

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses

Propositions de l'Assurance maladie pour 2020

Juillet 2019

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2020 (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 2017 ET A QUEL COUT ?	12
2. QUELS FACTEURS D'EVOLUTION DES DEPENSES PAR PATHOLOGIE ?	20
2.1. Des dynamiques contrastées selon les pathologies et les périodes considérées	20
2.2. Zoom sur les dynamiques d'évolutions de quelques pathologies et sur les hospitalisations ponctuelles	28
2.3. Zoom sur les dynamiques d'évolutions de quelques postes de dépenses	47
2.4. Poste « pension d'invalidité » : poids important dans les dépenses des pathologies ou traitements chroniques en lien avec la santé mentale et les maladies cardio-neurovasculaires	50
PARTIE 2 – PROPOSITIONS POUR L'ONDAM 2020 ET LE RESPECT DES OBJECTIFS – LES ENGAGEMENTS DE LA CNAM POUR 2020	53
1. AGIR POUR UNE STRUCTURE DE PRESCRIPTION PLUS RESPONSABLE DES PRODUITS DE SANTE	55
1.1. Favoriser un recours soutenable aux produits de santé	55
1.2. Renforcer les dispositifs d'intéressement des prescripteurs libéraux et hospitaliers de médicaments délivrés en ville	59
1.3. Développer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée	63
2. OPTIMISER L'EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS ET DES ACTES	66
2.1. Déployer les nouveaux leviers de régulation des transports	66
2.2. Maîtriser l'évolution des dépenses d'arrêt de travail	68
2.3. Poursuivre l'élaboration négociée de protocoles de régulation avec certaines professions de santé	72
2.4. Adapter les nomenclatures des actes	75
2.5. Ajuster l'évolution des actes paramédicaux	76
3. ACCOMPAGNER LE VIRAGE AMBULATOIRE	78
3.1. Amplifier la diffusion de la chirurgie ambulatoire	78
3.2. Développer les prises en charge en ville	81
4. LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET LES ABUS EN VILLE ET A L'HOPITAL	84
PARTIE 3 – PROPOSITIONS COMPLEMENTAIRES POUR ACCROITRE LA QUALITE ET L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS A COURT ET MOYEN TERME	88
1. L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP REPERABLES DANS LE SNDS	89
1.1. La précarité et l'accès aux soins sont deux problématiques majeures liées au handicap	89
1.2. Les personnes en situation de handicap repérables dans le SNDS	90
1.3. Une population plus malade marquée par une plus grande précarité	92
1.4. Focus sur la sclérose en plaques, les troubles psychotiques et la déficience mentale	101
1.5. Le recours aux soins de spécialistes	105
1.6. Recours aux soins de prévention	106
1.7. Dépenses remboursables et restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC après AMO) détaillés par postes de dépenses	108
1.8. Quels enseignements pour l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap ?	111
1.9. Références	114
2. L'IMPLICATION DES PATIENTS, LA CLE D'UNE MEILLEURE OBSERVANCE	116
2.1. La perception des patients de leur observance	116
2.2. Quels leviers pour favoriser l'adhésion des patients à leur traitement ?	121
3. TRAVAILLER ENSEMBLE POUR LA PERTINENCE DES PARCOURS ET LE JUSTE SOIN	127

3.1. Améliorer la pertinence : un enjeu majeur pour la qualité des soins et l'efficacité du système de santé	127
3.2. Le chantier Pertinence du plan « Ma santé 2022 » : une nouvelle approche	128
3.3. Pertinence des prescriptions	141
3.1.2 Références	163
4. LES NOUVEAUX MODES DE PAIEMENT ET D'ORGANISATION, UN LEVIER DE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE... ..	168
4.1. Le partage du risque financier.....	168
4.2. Pour une approche renouvelée de la place des établissements de santé dans le virage ambulatoire en médecine ..	179
4.3. La filière visuelle : les débuts d'une réorganisation - Evolution de la prise en charge des patients par les ophtalmologues et les orthoptistes	194
4.4. Références	202
INDEX DES TABLEAUX ET ILLUSTRATION	205
1. LISTE DES ENCADRES	206
2. LISTE DES FIGURES	207
3. LISTE DES TABLEAUX.....	212
ANNEXE 1 – SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2019.....	214
ANNEXE 2 – BILAN DES NEGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE	218
ANNEXE 3 – LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE (ROSP) SEPT ANS APRES ..	233
ANNEXE 4 – CARTOGRAPHIE MEDICALISEE : METHODE D'AFFECTATION DES DEPENSES AUX PATHOLOGIES, ETATS DE SANTE ET TRAITEMENTS	241

Liste des propositions

- Proposition 1 : Lancer une grande mobilisation nationale sur le recours aux antibiotiques.
- Proposition 2 : limiter les durées de prescriptions hospitalières exécutées en ville de pansements à un maximum de 7 jours
- Proposition 3 : mettre en place une campagne d'accompagnement sur la délivrance raisonnée
- Proposition 4 : réduire de 20 jours la durée durant laquelle les pharmaciens d'officine peuvent continuer en cas de changement de prix à commercialiser les unités d'une spécialité au prix de vente au public antérieur.
- Proposition 5 : développer un dispositif d'intéressement des prescripteurs libéraux pour qu'ils puissent bénéficier d'un retour direct des économies générées par leur prise en compte des recommandations :
- Proposition 6 : lancer une campagne d'accompagnement des prescripteurs et des assurés sur le bon usage des antalgiques
- Proposition 7 : mettre en place des éléments de cadrage des plateformes de gestion des transports
- Proposition 8 : renforcer l'encadrement des publicités invitant à la réalisation d'actes pris en charge par l'Assurance maladie.
- Proposition 9 : créer un forfait de prise en charge en ville favorisant l'hémodialyse à domicile
- Proposition 10 : Evaluer au bout d'une année l'impact sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire
- Proposition 11 : Intégrer dans la formation initiale et continue des professionnels de santé la dimension « handicap » et développer les outils d'accompagnement sur la prise en charge du handicap.
- Proposition 12 : Accélérer le développement des nouveaux dispositifs organisationnels dédiés aux personnes en situation de handicap
- Proposition 13 : Recenser et faire connaître (via notamment ameli.fr) les professionnels de santé formés à la prise en charge du handicap en ville
- Proposition 14 : Intégrer et améliorer la collecte des données relatives au handicap dans le SNDS et poursuivre les études sur les parcours de santé des patients en situation de handicap
- Proposition 15 : Etendre le champ des majorations conventionnelles mises en place pour les dentistes et orthophonistes pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap à d'autres professions de santé dans des situations cliniques appropriées.
- Proposition 16 : Adapter le dispositif PFIDASS afin de permettre de mieux détecter et ensuite accompagner les personnes en situation de handicap en situation de renoncement ou de non-recours avéré.
- Proposition 17 : Mettre en place un baromètre de l'observance
- Proposition 18 : Élaborer et diffuser des outils de dialogue et d'analyse de l'observance et de l'adhésion au traitement
- Proposition 19 : Etendre la démarche qualité, pertinence Ma Santé 2022 « parcours pilotes » à 13 nouvelles pathologies jusqu'en 2021
- Proposition 20 : Dans le cadre du partenariat avec la SFAR promouvoir des outils d'amélioration de la pertinence des prescriptions d'examen pré-anesthésiques
- Proposition 21 : En lien avec la HAS, ouvrir aux médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires des spécialités dites à risque, la possibilité d'intégrer le dispositif d'accréditation, en faisant évoluer le mode de financement des organismes d'accréditation
- Proposition 22 : Identifier dans les systèmes d'information de facturation le recours à une assistance robotique lors d'une intervention chirurgicale et permettre la production d'évaluations médicales et médico-économiques en vie réelle de leurs bénéficiaires et de leur sécurité pour les patients et la collectivité

Proposition 23 : Mener des actions pour favoriser dans la durée la bonne utilisation des pompes à insuline ou de Freestyle libre ®

Proposition 24 : Rappeler les conditions de prise en charge de Freestyle Libre ®

Proposition 25 : Mener des actions de communication sur les pompes à insuline externes auprès des différents professionnels de santé mobilisés sur ce sujet ainsi qu'auprès des patients

Proposition 26 : Mettre en place rapidement une cellule d'observation dès l'arrivée sur le marché d'un nouveau dispositif médical onéreux

Proposition 27 : Proposer au Comité Economique des Produits de Santé une baisse de prix de Freestyle Libre ®

Proposition 28 : Rendre plus performante la base de données de l'Assurance maladie dans l'identification des prestataires

Proposition 29 : Mettre en place des mécanismes de blocage du remboursement sur la LPP

Proposition 30 : Expérimenter la mise en place de « pôles » hospitaliers ambulatoires s'appuyant sur un financement substitutif pour accélérer le virage ambulatoire en médecine

Proposition 31 : Réviser la nomenclature des actes d'ophtalmologie afin de décrire au mieux et de valoriser de façon pertinente le suivi des maladies chroniques

Proposition 32 : Repenser les protocoles afin de développer la coopération entre les ophtalmologues et orthoptistes libéraux

Proposition 33 : Soutenir les initiatives de prises en charge des soins visuels dans les zones plus défavorisées

Introduction

Plus de soixante-dix ans après sa création, l'Assurance maladie apporte chaque jour la preuve concrète de son utilité en rendant possible l'accès de toutes et tous à des soins abordables ou à des prestations compensant les pertes de revenus liés aux aléas de la vie, maladie, incapacité, ou encore maternité. Pour nombre d'entre nous, l'Assurance maladie est un symbole de ce qui nous unit en tant que société : un système universel, solidaire et redistributif auquel chacune et chacun doit contribuer selon ses moyens et peut bénéficier selon son besoin.

Ce système repose sur deux piliers complémentaires. Le premier est une exigence, celle de la justice sociale. La maladie frappe en effet souvent les plus faibles, qu'elle affaiblit encore plus : la double charge que représentent la perte de revenu et le coût des soins constitue une forme de piège auquel l'Assurance maladie doit apporter une réponse la plus concrète et complète possible.

Le second est une nécessité économique. Une protection universelle et solidaire constitue d'abord un choix de société ; elle est aussi un investissement collectif parfaitement rationnel. Car, en privant la société d'une capacité de travail, parfois importante, la maladie pèse de tout son poids sur l'économie. Un tel système d'Assurance maladie universel exige cependant pour asseoir sa légitimité et sa pérennité de trouver son équilibre financier, par un niveau de progression annuelle de ses dépenses conforme à celui de ses ressources.

Aussi cohérent et efficace soit-il, ce système n'en demeure pas moins fragile et perfectible. Il est perfectible dans l'accès offert aux plus fragiles. Comme le montrent les résultats de l'étude présentée dans ce rapport, les personnes qui vivent avec un handicap ont, en dépit d'un état de santé plus dégradé, un recours aux soins parfois moins élevé que celui de la population générale, comme sur les soins dentaires, les consultations spécialisées ou les soins de prévention. Elles peuvent également, alors qu'elles sont souvent aussi en situation de précarité, être amenées à faire face à des niveaux de reste à charge élevés. Si la France offre un système bien plus protecteur que nombre de pays, beaucoup reste à faire dans ce champ. L'Assurance maladie s'est saisie de ce sujet depuis plusieurs années en mettant en place des dispositifs visant à accompagner les populations en écart aux soins, comme les plateformes de lutte contre le non-recours et le nonaccès (PFIDASS) ou encore les programmes Sophia à destination des patients diabétiques. En favorisant l'accès à la CMU complémentaire et l'aide à la complémentaire santé et plus récemment en contribuant à la réforme du 100 % santé pour l'optique, les audioprothèses et les soins prothétiques dentaires, elle apporte des solutions concrètes contre les barrières financières à l'accès aux soins.

Notre système est aussi perfectible dans la pertinence et la qualité des soins prodigués aux patients. Comme l'illustrent les résultats présentés dans ce rapport, le non-respect dans la pratique courante de recommandations de bonne pratique et l'importante variabilité géographique des parcours des patients, interrogent l'ensemble des acteurs du système. Il serait vain de tenter d'attribuer à tel ou tel la responsabilité de ces écarts. Tout comme la pertinence d'un parcours est un exercice collectif aux enjeux partagés, la responsabilité de la recherche et de la mise en œuvre de solutions efficaces pour le patient engage chacun des acteurs, professionnels, patients, régulateurs, à faire évoluer durablement ses représentations et ses pratiques. C'est le sens des travaux que l'Assurance maladie et la Haute autorité de santé ont initié depuis un an avec les professionnels et les patients, démarche centrée sur deux premiers parcours de soins mais qui a vocation à s'étendre rapidement à d'autres parcours.

Bien que notre pays consacre une part importante de sa richesse nationale au système de santé, celui-ci reste économiquement fragile. Comme le montrent chaque année les données de la cartographie médicalisée, de nombreux facteurs contribuent à la hausse des dépenses d'Assurance maladie.

Le premier de ces facteurs est démographique et épidémiologique. Plus d'un assuré du Régime général sur trois vit en effet avec une ou plusieurs maladies chroniques, soit près de 20 millions de personnes, un effectif en constante croissance.

Le deuxième facteur est l'innovation, à laquelle notre pays donne un accès large et rapide. Arrivent à une fréquence régulière de nouveaux médicaments ou dispositifs médicaux dont le coût atteint parfois des montants vertigineux. Les effets en sont parfois sensibles à l'échelle du système, comme avec les traitements

antirétroviraux de l'hépatite C en 2014, ou plus récemment l'arrivée de l'immunothérapie dans le cancer du poumon, pathologie pour laquelle la dépense moyenne par patient a augmenté autant entre 2016 et 2017 que sur les 5 années précédentes du fait de ces nouveaux traitements.

Le troisième facteur est la non-pertinence, la non-qualité et le gaspillage, à la double conséquence sanitaire et économique. Ce facteur expliquerait de 20 à 30 % des dépenses, dont une partie serait plus ou moins aisément évitable : réhospitalisations, prescriptions d'acte ou traitements inutiles, mais aussi à l'inverse, interventions utiles non proposées au patient, actes pertinents non réalisés, traitements efficaces non ou mal prescrits, mauvaise adhérence des patients au traitement...

Ces facteurs sont dans une certaine mesure liés les uns aux autres. L'exemple de l'insulinothérapie dans le diabète développé dans ce rapport est assez illustratif. L'augmentation du recours à cette modalité de traitement, y compris pour des patients peu autonomes s'est traduit par une modification de la nature de la dépense et plus récemment par une augmentation de la dépense moyenne par patient, avec la diffusion de dispositifs innovants, comme les pompes à insuline ou les dispositifs de mesure continue de la glycémie, censés améliorer la qualité de vie, l'observance et *in fine* la santé du patient. L'étude fine de cette diffusion, présentée dans ce rapport, montre de nombreux indices d'une utilisation non pertinente de ces dispositifs, qu'il s'agisse de leur prescription ou de l'adhésion des patients à leur utilisation, appelant un ensemble de réponses adaptées.

Ces défis ne seront pas relevés facilement. Cela demande du temps et de l'engagement. Cela demande aussi d'agir avec méthode.

Le premier élément de cette méthode est l'engagement collectif. Les changements dans l'organisation et le fonctionnement de notre système de santé ne peuvent se faire sans les premiers concernés, patients et professionnels de santé, ni contre eux. Ils doivent au contraire en être les porteurs, charge au régulateur de leur offrir un cadre favorable et aidant. Il s'agit d'un principe fort, qui sous-tend aujourd'hui l'action de l'Assurance maladie en matière de pertinence.

Le second élément est l'autonomie et la responsabilisation des acteurs. Le cadre fixé par la Loi ou la Convention doit pouvoir laisser suffisamment d'autonomie aux acteurs pour adapter leurs organisations et leurs pratiques aux besoins de leurs patients et des populations qu'ils servent, tout en assurant un accès équitable et un financement soutenable. C'est dans cet esprit que l'Assurance maladie a animé la vie conventionnelle ces dernières années, au fil des négociations menée avec chacune des professions concernées en mettant la question de la coordination au cœur des discussions. Les négociations sur les communautés professionnelles territoriales de santé, récemment conclues, en sont l'illustration. Il revient désormais aux acteurs de se saisir de cet outil, central pour développer des modes de travail plus collectifs et décloisonnés favorables à des parcours de soins pertinents. C'est dans cet esprit également qu'elle propose d'expérimenter un nouveau mode d'organisation et de financement des soins ambulatoires ou de courte durée médicaux dans les établissements de santé. Le cadre posé par l'article 51 de la LFSS 2018, dont le principe avait été proposé dans l'édition 2018 de ce rapport, apparaît comme le vecteur naturel de ce type d'innovation.

Le troisième élément est la cohérence de l'action. Les signaux envoyés par les modes de financement doivent être alignés sur les objectifs du système de santé. Trop souvent, les acteurs constatent les injonctions contradictoires qui résultent de cette absence d'alignement. La mise en place de dispositifs de financement qui permettent de partager avec les acteurs le fruit de leurs efforts et les bénéfices que leur comportement vertueux a permis de générer pour la collectivité est à ce titre particulièrement pertinente. C'est le sens de dispositifs comme la rémunération sur objectifs de santé publique, ou l'accord conventionnel passés avec les radiologues, et c'est dans cet esprit que l'Assurance maladie propose de mettre en place un dispositif d'intéressement aux prescripteurs sur la bonne prescription des médicaments.

Si la méthode est importante, elle ne peut tenir lieu d'objectifs. Ceux que poursuit l'Assurance maladie à travers les réflexions et propositions exposées dans le présent rapport renvoient à sa mission première et sa raison d'être aux services des assurés sociaux : une plus grande pertinence et une meilleure qualité pour protéger chacun face au risque avéré ou à venir de la maladie ; une mobilisation de tous afin d'agir plus efficacement ensemble en soutien d'une protection qui puisse bénéficier demain encore aux générations à venir.

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

Véritable outil d'analyse au service du pilotage du système de soins, complémentaire à d'autres sources 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 le plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Combien de patients sont ainsi pris en charge ? Quelles ressources sont mobilisées pour assurer ces soins ? Comment progressent-elles ? Quelles sont les dynamiques médicales à l'œuvre derrière ces évolutions ? Sont-elles liées à l'évolution du nombre de patients soignés ? Ou à des changements dans les traitements, dans la façon dont les processus de soins sont organisés ? Quel est l'impact des innovations médicamenteuses ? Peut-on 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 comprendre les dynamiques médicales qui sous-tendent l'évolution tendancielle du coût des soins, la Cartographie s'est imposée au fil des ans, comme 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 devenu indispensable pour l'Assurance maladie mais également pour 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 d'identifier certains défis qui se posent, dans une perspective de pérennisation du système d'assurance maladie pour pouvoir proposer, à court et moyen terme, des actions d'organisation et de régulation (sur les prix des médicaments, par exemple) 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, qui repose sur les données de remboursements des soins issues du Système national des données de santé (Encadré 1), offre aujourd'hui une perspective historique sur 6 années, de 2012 à 2017. Grâce à l'application de la même méthode pour chacune des années, elle permet une analyse de l'évolution de la fréquence des pathologies et des dépenses en France sur cette période.

Des améliorations ont été apportées, cette année encore, à l'outil (cf. Encadré 2 et annexe 4, page 241). La principale d'entre elles porte sur l'extension de l'utilisation des motifs médicaux des séjours de soins de suites et de réadaptation (SSR) dans tous les algorithmes médicaux pour lesquels c'était médicalement pertinent¹. Cette modification vise à mieux repérer les personnes prises en charge pour ces pathologies et les dépenses s'y rapportant. Cette amélioration a conduit à affiner, de façon plus ou moins sensible, les effectifs et les dépenses affectées à ces pathologies, sans toutefois remettre en cause les ordres de grandeurs et les constats faits dans les précédents rapports. La méthode d'estimation des dépenses a également été adaptée afin, notamment, de tenir compte des évolutions de certains modes de financement intervenus à partir de 2017. Parmi ces évolutions, la première concerne l'introduction de la dotation modulée à l'activité dans les SSR. Une autre évolution importante est l'intégration du financement des médicaments délivrés dans cadre d'autorisation temporaires d'utilisation dans le poste de dépense « médicaments de la liste en sus », à partir de 2017. 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 2012 à 2016.

Dans cette première partie du rapport sont donc présentés :

- les effectifs et dépenses mobilisées pour la prise en charge des différentes pathologies en 2017,
- les évolutions observées sur la période 2012-2017 ainsi qu'entre 2016 et 2017 avec une mise en perspective avec la période antérieure,
- un éclairage sur les principaux séjours relatifs aux hospitalisations dites « ponctuelles »,
- des éclairages sur des pathologies qui se distinguent par une dynamique particulière de leurs effectifs et/ou dépenses, telles que : les cancers en phase active de traitement, certaines pathologies cardio-vasculaires, le diabète et l'infection par le VIH,
- des éclairages sur 3 postes de dépenses : le poste « autres produits de santé » qui correspond aux dépenses relevant de la liste des produits et prestations remboursables (LPP), le poste « transport » et celui relatif aux « pensions d'invalidité ».

¹ Dans la version précédente (juillet 2018), les motifs médicaux du SSR n'étaient utilisés que dans trois algorithmes : démence, paraplégies et troubles névrotiques ou de l'humeur

Encadré 1: Le Système national des données de santé (Snds)

Le Système National des Données de Santé (SNDS) rassemble les données médico-administratives sur le champ des prises en charge médicales et médico-sociale. Dans la continuité du Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (SNIIRAM), il constitue une base de données unique pour décrire la santé de la population à travers les recours au système de santé. Géré par la Caisse Nationale de l'Assurance maladie (CNAM), le SNDS permet d'ores et déjà de chaîner :

- les données de l'Assurance maladie (SNIIRAM) ;
- les données des hôpitaux (PMSI) ;
- les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm).

Dans les prochaines années viendront s'ajouter :

- les données relatives au handicap (en provenance des maisons départementales du handicap - données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'Assurance maladie complémentaire.

Le SNDS a pour finalité la mise à disposition de ces données afin de favoriser les études, recherches ou évaluation présentant un caractère d'intérêt public et contribuant à l'une des finalités suivantes :

- l'information sur la santé ;
- la mise en œuvre des politiques de santé ;
- la connaissance des dépenses de santé ;
- l'information des professionnels et des établissements sur leurs activités ;
- l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale ;
- la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaire.

Encadré 2: Mises en garde préalables

Comparaison des résultats avec ceux des précédents rapports

En raison notamment des améliorations apportées à certains algorithmes médicaux (cf. annexe 4), il n'est pas possible de comparer directement les résultats présentés dans les précédents rapports avec ceux du présent rapport. En revanche, la même méthode a été appliquée dans la version actuelle sur chaque année, afin de disposer de résultats comparables sur la période 2012-2017 et donc d'évolutions sur 6 années.

Présentation des résultats

La Cartographie (effectifs et dépenses) est réalisée uniquement sur la population du régime général (lequel inclut également les bénéficiaires et dépenses gérés par les sections locales mutualistes (SLM)). Les effectifs et les dépenses estimés sur cette population sont analysés comme tels, mais les dépenses sont également extrapolées à l'ensemble des régimes (cf. annexe 4). Dans un souci d'harmonisation et pour faciliter la lecture des résultats, tous les résultats, sauf mention contraire, sont présentés sur le champ des bénéficiaires du régime général (y compris les SLM). Les dépenses extrapolées « Tous régimes » sont présentées dans le Tableau 1. De plus, les montants extrapolés « tous régimes » sont parfois présentés dans le corps du texte et sur certaines figures, entre parenthèse, à côté des montants « régime général ».

1. Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2017 et à quel coût ?

En 2017, 140 milliards d'euros ont été remboursés² par le régime général³ (y compris les sections locales mutualistes – SLM) pour la prise en charge de près de 57,6 millions de personnes.

Comme les années précédentes, certaines pathologies (Encadré 3) ont un poids particulièrement important dans les dépenses d'assurance maladie (Figure 1, Figure 2, Tableau 1) :

- La santé mentale, si l'on regroupe les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des « traitements chroniques par psychotropes » (dont les anxiolytiques et hypnotiques), représente 20,3 milliards d'euros (23,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 14 % des dépenses totales ;
- La prise en charge des cancers atteint 15,6 milliards d'euros (18,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 11 % des dépenses totales ;
- La prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires atteint 14,0 milliards d'euros (16,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 10 % des dépenses totales ;
- la part des épisodes hospitaliers que l'on peut qualifier de « ponctuels », au sens où l'hospitalisation n'est pas en lien avec l'une des pathologies de la Cartographie : 31,3 milliards d'euros (37,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 22 % des dépenses totales.

Une analyse plus fine des 20,3 milliards d'euros affectés aux maladies ou traitements chroniques psychiatriques, permet de mettre en lumière le poids important des dépenses affectées aux « troubles névrotiques et de l'humeur » (5,3 milliards d'euros) et aux « troubles psychotiques » (4,4 milliards d'euros) qui représentent 48% des dépenses affectées à la santé mentale. Ce poids important découle principalement des dépenses des séjours hospitaliers, en établissement psychiatriques notamment.

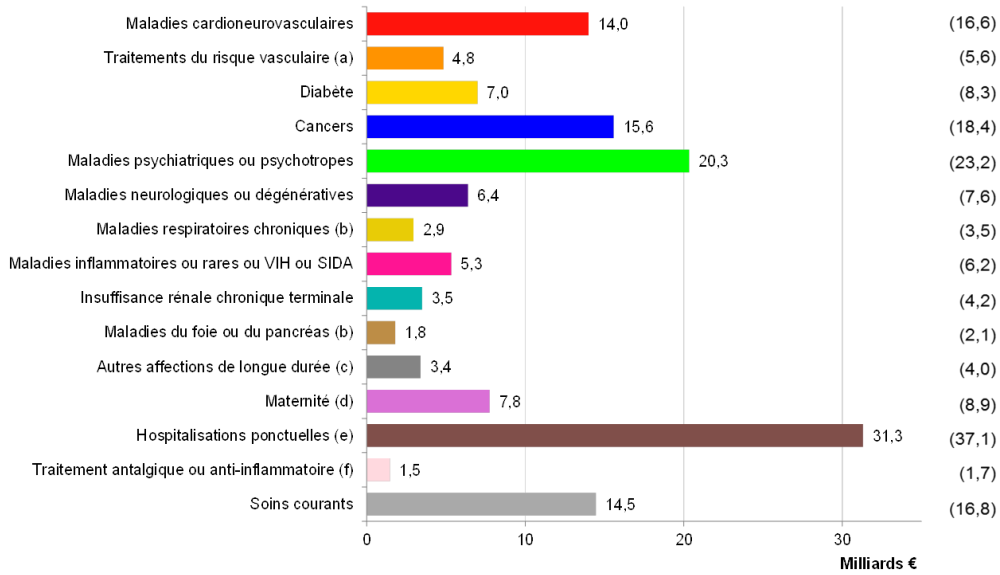
Parmi les 15,6 milliards d'euros affectés aux cancers, on notera le poids important des cancers du sein (2,9 milliards d'euros), du poumon (1,7 milliard d'euros), du colon (1,6 milliard d'euros) et de la prostate (1,2 milliard d'euros) qui représentent 47% des dépenses mobilisées.

Au sein des maladies cardio-neurovasculaires, trois pathologies représentent plus des 2/3 des dépenses : la maladie coronaire (3,6 milliards d'euros), les accidents vasculaires cérébraux (3,0 milliards d'euros) et l'insuffisance cardiaque (2,3 milliards d'euros).

2 Les dépenses suivantes, relevant du champ ONDAM, ne sont pas incluses : pour les soins de ville : permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM, FAC et aides à la télétransmission ; pour les établissements de santé : Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG...), Migac ; pour les établissements et services médico-sociaux : ensemble des dépenses, pour le fonds d'intervention régional (FIR) : ensemble des dépenses et pour les autres prises en charge : FMESPP et Fiqcs. Les dépenses suivantes, hors champ ONDAM, ont en revanche été incluses : indemnités journalières maternité et invalidité.

