de couverture vaccinale en France, l'Assurance Maladie propose deux actions à court terme :

- Lancement d'une campagne d'e-mailing d'information à tous les parents :
 - d'enfants (filles et garçons) de 11 à 13 ans pour promouvoir la vaccination HPV à destination des parents d'enfants ayant une absence de vaccination HPV et les parents d'enfants ayant un schéma vaccinal incomplet ;
 - d'enfants (filles et garçons) âgés de 14 ans afin de les sensibiliser à l'importance de la vaccination HPV ;
- Lancement d'une campagne d'e-mailing à tous les médecins généralistes et pédiatres afin de les sensibiliser particulièrement à cette vaccination.

Le déploiement de cette campagne devra évidemment s'articuler avec celle liée à la Covid 19.

Proposition 23 : Soutenir la vaccination des nourrissons et des enfants

L'année 2020 a vu une chute importante de la vaccination des nourrissons et des enfants, malgré une amélioration sensible en 2018 et en 2019 avec l'élargissement de l'obligation vaccinale à 11 vaccins. L'Assurance Maladie entreprendra des actions pour soutenir la vaccination infantile notamment :

- Les e-mailing prévus pour informer les parents d'enfants de 2 mois, 4 mois, 10 mois, 22 mois, 8 ans, 9 ans, 11 ans, 12 ans, 13 ans, 15 ans et 16 ans sur les examens obligatoires de l'enfant, contiennent des informations sur l'importance des vaccinations. Ces messages seront contextualisés au regard de l'importance de la vaccination durant la période Covid 19 pour inciter les parents à participer ;
- Communication auprès des professionnels de santé pour rappeler le risque de la baisse des couvertures vaccinales chez l'enfant.

Proposition 24 : Tirer les enseignements de la crise COVID dans la gestion des épidémies hivernales

L'hiver 2020/2021 a été très atypique à plus d'un titre et notamment pour les épidémies virales habituelles. L'épidémie de grippe dans l'hémisphère nord a été quasi inexistante, l'épidémie de bronchiolite a été significativement moins importante et plus tardive. Les gastro entérites aiguës ont été aussi moins nombreuses. Parallèlement, on constate une baisse spectaculaire de la prescription de l'antibiothérapie (rapport Epiphare d'avril 2021).

La première cause à évoquer devant ces constats est le rôle et l'efficacité des gestes barrières dans la diminution de la transmission virale.

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie, en lien avec Santé Publique France, couplait la campagne de la vaccination antigrippale avec une campagne de promotion des gestes barrières avec plus ou moins d'échos dans la population générale et chez les professionnels de santé.

La pandémie a mis un éclairage particulier sur ces sujets et permis aux Français d'acquérir des réflexes. Il serait opportun d'en tirer les enseignements pour prévoir une grande campagne de promotion des gestes barrières pour l'hiver prochain. Il apparaît important que cette campagne soit construite de manière pédagogique sans apparaître comme un retour des contraintes liées à la gestion de la crise sanitaire.

Plusieurs propositions peuvent être formulées pour tenter d'ancrer des habitudes plus vertueuses de protection contre les épidémies dans la vie de nos concitoyens. Il pourra s'agir notamment de mener des campagnes sur les gestes barrières, à caractère pédagogique, valorisant les efforts produits pendant la crise, mettant en lumière les effets induits sur les épidémies et la consommation d'antibiotique (en lien avec Santé Publique France et le ministère) et promouvant le maintien des « bonnes » habitudes (lavage des mains, mise à disposition de gel hydroalcoolique à l'entrée des bâtiments publics, des commerces et des transports, port du masque en période d'épidémie hivernale (grippe) par les professionnels de santé/salariés des établissements, notamment EHPAD).

Proposition 25 : Construire et accompagner la mise en œuvre d'un parcours gradué pour les malades ayant des symptômes persistants de la Covid-19

Capitaliser sur les différentes initiatives existantes et des recommandations de la HAS, pour construire et accompagner la mise en œuvre d'un parcours gradué pour les malades ayant des symptômes persistants de la Covid (fatigue, perte de l'odorat, difficultés respiratoires, etc.), en s'appuyant sur les structures d'exercice coordonné et en assurant sa promotion auprès des professionnels libéraux (médecins généralistes, kinésithérapeutes).

Proposition 26 : Mettre en œuvre une démarche d'«Aller vers» pour relancer la participation au dépistage organisé des cancers

La participation aux dépistages organisés des cancers (colorectal, du sein, du col de l'utérus) a subi un infléchissement pendant la crise. Pour relancer la participation, l'Assurance maladie mettra en œuvre une démarche d'« Aller vers » en direction des assurés et des professionnels de santé.

Pour les assurés, l'Assurance Maladie enverra des informations ciblées via le compte ameli :

- Envoi d'un courriel d'information sur le dépistage organisé du cancer colorectal aux assurés âgés de 50-74 ans identifiés dans les bases de données de remboursement de l'Assurance maladie comme n'ayant bénéficié d'aucun remboursement d'analyse d'un test de dépistage ou d'aucun remboursement d'une coloscopie au cours des deux dernières années ;
- Envoi d'un courriel d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein aux femmes âgées de 50-74 ans n'ayant pas bénéficié d'un remboursement pour une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années ;
- Envoi d'un e-mail d'information sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus aux femmes de 25-65 ans n'ayant pas eu sur la période de ciblage de frottis de dépistage ou de contrôle, d'hystérectomie, de consultation « gynécologue », de prélèvement cervico-vaginal par un médecin généraliste.

Par ailleurs, l'Assurance maladie participera au financement d'actions locales « d'aller vers » en lien avec les Centres Régionaux des Dépistages des Cancers. L'assurance maladie prévoit chaque année, dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (CRCDC), le financement d'actions locales visant à lever sur le territoire les freins identifiés au dépistage organisé des cancers pour encourager la participation au dépistage des populations socialement défavorisées. Des actions conjointes entre les CPAM et les CRCDC en direction de ces populations pourront être proposées.

En parallèle, l'Assurance maladie diffusera des messages aux professionnels de santé sur la baisse des recours aux offres des trois dépistages, et relayant les messages des campagnes d'incitation.

De plus, l'Assurance Maladie accompagnera les actions mises en œuvre par l'INCa dans le cadre du comité de pilotage national COVID et cancer, ainsi qu'avec Santé Publique France pour l'évaluation du rattrapage de la participation aux dépistages organisés.

3.4. Références

1. Semenzato L, Botton J, Drouin J, Cuenot F, Weill A, Zureik M. Maladies chroniques, états de santé et risque d'hospitalisation et de décès hospitalier pour COVID-19 lors de la première vague de l'épidémie en France: Étude de cohorte de 66 millions de personnes. : 41.
2. Canoui-Poitrine F, Rachas A, Thomas M, Carcaillon-Bentata L, Fontaine R, Gavazzi G, et al. Magnitude, change over time, demographic characteristics and geographic distribution of excess deaths among nursing home residents during the first wave of COVID-19 in France: a nationwide cohort study. *Age Ageing*. 12 mai 2021;
3. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19? Paris: DREES; 2020 mai. Report No.: 1150.
4. Monitoring COVID-19 L'impact de la COVID-19 sur le remboursement des soins de santé. INAMI; 2020 déc.
5. Gabet A, Grave C, Tuppin P, Chatignoux E, Béjot Y, Olié V. Impact of the COVID-19 pandemic and a national lockdown on hospitalizations for stroke and related 30-day mortality in France: A nationwide observational study. *Eur J Neurol*. 29 mars 2021;ene.14831.
6. Iacobucci G. How is the pandemic affecting non-covid services? *BMJ*. 22 janv 2021;n215.
7. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard P, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. 2020; (14):273-81.
8. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 [Internet]. 2020 juill. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf
9. Santé Publique France. Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de COVID-19 – Résultats de la vague 22 de l'enquête CoviPrev [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19/documents/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-22-de-l-...](https://etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19/documents/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-22-de-l-...)
10. Jaklevic MC. COVID-19 and the "Lost Year" for Smokers Trying to Quit. *JAMA*. 18 mai 2021;325(19):1929.
11. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement (jusqu'au 17 mai 2020). Saint-Denis: GIS Epi-PHARE; 2020 juin. Report No.: 3.

4. Organisation territoriale et réforme du financement des soins

4.1. Faire évoluer les organisations et le mode de financement des soins de ville pour mieux répondre aux besoins de la population, pourquoi promouvoir les organisations coordonnées ?

Au cœur de la relation entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie, les modes de financement et d'organisation des soins de ville ont connu des évolutions importantes au cours des 20 dernières années. Résultant pour partie d'une volonté commune des partenaires conventionnels et, pour partie, des transformations et des contraintes nouvelles qu'elles soient épidémiologiques, démographiques ou économiques, ces évolutions ont dessiné petit à petit un système de soins de ville très différent.

En France comme dans d'autres pays, la structuration des soins de ville pour permettre l'émergence d'organisations en mesure de faire face au défi de la transition épidémiologique est considérée comme une étape majeure dans la construction d'un système de santé plus efficace et efficient.

Au fil de rapports de proposition qu'elle remet chaque année au Parlement, l'Assurance maladie a poursuivi ses efforts de documentation, de proposition et d'évaluation des principaux leviers mobilisables pour faire évoluer ces organisations et ces modes de financement, qu'il s'agisse du CAPI puis de la ROSP, de l'émergence d'organisations coordonnées comme les CPTS ou encore d'outils favorisant ces évolutions comme les outils numériques ou la téléconsultation.

Si nombre de ces transformations font aujourd'hui partie intégrante du système de soins français, beaucoup reste encore à faire pour relever les défis auquel le système est confronté. La présente partie du rapport de proposition de l'Assurance Maladie, porte l'ambition de faire un bilan de ces évolutions et de dessiner les perspectives à court et moyen terme, notamment à travers les démarches d'expérimentation de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Le renforcement de l'exercice coordonné, sous ses différentes formes et ses différentes modalités, est au cœur des évolutions de la structuration des soins primaires. Autour d'un premier noyau de coordination habituellement composé du trio « médecin généraliste / infirmière / pharmacien », les besoins de prise en charge des patients nécessitent d'étendre la coordination à d'autres catégories de professionnels de santé – médecins spécialistes, kinés, orthophonistes, sages – femmes et dans certain cas les professionnels du médico-social et du social- afin d'assurer une prise en charge des patients dans toutes ses dimensions.

Si l'exercice coordonné - *dans le sens où les professionnels travaillent ensemble* - et l'exercice regroupé - *dans le sens où les professionnels travaillent à côté ou dans la même structure* - sont liés, ils ne sont pas forcément synonymes, et des organisations se forment « sans murs », pour assurer des niveaux de coordination plus larges (au niveau de territoire, comme les CPTS) ou plus souples (via des équipes de soins, comme les ESP ou les ESS).

De nouvelles formes d'exercice regroupé se sont affirmées ou ont émergé récemment, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou encore les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En juillet 2020, on recensait plus de 1 600 MSP en fonctionnement et plus de 500 CPTS en cours de déploiement.

Les politiques publiques encouragent très fortement l'exercice coordonné et ambitionnent d'en faire le mode d'exercice de référence par rapport à l'exercice isolé. L'Assurance Maladie accompagne cette évolution de longue date. L'objectif poursuivi à travers ce soutien est de favoriser un mode d'exercice dont les avantages apparaissent nombreux.

En premier lieu, il s'agit d'un mode d'exercice qui permet une **meilleure réponse aux besoins des patients**, en particulier porteurs de pathologies chroniques qui appellent des prises en charges pluriprofessionnelles parfois complexes. Dans un contexte fortement marqué par le vieillissement de la population et la transition épidémiologique, l'exercice coordonné est un cadre facilitant l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi de ces patients, le maintien à domicile des personnes âgées ou l'accompagnement des personnes handicapées.

Fondé sur une démarche collective, l'exercice coordonné est le vecteur d'une **meilleure organisation des soins**. Ces organisations sont moins centrées sur les soins curatifs et plus sur la prévention et la promotion de la santé. Elles favorisent aussi des prises en charge plus globales, en équipe pluridisciplinaire, la délégation des tâches et un meilleur suivi du patient. Les équipes envisagent leur intervention non comme une succession d'actes individuels mono-professionnels, mais comme une intervention globale pensée comme telle, répondant aux besoins du patient et reposant sur la synergie de leurs compétences propres.

A une maille territoriale, cette meilleure organisation favorise la **coordination entre la ville et l'hôpital** ou les structures médico-sociales, à travers les échanges et la contractualisation entre les établissements et l'ambulatoire. La CPTS peut ainsi devenir un interlocuteur légitime pour les établissements de santé et permettre d'organiser hospitalisations en accès direct, sortie d'hospitalisation, réponse aux soins non programmés, suivi des maladies chroniques à l'échelle d'un territoire. De même, une organisation coordonnée au niveau d'un territoire est plus à même de contractualiser avec les **établissements médico-sociaux** pour assurer par exemple la prise en charge des résidents par des équipes pluri-professionnelles, plutôt que des professionnels isolés. Cela fait de l'exercice coordonné un levier privilégié pour **améliorer l'accès aux soins** dans les territoires, particulièrement dans les **zones faiblement dotées en médecins généralistes**, où les structures coordonnées peuvent jouer un rôle très important.

L'exercice coordonné constitue un cadre propice à une organisation plus respectueuse du temps des professionnels, à travers une organisation plus efficiente et pertinente, permettant de mutualiser certaines ressources médicales ou administratives autour de fonctions difficiles à déployer sur des exercices individuels, comme les démarches qualité ou la coordination avec les autres acteurs du territoire. L'exercice coordonné, notamment en structure, est ainsi un cadre privilégié pour intégrer de **nouveaux métiers**, comme les coordinateurs, les infirmiers en pratique avancée (IPA), les médiateurs en santé ou les assistants médicaux, et de nouvelles professions, notamment non conventionnées comme les psychologues. Ces nouveaux métiers trouvent souvent leur pleine expression à travers de modes de financement plus diversifiés, pouvant reposer sur des forfaits ou la prise en compte des résultats des soins, moins centrés sur l'acte.

Le cadre de l'exercice collectif est plus attractif pour les professionnels, qui se sentent moins isolés, et jouissent d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. L'exercice coordonné constitue ainsi un levier pour **maintenir une offre de santé** sur des territoires aujourd'hui défavorisés en termes d'offre de soins de premiers recours. Les structures coordonnées constituent en outre plus facilement des terrains de **stages de formation** pour les professionnels de santé, faisant ainsi connaître l'exercice libéral et favorisant l'installation de nouveaux professionnels.

4.2. Un système qui a largement évolué

4.2.1 Différents niveaux de coordination

Le modèle de l'exercice médical isolé en cabinet individuel a laissé progressivement la place à un exercice regroupé entre les médecins ou un exercice pluri-professionnel intégrant les autres professions de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes,...).

Ces formes de regroupement et de coordination se traduisent par des formes de partage/collaboration qui peuvent aller d'une simple mutualisation des locaux, du secrétariat,... au partage des connaissances, des expertises et dans les cas des organisations les plus intégrées à de véritables projets de santé portés par les professionnels exerçant dans ces structures ou participant à ces organisations.

Le développement de la coordination s'appuie sur des cadres conventionnels différents, qui reflètent les différents niveaux de coordination attendus.

L'accord cadre interprofessionnel (ACIP) de 2018, en cohérence avec le plan « Ma santé 2022 », fait de la généralisation de l'exercice coordonné la norme de l'organisation future des soins primaires, que ce soit au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles, d'équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles que sont les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Il fixe des principes généraux applicables à l'ensemble des professions de santé, qui ont vocation à être déclinés dans le cadre des conventions nationales propres à chaque profession.

Il a ainsi un rôle de cadre structurant permettant d'impulser une dynamique dans chaque convention mono-catégorielle et dans les accords conventionnels interprofessionnels pour favoriser l'exercice coordonné des différents acteurs de santé.

L'ACIP reconnaît que l'exercice coordonné peut prendre deux dimensions : une coordination de proximité autour du patient et une coordination à l'échelle des territoires.

Aujourd'hui, la coordination de proximité est essentiellement réalisée au sein de structures intégrées où exercent différentes professions de santé. C'est le cas notamment des centres de santé et des maisons de santé pluri-professionnelles qui dispensent des soins de 1^{er} recours, et le cas échéant de 2nd recours. Ces structures pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, sans hébergement, ou au domicile du patient.

Le modèle des centres de santé est le modèle de structure d'exercice coordonné le plus ancien, il est composé uniquement de professionnels de santé salariés. Les organismes gestionnaires de centres de santé sont notamment des organisations à but non lucratif dont le statut juridique peut être une association de loi 1901, une commune, une société mutualiste ou un régime (spécial ou général) de sécurité sociale. Les centres de santé réalisent également des actions à visée sociale afin de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables.

Les MSP prennent majoritairement la forme de SISA (société interprofessionnelles de soins ambulatoires), statut juridique qui a été spécialement créé pour permettre à certains professionnels de santé d'exercer en commun les activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. Elles sont constituées d'au moins deux médecins libéraux et d'un professionnel paramédical libéral. Afin de s'adapter au mieux aux évolutions démographiques et pérenniser le statut SISA, l'ordonnance de mai 2021 rend possible l'intégration de professionnels de santé salariés au sein de ces structures.

L'exercice coordonné implique également que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire une réponse collective aux besoins de santé de la population au sein des communautés professionnelles territoriales de santé.

Les CPTS sont des organisations conçues autour d'un projet de santé et constituée à l'initiative des professionnels de santé sur un territoire donné (potentiellement plusieurs par département). Elles sont composées de professionnels de santé comme d'établissements de santé et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Une CPTS a comme vocation d'être une organisation souple de coordination à la main des professionnels eux-mêmes, selon les besoins spécifiques du territoire, dont les acteurs déterminent eux-mêmes le périmètre géographique.

4.2.2 Le regroupement des professionnels de santé est une réalité

L'exercice regroupé est devenu majoritaire pour les médecins généralistes. Selon l'enquête de la Drees (panel des médecins généralistes), en 2019, 61% de l'ensemble des médecins généralistes exercent en groupe, soit 7 points de plus qu'en 2010. Cette proportion est encore plus importante pour les jeunes médecins, plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exerçant en groupe.

L'exercice pluriprofessionnel se renforce dans le cadre conventionnel. L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) à destination des structures pluriprofessionnelles signé en 2017 offre une rémunération spécifique et forfaitaire adaptée aux besoins des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé, notamment pour valoriser la coordination, le travail en équipe et les systèmes d'informations partagés.

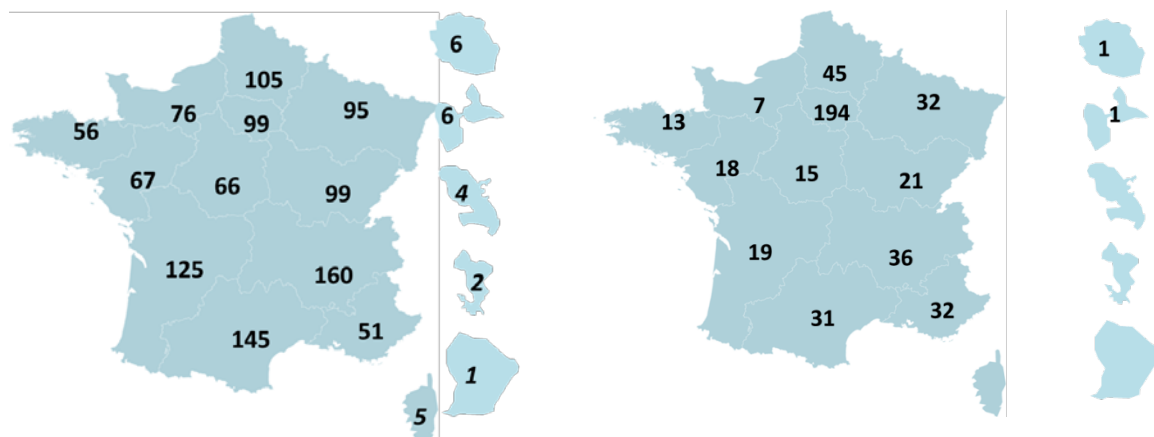
Fin décembre 2020, 1 168 MSP sont signataires de l'ACI, soit 72 % de l'ensemble des MSP en France (selon l'Observatoire des maisons de santé qui dénombre 1 617 MSP en France). Les structures qui ont rejoint l'accord conventionnel bénéficient d'une rémunération forfaitaire d'un montant moyen de 61 000 euros. Entre 2017 et 2020, le nombre d'adhésions des MSP à l'ACI a plus que doublé.

Par ailleurs, on dénombre en 2020, 2 496 centres de santé polyvalents, médicaux, dentaires ou infirmiers en France, 88% d'entre eux adhèrent à l'accord national. La rémunération moyenne dans le cadre de l'ACI s'élève à 55 100 euros pour les centres de santé polyvalents.

Figure 70 : Répartition par région a) des MSP adhérant à l'ACI et b) des centres de santé polyvalents ou médicaux

a) MSP adhérant à l'ACI

b) Centres de santé



Source : Cnam. Suivi des adhésions à l'ACI - 2021

4,2 millions de personnes ont leur médecin traitant qui exerce dans une MSP adhérant à l'ACI, soit environ 10% des personnes ayant un MT en France. A cela s'ajoute près de 900 000 personnes qui ont déclaré un médecin de centre de santé comme médecin traitant.

Au total 14 200 professionnels de santé exercent en MSP (signataires ACI) dont plus de 5 000 médecins généralistes (soit environ 10% des médecins généralistes libéraux en France) et 15 800 équivalent temps plein (ETP) sont salariés dans les centres de santé dont 1380 ETP médecins.

En moyenne, 15 professionnels de santé exercent dans une MSP rémunérée en 2019 dans le cadre de l'ACI selon la décomposition suivante :

- 4,5 médecins généralistes
- 0,3 médecin spécialiste
- 0,9 pharmacien
- 0,4 chirurgien-dentiste
- 0,5 sage-femme
- 8,3 professions paramédicales
- 0,1 autres professions

Après les médecins généralistes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes sont les professions les plus représentées dans les MSP.

Tableau 16 : Fréquence des professions au sein des MSP

Profession	Fréquence dans les MSP
MEDECIN GENERALISTE	100%
INFIRMIER	96%
MASSEUR - KINESITHEPEUTE	72%
PEDICURE	56%
DIETETICIEN	48%
ORTHOPHONISTE	46%
SAGE-FEMME	45%
PHARMACIEN	44%
PSYCHOLOGUE	41%
CHIRURGIE DENTAIRE	32%
OSTEOPATHE	19%
PSYCHOMOTRICIEN	12%
ORTHOPTISTE	11%
ERGOTHERAPEUTE	9%
PSYCHIATRIE GENERALE	6%
AUTRE	5%
SOPHROLOGUE	5%
BIOLOGISTE	5%
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	5%
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	4%

Source : Cnam. Suivi des adhésions à l'ACI.

Les CPTS complètent la prise en charge des patients par les acteurs de santé, qui se coordonnent déjà à l'échelle d'une patientèle pour offrir des réponses de proximité. Au 17 juin 2021, on recense 131 contrats ACI CPTS signés, couvrant plus de 18% de la population – une CPTS couvrant en moyenne 93 000 patients.

Au-delà, on dénombre plus de **30** contrats en cours de signature dans les tous prochains mois, en février 2021, une enquête du Ministère de la santé recensait plus de de 500 projets de CPTS en cours.

Tableau 17 : Etat des lieux des CPTS signées au 17/06/2021 par région

Région	CPTS Signés au 17/06/21	population couverte par CPTS conventionnée	Habitants par région	% région couverte par une CPTS (en nb d'habitants)
Auvergne-Rhône-Alpes	20	1 183 680	8 032 377	14,7%
Bourgogne-Franche-Comté	5	372 372	2 783 039	13,4%
Bretagne	4	312 319	3 340 379	9,3%
Centre-Val de Loire	18	1 825 050	2 559 073	71,3%
Corse	0	0	344 679	0,0%
Grand-Est	12	1 239 779	5 511 747	22,5%
Guadeloupe	0	0	376 879	0,0%
Guyane	0	0	290 691	0,0%
Hauts-de-France	7	765 074	5 962 662	12,8%
Île-de-France	20	2 471 665	12 278 210	20,1%
La Réunion	1	55 100	859 959	6,4%
Martinique	1	358 749	358 749	100,0%
Mayotte	0	0	279 471	0,0%
Normandie	6	718 506	3 303 500	21,7%
Nouvelle-Aquitaine	6	284 131	5 999 982	4,7%
Occitanie	8	616 047	5 924 858	10,4%
Pays de la Loire	11	941 653	3 801 797	24,8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12	1 047 073	5 055 651	20,7%
Total général	131	12 191 198	67 063 703	18,2%

Source : Cnam. Suivi des adhésions à l'ACI des CPTS - 2021.

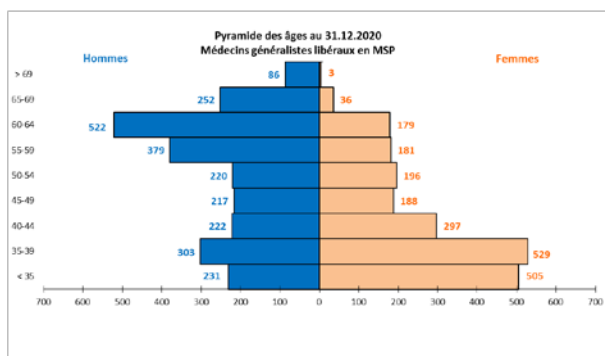
4.2.3 Attractivité de l'exercice en équipe pour les jeunes médecins

Les jeunes médecins sont plus attirés par l'exercice en MSP (40 % des médecins généralistes libéraux en MSP ont moins de 40 ans versus 11% pour les autres médecins généralistes libéraux).

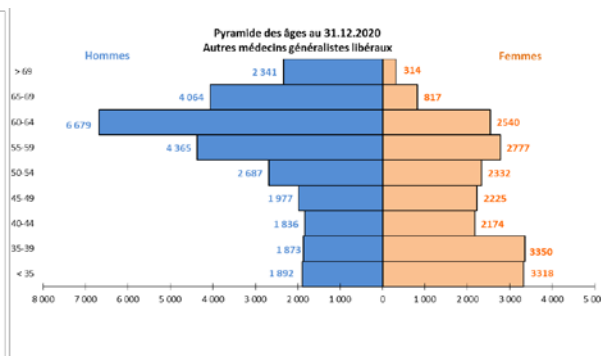
Cette attractivité d'un exercice en équipe résulte de multiples facteurs comme la volonté de s'inscrire dans un projet médical commun, la possibilité d'échanges confraternels au sein de la même structure, la possibilité d'avoir plus de souplesse pour gérer le temps de travail, une facilité de recrutement d'un secrétaire médical et, depuis 2019, d'un assistant médical.

Figure 71 : Pyramides des âges des médecins libéraux a) en MSP et b) hors MSP*

a) En MSP



b) Hors MSP



Source : Cnam. SNDS.

Encadré 17 : Dispositif assistants médicaux

L'avenant 7 à la convention médicale en cours prévoit une aide financière de l'Assurance Maladie pour faciliter l'embauche des assistants médicaux par les médecins. En contrepartie, ces médecins s'engagent à recevoir davantage de patients.

Epaülés par l'assistant médical dans leurs tâches au quotidien (tâches administrative, de préparation à la consultation ou missions d'organisation et de coordination), les médecins peuvent dégager davantage de temps pour leur pratique au quotidien, bénéficier ainsi de meilleures conditions d'exercice, afin, notamment de consacrer davantage de temps médical à leurs patients, accepter de nouveaux patients ou voir plus facilement un patient sans rendez-vous, en cas d'urgence.

Mi-juin 2021, 2026 contrats d'assistants médicaux ont été signés, dont 1634 avec médecins généralistes et 392 avec spécialistes. Ces contrats représentent 1 093 ETP d'assistant médical.

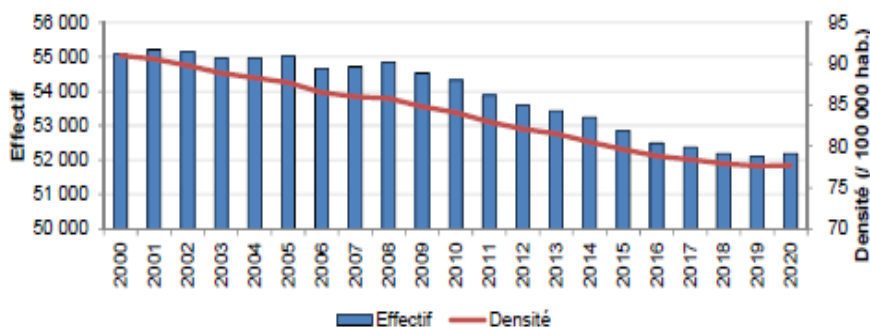
Si les objectifs sont pleinement atteints en termes de la patientèle en file active et en patientèle médecin traitant le dispositif bénéficiera à environ 855 000 patients supplémentaires en file active et plus de 334 000 en patientèle médecin traitant (MT). Cela représente une augmentation d'environ 20% de la file active et patientèle MT initiales.

Un premier bilan montre que malgré d'une baisse d'activité des médecins en 2020 due au Covid, 38% des médecins généralistes signataires ont atteint leur objectif en termes de patientèle MT au bout d'un an.

Réponses à la démographie médicale des médecins généralistes en baisse

Après une période assez stable au début des années 2000, les effectifs de médecins généralistes baissent tendanciellement depuis 2005, passant de plus de 55 000 à environ 52 000 en 2020 (-5,3%). Dans le même temps, la densité de médecins généralistes libéraux (hors MEP) par habitant a diminué depuis l'an 2000 passant de 91 à 78 pour 100 000 habitants.

Figure 72 : Evolution des effectifs et de la densité des médecins généralistes libéraux



Source : Cnam. SNDS.

Selon les projections de la Drees cette tendance va se poursuivre dans les années à venir avec une stagnation des effectifs et de la densité de médecins généralistes jusqu'en 2030.

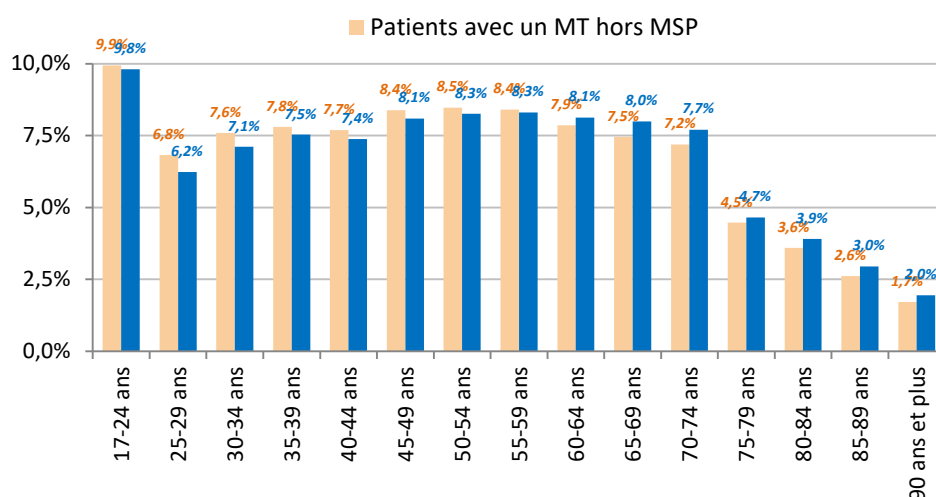
Une progression de la file active (patients vus au moins une fois dans l'année) des médecins généralistes est constatée au cours des dernières années du fait notamment de la baisse des effectifs de médecins généralistes

sans que ce soit complètement mécanique.... La file active d'un médecin généraliste s'élève ainsi en moyenne à 1 680 patients en 2019. Entre 2009 et 2019, la file active des médecins généralistes augmente avec un taux de croissance annuel moyen de 1%. Sur les patients médecin traitant, les mêmes tendances sont observées avec une augmentation du nombre de patients par médecin généraliste. Avec ces évolutions le nombre de patients pris en charge par un médecin généraliste en France s'approche des niveaux européens : en moyenne 1 600 patients par médecin généraliste en Angleterre et 2 300 patients aux Pays-Bas.

Les médecins généralistes exerçant en MSP ont une file active plus élevée que les autres médecins et voient 133 patients de plus que les autres médecins généralistes (1 801 pour les médecins généralistes en MSP pour 1 668 pour les autres généralistes libéraux, en 2019). En revanche, le nombre de patients médecin traitant des médecins généralistes exerçant en MSP et des autres médecins généralistes est très proche avec 4 patients de plus en tant que médecin traitant en MSP en 2019 (962 patients pour les médecins généralistes en MSP contre 958 pour les autres médecins généralistes). Entre 2017 et 2019, leur file active a progressé en moyenne de 2,6%, tout comme celle des autres généralistes

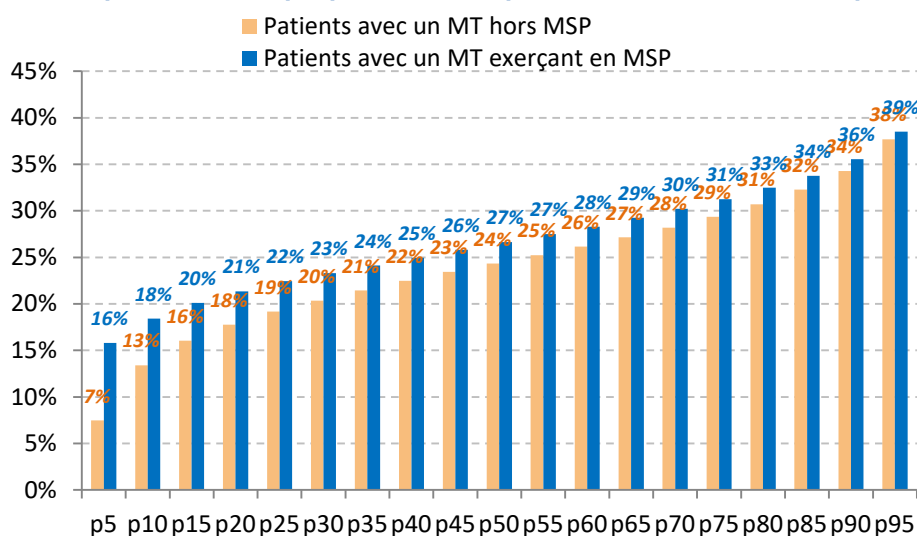
Il y a un peu plus de personnes âgées et en ALD dans la patientèle médecin traitant en MSP par rapport à ceux de leurs confrères. La part des patients de 80 ans et plus est de 8,8% pour les MSP versus 7,9% pour les autres médecins généralistes, celle des patients en ALD de 26,9% en MSP et 24,1% pour les autres généralistes.

Figure 73 : Répartition des patients médecins traitant par âge selon le mode d'exercice du médecin traitant



Source : Cnam. SNDS.

Figure 5 : Répartition des proportions des patients MT en ALD selon percentiles



Source : Cnam. SNDS.

Amélioration d'accès aux soins dans les zones déficitaires

Les médecins généralistes et les infirmiers (IDEL) des MSP, les deux professions les plus fréquemment représentées au sein des MSP, sont installés davantage dans les zones déficitaires que les autres médecins généralistes et les IDEL. Parmi 4 549 médecins généralistes des MSP observés, 972 (soit 21% versus 11% pour les autres) exercent dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et 1 926 (42% versus 30%) dans les zones d'aides complémentaires (ZAC). Pour les IDEL, sur 5 303 IDEL exerçant en MSP, 1 283 (24% versus 14% pour les autres IDEL) se sont installées dans les ZIP et 2 461 dans les ZAC (47% versus 35%).

Il en est de même pour les centres de santé : 27% des centres de santé médicaux et polyvalents se trouvent en ZIP, 32% en ZAC, 9% en zone de vigilance et 32% hors vivier. 10% des centres de santé infirmiers se trouvent en zone très sous dotée ou sous dotée. 4% des centres de santé dentaires se trouvent dans ces mêmes zones (classement selon le zonage des infirmiers libéraux pour les centres infirmiers et selon le zonage des chirurgiens-dentistes libéraux pour les centres dentaires).

Encadré 18 : Détermination des zones déficitaires dans le zonage

L'indicateur socle du zonage est l'accessibilité potentielle localisée à un médecin (APL). Développé par la Drees et l'Irdes, il s'agit d'un indicateur composite prenant en compte l'offre et la demande de soins avec une dimension prospective pour anticiper notamment les départs à la retraite. L'APL est calculée au niveau de chaque territoire de vie-santé (TVS), la maille du zonage, et s'exprime en nombre consultations accessibles par an par habitant (Consultations/an/hab.).

Les zones dites « sous denses » sont :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP) éligibles à toutes les aides, dont les aides conventionnelles ;
- les zones d'action complémentaire (ZAC) éligibles aux aides régionales, aux contrats d'engagement de service public (CESP) et aux aides des collectivités territoriales.

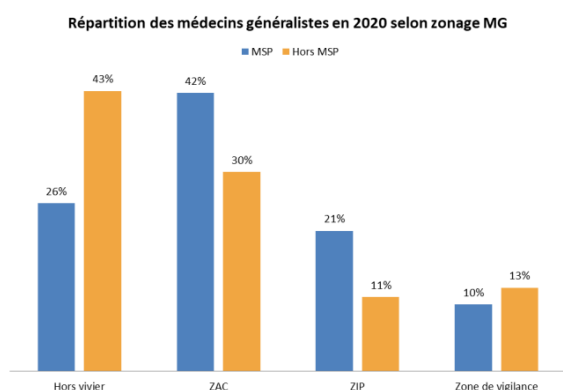
Ces zones sont déterminées par les ARS dans le respect de seuils, exprimés en part de population, qui ont été définis dans le cadre d'une enveloppe financière prédéfinie avec l'assurance maladie.

En termes de population couverte dans le zonage 2020 :

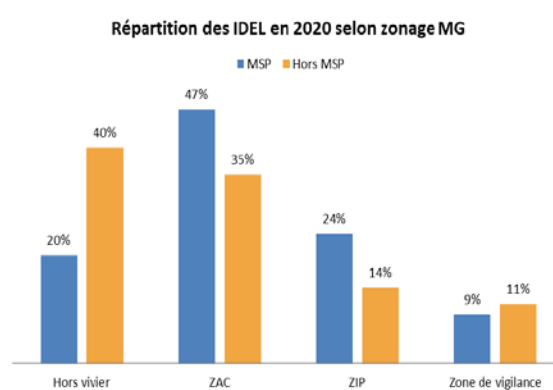
- ZIP : 12,1 millions de personnes, soit 18% de la population en France ;
- ZAC : 23,9 millions, soit 35,6% ;
- Zones de vigilance (dans lesquelles l'accès à la médecine générale libérale n'est pas en difficulté immédiate mais appellent une vigilance particulière pour le moyen terme) : 8,2 millions, soit 12,2% ;
- Hors vivier (pas de difficultés d'accès) : 22,9 millions, soit 34,2%.

Figure 6 : Répartition a) des médecins généralistes et b) des IDEL en 2020 selon zonage médecin généraliste

a) Médecin généraliste



b) IDEL



Source : Cnam. SNDS. Zonage ARS.

L'activité d'un médecin généraliste est plus élevée dans les ZIP et ZAC que dans les autres zones.

Honoraires plus élevés pour les médecins généralistes en MSP

Les honoraires des médecins généralistes en MSP sont plus élevés du fait, notamment, des rémunérations forfaitaires plus importantes dont bénéficient ces médecins.

Les rémunérations forfaitaires dépendent à la fois du nombre de patients MT, leurs caractéristiques dans le cas du forfait patient médecin traitant (âge des patients, ALD, C2S) et de l'atteinte des indicateurs de moyens et d'objectifs dans la rémunération des objectifs de santé publique (ROSP) et dans le forfait structure. Les trois forfaits contribuant les plus à la rémunération forfaitaire des médecins généralistes sont le forfait patient médecin traitant (FPMT), la ROSP et le forfait structure. En 2019, la part des rémunérations forfaitaires atteint près de 15 % dans l'ensemble de rémunération des médecins généralistes, soit une augmentation de 12 points en 15 ans.

Tableau 3 : Les moyennes des trois principaux forfaits des médecins généralistes en 2020

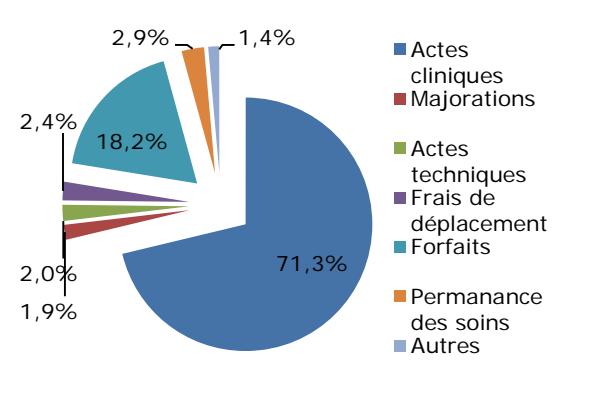
	Médecins généralistes MSP (en euros)	Autres médecins généralistes (en euros)
FPMT	18 344	16 134
ROSP	5 701	5 041
Forfait structure	5 315	4 141

Source : Cnam. SNDS.

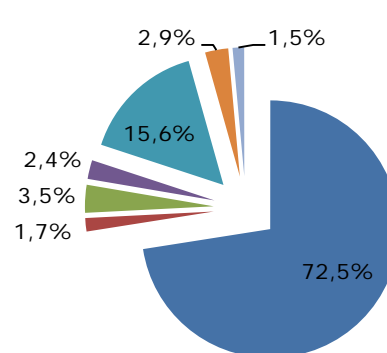
Au total, les structures de rémunération sont proches avec une part de rémunération forfaitaire plus élevée et des actes techniques moins élevée pour les médecins des MSP par rapport aux autres médecins.

Figure 7 : Structure de rémunération des médecins généralistes en 2020 selon l'exercice a) en MSP et b) hors MSP

Exercice en MSP



Exercice hors MSP



Source : Cnam. SNDS.

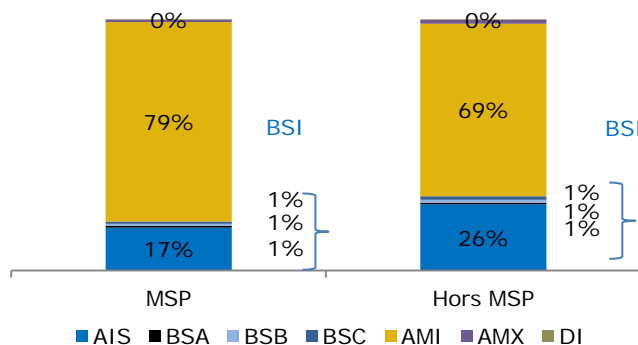
4.2.4 Structure d'activité et de rémunération des IDEL

Pour les IDEL, les structures d'activité et de rémunération sont en revanche différentes avec un poids plus importants des actes techniques AMI et moins d'actes AIS en MSP par rapport aux autres IDEL. En 2020, 79% de l'activité des IDEL en MSP correspond aux actes techniques (AMI, AIX) et 20% à des actes de soins infirmiers AIS ou bilan de soins infirmiers (BSI). Pour les autres IDEL la part des actes AMI et AIS, BSI sont respectivement 69 % et 30 %. Le même constat est observé pour 2019.

La différence de structure d'activité n'est pas liée à la différence de structure d'âge des patients ayant recours aux soins infirmiers, les patientèle des IDEL exerçant en MSP et hors MSP étant proches sur cet aspect (20 % des patients ont 80 ans et plus dans les MSP et 21 % pour les IDEL hors MSP).

Une activité moins importante est également observée en BSI pour les IDEL en MSP par rapport aux autres IDEL et la structure des BSI est également différente avec moins de forfait lourd (BSC) en MSP par rapport aux autres IDEL. En 2020, les IDEL de MSP réalisent en moyenne 208 BSI par an dont 57 en forfait léger (BSA 27 %), 74 en forfait intermédiaire (BSB 36 %) et 77 en BSC (37 %). Les autres IDEL font en moyenne 263 BSI avec : 53 BSA (20 %), 94 BSB (36 %) et 116 BSC (44 %).

Figure 9 : Structure d'activité des IDEL



Source : Cnam. SNDS

Encadré 19 : bilans des soins infirmiers (BSI)

L'Avenant 6 à la convention nationale des infirmiers en cours porte une réforme majeure de la prise en charge des soins infirmiers aux patients dépendants à domicile comportant 2 volets :

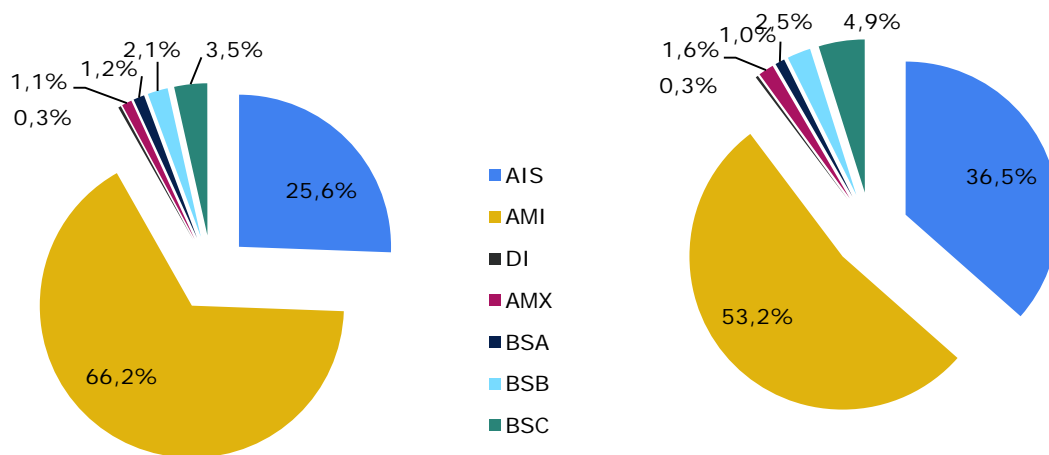
- un nouvel outil dématérialisé d'évaluation des besoins du patient dépendant, le bilan de soins infirmiers (BSI – téléservice ameli pro) qui remplace la démarche de soins infirmiers
- de nouvelles modalités de rémunération des infirmiers pour la prise en charge des patients dépendants à domicile via la mise en place de 3 niveaux de forfaits journaliers selon la charge en soins nécessitée par le patient :
 - o forfaits prise en charge légère, intermédiaire, lourde – facturés BSA/BSB/BSC 1 fois par jour quel que soit le nb de passages
 - o remplaçant la tarification des soins à l'acte (séances de soins infirmiers en AIS3 facturées à la demi-heure de soins) facturés par l'IDEL à chaque passage au domicile du patient.

Cette différence se traduit dans la structure de rémunération des IDEL. La proportion des honoraires correspondant aux actes techniques est plus élevée en MSP avec 66 % versus 53 % pour les autres IDEL. En moyenne les honoraires des IDEL travaillant en MSP sont de 90 100€ versus 91 300€ pour les autres IDEL.

Figure 10 : Structure de rémunération liée aux actes des IDEL en 2020 selon l'exercice a) en MSP, b) hors MSP

a) MSP

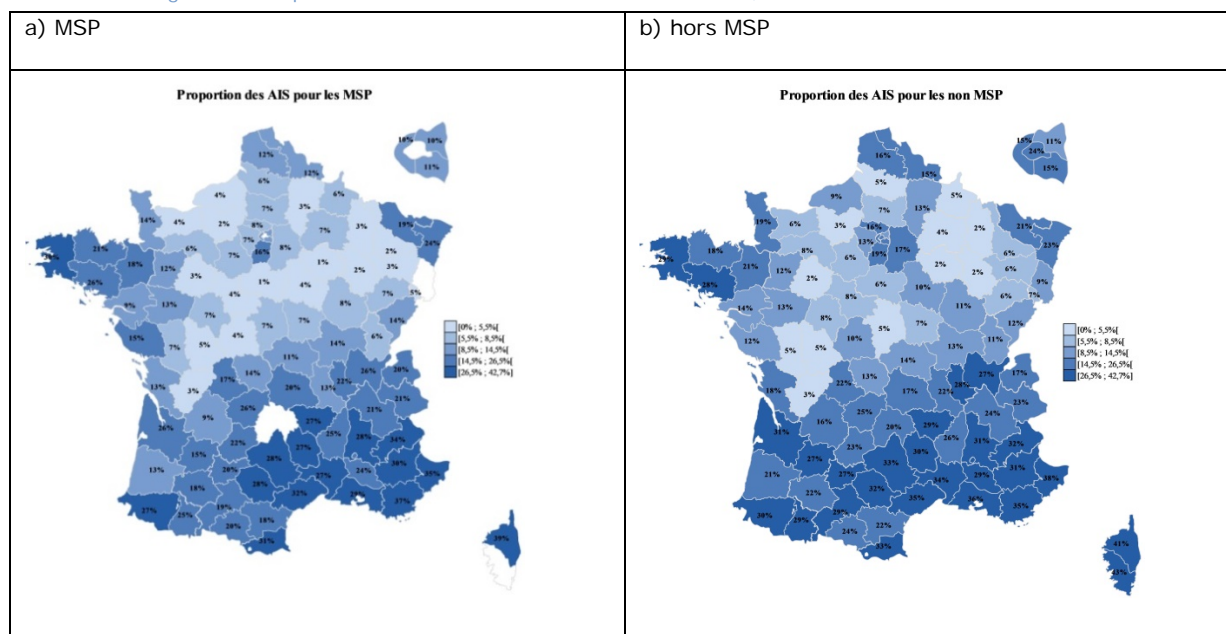
b) hors MSP



Source : Cnam. SNDS.

La différence de structure d'activité est en partie liée à l'installation des IDEL des MSP dans les territoires avec une faible densité des IDEL (le lien entre la démographie et l'activité des IDEL ayant été démontré). Dans les départements où la densité des infirmières est faible, le nombre d'actes AMI est important. Inversement, dans les départements où la densité est forte, le nombre d'actes AIS par IDEL est élevé. Ce lien est globalement observé pour les IDEL en MSP avec une proportion des AIS/BSI plus élevée dans les départements du sud où la densité des IDEL est la plus élevée. Néanmoins, dans trois départements sur quatre les IDEL en MSP ont une proportion AIS/BSI plus faible et une proportion AMI plus élevée par rapport aux autres IDEL.

Figure 11 : Proportion des AIS dans les actes des IDEL en 2020, selon l'exercice en MSP ou hors MSP



Source : Cnam. SNDS.

4.2.5 Des résultats différenciés dans la rémunération des objectifs de santé publique (ROSP) en fonction du lieu d'exercice

Mise en œuvre en 2011, la Rosp a été profondément revue et modernisée lors de la convention médicale de 2016 pour donner un poids plus important à la prévention et au suivi renforcé des malades chroniques, étendu notamment aux patients souffrant d'HTA ou avec un risque cardiovasculaire.

La crise sanitaire Covid a eu un impact significatif sur les indicateurs Rosp en 2020. Le moindre recours aux soins (essentiellement durant le premier confinement) et l'annulation d'activités programmées non urgentes ont ainsi percuté l'évolution de certains indicateurs sans que cela ne résulte directement d'un changement des pratiques professionnelles des médecins.

Une progression notable des indicateurs de suivi des maladies chroniques avant la crise sanitaire en 2020. Les résultats favorables pour les médecins généralistes en MSP

En France, près de 12,5 millions de personnes bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD), sources potentielles d'incapacité et de handicap. Ainsi la qualité du suivi des patients atteints de ces pathologies et la réduction des risques de rechute et des complications en lien avec les dernières connaissances médicales sont des enjeux importants en termes de santé publique.

A l'exception de l'année 2020, au sein des pathologies chroniques, le dépistage de la maladie rénale chronique fait l'objet d'une progression notable sur la période observée que ce soit chez le patient hypertendu comme chez le patient diabétique. L'amélioration du suivi des patients diabétiques, indispensable pour prévenir et éviter les complications de cette pathologie grave (affections cardio-vasculaires, perte de la vue, insuffisance rénale...) a été un axe de progression prioritaire lors de la convention médicale de 2016.

Les résultats des indicateurs d'amélioration de suivi de maladies chroniques (diabète, HTA) et de suivi du risque cardiovasculaire sont plus favorables aux médecins généralistes exerçant en MSP. Ainsi en 2020, la part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un dépistage de la maladie rénale chronique est plus importante chez les médecins généralistes en MSP (46,6% versus 42,1% pour les autres médecins généralistes libéraux et 44,2% les centres de santé). Tous modes d'exercices confondus, une augmentation de 1 point de cet indicateur dans la ROSP en 2019 représente près de 22 000 patients mieux pris en charge.

Pour le suivi du diabète pour Hba1C, la part des patients bénéficiant d'au moins deux dosages Hba1C dans l'année est supérieure pour les médecins généralistes des MSP à celle des autres généralistes libéraux et des centres de santé. En 2020, cette part est de 82,7% pour les médecins généralistes en MSP, 76,4% pour les médecins généralistes libéraux hors MSP et 70,5% pour les centres de santé.

L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez le patient hypertendu est en progression entre 2018 et 2019 et reste stable pour 2020 avec un niveau plus élevé pour les structures pluriprofessionnelles : 27,8% pour les médecins généralistes exerçant en MSP, 27,2% pour les centres de santé et 24,3% pour les autres médecins généralistes. Une amélioration de 1 point de cet indicateur signifie 93 000 patients hypertendus mieux dépistés.

Les efforts à poursuivre dans le domaine de prévention

La crise sanitaire a fortement impacté en hausse les taux de couverture de vaccination antigrippale des 65 ans (+7,8 points par rapport à 2019) et celui des patients à risque (+6 points par rapport à 2019). Pour les deux indicateurs les taux sont plus élevés pour les médecins généralistes des MSP par rapport aux autres, cette différence est encore plus prononcée avec les centres de santé. Pour la prévention de la iatrogénie chez les patients âgés de plus de 75 ans sous psychotropes, les centres de santé se situent à un niveau plus bas (2,7% pour les centres de santé, 4,6% pour les autres médecins généralistes en 2020).

Une réduction importante du nombre de traitements antibiotiques chez les patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD a été observée depuis 2011. Elle est encore plus prononcée en 2020 avec la crise sanitaire via les taux des traitements par antibiotiques chez les patients de 16 à 65 ans et hors ALD (- 8,6 points par rapport à 2019). Les centres de santé sont moins prescripteurs de traitements par antibiotiques pour les patients médecin traitant de 16 à 65 ans hors ALD. En 2019, une diminution de 1 point de l'indicateur correspond à environ 221 000 traitements évités.

La part des patients traités par les antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance poursuit aussi sa forte baisse s'établissant à 34,7% en 2020. Les résultats sont similaires selon les types de structures.

Les indicateurs de dépistage du cancer du sein (le plus fréquent et le plus mortel chez la femme) et du cancer du col de l'utérus ont connu un recul qui s'est accentuée avec la crise sanitaire : par rapport à 2019, les résultats ont chuté de 3 points pour le cancer du sein et 1,6 points pour le cancer du col de l'utérus. Les évolutions des indicateurs du dépistage du cancer sont comparables entre les MSP, les centres de santé et les autres médecins généralistes libéraux avec des niveaux d'indicateurs plus élevés pour les médecins généralistes en MSP (63,6% pour le cancer du sein, 53,7% cancer du col d'utérus et 33,2% cancer colorectal).

Il est important de noter que des faibles améliorations des indicateurs peuvent avoir des impacts significatifs en termes d'amélioration de suivi, notamment compte tenu des effectifs élevés des pathologies et traitements concernés. Par conséquent les efforts d'amélioration doivent être continus et poursuivis à l'avenir.

4.2.6 Un essor des téléconsultations en 2020. Un recours plus important à la téléconsultation en exercice regroupé

En 2020, avec la crise sanitaire, l'activité des médecins généralistes a connu un recul par rapport à 2019 (baisse des honoraires de -3,5%). Parallèlement, le recours à la téléconsultation a connu un essor, la proportion de téléconsultations atteignant un pic durant le premier confinement : 29% de l'ensemble de consultations des médecins généralistes, alors que cette proportion était de moins de 1% en 2019. Pour les médecins généralistes la téléconsultation s'est en grande partie substituée aux consultations pendant le premier confinement. Cela a permis de continuer à assurer une prise en charge des patients et atténuer ainsi l'effet négatif du confinement sur le recours aux soins.

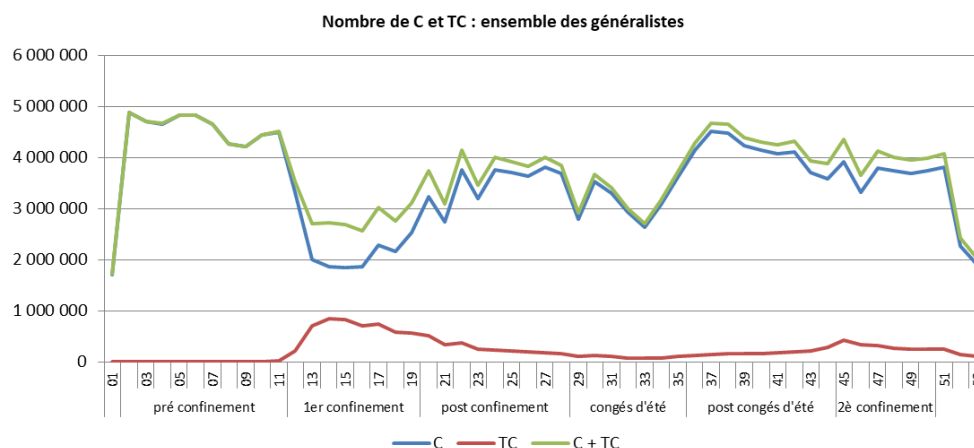
Pendant le deuxième confinement (début novembre 2020-mi décembre 2020), un rebond des téléconsultations d'une moindre ampleur est observé. Pour les médecins généralistes, la proportion des téléconsultations atteint ainsi 9% de l'ensemble des consultations. Depuis la fin d'année cet indicateur s'est stabilisé autour de 5-6%.

Le recours aux téléconsultations des médecins en MSP est plus fréquent par rapport aux autres médecins, ceci est observé à la fois pour le nombre de téléconsultations et en part de téléconsultations dans le total des consultations (sauf pour la zone de vigilance où les parts de téléconsultations en MSP et hors MSP ont des niveaux équivalents). De même, les trois quart des organisations territoriales de télémedecine (organisations à l'initiative des médecins pour prendre en charge des téléconsultations sur un territoire étendu en cas d'absence du médecin traitant) sont mises en place par des maisons de santé ou des centres de santé.

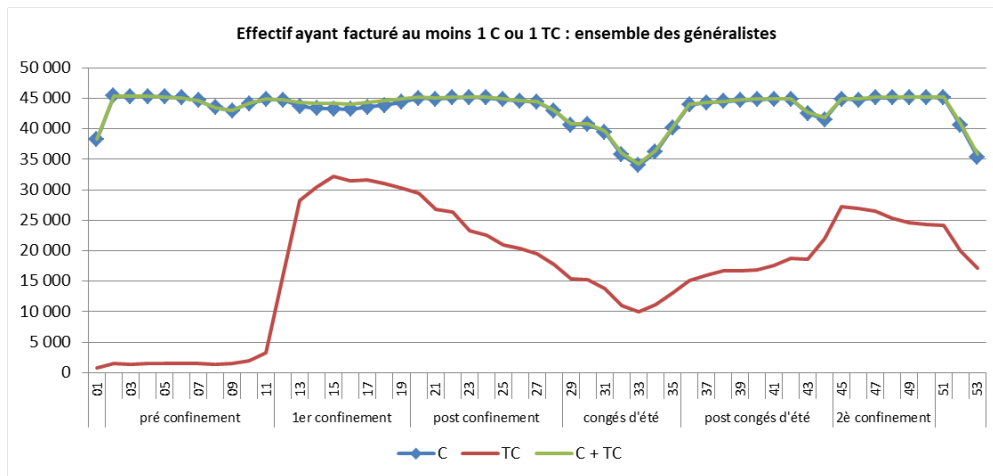
Un recul temporel plus important est nécessaire pour confirmer ces résultats dans la durée et pour observer notamment si les téléconsultations entrent d'une manière régulière et plus fortement dans les pratiques des médecins en MSP grâce aux avantages d'une organisation regroupée (par exemple plus de facilité de mise en place des plages d'horaires spécifiques,...).

Figure 12 : Evolution hebdomadaire en 2020 a) du nombre de consultations et de téléconsultations des médecins généralistes et b) de médecins généralistes ayant pratiqué des consultations et/ou téléconsultations

a) Nombre de consultations et téléconsultations



b) Effectifs de médecins ayant pratiqué

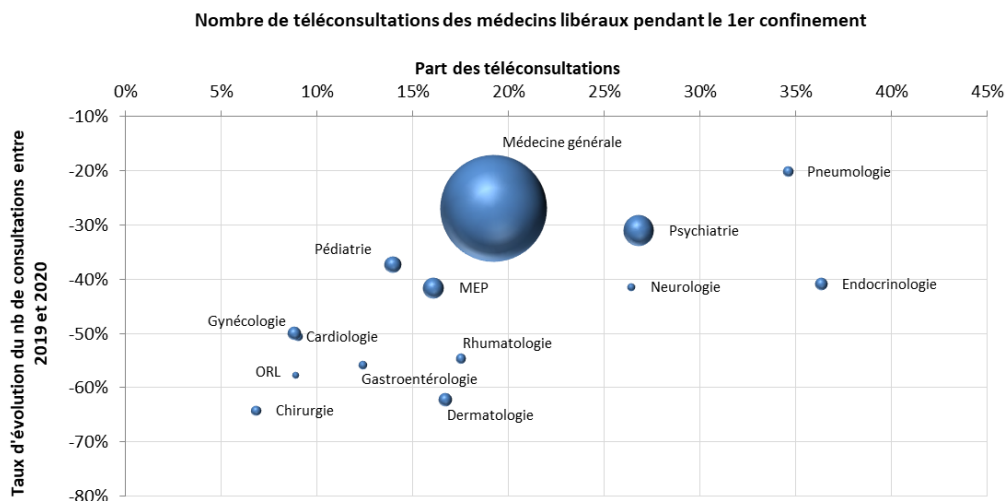


Source : Cnam. SNDS. Médecins généralistes libéraux France métropolitaine (hors MEP) actifs au 31/12/2020, hors nouveaux installés, au minimum 500 consultations (y compris téléconsultations)

En 2020, les médecins généralistes et les médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP) ont réalisé 13,6 millions téléconsultations, soit 81% de l'ensemble de téléconsultation en activité libérale. Parmi les autres spécialités, la psychiatrie est la deuxième spécialité ayant fait le plus de téléconsultations en termes de volume : 1,4 millions téléconsultations en 2020. 80% des téléconsultations sont réalisées par le médecin traitant du patient.

Lors du premier confinement, les parts de téléconsultations dans l'ensemble de consultations sont les plus élevées pour les endocrinologues (36%), les pneumologues (35%), les psychiatres (27%) et les neurologues (26%).

Figure 13 : Evolution de l'activité et des téléconsultations des médecins libéraux pendant le premier confinement

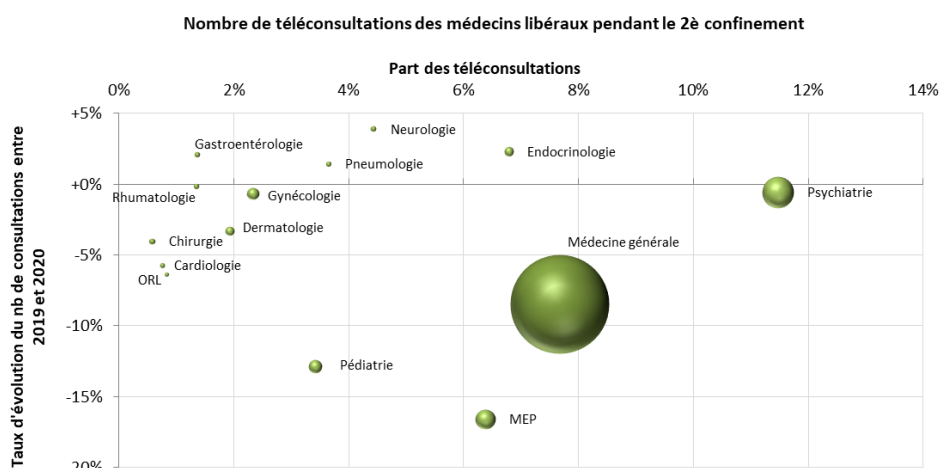


Source : Cnam. SNDS. Régime Général, stricto sensu, hors SLM, hors RSI. France entière. Semaines 12 à 19 de 2019 et 2020

Pour le deuxième confinement, l'impact en termes de perte d'activité est beaucoup moins importante et les parts de téléconsultations le sont également.

Au regard de ces résultats pendant les deux confinements, selon le degré des contraintes du confinement et spécificités (nécessité du présentiel des patients lors de consultations) une substitution partielle et variable s'est opérée entre les consultations et les téléconsultations.

Figure 14 : Evolution de l'activité et des téléconsultations des médecins libéraux pendant le deuxième confinement



Source : Cham.Snds. Régime Général, stricto sensu, hors SLM, hors RSI. France entière. Semaines 45 à 50 de 2019 et 2020

L'hypothèse de l'exercice regroupé qui favorise la mise en place d'une organisation permettant la réalisation des visites à domicile n'est pas confirmée dans les données sauf pour les ZIP. En ZIP, le nombre de visites et la part des visites dans l'ensemble d'activité sont plus élevés chez les médecins généralistes des MSP par rapport aux autres généralistes. Dans les autres zones, la part des visites est plus importante dans la structure d'activité pour les médecins généralistes exerçant hors MSP.

Tableau 4 : Activité des médecins généralistes libéraux APE (actifs à part entier) en 2020 selon le zonage ARS

	ZIP			ZAC			Zones de vigilance			Hors Vivier		
	Autres MG	MSP	tTest	Autres MG	MSP	tTest	Autres MG	MSP	tTest	Autres MG	MSP	tTest
Effectifs MG	4040	844		11661	1744		5130	441		16714	1084	
Consultations	4712	4502	***	4276	4370	**	3587	3708	*	3831	3926	*
Téléconsultations	270	282	0,47	266	298	***	294	278	0,38	280	368	***
Visites à domicile	293	345	***	368	370	0,89	245	232	0,39	360	306	***
Actes techniques	115	107	0,65	114	95	***	189	158	*	168	116	***
Actes totaux	5390	5235	*	5023	5133	**	4315	4376	0,46	4638	4715	0,17
Part des téléconsultations (en %)	5,3	5,7	0,11	5,6	6,1	**	7,1	6,6	0,13	6,7	8,4	***
Part des visites à domicile (en %)	5,6	6,4	***	7,4	7	**	5,7	5,2	*	8	6,3	***
Part des actes techniques (en %)	2,3	2	0,18	2,6	1,9	***	4,8	3,6	***	4,3	2,7	***

Source : Cham.SNDS Tous régimes, 2020. Médecins généralistes APE (actifs à part entier) sont retenues dans cette analyse. Un professionnel de santé libéral APE est un professionnel de santé ayant exercé une activité libérale normale, sur une année complète, dans le cadre conventionnel.

4.3. Ces constats couplés aux enseignements de la crise COVID, incitent à aller « plus vite plus loin plus fort »

La crise sanitaire a montré l'intérêt de pouvoir réunir les professionnels de santé autour d'organisations coordonnées, selon des modèles d'organisation adaptés aux équipes et aux territoires. Par leur approche territoriale, la présence d'une CPTS lors de la crise sanitaire s'est traduit par une grande réactivité dans :

- La mise en place de centres de prise en charge des patients COVID ;
- les coopérations avec les collectivités territoriales ;
- une gestion commune de la crise avec les établissements de santé de leur territoire, ou des collaborations inédites avec les EHPAD.

Encadré 20 : Exemples d'organisations de CPTS dans le cadre de la crise

Une CPTS du Val de Marne a initié une mobilisation transversale des professionnels de santé du territoire tout mode d'exercice confondu et de l'établissement de santé de référence, avec le soutien de la municipalité et de l'ARS. Elle a créé, dans un gymnase prêté par la ville, un centre COVID géré et gouverné par des professionnels du territoire (médecins généralistes des centres municipaux de santé (CMS) et médecins généralistes libéraux) et fonctionnant en lien étroit avec l'établissement de santé privé du territoire.

Une CPTS située en Essonne a, quant à elle, mis en place avec le service des urgences de l'hôpital qui gérait le centre COVID un parcours de suivi des patients ré adressés à la ville, selon un protocole commun et en utilisant des outils de communication numérique. La CPTS va capitaliser sur le déploiement de ce parcours et l'élargir à une réorientation vers la ville des patients non COVID se présentant aux urgences et relevant des soins de ville.

Enfin, une CPTS du Finistère a déployé une équipe mobile COVID médicale intervenant sur le territoire pour les personnes n'ayant pas les moyens matériel ou physique de se déplacer au centre COVID. Elle a également créé une équipe mobile COVID infirmière intervenant sur le territoire pour les prélèvements (PCR COVID) après demande des médecins référents et/ou médecins coordinateurs.

Ainsi, la mobilisation des organisations coordonnées apportant une réponse collective aux besoins de santé de la population dans le cadre de la crise sanitaire doit être soutenue. A l'échelle du territoire, la communauté professionnelle territoriale de santé est identifiée comme un interlocuteur clé pour coordonner les réponses à apporter aux populations du territoire en cas de crise sanitaire avec en appui les centres de santé et les MSP. Chaque organisation a donc vocation à apporter une réponse aux crises sanitaires graves qui pourraient se déclencher au travers de la mise en œuvre d'un plan d'action qui se déclinerait en cohérence du champ d'intervention de chacune de ces organisations.

L'essor de ces communautés étant un des leviers pour répondre aux enjeux d'accès aux soins, la mise en place d'un dispositif d'accompagnement renforcé à différentes étapes de la constitution de la communauté a été discuté lors de la négociation en vue de la conclusion d'un avenant n°2 à l'ACI CPTS et ce afin d'accélérer leur déploiement sur l'ensemble du territoire notamment dans la rédaction du projet de santé par une méthode d'accélération de projet. L'objectif étant ici d'accélérer le parcours pour permettre aux CPTS de se conventionner plus rapidement. Cet essor doit par ailleurs être soutenu financièrement dès l'entrée dans les accords conventionnels, les investissements étant plus importants en début d'exercice/fonctionnement.

Les professionnels de santé ont ainsi montré leur réactivité et leur capacité d'adaptation face à une crise sanitaire d'une forte ampleur. Ceci a notamment été rendu possible grâce à la souplesse proposée par ces types d'organisation et grâce à l'habitude des professionnels de santé investis en exercice coordonné à travailler ensemble.

Néanmoins, dans certains cas, la forme structurée - MSP, CDS, CPTS - peut paraître encore trop lourde administrativement, et on voit apparaître le besoin d'accompagner le développement d'un mode de coopération et de coordination entre professionnels de santé plus souple notamment les équipes de soins.

Il sera opportun, dans un premier temps, de mener des expérimentations afin d'affiner un modèle d'équipe de soins répondant aux attentes des pouvoirs publics et des professionnels de santé engagés dans ces dispositifs. En restant dans le cadre posé par la loi, à savoir formalisation de l'équipe par le dépôt d'un projet de santé auprès de l'ARS, les équipes définiraient les modalités de travail pluriprofessionnel au travers de différentes missions (exemple : maintien à domicile des personnes à risque en perte d'autonomie, prévention des hospitalisations/ré-hospitalisations et prise en charge des patients plus précocement en sortie d'hospitalisation, prise en charge des personnes à haut risque iatrogénique (avk, insuline, anticancéreux per os ...).

Encadré 21 : L'exemple des primary care networks en Angleterre

A l'image des CPTS en France, le développement d'organisations territoriales complémentaires du niveau de proximité a été engagé dans certains pays. L'Angleterre, où l'exercice regroupé pluridisciplinaire existe de longue date, a récemment initié le déploiement sur l'ensemble du territoire de ce nouvel échelon au travers des Primary Care Networks (PCN).

Les PCN, dont le déploiement a débuté en 2019, constituent un élément clé du plan de transformation porté par le NHS England, leur conférant un rôle important visant à fournir une gamme plus large et plus efficiente de services aux patients dans le cadre des soins primaires. Concrètement, les PCN sont des regroupements de cabinets médicaux pluridisciplinaires sur

un territoire donné, permettant la mutualisation de personnel pour des missions spécifiques et l'organisation de collaborations sur ce territoire, tout en gardant leur indépendance. La quasi-totalité des cabinets médicaux ont intégré l'un des 1 300 PCN existant actuellement, couvrant des populations de 30 000 à 50 000 patients. Bien que la participation à un PCN ne soit pas obligatoire, leur déploiement a été porté par l'octroi de financements faisant des PCN l'axe principal d'investissement dans les soins primaires par le NHS, aboutissant de fait à une participation quasi systématique des cabinets médicaux anglais.

Les missions des PCN

Le financement des PCN est soumis à la mise en œuvre progressive de sept grandes missions définies autour de priorités nationales.

Cinq de ces missions ont démarré en 2020/2021 sur les thèmes suivants :

- Optimiser les prescriptions médicamenteuses ;
- Améliorer la prise en charge des patients en EHPAD ;
- Soutenir le diagnostic précoce des cancers ;
- Intensifier la prise en charge des patients à haut risque, notamment en soins palliatifs ;
- Favoriser la prise en compte du point de vue des patients.

Deux autres missions devront être mise en œuvre par les PCN sur la période 2021/2022 :

- Renforcer la prévention et le diagnostic des maladies cardiovasculaires ;
- Lutter contre les inégalités sociales de santé.

Plus globalement, les PCN doivent prendre en compte la santé globale de la population de leur territoire, en adoptant une approche proactive de la gestion de la santé et en évaluant les besoins locaux afin d'identifier les personnes qui devront bénéficier d'un soutien ciblé. Les PCN doivent également s'organiser pour permettre un accès à des consultations sur des plages horaires plus étendues que celles des cabinets médicaux.

Enfin, l'une des ambitions du NHS est que les PCN constituent un échelon permettant une représentation renforcée des soins primaires vis-à-vis des autres acteurs du système de santé sur leur territoire.

Pour mettre en œuvre ces missions, les PCN s'appuient sur les professionnels exerçant au sein des cabinets membres du réseau et perçoivent un financement additionnel permettant d'employer du personnel mutualisé dont les rôles sont précisément définis.

Mode de financement des PCN

Le financement des PCN repose sur les principes suivants :

- des sommes forfaitaires annuelles liées à la participation des cabinets et aux frais de fonctionnement (par exemple 1,50 £ par patient enregistré pour soutenir le PCN en tant qu'organisation, rémunération de 1,45 £ par patient enregistré pour la fourniture de services hors des heures habituelles) ;
- le financement de tout ou partie de certains des postes mutualisés par le PCN ;
- la rémunération d'un directeur clinique (à temps partiel), médecin exerçant obligatoirement dans l'un des cabinets membres du PCN, responsable de la coordination des travaux du réseau.

Les cinq profils de postes financés au sein des PCN concernent des pharmaciens cliniciens, des travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes, des médecins associés et des professionnels de santé paramédicaux dont les attributions doivent être exclusivement en lien avec les missions du PCN. Les coûts salariaux de ces postes sont financés à hauteur de 70%, à l'exception des travailleurs sociaux dont les salaires sont pris en charge à 100%. Le montant global du financement attribué pour ces postes mutualisés est dépendant de taille de la patientèle d'un PCN.

En complément de ces financements de moyens, un financement incitatif au résultat a été initié en 2020. Il s'agit d'un financement fondé sur des indicateurs de qualité (à l'identique du QOF anglais ou de la ROSP en France), calculés à un niveau collectif à l'échelle du PCN. Cette rémunération à la qualité devrait progressivement représenter une part croissante du financement des Primary Care Networks d'ici 2024.

4.4. Adapter les modes de financement à l'exercice coordonné

Un questionnement international

La diversification des modes d'organisation et de financement des soins est une tendance lourde dans la plupart des systèmes de santé. De fait, sous l'effet des nombreuses réformes successives et de manière plus ou moins volontaire les modes de paiement et d'organisation des soins sont déjà très diversifiées dans la plupart des

pays. Si chaque segment d'activité du système de santé est financé par un modèle de paiement dominant, celui-ci est très souvent complété ou modulé par un ou plusieurs autres modes de paiement, de manière plus ou moins importante. Ainsi, le financement des soins de médecine générale en France comporte une part liée à l'acte, une part forfaitaire par patient et une part liée à la qualité. Dans le domaine hospitalier de court séjour, on a également des modalités de financement et d'organisation composites.

Pour divers qu'ils soient, les systèmes d'organisation et de financement sont souvent considérés par les acteurs comme une contrainte à la mise en place d'approches innovantes. C'est dans ce contexte que la France a mis en place à travers l'article 51 de la LFSS 2018 un dispositif d'appui à l'innovation organisationnelle visant à permettre aux acteurs de s'en affranchir dans un cadre expérimental afin d'évaluer l'intérêt des innovations testées mais aussi leur potentiel de transférabilité dans le droit commun. D'autres pays ont adopté une approche similaire, comme les USA (CMMI), l'Allemagne ou encore l'Angleterre.

Si chacune de ces expérimentations a sa logique propre, aucune n'est porteuse d'une approche globale susceptible d'englober l'ensemble des autres. Certaines de ces expérimentations échoueront à faire la preuve de leur intérêt, mais pour celles qui viendront à réussir, au-delà des conditions de généralisation qui leur sont propres, plus ou moins simples à envisager, la question de la cohérence d'ensemble du système se pose.

Cette question qui émerge dans le cadre de l'article 51 se pose plus largement pour l'ensemble du système de santé. Il est difficile d'envisager qu'un mode de paiement unique couvrant l'ensemble des acteurs d'un parcours de soins ou d'un territoire, alliant ville, hôpital et médico-social, et prévention par exemple puisse voir le jour. De fait, aucun système de santé n'y est aujourd'hui parvenu.

A l'inverse, on peine à imaginer la possibilité d'un système qui serait un perpétuel chantier organisationnel juxtaposant sans cohérence d'ensemble des expérimentations plus ou moins généralisées, sans vision claire du chemin par lequel une innovation organisationnelle et de financement peut voir le jour.

L'enjeu de la généralisation ou du passage dans le droit commun de ces nouveaux modes de paiement et d'organisation se doit ainsi d'imaginer un système de régulation qui soit adapté à cette diversité et qui permette de faire évoluer différentes composantes du système de manière cohérente sans remettre en cause l'équilibre de l'ensemble du système.

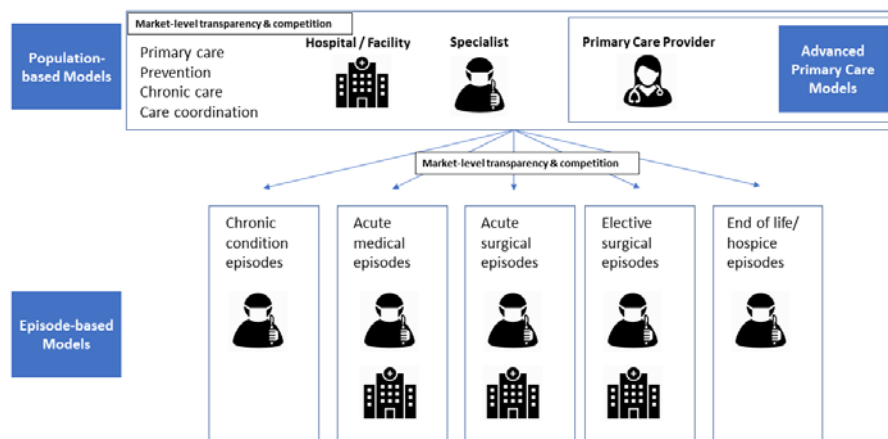
Vers une palette de mode de paiements et d'organisation plutôt qu'une solution unique ?

Le changement d'approche qu'implique ce constat est à la fois important sans être un bouleversement majeur. Le changement n'est pas majeur dans la mesure où le système est déjà modulaire de fait, les différents segments qui le compose sont régulés de manière différente. L'importance du changement induit réside dans trois points : 1) la nécessité d'organiser une cohérence d'ensemble et donc l'articulation explicite des différents modules de financement et d'organisation, 2) la possibilité d'une variabilité au sein des modules (c'est-à-dire pour un même acteur de pouvoir choisir des modes de financement et d'organisation différents) et 3) l'obligation de les inscrire dans un cadre lisible et acceptable pour les acteurs afin de favoriser leur adhésion.

Il s'agit donc de construire un système cohérent dans sa structure et ses incitatifs pour garantir l'atteinte de ses objectifs généraux (en termes de santé publique, de qualité des soins et d'efficacité, par exemple) tout en assurant une souplesse aux acteurs leur permettant de faire évoluer leurs organisations et leurs pratiques selon leurs souhaits, leur maturité et le contexte dans lequel ils exercent.

Cette réflexion n'est pas limitée à la France, les USA, ayant lancé des démarches comme les ACO bien avant celle de l'article 51, ont à ce propos des réflexions très proches de celle qui est discutée ici, certains auteurs proposant des stratégies cohérentes et coordonnées, voire de « portefeuilles » de réforme des modes de paiement (1,2).

Figure 15: Modèles de paiement alternatifs et cohérence d'ensemble (1)



Encadré 22 : les expérimentations du CMMI aux USA

Aux Etats-Unis, la loi sur la protection des patients et les soins abordables (Patient Protection and Affordable Care Act), largement médiatisée comme la réforme de santé Obamacare en 2010, marque la première étape d'une transformation profonde du système de santé américain. Le titre III de la loi « Améliorer la qualité et l'efficacité des soins » (improving the quality and efficiency of health care) encourage notamment le développement de nouveaux modèles de prise en charge des patients visant à améliorer la qualité des soins, leur efficacité ainsi que leur transparence.

La création du Center for Medicare & Medicaid Services Innovation Center (CMMI) est au centre de cette démarche. Son rôle est de tester des financements et des modèles organisationnels innovants dans l'objectif de réduire les dépenses ainsi que d'améliorer la qualité des soins. La généralisation des modèles ainsi que leur inscription dans le droit commun constituent le point de mire des expérimentations. L'objectif clairement affiché est de faire des expérimentations de véritables instruments de réforme.