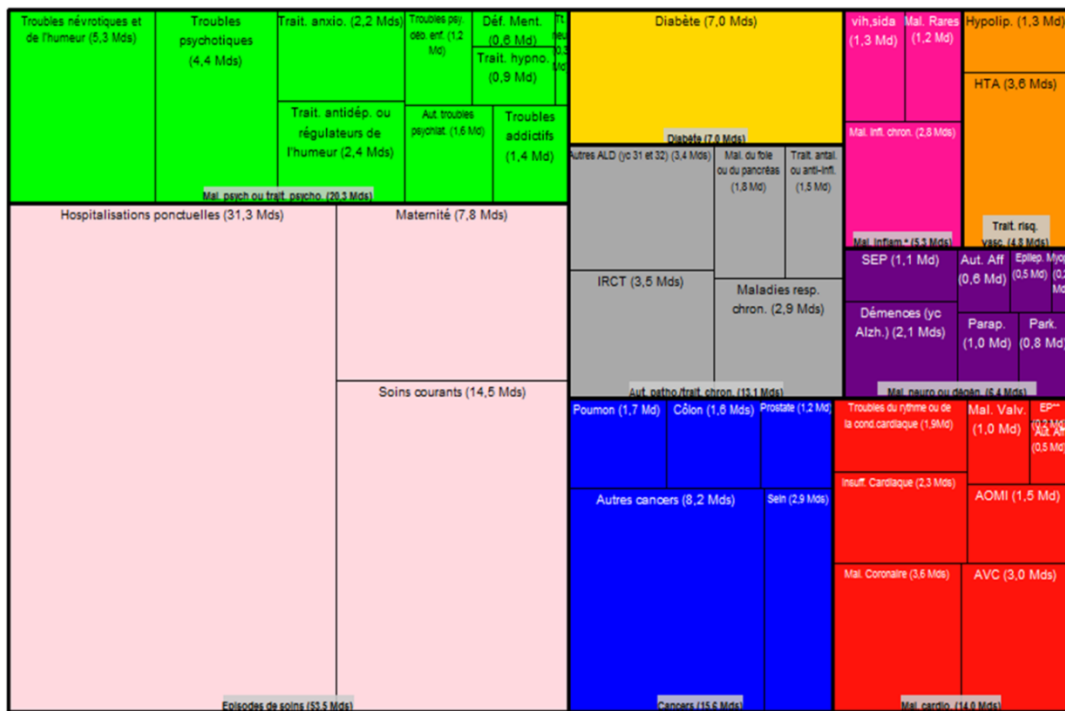
3 Les dépenses extrapolées « Tous régimes » sont de 164 Mds€.

Figure 1 : Répartition 2017 des dépenses d'assurance maladie – 140 Mds € pour le Régime Général (164 Mds € pour l'ensemble des régimes)



(a) hors pathologies
 (b) hors mucoviscidose
 (c) dont 31 et 32
 (d) avec ou sans pathologies
 (e) avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
 (f) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
 Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
 Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Figure 2 : Répartition des dépenses d'assurance maladie entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2017 (en milliards d'euros)



Note de lecture : la surface totale de la figure représente la dépense totale, les aires des rectangles plus petits sont proportionnelles à la part des dépenses par rapport à la dépense totale. Les montants entre parenthèses sont les montants en euros extrapolés à l'ensemble des régimes.

Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Tableau 1 : Dépenses extrapolées à l'ensemble des régimes en 2017 (164 Mds €) entre les différents groupes de pathologies ou épisodes de soins (en millions d'euros)

Pathologie, traitement ou événement de santé	Total des dépenses remboursées	Total soins de ville	dont soins de médecins	dont médicaments	Total hospitalisations	Total prestations en espèces
Maladies cardio-neurovasculaires	16 628	7 231	1 154	2 184	8 317	1 080
dont maladies cardio-neurovasculaires aiguës	4 120	605	72	123	3 412	103
dont maladies cardio-neurovasculaires chroniques	12 508	6 626	1 082	2 061	4 905	977
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	5 639	4 390	1 198	1 642	325	924
Diabète	8 290	6 950	764	2 449	803	537
Cancers	18 410	7 247	1 313	3 328	10 062	1 100
dont cancers actifs	16 521	5 984	969	3 007	9 824	713
dont cancers sous surveillance	1 889	1 264	344	321	239	387
Maladies psychiatriques ou psychotropes	23 235	6 788	1 703	2 132	11 319	5 128
dont maladies psychiatriques	16 585	3 326	588	1 049	10 852	2 407
dont traitements psychotropes (hors pathologies)	6 649	3 462	1 115	1 084	466	2 721
Maladies neurologiques ou dégénératives	7 628	4 871	204	1 233	2 191	567
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3 455	2 154	488	1 088	980	321
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	6 234	4 307	219	3 557	1 421	505
Insuffisance rénale chronique terminale	4 183	1 283	21	348	2 820	81
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	2 100	1 382	67	1 192	567	151
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	4 016	2 936	245	1 220	718	362
Maternité (avec ou sans pathologies)	8 887	1 257	333	126	4 074	3 557
Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	37 102	5 111	1 619	1 044	28 810	3 182
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 670	914	398	222	130	626
Soins courants	16 752	12 531	5 135	1 685	1 131	3 090
Total des dépenses extrapolées aux tous régimes	164 230	69 351	14 862	23 452	73 670	21 209

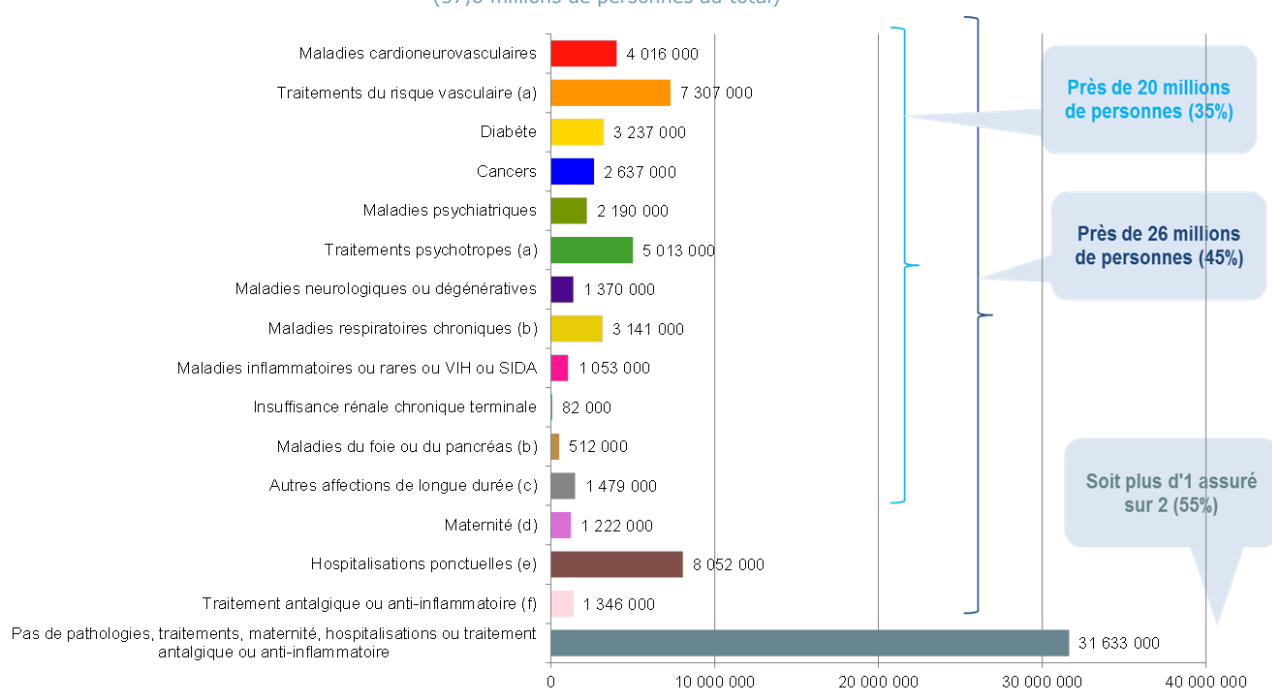
Champ : Tous Régimes - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

On retrouve à travers cette analyse, le poids des pathologies et traitements chroniques, qui représentent près de 61 % de la dépense (environ 85 milliards d'euros) et concernent 35 % de la population (soit près de 20 millions de personnes pour le régime général) (Figure 3). À l'opposé, 55 % de la population affiliée au régime général, soit un peu plus de 31 millions de personnes, ont reçu uniquement des soins qualifiés de courants (Encadré 3).

Parmi les pathologies chroniques, on notera le poids humain des maladies cardio-neurovasculaires (3,9 millions de personnes), du diabète (3,2 millions de personnes) et des maladies respiratoires chroniques (3,1 millions de personnes) qui concernent chacune plus de 3 millions de personnes, mais aussi des cancers (2,6 millions de personnes) et des maladies psychiatriques (2,1 millions de personnes). Si l'on ajoute à ces dernières, les 5,1 millions de personnes avec un traitement chronique par psychotrope, ce sont plus de 7 millions de personnes qui ont été prises en charge pour une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale. Enfin, plus de 8 millions de personnes ont recours à une hospitalisation dite « ponctuelle » (Encadré 3), pour des motifs autres que ceux correspondants aux pathologies chroniques identifiées via les algorithmes médicaux.

Figure 3 : Nombre de bénéficiaires du Régime Général traités en 2017 pour chaque groupe de pathologies ou épisodes de soins (57,6 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

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

Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019)

Les dépenses totales par pathologie dépendent à la fois du nombre de personnes traitées et de la dépense moyenne par patient (Tableau 2). La Figure 4 présente le montant des dépenses remboursées selon les effectifs et la dépense annuelle moyenne par patient pour chacune des catégories de pathologies, la taille des bulles traduisant le montant des dépenses remboursées. Deux dynamiques se distinguent :

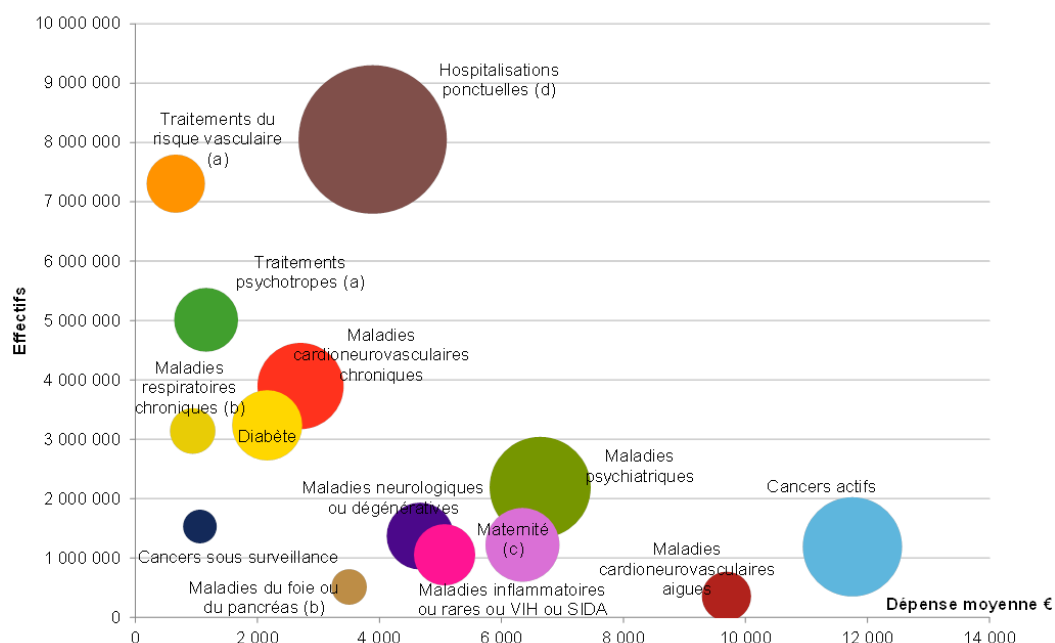
- d'une part les groupes qui concernent un nombre important de personnes mais avec un coût moyen par patient relativement faible, au nombre desquelles se retrouvent les personnes avec un traitement chronique du risque vasculaire en prévention primaire (662 € /an /personne en moyenne) ou encore les personnes avec un traitement chronique par psychotropes (1 160 € /an /personne en moyenne).
- d'autre part, les groupes 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 (11 754 €), des maladies cardio-neurovasculaires aiguës (9 690 €), des maladies psychiatriques (6 635 €) et la maternité (6 345 €).

Les hospitalisations ponctuelles (Encadré 3) se démarquent toutefois avec un effectif très élevé (8 051 704 patients) et une dépense moyenne élevée (3 889 €).

Malgré des effectifs relativement faibles (81 904 bénéficiaires), le poids de l'insuffisance rénale chronique terminale n'est pas négligeable du fait d'une dépense annuelle moyenne par patient extrêmement élevée⁴ (42 555€).

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

Figure 4 : Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales pour chaque catégorie de pathologies ou épisode de soins, en 2017



- 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 : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées. Seuls ont été représentés les principaux groupes de population afin de ne pas alourdir le graphique. Par ailleurs, pour les maladies cardiovasculaires, 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.

Maladies cardio-neurovasculaires : ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie oblitérante du membre inférieur, les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardio-vasculaires. On distingue les pathologies 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 : sont distingués les plus fréquents (cancers du sein, de la prostate, du colon et du poumon), les autres cancers étant regroupés. On distingue les cancers en phase active de traitement 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 eu d'hospitalisation ou d'ALD récentes, et donc pas de diagnostic repérable dans le SNDS).

Maladies neurologiques et dégénératives : comprend les démences (ex la maladie d'Alzheimer) et la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, 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 VIH : sont distinguées les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, les autres maladies inflammatoires chroniques ; pour les maladies rares, les maladies métaboliques héréditaires, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase grave. L'infection au VIH ou SIDA font l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

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

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

Autres affections de longue durée (regroupées). Personnes avec une ALD autres que celles relatives aux pathologies ci-dessus mentionnées.

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

Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens 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 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 définies.

Soins courants : personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements ou situations de soins décrites 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...).

Tableau 2 : Effectifs et dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins, en 2017

Pathologie, traitement ou événement de santé	Effectif	Dépense moyenne totale	dont soins de ville	dont hospitalisations	dont prestations en espèces
Maladies cardio-neurovasculaires	4 016 262	3 486 €	1 509 €	1 733 €	243 €
dont maladies cardio-neurovasculaires aiguës	356 207	9 690 €	1 413 €	8 013 €	264 €
dont maladies cardio-neurovasculaires chroniques	3 897 051	2 707 €	1 426 €	1 054 €	227 €
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	7 307 204	662 €	510 €	38 €	115 €
Diabète	3 236 645	2 161 €	1 802 €	208 €	150 €
Cancers	2 636 917	5 911 €	2 324 €	3 209 €	379 €
dont cancers actifs	1 188 538	11 754 €	4 257 €	6 950 €	547 €
dont cancers sous surveillance	1 529 301	1 058 €	698 €	131 €	229 €
Maladies psychiatriques ou psychotropes	7 203 204	2 824 €	795 €	1 383 €	646 €
dont maladies psychiatriques	2 190 150	6 635 €	1 273 €	4 366 €	996 €
dont traitements psychotropes (hors pathologies)	5 013 054	1 160 €	586 €	80 €	494 €
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 369 978	4 666 €	2 962 €	1 330 €	374 €
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3 140 914	938 €	584 €	262 €	93 €
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1 052 848	5 069 €	3 492 €	1 142 €	435 €
Insuffisance rénale chronique terminale	81 904	42 555 €	12 937 €	28 727 €	891 €
dont dialyse chronique	44 901	62 140 €	17 329 €	44 233 €	578 €
dont transplantation rénale	3 244	69 138 €	16 112 €	50 755 €	2 271 €
dont suivi de transplantation rénale	33 759	13 952 €	6 791 €	5 985 €	1 176 €
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	512 000	3 504 €	2 308 €	930 €	266 €
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 478 582	2 300 €	1 673 €	406 €	221 €
Maternité (avec ou sans pathologies)	1 222 256	6 345 €	891 €	2 797 €	2 656 €
Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	8 051 704	3 889 €	537 €	2 992 €	361 €
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 345 580	1 084 €	578 €	81 €	424 €

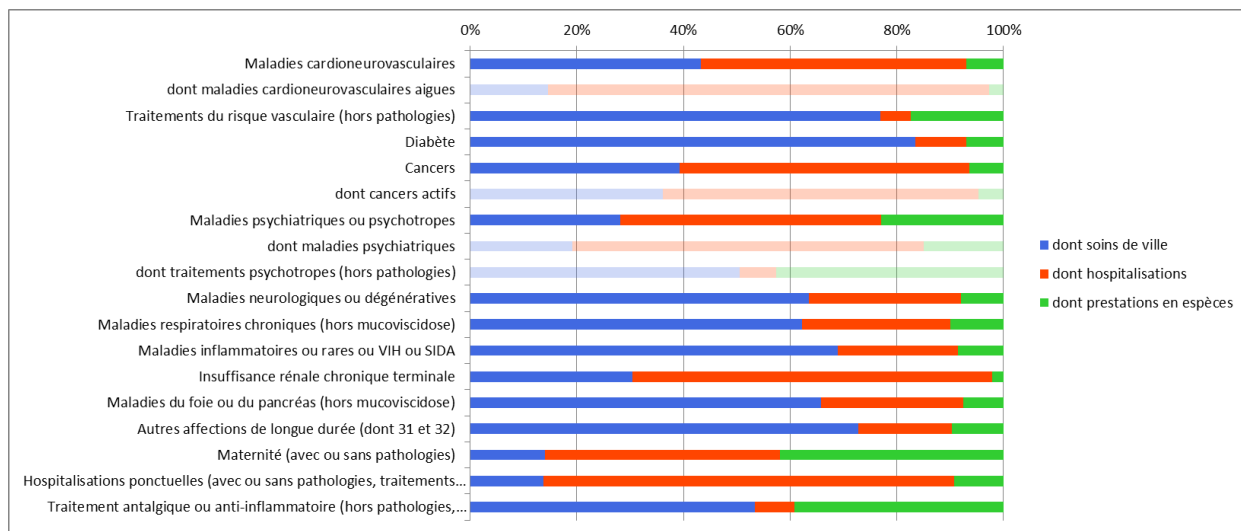
Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Figure 5). Les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour les maladies cardiovasculaires aiguës (83%), pour l'insuffisance rénale chronique terminale (68%), pour les maladies psychiatriques (66%) et pour les cancers actifs (59%), ce qui explique leurs niveaux de dépenses élevées. A l'inverse, les soins de ville concernent la très grande majorité des dépenses mobilisées pour la prise en charge du diabète (83%), 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 (66%), des maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) (66%), des maladies neurologiques ou dégénératives (63%) et des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) (62%). Enfin, les prestations en espèces⁵ ont un poids important dans les dépenses mobilisées dans le cadre de la maternité (42%) et mais aussi pour les patients ayant bénéficiés de traitements chroniques par antalgiques ou anti-inflammatoires (39%) ou par psychotropes (43%).

⁵ Les prestations en espèces comprennent les indemnités journalières versées en cas de maladie ou d'accidents du travail ou maladie professionnelle (i.e. IJ maladie/ATMP), celles versées en cas de maternité, de congé paternité ou adoption (IJ maternité) et les pensions d'invalidité

Figure 5 : Structure des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins en 2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

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

Quelles sont les dynamiques médicales et économiques à l'œuvre 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 exemples de modifications de prise en charge, de la façon dont les processus de soins sont organisés 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 2012-2017, soit un recul de 6 années. Cet horizon temporel de moyen terme permet d'augmenter la robustesse des résultats mais surtout d'analyser les évolutions de manière approfondie et de façon plus riche :

- en présentant la tendance générale sur l'ensemble de la période 2012-2017, en dépenses totales et en moyenne annuelle (évolution de moyen terme)
- en présentant la tendance constatée sur la dernière année (2016-2017) (évolution de court terme) en parallèle de celle des années précédentes (2012-2016).

Dans les interprétations d'évolutions d'effectifs et de dépenses, il est important d'avoir à l'esprit que la population française, et donc la population couverte par le régime général, augmente chaque année, et qu'il est donc normal d'observer une croissance de certains effectifs, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes âgées, du fait de l'allongement de l'espérance de vie qui reflète une meilleure santé de la population.

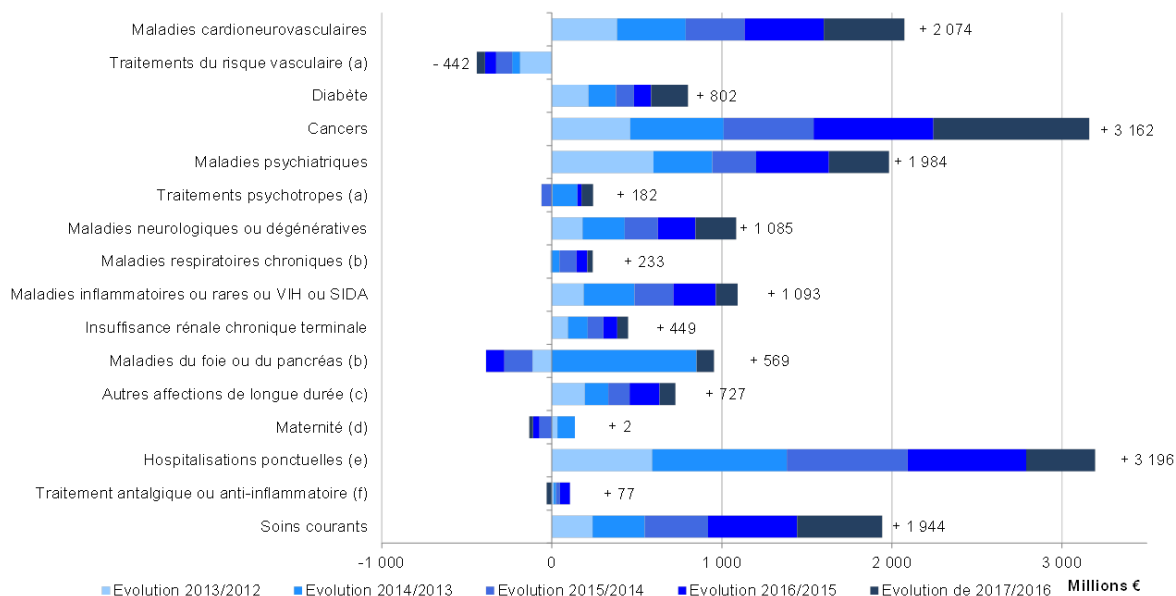
A moyen terme, +17,1 Mds € d'augmentation de la dépense totale en 6 ans qui concerne la grande majorité des pathologies...

Depuis 2012, la dépense totale de la consommation de soins au régime général a augmenté de +17,1 Mds € (soit +13,9 % en 6 ans). Une partie de cette hausse des dépenses découle directement de l'augmentation du nombre de personnes du régime général (y compris les sections locales mutualistes) ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins. On est ainsi passé de 55,9 millions de personnes en 2012 à 57,6 millions en 2017 soit 1,7 million de personnes supplémentaires en 6 ans (soit une augmentation en moyenne de 0,6%/an sur la période).

Une analyse plus fine des dépenses affectées aux différentes pathologies considérées, montre que les augmentations les plus importantes sont observées pour les hospitalisations ponctuelles (+3,2 Mds €), les cancers (3,2 Mds €), les maladies cardio-neurovasculaires (+2,1 Mds €) et les maladies psychiatriques (+2 Mds €) (Figure 6). Seules les dépenses mobilisées pour les personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire ont baissé, chaque année, sur l'ensemble de la période passant de 5,3 milliards d'euros en 2012 à 4,8 milliards d'euros en 2017 (soit une baisse de 442 millions d'euros en 6 ans). Cette baisse des dépenses concerne exclusivement les personnes traitées par hypolipémiants en prévention primaire qui est passée de 1,7 milliard d'euros en 2012 à 1,3 milliard d'euros en 2017. Celle mobilisée pour les personnes traitées par antihypertenseurs en prévention primaire a, quant à elle, légèrement augmenté (3,5 Mds € en 2012 versus 3,6 Mds € en 2017).

L'évolution des dépenses sur la période peut toutefois être contrastée selon les années, c'est en particulier le cas des « maladies du foie ou du pancréas » dont les dépenses avaient baissé entre 2011 et 2012, pour ensuite augmenter fortement entre 2013 et 2014 (+ 852 millions d'euros suite à l'arrivée du sofosbuvir), suivie les autres années de baisses (arrivée de nouveaux traitements moins coûteux, baisse de la durée de traitement) limitant au global l'augmentation des dépenses à + 569 millions d'euros sur les cinq années (Figure 6).

Figure 6 : Evolution des dépenses totales entre 2012 et 2017, pour chaque groupe de pathologies 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 : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

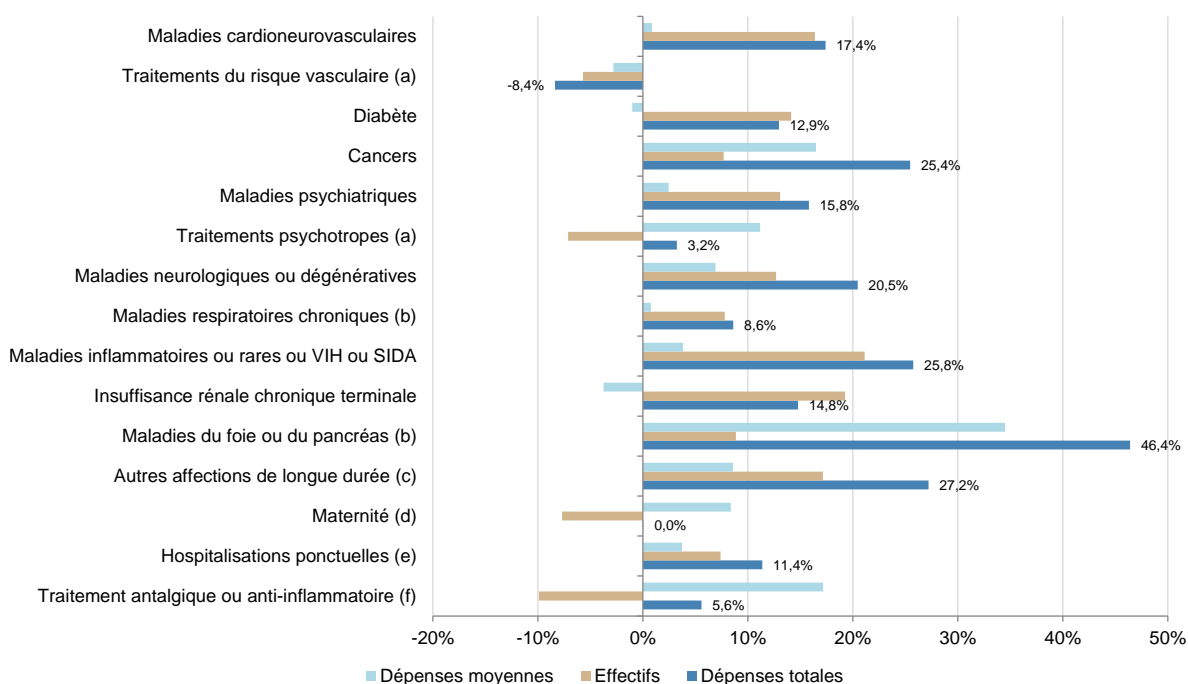
Les évolutions des dépenses affectées à une pathologie (Figure 7) résultent de la combinaison de deux phénomènes : une évolution du nombre de personnes concernées par une pathologie (Figure 8) ou l'évolution de la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne atteinte par la pathologie.

Des dépenses qui augmentent en lien avec la hausse soutenue du nombre de personnes concernées par les pathologies.