Dès l'entrée en vigueur de l'Affordable Care Act, de très nombreux modèles ont été déployés par le CMMI. En 2020, le CMMI avait expérimenté 54 modèles dont 24 encore actifs actuellement. Près d'un million d'offres de soins ont été mobilisés, touchant ainsi environ 26 millions de patient soit près de 8% de la population américaine (Smith, 2021). En effet, le parti pris de l'Affordable Care Act est de développer un spectre large de modèles afin de répondre aux différents besoins des populations et des territoires ainsi que de combler les lacunes des systèmes de soins existant.

Certaines expérimentations conduites dans le cadre de l'article 51 sont directement inspirées de ces grands modèles organisationnels ; l'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (IPEP) est par exemple fondée sur le modèle des ACO. La filiation entre certains modèles du CMMI et ceux de l'article 51 justifie l'importance d'une approche comparative avec l'expérience américaine.

Plus de dix ans après la création du CMMI, il s'avère que seul un nombre limité d'expérimentations ont fait leurs preuves. Quatre expérimentations ont rempli les critères pour faire l'objet d'une généralisation, dont un modèle d'ACO qui a été intégré au programme permanent d'ACO de Medicare.

Les Accountable Care Organizations (ACO) sont les modèles les plus répandus et les plus expérimentés depuis 2012. Fin 2019, on recensait 1,588 ACO publiques ou privées couvrant environ 44 millions de bénéficiaires (dont 40% sont couvertes par des contrats Medicare et Medicaid) et l'ensemble des Etats fédérés du pays. Les ACO sont des groupements de professionnels de santé, d'établissements de santé ou d'autres offreurs de soins responsables collectivement de la qualité de la prise en charge des patients. Cette responsabilité collective se matérialise par un intéressement financier en cas de gains d'efficacité.

Selon plusieurs études, les ACO sont parmi les modèles qui génèrent le plus d'économies (MedPAC, 2019) et qui contribuent globalement à améliorer la prise en charge des patients (la qualité de la prise en charge est prise en compte dans 5 domaines : l'expérience du patient, le niveau de coordination des soins, les actions de prévention et promotion de la santé, les dispositifs de ciblage des populations âgées et à risques). Une étude qualitative met également en évidence des retours positifs de la part des professionnels de santé engagés dans une ACO (Berenson et al. 2016). Ces derniers mentionnent notamment les avantages liés au partage des données, à la communication accrue avec les autres prestataires de soins et enfin les bénéfices du renforcement des équipes pour développer des activités de coordination. Néanmoins, ces avantages se doublent de défis perçus comme des inconvénients, à savoir une charge de travail administratif accrue et la difficulté d'obtenir un réel retour sur les investissements effectués.

Les performances ne sont pas uniformes d'une ACO à l'autre. Il existe un paysage assez varié d'ACO en fonction de leur taille, des professionnels engagés (hôpitaux, groupes de médecins, groupes de spécialistes, centres infirmiers, etc.), des types de soins promulgués... Si les auteurs soulignent l'importance d'une gouvernance forte afin de garantir la coordination effective des membres du groupement, il n'existe néanmoins pas de consensus sur le modèle de gouvernance le plus prometteur pour le développement des ACO (Shortell et al. 2014). La variété des stratégies organisationnelles des ACO et de leurs résultats laisse penser que chaque type d'ACO doit être encouragé (Kreindler et al. 2012; Comfort et al. 2018).

Certains travaux ont tout de même isolé des caractéristiques organisationnelles qui semblent pertinentes pour améliorer le fonctionnement des ACO (D'Unno et al. 2018).

Ils mettent notamment en exergue l'importance d'une gouvernance forte dans les différentes structures de l'ACO. Le rôle des médecins est central pour encourager l'apprentissage de nouvelles pratiques organisationnelles, par exemple le travail en équipe ou bien le recours aux dossiers médicaux électroniques. Par ailleurs, la qualité des relations entre les prestataires de soins primaires et les hôpitaux locaux semble déterminante pour la coordination des prises en charge. En effet, la capacité d'influence des offreurs de soins primaires est primordiale, notamment s'ils font converger beaucoup de patients autour de spécialistes qui ont le pouvoir d'orienter vers les hôpitaux locaux. De plus, les équipes de soins primaires jouent un rôle déterminant dans la transmission des informations sur le patient ainsi que dans son suivi à la sortie de l'hôpital.

La réduction du turnover des médecins et des patients peut également contribuer à améliorer la qualité des soins offerts par les ACO. Une étude montre en effet que seulement 52% des médecins demeurent affiliés à une ACO pendant les trois ans du contrat (Hsu et al. 2017). Ces départs de médecins se doublent d'une forte volatilité de leur patientèle. Ainsi, moins de 5% d'un panel typique de patients était affilié à une ACO. Ces hauts niveaux de turnover tendent non seulement à diluer les impacts financiers et qualitatifs des ACO mais semblent aussi parfois résulter de comportements opportunistes (par exemple, l'éviction de profils de risque élevés pour réduire les coûts associés à leur prise en charge).

Le recours à des care managers dont le rôle est d'assurer l'information et l'orientation des patients à risque (infirmières aux pratiques avancées ou travailleurs sociaux) semble central pour favoriser des parcours de prise en charge personnalisés (Lewis et al. 2019). Dans les ACO les plus performantes, les care managers sont directement intégrés dans les équipes de soins primaires. Le recours à des services de care management pour les patients à risque contribuerait à une réduction de 8% des hospitalisations et le taux de visite aux urgences de 6% (Hsu et al. 2017).

Outils des professionnels de santé constitue un levier central pour améliorer la qualité des soins dans les ACO. Une enquête réalisée auprès de 1400 médecins exerçant dans le cadre d'une ACO liste quatre outils principaux susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients : des outils de ciblage des patients à risque, l'intervention d'un care manager au sein de l'équipe de soins, la publication de bonnes pratiques cliniques ainsi que la mise à disposition des données d'activités des autres cabinets afin de permettre aux médecins d'engager une approche réflexive sur leur pratiques (Schur et al. 2017). Selon une étude, les ACO les plus performantes s'appuient effectivement sur leurs systèmes d'information, notamment des dossiers médicaux électroniques chaînés avec des données de remboursement pour conduire des réflexions stratégiques et améliorer la qualité des pratiques cliniques (D'Unno et al. 2018).

Enfin, l'intégration de pharmaciens dans les ACO semble avoir un impact positif sur leurs résultats financiers. L'intervention de pharmaciens permet notamment de compléter les services de disease management par des dispositifs d'aide au suivi du traitement (medication therapy management) (Joseph et al. 2017).

D'autres modèles portant sur l'organisation et le financement des soins primaires présentent des résultats positifs. Le Comprehensive Primary Care + (CPC+) est le plus grand programme portant sur les maisons de santé, avec 17 millions de patients couverts et 13 739 professionnels mobilisés dans 2675 structures. Il vise à rémunérer les professionnels en forfait en substitution de la rémunération à l'acte. Globalement, les médecins exerçant dans les structures CPC+ ont un avis très favorable sur le programme. Ce succès est confirmé par l'évaluation de 3ème année qui relève très peu d'abandons de la part des structures participantes avec environ 94% d'entre elles qui seraient prêtes à renouveler l'expérience (Peikes et al. 2021).

Si le parti pris du CMMI est de développer un large portefeuille de modèles, la logique de généralisation des expérimentations constitue un défi important avec une forte hétérogénéité des modèles sur leur principe, leur échelle et leur efficacité. Pour certains auteurs, la multiplication des modèles a contribué à la complexification du paysage des soins avec un chevauchement entre les modèles (mise en concurrence des offreurs de soins pour les mêmes populations) ou au contraire un difficile alignement des offreurs de soins engagés sur des modèles différents. Le cloisonnement des modèles entre eux, entériné par la logique de certification par expérimentation, semble ainsi avoir encouragé une organisation en silo. Un article dénonce une logique d'accumulation plus que de capitalisation des expériences, avec le développement continu d'un grand nombre de modèles qui ne démontrent pas de résultats positifs (Navathe et al. 2020).

Pour répondre à ces défis, certains auteurs encouragent une meilleure complémentarité entre les modèles (Navathe et al. 2020). Ils suggèrent notamment de les aligner pour créer des synergies entre les offreurs de soins et simplifier la réforme du financement des systèmes de soins. Les ACO offriraient un premier maillage national, obligatoire pour les hôpitaux et les médecins Medicare (Berwick et al. 2021). Ces grands groupements pourraient s'appuyer sur différents modèles d'organisation et de financement des soins, notamment les maisons de santé au niveau des structures de soins primaires. Les modèles de paiement à l'épisode de soins pourraient permettre de compléter ces dispositifs en proposant une prise en charge transversale des patients pour certains problèmes de santé.

Cette approche semble d'autant plus intéressante qu'une étude a mis en évidence une forte complémentarité entre les ACO et les maisons de santé (Lewis et al. 2019). Les auteurs montrent que les premières étapes de développement des ACO portent généralement sur la transformation de l'organisation des soins primaires avec des investissements financiers et humains portant sur les personnels, le développement d'infrastructures et de systèmes d'information. En effet, la constitution d'équipes de soins primaires est centrale dans la stratégie des ACO car elles constituent l'avant-garde du secteur hospitalier et jouent ainsi un rôle important dans les soins permettant d'éviter des hospitalisations, des réadmissions dans les 30 jours ainsi que des passages aux urgences (orientation des patients, gestion des maladies chroniques...). Cette priorité donnée à la transformation des soins primaires s'appuie sur le développement de maisons de santé au sein des ACO. Ainsi, 60% des ACO de l'échantillon ont pour objectif de développer des maisons de santé certifiées afin d'améliorer le fonctionnement des services de soins primaires.

Face à ces enjeux, des discussions sont conduites au Congrès pour un déploiement plus stratégique des modèles du CMMI. La Medicare Payment Advisory Commission, une institution rattachée au Congrès des Etats-Unis qui a pour objectif de concourir à la détermination de la stratégie de financement et d'organisation du système de santé, propose par exemple trois solutions

complémentaires pour harmoniser le portefeuille d'expérimentations (Burton et al. 2021):

Renforcer la complémentarité entre les modèles proposés autour d'objectifs stratégiques distincts afin de créer une synergie entre les modèles et limiter la concurrence entre les différents offreurs de soins. Cela contribuerait cependant à réduire la diversité des modèles testés et notamment ceux qui pourraient cibler des sous-groupes d'offreurs de soins, de territoires ou de patients.

Développer des modèles de deuxième génération quand des éléments prometteurs ont été identifiés dans la version précédente. Cela permettrait d'améliorer la transparence des décisions de reconduire ou non un modèle et éviterait de relancer un modèle n'ayant pas démontré de résultats positifs précédemment. Néanmoins, cela limiterait dans le même temps le recul et la flexibilité nécessaires pour tester complètement des approches prometteuses.

Supprimer la possibilité de modifier des caractéristiques des modèles après leur déploiement pourrait permettre de réduire le travail administratif lié à ces changements. Cela permettrait également d'offrir une plus grande visibilité aux offreurs de soins pour effectuer des investissements. Néanmoins, un plus grand nombre de participants pourraient décider de quitter les expérimentations avant la fin en cas de découverte de lacunes ou de difficultés liées au modèle. Le cas échéant, ces défauts liés au modèle pourraient contribuer à augmenter des dépenses évitables.

En avril 2021, la directrice du CMMI (Elizabeth Fowler) annonce que l'organisation est à un tournant de son histoire. Alors que plusieurs projets sont suspendus, deux principaux axes de réforme sont proposés afin de recentrer les expérimentations autour d'une stratégie. Il s'agit notamment de réduire le nombre de modèles afin de simplifier les évaluations et éviter les chevauchements et les concurrences autour des mêmes patients ainsi que de privilégier des modèles avec partage de risque et d'encourager plus fortement les offreurs de soins à y participer.

L'expérimentation de nouveaux modes de paiement en soins primaires dans le cadre de l'article 51

On peut illustrer cette approche en France à partir d'exemples concrets. L'un des champs qui fait l'objet de nombreuses expérimentations est celui des soins de ville et des soins primaires. Dans le cadre de l'article 51, plusieurs projets portent des modifications importantes des modes de financement, certains se substituant à des parts importantes du paiement de droit commun, visant à permettre des évolutions des pratiques à destination de différents publics-cibles (Encadré 24). Ces expérimentations sont en cours et leurs évaluations ne sont pas encore disponibles, on ne peut donc préjuger de leurs résultats, mais on peut anticiper les questions que leur entrée dans le droit commun poserait si les évaluations produisaient des résultats justifiant leur généralisation. Au vu du champ concerné, le passage dans le droit commun de ces expérimentations peut s'envisager dans le cadre de la convention des professions concernées ou de l'ACI pour les formes de paiement collectifs. Elles ne peuvent cependant pour aucune d'entre elles constituer la seule modalité de financement des activités considérées, mais des options choisies par un nombre plus ou moins important de professionnels. Cela dessine un premier niveau de modularité potentiel au sein des professions et organisations concernées.

L'une des tâches majeures de l'évaluation de ces nouveaux modes de paiement va donc être d'identifier, là où c'est possible, les modules qui seraient nécessaires au passage de ces expérimentations dans le droit commun. A travers ces modules et leurs diverses modalités se dessinent le contour d'une régulation plus modulaire et susceptible de laisser aux acteurs le choix dans leur organisation. La modularité doit cependant demeurer lisible et gérable afin d'assurer le bon fonctionnement du système de santé. Ces questions devront donc en temps utile être posées aux partenaires conventionnels et au Législateur pour en assurer la pertinence et la bonne marche opérationnelle.

L'existence d'expérimentations dûment évaluées constituera à ce titre une base précieuse pour mener et accompagner ces réflexions de manière pertinente. Un cadre expérimental demeurera sans doute nécessaire pour pouvoir continuer à faire évoluer le cadre de manière incrémentale et pragmatique, l'expérience des projets de l'article 51 montrant que les changements de modes de paiement entraînent des transformations bien plus profonde des organisations et que leurs effets doivent être testés et ajustés. L'expérimentation et son évaluation ne doivent pas être ici considérées comme un dérivatif ou une manœuvre dilatoire, mais une étape très souvent nécessaire, voire indispensable à la compréhension des mécanismes et à l'ajustement des modèles testés, rien ne valant en la matière la confrontation au réel, comme le font de nombreux autres systèmes de santé.

Tous les sujets ne relèvent pas pour autant d'un besoin d'expérimentation et certaines évolutions pourront utilement être généralisées. Les échanges menés avec les USA, l'Angleterre et l'Allemagne soulignent de manière forte ce besoin et la nécessité de pouvoir tester des modèles avant de les mettre en pratique et éventuellement les généraliser de manière effective.

Principes et déroulé de l'expérimentation IPEP

Objet de l'expérimentation

L'Assurance Maladie et le Ministère des Solidarités et de la Santé ont lancé, en 2019, l'expérimentation d'une « incitation à une prise en charge partagée » (IPEP) dans le cadre du dispositif des expérimentations innovantes en santé de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

L'expérimentation Ipep a pour objet à la fois la mise en place de nouvelles formes d'organisations pluri professionnelles centrées autour de la prise en charge d'une patientèle donnée et l'instauration d'un nouveau modèle de financement reposant sur un intéressement collectif versé à cette organisation sur la base d'objectifs de qualité et d'efficience des dépenses.

L'objectif stratégique du projet Ipep est d'améliorer l'état de santé de la population, le service rendu aux patients par une meilleure qualité des soins et l'efficience des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources disponibles. Le projet Ipep vise également la structuration de l'offre de soins ambulatoires (notamment le premier recours) et le décloisonnement des acteurs entre les secteurs sanitaire (ville-hôpital), médico-social et social.

Le principe est qu'un groupement de professionnels de santé volontaires se constitue sur un territoire et définit des actions à mettre en œuvre au service de leur patientèle. Les acteurs sont libres de définir les actions à mener sous réserve qu'elles visent à améliorer l'accès aux soins sur le territoire, la coordination des prises en charge, notamment ville-hôpital, la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques, la pertinence des prescriptions médicamenteuses ainsi que la prévention et la promotion de la santé. Selon les résultats des différents indicateurs de qualité et sur la base des gains d'efficience générés, ce groupement pourra être intéressé financièrement.

Groupements de professionnels de santé

Le groupement d'acteurs en santé peut prendre différentes formes (MSP, groupement de MSP, centre de santé, CPTS, comité ville-hôpital...) et doit comprendre des médecins traitants dont la patientèle globale est supérieure à 5000 patients.

L'expérimentation est d'initiative nationale et s'appuie sur 29 groupements répartis dans 14 régions, comptant au total 460 000 patients.

Elle propose un modèle qui s'applique à des projets variés, à l'initiative de professionnels libéraux, d'établissements de santé, ou encore de dispositifs de coordination de type PTA, et impliquant des volumes de patientèle très différents (de 5000 patients à plus de 100 000). Certains groupements s'engagent dans des modifications organisationnelles au bénéfice de leurs patientèles globales, tandis que d'autres concentrent leurs actions à destination de sous-populations aux besoins plus spécifiques. Cette diversité de configurations représente une opportunité de pouvoir observer et analyser à quelles conditions le modèle Ipep s'avèrera pertinent, dans la perspective d'une généralisation éventuelle du modèle.

Principe du financement

L'incitation est un nouveau mode de financement :

- complémentaire aux modes de rémunération de droit commun (à l'acte ou à l'activité),
- conditionné à l'atteinte d'objectifs sur la qualité et la maîtrise des dépenses,
- sans sanction financière en cas de non-atteinte des objectifs fixés,
- versé à un groupement d'acteurs, libre dans l'utilisation qui en est faite.

Les modalités de financement sont évolutives sur les 5 années d'expérimentation pour tenir compte du temps d'initiation des projets et de la durée nécessaire pour constater des résultats : un budget est d'abord versé aux groupements pour le lancement de leur projet, puis les indicateurs de qualité et les gains d'efficience sont valorisés indépendamment pour finalement aboutir à une valorisation des gains d'efficience modulée par la qualité.

Mise à disposition de données aux professionnels de santé

L'approche populationnelle sous-tendue par l'expérimentation Ipep diffère de l'approche clinique par le fait qu'elle aborde les problématiques de santé à l'échelle d'une population ou d'une patientèle et non pas des individus. Dans ce cadre, l'exploitation des données disponibles à un niveau populationnel revêt un caractère primordial, alors même que ce type d'usage est encore peu développé chez les professionnels de santé. Aussi, des données issues du SNDS, décrivant la patientèle du groupement, sont mises à sa disposition annuellement tout au long de l'expérimentation. Ces données permettent au groupement d'identifier les particularités de sa patientèle relatives aux caractéristiques sociodémographiques, à l'état de santé, aux dépenses d'Assurance Maladie et aux parcours des patients, de révéler les segments où il existe des marges d'efficience et de suivre dans le temps l'impact des actions engagées collectivement. Outre la mise à disposition de ces données, certains groupements ont exprimé leur intention de s'attacher les services d'un DIM afin d'analyser les données disponibles dans leurs propres systèmes d'information, ce qui était jusqu'à maintenant exceptionnel pour des professionnels de ville, et qui peut s'envisager avec ces nouvelles formes d'organisations.

Articulation avec les CPTS

Au regard de certains enjeux communs, le déploiement concomitant des CPTS et de l'expérimentation IPEP doit nécessairement amener à créer des ponts entre ces deux dispositifs. A ce titre, les démarches analytiques engagées dans Ipep au travers des données populationnelles devraient pouvoir servir de laboratoire dans l'objectif d'une utilisation plus large dans le cadre des CPTS.

La majorité des groupements sont implantés sur des territoires où se sont constituées des CPTS, avec des niveaux de maturité variés et plusieurs groupements sont portés par ces CPTS. Le projet IPEP doit donc s'articuler avec celui des CPTS afin d'augmenter l'impact des actions menées et de faciliter leur visibilité. Cette articulation est naturelle dans le cas des projets IPEP portés par une CPTS. Elle est en revanche à construire par le porteur quand ce n'est pas le cas. Lorsque le groupement est une MSP, le projet IPEP peut constituer un observatoire pour une CPTS en devenir.

La mobilisation des patients

Les organisations qui ont vocation à mettre en œuvre Ipep, portent une vision renouvelée de la place du patient. Ainsi, les groupements proposent différentes actions visant à renforcer l'information du patient, à développer ses compétences pour mieux vivre avec sa pathologie, mais aussi pour certains, à l'intégrer dans les instances de gouvernance et groupes de travail.

L'expérimentation IPEP prévoit un recueil systématisé de l'expérience patient par le biais d'un questionnaire envoyé par email, dont les résultats participent au calcul de l'intéressement. Ce questionnaire invite les patients à donner leur avis sur le suivi de leur santé et de leurs soins, et notamment sur la façon dont les professionnels de santé de leur équipe soignante échangent avec eux et se transmettent les informations.

Calcul de l'intéressement collectif

Evaluation de la maîtrise des dépenses d'un groupement

L'évaluation de la maîtrise des dépenses permet de mesurer l'impact des actions mises en place par un groupement sur les dépenses d'Assurance Maladie de sa patientèle et de rétribuer le groupement d'une partie des résultats financiers de ces actions.

Les gains d'efficacité sont définis comme les économies de dépenses d'assurance maladie (ou moindres dépenses) générées par un groupement, mesurées sur sa patientèle médecin traitant.

Afin d'évaluer ces gains d'efficacité, la dépense moyenne des patients du groupement est comparée à la dépense moyenne nationale, pour l'année considérée. Les dépenses prises en compte sont celles relatives à l'ensemble des soins de ville et séjours hospitaliers remboursés par l'Assurance Maladie. Cette comparaison s'appuie sur un ajustement au risque à partir des caractéristiques des patients, décrit brièvement ci-dessous, nécessaire pour assurer la comparabilité entre les dépenses du groupement et les dépenses nationales.

Le calcul des gains d'efficacité réalisés par les groupements s'appuie à la fois sur l'écart entre la dépense du groupement et la dépense nationale, dans une approche statique, et sur l'évolution des dépenses du groupement en comparaison de l'évolution des dépenses nationales, dans une approche dynamique.

Ajustement au risque

L'ajustement au risque permet de tenir compte des caractéristiques des patients des groupements et de leur territoire, susceptibles d'engendrer des niveaux de dépenses qui s'éloignent du niveau national sans que cela ne puisse être attribuable aux professionnels du groupement. L'enjeu est d'être capable d'appréhender les gains d'efficacité réalisés par un groupement quel que soit le profil de sa patientèle et le territoire sur lequel il évolue.

Dans cet objectif, un modèle d'ajustement est développé afin de prédire les dépenses annuelles individuelles par les caractéristiques sociodémographiques des patients, leur état de santé et l'accessibilité au soin sur leur commune de résidence. Un correctif départemental est également appliqué pour tenir compte des disparités de niveaux de dépenses sur le territoire. Sur la base de ce modèle d'ajustement, une dépense est estimée pour chaque patient du groupement. La moyenne de ces dépenses estimées correspond à la dépense qui aurait été observée au niveau national pour la prise en charge de patients aux caractéristiques similaires à ceux du groupement. C'est à cette valeur que la dépense du groupement est comparée.

Mesure du service rendu au patient – Indicateurs de qualité

La mesure du service rendu au patient permet de garantir que les efforts réalisés en matière de maîtrise des dépenses ne se font pas au détriment de la qualité des prises en charge et permet d'inciter les professionnels à proposer une amélioration continue de la qualité.

Les 10 indicateurs retenus pour objectiver l'amélioration du service rendu au patient répondent aux enjeux de décloisonnement et de structuration du premier recours portés par l'expérimentation. Afin de garantir leur applicabilité à la diversité des organisations mises en place, ces indicateurs sont transversaux. Leur pertinence clinique n'est donc pas attachée à une pathologie en particulier. De plus, le choix des indicateurs a été guidé par le critère d'imputabilité à un groupement d'acteurs.

La valorisation financière des indicateurs passe par l'appréciation de deux dimensions : le niveau atteint par rapport à une cible commune pouvant être ajustée aux caractéristiques des patients, et la progression des résultats du groupement d'une année à l'autre si la cible n'est pas atteinte. Un bonus associé à l'expérience patient vient s'ajouter au score obtenu.

Au-delà d'une valorisation financière, l'objectif de ces mesures de la qualité est de fournir aux groupements des outils de suivi dans une logique de pilotage par la qualité.

Articuler les incitatifs pour une cohérence d'ensemble

L'une des clés de la viabilité d'un système modulaire est de disposer d'incitatifs cohérents permettant d'aligner les différents modèles de paiement autour d'objectifs communs valables à l'échelle du système aussi bien que celui des organisations et des professionnels de santé. Si l'on multiplie les niveaux d'organisation et les incitatifs le risque est grand que la résultante soit inefficace, voire que les différents modèles se concurrencent entre eux. Le choix du niveau auquel l'application de ces incitatifs est positionné est donc très important (3).

Cela vaut particulièrement pour les incitatifs à la qualité ou la performance à deux niveaux : 1) la multiplication de ces incitatifs, pour éviter la redondance et les paiements multiples pour un même objet cherchent à mobiliser des indicateurs toujours différents. C'est pertinent dans certains cas, mais cela rend le système moins lisible et envoie un signal peu clair aux acteurs et 2) ces dispositifs reposent sur des indicateurs statistiques la plupart du temps et sont donc sensibles à l'échelle de taille de la population concernée. Un indicateur de réhospitalisation pour des patients insuffisants cardiaques est un indicateur extrêmement pertinent dans l'absolu. Si on l'applique à un département on pourra avoir des résultats intéressants dont la variation pourra témoigner d'une réelle évolution de la prise en charge. Si on l'applique à la patientèle d'un médecin généraliste qui a en moyenne 12 patients insuffisants cardiaques, on voit qu'une variation de l'indicateur résulte plus à cette échelle de l'aléa statistique que d'une réelle amélioration de la qualité des soins.

La construction d'un modèle d'intéressement valide statistiquement et susceptible de satisfaire l'intérêt de la santé publique, des patients et des professionnels de santé est un sujet au cœur des *Accountable care organizations*, dont la déclinaison expérimentale en France est envisagée dans le projet IPEP. L'application du modèle à cette échelle permet d'envisager des travaux statistiques robustes et équitables permettant d'inciter les acteurs à s'organiser à un niveau territorial pour poursuivre collectivement un objectif partagé de qualité et d'efficacité, matérialisé par cet intéressement dans une logique de responsabilité populationnelle, sans

remettre en cause leur modalités de financement de base. L'échelon territorial semble particulièrement adapté et certaines CPTS engagées dans l'expérimentation IPEP trouvent à travers ces modalités un moyen efficace de construire et outiller leurs projets.

Encadré 24 : Exemples d'expérimentations menées dans le champ des soins de ville avec l'article 51

Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)

L'expérimentation d'un **paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS)** s'inscrit dans le cadre général du dispositif des expérimentations innovantes en santé de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

L'objectif de cette expérimentation est de mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle (médecin généraliste (MG) ou infirmière diplômée d'Etat (IDE)) pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle « médecin traitant » de l'équipe au profit de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins ainsi que l'optimisation de la prise en charge des patients.

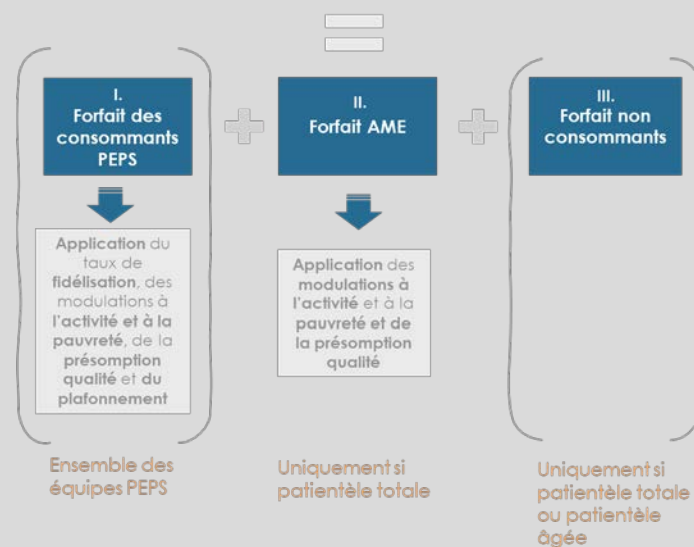
Une équipe est constituée au minimum de 5 MG et IDE, dont au moins 3 MG et 1 IDE. L'équipe choisit la patientèle « médecin traitant » (totale, diabétique ou âgée définie dans le cadre de l'expérimentation comme étant les patients de 65 ans et plus ou les patients ayant entre 50 ans et 64 ans en ALD pour maladie neurodégénérative (ALD 15, 16 et/ou 25)) pour laquelle ses actes seront substitués ainsi que le forfait (MG ou MG-IDE) sur lequel elle souhaite basculer.

Les indemnités kilométriques, les actes techniques ainsi que les soins réalisés dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) ne font pas partie du périmètre des actes substitués dans PEPS. Ils doivent donc continuer d'être facturés dans le droit commun.

La rémunération PEPS est constituée de trois composantes : la composante des patients « médecin traitant » consommateurs, la composante des patients bénéficiaires de l'AME et la composante des patients « médecin traitant » non consommateurs (*cf. schéma ci-dessous*). Cette rémunération est différente selon le type de patientèle et le type de forfait choisis par l'équipe et se calcule en deux temps :

- calcul en fonction des caractéristiques des patients des équipes PEPS via une régression multiple.
- calcul en fonction des caractéristiques des équipes PEPS via la mise en place de modulations (activité, pauvreté et qualité).

Montant de la rémunération PEPS



IPSO santé – « nouveau contrat médecin traitant »

Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, le projet IPSO, porté par quatre cabinets médicaux de ville en soins primaires composé de médecins généralistes et de sages-femmes, expérimente la mise en place d'une nouvelle prise en charge de leurs patients médecin traitant, fondée sur un « nouveau contrat médecin traitant ».

Ce contrat sous-tend d'une part que le patient consulte spécifiquement dans la structure, sauf urgence et hors résidence habituelle, et d'autre part que le médecin réalise une évaluation globale du patient, partagée avec ce dernier. Il propose également des programmes de prévention adaptés, en étant plus disponible, notamment par messagerie. L'enjeu autour de la coordination de ce projet repose sur un travail d'équipe très poussé, afin de construire un plan de prise en charge adaptée et

évolutif par patient, rendu notamment possible grâce à la mise en place d'un système d'information performant de partage entre les professionnels d'IPSO.

La mise en place de cette nouvelle organisation repose sur un nouveau mode de rémunération, à savoir un forfait annuel par patient basé sur les dépenses nationales, moyenné la première année, i.e. le même forfait quel que soit le patient, puis différencié selon les caractéristiques médicales et socio-économiques des patients dans un second temps, afin d'affiner la prise en charge. Ce forfait est donc 100% substitutif au paiement à l'acte des médecins, sur une liste d'actes bien spécifiques, comprenant principalement les consultations/visites et majorations/compléments associés, ainsi que quelques actes techniques. Ce forfait intègre également les montants de ROSP/forfait structure/forfait patientèle MT des médecins généralistes d'IPSO et est ajusté en tenant compte d'un taux de fidélisation pour ne prendre en compte que les soins exécutés par l'équipe du projet. Une clause de sauvegarde vient garantir l'absence de baisse de chiffre d'affaires du GIE IPSO la première année, par rapport au paiement à l'acte auquel le forfait se substitue.

La coordination entre médecins généralistes s'accompagne de partenariats avec des professionnels extérieurs pour des prises en charge spécifiques de certains patients (psychologue, diététicien, etc.), qui se traduit financièrement pendant deux ans par une enveloppe bornée annuelle supplémentaire pour l'équipe. Cette enveloppe peut également servir à remplir des missions de types : activités de soins, éducation thérapeutique (ETP), coordination, système d'information, services additionnels aux patients.

Structure libérale légère (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques

Une structure libérale légère est une organisation souple, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé, permettant une prise en charge pluri-professionnelle, flexible et sur le long terme, des patients nécessitant une réhabilitation cardiaque. Cette prise en charge se substitue à une réhabilitation en soins de suite et de réadaptation, en étant réalisée en ville, à proximité des lieux de vie des patients et avec des plages horaires élargies matin et soir. Ainsi, cette organisation facilite ces soins, que les patients n'auraient sans doute pas effectués sinon. La coordination est au cœur de ce projet qui fait intervenir différents acteurs, s'apparentant alors à des équipes de soignants libéraux en exercice coordonné, travaillant ensemble au service d'une prise en charge commune.

Le lieu d'exercice de la SLL est le cabinet de groupe de cardiologues ou une clinique ou un hôpital, requérant un certain nombre de prérequis, tels qu'une salle de déchoquage, une convention avec le SAMU, une(des) salle(s) avec des équipements sportifs adaptés, du matériel notamment d'urgence (défibrillateur, oxygène) et la présence systématique d'un cardiologue. Cette structure est alors constituée a minima de trois cardiologues, d'un kinésithérapeute, d'un infirmier diplômé d'état (IDE), d'un diététicien, d'un psychologue, d'un médecin addictologue, d'un éducateur thérapeutique (IDE ou aide-soignant diplômé éducation thérapeutique) et d'un éducateur sportif. Une coordination forte a lieu entre IDE ou assistant social (AS) et le cardiologue pour le suivi médical des soins. Quant à la coordination du parcours du patient, il est pris en charge par l'IDE ou l'AS et l'équipe de soins primaires.

Des entretiens individuels avec le patient et l'ensemble des parties prenantes de prise en charge ont lieu en début et fin de parcours. Le secrétaire a également un rôle de coordination plus administrative tant auprès des professionnels, qu'auprès des patients. Au cours de la prise en charge, les soins relèvent de séances collectives, portées par les mêmes professionnels, ainsi que des séances d'éducation thérapeutique (ETP) réalisés par un kinésithérapeute ou un éducateur sportif. La vingtaine de séances se déroule théoriquement sur 1 à 2 mois, mais il semble que l'impact Covid ait allongé la durée de la prise en charge.

Cette prise en charge socle est formalisée financièrement par un forfait moyen par patient. Ces soins peuvent être complétés par une prise en charge plus poussée selon les besoins du patient, sous forme de séances collectives additionnelles exécutées par un kinésithérapeute ou d'éducateur sportif et d'ETP, qui se traduit par un forfait complémentaire. Ce type d'organisation requiert une harmonisation des pratiques, afin d'assurer la cohérence et la qualité des soins, qui s'acquière via de la formation initiale et continue.

RSMO - Suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers en Pays de Loire (CDC publié au RAA du 26/07/2019)

Cette expérimentation est proposée par la MSP RSMO (quartier Ouest du Mans) pour pallier aux problématiques de désertification médicale, d'isolement et d'inégalité d'accès aux soins des patients du territoire concerné. Il s'agit de la mise en place d'un suivi de proximité coordonné entre médecin traitant et infirmier de la MSP pour les patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. Des infirmiers du territoire non membres de la MSP mais ayant des patients dont le médecin traitant est membre de la MSP peuvent s'ils le souhaitent participer au projet.

Le médecin de la MSP ne se déplace plus au domicile du patient tous les mois ou deux mois mais une à deux fois par an. Dans l'intervalle, c'est l'infirmier du patient qui assure un suivi mensuel à l'aide d'une grille de suivi et transmet les informations au médecin qui décide de la procédure à suivre. Tout symptôme ou événement nouveau fait l'objet d'un signalement au médecin qui décide de la conduite à tenir. En tout état de cause, l'infirmier ne prend pas seul la décision d'une modification du traitement du patient et fait valider par le médecin la décision de poursuite du traitement. Une visite initiale avec le médecin, l'infirmier, les aidants et éventuellement les aides à domicile permet de compléter une fiche d'évaluation et de définir le plan de suivi du patient pour l'année, adapté aux problématiques tant médicales que sociales ou environnementales. Chaque année, l'infirmier visite la personne malade et son aidant avec le médecin, met à jour le Plan Personnalisé de Soins et le soumet en Réunion de Coordination Pluri-professionnelle.

Ainsi, tout passage de l'infirmier donne lieu à une coordination de soins et toutes les observations de l'infirmier sont notées dans le dossier médical du patient et sont transmises au médecin en temps réel via une application. Le système d'information est utilisé par l'ensemble des médecins et infirmiers membres du RSMO (qui ont tous la version coordination) à travers des

formulaire dédiés. Ce système gère la coordination de soins, la gestion des RCP et les messageries sécurisées. Il existe une version «nomade» sécurisée sur smartphone ou tablette, utilisable au lit du patient (agrée par l'ARS). Ce système d'information peut communiquer les informations au DMP.

Le financement retenu est un forfait global annuel par patient correspondant à l'ensemble de la prise en charge proposée (visites conjointes, visites à domicile de l'infirmier et temps de coordination).

EQUILIBRES - EQUIPES d'Infirmières LIBRES RESponsables et Solidaires (CDC publié au JO du 18/07/2019)

Cette expérimentation, portée par l'association loi 1901 Soignons Humain, propose de recentrer les soins infirmiers sur la personne grâce à la mise en place d'un tarif uniforme forfaitaire au temps passé auprès des patients (au lieu de la tarification en fonction des actes réalisés) des infirmiers dispensant des soins à domicile, associé à une évaluation standardisée et régulière de la situation des patients. Ce mode d'exercice bénéficie en particulier aux personnes avec un handicap, une maladie chronique ou une perte d'autonomie liée à l'âge. Il vise à permettre aux équipes d'infirmiers de consacrer le temps suffisant aux patients afin de développer leur autonomisation.

Cette proposition est largement inspirée du modèle développé en Hollande par BUURTZORG (« Soins de proximité » - organisation de soins infirmiers à domicile, à but non-lucratif, fondée aux Pays-Bas en 2007 par un infirmier cadre de santé, Jos de Blok).

L'expérimentation envisagée consiste ainsi à ouvrir sur les territoires identifiés (en Hauts-de-France, Occitanie et Ile de France) la possibilité pour les professionnels infirmiers libéraux ou salariés en centres de soins infirmiers adhérant à la démarche proposée par la signature de la charte Equilibres :

- de bénéficier d'une rémunération dérogatoire à la nomenclature d'actes en vigueur, basée sur un principe de tarification unique au temps passé auprès du patient.
- Ce tarif uniforme a vocation à couvrir à la fois les interventions réalisées auprès des patients (domicile ou cabinet) et les temps de trajet entre patients, ainsi que les temps de coordination intra-équipe, les interactions avec les autres professionnels de santé mis en jeu, et les autres acteurs sociaux ou médico-sociaux, les formations professionnelles, et les temps de congés.
- en échange d'un engagement à un exercice collectif et des prises en charge centrées sur les patients, holistiques et coordonnées. Chaque équipe de soins doit se réunir régulièrement, à minima toutes les deux semaines, pour un partage de pratiques professionnelles et un échange à propos des situations le nécessitant. Un référent par équipe est désigné pour chaque patient. Ce référent est chargé de la bonne tenue du dossier de soins informatisé, ainsi que de la qualité et de la régularité des interactions avec les autres professionnels de santé ou structures mis en jeu dans le parcours de soin du patient. Il assume, lorsque c'est nécessaire et possible, la fonction de gestion de cas de proximité. Cela ne remet pas en cause le rôle des gestionnaires de cas de MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), mais a vocation à constituer une complémentarité de compétences et d'actions au service du patient et de son entourage.

A noter que dans le cadre du dispositif expérimental, afin d'établir et de maintenir dans la durée les relations professionnelles fructueuses et satisfaisantes requises pour atteindre les objectifs de qualité des soins, les équipes d'infirmiers sont formées à l'auto-organisation, et bénéficient d'un accompagnement en facilitation d'équipe fourni par un tiers compétent.

Le cas particulier des parcours de soins et des organisations complexes transversales

Les parcours de soins et les coopérations ville-hôpital demeurent en l'état un champ beaucoup plus complexe à modéliser. De nombreux projets issus de réseaux de soins peuvent s'apparenter à des équipes de soins autour d'un patient ou un parcours de soins, sans être formalisés au sein d'une structure dédiée. Le passage de ces organisations dans le droit commun - si l'évaluation apporte des arguments sur l'intérêt d'un tel passage - peut difficilement s'envisager autrement que comme une coopération entre acteurs existants dont la participation à ce parcours n'est qu'une facette souvent limitée de leur activité. Les exemples des microstructures addictions, du projet DIVA ou autres illustrent bien cette thématique.

La question qui se posera dans ce cas est relative aux modalités de constitution et de financement de ces équipes. Si on considère qu'aucun moyen de financement spécifique n'est nécessaire ou si l'évaluation le démontre, il n'y a pas lieu de modifier le droit commun, autrement dit un forfait au parcours n'est pas une somme de paiements à l'acte qui se trouvent être consacrés au même patient. Si à l'inverse le mode de paiement est un moyen de lier l'intérêt à agir des acteurs autour d'un financement partagé dans son montant ou ses modalités, du moins partiellement, alors, de nouveaux modes de paiement doivent être généralisés (Figure). On peut encore difficilement envisager d'avoir un mode de paiement pour chaque parcours. Les expérimentations de l'article 51 apporteront ainsi des pistes de réflexion intéressantes parce qu'éprouvées avec succès ou non sur le terrain.

Plusieurs éléments apparaissent aujourd'hui indispensables pour envisager le passage de ces objets dans le droit commun tout en conservant une approche parcimonieuse en termes de complexité.

En particulier, quatre peuvent être listés :

- Le partage de paiement entre différents acteurs d'un même forfait, contribuant à un parcours de soins tout en appartenant à des structures différentes (par exemple un cabinet infirmier libéral et un CHU) ne peut se faire sans l'existence de structures « concentratrices de paiement ». Ces modalités développées dans l'article 51 permettent de résoudre de nombreux problèmes opérationnels. Ces structures peuvent être selon les projets l'un des acteurs du parcours (MSP, ES, DAC), mais ces fonctions sont variables et les contraintes peuvent être nombreuses pour les acteurs. Les CPTS pourraient dans certains cas jouer utilement ce rôle. Il s'agit là d'un élément-clé de la faisabilité du passage à grande échelle de ces modèles. Une réflexion large sur les modalités de ces structures est indispensable pour assurer aux acteurs une sécurité et une lisibilité. Sur la base des retours d'expérience des premiers projets article 51, le contour de cette fonction pourrait être défini ;
- Les structures juridiques et leurs conditions financières et fiscales de fonctionnement sous-jacentes à ces organisations sont un prérequis indispensable à leur généralisation, à l'instar de la création des SISA rendue nécessaire pour permettre le passage dans le droit commun des ENMR. La différence résidant dans la diversité des sujets et parcours à porter dans ce cadre ;
- Une réflexion sur l'évolution des systèmes d'information et outils métiers utilisés dans ces modes d'organisation et de financement. La mise en place de ces mode de paiement peut remettre en cause de manière importante les différents flux d'informations et de données, par exemple lorsqu'un forfait vient se substituer à un acte. Les expérimentations article 51 explorent de manière systématique ces dimensions qui constituent un enjeu clé dans les phases expérimentales mais aussi au-delà ;
- Les nouveaux métiers induits par ces nouvelles organisations. Qu'il s'agisse de métiers de la donnée, de l'organisation ou de gestion, l'étude l'observation et le soutien de la création de ces métiers constituera un enjeu-clé de la viabilité des modèles et de la capacité du système à les absorber.

4.5. Propositions

Propositions sur l'organisation territoriale et la réforme du financement des soins

Proposition 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

- Déployer « l'accélérateur CPTS » : l'accélérateur vise à accélérer le processus de constitution des CPTS. Il repose sur une double approche : la focalisation permettant de résoudre, dans un temps le plus court possible, une problématique précise personnalisée pour chaque CPTS et le caractère collectif pour croiser les regards sur une problématique. Il consiste en la mise en place d'ateliers collaboratifs permettant d'apporter rapidement des solutions aux situations de blocage qui ralentissent le conventionnement, et, si besoin, de construire un plan d'actions à l'issue des séances d'accélération avec l'équipe représentante de la CPTS ;
- Renforcer l'accompagnement des porteurs de projet par les caisses primaires d'Assurance maladie, en lien notamment avec les Agences régionale de santé, la Mutualité Sociale Agricole et les Unions régionales des professionnels de santé ;
- Apporter un financement additionnel du fonctionnement, versé dès la signature du contrat pour couvrir les besoins de la structure pendant la période préparatoire nécessaire au déploiement des missions choisies.

Proposition 28 : Renforcer les missions des structures d'exercice coordonné

- Valoriser l'implication des organisations d'exercice coordonné dans la gestion de crise sanitaire ;
- Renforcer l'accompagnement des publics vulnérables par les structures d'exercice coordonné au travers d'une matrice de maturité (valorisation graduée selon l'atteinte de niveaux) ;
- Intégrer un volet transversal (CPTS, MSP, équipe de soins primaires, équipe de soins spécialisée) portant sur la prise en charge du handicap dans l'objectif d'améliorer l'articulation avec le médico-social et la prise en charge des personnes handicapées par les professionnels de santé (médecins, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)

Proposition 29 : Lancer des expérimentations sur les équipes de soins – primaires et secondaires, afin de mieux définir les missions et les modes d'organisation

Dans le cadre conventionnel, il pourrait être envisagé de lancer une expérimentation sur plusieurs départements ou régions afin de définir un cadre général avec une certaine souplesse sur la formalisation et le mode de rémunération des équipes de soins. Pourraient être expérimentés différents modèles pour ces équipes afin de les évaluer et ainsi définir quel modèle retenir en vue d'une généralisation nationale.

Proposition 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

L'objectif d'un passage dans le droit commun d'expérimentations issues de l'article 51 ayant démontré leur intérêt dans le cadre de leur évaluation, impose d'anticiper les conditions nécessaires à leur bonne intégration en évitant de générer un surcroît de complexité dans la gestion du système pour tous les acteurs impliqués. Plusieurs éléments apparaissent aujourd'hui indispensables pour envisager ce passage dans le droit commun de manière lisible et constructive, pour lesquels il faut dès à présent construire un cadre adapté. Il s'agit notamment de :

- Veiller à la bonne complémentarité des modèles de rémunérations et incitatifs ;
- Identifier des structures concentratrices des paiements en créant ou adaptant d'un statut juridique approprié ;
- Anticiper l'impact sur les systèmes d'information du passage vers des paiements partagés entre plusieurs acteurs ;
- Mener une réflexion sur les nouveaux métiers ou compétences à associer à ces modèles d'organisation.

Proposition 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

L'émergence d'organisations à un niveau territorial ou populationnel dans le cadre des soins primaires impose de définir des modes de rémunération cohérents avec ces transformations. En capitalisant sur les retours d'expérience de l'expérimentation nationale Incitation à une Prise En charge Partagée (IPEP) dans le cadre de l'article 51, il apparaît nécessaire de préparer les conditions d'une bonne intégration de ce type de modèle de financement, permettant d'inciter les acteurs à s'organiser à un niveau territorial pour poursuivre collectivement un objectif partagé de qualité et d'efficacité, dans une logique populationnelle ne remettant pas en cause leurs modalités de financement existantes. Sans présumer des conclusions de l'évaluation de l'expérimentation Ipep, il est donc nécessaire d'anticiper à partir de la fin de l'année 2022 les conditions à la bonne mise en œuvre de ce type de rémunération dans le droit commun.

4.6. Références

1. Medicare Payment Reform's Next Decade: A Strategic Plan For The Center For Medicare And Medicaid Innovation [Internet]. Health Affairs Blog. 2020. Disponible sur: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20201216.672904/full/>
2. Chernew ME. A Path Forward for Alternative Payment: Build a Portfolio Not a Garden. JAMA Health Forum. 6 mai 2021;2(5):e210232.
3. Navathe AS, Boyle CW, Emanuel EJ. Alternative Payment Models—Victims of Their Own Success? JAMA. 21 juill 2020;324(3):237.

5. Renforcer la promotion de la santé auprès des populations éloignées des systèmes de soins : vers la co-production des actions de prévention

5.1. Les nouveaux enjeux des politiques de prévention et de promotion de la santé

5.1.1 La persistance des inégalités sociales de santé constitue un défi majeur pour les politiques de prévention

Tous les pays sont concernés par les inégalités sociales de santé. En France, l'amélioration continue de l'état de santé depuis la fin de la seconde guerre mondiale, matérialisée notamment par la progression de l'espérance de vieⁱ, masque des inégalités importantes selon les groupes sociaux et les territoires avec des conditions plus favorables pour les catégories sociales les plus favorisées. Selon l'INSEE, les inégalités sociales de santé apparaissent « avant la naissance et se creusent durant l'enfance ⁱⁱ ».

La crise COVID a d'ailleurs agi comme un fort révélateur de ces inégalités sociales et territoriales de santé avec une exposition différentielle face au virus, une plus grande fragilité liée à des pathologies associées à un risque important de forme grave de la maladie ainsi qu'un accès inégal aux soinsⁱⁱⁱ. L'INSEE rapporte ainsi que la pandémie a particulièrement éprouvé les personnes les plus modestes sur de nombreux aspects : mortalité plus élevée, exposition plus grande au virus, destruction d'emplois, dégradation de la situation financière^{iv}, etc. Plus globalement, l'épidémie de COVID-19 et les conséquences du confinement ont eu des impacts sur la santé de toute la population, avec une évolution des comportements vers une consommation accrue de tabac, une dégradation de l'alimentation, une réduction de l'activité physique ainsi qu'un impact sur la santé mentale et le recours aux soins^v.

La prévention constitue un domaine prioritaire pour amortir les conséquences de la crise et des épisodes de confinement d'autant plus que la pandémie a mis en lumière l'impact positif que peuvent avoir des mesures de prévention sur les comportements en santé. La lutte contre la COVID 19 s'est largement appuyée sur des mesures préventives qui visaient à modifier les comportements des individus : le lavage des mains, le port du masque et l'ensemble des mesures barrières ont constitué un volet primordial de la réponse à la pandémie. De telles mesures visant à renforcer le contrôle qu'ont les personnes sur leur propre santé montrent qu'il est possible d'agir avec succès sur les comportements à large échelle même si des défis demeurent, notamment concernant l'adhésion des publics défavorisés. Les résultats d'une enquête conduite par l'INSERM montrent ainsi que les effets du confinement et l'adoption de mesures barrières semblent avoir été plus bénéfiques aux classes sociales aisées qu'aux classes populaires^{vi}. Face à ces constats, l'Assurance Maladie engagera une réflexion sur les enseignements à tirer de la crise notamment en termes de prévention.

Depuis plus d'une décennie, les inégalités sociales et territoriales de santé constituent un défi prioritaire pour les systèmes de santé. En 2010, la publication du rapport Marmot^{vii} marque un tournant dans la prise en compte des inégalités de santé en présentant l'action sur les déterminants de santé comme un levier majeur de la réduction de ces inégalités. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les déterminants de la santé sont les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations »^{viii}.

5.1.2 La nécessité d'agir sur les différents déterminants de la santé

Compte tenu du caractère multidimensionnel de la santé, la prévention n'est plus conduite de manière isolée par rapport aux autres secteurs de l'action publique. L'essor d'une telle logique multisectorielle se matérialise par une démographie croissante d'acteurs de l'éducation, du logement, de l'emploi, du transport, etc. En France, la Stratégie Nationale de Santé définie par le Gouvernement a marqué la refonte de l'action publique en matière de prévention et de promotion de la santé, avec un accent mis sur les déterminants de santé. En matière de prévention, le texte offre un fil conducteur à la grande diversité de plans et programmes (le Plan Priorité Prévention, le Plan National de Réduction du tabagisme, le Plan National de Mobilisation contre les Addictions, le Plan National Santé Environnement, le Plan Logement...) ainsi qu'aux projets régionaux de santé.

Cette approche intersectorielle répond au principe de la santé dans toutes les politiques énoncé par la déclaration d'Helsinki^{ix} et qui vise à mobiliser toutes les politiques publiques pour agir sur l'ensemble des déterminants de santé.

5.1.3 De nouvelles manières de faire de la prévention

Ces actions multisectorielles se concrétisent par de nouvelles manières de faire de la prévention. L'accent est mis sur les actions de proximité dans les lieux de vie comme l'école, le lieu de travail, les quartiers qui impliquent par conséquent un partage des responsabilités entre les secteurs, au-delà du sanitaire, ainsi qu'un rôle accru des acteurs locaux dans le déploiement des politiques de prévention. Depuis de nombreuses années, la Cnam propose ainsi au réseau des CPAM/CGSS, des cahiers des charges sur les grandes thématiques de santé publique fixant un cadre de déclinaison des priorités nationales. Celles-ci ont été précisées dans le cadre de la COG actuelle et recentrées sur les principaux enjeux de santé publique (vaccination, dépistages des cancers, santé sexuelle, santé de la femme enceinte et de l'enfant et des jeunes, prévention du surpoids, prévention bucco-dentaire, lutte contre les addictions). De nombreuses approches innovantes sont proposées par le réseau de l'Assurance maladie telles que des actions de prévention bucco-dentaires en partenariat avec l'Education Nationale et des dentistes ou encore des ateliers collectifs conçus pour les futurs parents, les parcours maternité, en partenariat avec la Protection Maternelle et Infantile et la Caisse d'Allocations Familiales.

5.1.4 Mobiliser les acteurs de terrain, de la santé au social

Ces mutations s'appuient sur le développement de nouveaux principes d'action en promotion de la santé. Par opposition à la logique biomédicale « classique » qui porte sur la lutte contre les facteurs de risques, la promotion de la santé soutient une approche socio-écologique de la prévention qui cible les milieux de vie, le renforcement de l'action communautaire et l'acquisition des aptitudes individuelles. Il ne s'agit plus seulement de prévenir les maladies mais de donner davantage de maîtrise aux individus sur leur propre santé.

Les travaux de Blanchard et al. mettent en évidence l'efficacité de la mise en œuvre par les professionnels de compétences et de savoir-faire en promotion de la santé, en opposition aux recommandations/conseils vagues et injonctifs du type « arrêtez de fumer », « perdez du poids », « soyez plus actif »... Même chez des patients ayant développé une pathologie grave, l'adhésion de long terme aux comportements favorables à la santé est très basse^x. Si des modifications comportementales même minimales peuvent engendrer des bénéfices significatifs pour la santé^{xi}, agir sur les comportements de santé (comportement et régime alimentaire, consommation d'alcool, arrêt du tabagisme, activité physique) fait appel à des compétences spécifiques chez les professionnels qui sont généralement peu mobilisées. Cela implique notamment de savoir évaluer les besoins des patients, d'être dans une posture éducative centrée sur le patient, d'anticiper la mobilisation éventuelle de la famille et des services sociaux ainsi que de planifier des interventions ponctuelles visant à modifier des comportements^{xii}.

Pourtant, ces compétences (explorer les représentations, analyse des bénéfices/risques du changement de comportement pour un patient, entretien motivationnel, techniques d'écoute empathique, aide aux choix, identification des ressources, des préférences de la personne, etc.) sont rarement intégrées dans les pratiques des professionnels de santé. Les concepts de promotion de la santé sont encore peu connus et enseignés en France, tant dans les secteurs de la santé que du médico-social. En 2014, une étude française a montré que la santé ne représente que 5% du volume horaire total des formations du secteur social. De plus les concepts d'« éducation pour la santé » et de « promotion de la santé » sont très peu connus et enseignés^{xiii}. C'est à partir de ces constats que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) appelle à faire progresser la recherche sur les services de santé pour intégrer plus spécifiquement la recherche sur la prévention^{xiv}.

Dans un tel contexte, l'Assurance Maladie ne peut pas faire cavalier seul : la stratégie en prévention s'appuie sur une coproduction des actions notamment avec les secteurs de l'éducation, du social et du médico-social, les politiques de la ville, etc. Fournir un cadre d'action collective devient un enjeu majeur pour mobiliser davantage et outiller les acteurs qui interviennent en prévention au niveau régional et local. L'Assurance Maladie développe ainsi de nouvelles modalités d'action qui visent à soutenir ces acteurs et leur fournissant des cadres d'action collective tels que des financements, des référentiels ou encore d'approches coordonnées innovantes.

5.2. La lutte contre les addictions, une nouvelle façon de piloter les actions de prévention

5.2.1 Faciliter une action collective en prévention et promotion de la santé : le Fonds de lutte contre les addictions

La gouvernance et les modalités de fonctionnement du fonds de lutte contre les addictions incarnent une nouvelle façon de travailler en mobilisant tout à la fois les acteurs nationaux et les acteurs de terrain, dans une optique de co-production des actions de prévention. Créé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie par l'article 57 de la loi n°2018-1203 de financement de la sécurité sociale du 22 décembre 2018, le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives (FLCA) doit « donner les moyens à la prévention des addictions^{xv} » dans le cadre du Plan national de lutte contre le tabac (PNLT) et le Plan National de Mobilisation contre les Addictions. En 2020, le Fonds dispose de 130 millions d'euros selon le plafond fixé par la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 et offre une capacité d'action financière et stratégique pour contribuer à définir et orienter l'action collective de prévention et de promotion de la santé. Le FLCA permet de soutenir des acteurs nationaux comme Santé Publique France, l'Institut National du Cancer, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies et l'Institut de Recherche en Santé Publique notamment pour la mise en œuvre de programmes de marketing social et de recherche ambitieux. Les actions portées plus spécifiquement par la Caisse nationale d'assurance maladie sont nombreuses (Tableau 18). Parmi elles, les appels à projet «Mobilisation de la société civile » constituent un pan important en termes de financement en 2019.

Tableau 18 Les actions portées par la CNAM dans le cadre du Fonds de Lutte Contre les Addictions

- L'appel à projets dans le cadre de l'opération « Moi(s) sans tabac » : Il permet d'accompagner le déploiement de Moi(s) sans tabac au niveau local et favoriser la mobilisation des acteurs de terrain à travers des projets de soutien à l'arrêt du tabac. En 2020, 290 projets ont été maintenus au moins partiellement malgré la crise sanitaire
- La création et le déploiement du projet « dispositifs de proximité d'aide à l'arrêt » qui consiste à mettre une offre de consultations de tabacologie dans les centres d'examen de santé (CES). 35 CES ont été retenus. Toutes les régions sont couvertes à l'exception de l'Auvergne-Rhône-Alpes et de l'Outre-mer.
- L'application de e-coaching relative à l'arrêt du tabac qui permet aux fumeurs de démarrer un processus d'arrêt du tabac et d'accompagner ceux ayant déjà arrêté via une application numérique. Elle enregistre 1 304 351 téléchargements (+ 14% par rapport à 2019)
- L'appel à projets « mobilisation de la société civile » 2020.

Le FLCA a permis la mise en œuvre d'une politique associant une pluralité d'acteurs transversaux, au niveau national, régional et local. Le Fonds repose sur une gouvernance intersectorielle, le comité d'orientation stratégique (COS), qui associe une présence interministérielle (champs de la santé, de la recherche, de l'éducation et la justice) et l'Assurance Maladie, les agences de santé ainsi que le milieu associatif. La Cnam préside également le comité restreint du fonds qui comprend le Ministère de la Santé (direction de la sécurité sociale, direction générale de la santé, direction générale de l'offre de soins) et la MILDECA.

Le conseil d'orientation stratégique⁵⁷ favorise une approche transversale de la thématique, par l'adjonction de domaines et d'expertises complémentaires (santé, justice, éducation, recherche...). Les représentants associatifs ont également un rôle de plaidoyer et peuvent être forces de proposition sur les orientations. En complément, le comité restreint regroupant les acteurs institutionnels⁵⁸ permet d'émettre un avis sur ces propositions et de définir un plan d'actions. Ce tour de table élargi avec les acteurs institutionnels et décisionnaires est nécessaire pour conduire une politique d'ensemble et articulée entre les différents secteurs.

⁵⁷ Le conseil d'orientation stratégique est présidé par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie et regroupe 5 représentants d'associations du champ de la lutte contre les addictions ; 5 représentants d'agences ou d'organismes publics du champ de la santé, 10 représentants d'administrations relevant notamment des champs de la santé, de la recherche, de l'éducation et la justice.

⁵⁸ Le comité restreint est composé de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de la Direction générale de la santé, de la Direction de la sécurité sociale, de la Direction générale de l'offre de soins, et de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca).

Le Fonds propose un cadre d'action à partir de quatre grands axes stratégiques :

- 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ainsi qu'éviter ou retarder l'entrée dans la consommation d'autres substances psychoactives ;
- 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les risques et les dommages liés aux consommations de substances psychoactives ;
- 3 : Amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé ;
- 4 : Soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge.

Par ailleurs, le Plan d'action 2020 encourage le déploiement d'intervention à destination de populations ciblées, notamment les femmes enceintes et parents de jeunes enfants, les personnes atteintes de maladies chroniques (dont les personnes vivant avec un trouble psychique), les personnes en situation de handicap et celles en situation de précarité sociale. Les orientations proposées ont ainsi pour vocation de couvrir un ensemble de secteurs (sanitaire, social, médico-social), de publics et de besoins.

5.2.2 Une portée croissante en termes de publics et de substances couvertes

Un état des lieux, réalisé par Planète Publique, a porté sur les projets financés par l'appel à projets « Mobilisation de la société civile » pour les projets d'envergure nationale (2018 et 2019), ainsi que sur les appels à projets régionaux « Lutte contre les addictions », pilotés par les ARS (2018 et 2019). Cette cartographie des actions avait pour objectif d'identifier les secteurs et publics non couverts par les actions⁵⁹ et d'engager une réflexion stratégique sur le financement des actions de prévention et promotion de la santé. Les éléments qualitatifs et quantitatifs présentés ci-après sont issus de cet état des lieux.

Le FLCA a financé jusqu'à présent 588 projets pour un budget dépensé de près de 68 millions d'euros. L'analyse pour les années 2018 et 2019 met en évidence une dynamique à la hausse, du point de vue de l'accroissement du nombre de projets (276 projets en 2018, 312 projets en 2019), des budgets dépensés (25,8 millions d'euros alloués aux projets en 2018, 42 millions d'euros alloués en 2019), des budgets moyens et médians alloués à chaque projet.

Alors que l'appel à projet national soutient 7% des projets, il représente 24% du budget total dépensé (16,4 millions d'euros). Parmi les projets retenus, une minorité ne porte que sur une seule substance (5 sur 25). La majorité porte sur plusieurs substances ou toutes les substances psychoactives (20 sur 25). 15 comprennent un volet dédié à l'alcool, et 10 portent sur les trois substances prioritaires dans le cahier des charges : tabac, alcool et cannabis. A noter que près d'un quart des projets acceptés (6 projets sur 25, soit 24%) portent sur la cocaïne, seule ou en association avec d'autres substances. Enfin, si un seul projet est exclusivement dédié à la lutte contre le tabac, il représente à lui seul 23% du budget total accordé (projet « Dénormalisation du tabac en France » porté par l'association Alliance contre le tabac).

⁵⁹ Les données sont appuyées sur le reporting assuré par les ARS chaque année à travers un questionnaire. Ceci a permis d'établir une liste complète des projets financés. En complément, certaines informations ont été demandées aux ARS de manière à compléter certains items de description des projets. Quatre régions n'ont pas pu retourner les éléments complétés (Bourgogne Franche-Comté, Guadeloupe, Guyane, Normandie, Nouvelle-Aquitaine).

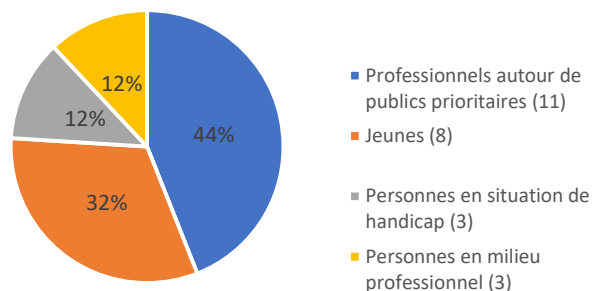


Figure 74 : Répartition des projets par public cible (appel à projet national)

La majorité des projets sont financés par les appels à projets régionaux, qui ont permis de soutenir 548 actions en 2018/2019.

Les projets régionaux ciblent majoritairement les jeunes. Environ un quart des projets ciblent les jeunes en milieu scolaire (141 d'entre eux) et 29% les jeunes dans un autre milieu (les publics ne sont pas exclusifs). On compte 117 projets se déroulant en dehors du milieu scolaire, auprès d'un public de 18 à 25 ans. Les projets en direction des jeunes en milieu scolaire représentent un budget global de près de 14 millions d'euros, soit 20% de l'enveloppe accordée par le fonds. Les 3 projets nationaux concernant ce public permettent d'attribuer près de 2 millions d'euros. La grande majorité des projets en direction des scolaires s'appuie sur une intervention directe (88%) et 39% visent à outiller les professionnels et à transférer des compétences.

Au-delà des scolaires, les projets régionaux ciblent d'autres publics prioritaires et notamment les femmes enceintes, le public en situation de précarité, les personnes placées sous-main de justice ainsi que les personnes vivant avec une maladie chronique. Les 86 projets en direction des femmes enceintes disposent d'un budget de 9,1 millions d'euros. Ils sont principalement portés par des établissements de santé (59 projets) et orientés sur le tabac uniquement (67 projets). Trois quart des projets touchant les femmes enceintes sont étiquetées comme des démarches de Lieux de santé sans tabac⁶⁰. On compte 155 projets touchant les publics en situation de précarité, pour un total de 16,6 millions d'euros. 12% des projets visent les personnes vivant avec une maladie chronique (68) dont 15 visant spécifiquement les personnes atteintes d'un cancer. Ces projets disposent d'un budget total de 5,5 millions d'euros. Enfin, 23 projets ont ciblés les personnes placées sous-main de justice.

Si la plupart des projets visent principalement le « tabac », il est possible de constater une ouverture aux projets sans substance spécifique. 64% des projets ne ciblent que le tabac mais ils ne représentent plus qu'un tiers des projets en 2019, après l'élargissement des substances incluses dans le périmètre d'intervention du fonds. Ces projets représentent un budget alloué de près de 40 millions d'euros auxquels s'ajoutent les projets visant le tabac et d'autres substances (alcool et / ou cannabis). Ils tendent à toucher plus fortement que les autres les personnes en situation de précarité sociale. On compte 134 projets proposant une approche globale, non focalisée sur une ou plusieurs substances spécifiques. Ils sont principalement financés en 2019, pour un montant total 20,5 millions d'euros, soit 30% de l'enveloppe totale pour les deux années.

5.2.3 Les appels à projets, un cadre d'action flexible pour les politiques locales

Les appels à projets du FLCA constituent un cadre d'action flexible qui s'appuie sur la capacité d'innovation des acteurs locaux. De fait, ils ne déterminent pas le contenu des actions mais fixent seulement les règles et procédures que doivent respecter les acteurs concernés. Les marges de réinterprétation des politiques nationales permettent alors aux acteurs régionaux et locaux de construire des actions de prévention « sur mesure » en fonction des publics présents sur le territoire. Cette logique s'appuie sur la complémentarité entre un appel à projet national et des appels à projets régionaux. Au niveau national, l'appel à projet « mobilisation de la société civile contre les addictions » permet d'expérimenter de nouvelles actions, de favoriser des projets harmonisés et de mailler les territoires en apportant une cohérence d'ensemble, selon les acteurs. A titre d'exemple, l'instauration des lieux de santé sans tabac repose sur l'élaboration de contenus, formations et

⁶⁰ La démarche « Lieux de santé sans tabac » propose aux établissements de santé de déployer une stratégie pour encourager la disparition du tabagisme au sein de l'établissement. Concrètement, un lieu santé sans tabac est un lieu au sein duquel on s'abstient de fumer au-delà du simple respect de la législation. Ce principe s'accompagne d'une politique active de prévention et de prise en charge du tabagisme des patients et des personnels.

outils harmonisés au niveau national en vue de leur déploiement sur le territoire en lien avec les ARS. A l'inverse, les appels à projet régionaux sont jugés utiles pour affiner les actions, selon les contextes territoriaux et en accord avec les stratégies des ARS. D'après les acteurs, cette démarche ascendante contribue à mieux réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en ayant le choix d'investir sur les publics et les milieux d'intervention.

Au niveau régional, l'arrivée du FLCA a permis d'engager une réflexion stratégique autour des substances, des publics et des actions à investir. En effet, les orientations du fonds ont certes guidé les acteurs dans les choix à entreprendre, mais elles ne se sont pas substituées aux politiques des ARS, et notamment aux actions menées dans le cadre du projet régional de santé. Au contraire, les moyens du fonds ont souvent permis de réfléchir aux forces et faiblesses des territoires en matière de lutte contre les addictions, pour continuer ou impulser de nouveaux projets. Le FLCA a dans une certaine mesure permis d'aller un cran plus loin sur les actions mises en place jusqu'ici en allongeant leur temporalité, en les amplifiant ou en favorisant l'ouverture vers de nouveaux projets permettant d'investir de nouveaux champs et de soutenir de nombreux opérateurs.

La souplesse d'intervention du FLCA a donné lieu à des pratiques multiples en termes de déploiement, de portage et d'animation des actions financées. Si certaines régions ont fait le choix de diffuser largement l'information, pour tenter d'obtenir de nouvelles actions et rencontrer de nouveaux profils d'opérateurs, d'autres, en revanche, ont privilégié leurs réseaux « habituels » pour une concentration des moyens et la recherche d'une qualité déjà éprouvée. Pour certains territoires, les actions du FLCA ont directement été intégrées dans les démarches de prévention et de promotion de la santé, tels que les contrats locaux de santé ou dans le cadre des actions menées dans les quartiers politiques de la ville. Ces éléments révèlent l'importance des appels à projets au niveau régional pour articuler et adapter les priorités nationales aux spécificités des territoires.

Le FLCA pourrait constituer un espace important pour identifier des actions prometteuses. En soutenant une approche partant des acteurs des territoires qui privilégie les expérimentations au niveau local et régional, il joue un rôle central dans le repérage et la généralisation de bonnes pratiques.

5.2.4 Vers une stratégie de promotion de la santé en partenariat avec l'Education Nationale

Le FLCA a un rôle stratégique pour amplifier les actions financées pertinentes et les inscrire dans le cadre de politiques publiques. La stratégie en faveur du développement de programmes de promotion de la santé en milieu scolaire en France illustre le processus de déploiement au niveau national d'une action financée et fortement soutenue par les instances du FLCA. Elle s'inscrit dans le cadre plus large d'un engagement croissant de l'Assurance Maladie en faveur des enfants et des jeunes.

Les données de littérature confirment l'intérêt des interventions de promotion de la santé visant les enfants et les jeunes, notamment celles visant à améliorer les compétences psychosociales (CPS). L'OMS distingue trois grandes catégories de compétences psychosociales : les compétences sociales (communication, empathie, coopération et collaboration en groupe, résister à la pression), les compétences cognitives (prise de décision, résolution de problème, pensée critique, auto-évaluation) et enfin les compétences émotionnelles (régulation émotionnelle, gestion du stress et confiance en soi)^{xvi}. Depuis plusieurs décennies, de nombreux programmes de prévention s'appuyant sur les compétences psychosociales ont démontré leur efficacité pour prévenir les problèmes de santé mentale^{xvii}, la consommation de substances psychoactives^{xviii, xix} et les comportements sexuels à risque^{xx}. Les interventions visant à renforcer les compétences peuvent contribuer à une amélioration du climat scolaire, de la discipline ainsi que de la réussite scolaire^{xxi}. Toutefois, ce type d'intervention n'est mis en œuvre que de manière relativement tardive en France^{xxii}, à l'exception de quelques expérimentations à l'image de « Good Behavior Game » et « Unplugged ».

Encadré 25 Exemple de programmes en cours d'implantation

Le programme Good Behavior Game est un programme de renforcement des CPS destiné aux enfants de l'école primaire fondé sur des données probantes en santé publique. Il propose aux enseignants une stratégie de gestion du comportement en classe fondée sur quatre règles du jeu que les enfants doivent respecter (travailler dans le calme, respect des autres, demande de permission pour se lever, suivi des consignes). Le respect des règles fait l'objet de récompenses et des jeux sont proposés de manière hebdomadaire.

Des études de cohortes conduites aux Etats-Unis ont d'ailleurs montré des résultats significatifs chez les enfants ayant bénéficié du programme¹. Ce programme initialement développé aux Etats-Unis a fait l'objet d'un essai-pilote dans des établissements des Alpes-Maritimes. Les premiers résultats attestent d'une amélioration sensible du rapport enseignants-enfants¹.

Unplugged est un programme de prévention universelle de la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) en milieu scolaire destiné aux adolescents, en particulier les collégiens âgés de 12 à 14 ans. Il s'appuie sur le développement des compétences psychosociales -en ciblant en particulier la capacité à résister à la pression des pairs-, sur l'éducation normative visant à corriger les fausses croyances normatives ainsi que sur le développement des connaissances sur les conséquences immédiates de la consommation de substances psychoactives.

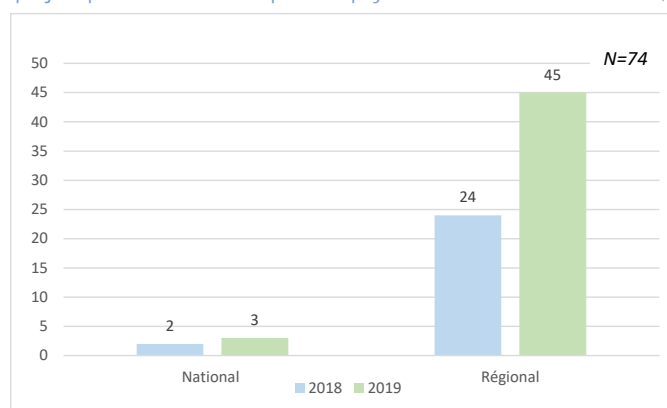
Le programme comprend 12 séances hebdomadaires d'1 heure délivrées par des enseignants (formés pendant 3 jours) à partir de méthodes interactives (jeux de rôles, mises en situation, discussions collectives, etc.)

Ce programme évalué comme efficace dans 8 pays d'Europe a également été adapté en contexte français au terme d'une expérimentation. L'évaluation effectuée en 2018 par Santé Publique France rapporte des effets protecteurs sur les trois comportements de consommation recueillis (consommation de tabac, de cannabis et les épisodes d'ivresse) ainsi qu'une modification des croyances normatives¹. Ces expériences réussies témoignent de la pertinence de telles approches de prévention fondées sur le renforcement des compétences psychosociales.

Primavera est un programme de prévention des conduites addictives par les compétences psychosociales qui s'adresse à un public d'enfants de 8 à 12 ans sur une durée de 4 ans (du CM1 à la 5^{ème}). Le projet s'appuie sur la formation des professionnels d'une part et sur des interventions auprès des jeunes d'autre part. Le programme vise à construire un socle commun pédagogique et théorique devant être appliqué sur tous les sites d'une même zone géographique. Ce socle commun se décline en cinq lignes directrices : se fonder sur le cadre de référence de la promotion de la santé, adopter l'approche expérientielle de la prévention des addictions, développer une méthode pédagogique participative, l'intégration de l'environnement et de la communauté éducative au programme ainsi qu'un engagement sur la durée.

Le FLCA constitue un nouveau levier pour développer des actions portant sur les compétences psychosociales, en vue d'un déploiement progressif sur le territoire. Un nombre croissant de projets financés en direction des scolaires visent à renforcer les compétences psychosociales (54% des projets en 2019, en progression).

Figure 75 : Répartition des projets portant sur les compétence psychosociales en milieu scolaire, selon l'enveloppe et l'année



Source : Planète Publique, à partir des données Cnam et ARS

Parmi les projets de renforcement des CPS, la mise en œuvre du programme « Unplugged » concerne 28% des actions, 7% des projets concernent le programme « Good Behavior Game » et 5% « Primavera ». 28% des projets déploient d'autres types d'actions, en milieu scolaire. Les projets de renforcement des CPS sont bien répartis sur l'ensemble du territoire. Si l'Occitanie compte 15% des projets visant le renforcement des CPS (11

sur 74), d'autres régions ont bien investi ces actions, comme PACA (9 sur 74, soit 12%) et Centre-Val-de-Loire (10 sur 74, soit 14%) ou encore La Réunion et Mayotte qui concentrent 11% de ces projets (8 sur 74).

La Cnam, le ministère chargé de la santé, la Mildeca, le ministère de l'Éducation nationale ainsi que Santé Publique France développent une approche intersectorielle visant à inscrire le sujet des compétences psychosociales dans un champ plus large que celui de la santé, avec la volonté d'engager les acteurs de l'éducation dans la pérennisation des actions liées aux CPS. A moyen terme, le parti pris est de réorienter progressivement ces programmes en vue de leur intégration dans le système scolaire afin d'assurer leur pérennité.

Dans cette phase de conception de politique publique et de stratégie de déploiement des CPS pilotée par le ministère, le FLCA peut poursuivre son soutien en accompagnant la réorientation des programmes de renforcement des CPS en vue de leur intégration dans le champ de l'Éducation nationale. Ce soutien peut à la fois porter sur l'identification et la transposition des clés de réussite dans les programmes et pratiques professionnelles de l'Éducation nationale et la conception de formations initiales pour le personnel enseignant.

Le FLCA constitue donc un levier stratégique pour amplifier certaines interventions probantes notamment en mobilisant différents secteurs d'action publique pour la mise en place d'actions de prévention dans leurs politiques publiques respectives. La stratégie de pérennisation des approches portant sur les CPS dans le système scolaire a ainsi pour but d'inscrire le sujet des compétences psychosociales dans un champ plus large que celui de la santé, avec la volonté d'engager les acteurs de l'éducation dans les actions de prévention. Ce décroisement des secteurs est largement affirmé dans certains pays, avec des organisations qui abolissent progressivement les frontières entre les soins et les services sociaux ainsi que les autres secteurs indirectement liés à l'état de santé (logement, éducation...).

5.3. Vers une culture commune de la prévention : éclairages internationaux

5.3.1 Des approches intégrées entre des professionnels issus de différents secteurs.

Dans certains pays, le développement d'approches multisectorielles en prévention se matérialise par l'essor de logiques pluridisciplinaires dans la prise en charge des patients afin d'apporter des réponses aux déterminants sociaux et territoriaux de santé. De nouvelles modalités d'intervention mobilisant les travailleurs sociaux dans des lieux alternatifs ont pour objectif d'accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables et qui en sont éloignées.

Afin d'améliorer le repérage des situations à risque et de renforcer les actions de prévention auprès de ces populations, de nombreuses interventions sont déployées à l'étranger dans une démarche d'« aller-vers » qui s'appuie à la fois sur le déplacement physique hors des lieux de santé vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et sur une posture d'écoute bienveillante^{xxiii}. La délocalisation des programmes de sensibilisation et d'évaluation des risques hors des lieux de santé comme des pharmacies^{xxiv}, des écoles^{xxv}, des entreprises^{xxvi} ou encore des commerces^{xxvii} vise à améliorer le repérage des situations à risque et renforcer la confiance envers le système de santé dans certains territoires. Les visites à domicile sont un autre exemple d'intervention visant à aller vers les publics cibles, à l'image des infirmiers visiteurs (*health visitors*) anglais qui interviennent au domicile pour informer les parents d'enfants de moins de 5 ans sur des questions de santé et de nutrition avec notamment pour objectif de prévenir l'obésité infantile^{xxviii}. Enfin, les interventions conduites par les « pairs » (c'est-à-dire des personnes de même contexte social, éducatif, métier ou expérience) sont largement développées dans les pays anglo-saxons. La littérature met en évidence une meilleure réception des messages de prévention ainsi que l'adoption de comportements favorables à la santé lorsqu'ils sont portés par des personnes issues du même milieu socio-culturel que les populations ciblées^{xxix}. Exerçant généralement dans des permanences situées sur les lieux de vie/d'activité et repérables par le public, ils interviennent pour motiver les personnes à adopter de nouveaux comportements et les suivre dans leur démarche. Une intervention qui consistait à promouvoir les programmes d'aide au sevrage tabagique auprès de travailleurs pakistanais et bangladais en Angleterre a montré que la plupart d'entre eux ont accepté d'être orienté vers ces services. Les coaches en santé utilisaient le bouche à oreille dans la rue, sur le lieu de travail et durant des fêtes de la communauté pour informer sur les impacts du tabagisme sur la santé, la famille ainsi que ses implications financières^{xxx}. Face à la montée en charge des équipes de soins primaires sur les questions de promotion de la santé, les agents de santé communautaire (*community health worker*) sont progressivement insérés dans les équipes de soins primaires. Au Royaume-Uni, les « moniteurs en santé » (*health trainers*) font partie depuis 2004 des professionnels intégrés au système de santé publique, le National Health Service (NHS)^{xxxi}.

Une fois le patient identifié, l'accompagnement du patient de manière durable est essentiel. En France, orienter le patient afin de réduire le non-recours voire la rupture de parcours fait d'ailleurs partie des objectifs de la Stratégie nationale de santé. Les programmes d'orientation des patients sont largement documentés et déployés dans de nombreux pays^{xxxii} et ils visent à favoriser l'autonomie des personnes dans le parcours de santé en éliminant les obstacles d'accès aux soins (barrière linguistique, administrative, manque d'information)^{xxxiii}. Il s'agit notamment d'accompagner les patients dans la mise en place des démarches administratives d'accès aux droits de santé des personnes et d'effectuer un suivi de celles-ci. Dans le cadre du parcours de soins, les missions d'orientation visent à aiguiller le patient vers les services de santé (rendez-vous en laboratoire de biologie ou chez un spécialiste, retrait des médicaments) ou les services sociaux. En effet, les publics vulnérables peuvent cumuler des difficultés de plusieurs ordres (logement, mobilité, ressources financières, environnement familial) qui complexifient le recours au droit commun. Ce type d'intervention est relativement fréquent, notamment dans le cadre du retour à domicile après une hospitalisation^{xxxiv} mais aussi suite à un rendez-vous médical. Au-delà d'une aide à la prise de rendez-vous, la démarche peut être proactive dans une démarche de promotion de la santé. Une étude présente par exemple un programme visant à encourager les patients présents dans les salles d'attente à solliciter des services d'aide au sevrage tabagique en leur distribuant des supports d'information et en les redirigeant vers un ensemble de services^{xxxv}.