Pour de nombreuses pathologies l'augmentation de la dépense s'explique par une augmentation des effectifs plus importante que celle des dépenses moyenne par patient. C'est le cas notamment des maladies inflammatoires ou rares (+26 %), des maladies neurologiques ou dégénératives (+21 %), les maladies cardio-neurovasculaires (+17 %), les maladies psychiatriques (16 %) ou les hospitalisations ponctuelles (+11 %).

L'insuffisance rénale chronique terminale et le diabète connaissent également une augmentation de leurs effectifs (respectivement +19 % et +14 %) mais la dépense annuelle moyenne par patient mobilisée pour chacune de ces pathologies a diminué sur la période (respectivement -4 % et -1 %) ce qui a permis de limiter la hausse globale des dépenses (+15 % et de +13 %).

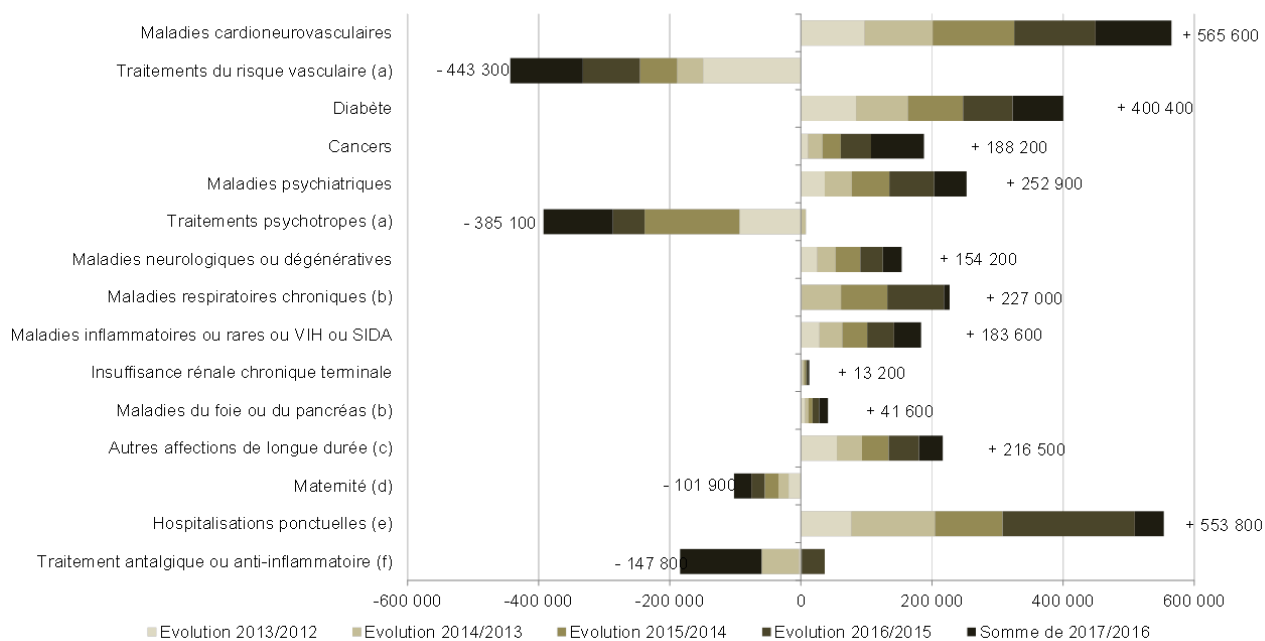
Figure 7 : Taux de croissance entre 2012 et 2017 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins



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 : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

L'augmentation notable depuis 2012 (Figure 8), et relativement régulière, du nombre de personnes avec une maladie cardio-neurovasculaire (+565 600 personnes), un diabète (+400 400 personnes) ou une « hospitalisation ponctuelle » (+553 800 personnes) est à relier notamment au vieillissement de la population et au fait que ces pathologies touchent un grand nombre de personnes, d'où une croissance soutenue des effectifs (+3,1 % par an en moyenne pour les maladies cardio-neurovasculaires et autour de +2,7 % pour le diabète). Les effectifs associés au groupe « hospitalisations ponctuelles » ont quant à eux fortement augmenté entre 2015 et 2016 (+2,6 %, contre seulement +1,4 % en moyenne annuelle depuis 2012) probablement en lien avec le déploiement d'un nouveau test de dépistage du cancer colorectal à partir d'avril 2015 et à l'augmentation des effectifs de personnes ayant un cancer colorectal actif du fait du vieillissement de la population (voir le rapport Charges et Produits de 2018 de l'assurance-maladie, page 23).

Figure 8 : Evolution des effectifs entre 2012 et 2017 par groupes de pathologies 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 : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019)

Pour d'autres pathologies comme les cancers c'est plutôt l'augmentation de la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne qui explique l'augmentation des dépenses totales

Pour les maladies du foie ou du pancréas (+46%) et les cancers (+25%) en revanche, l'augmentation de la dépense totale (Figure 7) s'explique par une augmentation des dépenses annuelles moyennes mobilisées pour chaque patient plus importante que la hausse des effectifs. A titre d'exemple, les effectifs de patients atteints d'une maladie du foie ou du pancréas ont augmenté de 8,8%, ce qui représente seulement 41 600 personnes (Figure 8), quand la dépense annuelle moyenne par patient a augmenté de 35% (en lien avec l'arrivée du sofosbuvir et autres nouveaux traitements de l'hépatite virale chronique C).

Une analyse des évolutions à moyen terme plus complexes pour les groupes de personnes avec un traitement chronique

L'augmentation relativement faible des dépenses totales des personnes avec un traitement chronique par psychotropes (+3,2% en 6 ans) et celles des personnes avec un traitement chronique par antalgiques ou anti-inflammatoires (+5,6%) s'explique principalement par la baisse des effectifs (respectivement -7,1% et -9,9%) qui permet de compenser partiellement l'augmentation de la dépense annuelle moyenne par patient (respectivement +11% et +17%) (Figure 7).

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 (ex. : 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 psychotropes⁶ sur la période est plus forte que la hausse observée du nombre de personnes avec une maladie psychiatrique (+ 252 900 personnes entre 2012 et 2017), ce qui laisse penser qu'il ne s'agit pas uniquement d'un transfert d'un groupe à l'autre (Figure 8). De plus, cette baisse est cohérente avec les données observées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour la période 2012-2015, en France et dans d'autres pays européens, en particulier en ce qui concerne les anxiolytiques (ANSM, avril 2017⁷).

La baisse des dépenses totales mobilisées pour les personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (- 442 M€ soit -8,4 %) s'explique par une baisse à la fois des effectifs (-5,7 %) et de la dépense moyenne par patient (-2,8 %). La baisse des effectifs de cette catégorie de patients s'explique par la baisse importante, de l'ordre de - 25 % en six ans (soit - 5,5 % par an en moyenne sur la période), du nombre de personnes traitées par hypolipémiants (3,7 millions de personnes en 2012 versus 2,8 millions en 2017 soit environ -900 000 personnes en 6 ans). À l'inverse, le nombre de personnes traitées par antihypertenseurs (hors pathologie cardio-neurovasculaire, diabète et IRCT) a très légèrement augmenté.

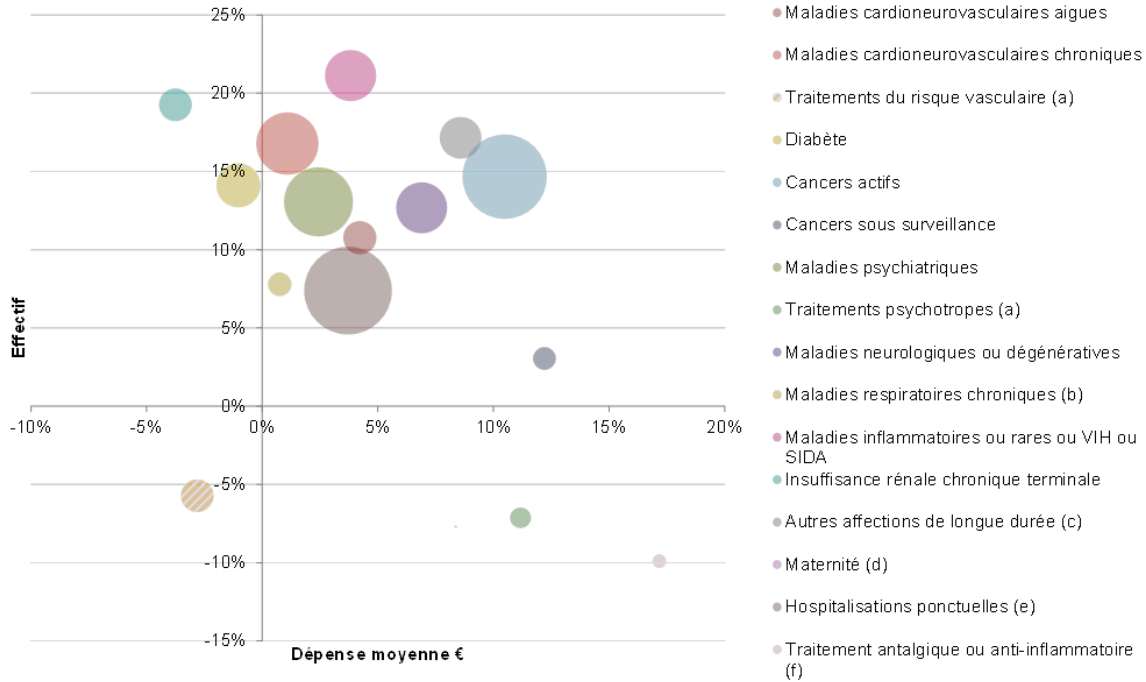
Ces évolutions sont à mettre en relation avec l'augmentation des effectifs des groupes « maladies cardio-neurovasculaires » et « diabète ». Une variation de la taille de l'un de ces groupes (pathologies plus fréquentes du fait d'un vieillissement de la population par exemple, ou moins fréquentes du fait d'une meilleure prévention primaire) peut en effet conduire à une variation de la taille de l'autre groupe (population plus jeune en prévention primaire du risque vasculaire). 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.

La Figure 9 permet de visualiser de manière synthétique les contributions de l'évolution des effectifs et dépenses moyennes par an et par patient aux dépenses totales sur la période 2012- 2017. Elle permet de mettre également en lumière les enjeux économiques associés à chaque groupe de pathologies, la taille de la bulle étant proportionnelle au différentiel total de dépenses remboursées entre 2012 et 2017.

⁶ Hors maladies psychiatriques repérables à partir des données (ALD et/ou motifs d'hospitalisation) présentes dans le SNDS.

⁷ <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>

Figure 9 : Evolutions sur la période 2012-2017 des effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales par groupes de pathologies 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 : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

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'évolutions 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. Compte tenu des évolutions très fortes et atypiques observées pour les maladies du foie ou du pancréas, ce groupe de population n'a pas été représenté. Par ailleurs, pour les maladies cardio-neurovasculaires, ont été distinguées les formes aiguës (événement survenu dans l'année) et chroniques de la maladie de manière à mieux faire ressortir les différences en termes d'effectifs ou de dépenses remboursées moyennes mobilisées pour leur prise en charge. De même pour les cancers, ont été distingués les cancers en phase active (avec un traitement en cours) et ceux en phase de surveillance. Enfin, pour les pathologies en lien avec la santé mentale, ont été distinguées les maladies psychiatriques qui concernent des populations en ALD ou ayant été hospitalisées pour ce motif, des personnes traitées par psychotropes sans autre indication dans les remboursements de soins.

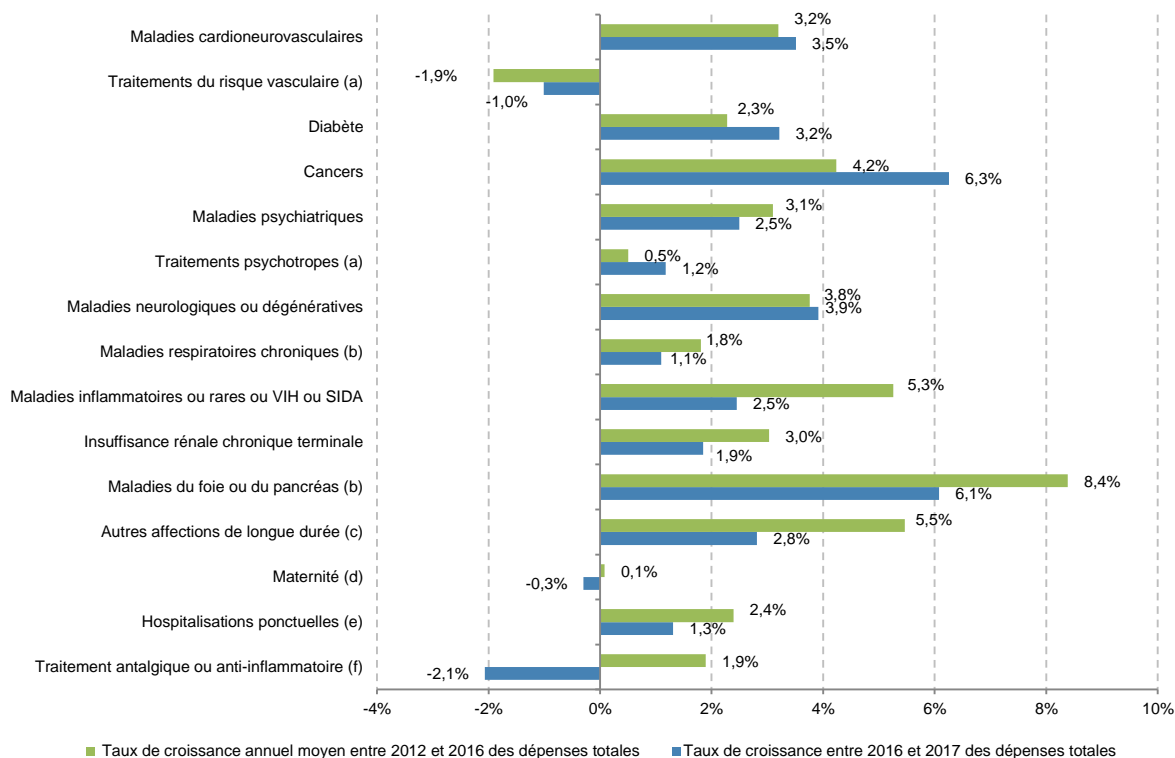
A court terme, entre 2016 et 2017 on observe une hausse des dépenses affectées aux cancers, aux maladies cardio-neurovasculaires et au diabète plus soutenue que celle observée sur la période 2012-2016

Si entre 2016 et 2017, les dépenses d'assurance maladie du régime général ont augmenté (+ 3,5 Mds d'€) de façon un peu moins dynamique (+2,6 % entre 2016 et 2017) que sur la période précédente (+2,7 %/an en moyenne entre 2012 et 2016), ce taux global masque des évolutions très contrastées entre les pathologies et traitements chroniques.

Les dépenses mobilisées pour la prise en charge en particulier des cancers et dans une moindre mesure pour les maladies cardio-neurovasculaires et le diabète ont augmenté entre 2016 et 2017 de façon plus dynamique qu'entre 2012 et 2016. La dépense affectée au cancer a en effet augmenté de +6,3 % entre 2016 et 2017 versus +4,2 % par an en moyenne entre 2012 et 2016 soit un écart de près de 2 points de pourcentage. Pour le diabète l'écart est de l'ordre de 1 point de pourcentage : 3,2% entre 2016-2017 versus 2,3% par an en moyenne entre 2012 et 2016. Pour les maladies cardio-neurovasculaires, les dépenses ont augmenté de 3,5%

entre 2016 et 2017 versus 3,2%/an en moyenne entre 2012 et 2016. Même si pour ces deux pathologies, l'accélération observée en 2017 est moins forte que celle observée pour le cancer, elle n'en demeure pas moins préoccupante en raison du grand nombre de personnes concernées par ces pathologies et des taux de croissance des dépenses qui sont élevés (supérieurs à 3%).

Figure 10 : Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2016 et taux de croissance entre 2016 et 2017 des dépenses totales pour chaque groupe de pathologies 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 : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Pour la plupart des autres pathologies, les dépenses totales ont également augmenté entre 2016 et 2017, parfois de façon importante (cf. maladie du foie ou du pancréas), mais de façon moins dynamique que sur la période 2012-2016 (Figure 10). C'est le cas par exemples des groupes « maladies du foie ou du pancréas » (+6,1 % contre +8,4 % respectivement), « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA » (+2,5 % contre +5,3 %), « maladies psychiatriques » (+2,5 % contre +3,1 %), « insuffisance rénale chronique terminale » (+1,9 % contre +3 %), « hospitalisations ponctuelles » (+1,3 % contre 2,4 %) et « maladies respiratoires chroniques » (+1,1 % contre +1,8 %).

Les dépenses des personnes traitées de façon chronique par antalgiques ou anti-inflammatoires (Encadré 3) ont par contre baissé de façon notable entre 2016 et 2017 (-2,1%) alors que ces dépenses ont augmenté de 1,9%/an en moyenne sur la période 2012-2016.

La Figure 11 permet d'analyser les facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses observées entre 2016 et 2017 (évolutions des effectifs, des dépenses annuelle moyenne par personne, combinaison des deux).

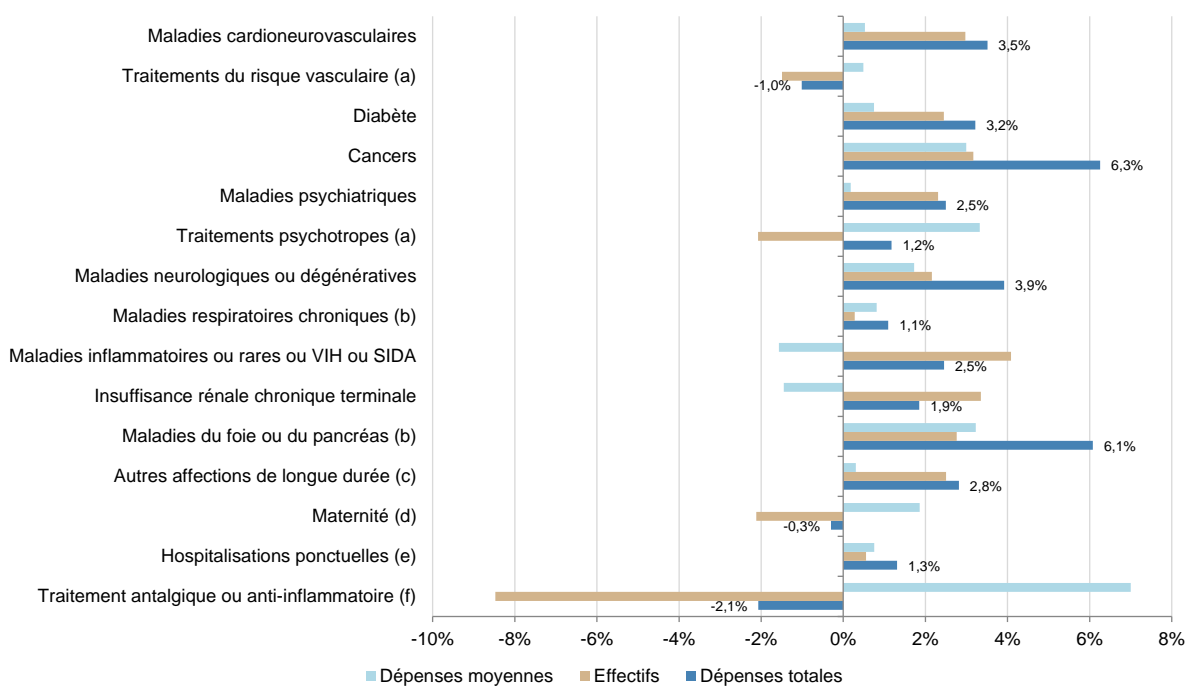
Pour les cancers, les maladies cardio-neurovasculaires et le diabète, la hausse dynamique des dépenses observée en 2017 est le résultat de l'augmentation soutenue du nombre de personnes concernées par ces pathologies (respectivement 3,2%, 3,0% et 2,5%), combinée pour le cancer, et dans une moindre mesure, pour le diabète, à une augmentation de la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne (respectivement +3,0% et +0,7%). De même, l'augmentation forte entre 2016 et 2017 (+6,1%) de la dépense

totale affectée à la prise en charge des maladies du foie ou du pancréas s'explique par la combinaison d'une hausse marquée de la dépense moyenne par patient (+3,2%) et de celle des effectifs (+2,8 %).

Pour les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA et l'insuffisance rénale chronique terminale, la baisse observée entre 2016 et 2017 de la dépense annuelle moyenne par personne (respectivement -1,6% et -1,5%) a permis de limiter la hausse des dépenses (respectivement +2,5 % et +1,9 %) malgré l'augmentation soutenue des effectifs (4,1% et 3,4% respectivement).

A l'inverse, on observe une baisse du nombre de personnes ayant un traitement chronique par psychotropes (-2,1%) mais surtout du nombre de personnes traitées par antalgiques ou anti-inflammatoires (-8,4%), alors que la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne augmente (respectivement +3,3% et +7%). Pour les personnes traitées par antalgiques ou anti-inflammatoires, c'est cette forte baisse des effectifs qui explique la baisse des dépenses observées en 2017 (-2,1%) alors que ces dépenses augmentaient chaque année entre 2012 et 2016 (+1,9%/an en moyenne, Figure 10). La baisse des effectifs entre 2016 et 2017, qui concerne principalement les personnes ayant un traitement chronique par antalgiques, est particulièrement forte chez les personnes âgées de 0-14 ans (-14%) et celles de 15 à 34 ans (-11%).

Figure 11 : Taux de croissance entre 2016 et 2017 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies 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 : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Enfin, la baisse observée à nouveau en 2017 du nombre de personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (-1,5%) (Encadré 3, Figure 11), concerne à la fois les patients traités par hypolipémiants (-6,0 %) et ceux traités par antihypertenseurs (-0,4 %, baisse qui concerne principalement les personnes de moins de 65 ans) alors que sur la période 2012-2016 elle concernait uniquement les personnes traitées par hypolipémiants.

2.2. Zoom sur les dynamiques d'évolutions de quelques pathologies et sur les hospitalisations ponctuelles

Les dépenses affectées aux cancers, aux maladies cardio-neurovasculaires et au diabète en particulier ont particulièrement augmenté sur la période 2012-2017, avec également une accélération de leur croissance entre 2016-2017. Aussi, afin de mieux comprendre les mécanismes à l'origine de ces évolutions, des zooms sont réalisés ci-après sur ces pathologies ainsi que sur les dépenses mobilisées pour la prise en charge du VIH qui ont fortement baissé entre 2016 et 2017. Un zoom sera également réalisé sur les hospitalisations ponctuelles, compte tenu du poids important de ce groupe tant en termes de dépenses (22% des dépenses en 2017) que de nombre de personnes concernées (plus de 8 millions en 2017).

2.2.1 Cancers en phase active de traitement : des dépenses qui ont augmenté de plus de 40 % en 6 ans pour les cancers du poumon et de la prostate, notamment en raison de l'arrivée de nouveaux traitements

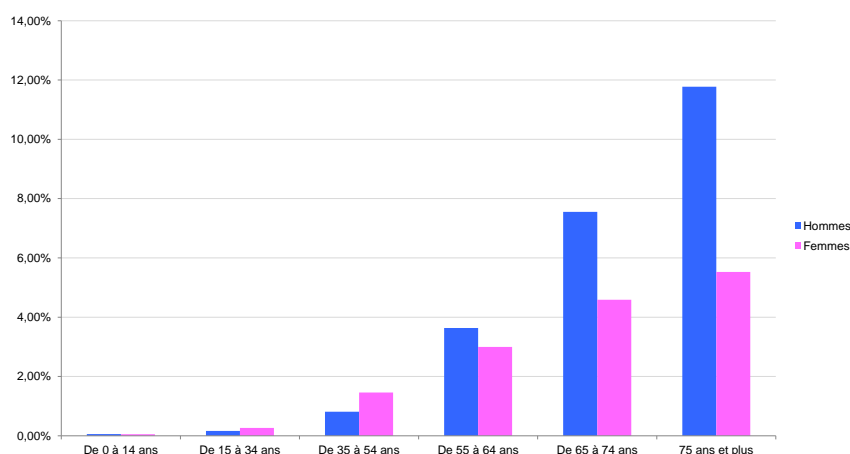
En 2017, 1,19 millions de personnes environ ont été prises en charges pour un cancer en phase active de traitement (1,04 millions en 2012). Comme attendu, la prévalence augmente avec l'âge (Figure 12). Avant 55 ans, la prévalence était plus importante chez les femmes (probables cancers du sein, du col de l'utérus et mélanome) ; après 55 ans on observe l'inverse.

Sur les 14 milliard d'euros affectés aux cancers en phase active de traitement (Figure 13), 2,4 milliards d'euros concernaient la prise en charge des cancers du sein en phase active de traitement, suivi du cancer du poumon (1,6Mds€), du cancer colorectal (1,4Mds€) et de la prostate (1,1Mds€).

Entre 2012 et 2017, les dépenses affectées à la prise en charge des cancers du poumon et de la prostate en phase active de traitement ont augmenté de plus de 40% (Figure 14).

Les déterminants de la croissance des dépenses varient selon les cancers. Pour le cancer colorectal et les autres cancers en phase active de traitement, c'est essentiellement l'augmentation de l'effectif de patients qui explique l'augmentation de la dépense totale. Pour le cancer de la prostate l'augmentation de la dépense totale est liée à l'augmentation de la dépense moyenne par patient. Pour le cancer du poumon et du sein, les deux déterminants interviennent de manière similaire.