L'accompagnement du patient passe également par la construction d'une relation d'aide et de confiance avec l'équipe de soignants et plus globalement le système de soins. Parfois qualifiées de « coaching en santé » dans la littérature^{xxxvi}, ces interventions visent à établir un partenariat avec le patient autour d'objectifs en relation avec la santé du patient (modification de certains comportements, amélioration de l'autonomie, renforcement de la littératie en santé...). Ces programmes dépassent la gestion des maladies chroniques comme le diabète, pathologie pour laquelle les programmes d'éducation thérapeutique par les pairs sont très répandus^{xxxvii}, y compris en France. Ils sont déployés de façon croissante auprès de populations cibles en prévention primaire, avec pour perspective d'aider chacun à maintenir le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Des interventions individuelles sont déclinées sur de nombreuses thématiques comme l'obésité^{xxxviii} ou encore la réduction du risque cardiovasculaire chez les personnes atteintes de psychose^{xxxix}. Elles peuvent également prendre la forme d'ateliers collectifs (groupes d'aide au sevrage tabagique^{xl}, éducation thérapeutique aux patients diabétiques^{xli}, sessions de groupes « Lifetsyle Matters » adressées aux personnes +65 ans^{xlii}, sessions de prévention de l'obésité^{xliii}).

La plupart de ces dispositifs mobilisés à l'étranger (campagnes de prévention, dépistages, éducation thérapeutique du patient) sont largement connus et diffusés dans les systèmes de santé, y compris en France. Néanmoins, les interventions identifiées ici proposent des modalités ou une intensité qui varient en fonction des besoins des populations vulnérables présentes sur le territoire.

En France, la reconnaissance croissante de la médiation en santé ouvre des opportunités de déployer ce type d'interventions. Défini par le code de santé publique⁶¹ et le référentiel de compétences de la Haute autorité de Santé (HAS), le médiateur en santé agit comme une interface entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels de santé dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et la continuité du parcours du patient. Néanmoins, certains auteurs décrivent une institutionnalisation difficile de ce métier (hétérogénéité des formations, précarité des financements, contextes d'exercice variés) avec une appropriation encore faible par les publics et les structures de soins^{xliiv}. Plus largement, de nombreuses professions ont vu le jour à la faveur de l'essor des exercices coordonnés et dans une logique de délégation de soins (assistants médicaux, IPA, coordinateurs en santé). Leur proximité aux patients peut favoriser le recours à des outils de promotion de la santé.

Tableau 19 Typologie non exhaustive des interventions en promotion de la santé à l'étranger

Fonctions	Types d'intervention	Exemples d'intervention à l'international
« Aller vers » le	Médiation culturelle	Sensibilisation de travailleurs pakistanais et bengladais

⁶¹ L'article D. 1110-5 du CSP, issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017, donne une définition réglementaire de la médiation en santé. Aux termes de cet article : « La médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités. »

publics-cibles : identification de personnes en situation problématiques individuelles et/ou collectives		aux bénéfiques d'un arrêt du tabac ^{xiv} Sensibilisation à domicile sur la santé de l'enfant auprès de mères défavorisées
	Coordination des soins	Rencontre des patients après chaque rendez-vous médical pour les aider à se rediriger vers les services requis (examens médicaux, laboratoires, services d'aide au sevrage tabagique ^{xlvi}) Intervention post hospitalisation pour la coordination du transport, du portage des repas, la mise en place d'aide à domicile ^{xlvii}
	Dépistage	Dépistage hors des lieux de santé (églises, boutiques, hébergement d'urgence, pharmacies) ^{xlviii}
Renforcement de la littératie en santé afin de renforcer l'autonomie des patients (par les professionnels ou les pairs)	Interventions pédagogiques dans des lieux stratégiques	Information des clients d'une pharmacie aux habitudes de vie favorables à la santé (tabagisme, addictions, santé sexuelle, nutrition) par un agent de santé communautaire ^{xlix}
	Ateliers collectifs pour des populations cibles	Education thérapeutique aux patients diabétiques ⁱ , sessions de groupes « Lifetsyle matters » adressées aux personnes de plus de 65 ans ⁱⁱ , sessions de prévention de l'obésité ⁱⁱⁱ
Mise en place d'un plan d'action en partenariat avec le patient	« coaching » en santé	Accompagnement individuel de patients diabétiques avec suivi en face à face bimestriel et deux contacts téléphoniques mensuels ⁱⁱⁱⁱ , coaching auprès de patients atteints d'obésité ^{lv} , programme ponctuel de promotion de la santé pour réduire le risque cardiovasculaire chez les personnes atteintes de psychose ^{lv}

5.3.2 Regroupement de logiques sanitaires et sociales au niveau d'organisations intermédiaires

Ces nouvelles modalités d'intervention s'appuient de manière transversale sur la mobilisation de tous les acteurs du secteur médico-social en prévention et promotion de la santé. En Angleterre, le dispositif « Make every contact count » (Pour que chaque contact compte) vise à inciter l'ensemble des professionnels de première ligne (agents administratifs, infirmiers de santé publique et travailleurs de santé dentaire) à promouvoir des modes de vie sains durant leurs interactions avec les patients. L'initiative concerne non seulement les lieux de santé mais également les établissements médico-sociaux, les centres sociaux... Dans ce cadre, la formation « Healthy Conversation Skills », déployée dans des centres sociaux « Sure Start Children », contribue à améliorer l'aisance des agents à évoquer des sujets portant sur la nutrition ou l'activité physique^{lvi}. Une telle répartition des compétences au sein des structures de soins primaires permet de maximiser les opportunités de diffuser les messages de promotion de la santé tout en conservant une relative flexibilité pour les équipes^{lvii}.

L'abolition des frontières social-santé s'inscrit également dans une logique d'exercice pluri professionnel, avec la constitution d'équipes de soins primaires qui incluraient, au-delà du médecin généraliste, des assistants médicaux, des infirmières en pratique avancée, des diététiciens, des travailleurs sociaux et enfin des spécialistes en éducation pour la santé^{lviii}. Les équipes sont mobilisées de manière croissante pour porter des projets de promotion de la santé de manière collective. Au Québec, le travail en équipes multidisciplinaires devient la norme pour le déploiement d'interventions en prévention et promotion de la santé. Les structures multisectorielles comme les centres locaux de services communautaires (CLSC)⁶² ou les centres de santé et de

⁶² La mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique.

services sociaux (CSSS)⁶³ regroupent des clientèles variées (famille, enfance, jeunesse, santé mentale, personnes âgées, habitudes de vie et addictions) qui nécessitent plusieurs types d'expertises. On retrouve souvent au sein des équipes des médecins spécialistes en santé communautaire, des infirmières, des sociologues, des psychologues, des travailleurs sociaux ainsi que des nutritionnistes dont plusieurs détiennent également un diplôme spécialisé en santé publique ou communautaire^{lix}. Dans cette optique, les actions de prévention déployées dans l'organisation sont traitées par un ensemble de personnes aux ressources complémentaires. Récemment, des laboratoires de promotion de la santé ont pour objectif de renforcer encore cette logique collective en faisant office d'incubateur de projet de prévention. Ces dispositifs visent à développer les compétences en promotion de la santé et encourager la diffusion des connaissances acquises aux équipes des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Un laboratoire rassemble environ dix membres de l'une des équipes du CSSS et sont déployés sur une période de 18 à 36 mois, à raison d'une à deux rencontres mensuelles. Les sessions vont de l'identification d'un thème de travail à l'implantation d'une intervention en promotion de la santé (le projet)^{lix}.

Aux Etats-Unis, de nouvelles organisations -les Accountable Health Communities (AHC)- visant à encourager une approche collaborative le système de soins et d'autres secteurs d'action publique^{lxii} sont expérimentées dans le cadre du fonds d'innovation de Medicare et Medicaid. Les AHC amènent une innovation importante dans le paysage de la santé aux Etats-Unis : le repérage systématique des besoins des patients dans des domaines prioritaires influençant leur état de santé. Cela passe notamment par une collaboration des équipes de soins avec des structures d'aide sociale, le secteur de l'éducation, du logement et parfois du secteur bancaire pour répondre aux besoins liés à la bonne santé (aide au logement, aide alimentaire, violence, transports, aide au paiement des factures (eau, téléphone, électricité, gaz...), éducation, services sociaux, emploi, comportements de santé). A long terme, ce réseau de partenariats reposera sur des structures coordinatrices externes, les « bridge organizations », qui se chargeront de mettre en lien les différents services sociaux et de santé^{lxii}.

Une enquête portant sur ce type de partenariats multisectoriels^{lxiii} met en évidence divers éléments favorisant la construction de partenariats durables entre les différents secteurs de la santé, du social, de l'éducation, du logement, etc. Les participants citent notamment la mise en place d'une planification stratégique commune entre les structures associées ainsi que la mise en place d'une logique organisationnelle commune (recrutement, locaux, systèmes d'information) appuyée par des financements du fonds. Le modèle des Accountable Health Communities repose sur le postulat selon lequel l'identification et la prise en charge des besoins sociaux liés à la santé contribuent à améliorer la qualité des soins et réduire les coûts en santé^{lxiv}.

Le premier rapport d'évaluation du modèle met en évidence une réduction de 9% des passages aux urgences pour les personnes bénéficiant d'un accompagnement dans le cadre des AHC. Les AHC les plus intégrées par ailleurs démontré une baisse du taux de décès évitables^{lxv} et une acceptabilité forte des services d'aide et d'orientation par les patients.

5.3.3 L'exemple d'un programme d'évaluation du risque cardiovasculaire : le déploiement d'une stratégie intégrée en Angleterre

Certaines expérimentations récentes vont plus loin dans l'intégration des secteurs de la santé et du social et visent à construire de véritables parcours thématiques fondés sur le repérage des patients éloignés des systèmes de soins, l'évaluation récurrente des risques de chaque patient et le renforcement de la littératie en santé. S'il existe encore peu de modèles intégrés de ce type à l'international, le programme anglais Health Check ciblant les personnes à risque de maladies cardiovasculaires en est un exemple. Il s'appuie sur la mobilisation de relais dans la société tels que des travailleurs sociaux, des enseignants voire des commerçants dans des lieux qui ne sont pas systématiquement dédiés à la santé (bibliothèques municipales, boutiques, espaces associatifs...). Dans cette optique, les actions de repérage et de médiation en santé, de dépistage, d'éducation pour la santé et de traitement s'inscrivent dans un continuum de soins porté par une logique d'intégration entre le repérage des personnes éloignées des systèmes de soins, l'évaluation des risques et leur prise en charge médicale si nécessaire. Le Health Check Programme illustre concrètement un tel parcours intégré sur la thématique des maladies cardiovasculaires.

Les maladies cardio-neurovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième en France. Elles sont à l'origine d'environ 140 000 décès par an. Les principaux facteurs de risque de maladie cardiovasculaire sont liés au mode de vie : tabagisme, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique, consommation excessive d'alcool et facteurs psychosociaux. Ces facteurs peuvent à leur tour provoquer

⁶³ Les CISSS constituent le palier régional du système santé québécois. Les CISSS et les CIUSSS comprennent différents points de services répondant à différentes missions dans le domaine hospitalier, les établissements médico-sociaux et les soins primaires.

l'émergence de facteurs de risque intermédiaires qui contribuent à l'augmentation forte du risque de survenue d'une maladie cardio-neurovasculaire : hypertension artérielle, diabète de type 2, hypercholestérolémie, surpoids et obésité. Pour autant, on dénombre assez peu de programmes de prévention cardiovasculaire implantés à large échelle.

Les recommandations internationales et les études font pourtant globalement consensus sur l'efficacité des interventions qui portent sur l'ensemble des facteurs de risque et notamment centrées sur la diététique, l'activité physique, la perte de poids ainsi que l'arrêt du tabac. La littérature met en évidence leur efficacité sur les personnes à fort risque cardiovasculaire^{lxvi} ou avec une pathologie déjà diagnostiquée notamment lorsque l'intervention considère et traite l'ensemble des risques cardiovasculaires à la fois^{lxvii}. En France, il n'existe pas de programme de ce type.

Au Royaume-Uni, le Health Check Program est l'un des seuls programmes d'évaluation globale du risque cardiovasculaire. Lancé en 2009 par le National Health Service (NHS), il s'agit d'un programme de repérage précoce, d'évaluation du risque et de conseil comportementaux. Les résultats du Health Check sont modestes mais réels, avec une réduction significative de la probabilité de développer une pathologie cardiovasculaire dans les 10 ans, de la tension artérielle, de l'IMC ou du cholestérol. Concrètement, toute personne entre 40 et 74 ans est invitée à effectuer une évaluation de son risque cardiovasculaire global. Dans la foulée, un entretien est programmé aux patients présentant des risques de développer une maladie cardiovasculaire afin d'encourager l'adoption de certains comportements grâce à des entretiens motivationnels ou des thérapies brèves. Les personnes dont l'évaluation aura révélé un fort risque cardiovasculaire ou une pathologie non préalablement diagnostiquée sont adressées à leur médecin généraliste et selon les cas à un spécialiste qui décidera de l'opportunité de la mise en place d'un traitement.

Déployé au niveau national, le programme a touché plus de 10 millions de personnes entre 2013 et 2018, soit la quasi-totalité des personnes éligibles. Un peu moins de la moitié d'entre elles se sont rendues à l'invitation (48 %), avec des taux de réponse très différents d'un lieu à l'autre (entre 15 % et 75 %). En général, les taux de réponses aux invitations à des dépistages sont particulièrement bas dans les zones économiquement défavorisées^{lxviii}. La littérature montre d'ailleurs que les personnes les plus à risque et qui pourraient bénéficier le plus de ce type de programme sont celles qui y participent le moins^{lxix}.

5.3.4 Des dispositifs de ciblage des populations éloignées des systèmes de soins

Afin d'améliorer le taux de participation de ces populations, le programme « Health Checks outreach » (littéralement, les Health Checks de proximité) repose sur la mobilisation de relais dans la société incluant la mobilisation d'agents de santé communautaires et de professionnels de santé pour déployer les Health Checks hors des lieux de santé et notamment des boutiques^{lxx}, des pharmacies^{lxxi}, des bibliothèques, des locaux associatifs^{lxxii}, des paroisses^{lxxiii}... L'objectif de ces initiatives est d'augmenter la participation des populations plus difficiles à atteindre voire ceux qui n'ont pas accès à des services de soins.

La délocalisation des health checks repose sur le rôle clef des agents de santé communautaires, souvent salariés du NHS^{lxxiv}. Ces derniers interviennent en amont de la réalisation du Health Check pour faire connaître le programme et inviter les populations ciblées à y participer notamment grâce à la distribution de brochures dans les lieux de vie (boutiques, bars, centres de paris sportifs, centres associatifs...), du porte-à-porte et mobilisation du réseau informel des agents^{lxxv}. Dans certains cas, un salarié est posté devant le bâtiment le jour de l'intervention afin d'informer les passants et de les inciter à participer^{lxxvi}.

Afin de renforcer l'approche non clinique et d'encourager la participation, l'intervention est simplifiée et ouverte à toutes les personnes âgées de 16 ans. Durant ce temps d'évaluation du risque cardio-vasculaire, des informations relativement simples sont recueillies par un agent de santé communautaire concernant l'âge, le sexe, le tabagisme, les antécédents familiaux cardiovasculaires, l'appartenance ethnique, le niveau d'activité physique et la consommation d'alcool. En complément, un assistant médical relève l'IMC, le cholestérol et la tension artérielle du patient en utilisant un test de biologie délocalisée. Des infirmiers sont chargés du calcul du score de risque et de le communiquer aux patients. Les patients éligibles à un examen plus complet, notamment parce qu'ils présentent un profil à risque, sont invités à un nouveau rendez-vous pour la mesure de la circonférence abdominale et le contrôle du niveau de cholestérol. Les résultats sont expliqués et les patients peuvent alors être orientés vers un médecin généraliste selon leur niveau de risque. Pour les patients présentant un niveau de risque faible, le Health Check se clôt par un échange informel sur les comportements favorables à la santé et la qualité de vie. D'autres services peuvent également leur être recommandés et notamment un accompagnement par un agent de santé communautaire, une aide au sevrage tabagique, une aide à la perte poids ainsi que des recommandations d'activité physique.

Plusieurs études mettent en exergue une bonne acceptabilité d'un tel programme par les patients^{lxvii}. Il s'avère d'ailleurs que les interventions conduites hors des lieux de santé contribuent à accroître significativement la participation des hommes, des plus jeunes et de ceux qui vivent dans des zones défavorisées. Une étude conduite dans le comté de Durham^{lxviii} montre que 60,5% des personnes participant au Health Check Programme hors des lieux de santé vivent dans des zones défavorisées. De même, les hommes et les personnes plus jeunes représentaient la majorité des participants (57,6%), à rebours des tendances repérées pour les Health Checks classiques conduits sur les lieux de santé. Une autre étude montre par ailleurs qu'une intervention hors des lieux de santé contribue à réduire le score de Framingham (visant à évaluer le risque de maladie cardiovasculaire et d'attaque cardiaque) à 1 an chez les personnes n'ayant pas de maladie coronarienne connue^{lxix}, avec une réduction moyenne de 6,7% d'un risque à 10 ans par rapport au risque initial pré-intervention.

Ces éclairages internationaux décrivent le renforcement de l'engagement des soins primaires dans des actions de prévention de proximité. Les interventions identifiées à l'international mettent en évidence une attention accrue aux inégalités sociales de santé, avec la mobilisation croissante d'outils de promotion de la santé visant à répondre aux besoins des populations ciblées (démarche d'aller vers, interventions par les pairs, délocalisation des actions hors des lieux de santé).

Les équipes de soins primaires connaissent un élargissement de leur champ d'intervention, marqué par l'intégration progressive de nouvelles responsabilités en promotion de la santé chez tous les professionnels de santé ainsi que la mobilisation de partenariats avec des travailleurs sociaux, des personnels éducatifs, etc. L'essor des projets de prévention portés par des équipes multidisciplinaires s'inscrit généralement dans des exercices coordonnés qui facilitent l'alignement des professionnels autour de référentiels et de compétences communs.

5.4. Conclusion et propositions

Les actions de prévention et de promotion de la santé ne sont pas développées indépendamment des autres secteurs d'action publique. Le FLCA illustre une nouvelle façon de piloter les politiques de prévention dans un contexte où les actions à déployer ne sont pas définies a priori mais découlent d'un ensemble d'arbitrages effectués par les secteurs de l'action publique et les territoires concernés en fonction des publics ciblés. Cette co-production de l'action publique matérialise l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

La porosité croissante des frontières entre secteurs a pour corollaire d'interroger l'organisation des systèmes de soins avec l'élargissement du mandat du secteur de la santé vers la prise en compte de l'influence des contextes socio-économiques et des milieux de vie sur la santé des populations. Dans certains pays, le décloisonnement des différents secteurs va jusqu'à leur convergence autour de professionnels, d'organisations ou de parcours communs. Dans un tel contexte, la prévention ne peut pas être conduite de manière isolée par rapport aux autres domaines d'activités de l'Assurance Maladie. Certaines propositions s'inscrivent de manière transversale dans les actions de l'Assurance Maladie et répondent aux réflexions engagées par ailleurs.

Propositions sur la prévention et la promotion de la santé

Proposition 32 : Structurer le financement d'équipes de recherche dédiées à la promotion de la santé

L'émergence de nouveaux paradigmes en santé nécessite de développer la recherche sur les systèmes de santé et plus spécifiquement en promotion de la santé en France. Si l'Assurance Maladie finance une série d'institutions dédiées à la recherche en santé publique, son intervention reste insuffisamment structurée et caractérisée par une variété de projets de petite ampleur.

Afin de renforcer l'effet de levier de ces financements, l'Assurance Maladie propose d'encourager des financements contractuels d'équipes de recherche ainsi que des contrats doctoraux. Ces derniers pourraient s'étaler sur 4 ans à raison d'un million d'euros par an.

Proposition 33 : Soutenir l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire en partenariat avec l'Education Nationale

L'enfance et l'adolescence constituent des périodes charnières pour développer la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité des individus à comprendre et utiliser l'information de santé pour faire des choix. L'Assurance Maladie souhaite poursuivre son soutien à la mise en place d'une stratégie nationale de promotion de la santé en milieu scolaire en partenariat avec l'Education Nationale en contribuant aux concertations intersectorielles et en offrant un soutien concret au développement de nouveaux outils via la Fonds de lutte contre les addictions.

Cette proposition s'inscrit dans un ensemble plus large d'actions à destination des publics jeunes, notamment scolaires, et qui matérialisent l'engagement de l'Assurance Maladie en faveur de la prévention auprès des enfants et des jeunes :

- Prévention bucco-dentaire, programme MT dents, avec extension aux tranches d'âges des 21 et 24 ans,
- Lancement d'expérimentations relatives à la prévention et dépistage des troubles du rachis (scoliose) et à la prévention et dépistage des troubles visuels, du langage et de la communication en lien avec l'éducation nationale à la rentrée 2021,
- Santé sexuelle : lancement d'une plateforme dédiée aux dépistages des IST début 2022,
- Programme pilote de financements de formation aux premiers secours en santé mentale auprès des structures accompagnant des jeunes en situation de fragilité,
- Et plusieurs actions dans la lutte contre les addictions, en complément de l'e-coaching tabac info-service, et des actions dans la cadre de Moi(s) sans tabac, auprès des jeunes socialement défavorisés,
- En 2021, les CPAM, en lien avec les ARS lancent un AAP portant sur des actions à destination des jeunes liants à la fois lutte contre les addictions et promotion de la santé mentale, notamment pour répondre à l'impact de la crise sanitaire.

En outre, l'Assurance Maladie est particulièrement attentive à la prise en charge des enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) qui peuvent présenter une fragilité particulière et un retard de soins. Elle accompagnera ainsi la mise en place systématique d'une consultation médicale complexe au moment de la prise en charge par les services de l'ASE, permettant de faire un bilan de santé complet de l'enfant. En 2020, les CPAM ont de surcroît porté un appel à candidatures pluriannuel (2020-2021-2022) visant à soutenir des actions de prévention des conduites addictives et de promotion de la santé, portées par les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les services de l'ASE.

Proposition 34 : Généraliser le programme « Mission retrouve ton Cap »

L'expérimentation « Mission retrouve ton cap » vise à permettre une prise en charge précoce et pluridisciplinaire pour les enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité. Initialement prévue jusqu'à fin 2019, l'expérimentation conduite dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 a été prolongée jusqu'à fin 2020.

Le rapport Charges et Produits pour 2021 proposait une réflexion sur l'extension de l'expérimentation à de nouveaux territoires au regard des premiers éléments de suivis identifiés comme prometteurs.

Le rapport d'évaluation provisoire daté d'avril 2021 souligne des effets positifs du parcours pour une majorité d'enfants et plus particulièrement pour les enfants dans les situations les plus défavorables. Par ailleurs, la prise en charge a permis d'enclencher des changements dans les habitudes de vie et en particulier les habitudes alimentaires. Enfin, la prise en charge a contribué plus globalement à améliorer le bien-être d'une majorité d'enfants et leurs relations avec les autres (au sein de la famille ou à l'école).

L'expérimentation permet d'offrir des solutions de prise en charge à des enfants éprouvant les besoins les plus importants. Elle permet tout d'abord d'inclure des familles confrontées à des fragilités du point de vue socioéconomiques. MRTC permet par ailleurs réellement d'aller vers les populations concernées.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie propose une inscription de ce programme dans le droit commun afin de pérenniser ces modes de prise en charge pluridisciplinaire en soins primaires sur l'ensemble du territoire.

Proposition 35 : Organiser à large échelle un programme d'évaluation du risque

cardiovasculaire à destination de publics prioritaires

Une première note de cadrage de la HAS sur l'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire global fait apparaître la pertinence d'une intervention en prévention primaire auprès de la population générale à partir d'un outil de calcul de risque cardiovasculaire.

L'Assurance Maladie propose d'organiser un programme à large échelle d'évaluation du risque cardiovasculaire global et de le déployer en priorité auprès de publics éloignés du système de soins, avec une attention accrue portée sur les personnes ayant un risque cardiovasculaire global élevé (âge, tabagisme, obésité ou surpoids, mode de vie sédentaire). Un tel ciblage passe par le déploiement d'interventions sur des territoires défavorisés, hors des lieux de santé et en coordination avec les travailleurs sociaux.

Une fois ce bilan effectué, l'accompagnement du patient dans la gestion de ce risque est central, notamment sous la forme d'une intervention individualisée (sevrage tabagique, conseils hygiéno-diététiques, etc.). Les CPTS peuvent constituer des entités appropriées pour faciliter le déploiement de tels programmes.

Proposition 36 : Renforcer le rôle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en matière de prévention et de promotion de la santé

Le développement des actions territoriales de prévention fait partie des missions prioritaires des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) prévues par l'Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du déploiement des CPTS. Dans ce cadre, les membres de la communauté disposent d'une marge de manœuvre importante pour définir les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé qui doivent répondre à un besoin du territoire.

L'Assurance Maladie peut guider les professionnels de santé dans la construction d'actions de prévention et de promotion de la santé de plusieurs manières :

- en poursuivant le financement par le Fonds de lutte contre les addictions d'actions portant sur les territoires et/ou populations insuffisamment ciblés ;
- en identifiant dans les Plans Régionaux de Santé les leviers permettant le déploiement d'actions et d'interventions de qualité et leur apporter une visibilité dans un effort de construction et de diffusion des informations sur les actions probantes et les bonnes pratiques pour éclairer les acteurs de terrain ;
- en proposant des outils et un soutien en prévention et promotion de la santé aux CPTS volontaires.

Index des tableaux et illustration

1. Liste des encadrés

Encadré 1 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie médicalisée des dépenses	17
Encadré 2 : Principes de calcul et d'analyse du nombre d'années de vie perdues	41
Encadré 3 : Caisse d'amortissement de la dette sociale	54
Encadré 4 : Préconisation du HCFIPS sur les finances sociales après la crise	57
Encadré 5 : Proposition du rapport de la Commission pour l'avenir des finances publiques	57
Encadré 6 : les associations justifiées et non justifiées avec les inhibiteurs de la pompe à proton	67
Encadré 7. Le programme PRADO insuffisance cardiaque (PRADO-IC)	110
Encadré 8 : Le projet premier secours en santé mentale (PSSM)	125
Encadré 9 : Les mesures Ségur et Psy enfant ado	129
Encadré 10 : Principales expérimentations autorisées et en cours dans le champ de la santé mentale dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018	130
Encadré 11 : Exemples d'offres de rééducation post-COVID mises en place par certains établissements des UGECAM.....	140
Encadré 12 : L'enquête sur le renoncement aux soins pendant le premier confinement menée par l'Assurance Maladie et l'ODENORE	151
Encadré 13 : Les bases de données COVID.....	153
Encadré 14 : Les études publiées et en cours epiphare	154
Encadré 15 : Les études publiées et en cours sur la cohorte Constances	155
Encadré 16 : Exemples d'adaptation des établissements UGECAM à la crise sanitaire.....	160
Encadré 17 : Dispositif assistants médicaux.....	173
Encadré 18 : Détermination des zones déficitaires dans le zonage.....	175
Encadré 19 : bilans des soins infirmiers (BSI)	177
Encadré 20 : Exemples d'organisations de CPTS dans le cadre de la crise.....	183
Encadré 21 : L'exemple des primary care networks en Angleterre	183
Encadré 22 : les expérimentations du CMMI aux USA	186
Encadré 23 : L'expérimentation IPEP – incitation à une prise en charge partagée menée dans le cadre expérimental de l'article 51 de la LFSS 2018	189
Encadré 24 : Exemples d'expérimentations menées dans le champ des soins de ville avec l'article 51.....	191
Encadré 25 Exemple de programmes en cours d'implantation	203

2. Liste des figures

Figure 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2019 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 167 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes	13
Figure 2 : Répartition des dépenses entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2019	14
Figure 3 : Nombre de bénéficiaires du régime général pris en charge en 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (66,3 millions de personnes au total).....	15
Figure 4 : Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales en 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins	15
Figure 5 : Structure des dépenses moyennes par patient en 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	16
Figure 6 : Évolution des dépenses entre 2015 et 2017, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	19
Figure 7 : Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	20
Figure 8 : Évolution des effectifs entre 2015 et 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	22
Figure 9 : Évolutions des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins.....	23
Figure 10 : Taux de croissance annuels des dépenses totales entre 2015 et 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins.....	25
Figure 11 : Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2018 et 2019, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	25
Figure 12 : Evolution du nombre de patients traités pour cancer de 2015 à 2019	26
Figure 13 : Prévalences des cancers par classe d'âge en fonction du sexe en 2019.....	26
Figure 14 : Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019, pour les cancers actifs	27
Figure 15 : Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019, pour les cancers sous surveillance	27
Figure 16 : Evolution du nombre de patients traités pour cancer du poumon de 2015 à 2019	27
Figure 17 : Evolution des prévalences par classe d'âge en fonction du sexe entre 2015 et 2019.....	28
Figure 18 : Cancer du poumon actif - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019	28
Figure 19 : Cancer du poumon actif - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019	29
Figure 20 : Cancer du poumon sous surveillance - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019.....	29
Figure 21 : Cancer du poumon sous surveillance - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019	30
Figure 22 : Evolution du nombre de patients traités pour cancer du sein de 2015 à 2019.....	30
Figure 23 : Cancer du sein de la femme actif - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019.....	31

Figure 24 : Cancer du sein de la femme sous surveillance - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019	32
Figure 25 : Cancer du sein de la femme actif - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019	32
Figure 26 : Cancer du sein de la femme sous surveillance - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019	33
Figure 27 : Evolution du nombre de patients traités pour cancer de la prostate de 2015 à 2019.....	33
Figure 28 : Cancer de la prostate actif - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019	34
Figure 29 : Cancer de la prostate sous surveillance - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles totales et moyennes par patient sur la période 2015-2019	34
Figure 30 : Cancer de la prostate actif - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019.....	35
Figure 31 : Cancer de la prostate sous surveillance - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019.....	35
Figure 32 : Prévalences des maladies inflammatoires chroniques par classe d'âge en fonction du sexe en 2019	36
Figure 33 : Maladies inflammatoires chroniques : taux de croissance moyens annuels des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019, pour chaque pathologie	37
Figure 34 : Polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2015 à 2019	37
Figure 35 : Spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2015 à 2019	38
Figure 36 : Maladies inflammatoires chroniques intestinales : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2015 à 2019	39
Figure 37 : Autres maladies inflammatoires chroniques : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2015 à 2019	39
Figure 38 : Nombre d'années de vies perdues par cause initiale de décès, selon les espérances de vie utilisées comme référence, en France en 2016	42
Figure 39 : Années de vie perdues par âge et par sexe en France en 2016	43
Figure 40 : Années de vie perdues et nombre de décès par âge et par sexe en France en 2016	44
Figure 41 : Répartition du nombre d'années de vie perdues par âge et cause de décès, selon le sexe, en France en 2016.....	45
Figure 42 : Evolution de la structure de financement de la branche maladie	50
Figure 43 : Historique du solde de la branche maladie depuis 2006	50
Figure 44 : Dynamique de l'Ondam, recettes nettes de la Cnam et assiettes associées (évolution annuelle)	51
Figure 45 : Situation nette de la part Assurance Maladie de la CADES, et report à nouveau	54
Figure 46 : Evolution moyennes annuelles des effectifs de patients, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales pour les maladies cardio-neurovasculaires entre 2015 et 2019.....	96
Figure 47 2. Structure des dépenses moyennes annuelles en 2019 en euros pour les personnes avec insuffisance cardiaque aiguë ou insuffisance cardiaque chronique	102
Figure 48. Structure de la dépense moyenne ^(a) des personnes avec insuffisance cardiaque aiguë en 2019 en fonction de leurs principales caractéristiques.....	104
Figure 49. Structure de la dépense moyenne ^(a) des personnes avec insuffisance cardiaque chronique en 2019 en fonction de leurs principales caractéristiques.....	106
Figure 50. Dépenses moyennes par patient avec IC aiguë en 2018, en fonction de l'évolution du statut vis-à-vis de l'insuffisance cardiaque entre 2018 et 2019.....	107
Figure 51. Dépenses moyennes par patient avec IC chronique en 2018, en fonction de l'évolution du statut vis-à-vis de l'insuffisance cardiaque entre 2018 et 2019.....	107

Figure 52. Points critiques dans le parcours du patient insuffisant cardiaque.....	108
Figure 53. Fréquence d'au moins un recours (à gauche) et délai médian jusqu'au premier recours (à droite), ajustés sur l'âge et le sexe, dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque en 2015, parmi les patients non institutionnalisés, selon le département de résidence.....	111
Figure 54. Incidence cumulée de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC) sur un an après la sortie d'un séjour index, selon la stabilité de l'IC.....	113
Figure 55. Incidence cumulée (A, B, C) et risque instantané (A', B', C') de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC) pour des groupes de patients définis selon la stabilité de l'IC et la lourdeur globale de l'état de santé.....	114
Figure 56 : Maladies psychiatriques - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patients et dépenses totales en 2019..	120
Figure 57: Traitements psychotropes (a) - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patients et dépenses totales en 2019	120
Figure 58: Traitements psychotropes (a) - Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2019, pour chaque pathologie.....	121
Figure 59 : Traitements hypnotiques (hors pathologies) - Taux de croissance des effectifs, des dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2015-2019.....	121
Figure 60 : Traitements hypnotiques (hors pathologies) - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2015 et 2019 ..	122
Figure 61 : Rapport des taux de recours en 2020 et en 2019 à certaines professions de santé de ville du recours par patient par profession	143
Figure 62 : Rapport hebdomadaire entre 2020 et 2019 du nombre d'individus avec au moins une consultation par profession : médecin généraliste, infirmier (a) et dentiste sages-femmes et masseurs-kinésithérapie (b) en France métropolitaine, du nombre de consultations hebdomadaires et taux hebdomadaire d'hospitalisations pour Covid-19	143
Figure 63 : Suivi mensuel des actes de chirurgie d'exérèse de cancers en 2019, 2020 et 2021	146
Figure 64 : Suivi des activités de dépistage du cancer colorectal avec a) les tests de dépistage, b) les endoscopies basses et c) la chirurgie d'exérés des cancers du côlon et du rectum	147
Figure 65 : Nombre de mammographies bilatérales liquidées au 1er du mois pour les femmes de 50 à 74 ans RG+RSI les données liquidées de Mars sont essentiellement les soins de Février	148
Figure 66 : Nombre de frottis pour les femmes de 25 à 65 ans RG+RSI (données de liquidation - les données liquidées de Mars sont essentiellement les soins de Février).....	148
Figure 67 : Suivi des exérèses chirurgicales pour cancer du sein entre 2019 et 2021	148
Figure 68 : Nombre par quinzaine des délivrances sur ordonnance de vaccins penta- et hexavalents pour nourrissons (a) et de vaccins ROR (b) en 2018, 2019, 2020 et 2021 – comparaison observé sur attendu (situation au 25 avril 2021 ...	149
Figure 69 : Ecart de prescriptions et d'admissions entre 2020 et 2019 en SSR documentées par viatrajectoire.....	151
Figure 70 : Répartition par région a) des MSP adhérent à l'ACI et b) des centres de santé polyvalents ou médicaux.....	171
Figure 71 : Pyramides des âges des médecins libéraux a) en MSP et b) hors MSP*.....	172
Figure 72 : Evolution des effectifs et de la densité des médecins généralistes libéraux.....	173
Figure 73 : Répartition des patients médecins traitant par âge selon le mode d'exercice du médecin traitant.....	174
Figure 74 : Répartition des projets par public cible (appel à projet national)	201
Figure 75 : Répartition des projets portant sur les compétence psychosociales en milieu scolaire, selon l'enveloppe et l'année	203

3. Liste des tableaux

Tableau 1 : Effectifs et dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins, en 2019.....	16
Tableau 2 : Nombre, proportion et rang des années de vie perdues et des décès, par cause initiale de décès, en France en 2016	43
Tableau 3 : Surcoût brut de la crise sanitaire en 2020	53
Tableau 4 : surcoût brut prévisionnel pour 2021.	53
Tableau 5 : nombre de patients et montants remboursés dans le cadre de la délivrance d'antidépresseurs en 2019	70
Tableau 6 : Actions relatives à la prise en charge des facteurs de risque vasculaires et des maladies cardio-neurovasculaires	100
Tableau 7. Principales caractéristiques des personnes avec insuffisance cardiaque aigüe en 2019	104
Tableau 8. Principales caractéristiques des personnes avec insuffisance cardiaque chronique en 2019	106
Tableau 9. Points critiques du parcours de soins et leviers d'actions (hors prise en charge palliative).....	115
Tableau 10 : Effectifs de patients par sexe et par âge inclus dans le dispositif en 2019	128
Tableau 11 : Sur-risque d'hospitalisation et de décès de COVID-19 pendant le premier confinement 2020 en fonction des pathologies dont le risque était le plus élevé.....	137
Tableau 12 : Symptômes prolongés les plus fréquents selon la HAS	139
Tableau 13 : Rapports des taux de recours (2020 / 19) aux différentes professions de santé selon l'âge des patients.....	144
Tableau 14 : Détail des indemnités journalières pendant la période de crise sanitaire (semaine 10 2020 à semaine 20 2021)	157
Tableau 15 : Estimation des montants des aides définitives (en millions d'euros) par professions.....	163
Tableau 16 : Fréquence des professions au sein des MSP	171
Tableau 17 : Etat des lieux des CPTS signées au 17/06/2021 par région	172
Tableau 18 Les actions portées par la CNAM dans le cadre du Fonds de Lutte Contre les Addictions.....	199
Tableau 19 Typologie non exhaustive des interventions en promotion de la santé à l'étranger	205

Annexe 1 – Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2021

N°	Intitulé	Etat d'avancement et commentaire
1	Promouvoir la prescription de metformine par une nouvelle action d'accompagnement auprès des médecins généralistes	Décalé dans le cadre de la crise sanitaire. Repris dans les propositions du présent rapport.
2	Accompagner de manière ciblée les prescripteurs d'hypolipémiants sur la thématique du mésusage	Pas mis en œuvre à ce jour.
3	Déployer la mise sous demande d'accord préalable des anti-PCSK9 afin de favoriser leur juste prescription	Dispositif mis en place depuis le 15 décembre 2020 par arrêtés, téléservice opérationnel, formulaires mis en ligne sur Ameli, traitement par les services médicaux et les caisses opérationnels. Le dispositif monte en charge, quelques ajustements restent à faire cependant.
4	Améliorer le diagnostic de la dépression et sa prise en charge par un accompagnement des médecins sur la prescription d'antidépresseurs	Travaux initiés avec la HAS, à déployer d'ici à la fin de l'année 2021.
5	Prévenir la désinsertion professionnelle par l'expérimentation des plateformes de services départementales	
6	Développer des actions de maîtrise médicalisée sur des examens de biologie ciblés, dans un cadre concerté avec les médecins prescripteurs et les médecins biologistes	Relance des GT avec les syndicats afin de déterminer le pan d'actions après une interruption liée à la crise sanitaire.
7	Engager une campagne de sensibilisation sur le bon usage de l'échographie cardiaque en préopératoire, permettant d'aider les professionnels dans leur choix de prescription	Pas mis en œuvre à ce jour.
8	Reprendre dès 2020 la démarche de déploiement régional des parcours de soins élaborés dans le cadre de « Ma santé 2022 »	En cours dans la gestion du risque rénovée
9	Modéliser l'impact en santé et le potentiel économique de la mise en place des parcours pertinence (sur l'insuffisance cardiaque)	En cours, repris dans le rapport 2021 et la cartographie médicalisée avec la charge de morbidité.
10	Poursuivre le déploiement des volets du programme d'accompagnement au retour à domicile, Prado, pour les pathologies chroniques et les personnes âgées, et déployer un volet en sortie de SSR	Bilan des adhésions pathologies chroniques et PA et Prado Covid post SRR pour 2020
11	Construire avec les représentants des gastro-entérologues une démarche d'amélioration de la qualité des endoscopies	Pas mis en œuvre à ce jour.
12	Relancer une campagne de communication sur la lombalgie ainsi qu'une campagne d'accompagnement des professionnels de santé	Campagne dans la presse écrite professionnelle et quotidienne locale (3,5M version papier et +100M tout support). Campagne sur les réseaux sociaux via les influenceurs Major Mouvement et Jarry (4,5M de vues)
13	Contribuer au suivi et à la connaissance des impacts sanitaires de la crise et de ses conséquences en partenariat avec les acteurs institutionnels et académiques	Mis en œuvre, les principales études sont listées dans le chapitre sur la COVID du présent rapport.
14	Contribuer aux efforts de reprise d'activité pour rattraper le retard généré par le report des soins	Pas de mesures financières mises en œuvre.
15	Accélérer le déploiement des structures de l'exercice coordonné pluri-professionnel en favorisant l'essor des initiatives	Négociations en cours sur le déploiement des CPTS ('booster financier) ; renforcement de

		l'accompagnement du réseau ; accélérateur CPTS
16	Poursuivre le déploiement de la télémédecine dans un cadre respectueux de la qualité de la prise en charge	2 projets dérogatoires dans le cadre de l'avenant 8 ; élargissement du cadre TLS dans l'avenant 9 médecin
17	Favoriser le développement et l'adoption d'outils médico-économiques pour appuyer les démarches de prévention en lien avec santé publique France	Travaux charge de morbidité entamés, premiers résultats présentés dans chapitre 1.
18	Réfléchir à une potentielle extension de l'expérimentation « Mission retrouve ton cap »	La généralisation de l'expérimentation a été actée par le CTIS Art 51 et le Ministère. Le modèle de déploiement sera défini via un article du PLFSS 2022
19	Mettre en œuvre progressivement le parcours de coordination renforcée des enfants de « 0-6 ans santé-accueil-éducation » du Plan Priorité Prévention	Convention avec DGESCO signée en 2019 et comité de suivi mis en œuvre en 2020. Déploiement de deux nouvelles expérimentations (troubles de l'apprentissage et santé du dos) en primaire. Extension des actes pris en charge par l'assurance maladie réalisés en PMI et réflexions en cours afin d'améliorer la mise en œuvre des examens de l'enfant à 3-4 ans en école maternelle.
20	Permettre la diffusion et la soutenabilité financière des thérapies géniques par la mise en place de contrats de performance et un lissage de l'impact budgétaire sur plusieurs années	En cours de négociation au CEPS
21	Accroître la participation de l'Assurance Maladie aux coopérations européennes en matière de transparence des produits de santé	Participation de la CNAM au réseau des organismes payeurs organisé par la Commission Européenne
22	Utiliser le cadre expérimental de l'article 51 de la LFSS 2018 dans un objectif cible de nouveau champ de droit commun pour les DMC	Réflexions en cours avec potentiellement plusieurs expérimentations.
23	Adapter les modalités de fixation des prix aux spécificités des DMC dans le cadre de la LPP	Une réflexion générale sur la télésurveillance est en cours au niveau des administrations centrales en vue de cette adaptation
24	Rémunérer l'ensemble des créateurs de valeur via des rémunérations globales intégrant les DMC	Etude en cours des possibilités pour les modalités de rémunérations
25	Développer une approche fondée sur les données de vie réelle pour éclairer les décisions en matière de prise en charge des DMC	Ce n'est pas du seul ressort du DPROD et cela rejoint les réflexions en cours sur la télésurveillance
26	S'appuyer sur l'Espace Numérique de Santé (ENS) pour partager l'information sur les DMC	ENS déployé en 2022.
27	Accompagner l'évolution des indications des TAVI par une révision de leur tarif et à terme une intégration dans le GHS	En cours de négociation au CEPS.