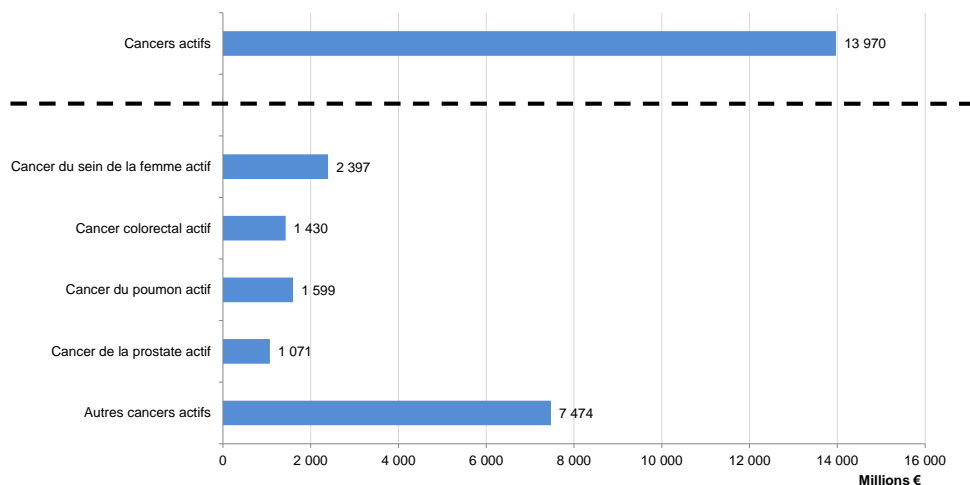
Figure 12. Prévalence par âge et par sexe des cancers en phase active de traitement en 2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019)

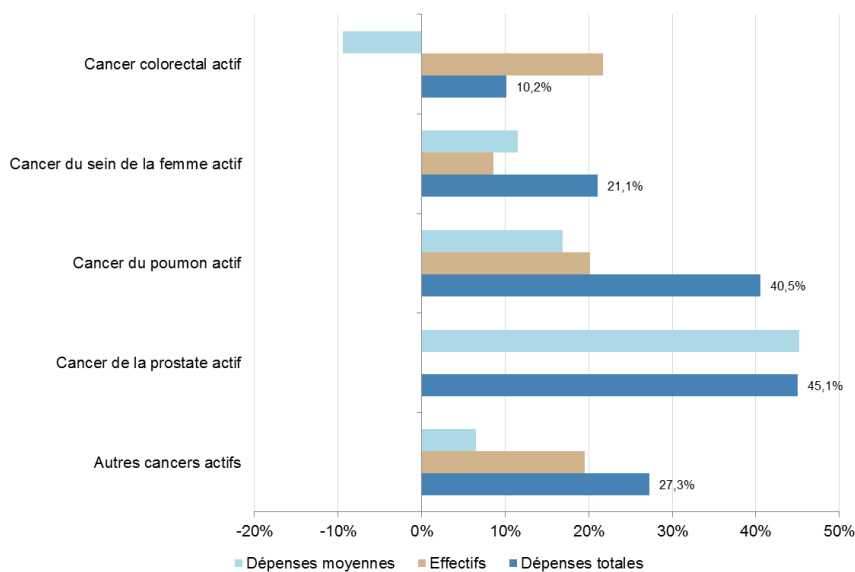
Figure 13. Répartition des dépenses affectées aux cancers en phase active de traitement en 2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Figure 14. Cancers en phase active de traitement : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

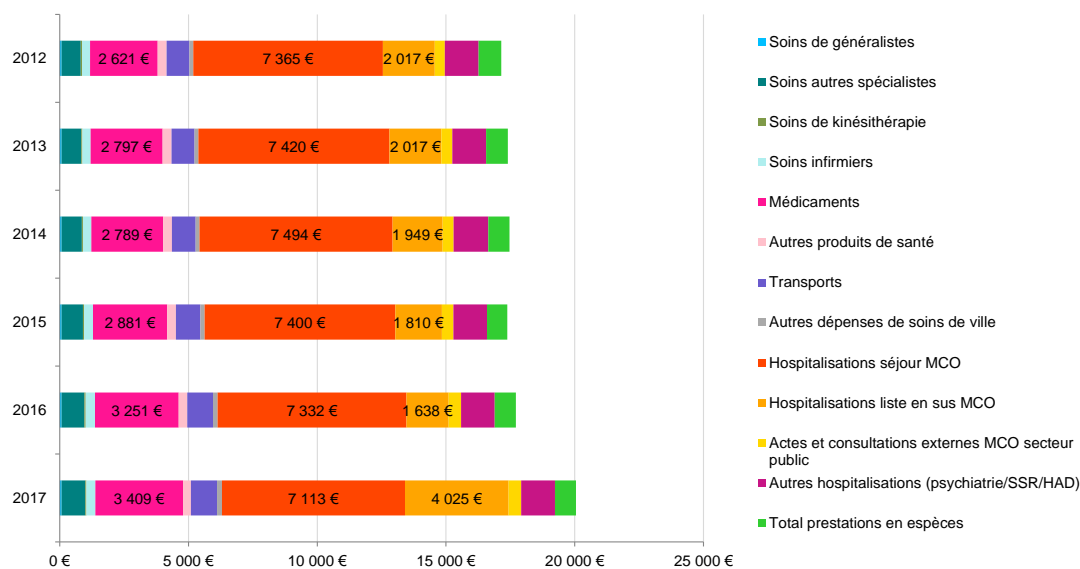
Cancer du poumon en phase active de traitement

Concernant le cancer du poumon, un zoom avait été présenté dans le rapport Charges et Produits de l'année dernière. Il montrait une baisse des dépenses moyennes sur le poste des médicaments de la liste en sus MCO, et une augmentation des dépenses pour les médicaments délivrés en ville, probablement liées à l'utilisation croissante des chimiothérapies orales délivrées en ville en remplacement de certains traitements hospitaliers. Mais en 2017, la dépense moyenne par patient a augmenté de manière importante (+13,2%), en raison des

dépenses pour les médicaments de la liste en sus MCO (+145%) (Figure 15). Plusieurs phénomènes expliquent probablement cette forte augmentation :

- l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments : Opdivo® et Keytruda® (immunothérapies, anti PD1/anti PDL1)
- l'intégration, en 2017, des médicaments en autorisation temporaire d'utilisation (ATU) à la liste en sus alors qu'auparavant ces médicaments étaient financés par les MERRI. C'est notamment le cas de Tagrisso®, une thérapie ciblée indiquée dans le cancer bronchique non à petites cellules avec mutation EGFR T790M.

Figure 15. Cancer du poumon en phase active de traitement : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière

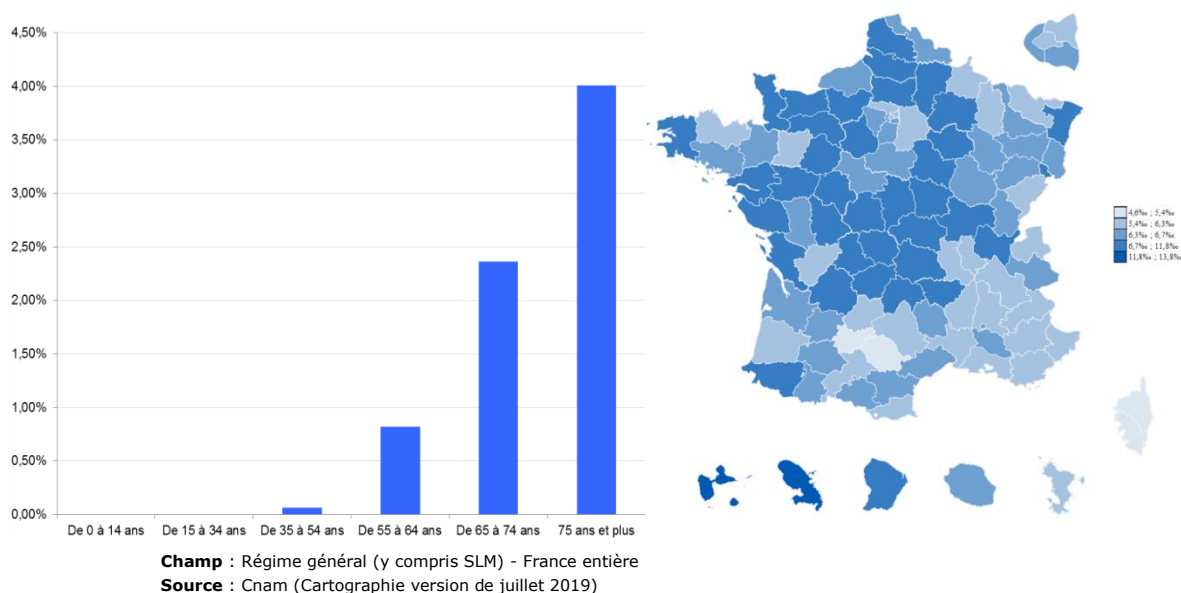
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Cancer de la prostate en phase active de traitement

En 2017, 170 000 hommes avaient un cancer de la prostate en phase active de traitement, autant qu'en 2012. La prévalence augmente avec l'âge, pour atteindre 4% des hommes après 75 ans (Figure 16). Elle est particulièrement élevée dans les Antilles Françaises, où un lien est suspecté avec la pollution environnementale à la chlordécone⁸.

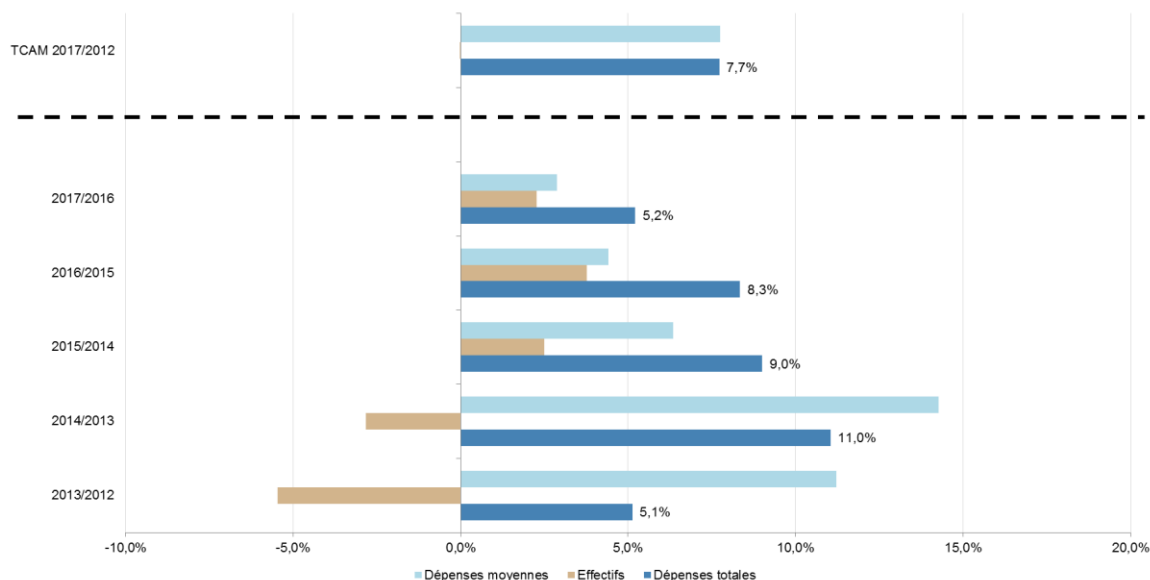
⁸ Multigner, L. « Le cancer de la prostate aux Antilles françaises : état des lieux ». Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 39-40 (2016): 730.

Figure 16. Cancer de la prostate actif : prévalence par âge et départements (taux standardisés) en 2017



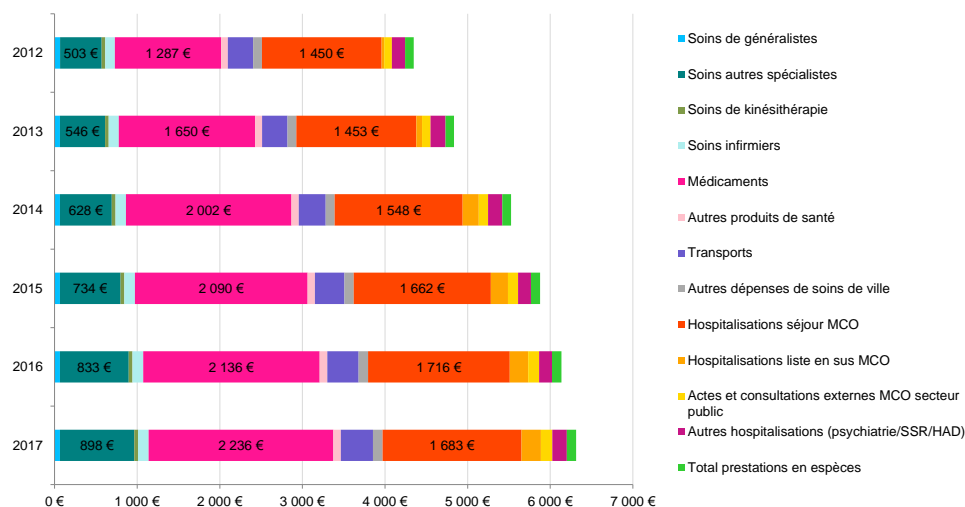
La dépense affectée à la prise en charge du cancer de la prostate en phase active de traitement était de 1,1 Mds€ en 2017. Entre 2012 et 2017, cette dépense a augmenté de 7,7%/an en moyenne, surtout entre 2013 et 2016 (Figure 17). La dépense moyenne, de 6 300€/an/patient en 2017, a fortement augmenté entre 2012 et 2013 (+11,2%) et entre 2013 et 2014 (+14,3%), puis la croissance de la dépense a ralenti jusqu'en 2017.

Figure 17. Cancer de la prostate en phase active de traitement: taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017



L'analyse de la dépense moyenne par poste (Figure 18) montre une forte croissance des dépenses de soins de ville : +78% pour le poste « spécialistes », +74% pour les médicaments délivrés en ville, probablement en lien avec l'utilisation croissante des thérapies ciblées en ville. On note également une augmentation des dépenses affectées aux séjours en MCO (+16%) et de la liste en sus MCO (bien que pour cette dernière les montants restent relativement faibles).

Figure 18. Cancer de la prostate en phase active de traitement : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017

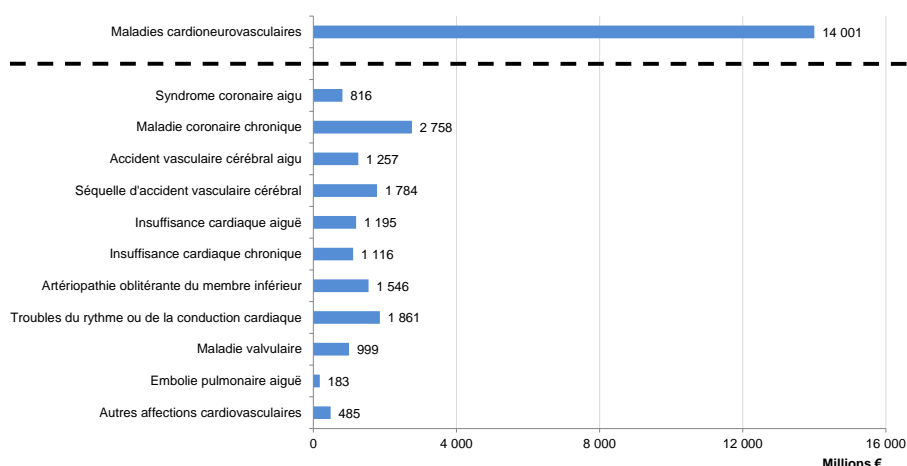


Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

2.2.2 Maladies cardio-vasculaires : une croissance forte des dépenses en particulier de celles affectées à la prise en charge des troubles du rythme et de la conduction ainsi qu'à la maladie valvulaire

En 2017, 4 millions de personnes environ ont été prises en charges pour une maladie cardio-neurovasculaire, parmi lesquelles 3,9 millions étaient dans une phase chronique de la maladie et 356 000 en phase aiguë⁹, ayant donné lieu, pour la plupart, à une hospitalisation dans l'année. Sur les 14 milliards d'euros affectés aux maladies cardio-vasculaires (Figure 19), 10,5 milliard d'euros concernaient la prise en charge des formes chroniques (75%) et 3,5 milliards les phases aiguës de la maladie. On notera en particulier le poids important, en terme de dépenses, de la maladie coronaire chronique (2,8 milliards d'euros) et des accidents vasculaires cérébraux (plus de 3 milliards d'euros si l'on ajoute les formes aiguës et les séquelles).

Figure 19 : Répartition des dépenses affectées aux maladies cardio-vasculaires en 2017

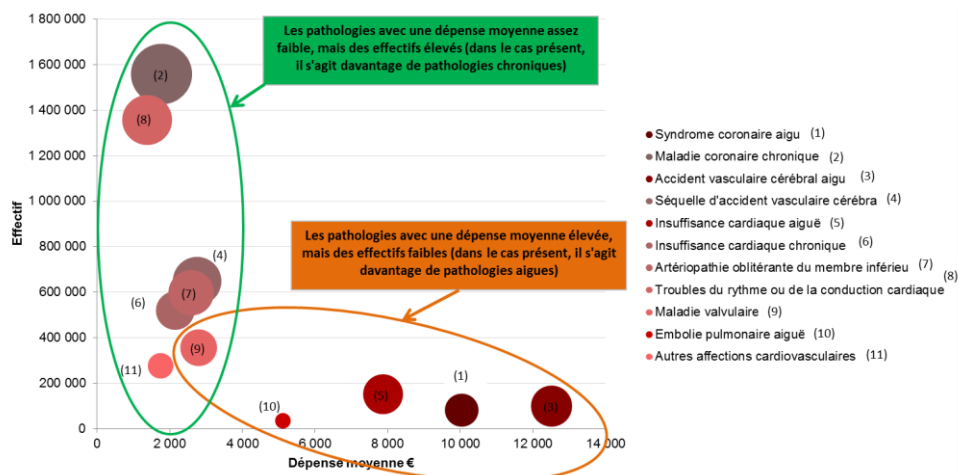


⁹ Les effectifs ne sont pas sommables car une même personne peut, par exemple, avoir une maladie coronaire chronique et faire un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu dans l'année, dans ce cas elle sera comptabilisée parmi les maladies chroniques pour sa maladie coronaire mais aussi parmi les formes aiguës, pour son AVC.

Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Même si les formes aiguës des maladies cardio-neurovasculaires ne concernent qu'un nombre limité de personnes (9% des effectifs), leur poids en termes de dépenses n'est pas négligeable (25%) en raison d'une dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne (9 690€/an/personne en moyenne) très supérieure (Figure 20) à celle mobilisée pour les formes chroniques (environ 2 700€/an/personne en moyenne), ce qui s'explique principalement par les hospitalisations.

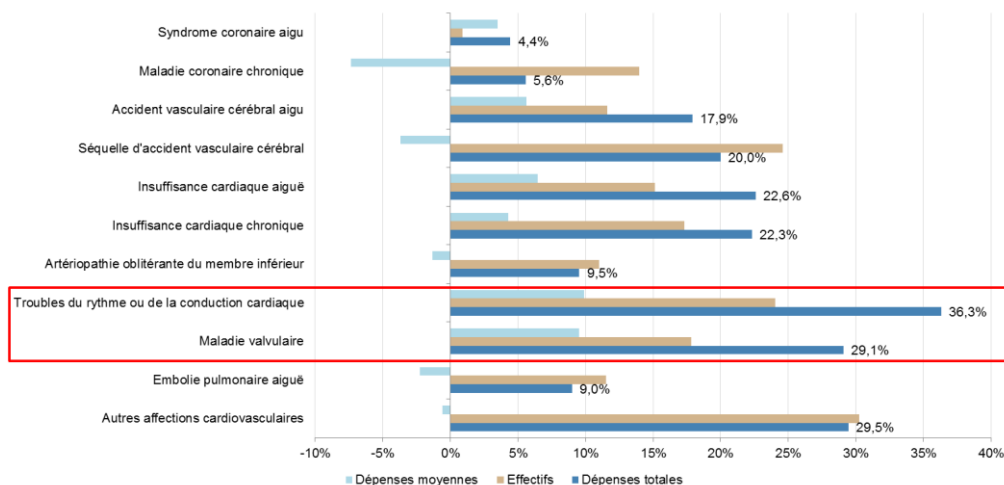
Figure 20 : Maladies cardio-neurovasculaires (MCV) : Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales, en 2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Entre 2012 et 2017, les dépenses affectées aux maladies cardio-neurovasculaires ont augmenté de plus de 2 milliards d'euros et plus de 565 000 personnes supplémentaires ont été prises en charges pour ces maladies. Pour la plupart des maladies cardio-neurovasculaires, la hausse des dépenses observée s'explique par l'augmentation soutenue du nombre de personnes concernées, en lien notamment avec le vieillissement de la population et l'augmentation des facteurs de risques (Figure 21). C'est pour les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque et les maladies valvulaires que l'augmentation des dépenses est la plus forte (respectivement +36% et +29% en 6 ans), ce qui interpelle lorsqu'on sait que ces deux pathologies évoluent généralement vers l'insuffisance cardiaque. De plus, pour ceux deux pathologies, à la hausse soutenue des effectifs (+24 % et +18 % respectivement) s'ajoute une augmentation de la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne, qu'il est possible d'analyser plus en détail grâce à la Cartographie.

Figure 21 : Maladies cardio-neurovasculaires : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017



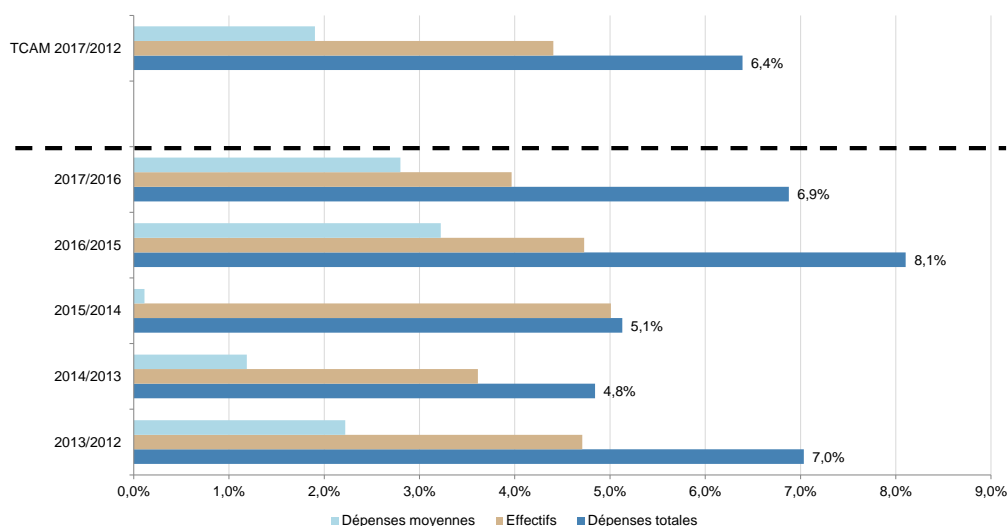
Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque

En 2017, 1,4 million de personnes ont été prises en charges pour des troubles du rythme ou de la conduction cardiaque pour une dépenses remboursée de 1,9 milliard d'euros (soit 1 372 € /an /patient en moyenne). L'âge moyen des personnes est de 75 ans (médiane à 78 ans), et la prévalence est plus élevée chez les hommes (52% des personnes atteintes).

Entre 2012 et 2017, les dépenses affectées à cette pathologie ont augmenté de près de 500 millions d'euros et ce sont plus de 260 000 personnes supplémentaires qui ont été prises en charges. Si la hausse soutenue (+4,4%/an en moyenne) des effectifs a été plutôt stable sur la période, les dépenses annuelles moyennes mobilisées ont évolué de façon plus contrastée selon les années : baisse chaque année entre 2012 et 2015, hausse depuis (Figure 22).

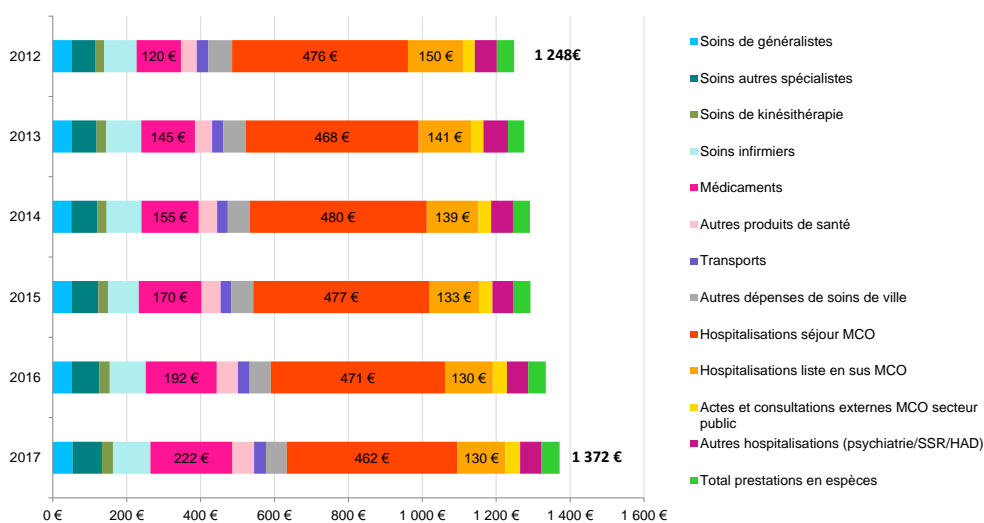
Figure 22 : Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

La Figure 23 permet de mieux comprendre les facteurs explicatifs de l'évolution contrastée de la dépense moyenne mobilisée pour chaque personne qui est passée de près de 1 250€/an en 2012 à plus de 1 370€/an en 2017. On note la forte augmentation (+85%) du poste médicament, qui est passé de 120€/an/personne en moyenne en 2012 à 222€/an/personne en 2017. Cette hausse, cohérente avec la diffusion des anticoagulants oraux directs, est particulièrement marquée entre 2016 et 2017 (+16% en un an). A l'inverse, on observe une baisse des dépenses relatives aux hospitalisations en MCO (séjours et liste en sus), qui représentent plus de 40% des dépenses, et plus particulièrement du poste « liste en sus ». La baisse sur ce poste est plus marquée entre 2012 et 2015 (-11%), alors que depuis 2016 ce poste reste stable. Une baisse de prix a été effectuée sur les stimulateurs cardiaques en 2013.

Figure 23 : Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017



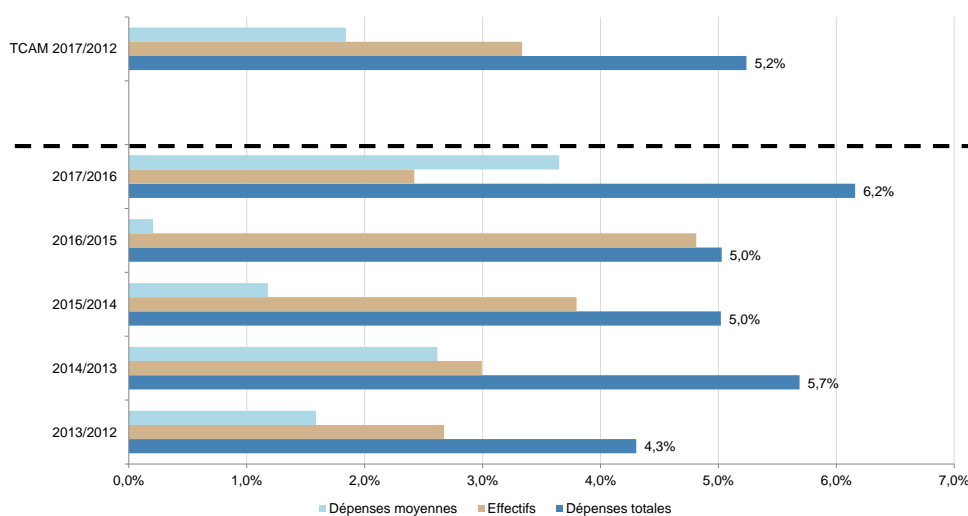
Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Maladie valvulaire

En 2017, 357 000 personnes (49% de femmes et âge moyen de 74 ans) ont été prises en charge pour une maladie valvulaire, pour une dépense remboursée de près de 1 milliard d'euros, ce qui, correspond à une dépense moyenne de 2 800 €/an /personne, plus des 2/3 de cette dépense étant liées aux hospitalisations MCO (séjours et liste en sus).

Entre 2012 et 2017, ce sont plus de +50 000 personnes supplémentaires qui ont été prises en charges, avec une hausse des dépenses de + 225 M€ depuis 2012, principalement liée à l'augmentation des effectifs (Figure 24), sauf en 2017 où la dépense moyenne a augmenté plus fortement que les effectifs (+3,6% contre +2,4 %) et surtout de façon plus forte qu'en 2016 (<0,5%), d'où la forte hausse de la dépense totale observée en 2017 (+6,2% par rapport à 2016).

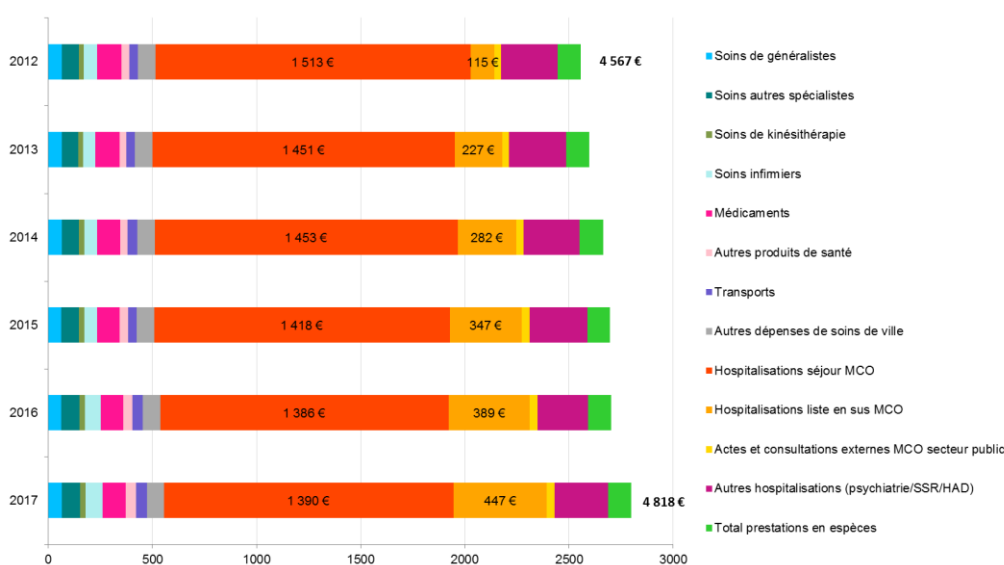
Figure 24 : Maladie valvulaire : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Dans le précédent rapport (cf. p 34), nous avons montré que la baisse de la dépense annuelle moyenne par personne, observée sur la période 2014-2016, s'expliquait notamment par la baisse observée sur les postes « séjours MCO » et « autres hospitalisations » (soins de suite et de réadaptation ou SSR). Baisse qui était du même ordre de grandeur que la forte hausse observée sur le poste liste en sus, probablement en lien avec la diffusion des bioprothèses valvulaires aortiques implantées par voie artérielle transcutanée (TAVI). En 2017, la nouvelle hausse marquée du poste « MCO liste en sus » observée (+15% par rapport à 2016) ne s'accompagne pas d'une baisse des postes « séjours MCO » et « autres hospitalisations » (Figure 25). L'année 2017 est marquée par l'extension d'indication des TAVI aux personnes ayant un risque chirurgical intermédiaire, alors qu'elle était auparavant limitée aux personnes à haut risque chirurgical ou ayant une contre-indication à la chirurgie. On peut faire l'hypothèse que la réduction des durées de séjours en MCO et en SSR est moindre pour les patients à risque chirurgical intermédiaire que pour les patients à haut risque. L'extension d'indication étant arrivée en cours d'année, il est également possible qu'il soit nécessaire d'avoir un recul plus important pour observer un effet sur les dépenses de ces séjours, dont certains ne se sont pas terminés en 2017.

Figure 25 : Maladie valvulaire : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

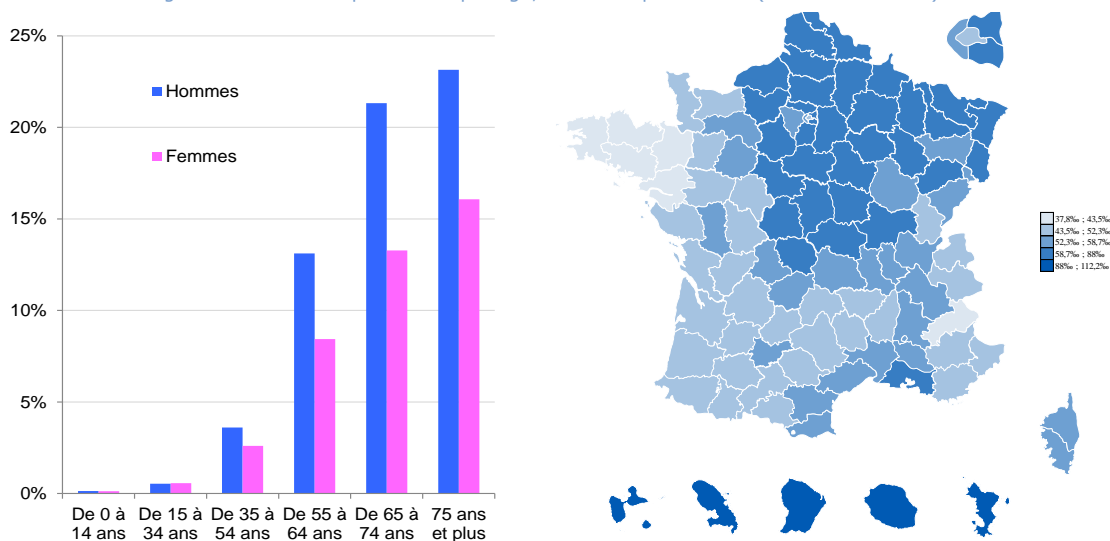
2.2.3 Diabète : une dépense annuelle moyenne (mobilisée pour chaque personne) qui repart à la hausse en 2017, en lien avec l'arrivée de nouveaux dispositifs médicaux, ce qui accentue la dynamique d'augmentation des dépenses

En 2017, plus de 3,2 millions de personnes ont été prises en charge pour un diabète, pour une dépense remboursée de près de 7 milliards d'euros soit une dépense annuelle moyenne de 2 160 € par personne¹⁰.

La Cartographie permet de retrouver les caractéristiques épidémiologiques bien connue du diabète (Figure 26). C'est une pathologie plus fréquente chez les hommes (53%) et dont la prévalence augmente avec l'âge, avec un âge moyen de 66 ans chez les hommes et 67 ans chez les femmes.

¹⁰ Ces montants n'incluent pas les dépenses inhérentes aux complications cardio-vasculaires du diabète et à l'insuffisance rénale chronique terminale qui sont comptabilisées séparément dans la Cartographie. Ces montants sous-estiment donc le coût global du diabète complications comprises.

Figure 26 : Diabète : prévalence par âge, sexe et départements (taux standardisés) en 2017

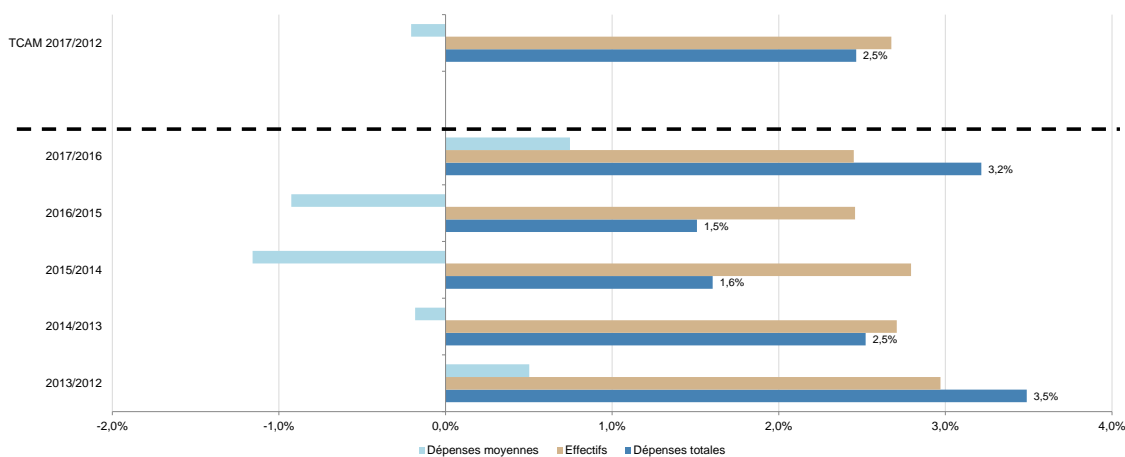


Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019)

Les taux de prévalence sont plus élevés dans la partie nord-est de la France et dans les DOM, en lien avec la prévalence des principaux facteurs de risque du diabète (obésité, précarité...).

Entre 2012 et 2017, ce sont plus de 400 000 personnes supplémentaires qui ont été prises en charge pour leur diabète, pour une dépense remboursée supplémentaire d'environ 800 millions d'euros en 6 ans, essentiellement liée à l'augmentation soutenue des effectifs, en moyenne de +2,7% par an sur la période (Figure 27). Toutefois, la dépense annuelle moyenne par personne a augmenté en 2017 (+0,7%), alors qu'elle était en baisse chaque année depuis 2014. Cela avait permis de limiter jusqu'alors la hausse des dépenses affectées au diabète et ce changement de tendance explique le taux de croissance des dépenses élevé observé en 2017 (+3,2%).

Figure 27 : Diabète : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et dépenses totales sur la période 2012-2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

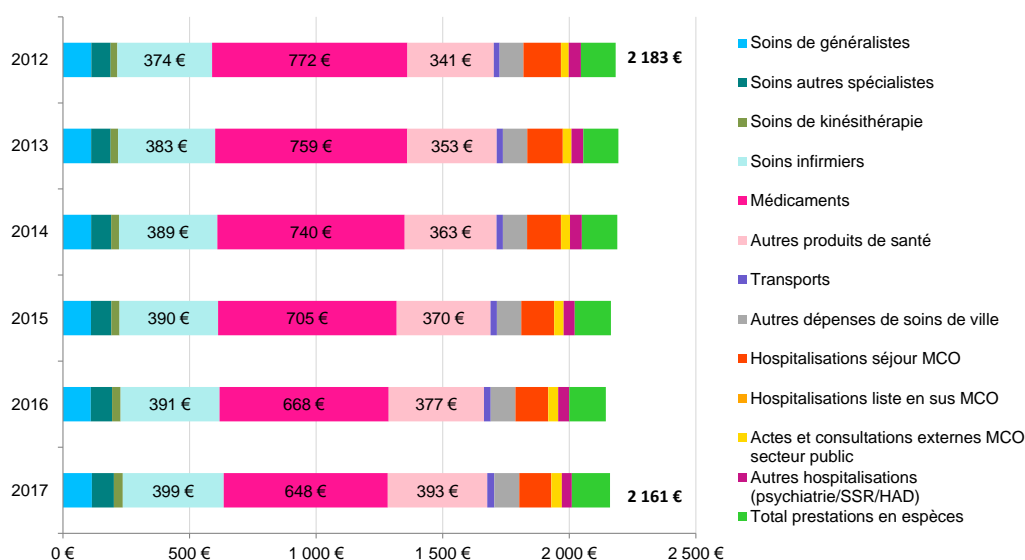
L'analyse de l'évolution de la structure des dépenses annuelles moyennes par poste entre 2012 (2 183€/an/personne) et 2017 (2 161 €/an/ personne) permet de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents (Figure 28).

On note tout d'abord la maîtrise des dépenses du poste « médicament » qui baisse chaque année (-16% en 6 ans) et cela malgré la diffusion de nouveaux médicaments antidiabétiques (aGLP1, iDDP4). Ce résultat s'explique, en partie au moins, par les baisses de prix réalisés sur les traitements plus anciens ainsi que sur les

actions de maîtrise médicalisées réalisées sur la période. Les médicaments qui constituaient 35% des dépenses annuelles moyennes mobilisées pour la prise en charge du diabète en 2012, ne représentaient en 2017 que 30% des dépenses annuelles moyennes soit une baisse de 5 points en 6 ans.

A l'inverse, on observe sur la même période une augmentation chaque année des dépenses sur les postes « soins infirmiers » (+7% en 6 ans) et surtout du poste « Autres produits de santé ». Ce poste, qui comprend notamment les dispositifs médicaux utilisés pour l'auto-surveillance et le traitement du diabète (bandelettes, lecteurs de glycémie, stylos, seringues et pompes pour administration d'insuline...), a augmenté de 15% en 6 ans et de plus de 4% entre 2016 et 2017. Ces hausses traduisent en partie le recours accru à l'insuline ou autres traitements par voie injectable (AgLP1), qui pour certains patients âgés ou fragiles peuvent nécessiter le recours à une infirmière. La prise d'insuline nécessite également une autosurveillance régulière et plus ou moins fréquente selon les patients, ce qui explique la hausse des dépenses observée sur le poste « autres produits de santé ». Or c'est un poste sur lequel on observe depuis plusieurs années l'arrivée sur le marché de nouveaux dispositifs médicaux tels Omnipod® (nouveau type de pompe à insuline, remboursée depuis 2016) et plus récemment le Freestyle Libre® (dispositif permettant la mesure en continue du taux de glucose interstitiel, remboursé depuis juin 2017). Ce dernier, plus coûteux que les lecteurs de glycémie classique, connaît une diffusion rapide ce qui peut expliquer la hausse soutenue observée en 2017 sur ce poste. La hausse des dépenses attribuée au diabète sur le poste « autres produits de santé » observée en 2017 devrait donc se poursuivre, ce qui justifie la mise en place d'un suivi régulier et des réflexions sur les possibles actions de régulation. Les deux études réalisées, l'une parmi les personnes diabétiques utilisant une pompe à insuline et l'autre parmi celles utilisant Freestyle Libre®, dont les résultats principaux sont présentés dans la partie pertinence apportant dans ce cadre des informations complémentaires (voir la partie consacrée à ces dispositifs, page 148).

Figure 28 : Diabète : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017



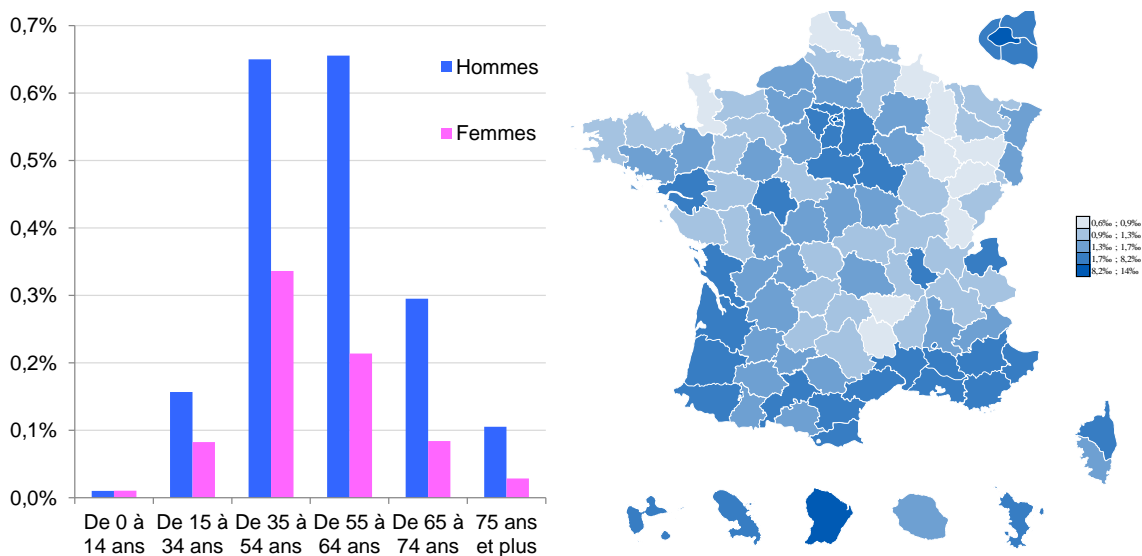
Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
 Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

2.2.4 Prise en charge de l'infection par le VIH

En 2017, 131 800 personnes ont été prises en charge pour une infection par le VIH, pour une dépense remboursée de 1,3 milliard d'euros, soit une dépense annuelle moyenne de 9 678€ par personne¹¹. La Cartographie permet de retrouver les caractéristiques épidémiologiques bien connue de l'infection par le VIH (Figure 29). La population est essentiellement masculine (66%) et la prévalence est plus élevée entre 35 et 64 ans. L'âge moyen est de 50 ans chez les hommes et 47 ans chez les femmes. La prévalence est plus élevée en Ile-de-France, le long du littoral méditerranéen, dans le Sud-Ouest et dans les DOM (en particulier en Guyane).

¹¹ Ces montants n'incluent pas l'ensemble des dépenses inhérentes aux complications ou pathologies potentiellement liées ou favorisées par l'infection par le VIH ou à son traitement (notamment les complications cardio-neurovasculaires favorisées par les antirétroviraux, comptabilisées séparément dans la Cartographie). Ces montants sous-estiment donc le coût global du de l'infection par le VIH complications comprises.

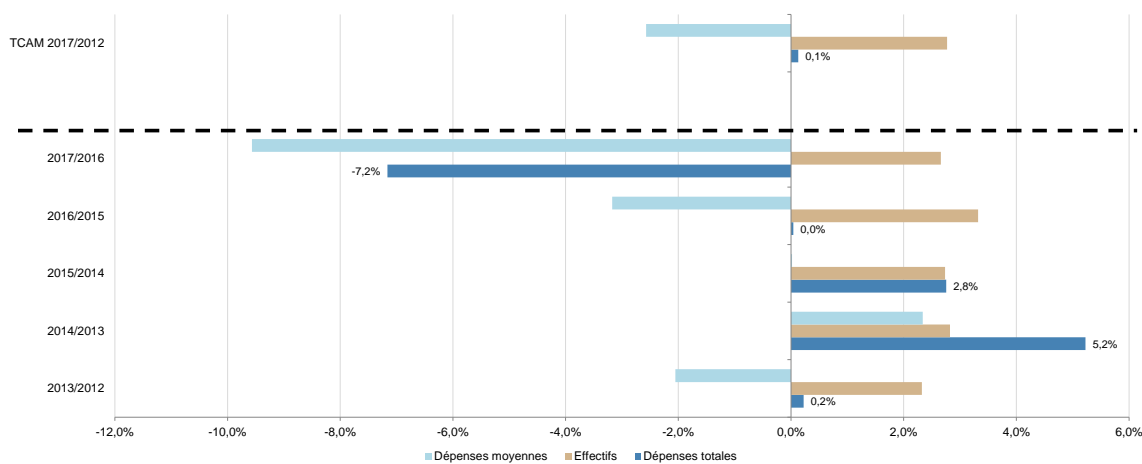
Figure 29. Prise en charge de l'infection par le VIH : prévalence par âge, sexe et départements (taux standardisés) en 2017



Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019)

Entre 2012 et 2017, le nombre de personnes prises en charge pour une infection par le VIH a augmenté de 16 800. Cette augmentation peut être liée à de nouvelles prises en charge, mais également à l'amélioration de l'espérance de vie de ces personnes. Malgré cette hausse des effectifs, la dépense remboursée a dans le même temps augmenté de 9M€ (+2,5%, Figure 30). La dépense moyenne par patient a en revanche diminué, passant de 11 024€/an/patient en 2012 à 9 678€/an/patient en 2017. La baisse a été particulièrement marquée en 2017 (-9,6%).

Figure 30. Prise en charge de l'infection par le VIH : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et dépenses totales sur la période 2012-2017

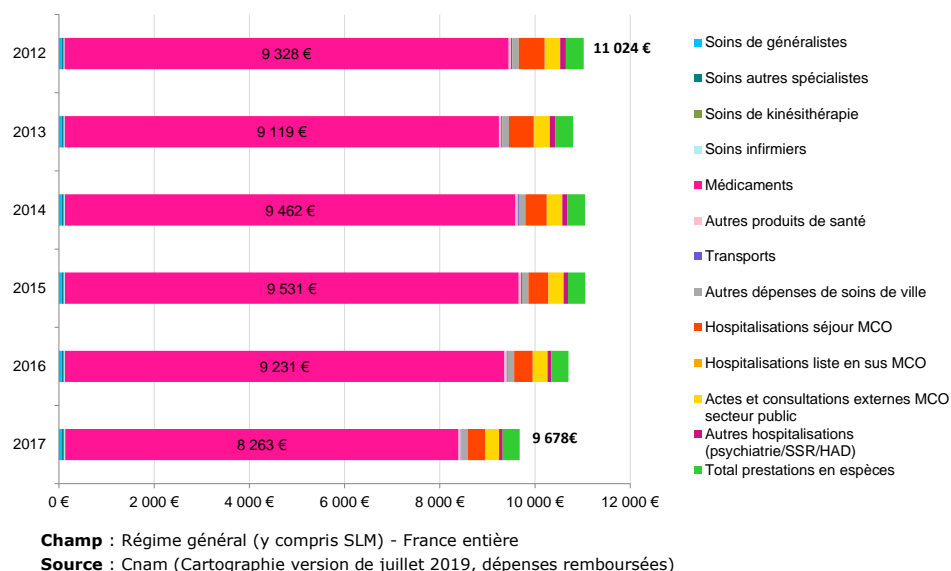


Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

L'analyse par poste de dépense montre le poids prépondérant des médicaments (85% des dépenses, Figure 31). C'est donc principalement de ce poste que dépend l'évolution de la dépense annuelle moyenne par patient, notamment la forte baisse constatée en 2017 (-10,5% en 1 an sur le poste médicament), obtenue grâce à plusieurs plans de baisses de prix de 2012 à 2017, les deux plus récents ayant été appliqués au deuxième semestre 2014 et au deuxième semestre 2016 (calendriers variable selon les produits). De plus, des génériques concernant des médicaments anti-VIH avec des chiffres d'affaires important (Truvada®, Atripla®, Kivexa®, Ziagen®) ont été commercialisés en 2017. L'arrivée des génériques implique la baisse des prix en ville et à l'hôpital, ces produits faisant tous l'objet du double circuit de distribution par les officines de villes et par les pharmacies à usage intérieur dans le cadre de la rétrocession. En ville, le prix du générique est 60% moins cher que celui du princeps (en prix fabricant hors taxes) et la commercialisation des génériques entraîne une baisse de prix de 20 % du médicament princeps.

Par ailleurs, la dépense moyenne liée aux hospitalisations en MCO (postes « hospitalisations séjour MCO et liste en sus MCO ») a baissé de 34% entre 2012 et 2017. Ce résultat peut être lié au développement des prises en charge ambulatoire, ou à la généralisation de l'indication du traitement antirétroviral à partir de fin 2013. En effet, le traitement universel de l'infection à VIH est désormais recommandé en France, alors qu'auparavant il était réservé à certaines indications (principalement un certain niveau de gravité de l'infection (immunodépression, mesurée par le taux de lymphocytes CD4, ou une charge virale élevée ou évoluant rapidement, notamment). La généralisation de l'indication du traitement a probablement eu pour conséquence que la population prise en charge a, « en moyenne », une infection moins avancée, nécessitant probablement moins d'hospitalisations.

Figure 31. Prise en charge de l'infection par le VIH : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017



2.2.5 Hospitalisations ponctuelles

Encadré 4: Définition des hospitalisations ponctuelles

Les hospitalisations ponctuelles sont des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) dont le motif n'est pas en rapport avec une pathologie, un traitement chronique ou un épisode de soins identifiés par les algorithmes médicaux de la Cartographie¹² (désignés simplement « pathologies » dans la suite du texte).

Comme résumé sur la

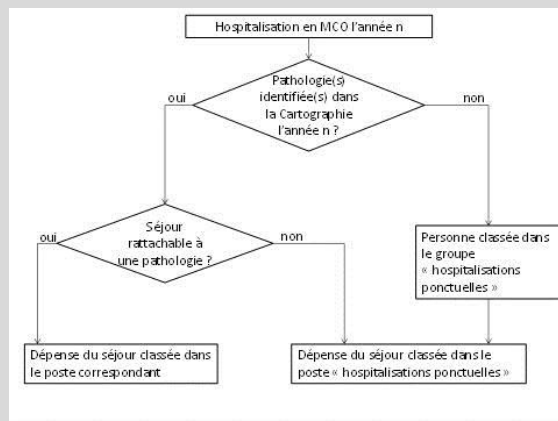
Figure 32 : Définition du groupe de personnes et du poste de dépenses "hospitalisations ponctuelles", les hospitalisations ponctuelles comprennent :

- les séjours des individus ayant au moins une pathologie identifiée dans la Cartographie la même année, mais que l'on ne peut rattacher à aucune d'entre elles,
- les séjours des individus n'ayant aucune des pathologies identifiées dans la Cartographie la même année. Ces personnes constituent le groupe « hospitalisations ponctuelles » (cf. Figure 1, page 13).

En conséquence, les dépenses affectées aux « hospitalisations ponctuelles » étudiées dans cette partie concernent des personnes du groupe « hospitalisations ponctuelles », mais également des personnes possédant une autre pathologie identifiée dans la Cartographie.

¹² Il s'agit de 50 algorithmes permettant de repérer des groupes de populations correspondant à différentes pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins. Il existe 6 autres groupes, définis par un traitement médicamenteux chronique (ne nécessitant pas d'hospitalisation) sans pathologie correspondante retrouvée : antihypertenseurs, hypolipémiants, antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques, hypnotiques. Ces derniers ne sont pas pris en compte pour rattacher les dépenses des séjours hospitaliers à un groupe de population.

Figure 32 : Définition du groupe de personnes et du poste de dépenses "hospitalisations ponctuelles"



*pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins

Les hospitalisations ponctuelles en 2017 : 11 millions de séjours, 21,3 milliards d'euros

En 2017, le nombre d'hospitalisations ponctuelles (voir définition dans l'Encadré 4) s'élève à 11,2 millions. La dépense totale remboursée affectée à ces séjours (y compris la prise en charge des médicaments de la liste en sus¹³) atteint 21,3 Mds€, soit 22,3% de la dépense totale des soins remboursés par l'Assurance maladie. La dépense moyenne par séjour est donc de 1 904 €.

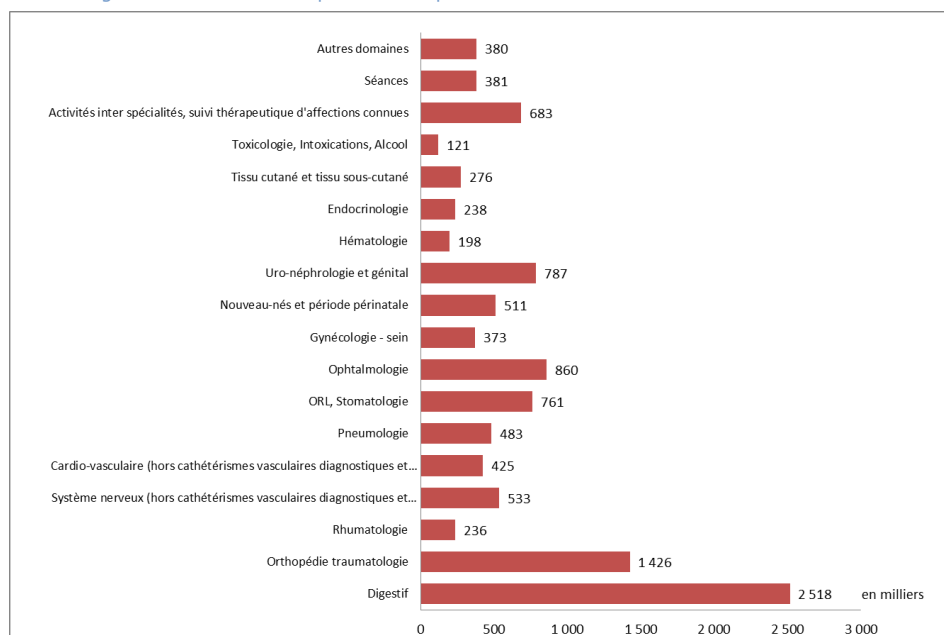
Les domaines d'activité « digestif » et « orthopédie-traumatologie » couvrent plus du tiers des hospitalisations ponctuelles et des dépenses pour ces séjours

Parmi les 11,2 millions d'hospitalisations ponctuelles identifiées en 2017, 3,9 millions (35%) concernent deux domaines d'activité. Il s'agit des domaines dits « digestif » (2,5 millions de séjours, 22% de l'ensemble des hospitalisations ponctuelles) et « orthopédie-traumatologie » (1,4 millions de séjours, 13%) (Figure 33). Par ordre de fréquence, les domaines d'activité qui suivent sont « ophtalmologie » (notamment la chirurgie de la cataracte), « uro-néphrologie et génital » (notamment les pyélonéphrites aiguës et les résections endoscopiques d'adénomes de la prostate), « ORL, stomatologie » et « activités interspécialités, suivi thérapeutique d'affections connues », peu spécifique.

La dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles est également principalement liée aux domaines d'activité « digestif » (3,7 Mds€, 18% de la dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles) et « orthopédie-traumatologie » (4,0 Mds€, 19%) (Figure 34), avec des dépenses moyennes par séjour de 1 486€ et 2 823€, respectivement (Figure 35).