Annexe 2 – Bilan des négociations entre l'UNCAM et les professionnels de santé

La présente annexe dresse un bilan des négociations menées en 2020-2021 avec les professionnels de santé en présentant les principaux textes conclus.

Médecins

Huit avenants ont été conclus depuis la signature de la Convention médicale, en août 2016 entrée en vigueur en octobre 2016.

Un avenant n°1, publié au JO le 2 mai 2017, qui met en place une nouvelle ROSP pour le médecin traitant de l'enfant âgé de moins de 16 ans, afin de prendre en compte l'introduction, par la loi de modernisation du système de santé du 24 janvier 2016, de la possibilité de déclarer un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans. Cette ROSP du médecin traitant de l'enfant comporte 10 indicateurs de qualité des pratiques cliniques orientés notamment vers la prévention. La première rémunération au titre du suivi des indicateurs pour l'année 2017 sera versée au cours du mois de juin 2018.

Un avenant n°2, publié au JO du 29 avril 2017, introduit 2 actes de télé médecine, concernant les médecins libéraux, pour l'entrée et le suivi des patients résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) :

- création d'un acte de télé-expertise dossier traitant réalisé entre deux médecins généralistes pour un patient admis en Ehpad en cas de changement de médecin traitant dénommé (« télé-expertise dossier traitant »). Cet acte valorise la transmission d'informations faite entre les deux médecins notamment pour identifier les points d'attention et les situations à risque ;
- création d'un acte de téléconsultation d'un résident en Ehpad dénommé TTE (Téléconsultation médecin Traitant avec Ehpad). Cette téléconsultation est réalisée par le médecin traitant à la demande d'un professionnel de santé de l'Ehpad en dehors des situations médicales d'urgence nécessitant l'intervention du Samu.

L'entrée en vigueur des mesures introduisant ces actes est intervenue à compter du 30 octobre 2017, et ont été repris dans l'avenant 6 signé en 2018.

Un avenant n°3, paru au JO le 29 avril 2017, qui, en application de l'article 72 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2017, met en place un avantage financier complémentaire pour pallier la baisse de revenus engendrée par l'interruption d'activité pour cause de maternité, de paternité, ou d'adoption.

Cette aide forfaitaire conventionnelle, qui permet de faire face aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical, est modulée selon le secteur et les conditions d'exercice du médecin. L'entrée en vigueur de ces mesures est intervenue le 30 octobre 2017. Entre décembre 2017 et février 2018, 283 professionnels avaient déjà bénéficié de cette aide (pour un montant total de 1,6 million d'euros).

Un avenant n°4, paru au JO le 10 mars 2018, qui instaure une nouvelle Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) spécifique aux médecins spécialistes en endocrinologie. L'entrée en vigueur de cette ROSP est effective depuis le 1er janvier 2018 (le 1^{er} paiement au titre du suivi des indicateurs sur 2018 est intervenu en juin 2019).

Un avenant n°5, signé le 15 mars 2018 (JO 15 juin 2018) a mis en place un mécanisme visant à compenser pour tous les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1) la hausse de la cotisation sociale généralisée (CSG) de 1,7 point au 1er janvier 2018, instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 : mise en place d'une participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales sur la retraite complémentaire de base.

Un avenant n°6, signé le 14 juin 2018, vise à accélérer le déploiement de la télé médecine en France en inscrivant dans le droit commun les actes de téléconsultation et de téléexpertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018, dans le cadre du parcours de soins coordonné. L'avenant définit les conditions de réalisation, de tarification et de facturation des actes de téléconsultations et de téléexpertises.

La téléconsultation est ouverte à l'ensemble des patients depuis le 15 septembre 2018 et valorisée de manière identique à l'acte de consultation classique. La téléexpertise, est quant à elle ouverte depuis le 10 février 2019. Elle vise, dans un premier temps les patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique (patients en ALD, zones sous denses etc.). Le calendrier de déploiement de la téléexpertise à l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020. Le niveau de valorisation est modulé selon le niveau de l'expertise réalisée et de sa fréquence de réalisation (2 niveaux de téléexpertise).

Deux indicateurs « télémédecine » ont par ailleurs été intégrés au volet 2 du forfait structure afin d'aider les médecins à s'équiper en outils facilitant le recours aux actes de télémédecine.

En dehors des dispositions encadrant la télémédecine, l'avenant n°6 à la convention médicale introduit également les évolutions au texte conventionnel actuel suivantes :

- des aménagements des dispositifs démographiques mis en place par la convention nationale, afin de les rendre plus attractifs et par là même améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses : revalorisation de l'aide à l'activité versée dans le cadre du contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), mesure annoncée dans le Plan ministériel d'accès aux soins lancé en octobre 2017 : passage de 10 % à 25 % de la majoration des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans les zones sous-denses ;
- l'extension ou la création de nouvelles situations médicales pouvant être prises en charge dans le cadre des consultations complexes ou très complexes ;
- l'extension à certains patients de la visite longue (VL) ;
- l'ajustement au tarif cible des actes d'ophtalmologie pour les médecins de secteur 1 ;
- l'ajustement tarifaire des actes d'imagerie dans le cadre du protocole imagerie signé en mai 2018 avec la FNMR, visant à renforcer la pertinence du recours à l'imagerie ;
- des ajustements dans la gestion des contrats destinés à encourager des tarifs modérés chez les médecins (option de pratique tarifaire maîtrisée – Optam, option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie obstétrique – Optam-CO : possibilité pour les médecins nouvellement installés intégrant un groupe de bénéficier des taux moyens d'engagement retenus pour les membres du groupe) ;
- des aménagements dans le calcul de la Rosp clinique : modification des objectifs intermédiaires et cibles, de la règle générale de calcul du taux de réalisation des indicateurs, des seuils, de certains libellés.

Un avenant n°7, signé le 20 juin 2019, instaure un dispositif d'aide financière forfaitaire au recrutement d'assistants médicaux dans les cabinets des médecins libéraux, via le forfait structure, et procède par ailleurs à quelques aménagements du texte conventionnel.

Ainsi, dans une optique d'amélioration de l'accès aux soins, ainsi que des conditions d'exercice des médecins et de meilleure prise en charge des patients, les partenaires conventionnels ont, dans le cadre de la déclinaison des mesures phares du plan gouvernemental "Ma santé 2022", défini les contours de cette nouvelle fonction et des conditions d'octroi et de versement de cette nouvelle aide conventionnelle aux médecins.

L'avenant prévoit ainsi que l'assistant médical exerce trois grandes catégories de missions :

- Des tâches de nature administrative, sans lien direct avec le soin (accueil du patient, création et gestion du dossier informatique du patient, etc.) ;
- Des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation ainsi que d'assistance à des actes techniques (aide à l'habillage, déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, etc.) ;
- Des missions d'organisation et de coordination, notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

Cette fonction n'est pas réservée à une catégorie particulière de personnels, et peut être assurée aussi bien par d'actuels aides-soignants, des infirmières, des secrétaires médicales ou tout autre profil souhaitant suivre cette nouvelle voie professionnelle. Dans tous les cas, l'assistant médical devra s'engager à suivre une formation spécifique dont le contenu est en cours de définition dans le cadre de la convention collective des personnels des cabinets médicaux.

Les médecins généralistes, et certaines spécialités comme par exemple les pédiatres, les gériatres, les rhumatologues, les dermatologues, les endocrinologues, etc...sont éligibles à ce dispositif sur l'ensemble du territoire à cette aide. Les autres spécialités sont éligibles dans 30% des départements les plus en tension en termes de densité démographique.

Les médecins doivent par ailleurs être en secteur 1 ou secteur 2 (OPTAM et OPTAM-CO), exercer de manière regroupée en s'engageant dans les deux ans dans une démarche d'exercice coordonné, et avoir un niveau de patientèle suffisant.

Le financement est pérenne et évolutif, le médecin choisissant selon ses besoins entre plusieurs options de financement le niveau de financement attendu – jusqu'à 36 000 € selon l'option choisie- en regard d'objectifs de progression de sa patientèle. Pour un généraliste, il s'agit d'élargir le nombre de patients suivis comme

médecin traitant, et le nombre de patients différents vus au moins une fois au cours de l'année (dits file active). Pour les autres spécialistes, les contreparties attendues le sont uniquement en termes de file active.

Un avenant 8 à la convention médicale a été conclu le 11 mars 2020, contenant les mesures suivantes :

1. Une transposition, dans la convention médicale, de dispositions issues de l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes signé le 26 novembre 2019 entre l'Uncam, les Chirurgiens-dentistes de France (CDF), l'Union Dentaire (UD) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Il a été publié au *Journal officiel* du 07 février 2020. Ces dispositions s'inscrivent dans la continuité des mesures de la convention nationale et de la réforme « 100 % santé ». Les principales mesures applicables aux médecins spécialistes des actes bucco-dentaires (stomatologues, médecins spécialistes de médecine bucco-dentaire, chirurgiens oraux), définies dans cet avenant, s'articulent autour de deux axes : l'adaptation du modèle de devis au « 100 % santé » et de nouvelles mesures en faveur des personnes en situation de handicap sévère.

Le devis « 100 % santé » est rénové tant sur la forme que sur le fond avec désormais :

- un « volet administratif » ;
- et un « volet plan de traitement », intégrant une information des patients sur les alternatives thérapeutiques, conformément aux dispositions de la convention nationale, et toujours dans la perspective que le praticien puisse donner une information la plus large au patient sur le traitement qui peut lui être proposé et les conditions de prise en charge.

Le deuxième volet des mesures dentaires incluses dans l'avenant permet d'étendre les dispositions précédemment transposées à l'occasion de l'avenant n° 7 à la convention nationale, concernant les personnes en situation de handicap sévère, en reprenant au profit des médecins les extensions réalisées en faveur de la prise en charge de cette catégorie spécifique de patientèle par l'avenant n° 3 à la convention des chirurgiens-dentistes.

Il est ainsi prévu :

- un élargissement du champ des patients concernés par ces mesures favorisant la prise en charge des patients en situation de handicap : désormais, l'identification des patients atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap est facilitée par la mise en place d'une grille d'évaluation complétée par le chirurgien-dentiste, introduite par l'avenant n° 8 ;
- la mise en place d'une grille d'évaluation permettant d'évaluer le comportement et la coopération de ces patients vivant avec un handicap sévère au cours d'une séance de soins dentaires pour faciliter l'identification par le praticien des situations dans lesquelles la prise en charge du patient devra être adaptée, et par conséquent les situations dans lesquelles les mesures de valorisation sont cotables ;
- la création de nouveaux actes en faveur d'une valorisation de la prise en charge de ce type de patients (création d'un nouveau supplément à ajouter à la facturation des actes techniques réalisés, création d'une consultation bucco-dentaire complexe à hauteur de 46 euros, création d'un supplément de 23 euros à l'examen de dépistage bucco-dentaire).

2. Des mesures complémentaires au dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical permettant l'élargissement de l'éligibilité à l'aide à hauteur d'un équivalent temps plein (ETP) d'assistant médical et à l'exigence d'exercice regroupé.

L'avenant n° 8 vient compléter le dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical instauré par le biais de l'avenant n° 7, en étendant les zones dans lesquelles l'aide à l'embauche d'un assistant médical est possible à hauteur d'un ETP ainsi que dans lesquelles il est possible d'être exonéré de l'exigence d'exercice regroupé, sous certaines conditions, afin d'accroître l'attractivité du dispositif et répondre aux besoins de terrain.

Les partenaires conventionnels ont en effet souhaité sans tarder, et pour renforcer la portée du dispositif mis en place, tenir compte des remontées de terrain et demandes locales émanant de leurs confrères ayant expérimenté le dispositif.

En effet, au-delà des zones d'intervention prioritaires (ZIP) pour lesquelles le choix de l'option d'une aide à l'embauche d'un assistant médical à hauteur d'un ETP est possible du fait d'une insuffisance d'offre de soins dans la zone, avec dérogation à la condition d'exercice regroupé, il a été démontré en pratique qu'il pouvait être nécessaire d'étendre le bénéfice de ces dispositions dérogatoires à des zones qui, sans être classées

comme étant en ZIP, souffraient malgré tout d'une tension importante au niveau de l'offre de soins, et présentaient des insuffisances particulières en termes de démographie médicale, notamment pour certaines spécialités. De fait, l'emploi d'un assistant à temps plein par un médecin exerçant seul dans ces zones, sans le partager pour autant avec un autre confrère, peut être très utile à l'amélioration de cette offre de soins au niveau local.

Ainsi, a-t-il été décidé :

- d'étendre l'option de financement d'un ETP d'assistant médical au-delà des zones sous-denses ZIP (zones d'intervention prioritaires – zones éligibles aux aides conventionnelles démographiques), à d'autres zones en tension non classées comme telles ;
- et d'y étendre la dérogation à l'exigence d'exercice regroupé.

ACI- Structures pluri professionnelles de proximité

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures pluriprofessionnelles de proximité, signé en avril 2017 par les représentants des centres de santé, 20 organisations syndicales de professionnels de santé et l'Uncam, a acté le principe d'une rémunération versée aux structures (maisons de santé pluriprofessionnelles - MSP), modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs dans plusieurs domaines et ayant pour principal objectif l'incitation au développement de l'exercice coordonné.

En ce sens, l'accord valorise financièrement l'accès aux soins proposé aux patients (amplitude des horaires d'ouverture au public, accès aux soins non programmés...), la diversité des types de professionnels de santé au sein de la structure, la prise en charge coordonnée du patient, le suivi de la relation avec ce dernier ainsi que l'utilisation d'un système d'information partagé. L'accord prévoit également la mise en place d'un dispositif spécifique garantissant une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour les MSP nouvellement créées.

En 2020, 222 nouvelles MSP ont adhéré à l'ACI, portant le nombre total de MSP adhérente à 1174.

Pour l'année 2020, l'Assurance maladie a versé 71,7 millions d'euros contre 55,6 millions d'euros en 2019 soit une augmentation de 29%, avec une hausse de plus de 28% du nombre de MSP par rapport à l'exercice 2019 (916 structures en 2019).

En moyenne, les MSP ont perçu 61 700€ contre 60 680€ en 2019 soit une augmentation de 2%.

Des négociations en vue de la conclusion d'un avenant n°1 à l'ACI MPS ont été ouvertes en janvier 2021 afin notamment de valoriser l'implication des structures dans la gestion de la crise sanitaire, les soins non programmés, ou encore la place de l'infirmier en pratique avancée (IPA).

ACI-développement de l'exercice coordonné et déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé

Cet accord conventionnel interprofessionnel signé le 20 juin 2019 a pour ambition d'accompagner les différents acteurs de l'offre de soins vers une démarche d'exercice coordonné afin que ce mode d'exercice se généralise et devienne le cadre de référence pour les professionnels de santé de ville à l'horizon 2022. En effet, ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, de faciliter l'articulation entre les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours, de conforter l'offre de soins de premier et second recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire. Ces communautés ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de santé de ville et des autres volontaires d'un territoire ayant un rôle dans la réponse aux besoins de soins de la population. C'est pourquoi elles s'organisent à l'initiative des professionnels de santé de ville, et peuvent associer progressivement d'autres acteurs de santé du territoire : établissements et services sanitaires et médico-sociaux et autres établissements et acteurs de santé dont les hôpitaux de proximité, les établissements d'hospitalisation à domicile, etc.

Cet accord conventionnel a donc pour objet de définir un cadre pérenne d'accompagnement et de financement des communautés professionnelles territoriales de santé permettant à celles-ci de mettre en place et de développer différentes missions

Trois missions « socles » :

- les missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (et notamment faciliter l'accès à un médecin traitant, améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville)
- la mission en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels afin de favoriser une meilleure coordination des acteurs notamment pour éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients
- la mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention dans une dimension de prise en charge pluriprofessionnelle des patients

Deux missions complémentaires et optionnelles :

- Les actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (développement des groupes d'analyse de pratiques notamment) ;
- Les actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (accompagnement notamment auprès des jeunes en formation ou jeunes diplômés pour favoriser les installations en exercice de ville).

L'accord conventionnel a été construit de telle sorte qu'il permette de s'adapter aux spécificités de chaque territoire et de chacune des communautés professionnelles. Ainsi, l'accord conventionnel national définit les grands principes des modalités de financement (financement du fonctionnement de la communauté, financement au titre des missions avec une part fixe, pour tenir compte des moyens engagés, et une part variable en fonction de l'intensité des moyens déployés et des résultats obtenus). Le financement est par ailleurs indexé à la taille de la communauté professionnelle (population prise en compte). En revanche, le contrat tripartite qui va être signé entre la communauté professionnelle, la caisse d'assurance maladie et l'ARS va être élaboré de manière partenariale, au cas par cas, en fonction des besoins du territoire (dispositions individualisées sur le contenu des missions, les moyens engagés, les objectifs fixés et les conditions d'évaluation des résultats obtenus) dans le respect des principes posés dans l'accord national. A titre d'exemple, une communauté professionnelle de plus de 175 000 habitants pourra prétendre à une rémunération s'élevant à 380 000 €, sous réserve de son implication dans l'ensemble des missions prévues par l'accord conventionnel et avec une atteinte maximale de l'ensemble des objectifs fixés.

Des négociations se sont ouvertes en septembre 2020 pour un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel des CPTS qui avait pour objectif de :

- Créer une mission valorisant l'implication des CPTS dans la gestion de la crise sanitaire et dans les réponses apportées aux patients sur le territoire ;
- Inciter les porteurs de projet de CPTS à signer au plus tôt le contrat prévu par l'ACI et ainsi bénéficier rapidement des financements conventionnels. Ces incitations se traduisent notamment par la création d'un dispositif d'accélérateur de projets qui peut être proposé aux porteurs de projet afin d'utiliser l'intelligence collective pour répondre aux différents freins rencontrés lors du conventionnement avec l'Assurance Maladie. Des mécanismes d'incitation financière ont également été discutés lors des séances de négociations.

Toutefois, à l'issue des négociations, l'avenant n'a pas reçu le nombre de signatures requis afin de le rendre valide. Des négociations pourraient reprendre en septembre 2021 sur ces thématiques.

Au 31 décembre 2020, on dénombrait 100 CPTS signataires de l'ACI réparties géographiquement comme suit :

Implantation des CPTS au 31/12/2020



9,4 millions d'habitants sont ainsi couverts par une CPTS ayant signé un contrat ACI, soit une couverture de près de 14% % de la population française. Cette moyenne nationale reflète de fortes disparités régionales : la région Centre Val de Loire a près de 2/3 de sa population qui est couverte par une CPTS tandis que la région Bretagne dispose de 3% de sa population qui est couverte par une CPTS.

On compte 22 CPTS de taille 1 (avec une population inférieure à 40 000 habitants), 32 CPTS de taille 2 (population entre 40 000 et 80 000 habitants), 32 CPTS de taille 3 (avec une population entre 80 000 et 175 000 habitants) et 14 CPTS de taille 4 (dont la population est supérieure à 175 000 habitants).

Parmi l'ensemble de ces CPTS, on compte 27,8% de médecin généraliste, 27,5% d'infirmiers et 13,2% de pharmaciens.

Accord cadre interprofessionnel (ACIP)

L'accord cadre interprofessionnel a été signé le 10 octobre 2018 entre l'UNCAM et l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS), union qui représente douze professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens d'officine, biologistes responsables infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, audioprothésistes et transporteurs sanitaires). L'accord, publié au Journal Officiel le 7 avril 2019, fixe, pour les cinq années à venir, les lignes directrices des prochains accords conventionnels, qu'ils s'appliquent à une ou plusieurs professions de santé. Véritable cadre structurant qui définit la dynamique à poursuivre par la voie conventionnelle, cet accord s'articule autour de trois axes-clés : la généralisation de la prise en charge coordonnée des patients, le déploiement d'outils favorisant l'exercice coordonné et la simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Pour que cet accord cadre s'applique à une profession donnée, il suffit qu'un seul syndicat représentatif de chaque profession concernée signe l'accord. Les organisations syndicales représentatives des 12 professions ont donc été invitées à contresigner le texte fin 2018 et vingt-quatre syndicats ont signé l'accord, avec la signature

d'au moins un syndicat représentatif par profession ce qui rend le texte applicable à l'ensemble des professions représentées par l'UNPS.

Cet accord cadre retient pour première priorité la généralisation de l'exercice coordonné qui doit devenir le cadre d'exercice de référence pour l'ensemble des professionnels de santé de ville, en cohérence avec les orientations du plan de transformation du système de santé, « Ma santé 2022 » lancé le 18 septembre 2018.

Les grandes lignes directrices qui définissent le cadre stratégique des accords conventionnels à venir s'articulent autour de trois axes-clés :

1. Développer la prise en charge coordonnée des patients

L'ACIP acte le principe de la nécessaire généralisation de l'exercice coordonné, dynamique qui doit se traduire dans tous les accords conventionnels à venir. Cette forme d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluri-professionnelles, équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisation pluri-professionnelle capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients. Cela implique également que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire une réponse collective aux besoins de santé de la population, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'accord acte également le recours et l'essor des pratiques de télémédecine, qui permet une prise en charge et un suivi plus rapides sur l'ensemble du territoire. L'implication des professionnels de santé dans les actions et programmes de prévention et de promotion de la santé est également privilégiée.

2. Accompagner le déploiement des outils favorisant l'exercice coordonné

L'ACIP reconnaît l'importance du recours aux outils numériques afin de faciliter les échanges entre les professionnels de santé, avec notamment le recours large au Dossier Médical Partagé, l'usage généralisé de messageries sécurisées de santé, l'aide à l'équipement pour effectuer les actes de télémédecine et le déploiement de la prescription électronique.

3. Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé

L'ACIP acte la poursuite de l'accompagnement individualisé des professionnels de santé avec les praticiens-conseil et les délégués d'assurance maladie avec notamment la réalisation d'échanges confraternels autour de « cas-patients », ainsi que l'accompagnement des professionnels de santé par les conseillers informatique services sur les outils numériques et les télé-services.

Centres de santé

L'accord national régissant les relations entre les caisses d'assurance maladie et les gestionnaires des centres de santé signé, le 8 juillet 2015, par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé a été complété par un avenant 1, publié au journal officiel du 17 novembre 2017, et un avenant 2, publié au journal officiel du 5 juillet 2019.

Le 3 septembre 2020 a été publié l'avenant 3 qui prévoit à l'instar de ce qui a été fait pour les médecins libéraux une aide au recrutement des assistants médicaux au sein des centres de santé. La philosophie et l'ambition du dispositif ne changent pas, cependant les conditions de financement et les contreparties ont été adaptées aux spécificités des centres de santé.

Il comporte également différentes mesures visant à aider les centres de santé à acquérir des équipements permettant le déploiement des actes de téléconsultation (équipement notamment des postes infirmiers au sein des centres de santé pour permettre à ces derniers d'accompagner, le cas échéant, les médecins lors de téléconsultation) ainsi que la mise en place d'une aide financière pour les centres de santé ayant recours à des téléexpertises.

En outre, l'avenant n°3 met en place de nouveaux contrats démographiques applicables aux centres de santé dentaires et infirmiers comportant des aides financières significatives pour favoriser l'installation de ces centres en zones sous denses en offre de soins. Il prévoit également une revalorisation de l'aide financière accordée dans le cadre du contrat d'aide à l'installation pour les centres de santé médicaux et polyvalents.

L'accord conventionnel comporte également d'autres mesures de transposition des accords conventionnels conclus avec les différentes professions de santé exerçant en libéral.

Concernant la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé, au titre de 2020, le montant total de la rémunération spécifique s'est élevé à 63,3 millions d'euros pour 1777 centres de santé payés.

Cela représente un montant moyen de 55 100 € pour les centres de santé polyvalents ou médicaux, 24 500 € pour les centres de santé infirmiers et 17 600 € pour les centres de santé dentaires.

Des négociations en vue de la conclusion d'un avenant N°4 à l'accord national des centres de santé ont été ouvertes en février 2021 autour des thèmes de la crise sanitaire, des soins non programmés, de la mise en place des IPA et de la précarité.

Sages-femmes

La convention nationale régissant les rapports en les sages-femmes libérales et l'Assurance Maladie conclue en 2007 a été reconduite en 2012 et 2017. Un avenant n°4 à cette convention a été signé le 29 mai 2018 et publié au Journal officiel du 10 Août 2018 rénovant le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale signée le 11 octobre 2007 ainsi que ses avenants 1 à 3 par la réécriture complète de la convention.

Cet avenant vise à conforter l'accès aux soins de sages-femmes en préservant et améliorant l'offre de soins. Un nouveau dispositif démographique a été défini, plus efficient avec notamment une méthode de zonage plus pertinente sur l'ensemble du territoire, des aides significativement revalorisées dans les zones sous-denses en sages-femmes et un dispositif de régulation en zones surdotées rénové.

Cet avenant a par ailleurs valorisé l'engagement des sages-femmes dans le cadre de la prévention, en leur permettant de coter une consultation de contraception et de prévention auprès des jeunes filles et un nouvel acte dès la déclaration de grossesse permettant de prévenir les comportements et situations à risque pendant la grossesse. Il généralise par ailleurs, la prise en charge organisée des sorties précoces PRADO.

L'avenant n°4 prévoit également des mesures de revalorisations tarifaires. Afin de poursuivre la convergence tarifaire pour les actes à compétence partagée entre les médecins et les sages-femmes, l'avenant 4 valorise les échographies gynécologiques. Par ailleurs, les consultations (C) et visites (V) des sages-femmes ont été revalorisées par cet avenant au travers d'une nouvelle majoration conventionnelle (MSF) de 2€. Une revalorisation des actes de rééducation du périnée, des surveillances des grossesses pathologiques et des surveillances de fin de grossesse a été en outre prévue.

Enfin, à travers cet avenant, l'Assurance maladie a souhaité poursuivre sa démarche d'aide aux professionnels à équiper leur cabinet. A cet effet, le forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel a remplacé les anciennes aides à la télétransmission, à la maintenance et l'aide SCOR.

Des négociations se sont ouvertes le 1^{er} juin 2021 en vue de la conclusion d'un avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes. Ces négociations ont pour objectif de mieux structurer le suivi post natal en vue d'améliorer le dépistage de la dépression du post partum. Ces négociations visent également à poursuivre les discussions engagées en octobre 2020 avec les sages-femmes portant sur la télésanté et le numérique dans la suite des mesures dérogatoires prises par les pouvoirs publics lors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19.

Chirurgiens-dentistes

La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie a été signée le 21 juin 2018, entre la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD), l'Union Dentaire (UD), l'UNOCAM et l'UNCAM, et a été publiée au journal officiel du 25 Août 2018.

Il s'agit d'un accord important pour la prise en charge des soins dentaires, pour les patients comme pour la profession. En effet, l'ambition de la nouvelle convention est de rééquilibrer l'activité des chirurgiens-dentistes dans le sens d'une médecine bucco-dentaire plus préventive et conservatrice en programmant un effort sans précédent de revalorisation des soins courants

Ces dispositions se déploient progressivement sur 5 ans, en s'échelonnant entre 2019 et 2023. Les premières mesures sont entrées en vigueur à compter du 1er avril 2019.

Le texte s'organise autour de 4 mesures clés :

1/ la création de plafonds de prix opposable pour 70 % des actes prothétiques réalisés, intégrant toutes les techniques et les matériaux nécessaires à une prise en charge de qualité. Une large partie de ces actes (45%) seront remboursés intégralement, sans aucun reste à charge pour l'assuré (panier dit RAC zéro) ;

Les annexes tarifaires de la convention définissent pour chaque année les plafonds tarifaires de chaque acte prothétique concerné ainsi que les tarifs des actes de soins revalorisés.

La mise en place de ce rééquilibrage, et particulièrement l'instauration progressive de plafonds tarifaires des actes à honoraires à entente directe sur des actes prothétiques fréquents (à compter du 1^{er} avril 2019) a donné lieu à une nouvelle description des actes prothétiques selon les matériaux et la localisation des dents afin de fixer des honoraires limites de facturation distincts.

La convention détermine par ailleurs en annexe la liste des actes pour lesquels l'entente directe sera limitée et sans reste à charge (panier RAC zéro dès le 1^{er} janvier 2020 dans le cadre de la réforme « 100% santé »), celle des actes pour lesquels l'entente directe sera limitée (panier RAC modéré), et celle des actes pour lesquels l'entente directe sera libre (panier libre).

2/des soins courants considérablement revalorisés (entre 40 et 60%) pour encourager les traitements qui visent à conserver et soigner les dents (ex. traitements des caries) ; à titre d'exemple :

- la valorisation de l'acte de parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage à hauteur de 60€,
- la prise en charge d'une consultation d'urgence de 8h à 20h à hauteur de 23 €,
- la prise en charge du comblement de sillons sur molaires qui est étendu aux enfants jusqu'à la date du 16^{ème} anniversaire,
- la prise en charge de la pose de vernis fluoré pour les enfants (6 à 9 ans) présentant un risque carieux individuel élevé, à une fréquence biannuelle (25€).

Ces mesures sont entrées en vigueur au 1er avril 2019.

3/ de nombreuses mesures de prévention destinées à préserver la santé buccodentaire, notamment chez les enfants ou les jeunes ; avec notamment l'extension de l'EBD aux jeunes dès 3 ans.

4/ des dispositions pour une meilleure prise en charge des populations plus fragiles :

-à destination des patients diabétiques,

Afin d'accompagner les patients diabétiques et améliorer la prise en charge de leurs soins, la convention instaure un bilan parodontal (facturé 50€) qui pourra le cas échéant être complété par la suite par la prise en charge d'un acte d'assainissement parodontal (valorisé à hauteur de 80€ par sextant).

-sous traitement anticoagulants

La convention nationale prévoit une nouvelle valorisation pour la prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement anticoagulant qui prend la forme d'un supplément (20€ par séance) pour les soins chirurgicaux prodigués aux patients en ALD sous anticoagulant (AVK et AOD).

-en situation de handicap sévère

Conscients de la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap sévère, les partenaires conventionnels ont souhaité dans un premier temps faciliter les soins au fauteuil en cabinet et ce par une nouvelle prise en charge de sédation consciente telle que l'utilisation du MEOPA. Est ainsi proposée la création d'un supplément pour la prise en charge des personnes atteintes de handicap sévère valorisé à hauteur de 100€/séance, avec ou sans utilisation de MEOPA.

En outre, la convention instaure 2 nouveaux contrats incitatifs tripartites pour favoriser l'installation et le maintien d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux dans les zones très sous-dotées.

Deux avenants - n° 1 et n°2 – ont été signés le 14 février 2019 et parus au Journal officiel du 30 mars 2019 afin de faire évoluer certaines valorisations tarifaires, d'adapter les montants maximaux des actes du panier de soins CMU-C et ACS aux évolutions de la CCAM et de faire évoluer le mode de calcul de la participation des caisses aux cotisations maladie des chirurgiens-dentistes en intégrant l'entente directe ACS dans la formule de calcul du taux de dépassement utilisé dans le calcul du taux URSSAF.

Un avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes (PDF) a été signé le 26 novembre 2019 et publié au Journal officiel du 7 février 2020. Cet avenant fait évoluer le modèle de devis conventionnel dans le cadre de la mise en œuvre du « 100% santé ». Ce nouveau modèle de devis permet au praticien de remplir son devoir d'information. Ainsi le chirurgien-dentiste, proposant initialement un plan de traitement avec un reste à charge éventuel, se doit d'informer son patient sur les alternatives thérapeutiques existantes en « 100% Santé » ou à défaut, à entente directe modérée, et ce même s'il ne réalise pas ces actes lui-même. Au vu des alternatives thérapeutiques proposées, le patient peut demander au chirurgien-dentiste un autre devis avec une nouvelle proposition de plan de traitement complet. L'avenant apporte des éléments complémentaires à la clause d'indexation en définissant un indice dentaire synthétique correspondant à la somme pondérée des indices de prix relatifs aux différents postes de charges liées à l'activité dentaire. Enfin, des évolutions sont apportées par l'avenant aux mesures en faveur des personnes en situation de handicap par l'extension du champ des patients bénéficiaires (suppression des termes AEEH et PCH), l'instauration d'une grille permettant d'identifier les patients bénéficiaires de ces mesures (Grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap), et enfin par de nouvelles mesures tarifaires (supplément pour les actes techniques réalisés en deux séances ou plus à hauteur, consultation bucco-dentaire complexe, un supplément de 23€ dans le cadre de l'EBD).

Des négociations se sont ouvertes avec les représentants de la profession en décembre 2020 portant sur la télésanté (prise en charge des actes de téléconsultation et téléexpertise réalisés par les chirurgiens-dentistes) et l'essor du numérique en santé (valoriser l'utilisation des outils numériques en santé par les professionnels).

Infirmiers

La convention nationale régissant les rapports en les infirmiers libéraux et l'Assurance Maladie conclue en 2007 a été reconduite en 2012 et 2017. Un avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers a été conclu le 29 mars 2019 entre l'Uncam et deux des trois syndicats représentatifs la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux (SNIIL) et publié au *Journal officiel* le 13 juin 2019.

Cet avenant rénove intégralement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale ainsi qu'à ses avenants n°1 à 5 par la réécriture complète de la convention.

L'avenant n°6 conforte et fait évoluer les dispositions démographiques existantes afin de continuer à favoriser l'accès aux soins par une répartition plus équilibrée des infirmiers sur le territoire, autour de quatre axes : une méthodologie de zonage renouvelée, trois nouveaux contrats incitatifs avec des aides significativement revalorisées, un maintien du dispositif de régulation et une évolution des modalités du conventionnement dans les zones surdotées et enfin un encadrement de l'activité en zones intermédiaires ou très dotées situées en périphérie des zones surdotées.

L'avenant n°6 prévoit également diverses mesures valorisant l'activité des infirmiers dans leurs activités de soins qui seront échelonnées de 2019 à 2023. Il renforce également le rôle accru de ces professionnels de santé dans la coordination des soins et la prévention.

C'est le cas notamment avec la mise en place du bilan de soins infirmier (BSI), nouveauté majeure de l'accord, en remplacement de la démarche de soins infirmiers. Ce nouveau support d'évaluation, permet au professionnel de décrire toutes ses interventions et de définir un plan de soins adapté à la situation de chaque patient dépendant et de favoriser la coordination des soins avec le médecin.

La mise en place de ce dispositif depuis le du 1^{er} janvier 2020 permet de faire évoluer progressivement les conditions de tarification des soins réalisés auprès des patients dépendants en prenant mieux en compte la charge de travail de l'infirmier et le niveau de complexité de certaines prises en charge. Ainsi, l'accord prévoit une rémunération non plus à l'acte mais sous la forme de trois forfaits journaliers par patient s'échelonnant de 13€, 18,20€ à 28,70€ en fonction de trois profils de patients déterminés selon leur charge en soins (légère, intermédiaire ou lourde).

Autres mesures phares, l'accord prévoit la création de nouveaux actes et diverses mesures de revalorisation favorisant :

- l'accompagnement par l'infirmier de la prise médicamenteuse à domicile ;
- la prise en charge par l'infirmier de soins post-opératoires à domicile après une chirurgie réalisée en ambulatoire ou un parcours de réhabilitation améliorée après chirurgie ;
- la prise en charge par l'infirmier des pansements courants, lourds et complexes ;
- le développement des actes de téléconsultations en valorisant l'implication des infirmiers assistants les patients le nécessitant lors des actes de téléconsultations réalisés par les médecins.

A noter également la création d'une majoration conventionnelle favorisant la prise en charge par les infirmiers des enfants de moins de 7 ans.

L'avenant n°6 met enfin en place un forfait d'aide à l'informatisation et à la modernisation du cabinet.

Enfin, sur le plan de l'exercice professionnel, l'avenant n°6 met en place un dispositif de plafonnement journalier des indemnités kilométriques et prévoit différentes dispositions faisant évoluer les conditions générales d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention.

L'avenant n°7 à la convention nationale des infirmiers, signé le 4 novembre 2019, entre l'Uncam la FNI et le SNIIL est paru au Journal officiel le 3 janvier 2020.

La loi de modernisation de notre système de santé a créé la possibilité pour les infirmiers d'exercer en pratique avancée en vue de faciliter la prise en charge en ambulatoire et de soutenir les médecins dans la prise en charge de patients atteints de pathologies ciblées : accident vasculaire cérébral, diabète de type 1 et de type 2, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie etc. L'infirmier en pratique avancée participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui a été confié par un médecin.

L'avenant n°7 détermine, pour les infirmiers en pratique avancée (IPA) ayant choisi d'exercer à titre libéral sous le régime conventionnel, les modalités de leur exercice professionnel, notamment les conditions d'installation et de conventionnement, ainsi que les modalités de valorisation associées (Le suivi des patients par l'IPA est valorisé par 3 forfaits et une majoration pour les prises en charge complexes liées à l'âge du patient). L'accord prévoit par ailleurs des aides à l'installation pour les IPA exerçant à titre exclusif cette activité et une majoration pour les IPA de l'indicateur d'exercice coordonné du forfait d'aide à la modernisation du cabinet.

Des négociations se sont ouvertes en juin 2021 portant sur la prise en charge des soins infirmiers à domicile dispensés aux patients dépendants (dispositif bilan de soins infirmiers) en vue de la conclusion d'un avenant n°8 à la convention nationale.

Compte-tenu de ses enjeux financiers et du nombre de patients concernés, le dispositif BSI devait se déployer en 4 étapes :

Phase	Dates	Patients concernés
1^{ère} étape	1 ^{er} janvier 2020	Patient 90 ans et +
2^{ème} étape	1 ^{er} janvier 2021	Patient 85 ans et +
3^{ème} étape	1 ^{er} janvier 2022	Patient 78 ans et +
4^{ème} étape	1 ^{er} janvier 2023	Tous patients

Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2020, tous les patients dépendants âgés de 90 ans et plus, ont basculé sur ce nouveau dispositif.

L'objectif de cette entrée en vigueur échelonnée dans le temps était de permettre aux partenaires conventionnels, Assurance Maladie et syndicats représentatifs des infirmiers, de mieux suivre la mise en œuvre de la réforme, son impact financier et de réévaluer si besoin le dispositif.

Le bilan provisoire de la réforme, exposé aux partenaires conventionnels le 8 octobre dernier, a mis en évidence un dépassement significatif de l'impact prévu sur la 1^{ère} étape du déploiement du BSI.

Au regard de la dynamique des prises en charge des patients de 90 ans et plus, bien au-delà de ce qui était anticipé, et dans le but de préserver cette réforme essentielle, les partenaires conventionnels ont convenu de reporter la 2^{ème} étape du BSI.

Il revient désormais à l'Assurance maladie et aux représentants des infirmiers de s'accorder dans le cadre des négociations en cours sur les mesures à mettre en place dans le cadre d'un nouvel avenant afin de poursuivre le déploiement du BSI.