¹³ Médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation mais trop onéreux pour être intégrés dans le tarif de « base » du séjour (Groupement Homogène de Séjour de la tarification à l'activité). Il s'agit essentiellement des chimiothérapies pour cancer, ou d'autres médicaments innovants et coûteux.

Figure 33. Nombre d'hospitalisations ponctuelles selon le domaine d'activité en 2017



Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019)

Les endoscopies représentent la moitié des séjours et le quart des dépenses du domaine d'activité « digestif »

Au sein du domaine d'activité « digestif », les endoscopies¹⁴ correspondent à 1,3 millions de séjours (51%) et 912 M€ (24% de la dépense pour ce domaine). La plupart de ces endoscopies sont probablement des coloscopies de dépistage du cancer colorectal¹⁵. Viennent ensuite les séjours pour des motifs peu spécifiques (« autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif », 200 200 séjours, 306 M€) et les séjours pour hernies (179 600 séjours, 307 M€).

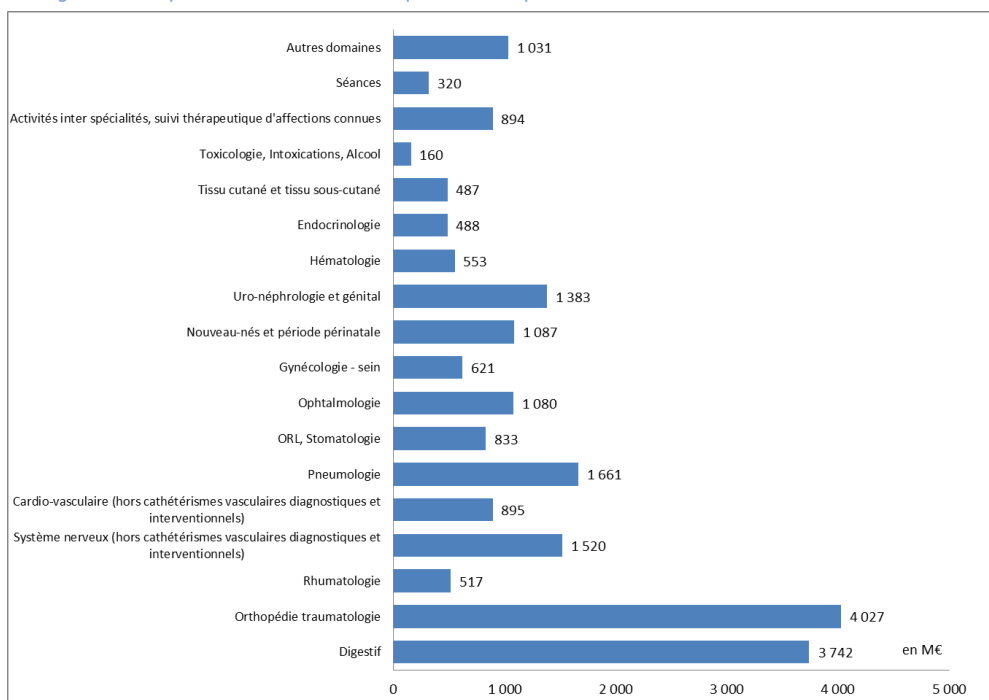
Domaine « orthopédie-traumatologie » : des traumatismes souvent liés aux chutes chez les personnes âgées, accessibles à des mesures de prévention

Au sein du domaine d'activité « orthopédie-traumatologie », les motifs les plus fréquents sont la chirurgie de la main et du poignet (22%, 310 190 séjours) pour une dépense de 326 M€ (8% de la dépense pour ce domaine) et la chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur et genou) (21%, 292 000 séjours) pour une dépense de 2,0 Mds€ (50% de la dépense). Ces coûts élevés s'expliquent par la lourdeur des interventions chirurgicales (en particulier pour le membre inférieur) mais aussi l'utilisation de matériels prothétiques. Ces chirurgies sont classiquement souvent justifiées par des fractures liées à des chutes chez les personnes âgées.

¹⁴ « endoscopies digestives avec ou sans anesthésie » et « endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie avec séjour < 2 jours ».

¹⁵ Pour rappel, si un cancer colorectal est codé lors du séjour, les dépenses du séjour seront affectées à cette pathologie et non aux hospitalisations ponctuelles.

Figure 34. Dépenses affectées aux hospitalisations ponctuelles selon le domaine d'activité en 2017

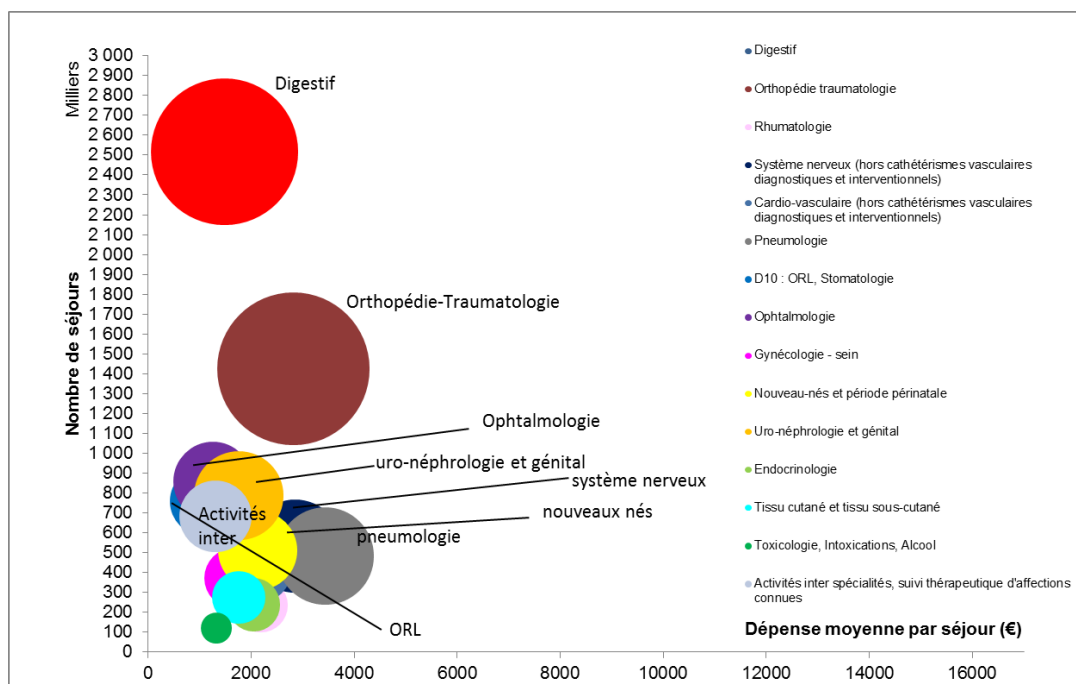


Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Note : les dépenses comprennent le tarif du groupement homogène de séjour et les médicaments de la liste en sus.

Figure 35. Nombre de séjours, dépenses moyennes et totales affectées aux hospitalisations ponctuelles selon le domaine d'activité en 2017



Note de lecture : La taille de la bulle est proportionnelle au montant des dépenses remboursées affecté à chaque pathologie, traitement ou événement de santé représenté sur le graphique

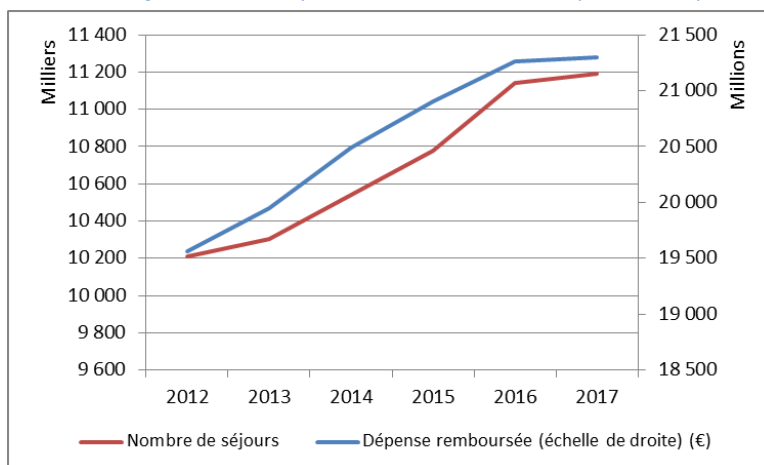
Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Entre 2012 et 2017, la dépense totale a augmenté mais la dépense moyenne par séjour est restée stable.

Entre 2012 et 2017, le nombre d'hospitalisations ponctuelles a augmenté de 9,6%, passant de 10,2 millions à 11,2 millions (Figure 36). Le montant des dépenses affectées à ces séjours est passé de 19,6Mds€ en 2012 à 21,3Mds€ en 2017, soit une hausse de 1,7 Md€ en 5 ans (+8,9%). Cette augmentation est essentiellement liée à l'augmentation du nombre de séjours, puisque la dépense moyenne par séjour est restée relativement stable, oscillant entre 1 900€ et 1 950 € environ. En 2017, on observe une stabilisation de la croissance du nombre de séjours et de la dépense, détaillée plus loin.

Figure 36. Evolution du nombre de séjours et de la dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles entre 2012 et 2017



Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

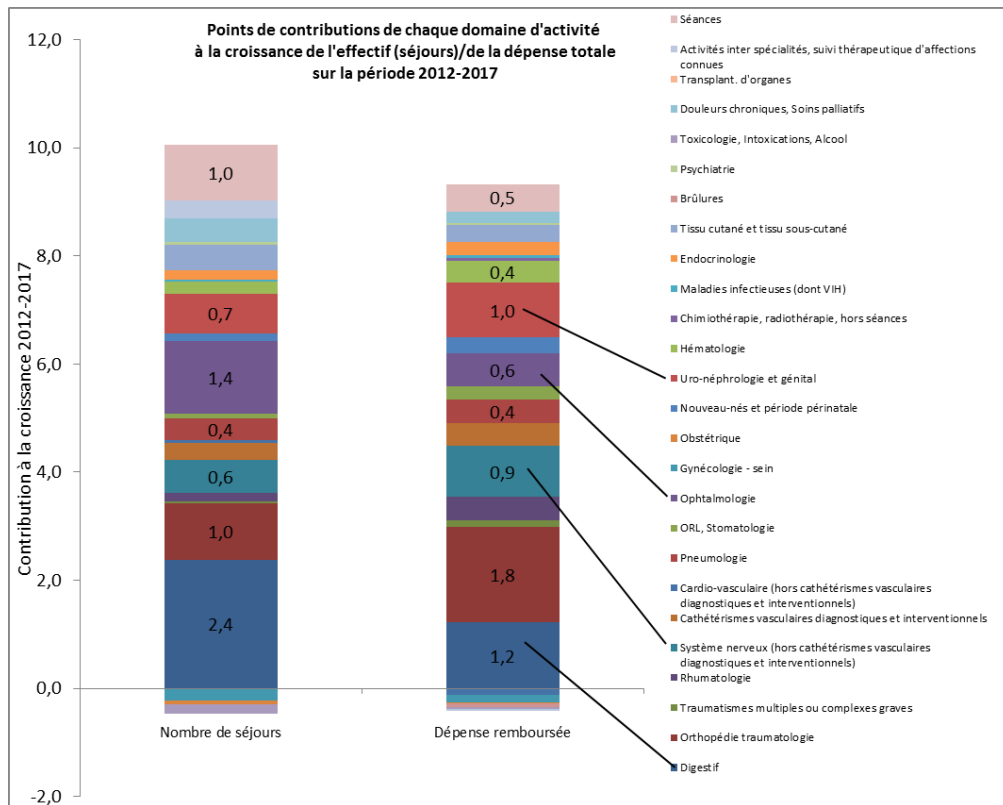
Les domaines d'activité qui contribuent le plus à la croissance du nombre de séjours et de la dépense sont aussi les plus fréquents et coûteux en 2017. Ainsi, avec une augmentation des dépenses de 347 M€ (+9,4%) entre 2012 et 2017, le domaine « orthopédie-traumatologie » est le principal contributeur de l'augmentation de la dépense totale (Figure 37). Le nombre de séjours a augmenté de 107 000 (+8,1%). La hausse des dépenses est principalement liée aux chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou), dont le nombre a également augmenté sur cette période.

Le deuxième domaine d'activité le plus contributeur à l'augmentation des dépenses est le domaine « digestif » dont les dépenses ont augmenté de 238 M€ (+6,8%) en 5 ans (Figure 37). Avec une augmentation de 243 130 séjours (+10,7%), ce domaine est en outre le principal contributeur de l'augmentation du nombre de séjours (en particulier les endoscopies digestives).

Concernant l'ophtalmologie, l'augmentation du nombre de séjours (+19%, +138 400 séjours) et de la dépense (+12%, +118 M€) proviennent essentiellement du traitement de la cataracte.

Enfin, la contribution des séances (hausse de +39% de l'effectif, soit +106 200 séjours ; hausse de +44% de la dépense affectée, soit + 98,4 M€) est largement portée par les séjours de chimiothérapies non tumorales.

Figure 37. Contribution de chaque domaine d'activité à la croissance du nombre de séjours et à la dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles entre 2012 et 2017



Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Note : La contribution à la croissance du nombre de séjours ou de la dépense d'un domaine d'activité correspond à l'augmentation pour ce domaine d'activité divisée par l'augmentation pour l'ensemble des domaines d'activité.

Stabilisation de l'effectif et de la dépense en 2017, notamment dans le domaine du digestif

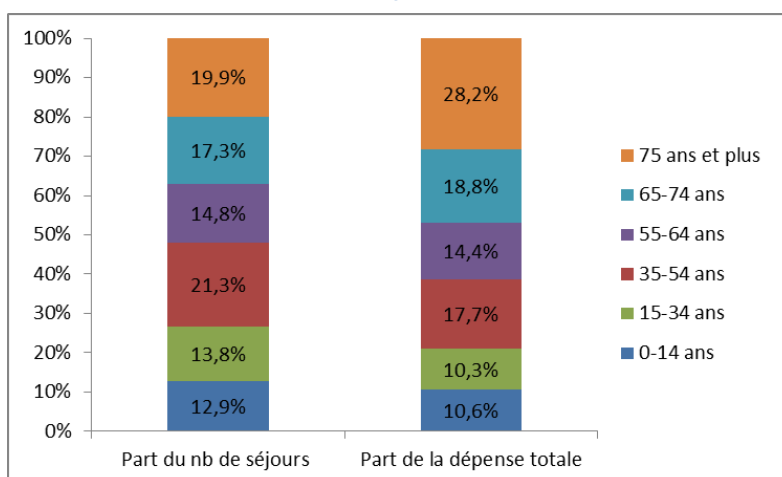
En 2017, le nombre de séjours du domaine « digestif » diminue légèrement (-0,3%) alors qu'il augmentait, en moyenne, les années précédentes (taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2012 et 2016 de +2,6%). Le même phénomène se retrouve sur la dépense affectée à ce domaine (-1,3% en 2017, contre un TCAM 2012-2016 de +2,0%).

De même, les domaines « ophthalmologie » et « séances » se caractérisent tous deux par un ralentissement du nombre de séjours et de la dépense affectée. Le nombre de séjour du domaine peu spécifique « Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues » a fortement baissé en 2017.

Le poids important et grandissant des séjours des personnes âgées

Les 4,2 millions de séjours des personnes âgées de 65 ans ou plus représentent plus du tiers des hospitalisations ponctuelles de l'année 2017 et une dépense de 10,0 Md€, soit près de la moitié de la dépense totale affectée ces séjours (Figure 38). Outre le nombre de séjours, la dépense moyenne par séjour croît avec l'âge dans la population adulte (Figure 39). Elle passe ainsi de 1 417€/séjour chez les jeunes de 15-34 ans à 2 702€/séjour chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

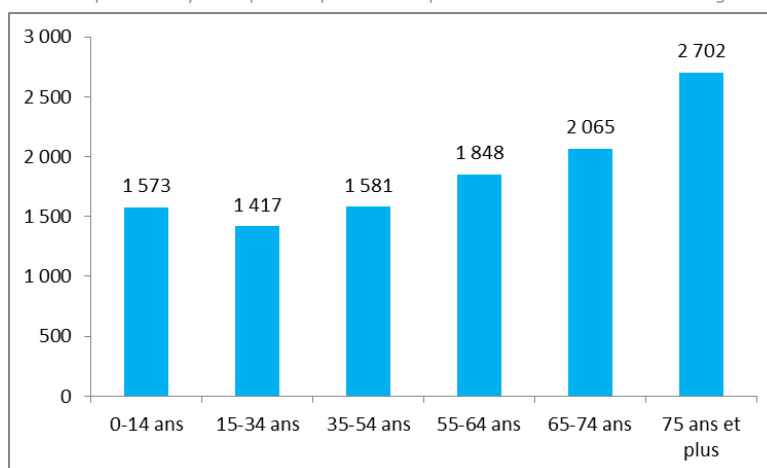
Figure 38. Répartition du nombre de séjours et de la dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles selon l'âge en 2017



Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Figure 39. Dépense moyenne par hospitalisation ponctuelle selon la tranche d'âge en 2017



Champ : régime général – France entière

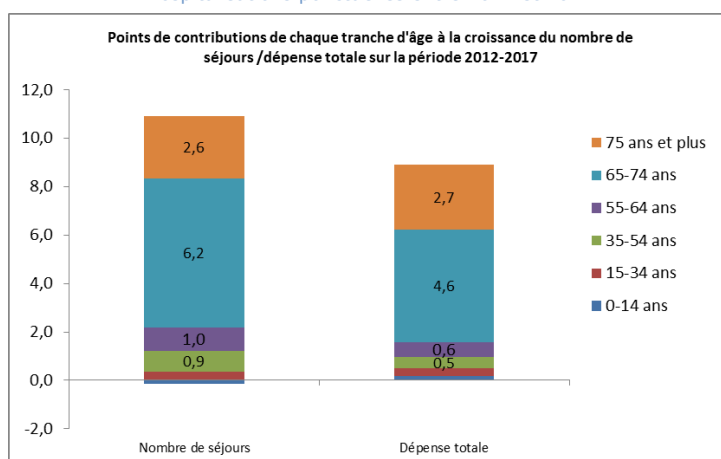
Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

En outre, le nombre de séjours dans cette tranche d'âge a fortement augmenté, en particulier parmi les personnes de 65 à 74 ans (+35,5%), avec pour conséquence une évolution de la part de ces séjours dans l'ensemble de 14,0% en 2012 à 17,3% en 2017.

L'évolution globale de l'effectif comme celle de la dépense sur la période 2012-2017 provient pour plus de la moitié des séjours de patients âgés de 65 à 74 ans (Figure 40).

Si l'on peut s'attendre à une augmentation du nombre de séjours chez les personnes âgées au vu du vieillissement de la population, la part importante des séjours pour chirurgies liées à des traumatismes fréquemment liés aux chutes chez les personnes âgées (voir plus haut) interpelle. Les chutes peuvent être pour la plupart prévenues par un certain nombre d'interventions (réduire la polymédication notamment les psychotropes, adapter le domicile, etc.). Les fractures peuvent en outre être limitées par la prévention et le traitement de l'ostéoporose.

Figure 40. Contribution de chaque tranche d'âge à la croissance du nombre de séjours et à la dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles entre 2012 et 2017



Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

2.3. Zoom sur les dynamiques d'évolutions de quelques postes de dépenses

L'outil Cartographie, dont les résultats ont été présentés jusqu'ici pour comprendre le poids des différentes pathologies et l'évolution des dépenses affectées à leur prise en charge, est également un outil utile, pour comprendre les évolutions observées sur des postes de dépenses particulièrement dynamiques, et complémentaire au suivi mensuel de l'ONDAM.

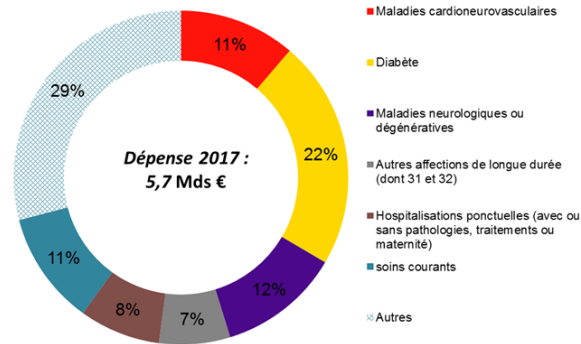
Cet intérêt est illustré ci-après pour trois postes de dépenses pour lesquels il est difficile de comprendre les raisons des évolutions en dehors des analyses classiques (effets prix, volume et/ou structure), ou pour lesquels les évolutions observées entre 2012-2016 ont été particulièrement dynamiques.

2.3.1 Poste « autres produits de santé » : un poids important du diabète qui contribue significativement à la hausse dynamique des dépenses sur ce poste, en particulier en 2017

Le poste « Autres produits de santé » correspond aux dépenses remboursées au titre de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) qui comprend principalement des dispositifs médicaux (pansements, compresses, lecteurs de glycémie, lunettes, verres correcteurs, véhicules pour personnes handicapées...), mais aussi des services (location de lits médicaux, de pompes à insuline, des prestations pour l'oxygénothérapie...). C'est donc un poste très hétérogène dans son contenu.

En 2017, la dépense remboursée sur ce poste était de 5,7 Mds€, soit près de 10% de la dépense totale de soins de ville (Figure 41). Environ 22% (1,3 Mds€) des dépenses de ce poste sont affectée à la prise en charge du diabète, 12% (soit 674,7 M €) à celle des personnes ayant des maladies neurologiques ou dégénératives, 11% (soit 645,4 M€) à celle des personnes ayant des maladies cardio-neurovasculaires, mais aussi 11% affectées à des soins courants (soit 627,8 M€).

Figure 41 : Poste « Autres produits de santé » : répartition des dépenses entre les différents groupes de pathologies ou épisodes de soins en 2017



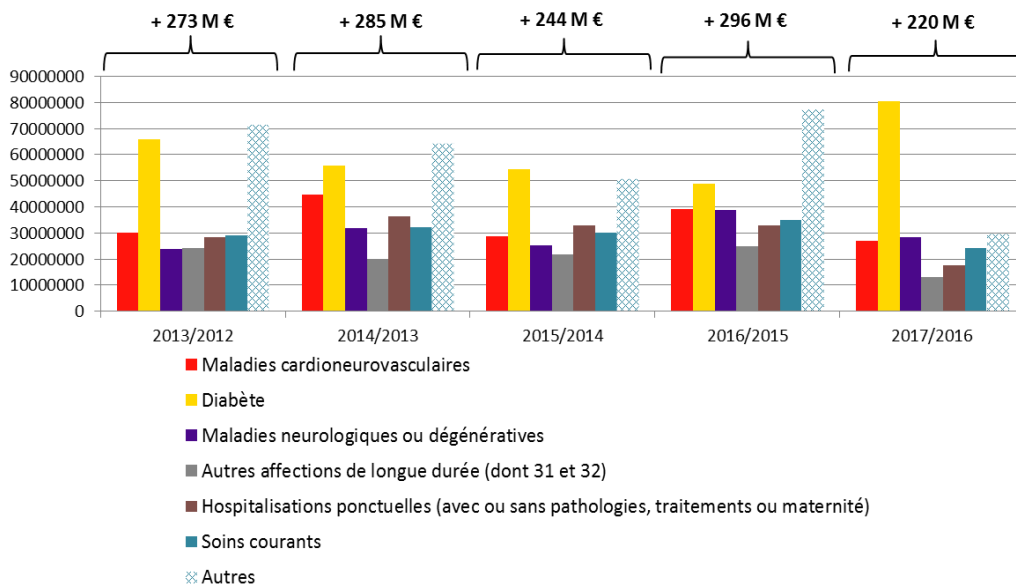
Champ : régime général – France entière
Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Entre 2016 et 2017, les dépenses remboursées sur ce poste ont augmenté de +220 M€ (soit +4%). Les hausses les plus fortes sont les suivantes :

- +80,5M€ pour les dépenses relatives au diabète (+6,8%)
- +27,0M€ pour les dépenses affectées aux maladies cardio-neurovasculaires (+4,4%),
- +28,2 M€ pour maladies neurologiques ou dégénératives (+4,4%).
- +17,6M€ pour les hospitalisations ponctuelles (+4,1%).

La hausse de la dépense observée en 2017 représente 16,3% de celle observée sur la période 2012-2017, au cours de laquelle 1,4 Mds€ supplémentaires ont été remboursés (soit +31,4% sur la période). Le rythme de croissance de la dépense en 2017, bien que soutenu, est inférieur à celui observé entre 2012 et 2016 (+4,0% en 2017 par rapport à une évolution moyenne de +6,0% par an entre 2012 et 2016). Cette tendance à un ralentissement est observé pour toutes les catégories à l'exception du diabète, pour lequel le taux de croissance a été de + 6,8% en 2017 contre +5,4%/an en moyenne entre 2012 et 2016.

Figure 42 : Poste « Autres produits de santé » : surcroît annuel de dépenses sur la période 2012-2017 (en M€) par grands groupes de pathologies ou épisodes de soins

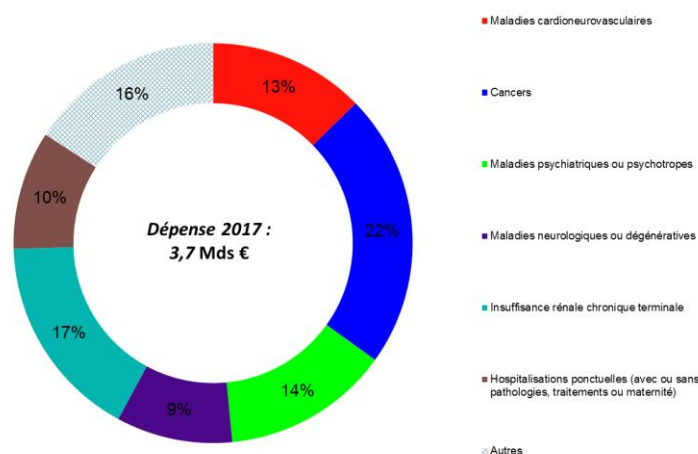


Champ : régime général – France entière
Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

2.3.2 Poste Transports : un poids important des cancers qui contribue significativement à la hausse dynamique des dépenses sur ce poste, en particulier en 2017

En 2017, 3,7 milliards d'euros ont été remboursés par l'Assurance maladie au titre des transports, ce qui représente 6,4% de la dépense totale remboursée de soins de ville. En termes de répartition (Figure 43), 22% de la dépense de transport est affectée aux cancers (soit 833,8 M€), 17% à la prise en charge de l'IRCT (soit 624,9M€), 14% sont affectés à la prise en charge des personnes ayant des maladies psychiatriques ou traitements chroniques par psychotropes (soit 441,5M€+65,7M€ respectivement), 13% sont affectées aux maladies cardio-neurovasculaires (475,1 M€).

Figure 43 - Poste « Transports » : répartition des dépenses entre les différents groupes de pathologies ou épisodes de soins en 2017



Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

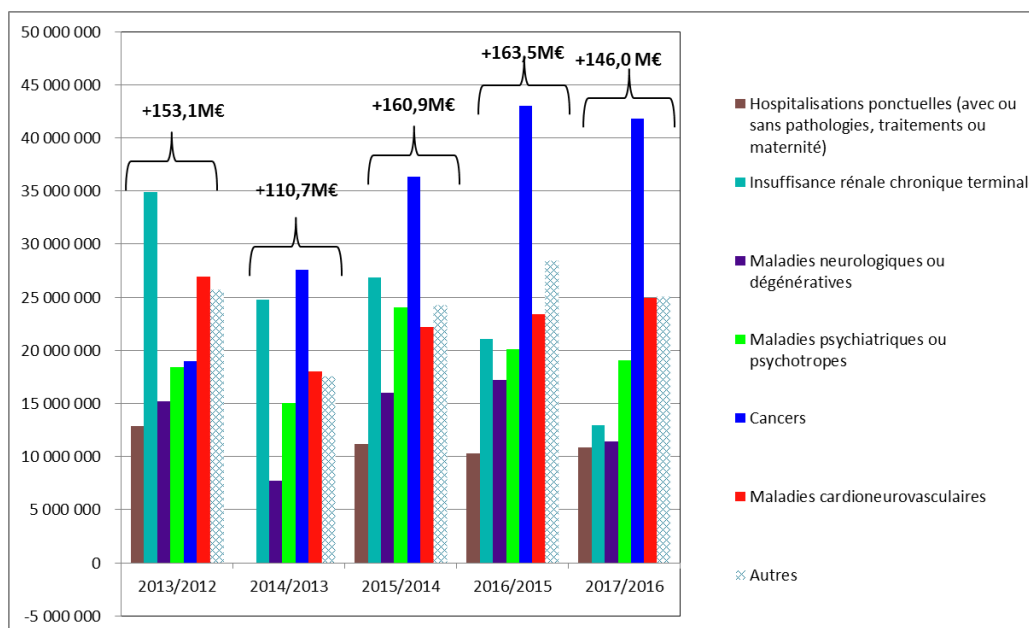
Entre 2016 et 2017, les dépenses de ce poste ont augmenté de +146,0 M€ (soit +4,1%) (Figure 44). Les hausses les plus fortes sont les suivantes :

- +41,8 M€ pour les dépenses relatives aux cancers (+5,3%),
- +24,9 M€ pour les dépenses affectées aux maladies cardio-neurovasculaires (+5,5%),
- +13,0 M€ pour les dépenses affectées à l'IRCT (+2,1%)
- +11,4 M€ pour les dépenses affectées aux maladies neurologiques ou dégénératives (+3,3%)
- +10,8 M€ pour les hospitalisations ponctuelles (+3,1%)

La hausse de la dépense de transports en 2017 représente 20% de celle observée sur la période 2012-2017, au cours de laquelle 734,3 M€ supplémentaires ont été remboursés (soit +24,4% sur la période).

Sur la période 2012-2017, le taux de croissance de la dépense de transport est de +4,6%/an en moyenne. L'année 2017 se démarque donc par un léger ralentissement de la croissance de la dépense du poste transport, après deux années de croissance soutenue en 2015 (+4,9%) et 2016 (+4,8%) qui peuvent en partie au moins s'expliquer par les revalorisations tarifaires intervenues en 2015 notamment.

Figure 44 - Poste « Transports » : surcroît annuel de dépenses sur la période 2012-2017 (en M€) par grands groupes de pathologies ou épisodes de soins



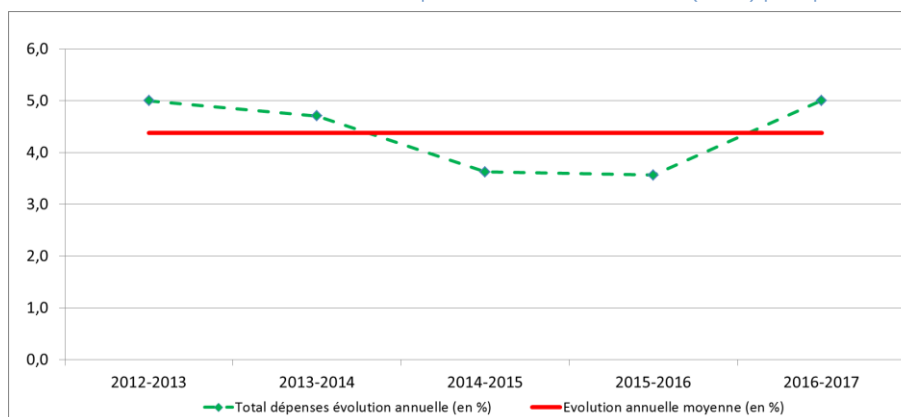
Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

2.4. Poste « pension d'invalidité » : poids important dans les dépenses des pathologies ou traitements chroniques en lien avec la santé mentale et les maladies cardio-neurovasculaires

En 2017, 6,3 Mds € ont été dépensés au titre des pensions d'invalidité. C'est près de 300 M€ de plus qu'en 2016, soit une augmentation sur l'année de +5,0% (Figure 45), supérieure à celle observée les deux années précédentes (évolutions annuelles de 3,6%) mais aussi au taux de croissance annuel moyen observé sur l'ensemble de la période 2012-2017 (+4,4%/an en moyenne).

Figure 45 : Taux d'évolution de 2012 à 2017 des dépenses d'assurance maladie (en %) pour pension d'invalidité



Champ : régime général – France entière

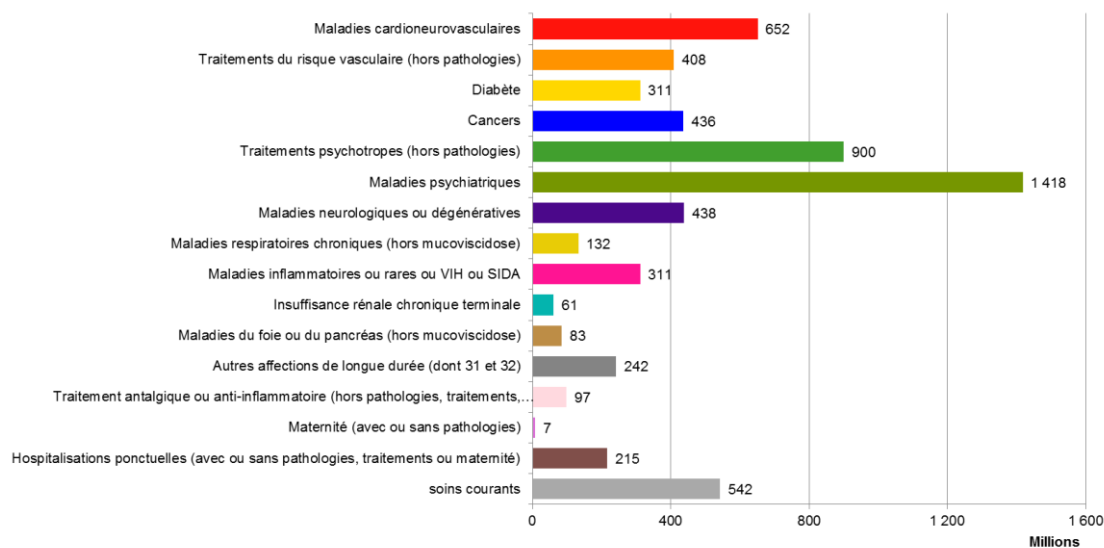
Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

L'évolution soutenue observée sur ce poste s'explique en partie par l'impact de la réforme des retraites de 2010 qui, reculant l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite de 60 à 62 ans, a mécaniquement prolongé le versement de pension d'invalidité au-delà de l'âge de 60 ans¹⁶.

En 2017, les dépenses du poste « pension d'invalidité » se répartissent principalement entre les pathologies ou traitements chroniques en lien avec la santé mentale (2,3 milliards d'euros, 37% de la dépense) et les maladies cardio-neurovasculaires (652 M €, 10 % de la dépense) (Figure 46 et Figure 47).

Les montants des pensions d'invalidité affectés à ces deux groupes de pathologies, ont augmenté à un rythme plus rapide que celui de l'ensemble des prestations en espèces : +5,1% pour les maladies psychiatriques (soit +69,4 M €) et +5,9% pour les maladies cardio-neurovasculaires (soit +36,5 M €), contre 5 % (Figure 48).

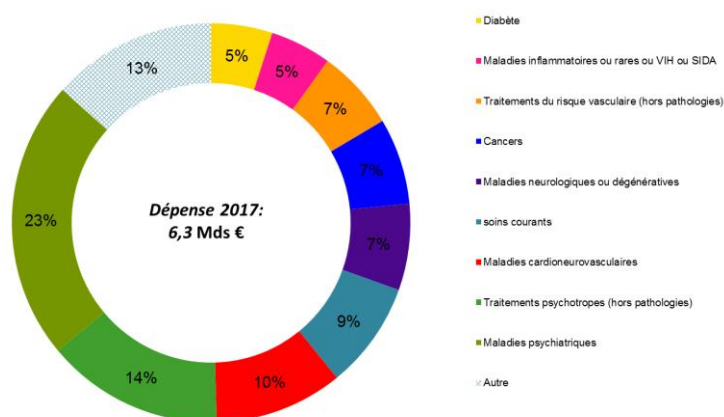
Figure 46 : Poste « pensions d'invalidité » : montants des dépenses affectés à chaque groupe de pathologies ou épisodes de soins (En M€)



Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Figure 47 : Poste « pensions d'invalidité » : répartition des dépenses entre les grands groupes de pathologies ou épisodes de soins en 2017

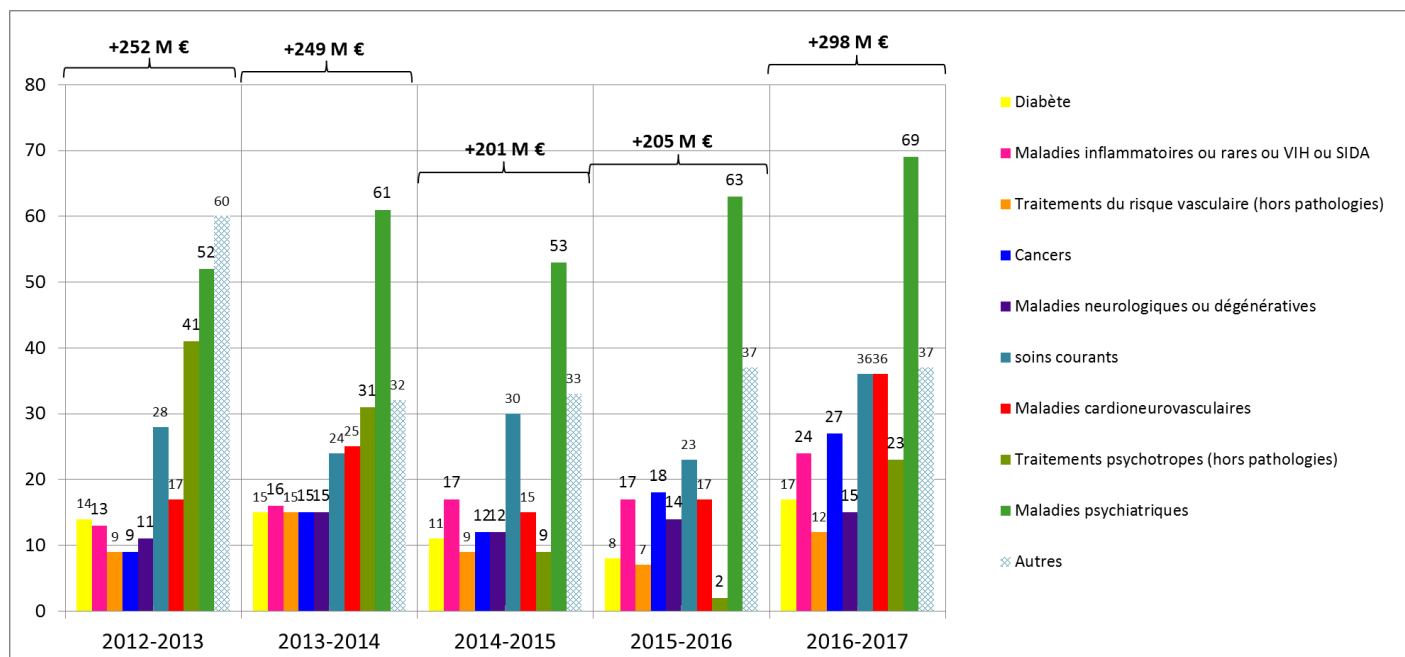


Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

¹⁶ Aubert et Al. (2016), Invalidité et minima sociaux : quels effets du passage de la retraite de 60 à 62 ans ?, Les dossiers de la DREES, DREES, n°6.

Figure 48 : Poste « pensions d'invalidité » : Surcroît annuel de dépenses sur la période 2012-2017 (en M€) par grands groupes de pathologies ou épisodes de soins



Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (Cartographie – version de juillet 2019, dépenses remboursées)

**Partie 2 – Propositions pour l'ONDAM 2020 et le respect des objectifs
– les engagements de la CNAM pour 2020**

Pour contribuer au respect de l'ONDAM, dont la loi de programmation des finances publiques prévoit que le niveau se stabilise à 2,3 % au cours des prochaines années, l'Assurance maladie mènera des actions en activant les leviers qui lui sont propres, notamment en matière d'accompagnement des professionnels de santé. 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), pourront générer un montant d'environ 2 milliards d'euros en 2020. Elles se répartissent de la manière suivante :

Tableau 3 : Récapitulatif des économies attendues des actions de l'Assurance maladie en 2020 (millions d'euros)

	Actions de l'Assurance maladie	Impact sur l'ONDAM (millions d'euros)	
Produits de santé 887	Favoriser un recours soutenable aux produits de santé	236	
	Antibiotiques		75
	Limitation des durées de prescription de pansements en PHEV		75
	Délivrance raisonnée des ordonnances		30
	Limitation des durées d'écoulement des stocks	56	
	Renforcer les dispositifs d'intéressements des professionnels de santé en ville	171	
	Inhibiteurs de la pompe à protons		28
	Diabète de type 2		45
	Biosimilaires prescrits à l'hôpital et exécutés en ville		50
	Biosimilaires prescrits par les libéraux	48	
	Développer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée	380	
	Médicaments		220
	Hypolipémiants		35
	Anti-HTA		40
	Hors AMM		25
	Traitements inhalés		10
	Antalgiques		55
Maladies inflammatoires chroniques	45		
Facteur de croissance	10		
Iatrogénie	40		
Dispositifs médicaux	75		
Médicaments génériques	45		
Gestion de la liste en sus	100		
Actes et prescriptions 715	Les transports en ville et à l'hôpital	160	
	Nouvelle convention des taxis		45
	Substitution vers le transport assis professionnel		50
	Transport partagé		45
	Véhicule personnel	20	
	Les indemnités journalières	100	
	Les protocoles de régulation	238	
	Biologie		180
	Imagerie	58	
	L'adaptation des nomenclatures	87	
Fluoroscopie de l'œil	36		
Hémodialyse à domicile	41		
Traitement des plaies par pression négative en ville	10		
La maîtrise médicalisée des prescriptions de soins paramédicaux	130		
Prises en charge 247	Le développement de la chirurgie ambulatoire	200	
	Le développement des prises en charge en ville	47	
	PRADO Chirurgie		20
MSAP des orientations en SSR	27		
Lutte contre la fraude 220	Actions de lutte contre les fraudes et les abus	220	
	TOTAL	2 069	

1. Agir pour une structure de prescription plus responsable des produits de santé

1.1. Favoriser un recours soutenable aux produits de santé

1.1.1 Mobiliser en faveur du bon usage des antibiotiques

La France maintient un niveau élevé de consommation d'antibiotiques. Sa consommation, en doses définies journalières pour 1 000 habitants, la situe au troisième rang en Europe derrière la Grèce et Chypre¹⁷. Elle est ainsi trois fois supérieure à celle des Pays-Bas, qui sont les moins consommateurs, sans qu'aucune raison épidémiologique ne vienne expliquer cet écart. Elle est le double de celle de l'Allemagne et reste supérieure d'un tiers à celle du Royaume-Uni. L'Assurance maladie pourrait économiser 400 millions d'euros environ si la consommation française était la même que celle des Pays-Bas¹⁸.

Par ailleurs, on observe en France de fortes disparités régionales que rien ne justifie : il existe un écart de plus de 25% entre la région qui consomme le moins d'antibiotiques (Pays de la Loire) et celle qui en consomme le plus (Hauts-de-France).

Lors de la semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques en novembre 2018, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a rappelé les dangers associés à la surconsommation d'antibiotiques. Ayant pour slogan « l'ère des antibiotiques est en passe de s'achever », l'OMS a alerté sur le fait que pour un nombre croissant d'infections, comme la pneumonie, la tuberculose, la septicémie, la gonorrhée et les maladies d'origine alimentaire, le traitement devient plus difficile du fait de la perte d'efficacité des antibiotiques. Ainsi, les bactéries peuvent devenir résistantes quand les patients utilisent des antibiotiques dont ils n'ont pas besoin, ou bien quand ils ne terminent pas leur traitement, donnant ainsi à la bactérie une chance de survivre et de développer une immunité.

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation d'antibiotiques en ville représente 93% de la consommation totale en santé humaine. Sur le total du nombre de boîtes d'antibiotiques délivrées en ville, 69,1% avaient été prescrites par des médecins généralistes, 12,5% par des médecins hospitaliers et 9,5% par des dentistes.

Tableau 4 : Résultats moyens des médecins traitants de l'adulte entre 2016 et 2018 pour les indicateurs relatifs aux antibiotiques

Indicateurs de la ROSP	Objectifs	Résultats moyens		
		décembre 2016	décembre 2017	décembre 2018
Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients médecin traitant de 16 à 65 ans et hors ALD	20	39,5	36,1	35,8
Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3e et 4e générations ; fluoroquinolones)	32%	43,20%	39,50%	36,90%

17 Données de l'ECDC (European Center for Disease Prevention and Control), dans le cadre du réseau ESAC-NET.

18 Référé de la Cour des Comptes du 6 novembre 2018 sur la pertinence de la prescription des antibiotiques

L'Assurance maladie mène depuis de nombreuses années des actions sur le sujet des antibiotiques. Les résultats de la ROSP sont ainsi très encourageants (Tableau 4). Ils ne sont cependant pas suffisants au regard des enjeux de santé publique et justifient le fait qu'en 2020, l'Assurance maladie choisisse à nouveau de se mobiliser en priorité sur ce sujet :

- En contribuant à la grande campagne de communication auprès du grand public qui sera mise en œuvre par Santé Publique France en 2020 sur les antibiotiques et en la relayant auprès des professionnels de santé et des assurés,
- En favorisant le recours aux TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) : le TROD permet de différencier rapidement et efficacement les angines virales des angines bactériennes. Ce test est insuffisamment utilisé puisque seulement 40 % des médecins généralistes l'ont commandé en 2017. Pour améliorer le parcours du patient présentant un mal de gorge évocateur d'angine, le pharmacien d'officine en tant qu'acteur de proximité et de santé publique sera amené à pouvoir réaliser en officine ce test dès le début de l'année 2020 afin de maîtriser l'antibiorésistance et de simplifier la prise en charge des patients suspectés d'être affectés d'une angine.

Deux nouveaux circuits pourraient ainsi mis en place pour la réalisation de ce TROD. Soit le patient se rend directement chez le pharmacien qui réalise le TROD. Si le test est positif, le pharmacien oriente le patient vers son médecin pour une prescription d'antibiotiques. Si le test est négatif, il délivre des conseils au patient (utilisation d'antipyrétique, hydratation, etc.). Le patient peut aussi aller directement chez son médecin traitant qui, devant des symptômes d'angine, lui prescrit la réalisation d'un TROD effectué par le pharmacien associée à une prescription conditionnelle d'antibiotiques. Le pharmacien réalise le TROD à l'officine. Si le TROD est positif, le pharmacien dispense alors les antibiotiques. Enfin, les médecins peuvent continuer à commander des TROD et à les réaliser eux-mêmes en cabinet s'ils le souhaitent.

- En accompagnant les médecins dont les prescriptions sont supérieures à 8 jours : selon les données de l'ANSM, 22% des prescriptions d'antibiotiques ont une durée entre 8 et 10 jours alors même qu'une durée supérieure à sept jours est dans la plupart des cas non pertinente. L'Assurance maladie mènera en 2020 une campagne d'accompagnement des médecins pour lesquels les prescriptions d'antibiotiques sont longues en leur proposant un plan personnalisé d'accompagnement,
- En proposant de renforcer le conseil en antibiothérapie à destination des prescripteurs : conformément à l'instruction DGS du 19 juin 2015, il appartient aux agences régionales de santé d'organiser dans chaque région le conseil en antibiothérapie. Les plateformes et centres de conseil mises en place proposent un service de qualité reconnu par leurs pairs mais demeurent insuffisamment connues par les prescripteurs de ville. L'Assurance maladie propose, en partenariat avec les acteurs des gouvernances régionales, de faire connaître les modalités de recours à ces conseils auprès des professionnels de ville via une campagne des délégués de l'Assurance maladie en 2020,
- En développant les usages du numérique : les recommandations en matière de prescription d'antibiotiques sont publiées et font l'objet de communications régulières. Leur appropriation par les prescripteurs demeure cependant insuffisante. Aussi, un travail sera initié avec les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription pour favoriser une intégration ergonomique des principaux messages de ces recommandations. De même, un travail sera engagé avec la plateforme EBM France, soutenue par l'Assurance maladie, pour expérimenter en 2020 de nouvelles manières de porter ces recommandations auprès des médecins généralistes.
- En étudiant la montée en charge de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile : le nombre de patients bénéficiant d'un traitement antibiotiques par perfusion à domicile est passé de 3 261 au premier semestre 2016 à 9 948 au premier semestre 2018. Cette pratique, largement diffusée dans les pays anglo-saxons, est peu décrite en France et repose sur l'intervention de prestataires de santé à domicile. Une étude sera menée pour analyser les dosages délivrés par voie parentérale, la nature des molécules et les durées de traitement pour évaluer la nécessité de diffuser des recommandations en la matière.

➔ **La mise en place d'un plan d'actions ambitieux et d'une mobilisation totale sur les antibiotiques permettrait de réaliser 150 millions d'euros d'économies, ce qui ramènerait la France au niveau de consommation constaté au Royaume-Uni. La mise en œuvre de ce plan s'échelonnant sur deux années, l'économie potentielle pour 2020 atteindrait 75 M€.**

1.1.2 Lutter contre le gaspillage

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a publié en 2017 un rapport intitulé « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé »¹⁹. Celui-ci définissait différents types de gaspillage dont le gaspillage opérationnel qui intervient quand des soins peuvent être dispensés en utilisant moins de ressources, notamment lorsque des médicaments ou des dispositifs médicaux non utilisés sont jetés.

Le gaspillage gâche des ressources qui devraient être mobilisées au service de l'amélioration du système de santé. L'Assurance maladie est régulièrement destinataire de signalements de professionnels de santé ou d'assurés relatant des stocks de médicaments et de dispositifs médicaux accumulés au domicile des patients suite à des prescriptions ou délivrances en trop grande quantité. Ces stocks finissent souvent par être jetés ayant dépassé les dates de péremption ou n'ayant pas été conservés dans de bonnes conditions. Il est difficile de pouvoir mesurer l'ampleur réelle de ce phénomène mais il convient d'agir pour limiter les causes de ces gaspillages, tant pour veiller à la bonne utilisation des ressources publiques allouées au système de protection sociale que pour répondre aux préoccupations de développement durable.

La question des **pansements** revient de manière récurrente dans les signalements adressés à l'Assurance maladie. Les représentants de la profession infirmière qui se déplacent quotidiennement aux domiciles des patients sont probablement les meilleurs observateurs de ce phénomène. Ils relatent dans les différentes commissions paritaires du territoire national des constats similaires : en sortie d'hospitalisation, les patients se voient prescrire des pansements par les hôpitaux pour assurer la continuité des soins en ville. Ces prescriptions, qui sont parfois assez sommaires, donnent lieu à la délivrance de grands conditionnements, couvrant parfois jusqu'à un mois de traitement, et ne conviennent pas toujours à l'évolution des plaies. Les infirmiers assurant la prise en charge de la plaie en ville vont donc devoir prescrire un matériel plus adapté au patient quand celui-ci n'est pas adapté et la font évoluer selon l'évolution de la plaie. Ainsi, les pansements prescrits par l'hôpital ne seront pas tous utilisés.

En outre, il est rapporté que les sets de pansements qui comprennent l'ensemble du matériel nécessaire ne sont pas non plus utilisés en totalité. Ils contiennent par exemple habituellement un lot de compresses, dont la taille n'est pas forcément adaptée selon le type de chirurgie, conduisant parfois à devoir prescrire une boîte additionnelle de compresses.

L'Assurance maladie souhaite limiter les durées de prescriptions hospitalières exécutées en ville de pansements à un maximum de 7 jours. Les infirmiers libéraux qui prennent en charge ensuite les patients ont un droit de prescription et pourront ainsi prescrire un matériel adapté à l'évolution de la plaie et aux techniques utilisées par l'infirmier. Cette disposition sera introduite par une clause générale dans la liste des produits et prestations qui encadrera les conditions de prescription et de délivrance en sortie d'hospitalisation en prévoyant qu'une plaie doit être réévaluée au moins 7 jours après la sortie d'hospitalisation.

- ➔ **La limitation des prescriptions hospitalières exécutées en ville des pansements en sortie d'hospitalisation à un maximum de 7 jours permettront de réaliser 75 millions d'euros d'économies.**

Tableau 5 : Quantités et montants remboursés de pansements en 2018, données tous régimes issues du DCIR

Classe de pansements	Quantités remboursées 2018	Montants remboursés 2018	Prix moyen 2018
Alginates	969 223	34 037 675 €	44,24 €
Autres (polyacrylates)	142 963	7 548 623 €	63,11 €
Compresse	20 927 741	92 075 295 €	5,81 €
Coton/gaze	600 792	951 129 €	1,83 €
Fibres de carboxyméthylcellulose	792 438	39 885 013 €	59,57 €
Hydrocellulaires	10 304 858	305 762 156 €	37,38 €
Hydrocolloïdes	539 338	16 386 367 €	36,04 €
Hydrogels	357 647	10 286 794 €	34,29 €
Interfaces	671 294	25 812 434 €	48,85 €
Maintien	23 002 599	21 403 666 €	1,17 €
Pansements absorbants non adhésif	857 668	10 145 283 €	13,86 €
Pansement à l'acide hyaluronique + Pansements à l'argent	270 239	2 363 164 €	11,52 €
Pansements à base d'acide hyaluronique	1 518 685	11 962 518 €	10,70 €
Pansements à l'argent	198 684	8 514 878 €	54,78 €
Pansements au charbon actif	50 214	1 774 716 €	39,42 €
Pansements vaselinés	1 612 097	20 895 301 €	17,30 €
Sets de pansements	6 288 601	45 634 737 €	9,75 €
Sparadraps	6 221 892	22 563 458 €	4,51 €
Suture	430 535	479 630 €	1,65 €
Total général	75 757 508	678 482 839 €	11,36 €

¹⁹ <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-Synth%C3%A8se.pdf>

Au-delà du sujet des pansements, l'Assurance maladie est également destinataire de signalements de gaspillages concernant le matériel suivant : stylos et aiguilles à insuline, sets de sondage, sets de perfusion à domicile. De même, de nombreux signalements de gaspillages nous sont également remontés suite à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile ou de prestataires de santé à domicile avec des témoignages de familles faisant valoir qu'elles doivent parfois dédier une pièce complète au stockage du matériel entreposé à domicile.

Il nous semble nécessaire de mettre en place un travail associant les pouvoirs publics, des représentants des associations de patients, des représentants des professionnels de santé, des structures et des prestataires, ainsi que des industriels pour envisager des mesures de régulation à mettre en œuvre.

Encadré 5 : Evolution des conditions de délivrance des compléments nutritionnels oraux

L'arrêté du 7 mai 2019 portant modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes, publié au Journal officiel du 10 mai 2019, a modifié la nomenclature des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables. Si la première prescription de ces produits reste toujours effectuée pour un mois maximum, la première délivrance est désormais limitée à 10 jours de traitement. Cette mesure est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2019.

En effet, il était souvent rapporté que les personnes à qui ces produits étaient prescrits n'apprécient pas toujours la texture ou le goût du premier complément nutritionnel délivré. Cela induisait en conséquence une non utilisation des quantités délivrées, mais néanmoins remboursées, ainsi que de nouvelles délivrances jusqu'à trouver le produit qui puisse convenir à la personne. En conséquence, cette évolution permet de limiter les quantités délivrées au démarrage permettant ainsi de trouver le produit adéquat.