Ces négociations permettront également de poursuivre parallèlement les discussions engagées en novembre 2020 avec la profession sur la télésanté et le numérique.

Masseurs-kinésithérapeutes

La convention nationale régissant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'Assurance Maladie conclue en 2007 a été reconduite en 2012 et 2017.

Conclu le 6 novembre 2017 entre l'Uncam et l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL), l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes a été approuvé par avis publié au Journal officiel du 8 février 2018.

Ce texte vise en priorité à favoriser l'accès aux soins dans les territoires ainsi qu'à valoriser de nouvelles missions des masseurs-kinésithérapeutes dans la prévention et dans la prise en charge de certains patients ou de certaines pathologies pour lesquelles leur intervention est jugée prioritaire.

Cet accord prévoit notamment :

- la revalorisation de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes :
 - ✓ revalorisation du bilan diagnostic-kinésithérapique (BDK) (revalorisation au 1er juillet 2018 et facturation permise dès la 1^{re} séance), revalorisation de l'activité de rééducation pour 18 actes de la NGAP (revalorisation en deux phases : une première étape en décembre 2019, puis une seconde en juillet 2021) ;
 - ✓ valorisation de la prise en charge des patients atteints de handicap respiratoire chronique par la création de deux actes de réhabilitation respiratoire des patients en ALD atteints d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- la mise en place de forfaits et de majorations concernant des soins à enjeu de santé publique :
 - ✓ pour la prise en charge des patients en post-hospitalisation liée à un AVC : création d'un forfait de 100 €, à partir du 1er juillet 2018 ;
 - ✓ pour l'accompagnement du retour à domicile en post-chirurgie orthopédique : création d'un forfait de 20 €, à partir du 1er juillet 2018 ;
 - ✓ création d'une indemnité forfaitaire de déplacement spécifique dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée, à compter du 1er décembre 2019 ;

- ✓ élargissement du périmètre de l'indemnité forfaitaire de déplacement après une intervention orthopédique ou traumatologique « IFS » : la facturation sera possible au-delà du 35e jour dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les régimes d'assurance maladie ;
- la mise en place d'un forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel (regroupant les différentes aides à la télétransmission, à la maintenance et SCOR) ;
- le développement d'actions de prévention auprès des enfants et de prise en charge des personnes en situation de handicap, avec la mise en place d'expérimentations visant à favoriser le dépistage en milieu scolaire et visant à l'évaluation du domicile des patients atteints de handicap sévère ;
- une méthodologie de zonage rénovée et 3 nouveaux contrats incitatifs dans les zones très sous-dotées et sous-dotées avec des aides significativement revalorisées pour favoriser l'installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes dans ces zones ;
- l'instauration d'un principe de régulation du conventionnement dans les zones sur-dotées (principe d'une arrivée pour un départ).

L'avenant n°5 s'attache enfin à moderniser les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et rénove entièrement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale signée le 3 avril 2007 ainsi que ses avenants 1 à 4 (actualisation des dispositions conventionnelles sur notamment les modalités de facturation, la transmission des pièces justificatives, la mise en œuvre des procédures conventionnelles...).

L'avenant n°6 conclu le 14 mai 2019 entre l'Uncam et l'UNSMKL a été approuvé par avis publié au Journal officiel du 2 juillet 2019.

Cet avenant a pour principal but d'avancer le calendrier de certaines mesures portées par l'avenant n°5 afin de tenir compte des premiers résultats de la montée en charge de ces mesures.

Cet accord prévoit notamment :

- d'avancer la date d'entrée en vigueur de la revalorisation de 18 actes de la NGAP (valorisation des AMK ou AMC 7 à 7,6 et des actes en AMK ou AMC 8 à 8,3) ainsi que la date de création de l'indemnité forfaitaire de déplacement spécifique pour le maintien de l'autonomie de la personne âgée (4 €), mesures initialement prévues le 1er décembre 2019 par l'avenant 5, signé le 6 novembre 2017 ;
- de préciser les règles d'attribution des places libres en zones surdotées, soumises à la régulation du conventionnement, à la suite d'une cessation complète d'activité d'un masseur-kinésithérapeute dans la zone. En cas de départ d'un masseur-kinésithérapeute dans une zone sur-dotée, le conventionnement est octroyé de manière prioritaire au masseur-kinésithérapeute désigné nommément par son confrère cessant son activité comme son successeur.

Dans la suite des mesures dérogatoires prises par les pouvoirs publics lors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19, des négociations se sont ouvertes en novembre 2020 en vue de la conclusion d'un avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes portant sur la télésanté et le numérique en santé (prise en charge de la possibilité pour la profession de réaliser des actes à distance et instaurer des valorisations financières en vue de favoriser l'utilisation par les professionnels des outils numériques en santé).

Orthoptistes

La convention nationale régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les orthoptistes de 1999 arrivait à échéance le 31 décembre 2019. En l'absence de dénonciation des parties signataires, de la convention ainsi que de ses avenants, elle a été reconduite de nouveau pour 5 ans.

Les années 2018-2019 auront été marquées par la mise en œuvre de dispositifs conventionnels inscrits dans l'avenant n° 12 à la convention nationale des orthoptistes libéraux conclu le 19 avril 2017 et publié au Journal officiel du 23 juin 2017.

Cet accord qui rénove le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions précédentes, vise notamment à accompagner les évolutions de la filière visuelle et les pratiques de coopération efficaces entre professionnels de santé.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels ont travaillé sur les mesures suivantes :

- Une nouvelle campagne d'accompagnement du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération avec les assurés et des professionnels de santé concernés afin de favoriser la montée en charge de ce dépistage au bénéfice des patients : cette nouvelle campagne a été menée par l'assurance maladie en 2018 ;
- la mise en place à titre expérimental d'une action de dépistage collectif des troubles visuels en milieu scolaire auprès des enfants de première année de maternelle avec la rédaction d'un cahier des charges de ces actions. Ces travaux sont menés en lien avec le syndicat des orthophonistes avec lequel il a été également acté de mettre en place des expérimentations de dépistage en milieu scolaire des troubles du langage et de la communication dans le cadre de l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes ;
- le lancement de travaux sur la mise en œuvre d'une action de dépistage précoce et individuel des troubles de la fonction visuelle chez les enfants de 9 mois à 3 ans au cabinet de l'orthoptiste (ou au sein maison de santé) à la demande des médecins généralistes ou des pédiatres.

Orthophonistes

La convention nationale régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les orthophonistes libéraux de 1996 a été reconduite tacitement en 2017.

Conclu le 18 juillet 2017 entre, d'une part, l'Uncam et, d'autre part, la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes libéraux a été approuvé par avis publié au Journal officiel du 26 octobre 2017.

Cet accord vise à renforcer l'accès aux soins d'orthophonie, poursuivre l'accompagnement des évolutions de la profession et soutenir l'implication des orthophonistes dans certaines prises en charge.

Cet accord prévoit notamment :

- une méthodologie de zonage renouvelée et 4 nouveaux contrats incitatifs dans les zones très sous-dotées avec des aides significativement revalorisées pour favoriser l'installation et le maintien des orthophonistes dans ces zones ;
- la valorisation de l'activité des orthophonistes :
 - ✓ valorisation des bilans (avec une valorisation intervenant en 2 phases au 1^{er} avril 2018 et au 1^{er} janvier 2019), des actes de rééducation des orthophonistes (11 actes valorisés au 1^{er} avril 2018), valorisation de la prise en charge des enfants de 3 ans à 6 ans (au 1^{er} juillet 2019).
 - ✓ la mise en place de forfaits et de majoration conventionnels (au 1^{er} juillet 2019) pour la prise en charge des patients en situation de handicap, des enfants de moins de 3 ans, des patients en post-hospitalisation liée à un AVC, à une pathologie cancéreuse ou à une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou des troubles de la voix ;
- le développement des actions de prévention avec la mise en place d'expérimentations visant à favoriser le dépistage en milieu scolaire des troubles du langage et de la communication chez les enfants ;
- la mise en place d'un forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel (regroupant les différentes aides actuelles : aide à la télétransmission, aide à la maintenance, SCOR).

L'avenant n°16 s'attache enfin à moderniser les conditions d'exercice des orthophonistes libéraux et rénove entièrement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale signée le 31 octobre 1996 ainsi qu'à ses avenants 1 à 15 (actualisation des dispositions conventionnelles sur

notamment les modalités de facturation, la transmission des pièces justificatives, la mise en œuvre des procédures conventionnelles...)

L'avenant n°17 à la convention nationale, conclu le 29 janvier 2021 entre l'Uncam et la FNO a été approuvé par avis publié au Journal officiel du 24 avril 2021. Cet avenant a pour objet de définir, sur le plan conventionnel, les conditions de réalisation et de prise en charge des actes de téléssoin.

Pour soutenir le déploiement de cette activité à distance, l'avenant prévoit également la création d'un indicateur supplémentaire au forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet valorisant l'équipement des orthophonistes en vidéoconférence et en appareils médicaux connectés.

- Cet avenant prévoit enfin l'engagement de nouvelles négociations de la profession en 2021 : D'ici l'été, de nouvelles négociations s'ouvriront visant à définir des revalorisations tarifaires portant sur la prise en charge des troubles du neuro-développement afin de prendre en compte la mise en place des plateformes de coordination et d'orientation des troubles du neuro-développement.
- Au cours du second semestre 2021, de nouvelles négociations s'ouvriront portant sur d'autres thématiques dans la perspective de la prochaine échéance de la convention nationale (9 janvier 2022).

Pédicures-podologues

La Convention nationale des pédicures-podologues signée le 18 décembre 2007 et publiée au Journal Officiel du 29 décembre 2007 a été reconduite tacitement le 29 décembre 2017.

Un avenant n°4 à la convention nationale a été signé le 22 septembre 2020, entre la Fédération Nationale des podologues (FNP) et l'Uncam, et publié au Journal officiel du 31 décembre 2020. Cet avenant rénove entièrement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale conclue le 18 décembre 2007 et de ses avenants n°1 à 3 (réécriture de l'ensemble des dispositions applicables de la convention).

Afin d'encourager la prévention et la qualité des soins auprès des patients diabétiques, l'avenant n°4 prévoit que, pour les patients ayant une prescription médicale, la séance initiale du forfait de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique (POD) est désormais valorisée à hauteur de 32 euros. De plus, cet avenant prévoit de prendre en charge cette première séance du forfait de prévention (POD) même dans le cas où l'évaluation du patient, lors de cette première rencontre, conduit le pédicure-podologue à conclure que le patient n'est pas éligible à l'ensemble des séances du forfait de prévention (patients diabétiques ne relevant pas d'un niveau de risque podologique de grade 2 ou 3). Cette séance est alors facturable à hauteur de 27 euros.

Par ailleurs, l'avenant n°4 a augmenté le nombre maximal de séances prises en charge dans le forfait de prévention pratiqué par le pédicure-podologue :

- Pour les patients à risque, de grade 2, le forfait annuel de prévention des lésions des pieds comprend 5 séances de soins de prévention au maximum, au lieu de 4 précédemment ;
- Pour les patients à risque de grade 3 et présentant une plaie du pied diabétique en cours de cicatrisation, le forfait annuel de prévention des lésions des pieds comprend 8 séances de soins de prévention au maximum, au lieu de 6 précédemment.

Afin de valoriser le champ d'intervention des pédicures-podologues, cet avenant acte également la revalorisation de quatre actes de rééducation ou de massage d'un ou deux pieds en relation avec une intervention chirurgicale sur les pieds.

Enfin, à l'instar d'autres professions, l'avenant n°4 a mis en place un « forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel » pour la profession remplaçant les aides à la télétransmission et à la maintenance anciennement versées.

Dans la suite des mesures dérogatoires prises par les pouvoirs publics lors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19, des négociations se sont ouvertes le 12 février 2021 en vue de la conclusion d'un avenant n°5 à

la convention nationale des pédicures-podologues sur les sujets relatifs au télésoin et au numérique en santé (prise en charge de la possibilité pour la profession de réaliser des actes à distance et instaurer des valorisations financières en vue de favoriser l'utilisation par les professionnels des outils numériques en santé).

Transporteurs-sanitaires

Les discussions conventionnelles entre les fédérations nationales des transporteurs sanitaires privés et l'Uncam entamées en 2018 ont abouti à la signature d'un avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires, le 22 décembre 2020. Cet avenant a été signé par deux des quatre fédérations syndicales, la Chambre nationale des services d'ambulances (CNSA) et la Fédération nationale de la mobilité sanitaire.

Les thèmes principaux de cet avenant sont les suivants :

- la révision tarifaire des transports en véhicule sanitaire léger (VSL) et en ambulance ;
- le développement des transports partagés avec un dispositif financier d'incitation et de pénalisation ;
- l'engagement de travaux relatifs à la prise en charge des transports bariatriques ;
- la réforme des transports urgents pré-hospitaliers (garde ambulancière) ;
- le rappel des télé-services disponibles et la création d'une aide à l'équipement.

Le thème essentiel de cet avenant est la réforme des transports urgents ; il fait suite au protocole d'accord national signé en 2018 avec les cinq fédérations nationales représentant la profession ((la CNSA, la Fédération nationale des transports sanitaires – FNTS, la Fédération nationale des ambulanciers privés – FNAP et la Fédération nationale des artisans ambulanciers – FNAA) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ayant pour objet d'initier les travaux de réforme de la garde ambulancière avec les directions ministérielles concernées, les Fédérations nationales des Transporteurs sanitaires et l'Assurance maladie en y associant les agences régionales de santé (ARS), les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et le SAMU.

Le dispositif conventionnel s'appuie sur la nouvelle organisation des secteurs de garde à mettre en place par les ARS et détermine la rénovation de la tarification des transports urgents pré-hospitaliers.

Le volet organisationnel, qui sera défini par les ARS avec les acteurs locaux, devrait répondre aux principes suivants :

- revoir le découpage des secteurs géographiques pour mieux répondre aux réalités locales ;
- garantir le nombre d'ambulances dédiées à la garde avec une pénalité en cas d'indisponibilité non justifiée ;
- définir des horaires modulables en fonction du niveau d'activité et des caractéristiques géographiques des secteurs (agglomération ou ruralité) ;
- mieux répartir les missions entre les transporteurs sanitaires et les SDIS ;
- mettre en place un coordonnateur ambulancier chargé de veiller à la bonne répartition des missions et à la régulation des véhicules.

Cette nouvelle organisation sera entérinée par un décret prévoyant l'élaboration d'un cahier des charges dans chaque département fixé par arrêté des ARS.

Parallèlement, les signataires de l'avenant n° 10 ont fixé un nouveau modèle économique qui permet :

- d'assurer un meilleur équilibre économique afin d'inciter davantage les transporteurs sanitaires à répondre aux demandes d'interventions des SAMU ;
- d'adapter la rémunération au nouveau cadre d'organisation de la garde, et de garantir un revenu minimal aux entreprises de garde, en fonction des interventions effectivement réalisées ;
- de tenir compte de la globalité des coûts occasionnés pour une sortie à la demande du SAMU, y compris les sorties « blanches » ;
- d'assurer un suivi annuel des impacts financiers de ces nouvelles modalités de rémunérations, permettant le cas échéant des ajustements tarifaires.

Les nouvelles organisations se déploieront progressivement sur le territoire en fonction de l'avancée des travaux d'organisation territoriale. Dès lors, les nouvelles modalités de rémunération prévues par cet avenant entreront en vigueur dans chaque territoire en fonction de la mise en œuvre effective de la nouvelle organisation de la garde.

S'ajoute à cette nouvelle rémunération des transports urgents, la revalorisation des tarifs des transports en VSL et en ambulance.

Dans un contexte de nécessaire maîtrise des dépenses de ville, l'avenant prévoit également un dispositif d'optimisation du recours aux VSL par le développement du transport partagé.

Le taux de transports partagés observé en 2019 est de 15%. Les parties signataires du nouvel avenant ont fixé un nouvel objectif de transports partagés à 30% et ont défini un dispositif financier d'incitation et de pénalisation ayant pour objet d'atteindre ce nouvel objectif.

L'incitation financière repose sur un partage des économies supplémentaires dans les conditions suivantes qui varie selon le taux d'atteinte de transport partagé par l'entreprise ; si le taux de transport partagé de l'entreprise en montant remboursable est compris entre 5 et 10%, l'entreprise percevra 25% de l'économie supplémentaire, 35% si le taux de transport partagé est compris entre 10 et 20%, 45% si le taux de transport partagé dépasse 20%

La pénalisation financière consiste à l'application d'un malus de 5% si le taux de transports partagés de l'entreprise en montant remboursable est inférieur à 5%.

L'avenant prévoit, en outre, de définir la tarification des transports bariatriques dès que l'état des lieux des ressources existantes au niveau régional aura été établi par le ministère et qu'une organisation de l'offre aura été mise en place.

Cette nouvelle organisation reposera sur la définition et l'affectation des moyens humains et matériels répartis sur le territoire.

Sur cette base, les parties conventionnelles fixeront dans un nouvel avenant un modèle tarifaire discuté au sein d'un groupe de travail issu de la commission nationale de concertation, pour un aboutissement programmé en 2021.

Enfin l'avenant n°10 rappelle les télé-services mis à la disposition des professionnels par l'Assurance maladie et propose une aide à l'équipement pour encourager leur utilisation : facturation en ligne (SEFi) et logiciel couplé avec un GPS certifiant le nombre de kilomètres parcourus.

La convention nationale datant de 2003, la Cnam a entamé parallèlement un travail de toilettage et d'actualisation du texte conventionnel dans un projet d'avenant 11.

Taxis

La décision de l'Uncam définissant un modèle-type de convention locale encadrant les relations conventionnelles entre les entreprises de taxi et les organismes locaux d'assurance maladie a été publiée au Journal officiel du 30 décembre 2018.

Elle fait suite à un protocole d'accord signé le 12 novembre 2018 avec les six fédérations nationales de taxis, la Fédération nationale des artisans du taxi (FNAT), l'Union nationale des taxis (UNT), la Fédération nationale des taxis indépendants (FNTI), la Fédération française des taxis de province (FFTP), la Fédération nationale du taxi (FNDT) et l'Union nationale des industries du taxi (Unit) et définissant un cadre partagé de régulation des dépenses de transport de taxis.

Le dispositif conventionnel prévoit comme mesures communes à toutes les conventions locales :

- la désindexation des tarifs de prise en charge des tarifs préfectoraux ;
- la fixation de taux de remise ;

- la mise en place de clause de revoyure en fonction du taux d'évolution des dépenses.

Il préconise des mesures additionnelles comme la suppression des frais d'approche, la diminution de la facturation des tarifs les plus élevés en retour à vide et la limitation du temps d'attente, l'instauration de forfaits d'agglomération, le développement du transport partagé pour répondre aux spécificités locales en termes de pratiques tarifaires.

Pharmaciens

Huit avenants ont été conclus, approuvés ou publiés dans le secteur conventionnel de la pharmacie sur la période 2020 / 2021 :

- l'avenant n° 17 relatif à la ROSP génériques pour 2019. Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 03/04/2019. L'Unocam en a pris acte en date du 28/05/2019. Il a été publié au JO du 28 avril 2020.
- l'avenant n° 13 à l'accord national portant sur la délivrance de spécialités génériques (fixation des objectifs de substitution). Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 03/04/2019. Il a été publié au JO du 28 avril 2020.
- l'avenant n°18 relatif à la mise en place de la rémunération des pharmaciens pour la réalisation des TROD angines à compter du 1^{er} janvier 2020. Ce texte a été signé par l'Uncam, la FSPF et l'USPO le 18 septembre 2019 et par l'Unocam le 1^{er} octobre 2019. Il a été approuvé tacitement le 25 novembre 2019.
- l'avenant n°19 relatif au rééquilibrage financier de l'avenant 11, à l'expérimentation de l'ouverture du bilan partagé de médication aux patients résidents en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour une durée de deux ans, et à la mise en place de la dispensation adaptée par le pharmacien d'officine. Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 19 novembre 2019 et par l'Unocam le 19 décembre 2019. Il a été publié au JO le 4 février 2020.
- l'avenant n°20 relatif aux modalités de mise en place de la dispensation adaptée en officine. Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 12 février 2020. L'Unocam en a pris acte en date du 3 mars 2020. Il a été approuvé tacitement le 13 mai 2020 et publié au JO le 29 mai 2020.
- L'avenant n°21 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, a été signé le 29 juillet 2020, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et, d'autre part, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). L'Union nationale des organismes complémentaires (Unocam) a rendu une délibération le 18 août 2020 où elle prend acte de cet avenant 21 sans en devenir signataire. Il a été Publié au Journal officiel du 30 septembre 2020
- L'avenant n°22 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine (PDF) a été signé le 20 août 2020, entre, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO). Il a été approuvé tacitement le 29 octobre 2020.
- L'Avenant 14 à l'accord national sur les génériques (PDF) a été conclu le 20 août 2020 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO). Il a été approuvé tacitement le 29 octobre 2020 et publié au Journal officiel du 12 janvier 2021.

L'avenant n° 17 à la convention nationale pharmaceutique est relatif :

- A la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article 31.3.3 de la convention nationale qui prévoit la révision des « paramètres de calcul de la ROSP, afin de tenir compte de la réduction des marges de progression supplémentaire du taux de substitution sur les médicaments génériques », dans la limite de 30 % du montant global de la ROSP estimée en 2017 (140 M€). Les parties signataires de l'avenant n° 17 ont par ailleurs tiré les conséquences de l'investissement financier plus important de l'assurance maladie dans la mise place des nouveaux honoraires de dispensations issus de l'avenant n° 11, et se sont accordées dans ce cadre sur une baisse de rendement de la ROSP génériques 2019 plus importante que celle convenue. Ainsi, la rémunération des pharmaciens sur la délivrance des spécialités génériques pour 2019 est estimée dans ce cadre à 65 M€.
- A l'actualisation de la liste des molécules ciblées dans le cadre de la ROSP portant sur la délivrance de spécialités génériques.

L'avenant n° 13 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques. Dans cet avenant, les parties confirment leur engagement sur un taux de pénétration des génériques de 90 % sur l'ensemble des molécules du répertoire de l'ANSM arrêté au 30 juin 2018, hors Levothyroxine du fait de l'offre générique insuffisante constatée pour cette molécule.

Cet engagement national est décliné au niveau départemental. Dans ce cadre, les départements dont le taux de pénétration des génériques est inférieur à 90 % devront atteindre ce taux d'ici la fin de l'année 2019. Les départements déjà au-dessus de ce taux devront maintenir leur taux.

L'engagement national est également décliné en objectifs individuels. Les pharmaciens ayant un taux de pénétration des génériques inférieur à 90 % devront atteindre ce taux d'ici la fin de l'année.

L'avenant n°18 définit le contenu de cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine et fixe la rémunération pour la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) angines à compter du 1^{er} janvier 2020.

Dans un contexte de lutte contre l'antibiorésistance la réalisation d'un Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) constitue un outil pertinent pour distinguer une angine virale d'une angine bactérienne.

Les parties signataires se sont accordées sur la nécessité de valoriser la compétence dévolue par la réglementation aux pharmaciens pour la réalisation de TROD. Le pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé publique et de proximité joue un rôle aux côtés des prescripteurs, facilite le parcours du patient présentant un mal de gorge évocateur d'angine et favorise ainsi la pertinence des prescriptions.

La rémunération du pharmacien couvre la réalisation du test, les prestations énumérées à l'article 27.1 de l'avenant et le coût d'acquisition du test.

Deux circuits de prise en charge ont été définis :

- Soit le patient se présente spontanément à l'officine et est directement pris en charge par le pharmacien. Dans ce cas, la réalisation du test par le pharmacien est tarifée à 6 € HT
- Soit le patient est orienté vers la pharmacie par son médecin traitant pour la réalisation du test, muni d'une ordonnance conditionnelle d'antibiotiques. Dans ce cas, la réalisation du test par le pharmacien est tarifée 6 € HT en cas de résultat positif, et 7 € HT en cas de résultat négatif.

Les parties signataires se sont entendues pour assurer le suivi du déploiement de cette nouvelle mission. Un bilan circonstancié, sera réalisé à l'échéance d'un délai d'un an à compter de la mise en œuvre effective de cette nouvelle mesure conventionnelle.

L'avenant n°19 vise à tirer les conséquences du bilan économique réalisé à l'occasion de la mise en œuvre de la réforme de la rémunération officinale engagée par l'avenant n°11 en procédant aux rééquilibrages nécessaires pour respecter les prévisions initiales. L'honoraire lié à l'ordonnance complexe est ainsi fixé à 0,31€ au 1^{er} janvier 2020 au lieu de 0,51€. Par ailleurs, la rémunération pour objectif de santé publique relative à la transmission du numéro d'identification des prescripteurs hospitaliers (RPPS) par les pharmaciens dans le cadre de la LFSS 2019 a été supprimée.

Les parties signataires ont souhaité également poursuivre la mise en œuvre des évolutions conventionnelles engagées depuis quelques années afin d'accompagner les missions de santé publique des pharmaciens et diversifier le périmètre de l'exercice pharmaceutique, notamment en confortant le rôle du pharmacien dans les missions de conseil et d'accompagnement des patients dans l'observance de leur traitement ainsi que la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Elles se sont accordées pour mettre en œuvre, en 2020, par le biais d'une « intervention pharmaceutique » une dispensation adaptée, aux besoins thérapeutiques du patient, en s'assurant de la bonne observance des traitements prescrits.

Par ailleurs, les parties signataires se sont engagées en 2020 à définir les modalités d'identification auprès de l'Assurance maladie des pharmaciens correspondants dont le dispositif a été simplifié aux termes de l'article 28 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Le bilan partagé de médication mis en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2018 permet d'accompagner les patients de 65 ans et plus avec ALD et les 75 ans et plus pour lesquels plus de cinq médicaments sont prescrits. Les parties signataires ont proposé dans le cadre de cet avenant d'ouvrir cet accompagnement à tous les patients polymédiqués de 65 ans et plus.

Enfin les parties signataires ont proposé d'adapter cet accompagnement aux personnes âgées vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour le rendre accessible dès maintenant, et à titre expérimental, dans les mêmes conditions que les autres personnes âgées polymédiquées.

L'évaluation de ce dispositif au terme d'une période de 2 ans pourra conduire à des évolutions du bilan partagé de médication dans le contexte particulier de l'EHPAD au sein duquel différentes professions entourent le patient : médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmière et parfois les aidants.

L'avenant n° 20 a pour objectif d'inciter le pharmacien à adapter la dispensation d'un médicament pour s'assurer de la délivrance de la quantité pertinente nécessaire au traitement du patient. Son principe est de répondre aux besoins thérapeutiques du patient, tout en s'assurant de la bonne observance des traitements prescrits et en évitant tout risque de mésusage.

La mise en œuvre de la dispensation adaptée par le biais d'une intervention pharmaceutique concerne uniquement des traitements dont la posologie peut être ajustée, en fonction des symptômes perçus par le patient et de sa libre appréciation, en respectant la prescription médicale et l'objectif thérapeutique. Vingt-deux classes thérapeutiques ont ainsi été incluses dans l'accord, comme par exemple le paracétamol, les médicaments des troubles du transit ou encore les antiseptiques et désinfectants.

Le principe est que si l'adaptation par le pharmacien de la dispensation contribue à faire diminuer les volumes de boîtes délivrés, une part des économies réalisées est reversée aux officines, sous la forme d'une rémunération sur objectifs de santé publique, avec des premiers paiements à l'été 2021. Ce dispositif est mis en place pour deux ans. A l'issue de cette période, un bilan sera réalisé pour en évaluer l'impact et l'efficacité.

L'avenant 21 à la convention pharmacien de 2012, présente d'une part, les nouvelles modalités de mise en œuvre de la rémunération des accompagnements pharmaceutiques pour les patients sous traitements chroniques (paiement à l'acte), et d'autre part, la mise en place d'un nouvel accompagnement pharmaceutique pour les patients sous traitement anticancéreux oraux. Il renforce également l'exercice coordonné pluriprofessionnel en revalorisant la rémunération liée à cet exercice et en conditionnant le versement de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) « qualité de service » à la participation des pharmaciens à un exercice coordonné afin de favoriser la coordination entre les professionnels de santé.

L'avenant 22 fixe le montant de rémunération des pharmaciens pour la délivrance des spécialités génériques pour 2020, il sera identique à celui de 2019, soit une enveloppe de 65 M€. Par conséquent, en moyenne et à activité constante, la rémunération des pharmaciens pour l'année 2020 sera stable par rapport à 2019. Le niveau très élevé de substitution par des médicaments génériques atteint par les pharmaciens, les perspectives de tombées de brevet moins importantes dans les années à venir associées à une politique de convergence entre prix des princeps et prix des génériques, et la mise en œuvre de l'article 66 de la LFSS pour 2019, concourent à la réduction des économies à réaliser dans le secteur.

L'avenant 14 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques fixe un taux national de pénétration des médicaments génériques à 90 % et maintient le renforcement du dispositif « tiers payant contre générique » généralisé à l'ensemble du territoire et à tous les assurés, quel que soit leur régime d'affiliation. A noter que sont exclues du calcul du taux de substitution les molécules figurant en annexe de l'arrêté du 12 novembre 2019 précisant, en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les situations médicales dans lesquelles peut être exclue la substitution à la spécialité prescrite d'une spécialité du même groupe générique. Par ailleurs, le seuil de substitution en deçà duquel une procédure conventionnelle peut être engagée à l'encontre des pharmacies qui ne respectent pas le dispositif « tiers payant contre génériques » est fixé à 75 %.

Annexe 3 – La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

La Rosp en 2020, un dispositif d'amélioration des pratiques impacté par la crise sanitaire

L'année 2020, marquée par la crise sanitaire, a fortement perturbé l'évolution des indicateurs de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) des médecins.

Afin de corriger les effets de cette situation très atypique, des mesures d'ajustement à la marge du calcul de la Rosp ont été définies avec les représentants des médecins.

1. L'évolution des indicateurs en 2020 influencée par la crise sanitaire

La crise sanitaire a eu un impact significatif sur les indicateurs Rosp. Le moindre recours aux soins (essentiellement durant le premier confinement) et l'annulation d'activités programmées non urgentes ont ainsi percuté l'évolution de certains indicateurs sans que cela résulte directement d'un changement des pratiques professionnelles des médecins.

Certains indicateurs de la Rosp, notamment ceux liés à des dosages biologiques ou des actes de dépistage, sont ainsi moins bien orientés.

Pour la Rosp médecin traitant de l'adulte, c'est le cas pour la part des patients diabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année (-2,8 points), la part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un fond d'œil sur 2 ans et 1 trimestre (-1,2 point) et le dépistage de la maladie rénale chronique chez le patient diabétique (-0,9 point). Le suivi des patients sous traitement anti-vitamine K est également en baisse (- 3,6 points).

La même évolution est observée pour les indicateurs de dépistage des cancers : - 3,0 points pour celui du cancer du sein, - 1,6 point pour celui du cancer du col de l'utérus et - 0,4 point pour celui du cancer colorectal (dont le recul - prononcé en milieu d'année - a été partiellement rattrapé).

A noter également : les indicateurs relatifs à la durée de certains traitements ont augmenté (alors que l'évolution attendue doit être à la baisse). C'est le cas des benzodiazépines hypnotiques (+ 1,9 point) et anxiolytiques (+ 0,7 point).

A l'inverse, la crise sanitaire a accompagné la bonne orientation de certains indicateurs, comme le taux de couverture de vaccination antigrippale des 65 ans et plus, très fortement en hausse (+ 7,7 points), de même que celui des patients à risque (+ 6,0 points) ou le taux des traitements par antibiotiques chez les patients de 16 à 65 ans et hors ALD (- 8,6 points).

Pour la Rosp médecin traitant de l'enfant, les indicateurs décroissants portant sur les parts de patients traités par antibiotiques générant des antibiorésistances s'améliorent (-1,2 et -1,0 point) tout comme les indicateurs de vaccination ROR et méningocoque C (1,6 et 2,3). En revanche, certains indicateurs se dégradent, comme la part des patients asthmatiques ayant eu au moins une EFR (-1,9 point) et des enfants ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire (-5,5).

Concernant la Rosp des cardiologues, les indicateurs, sont bien orientés, hormis ceux portant sur la prescription dans le répertoire déjà en baisse en 2019. En revanche, la patientèle médecin correspondant a fortement chuté par rapport à 2019 (-2,9%) en raison d'un moindre recours aux soins des patients.

La ROSP des gastroentérologues a été très impactée par la crise sanitaire aussi bien au niveau des indicateurs que de la patientèle médecin correspondant (-6,9%). Pour exemple, la part de patients contrôlés par un test TRU après traitement contre *Helicobacter Pylori* a baissé de 6,4 points, ou la part de patients traités par azathioprine pour MICI avec un suivi biologique adapté a diminué de -3,6 points.

Enfin, concernant la ROSP des endocrinologues, certains indicateurs ont progressé, telle que la part des patients traités par schéma basal bous (+9,5 points), ou de ceux dont l'initiation par insuline a pas été faite à l'hôpital (-2,0 point), conséquence de la baisse des hospitalisations observée (hors patients hospitalisés pour covid). D'autres ont été négativement impactés par le contexte sanitaire, c'est le cas de la part de patients ayant bénéficié de soins de podologie en 2020 (-2,8 points).

2. Une rémunération globale préservée

Afin d'éviter que ces évolutions atypiques des indicateurs, déconnectées des pratiques des médecins, n'aient un impact sur la Rosp, des ajustements limités ont été décidés par la Commission paritaire nationale des médecins afin de corriger les effets dus à la crise.

Des coefficients de majoration ont ainsi été appliqués à la rémunération du médecin pour la Rosp médecin traitant de l'adulte et celle médecin traitant de l'enfant, afin de neutraliser les évolutions des indicateurs tout en conservant l'effet de l'augmentation de la patientèle médecin traitant.

La **rémunération des seuls médecins généralistes, au titre de la Rosp médecin traitant de l'adulte, représente 258,3 millions d'euros pour 50 733 médecins** (contre 254,4 millions d'euros pour 50 662 médecins en 2019), soit un montant moyen de rémunération versée de 5 091 euros par médecin rémunéré (contre 5 021 euros en 2019). La Rosp médecin traitant de l'enfant représente 11,6 millions d'euros.

Deux spécialités qui ont vu leur patientèle significativement affectée lors des confinements (gastro-entérologues et cardiologues) se sont vues appliquer une clause de sauvegarde exceptionnelle au montant global de la rémunération 2020. Ainsi, 4 412 cardiologues sont rémunérés pour un montant total de 9,2 millions d'euros, et 2 006 gastroentérologues pour un montant total de 2,8 millions d'euros.

Les rémunérations de la Rosp clinique des médecins libéraux⁶⁴ s'élèvent ainsi en 2020 à 279,5 millions d'euros pour 72 098 médecins rémunérés (contre 275,9 millions d'euros pour 73 582 médecins rémunérés en 2019).

⁶⁴ Sont incluses ici les Rosp médecin traitant de l'adulte, cardiologue et gastroentérologue - hors Rosp centres de santé, endocrinologues et médecin traitant de l'enfant.

Résultats complets nationaux

Indicateurs cliniques pour les médecins traitants (libéraux)

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Evol. en points 2019 - 2020		
PREVENTION	Grippe								
	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	52,9 %	52,9 %	55,3 %	56,4 %	64,2%	7,7		
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	31,2 %	31,2 %	33,3 %	34,9 %	40,9%	6,0		
	Dépistage des cancers								
	Dépistage du cancer du sein	67,3 %	66,1 %	66,4 %	66,2%	63,2%	-3,0		
	Dépistage du cancer du col	56,9 %	56,8 %	56,1 %	55,0%	53,4%	-1,6		
	Dépistage du cancer colorectal***	22,9 %	29,1 %	28,1 %	30,8%	30,5%	-0,4		
	Iatrogénie médicamenteuse								
	Patient âgé sous psychotropes	5,3 %	5,0 %	4,8 %	4,6 %	4,5%	-0,1	Décroissants	
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	41,6 %	40,9 %	42,4 %	41,0 %	42,9%	1,9		
Traitement par benzodiazépine anxiolytique	15,1 %	15,0 %	14,8 %	14,3 %	15,0%	0,7			
Antibiothérapie									
Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	39,5	36,1	35,8	32,9	24,3	-8,6			
Antibiorésistance	43,2 %	39,5 %	36,9 %	34,7 %	34,7%	-0,1			
Diabète									
Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique***	79,0 %	78,7 %	79,4 %	79,7 %	76,9%	-2,8			
Fond d'œil chez le diabétique**	62,9 %	62,0 %	65,8 %	68,1 %	67,0%	-1,2			
Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique**	31,0 %	34,9 %	40,9 %	43,4 %	42,5%	-0,9			
HTA									
Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu**	7,0 %	9,0 %	22,3 %	24,8 %	24,6%	-0,2			
Risque cardio-vasculaire									
Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	44,2 %	43,6 %	43,7 %	43,9 %	44,1%	0,2			
Surveillance d'un traitement par anti vitamine K**	79,0 %	80,2 %	85,5 %	84,1 %	80,4%	-3,6			
Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)									
Statines prescrites dans le répertoire des génériques	90,3 %	90,7 %	98,1 %	97,0 %	95,4%	-1,6			
Antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	86,5 %	88,5 %	92,7 %	95,3 %	93,3%	-1,9			
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 %								
Indice global de prescription dans le reste du répertoire*	47,1 %	62,2 %	62,3 %	64,7 %	61,0%	-3,8			
Bio-similaires de l'insuline glargine***	0,2 %	2,8 %	9,1 %	19,7%	26,8%	7,1			
Efficience des prescriptions									
Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons			30,9 %	30,1 %	30,8%	0,7	Déc.		
Traitement par ézétimibe			11,0 %	12,0 %	13,5%	1,6			
Traitement antiagrégants plaquettaires par aspirine	87,2 %	87,9 %	88,4 %	88,9 %	89,2%	0,3			
Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	80,6 %	81,4 %	82,3 %	83,0 %	83,6%	0,6			

	Hormonémies thyroïdiennes*	86,7 %	89,1 %	90,7 %	91,0 %	91,1%	0,1
--	----------------------------	--------	--------	--------	--------	-------	-----

* Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2017

** Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2018.

*** Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2019.

Indicateurs cliniques pour les médecins traitants de l'enfant (libéraux)

		Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Evol. en points 2019 - 2020
PREVENTION	Vaccination							
		2 doses vaccin ROR chez enfants de - 2 ans	75,7%	78,1%	83,1%	84,3%	85,9%	1,6
		1 dose vaccin antiméningocoque C enfants - 18 mois	75,3%	80,5%	89,2%	95,1%	97,4%	2,3
	Antibiorésistance							
		Part des C3 ou C4 des enfants de - 4 ans traités par antibiotiques	34,0%	27,0%	24,1%	21,3%	20,1%	-1,2
		Part des C3 ou C4 des enfants de + 4 ans traités par antibiotiques	22,8%	19,3%	17,2%	15,2%	14,1%	-1,0
SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES	Suivi bucco-dentaire							
		Examen bucco-dentaire chez les - 16 ans	76,5%	76,9%	76,9%	77,4%	71,9%	-5,5
	Asthme							
	Asthme persistant [1-16 ans] traités par CI ou ALT	54,8%	54,1%	53,0%	53,9%	55,5%	1,6	
	Asthme persistant [6-16 ans] avec au moins 1 EFR/an	38,4%	39,8%	43,3%	43,2%	41,3%	-1,9	

Décr.

Indicateurs cliniques pour les cardiologues

		Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Evol. en points 2019 - 2020
PREVENTION	HTA							
		Hypertension artérielle sous trithérapie	68,1%	68,3%	68,5%	69,6%	70,6%	1,0
		Surveillance biologique sous trithérapie anti-HTA	89,4%	90,0%	90,4%	91,4%	91,2%	-0,2
	Iatrogénie							
	Limiter la durée des traitements antiagrégants	67,9%	66,6%	65,1%	63,3%	61,3%	-1,9	
SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES	Infarctus du myocarde							
		Traitement post infarctus du myocarde	34,2%	33,5%	32,2%	32,0%	32,4%	0,4
	Insuffisance cardiaque							
	Traitement de l'insuffisance cardiaque	63,4%	63,4%	64,1%	65,8%	66,5%	0,7	
EFF. PRESCRIPTION	Prescription dans le répertoire							
		Antihypertenseurs génériques	86,1%	90,9%	93,3%	92,6%	91,8%	-0,8
	Statines génériques	91,2%	95,0%	93,8%	89,9%	84,7%	-5,2	

Décr.

Indicateurs cliniques pour les gastro-entérologues

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Evol. en points 2019 - 2020	
PREVENTION	Dépistage du cancer colorectal							D
	Coloscopie totale avec polypectomie	3,1%	3,7%	3,6%	3,6%	3,5%	-0,1	
	Eradication Helicobacter Pylori							
SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES	Cancer colorectal							
	Imagerie après intervention pour cancer colorectal	73,5%	74,9%	77,3%	79,1%	78,7%	-0,4	
	ACE après intervention pour cancer colorectal	27,4%	27,2%	27,2%	28,0%	27,9%	-0,1	
	MICI							
	Protéinurie pour MICI sous 5-ASA	38,4%	38,8%	39,7%	41,0%	39,9%	-1,1	
	NFS-plaquettes pour MICI sous azathioprine	71,2%	70,7%	70,2%	70,8%	67,2%	-3,6	

Indicateurs cliniques pour les endocrinologues

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Evol. en points 2019 - 2020	
SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES	DIABETE						
	Schéma de « basal bolus » chez le diabétique	88,6%	85,6%	79,6%	89,2%	9,5	
	THYROIDE						
	Dosage de la Tg et des Ac anti-TG des patients opérés d'un cancer thyroïdien	69,5%	70,3%	72,3%	71,2%	-1,1	
	Cytoponction avant opération d'un nodule thyroïdien	48,4%	50,0%	54,5%	57,9%	3,4	
PREVENTION	DIABETE						
	Soins de podologie chez le diabétique	51,0%	51,9%	52,9%	50,0%	-2,8	
EFFICIENCE	DIABETE						
	Autonomie dans l'initiation de l'insuline chez le diabétique de moins de 80 ans	69,5%	70,6%	70,4%	69,0%	-1,4	
	Initiation de l'insuline à l'hôpital chez le diabétique de moins de 80 ans	26,0%	23,9%	22,9%	20,8%	-2,0	Décr.

Indicateurs cliniques pour les médecins traitants adultes (centres de santé)

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Evol. en points 2019 - 2020
PREVENTION	Grippe						
	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	40,1%	40,2%	42,3%	43,9%	50,1%	6,3
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	26,4%	26,7%	29,2%	31,3%	36,1%	4,7
	Dépistage des cancers						
	Dépistage du cancer du sein	61,1%	59,9%	59,9%	60,2%	57,8%	-2,4
	Dépistage du cancer du col	50,2%	49,8%	48,9%	47,8%	46,1%	-1,8
	Dépistage du cancer colorectal***	17,1%	23,7%	23,7%	24,5%	24,9%	0,4
	Iatrogénie médicamenteuse						
	Patient âgé sous psychotropes	3,0%	2,9%	2,9%	2,7%	2,7%	0,0
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	39,7%	39,1%	41,9%	41,4%	43,4%	2,0
Traitement par benzodiazépine anxiolytique	13,1%	13,8%	14,0%	13,7%	14,7%	1,1	
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Antibiothérapie						
	Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	26,7	24,2	23,6	21,6	15,4	-6,2
	Antibiorésistance	37,6%	36,7%	35,4%	34,2%	33,4%	-0,7
	Diabète						
	Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique***	71,1%	71,2%	72,4%	73,2%	70,5%	-2,7
	Fond d'œil chez le diabétique**	65,8%	62,2%	66,9%	70,1%	69,7%	-0,3
	Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique**	41,0%	41,8%	43,2%	44,9%	44,2%	-0,7
	HTA						
	Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu**	12,0%	12,3%	27,1%	28,0%	27,2%	-0,8
	Risque cardio-vasculaire						
Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	38,5%	38,2%	38,9%	39,4%	39,7%	0,3	
Surveillance d'un traitement par anti vitamine K**	63,1%	68,4%	74,8%	74,3%	74,1%	-0,2	
OPTIMISATION ET EFFICACITE DES PRESCRIPTIONS	Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)						
	Statines prescrites dans le répertoire des génériques	92,5%	92,6%	98,2%	97,3%	95,7%	-1,6
	Antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	85,7%	87,7%	92,6%	95,1%	92,9%	-2,2
	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%					
	Indice global de prescription dans le reste du répertoire*	44,4%	62,1%	62,4%	65,2%	62,2%	-3,1
	Bio-similaires de l'insuline glargine***	0,3%	2,6%	6,4%	14,2%	21,5%	7,3
	Efficacité des prescriptions						
	Traitement par IPP			36,0%	35,7%	35,6%	0,0
	Traitement par ézétimibe			8,8%	9,9%	11,4%	1,5
Traitement antiagrégants plaquettaires par aspirine	88,2%	89,0%	89,2%	89,5%	90,0%	0,5	
Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	87,5%	87,5%	87,7%	87,9%	88,2%	0,3	
Hormonémies thyroïdiennes*	78,0%	80,2%	82,6%	84,6%	85,8%	1,2	

* Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2017.

** Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2018.

*** Formule de calcul de l'indicateur modifiée à compter de décembre 2019.

Annexe 4 – Cartographie des pathologies et des dépenses : Méthode d'affectation des dépenses aux pathologies, traitements et événements de santé développée par la Cnam

Non comparabilité des résultats issus de différentes versions de la Cartographie

Afin de pouvoir disposer de données d'évolutions sur la période, à chaque nouvelle version de la Cartographie, l'ensemble des programmes est exécuté pour chaque année de la période. Ainsi, au sein d'une même version de la Cartographie, les résultats sont comparables d'une année à l'autre car issus d'une même méthodologie. En revanche, les résultats publiés dans ce rapport ne peuvent être comparés à ceux des rapports précédents car ils proviennent de versions différentes de la Cartographie pouvant présenter des différences de méthodologie.

En particulier, **la version dont est issu ce rapport présente les dépenses affectées aux pathologies sur le champ de l'ensemble des régimes**, alors que celle du rapport précédent affichait les résultats du seul régime général (y compris SLM).

Mises en garde/précisions diverses concernant certains postes de dépenses pour certaines années de la Cartographie (période 2015-2019)

- **En 2017, pour les ACE** : la base de données remontant les factures de 2017 des ACE des établissements de l'AP-HP n'étant pas complète, une baisse de l'évolution annuelle globale des dépenses du poste ACE s'observe pour cette année.
- **A partir de 2017, pour la liste en sus** : l'intégration des médicaments sous ATU et post ATU délivrés au cours des séjours de MCO dans la liste en sus des établissements publics et privés de MCO à partir de 2017, se traduit par un élargissement du champ du poste de dépense liste en sus (auparavant ces médicaments étaient financés par une enveloppe MERRI (« dotation spécifique au titre des missions d'enseignement, recherche, référence et innovation ») hors champ de la cartographie).

Étape 1 : Constitution des montants de dépenses annuelles par individu et par poste

Les dépenses retenues pour l'affectation aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire quel que soit le régime d'affiliation. Parmi elles, seules les dépenses individualisables (c'est-à-dire rattachables à un individu) correspondant aux différents postes de l'Ondam (indemnités journalières (IJ) pour maladie, mais aussi pour accident du travail ou maladie professionnelle (ATMP)) sont prises en compte, ainsi que les IJ pour maternité et les prestations d'invalidité.

Les dépenses sont regroupées autour des trois grands regroupements de postes suivants : les soins de ville, les soins hospitaliers, et les prestations en espèces (indemnités journalières pour maladie, accidents du travail, maladie professionnelle ou maternité, et prestations d'invalidité).

Si l'ensemble des prestations en espèces concerne tous les assurés du régime général, ce n'est pas le cas pour tous les autres régimes. Principalement⁶⁵ :

- une partie seulement des assurés des Sections locales mutualistes (ceux non fonctionnaires⁶⁶) peuvent bénéficier d'IJ en cas d'arrêts maladie ou de pension d'invalidité versées par l'Assurance Maladie ;
- les travailleurs indépendants ne bénéficient pas d'IJ ATMP (avant ou après leur intégration au régime général) ;

⁶⁵ L'exhaustivité des particularités pour l'ensemble des régimes n'est pas ici listée.

⁶⁶ les arrêts de travail des fonctionnaires ne donnent pas lieu à des versements d'IJ par l'Assurance Maladie mais à un maintien de salaire assuré par leur employeur [Etat, collectivités locales ou établissements hospitaliers] ; de même en cas d'invalidité les prestations leur sont servies par leur employeur).

- une partie seulement des assurés des travailleurs indépendants (ceux non professions libérales⁶⁷) peuvent bénéficier d'IJ maladie et de pension d'invalidité versées par l'Assurance Maladie ;

Précision concernant les pensions d'invalidité des travailleurs indépendants :

- Les pensions d'invalidité des travailleurs indépendants ne sont remontées dans le SNDS (et donc dans les montants de la Cartographie) qu'à partir de janvier 2020 (février 2020 en date de versement), suite à l'intégration du RSI dans le régime général⁶⁸.
- La constitution des dépenses annuelles par poste et par individu nécessite de mobiliser plusieurs sources de données provenant du Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) du Système National des Données de Santé (SNDS⁶⁹) et de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

Dépenses annuelles par individu et par poste, pour les soins de ville, les séjours hospitaliers en établissements privés et les prestations en espèces

Pour les soins de ville, les séjours hospitaliers en établissements **privés** (MCO – médecine, chirurgie, obstétrique –, PSY – psychiatrie –, SSR – soins de suite et de réadaptation –, HAD – hospitalisation à domicile –) et les prestations en espèces, les montants de dépenses par poste proviennent du Datamart de Consommation de soins (un produit dérivé du Datamart de Consommation Inter-Régime (DCIR) présent dans le Sniiram). Directement disponibles par individu, prestation⁷⁰ et mois de liquidation dans le Datamart, ces montants sont ensuite sommés par individu et par année de soins.

Précisions :

- les dépenses relatives à l'activité externe des établissements privés de MCO et de SSR sont comprises dans celles des différents postes de soins de ville et prises en compte dans le montant total des dépenses à affecter.
- les dépenses relatives à l'activité externe des établissements privés de psychiatrie sont comprises dans celles du poste de dépenses hospitalières de psychiatrie et prises en compte dans le montant total des dépenses à affecter.

Dépenses annuelles par individu et par poste, pour les séjours hospitaliers et les actes et consultations externes de MCO en établissements publics

Pour les séjours hospitaliers (MCO, PSY, SSR, HAD) en établissements **publics** et les actes et consultations externes (ACE) de MCO, les montants de dépenses annuelles par poste sont la résultante d'un travail préalable de valorisation des séjours (estimations des coûts des séjours), séquences ou sous-séquences pour les séjours hospitaliers (MCO,

⁶⁷ Contrairement aux artisans/commerçants, les professions libérales ne peuvent percevoir d'IJ maladie ou de pension d'invalidité versées par l'Assurance Maladie

⁶⁸ Concernant l'intégration des travailleurs indépendants dans le régime général :

C'est à compter de début 2019 pour les personnes nouvellement travailleurs indépendants, et courant février 2020 pour tous les autres (le « stock »). Ceci est vrai pour l'ensemble des prestations d'Assurance Maladie, et donc en particulier pour les IJ maladie et les prestations en espèces maternité/adoption/paternité.

Pour l'invalidité, c'est à partir des pensions de janvier 2020 (février 2020 en date de versement) (concernant l'année 2019, il a été considéré que les personnes nouvellement travailleurs indépendants ne pouvaient pas déjà percevoir une pension d'invalidité en tant que travailleur indépendant).

⁶⁹ La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a créé le SNDS. Il comprend notamment les données de l'Assurance Maladie (Sniiram) et celles des hôpitaux (PMSI). Pour plus d'informations : « Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie /Système National des Données de Santé

Tuppin P, udant J, Constantinou P, Gastaldi-Ménager C, Rachas A, de Roquefeuil L et al. Value of a national administrative database to guide public decisions : from the Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie (SNDS) to the Système National des Données de Santé (SNDS) in France. Rev Epidemiol Sante Publique. 2017;65: 149-67 ».

⁷⁰ Suivant la nomenclature de celle de la Statistique Mensuelle (par exemple on ne dispose pas des codes cip des médicaments...)

PSY, SSR, HAD) et de valorisation des factures pour les ACE de MCO (cf. **Encadré 2 : Valorisation des dépenses hospitalières du secteur public**). Ces valorisations sont réalisées à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) du SNDS, disponibles par séjour/séquences/sous-séquences/factures. A l'issue de ce travail de valorisation, une agrégation par individu des montants des séjours, séquences, sous-séquences ou factures au cours de l'année (selon le poste de dépense considéré) est opérée, permettant d'alimenter la table des dépenses annuelles par individu pour les postes de l'hôpital public et celui des ACE.

Précisions :

- les dépenses relatives à l'activité externe des établissements publics de MCO (ACE) sont disponibles par individu et prises en compte dans le montant total des dépenses à affecter.
- les dépenses relatives à l'activité externe des établissements publics de SSR ne sont comprises dans aucun poste de dépenses de la Cartographie (exclusion de ce champ des dépenses) et ne sont donc pas non plus prises en compte dans le montant total des dépenses à affecter.
- les dépenses relatives à l'activité externe des établissements publics de psychiatrie ne sont pas disponibles par individu et ne figurent dans aucun poste de dépenses de la Cartographie, mais sont en revanche bien prise en compte (dans leur globalité) dans le montant total des dépenses à affecter.

Encadré 2 : Valorisation des séjours des établissements publics de MCO, SSR, psychiatrie et HAD, ainsi que des ACE des établissements publics de MCO)

Valorisation des séjours de MCO

La valorisation des séjours de MCO retenue pour la Cartographie est celle réalisée par l'ATIH et disponible dans le PMSI .

Valorisation des séjours de psychiatrie et des séquences de SSR du public

Les établissements psychiatriques et ceux de soins de suite et de réadaptation (SSR) utilisent un système de recueil d'informations spécifique (respectivement le RIM-P et le PMSI-SSR) qui permet de décrire leur activité et de rattacher les séjours, de façon générale, aux bénéficiaires de soins grâce au même numéro d'identification que celui utilisé dans le Sniram/Snds. À la différence du secteur MCO, ces recueils d'activités ne sont pas associés à des tarifs de séjour, et on ne peut donc pas valoriser les séjours directement à partir de ces seules données.

La valorisation pour la cartographie des séquences de SSR et des séjours de PSY repose sur une méthode d'**estimation « Cnam »** (utilisant notamment un coût moyen à la journée – estimé à partir des dotations globales de chaque établissement et de données relatives à l'activité dans ces séjours disponibles dans les tables de séjours –, qui sert à valoriser les séjours sur la base de leur durée).

Valorisation des sous-séquences de HAD

Les montants de chaque sous-séquences des séjours de HAD sont calculés en utilisant les informations sur les GHT correspondants (31 Groupes Homogènes de Tarifs fixés par arrêtés tarifaires annuels).

Valorisation des factures des ACE des établissements de MCO

La valorisation des ACE retenue pour la Cartographie des ACE est celle de l'ATIH, disponible dans le PMSI, sur laquelle divers nettoyages ont été réalisés spécifiquement pour la Cartographie⁷¹.

Précisions concernant les postes de dépenses de séjours MCO/PSY/SSR pour le secteur privé :

Dans un souci de cohérence avec les dépenses des séjours hospitaliers en établissements publics :

- les honoraires des professionnels de santé réalisés en établissements privés dans le cadre d'un séjour (ou urgence) sont rattachés aux dépenses en établissements privés (MCO, PSY, SSR) et non aux soins de ville ;
- les dépenses relatives aux forfaits techniques, IRM/scanner réalisés en établissements MCO privés en dehors des séjours (ou urgence) dans ces établissements privés sont rattachés aux dépenses de soins de ville et non aux dépenses des établissements privés.

Gestions des valeurs extrêmes et autres traitements d'amélioration de la cohérence des montants de dépenses par individu

Plusieurs traitements sont réalisés de façon à améliorer la qualité de la table des dépenses par individu.

- Gestion des valeurs extrêmes :

- les dépenses des postes des soins de ville, autres que ceux des médicaments, sont bornées au 99,99ème percentile de la distribution ou, le cas échéant, à la valeur du seuil de référence retenue (considérant qu'au-delà de ce seuil il s'agit de valeurs extrêmes aberrantes) ;
- les dépenses des postes médicaments ne sont pas corrigés, des analyses ayant montré que les dépenses extrêmes au sein de ces postes n'étaient pas forcément aberrantes (traitements de l'hémophilie notamment) ;
- les dépenses de prestations en espèces sont bornées aux montants des plafonds annuels et/ou durées maximales réglementaires⁷².
- les dépenses des actes et consultations externes sont bornées au 99,9ème percentile de la distribution.

- Gestion des montants négatifs et de la cohérence des montants :

⁷¹ Plusieurs types de nettoyages sont réalisés : 1/ Les montants des actes ayant une base de remboursements supérieurs à P99,9 par prestation sont corrigés pour être mis à la valeur de P99,9. 2/ Les Participations forfaitaires ne sont déduites que du montant remboursé (alors que l'atih la déduit aussi de la base de remboursement). 3/ Les factures contenant plus de 20 actes (comptage des prestations hors prestations hospitalières, Biologie, dialyses, majoration et franchises) ou plus de 4 prestations hospitalières sont supprimées. 4/ L'ensemble des factures d'un patient dans un établissement, un jour donnée sont supprimées lors que le nombre de factures est supérieur à 6. *Ces règles ont été définies après observation de valeurs extrêmes qui biaisaient les résultats de la Cartographie.*

⁷² Concernant les indemnités journalières (IJ) Maladie/ATMP, le plafond est calculé sur la base de la réglementation relative aux AT/MP (risque pour lequel les montants plafonds d'IJ sont supérieurs à ceux du risque maladie), dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer les deux risques ;

Les montants négatifs des postes de dépenses (par exemple, en raison de régularisations au titre des années précédentes) sont forcés à zéro.

Champ des dépenses remboursées pris en compte dans l'affectation

Finalement, le total des dépenses retenu pour l'affectation comprend les dépenses remboursées :

- des soins de ville (incluant les dépenses relatives à l'activité externe des établissements privés de MCO et de SSR),
- des ACE (du MCO public),
- des séjours/de la liste en sus des établissements publics et privés de MCO,
- des séjours des établissements publics et privés de SSR,
- des séjours des établissements publics et privés de psychiatrie
- de l'activité externe des établissements publics et privés de psychiatrie
- des séjours de HAD des établissements publics et privés

Sont exclues de l'affectation : les dépenses relatives à l'activité externe des établissements publics de SSR.

A noter : A chaque nouvelle version de la Cartographie, les données individuelles de dépenses annuelles par poste (avant réaffectation) – pour chaque année – sont mises à disposition des utilisateurs dans le SNDS.

La méthode d'affectation des dépenses aux différentes pathologies, traitement ou événements de santé diffère selon les postes. Elle est soit « directe » soit issue d'une règle de « proratisation » (cf. Annexe 1 : Tableau des sources de données par poste utilisées pour l'affectation des dépenses aux pathologies).

Étape 2 : Rattachement des séjours hospitaliers (publics et privés) de MCO, psychiatrie et de SSR à un seul groupe de population, pour une affectation directe de la dépense de chaque séjour

L'affectation des dépenses hospitalières des séjours MCO, psychiatrie et SSR est « directe », les dépenses étant affectées pour chaque séjour, à la pathologie⁷³ à laquelle ce dernier est rattaché.

Calcul et calage des montants de séjours de MCO, PSY et SSR des établissements privés

Un pre-requis pour pouvoir appliquer cette affectation directe est de disposer des montants de dépenses par séjour. Or, à ce stade, on dispose des montants de chaque séjour pour le secteur public uniquement (cf. étape 1, encadré 2)⁷⁴.

⁷³ une pathologie unique parmi celles repérées par les algorithmes ou bien les hospitalisations ponctuelles

Il est donc nécessaire de valoriser chacun des séjours du secteur privé. Pour cela, on calcule un montant de séjour à partir des données du PMSI, que l'on recalcule ensuite afin d'assurer la cohérence, pour chaque individu, entre le total annuel du montant de ses séjours et celui issu du Datamart⁷⁵.

Séjours de MCO

Rattachement d'un séjour de MCO à une pathologie ou aux hospitalisations ponctuelles

Les informations sur les hospitalisations en MCO, notamment les diagnostics principaux (DP) et reliés (DR), permettent de distinguer les séjours qui sont liés à une pathologie chronique de ceux qui correspondent à des «hospitalisations ponctuelles» sans lien direct avec une pathologie chronique ou lourde identifiée par ailleurs. Cela permet donc de rattacher les séjours, puis d'affecter leurs dépenses correspondantes :

- soit à une des pathologies⁷⁶, traitements ou événements de santé repérés par les algorithmes médicaux,
- soit à la catégorie «hospitalisations ponctuelles», qui regroupe les hospitalisations sans rapport avec l'une de ces pathologies ou événements de santé.

Lorsque le séjour n'a pu être rattaché à aucune des pathologies repérées dans la Cartographie, alors il est classé dans la catégorie «hospitalisations ponctuelles»⁷⁷. Ces séjours d'hospitalisation de MCO dite «ponctuelle» englobent ainsi les séjours des individus n'ayant aucune des pathologies, traitements ou événements de santé identifiés, ainsi que les séjours des individus ayant une ou plusieurs de ces pathologies, états de santé ou traitements mais dont le motif n'a pas de rapport avec les pathologies, états de santé ou traitements qui le concernent.

A la fin du processus de rattachement, un séjour donné n'est rattaché qu'à une seule pathologie, état de santé ou traitement (en cas de séjour initialement rattaché à plusieurs pathologies, des règles de priorité permettent en effet de le relier à une seule pathologie).

Affectation de la dépense d'un séjour de MCO à une pathologie ou aux hospitalisations ponctuelles

Le montant du séjour de MCO est directement affecté à la pathologie à laquelle le séjour a été rattaché ou aux hospitalisations ponctuelles. De même, l'éventuel montant de DMI

⁷⁴ Concernant le secteur privé, seuls les montants de séjours cumulés par an et par individus sont disponibles dans le Datamart (et pas les montants de chaque séjour).

⁷⁵ On recalcule le montant calculé à partir des données du PMSI en appliquant pour chaque séjour d'un individu donné le ratio suivant : montant de dépense hospitalière du privé observé dans le Datamart pour cet individu / somme des montants calculés des séjours (ou séquences pour le SSR) de l'individu au cours de l'année.

⁷⁶ Ce sont les pathologies ou événements de santé repérés par les algorithmes médicaux. Par construction les hospitalisations ne peuvent être rattachées aux groupes de patients définis par un traitement chronique (psychotropes par exemple).

⁷⁷ et les personnes concernées se verront attribuer, en plus de leurs éventuelles pathologies chroniques, un « top » «hospitalisations ponctuelles» signifiant leur appartenance à ce groupe

(Dispositif Médicalement Implantable) et de médicaments de la liste en sus relatif à ce séjour est également affecté au groupe de population auquel le séjour a été rattaché.

Séjours de psychiatrie

Rattachement d'un séjour de psychiatrie à une pathologie

Les séjours en établissements psychiatriques sont rattachés à l'une des 9 pathologies repérées par les algorithmes médicaux⁷⁸, en fonction des diagnostics principaux et associés du séjour. Trois cas peuvent être distingués :

- si le séjour est en rapport avec une seule des 9 pathologies alors le séjour est rattaché à cette pathologie.
- si le séjour est en rapport avec plusieurs des 9 pathologies, alors le séjour est rattaché à l'une d'entre elles suivant un certain ordre de priorité.
- si le séjour n'est en rapport avec aucune des 9 pathologies, alors le séjour est affecté à une des pathologies que possède le patient (le patient possédant nécessairement au moins l'une des 9 pathologies). Si la personne possède plusieurs pathologies, le séjour est affecté à l'une de ses pathologies suivant un certain ordre de priorité.

Affectation de la dépense d'un séjour de psychiatrie une pathologie

Le montant du séjour de psychiatrie est directement affecté à la pathologie à laquelle le séjour a été rattaché.

Séquences de SSR

Rattachement d'une séquence de SSR à une pathologie, aux hospitalisations ponctuelles ou absence de rattachement à l'une de ces catégories

Les séquences en établissements SSR sont rattachées à l'une des pathologies repérées par les algorithmes médicaux que possède le patient, ou aux « hospitalisations ponctuelles » en fonction de l'affection étiologique, puis de la morbidité principale et de la finalité de prise en charge. Quatre cas peuvent être distingués :

- si la séquence est en rapport avec une seule pathologie parmi celles repérées par les algorithmes médicaux, alors la séquence est rattachée à cette pathologie ;
- si la séquence est en rapport avec plusieurs pathologies, alors la séquence est rattachée à l'une pathologies suivant un certain ordre de priorité.
- si la séquence n'est en rapport avec aucune des pathologies repérées dans la Cartographie mais que la personne a eu au moins une « hospitalisation ponctuelle » dans l'année ou qu'elle a eu un séjour en MCO moins d'un mois avant ce séjour en SSR l'année précédente, alors la séquence est rattachée aux « hospitalisations ponctuelles ».

⁷⁸ Par construction, un séjour de psychiatrie est forcément en rapport avec une des pathologies du patient : en aucun cas, il ne peut être rattaché au groupe des « hospitalisations ponctuelles ». Les 9 pathologies en questions sont les 6 maladies psychiatriques (Troubles psychotiques, Troubles névrotiques et de l'humeur, Déficience mentale, Troubles addictifs, Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance, Autres troubles psychiatriques), ainsi que les démences, le VIH/Sida et la maladie de Parkinson.

- si la séquence n'est en rapport avec aucune des pathologies de la Cartographie et que la personne n'a pas eu d'hospitalisation ponctuelle au cours de l'année ni de séjour en MCO moins d'un mois avant ce séjour en SSR l'année précédente, alors, suivant une méthode complexe, la séquence est rattachée, soit à un top de la personne ou, soit en dernier lieu, aux dépenses des personnes n'ayant pas de pathologies, traitements, événement de santé, ni hospitalisations ni traitement antalgique ou anti-inflammatoire.

Affectation de la dépense d'une séquence de SSR à une pathologie, aux hospitalisations ponctuelles ou aux dépenses des personnes n'ayant pas de pathologies, traitements, événement de santé, ni hospitalisations ni traitement antalgique ou anti-inflammatoire

Le montant de la séquence de SSR est directement affecté à la pathologie ou groupe de dépense auquel la séquence a été rattachée.

Étape 3: Affectation individuelle d'un montant de dépenses correspondant à la consommation courante de soins (également appelée « soins courants »)

Indépendamment des soins pour des pathologies lourdes ou chroniques et des recours à l'hospitalisation, les assurés consomment des soins dits « courants » pour soigner les pathologies bénignes (infections virales bénignes, angines, gastro-entérites sans gravité...).

Afin de ne pas surestimer les dépenses de soins de ville affectées à un groupe de population donné⁷⁹, on retranche aux montants de dépenses des postes de soins de ville – excepté les transports et soins de sages-femmes – et du poste IJ maladie/AT-MP de chaque individu consommant du poste⁸⁰, un montant au titre de la « consommation courante de soins » sur le poste considéré.

Ce montant est un montant forfaitaire par poste, âge et sexe. Il correspond au 2^{ème} décile⁸¹, par sexe et tranche d'âge, des dépenses du poste considéré, calculé sur le champ des individus n'ayant aucune des pathologies, états de santé ou traitements, mais pouvant en revanche avoir eu une ou plusieurs « hospitalisations ponctuelles » au cours de l'année.

Cette méthode n'est pas appliquée pour les deux postes de soins de villes que sont les « transports » et les « soins de sages-femmes » pour les raisons suivantes :

- le recours aux transports chez les « consommateurs de soins courants » est globalement très faible, et vraisemblablement peu induit par des soins courants ;
- de même, les soins de sages-femmes sont, pour l'essentiel, induits par la maternité.

⁷⁹ avant toute affectation de dépense à un groupe de population

⁸⁰ Ainsi : si le montant de dépense après retrait de la « consommation courante de soins » est négatif, le montant est forcé à 0.

⁸¹ Ce choix du 2^{ème} décile date de la première version de la Cartographie : il reposait sur des analyses des différentes distributions de dépenses. Pour le poste Généralistes, le 2^{ème} décile correspondait environ au montant d'une consultation.

Elle est en revanche appliquée pour le poste « indemnités journalières (IJ) maladie/AT-MP », dont une partie de la dépense peut légitimement être induite par les soins courants (contrairement aux dépenses des autres prestations en espèce : les IJ maternité et l'invalidité).

Étape 4 : Constitution des différentes combinaisons de pathologies, traitements, événements de santé et hospitalisations ponctuelles

L'information relative à la présence ou non au cours de l'année d'une « hospitalisations ponctuelles » en MCO, tout comme celle relative aux algorithmes médicaux, est traitée comme un « top », c'est-à-dire que cette information binaire (oui/non) est extraite pour chacun des individus et est ensuite prise en compte dans la méthode d'affectation des dépenses. Cela permet de construire une table annuelle avec, pour chaque individu, une combinaison synthétisant l'information sur la présence ou non des pathologies, états de santé et traitements repérables grâce aux algorithmes médicaux, ainsi que sur la présence ou non d'au moins une « hospitalisation ponctuelle » (en tout, une combinaison prend en compte 57 « tops »).

Toutes les combinaisons existantes sont ainsi repérées avec pour chacune les effectifs concernés. En théorie, 2^{57} combinaisons (soit $1,44E+17$ combinaisons) sont possibles.

Exemples de combinaisons :

Combinaisons distinctes	Diabète	Démence	Parkinson	...	Cancer prostate	Cancer sein	Hospit. ponctuelles	Effectif concerné par la combinaison
A	0	1	1	...	0	0	0	NA : effectif de consommateurs avec les deux pathologies Démence et Parkinson
B	1	0	0	0	0	0	0	NB : effectif de consommateurs avec la seule pathologie diabète
...
Z	0	0	0	0	0	0	0	NZ : effectif de consommateurs sans aucune pathologie ni hospitalisation ponctuelle

Étape 5 : Affectation par proratisation des dépenses par poste - hors postes d'hospitalisations de MCO, psychiatrie et SSR, et poste IJ maternité - aux 57 groupes de populations

La méthode suivante d'affectation des dépenses par poste aux différents groupes de population, dite « par proratisation », concerne tous les postes de dépenses **exceptés**

les postes d'hospitalisation de MCO, psychiatrie et SSR et celui des IJ maternité, pour lesquels l'affectation est directe . Elle s'applique donc également aux postes **HAD** (public et privé) et **ACE** des établissements de MCO (public).

Par sommation sur l'ensemble des individus d'une même combinaison, on obtient les montants totaux de dépenses **après retrait de la consommation courante de soins** (estimé comme indiqué à l'étape 3) pour chaque combinaison de pathologies/traitements/épisodes de soins, par poste, pour chaque poste de dépenses proratisable.

1- Au sein de chaque combinaison, calcul des montants de dépenses affectées à chaque pathologie présente dans la combinaison

Deux cas de combinaisons sont distingués :

Cas 1 : les combinaisons qui ne renvoient qu'à un seul groupe de population parmi les 57

Pour chaque combinaison de ce type (« cas 1 ») et pour chaque poste proratisable, le montant total des dépenses de la combinaison (après retrait de la consommation courante de soins) est affecté au groupe de population auquel il appartient.

Cas 2 : les combinaisons qui renvoient à au moins deux groupes de population différents parmi les 57

Pour chaque combinaison de ce type (« cas 2 ») et pour chaque poste proratisable, on procède ainsi : on répartit le montant total des dépenses de cette combinaison (après retrait du montant de consommation courante de soins) entre les différentes pathologies qui composent la combinaison, au prorata des dépenses moyennes, c'est-à-dire telles qu'elles sont observées pour les combinaisons de type « cas 1 » (ne renvoyant qu'à un seul groupe de population).

L'affectation des dépenses de la combinaison du type « cas 2 » à chaque groupe de population est donc faite de manière descendante, en répartissant les montants remboursés pour chacun des postes de soins (soins de généralistes, spécialistes, médicaments, «hospitalisations ponctuelles » ...) selon les différentes pathologies, traitements, événements de santé ou «hospitalisations ponctuelles » présents dans la combinaison.

En pratique, pour chaque combinaison du type « cas 2 » et pour chaque poste (à l'exception des hospitalisations en MCO, psychiatrie et SSR, et des IJ maternité), on effectue, pour chaque pathologie présente dans la combinaison, le calcul suivant, dont le résultat correspond au montant de dépenses de la combinaison affecté à la pathologie (cf. **Encadré 4 : Illustration de la méthode de proratisation des dépenses**) :

$$(Patho\ i\ Poste\ j)_{Combi\ c} = \frac{(Montant\ Poste\ j)_{Combi\ c} \times Coût\ moyen\ Patho\ i\ Poste\ j}{\sum_{i \in (Combi\ c)} Coût\ moyen\ Patho\ i\ Poste\ j}$$

Avec i = indice de la pathologie (top), j = indice du poste de dépenses et c = indice de la combinaison.

Par sommation sur l'ensemble des combinaisons, on obtient pour chaque pathologie un montant de dépenses par poste (hors consommation courante de soins):

$$Patho\ i\ Poste\ j = \sum_{Combi\ c=1}^n (Patho\ i\ Poste\ j)_{Combi\ c}$$

Avec c = indice de la combinaison et n = nombre de combinaisons.

Afin d'améliorer la stabilité des clés de répartition⁸² utilisées pour la réaffectation des dépenses, un traitement spécifique des valeurs extrêmes est réalisé en amont du calcul de ces clés : ainsi, au sein de chaque combinaison de type « cas 1 », lorsque les dépenses d'un poste donné sont supérieures au montant du 99,9^e percentile, leur montant est plafonné à ce niveau. Toutefois, cette grandeur plafonnée n'est retenue que pour le calcul des clés de répartition.

2- Calcul des montants totaux par poste affectés à chacun des 57 groupes de population (passage des montants par combinaisons et par groupes de populations aux montants par groupes seuls)

Pour chaque groupe de population donné, et pour chaque poste de dépenses (hors postes de MCO, psychiatrie et SSR, et hors IJ maternité), le montant de dépenses affecté au groupe résulte de la somme :

- du montant total de dépense du poste calculé à partir de la combinaison de type « cas 1 » renvoyant à ce groupe de population
- et du montant total de dépense du poste réaffecté à ce groupe, issu de la méthode de proratisation

Encadré 4 : Illustration de la méthode de proratisation des dépenses

Prenons l'exemple d'une dépense d'indemnité journalières maladie/ATMP de 2 M€ pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétique et ont eu un infarctus du myocarde. Comment répartir cette dépense entre les deux pathologies ?

1^{ère} étape : on détermine la dépense moyenne du poste IJ maladie/ATMP pour les patients atteints d'une unique pathologie :

Dépense moyenne du poste IJ maladie/ATMP
des personnes **diabétiques** sans autre
pathologie: **160 €/an**

Dépenses moyenne du poste IJ maladie/ATMP des
personnes ayant un **infarctus** sans autre
pathologie: **1 295 €/an**

⁸² cf. « Coût moyen $Patho_i\ Poste_j$ » dans la formule ci-dessus.

Ces dépenses moyennes constituent les clés de proratisation qui vont être utilisées pour répartir les 2M€ du poste IJ maladie/ATMP entre le diabète et l'infarctus du myocarde.

2ème étape : on répartit au prorata la dépense de 2 M€ entre les deux pathologies :

Dépenses du poste IJ maladie/ATMP affectées
au diabète

$$2\,000\,000 \times 160 / (160 + 1\,295) \\ = \mathbf{219\,931}$$

Dépenses du poste IJ maladie/ATMP affectées
à l'infarctus du myocarde

$$2\,000\,000 \times 1\,295 / (160 + 1\,295) \\ = \mathbf{1\,780\,069}$$

Au final, sur une dépense totale de 2 M€ d'indemnité journalières maladie/ATMP observée pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétique et ont eu un infarctus du myocarde, 219 931€ seront affectés à la prise en charge du diabète et 1 780 069€ à la prise en charge de l'infarctus du myocarde.

Étape 6 : Affectation (directe) des dépenses par poste, pour les postes d'hospitalisations de MCO, psychiatrie et SSR, et poste IJ maternité, aux 57 groupes de populations

Pour chaque groupe de population donné, et pour chaque poste de dépenses d'hospitalisations de MCO, psychiatrie et SSR, le montant de dépenses affecté au groupe résulte de la somme des dépenses par poste des séjours rattachés à ce groupe (cf. étape 2).

Les dépenses relatives aux IJ maternité sont affectées, par convention, au groupe de population « maternité ».

Étape 7 : Affectation des dépenses par poste aux deux sous-groupes formant le groupe hors pathologies, traitements, événements de santé et hors hospitalisations ponctuelles

Le groupe de dépenses « hors pathologies, traitements, événements de santé et hors hospitalisations ponctuelles » est celui des dépenses qui n'ont pas encore été affectées à l'issue de l'étape 6. Il se compose de deux sous-groupes :

- celui des dépenses des personnes consommant des traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (hors pathologies, traitements, événements de santé et hors «hospitalisations ponctuelles »),
- et celui des dépenses des personnes sans pathologies, traitements, événements de santé ni «hospitalisations ponctuelles » qui ne consomment pas non plus de traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.

Les dépenses, par poste, affectées à chacun de ces deux sous-groupes correspondent à la somme des dépenses des individus appartenant à chacun de ces groupes (après retrait des dépenses relatives à la « consommation courante de soins »⁸³).

Étape 8 : Affectation des dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques-aux différentes maladies psychiatriques et traitements psychotropes

A ce stade, on dispose pour les postes de dépenses des établissements psychiatriques (publics et privés) des montants de séjours affectés aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé parmi les 9 possibles⁸⁴, hors montants liés à l'activité ambulatoire de ces établissements.

Il s'agit donc à présent d'affecter les dépenses de l'ambulatoire en psychiatrie⁸⁵ aux différentes maladies psychiatriques et traitements de psychotropes (cf. **Encadré 5 : méthode d'affectation des montants de psychiatrie ambulatoire aux différents groupes**), puis de les ajouter aux montants correspondant aux séjours précédemment affectés à l'étape 6.

Encadré 5 : Méthode d'affectation des montants de psychiatrie ambulatoire aux différents groupes

Cette méthode se décompose en 4 étapes :

⁸³ L'affectation des dépenses à ces deux groupes, exclusifs entre eux mais aussi exclusifs des 57 autres groupes, est donc effectuée de façon directe (et non pas par proratisation) sur la base des dépenses des personnes appartenant au groupe considéré.

⁸⁴ Les 9 pathologies en questions sont les 6 maladies psychiatriques (Troubles psychotiques, Troubles névrotiques et de l'humeur, Déficience mentale, Troubles addictifs, Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance, Autres troubles psychiatriques), ainsi que les démences, le VIH/Sida et la maladie de Parkinson.

⁸⁵ Ces dépenses ambulatoires ne sont par ailleurs pas disponibles par individu et ne sont donc pas comprises dans la table des dépenses individuelle par individu.

**Etape 1: Estimation des montants relatifs aux consultations ambulatoires pour le public et le privé et premier niveau d'affectation de ces montants aux différentes maladies psychiatriques*

- Calcul des deux montants d'ambulatoire : pour le privé et pour le public

Les montants d'ambulatoire du privé et du public résultent de deux calculs différents :

.pour le privé : il est calculé en faisant la somme des dépenses d'hospitalisations des établissements de psychiatrie du privé issu du datamart des individus sans séjour de psychiatrie dans le PMSI ;

.pour le public : il est calculé en faisant la différence entre la dotation globale pour l'ensemble des établissements et le montant total des séjours valorisés.

- Au sein établissements pour lesquels on a un résumé par acte ambulatoire anonymisé dans le PMSI⁸⁶, calcul du poids de chaque top dans le nb de consultations total (pour un top donné : nombre de consultations en lien avec le top sur le nombre de consultations au total).

- Pour chaque secteur (public/privé), détermination des montants d'ambulatoire par top en appliquant la répartition obtenue précédemment au montant global d'ambulatoire par secteur (la même pondération servant aux calculs pour les deux secteurs).

A l'issue de cette étape, on a une catégorie « Autre » pour les motifs de consultations qui n'ont pas pu être directement relié à une des maladies psychiatriques.

**Etape 2 : Affectation de 2^{ème} niveau des montants d'ambulatoire affectées aux troubles psychotiques et névrotiques à l'issue de l'étape 1*

-Pour les troubles psychotiques, on éclate le montant global entre troubles psychotiques et traitements neuroleptiques ; pour ce faire, on applique au montant affecté aux troubles psychotiques à l'issue de l'étape 1, respectivement la part de la dépense totale (tous postes) affectée aux troubles psychotiques et celle affectée aux traitements neuroleptiques.

- De même, pour les troubles névrotiques, on éclate le montant global entre troubles névrotiques et traitements anti-dépresseurs ; pour ce faire, on applique au montant affecté aux troubles névrotiques à l'issue de l'étape 1, respectivement la part de la dépense totale (tous postes) affectée aux troubles névrotiques et celle affectée aux traitements anti-dépresseurs.

**Etape 3 : Gestion du montant affecté au groupe « Autre » à l'issue de l'étape 1*

Pour répartir entre chacun des groupes de maladies psychiatriques et de traitements psychotropes la dépense d'ambulatoire affectée au groupe « Autre » à l'issue de l'étape 1, on applique la même répartition que celle du montant total de dépense (tous postes) entre ces différents groupes.

**Etape 4 : Affectations finales des montants d'ambulatoire aux différents groupes de maladies psychiatriques et traitements de psychotropes*

⁸⁶ A partir de la table R3AD (« Résumé par acte ambulatoire anonymisé ») du PMSI qui concerne l'intégralité des établissements du public mais une partie seulement de ceux du privé

Étape 9 : Calcul d'un montant global de dépenses appelé « Soins courants »

La somme des dépenses retranchées au titre de la « consommation courante de soins » (cf. étape 3) est calculée pour chaque poste de soins de ville concerné et apparaît dans les résultats de la cartographie sous le libellé « soins courants»