Pour lutter contre le gaspillage, l'Assurance maladie propose également de mettre en place une campagne d'accompagnement sur la **délivrance raisonnée** à destination des prescripteurs et des pharmaciens. On constate que de nombreuses prescriptions comportent des précisions du type « à délivrer/renouveler si besoin », « à délivrer si douleur », etc. Ces mentions apportent de la souplesse et elles permettent d'éviter au patient de devoir revenir pour une nouvelle consultation. Par ailleurs, il est fréquent pour un médecin qui suit un patient chronique de renouveler une ordonnance en y inscrivant tous les médicaments habituellement pris le patient, y compris ceux qu'il ne prend que ponctuellement ou durant certains symptômes. La dernière ordonnance étant souvent demandée en cas d'hospitalisation, cette pratique est d'ailleurs plutôt vertueuse en ce qu'elle permet d'avoir une vision globale du traitement de la personne.

Néanmoins, il convient d'être vigilant et de prendre pour habitude de rappeler au patient que cela ne veut pas dire qu'il doit se faire délivrer la totalité de l'ordonnance. Pour faciliter l'adhésion du patient, il est important que ce message vienne de son médecin. Ensuite, le pharmacien doit bien questionner sur le besoin du patient et être vigilant quant aux doses délivrées. Certains patients à qui des antalgiques sont prescrits « si douleur » peuvent se retrouver au fil des mois avec des doses stockées chez eux très importantes qu'ils finiront par jeter et qui constituent de potentiels dangers au regard de la toxicité de ces produits s'ils étaient absorbés, y compris d'autres membres du foyer, en des quantités trop importantes.

→ **La campagne sur la « délivrance raisonnée » des ordonnances devrait permettre d'éviter 30 millions d'euros de dépenses.**

Enfin, l'Assurance maladie propose de limiter les durées d'écoulement du stock en cas de modification du prix d'une spécialité pharmaceutique. Lorsque le prix d'une spécialité pharmaceutique remboursable est modifié, les pharmaciens d'officine peuvent continuer à commercialiser les unités de cette spécialité à leur prix de vente au public antérieur pendant une période transitoire de 50 jours à compter de la date d'application de cette modification de prix pour la métropole (article R163-11-1 du CSS), et de 90 jours pour les collectivités d'outre-mer (sauf à Mayotte où ce délai est porté à 120 jours).

Ce délai remonte à l'époque où une vignette était apposée sur les boîtes de médicaments pour indiquer le prix et le taux de remboursement par l'Assurance maladie. Il leur fallait donc un délai pour écouler les boîtes avec les anciennes vignettes. Aujourd'hui, les officines fonctionnent de plus en plus avec des stocks très réduits et des approvisionnements réguliers de leur répartiteur.

- Si on réduisait de 20 jours cette durée de transition (soit 30 jours pour la métropole, 70 jours pour les collectivités d’outre-mer et 100 jours pour Mayotte), une économie de 56 millions d’euros pourrait être réalisée.

1.2. Renforcer les dispositifs d’intéressement des prescripteurs libéraux et hospitaliers de médicaments délivrés en ville

1.2.1 Favoriser le suivi des recommandations

L’Assurance maladie propose de mettre en place un nouveau dispositif d’intéressement des prescripteurs libéraux pour qu’ils puissent bénéficier d’un retour plus direct des économies générées par leurs pratiques de prescriptions. Dès 2020, ce nouveau dispositif pourrait être mis en place sur deux classes thérapeutiques. Il viendrait en complément de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Les **inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)** représentent environ 423 millions d’euros de remboursement chaque année pour l’Assurance maladie pour 14 millions d’assurés. Le nombre de boîtes consommées progresse régulièrement même si les montants remboursés diminuent du fait de la générique de bon nombre de molécules. Les IPP présentent d’une manière générale une bonne efficacité et une bonne tolérance, mais ils pourraient entraîner des effets indésirables à long terme. Cette prise d’IPP contribue en outre à une polymédication responsable de iatrogénie.

On retrouve, sur des données de l’année 2017, des consommations qui sont supérieures aux posologies maximales :

- 194 212 patients ont reçu durant au moins 3 mois consécutifs une posologie totale mensuelle délivrée supérieure à la posologie maximale. Ces patients représentent 22,6 millions d’euros de remboursements d’IPP sur une année complète. 5 056 prescripteurs ont prescrit des doses supérieures aux posologies maximales durant un minimum de 3 mois consécutifs à au moins 5 de leurs patients,
- 66 874 patients ont reçu durant au moins 6 mois consécutifs une posologie totale mensuelle délivrée supérieure à la posologie maximale. Ces patients représentent 9,8 millions d’euros de remboursements d’IPP sur une année complète. 1 258 prescripteurs ont prescrit des doses supérieures aux posologies maximales durant un minimum de 6 mois consécutifs à au moins 5 de leurs patients.

En 2019, l’Assurance maladie et les représentants des médecins ont intégré dans la ROSP médecin traitant de l’adulte l’indicateur suivant :

Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d’IPP et d’AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
38 %	≤ 17 %	5 patients	30

L’indicateur de la ROSP vise la diminution de la prescription chez le patient adulte sans facteur de risque. Il existe aussi un enjeu de diminution de la prescription chez la personne âgée, tel que cela est notamment présenté au chapitre consacré à la pertinence dans la troisième partie de ce rapport. Ces résultats plaident pour une meilleure diffusion des recommandations établies notamment par la société savante de gastroentérologie tant sur les posologies maximales que sur la nécessité de limiter les prescriptions au long terme des IPP²⁰. Cette campagne de maîtrise médicalisée serait associée avec la mise en œuvre du dispositif d’intéressement.

20 Des initiatives similaires sont aussi mises en œuvre à l’étranger, par exemple au Canada où l’action « Adieu aux IPP ! » a donné lieu en 2017 à une campagne de la plateforme « Choisir avec soin » : https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/07/CWC_PPI_Toolkit_v1.2_2017-07-12_FR.pdf

- **Ainsi, en estimant une baisse possible des prescriptions de 10%, on générerait 40 millions d'euros d'économies. Dans l'hypothèse d'un partage avec le prescripteur des économies réalisées la 1^{ère} année, à hauteur de 30%, le gain net atteindrait 28 millions d'euros.**

Les **traitements du diabète de type 2** pourraient constituer un second thème pour ce dispositif d'intéressement à une prescription efficiente en ville. La place centrale de la metformine comme premier traitement médicamenteux d'un diabète de type 2 puis en association avec les autres traitements lors de l'intensification thérapeutique fait l'objet d'un fort consensus : recommandations de la HAS, sociétés savantes françaises et internationales. Elle est largement documentée avec des études cliniques à l'appui et bénéficie d'un coût modéré.

Cependant, on observe que la pratique est en décalage avec ces recommandations. En termes de fréquence de prescription à l'initiation, on constate une baisse des prescriptions de la metformine entre 2008 (77% des premières initiations) et 2015 (67%). De même, en termes de dosages, il est constaté une montée en dose insuffisante avant le passage en bithérapie : 1 500 mg pour un quart des patients, 2 000 mg pour la moitié des patients.

L'Assurance maladie a fait réaliser une enquête²¹ auprès d'un échantillon de médecins généralistes ayant un niveau moyen à faible de prescription de la metformine. Cette étude avait pour but d'identifier les freins et leviers à la prescription de metformine. Il en ressort que tous les médecins généralistes interrogés connaissaient les recommandations, adhéraient à leur contenu et considéraient que la metformine est une molécule ancienne, qui a fait ses preuves. Parmi les principaux freins, les médecins généralistes expriment des difficultés à gérer les effets secondaires, notamment digestifs, provoqués par la metformine surtout pour les patients qui sont encore en activité professionnelle. La question de l'observance est aussi un vrai sujet puisqu'un traitement par metformine nécessite 2 à 3 prises par jour et que certains médecins généralistes préfèrent passer sur des traitements avec moins de prise si le profil de leur patient est peu observant. Enfin, les médecins généralistes jugeaient que l'efficacité est parfois insuffisante et que face à un diabète sévère, ils préfèrent prescrire d'emblée une bithérapie ou un autre antidiabétique oral pour avoir des résultats rapides sur le taux d'HbA1c.

Il ressort également de cette enquête que les médecins généralistes expriment un besoin d'aide quant à la gestion des effets secondaires pour réussir à convaincre le patient de continuer le traitement. Moins de la moitié des médecins interrogés indiquent présenter les bénéfices du traitement par metformine à leurs patients, préférant alerter sur les effets secondaires. Ils considèrent que le renforcement de l'information des patients serait utile par exemple au travers de livrets d'information pour les rassurer aussi sur le fait que les effets secondaires disparaissent avec le temps. Ils souhaitent enfin une aide pour déterminer la dose optimale avec un équilibre entre l'efficacité et la tolérance.

Ainsi, l'Assurance maladie souhaite mener dès la fin de l'année 2019 une campagne d'accompagnement auprès des médecins généralistes ayant un faible recours à la metformine en initiation et/ou ne maintenant pas la metformine chez leurs patients.

En outre, la campagne servira à distribuer un support à destination du patient qui pourra être remis par le médecin généraliste lors de sa première prescription de metformine. Ce livret contiendra des informations générales sur la metformine, la nécessité d'observance et l'éventuelle survenue de troubles digestifs transitoires.

Enfin, il sera proposé aux médecins acceptant de faire ces efforts de modifications de leurs pratiques de bénéficier d'un reversement d'une partie des gains générés.

- **Ainsi, en favorisant la prescription en monothérapie de la metformine en première intention, ou d'un sulfamide hypoglycémiant en cas d'intolérance du patient ou de contre-indication, on estime le potentiel d'économies à 65 millions d'euros. Dans l'hypothèse d'un partage avec le prescripteur des économies réalisées la 1^{ère} année, à hauteur de 30%, le gain net atteindrait 45 millions d'euros.**

21 Menée par l'institut A+A pour le compte de la CNAM en mars et avril 2019

1.2.2 Accompagner le dispositif d'intéressement des établissements prescrivant des biosimilaires délivrés en ville

L'instruction ministérielle du 19 février 2018 relative à l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu'ils sont délivrés en ville, a mis en place un dispositif incitatif permettant de valoriser les efforts des établissements de santé qui augmentent le taux de recours à certains médicaments biosimilaires, pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) :

- insuline glargine,
- anti-TNF étanercept,
- adalimumab depuis l'arrêté du 29 mai 2019.

Ce dispositif s'applique à tous les établissements ayant signé un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). L'Assurance maladie accompagne avec les agences régionales de santé (ARS), et les OMEDITs la mise en œuvre de ce contrat auprès des établissements par des visites auprès des directions des établissements et des rencontres dans les services prescripteurs.

→ **Le dispositif d'intéressement des établissements prescrivant des biosimilaires en ville permettra de réaliser 50 millions d'euros d'économies.**

1.2.3 Mettre en place un dispositif d'intéressement en ville incitant à la prescription des biosimilaires

A l'instar du dispositif pour les établissements de santé, l'Assurance maladie propose de mettre en place un dispositif d'intéressement des prescripteurs libéraux. Ce dispositif a pour objet de partager avec le médecin volontaire l'économie réalisée par son changement de pratique.

Les médicaments biosimilaires suivants pourraient être inclus :

- **Etanercept** : médicament des pathologies inflammatoires chroniques rhumatismales. Il s'administre de façon chronique en fonction des pathologies au rythme d'une ou deux injections par semaine. Entre le 01/07/2017 et le 30/06/2018, environ 310 000 boîtes ont été remboursées pour un montant de 221 millions d'euros. 8,2% des boîtes annuellement remboursées sont des biosimilaires, dont 10,1% sont en initiation. En ville, le prescripteur majoritaire est le rhumatologue (39,5% du total des prescriptions totales ville et hôpital).

Le dispositif serait proposé aux rhumatologues seulement car leur potentiel d'interchangeabilité est important. Sur la base d'une hypothèse de conversion de 50% des prescriptions vers le biosimilaire, une économie de 21,2 millions d'euros serait réalisée. 30% des économies réalisées pourraient être reversées aux rhumatologues ayant modifié leur pratique, soit 6,4 millions d'euros. Le gain net serait donc de **14,8 millions d'euros**.

- **Adalimumab** : également un médicament des pathologies inflammatoires chroniques plutôt gastro-intestinales. Le biosimilaire a été mis sur le marché début 2019, ce qui ne nous a pas permis d'étudier son profil de prescription. Mais, pour le médicament référent (Humira®), sur la période étudiée, environ 621 000 boîtes ont été remboursées pour un montant de 489 millions d'euros. En ville, le prescripteur majoritaire est le gastro-entérologue puis le rhumatologue (respectivement 19% et 16,5% des prescriptions totales ville et hôpital).

Le dispositif serait proposé aux gastro-entérologues et aux rhumatologues. Sur la base d'une hypothèse de conversion de 50% des prescriptions vers le biosimilaire, une économie de 46,4 millions d'euros serait réalisée. 30% des économies réalisées pourraient être reversées aux prescripteurs ayant modifié leur pratique, soit 13,9 millions d'euros. Le gain net serait donc de **32,5 millions d'euros**.

Pour l'etanercept et l'adalimumab, ce dispositif serait pleinement opérationnel dès lors que l'obligation de renouvellement, une fois par an, par un professionnel de santé exerçant en établissement de santé serait levée. La CNAM a ainsi travaillé avec l'ANSM récemment pour faire lever cette obligation et laisser les praticiens libéraux libres de renouveler.

- **Follitropine alfa** : hormone utilisée dans la stimulation ovarienne. La prescription et le renouvellement sont réservés aux spécialistes en gynécologie, en gynécologie-obstétrique, en endocrinologie et métabolisme ou en urologie. Sur la période étudiée, environ 421 000 boîtes ont été remboursées pour un montant de 72 millions d'euros. En ville, les prescripteurs majoritaires sont les gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux qui représentent 46% des prescriptions totales ville et hôpital.

Le dispositif serait proposé aux gynécologues obstétriciens et médicaux. Sur la base d'une hypothèse de conversion de 25% des prescriptions vers le biosimilaire, une économie de 2,3 millions d'euros serait réalisée. 30% des économies réalisées pourraient être reversées aux gynécologues obstétriciens et médicaux ayant modifié leur pratique, soit 0,7 million d'euros. Le gain net serait donc de **1,6 million d'euros**.

- **Le dispositif d'intéressement à la prescription de biosimilaires pour les libéraux permettrait de réaliser 48 millions d'euros d'économies.**

1.3. Développer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée

1.3.1 La prescription médicamenteuse

En 2020, les économies de maîtrise médicalisée attendues comporteront à nouveau un volet important sur la prescription médicamenteuse.

Certaines classes thérapeutiques concernant des médicaments largement prescrits en médecine générale (hypolipémiants, antihypertenseurs, etc.) font l'objet d'actions récurrentes car les enjeux restent importants en termes de bon usage de ces produits pour favoriser la prescription des classes thérapeutiques les plus efficaces.

Un plan d'actions concernant les **antalgiques** sera mis en place en 2020. Les remboursements de ces médicaments ont représenté 823 millions d'euros en 2018, prescrits à 80,1% par des médecins généralistes libéraux. En 2017, les antalgiques les plus consommés en France sont non opioïdes : paracétamol, aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ils représentent 78 % des délivrances remboursées, suivis par les antalgiques opioïdes faibles (20 %), dix fois plus consommés que les antalgiques opioïdes forts (2 %). C'est un sujet nouveau qui n'a pas été abordé jusqu'à maintenant de manière globale dans les campagnes d'accompagnement mises en œuvre par l'Assurance maladie.

Il y a un vrai intérêt à agir au regard des dérives possibles telles que peuvent les connaître les Etats-Unis confrontés à la crise des opioïdes. Si la situation de la France est encore très protégée, l'étude publiée en 2018 par 4 centres d'évaluation et d'information de la pharmacodépendance-addictovigilance²² (CEIP) sur la base des données de l'Assurance maladie des régions Provence-Alpes Côte d'Azur et Rhône-Alpes ont notamment montré la nécessité de renforcer les actions sur ce sujet. L'étude a permis de calculer un indicateur de nomadisme médical qui correspond à la part de médicaments obtenus avec des prescriptions qui se chevauchent et proviennent de médecins différents à partir des données de remboursements, sachant qu'un indice égal ou supérieur à 1% suggère un mésusage du médicament. L'analyse réalisée montre que les opioïdes avec les indicateurs les plus élevés dans ces deux régions sont la morphine (4 %), l'oxycodone (1,7 %) et le fentanyl (1,5 %). La dose a une influence puisque cet indicateur passe à 8,4 % pour la morphine 200 mg et à 3,3 % pour l'oxycodone 80 mg, ainsi que la formulation avec 3,3 % pour le fentanyl transmuqueux et 4,1 % avec la morphine à libération prolongée. Des campagnes d'accompagnement des prescripteurs, d'informations des assurés couplés à de nécessaires contrôles paraissent nécessaires pour prévenir toute évolution défavorable.

➔ **Les campagnes de maîtrise médicalisée déployées sur les thèmes des médicaments auront un impact financier permettant une économie totale de 220 millions d'euros d'économies.**

Encadré 6 : Antithrombotic, un outil d'aide pour la prescription des antithrombotiques

L'Assurance maladie a organisé en avril 2019 la deuxième édition de son concours interne d'innovation en gestion du risque « Innov'GDR ». Le premier prix a été remporté par le projet Antithrombotic, porté par l'Institut Pierre Louis de Santé Publique (INSERM, Sorbonne Université), le Centre de Pharmaco-épidémiologie de l'AP-HP (Cephepi), l'OMEDIT Ile-de-France, et en partenariat avec l'Assurance maladie (DRSM Ile-de-France) et l'ARS Ile-de-France.

Les antithrombotiques (anticoagulants et antiagrégants plaquettaires) sont les molécules les plus fréquemment en cause dans les accidents médicamenteux graves entraînant des hospitalisations et des décès). Une grande partie de ces accidents (40 à 70%) seraient évitables.

Antithrombotic a pour objectif de prévenir la iatrogénie grave évitable liée aux anti-thrombotiques. Ce site internet d'aide à la prescription et à la surveillance des antithrombotiques en ville vise à sécuriser l'usage des antithrombotiques en agissant sur 2 axes :

- la pertinence de la prescription : il propose au médecin un accès ergonomique et à jour au schéma thérapeutique recommandé pour un patient donné, tenant compte de la polyopathie. Ceci sécurise la prescription initiale comme les renouvellements. En effet les recommandations concernant l'usage des anti-thrombotiques sont disséminées dans de multiples guides (70 guides concernent les cumuls par exemple) et ne cessent d'être actualisés (parfois même dans la même année) sans qu'aucune synthèse de celles-ci ne soit facilement accessible ;
- la surveillance : près de la moitié des accidents graves surviennent du fait d'un défaut de surveillance. Antithrombotic met à disposition de tous les professionnels de santé et des patients les informations permettant d'anticiper les situations à risque pour prévenir les accidents. Ceci facilite l'exercice coordonné.

²² Ponté, Lepelley, Boucherie, Mallaret, Lapeyre-Mestre, Pradel, Micallef. Doctor shopping of opioid analgesics relative to benzodiazepines: A pharmacoepidemiological study among 11.7 million inhabitants in the French countries. Drug and Alcohol Dependence 187 (2018) 88-94

C'est un outil d'accès libre et gratuit. Il est consultable sur ordinateur, tablette ou smartphone. Début 2020 l'outil sera déployé en Ile-de-France auprès de médecins généralistes avec le soutien de la DRSM Ile-de-France et son impact clinique et économique évalué en vie réelle en utilisant les données du Système National des Données de Santé. Cette évaluation sera conduite par l'Institut Pierre Louis de Santé Publique et le Centre de pharmaco-épidémiologie de l'APHP.

Le site Antithrombotic est indépendant de l'industrie pharmaceutique, labellisé par les sociétés savantes et conçu en partenariat avec les représentants des malades. Le développement du site est financé par l'ARS d'Ile de France, et la veille bibliographique assurée par l'OMEDIT d'Ile de France.

1.3.2 Les actions de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

En 2018, les membres du Collectif du bon usage du médicament²³ ont invité les acteurs du système de santé français à se mobiliser pour promouvoir le bon usage du médicament. Citant le rapport BEGAUD – COSTAGLIA de 2013²⁴, le Collectif rappelait qu'on estime que la iatrogénie médicamenteuse génère en France au moins 1,28 millions de journées d'hospitalisation et que 10 000 décès seraient a minima attribuables chaque année en France à un accident médicamenteux. Le même rapport estimait l'impact économique à un coût probablement supérieur à 10 milliards d'euros par an pour l'Assurance maladie.

Les actions conduites ces dernières années n'ont pas permis d'atteindre les objectifs attendus en matière de réduction de la iatrogénie. Depuis 2019, les actions ont été revues pour se concentrer sur un périmètre restreint de médicaments prenant appui pour l'essentiel sur la liste dite Laroche de médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées de 75 ans ou plus, qui tient compte des pratiques médicales françaises. Cette liste a réduite aux seuls médicaments remboursables dans le cadre des actions d'accompagnement mises en œuvre par l'Assurance maladie.

➔ **L'impact attendu des actions mises en œuvre en 2020 vise à obtenir une économie de 40 millions d'euros.**

1.3.3 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, il est nécessaire de réduire l'asymétrie d'information entre les professionnels de la LPP et les prescripteurs car les enjeux financiers sont importants.

Tableau 6 : Montants des produits de la LPP remboursés en millions d'euros, données du régime général

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Taux d'évolution entre 2017 et 2018
Compléments nutritionnels oraux	184,5	193,8	210,8	224,1	229,2	242,5	5,8%
Diabète (lecteurs, piqueurs, bandelettes, etc.)	401,3	406,2	423,8	427,6	463,8	528,2	13,9%
Insuline	226,8	244,5	261,8	277,8	301,9	332,5	10,1%
Orthèses d'avancée mandibulaire	1,3	1,6	1,8	2,1	2,8	4,5	59,9%
Perfusions	213,8	220,2	213,3	238,6	254,7	268,5	5,4%
PPC et oxygénothérapie	887,1	963,7	984,7	1 048,4	1 054,4	1 133,7	7,5%
Audioprothèses	100,7	108,5	117,8	126,8	135,1	149,1	10,4%
Sièges coquilles	38,9	42,5	45,2	50,2	52,2	9,1	-82,6%
Total de la LPP remboursée	4 537,5	4 834,2	5 078,1	5 385,7	5 608,3	5 879,2	4,8%

23 Né en 2015, le Collectif du bon usage du médicament rassemble des acteurs de la chaîne du médicament (laboratoires, représentants de médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, acteurs de la protection sociale et du service à la personne, industriels, éditeurs de bases de données et de logiciels d'aide à la prescription...). L'Assurance maladie n'en fait pas partie

24 B. BEGAUD et D. COSTAGLIOLA ; Rapport sur la surveillance et le bon usage des médicaments en France ; septembre 2013 ; La Documentation Française

Des actions d'accompagnement sont prévues en 2020 sur différents thèmes, en particulier sur les traitements de l'oxygénothérapie, les appareils de pression positive continue ainsi que les perfusions. Une campagne de maîtrise médicalisée sera mise en œuvre concernant le sujet de la perfusion à domicile. Il existe en effet un enjeu relatif à l'adéquation du mode de perfusion. 3 modes de perfusion existent : par gravité, diffuseur, ou système électrique (pompe ou pousse-seringue). La caractérisation du mode de perfusion se fait en fonction du temps d'administration :

- 15 minutes et plus pour la gravité,
- 30 minutes minimum pour le diffuseur,
- 60 minutes minimum pour la pompe.

Pour autant, on observe de grandes variations quant aux modes de perfusion entre les régions. Par exemple, si 56% des administrations d'antibiothérapie par perfusions à domicile se font avec un diffuseur en Nouvelle-Aquitaine, ce taux monte à 89% pour la région Ile-de-France. Le choix du mode de perfusion a un impact économique puisque le coût du matériel pour un traitement de 14 jours s'élève en moyenne à 198 euros par gravité, 814 euros par diffuseur et 1 052 euros par pompe.

Par ailleurs, un axe important de travail concerne les demandes d'accord préalable (DAP). Les travaux visent à élaborer des formulaires (papier et dématérialisés) de demandes d'accord préalable qui soient aussi des outils d'aide à la prescription intégrant à chaque fois que cela est possible l'arbre de décision pour le dispositif médical concerné. C'est un outil puissant comme le montrent l'évolution des remboursements pour les sièges coquilles.

- ➔ **Les actions de maîtrise médicalisée mises en œuvre dans le champ des dispositifs médicaux permettront de générer 75 millions d'euros d'économies en 2020.**

1.3.4 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 diffusion des innovations en matière de produits de santé constitue une avancée majeure en termes de qualité des soins pour les années à venir. Ainsi, des marges d'efficacité demeurent et doivent être mobilisées pour permettre de disposer des financements nécessaires à la diffusion des produits innovants.

Les efforts des prescripteurs et pharmaciens ont permis d'atteindre un taux moyen de substitution lors de la délivrance en 2018 de 88,4%. Le taux de prescription dans le répertoire est passé de 44,9% en 2017 à 46,1% en 2018. Si le niveau de substitution élevé atteint par les pharmaciens et la politique de convergence des prix des princeps et des génériques viennent amoindrir les économies à réaliser dans le secteur par rapport aux années précédentes, celles-ci seront néanmoins portées par la mise en œuvre des dispositions de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

- ➔ **La poursuite des actions en faveur de la diffusion des médicaments générique permettront de dégager en 2020 une économie de 45 millions d'euros a minima.**

1.3.5 La gestion de la liste en sus

Le coût des médicaments administrés au patient lors d'un séjour en établissement de santé sont intégrés dans le tarif du séjour (GHS). Toutefois, dans certains cas, la prise en charge du patient nécessite la prescription d'un médicament innovant et coûteux. Si, pour l'indication considérée, la Haute Autorité de Santé juge l'amélioration du service médical rendu du médicament supérieur (ASMR I à III) au médicament inclus dans le GHS, le médicament est remboursé à l'établissement de santé en plus du tarif du GHS.

Les médicaments bénéficiant de ce financement dérogatoire sont inscrits sur la « liste en sus ». Elle représente une dépense de plus de 3 milliards d'euros chaque année.

Le dispositif dérogatoire institué par la liste en sus repose sur le postulat que l'inscription des spécialités sur la liste en sus est par nature transitoire et que tout médicament inscrit sur la liste en sus a vocation, à terme, à rentrer dans le droit commun du financement à l'hôpital, c'est à dire dans les tarifs de prestations. Or, la liste en sus se révèle assez statique.

- ➔ **L'accélération des modalités de gestion de la liste en sus, que ce soit pour les inscriptions comme pour les radiations, permettrait d'engendrer 100 millions d'euros d'économies sur ce poste en 2020.**

2. Optimiser l'efficacité des prescriptions et des actes

2.1. Déployer les nouveaux leviers de régulation des transports

Les leviers d'une plus grande régulation des transports sont en place et doivent permettre de produire des résultats à court terme. Le poste a représenté plus de 4,8 milliards d'euros de dépenses en 2018 pour l'assurance maladie (tous régimes).

2.1.1 Mise en œuvre des nouvelles conventions départementales avec les taxis

Une nouvelle convention-type nationale applicable aux taxis a été établie en novembre 2018 entre les 6 fédérations nationales de taxis et l'Assurance maladie. Ce texte fixe pour les années 2019 à 2023 les règles tarifaires applicables à la profession. Il a pour but de garantir à la profession des taxis un équilibre économique, dans un contexte où le transport de malades représente une part significative de leur activité, et de permettre en même temps une meilleure régulation des prises en charge.

L'accord a défini plusieurs paramètres pour la négociation des conventions départementales, qui se sont déroulées au début de l'année 2019 entre les syndicats locaux et les caisses primaires d'assurance maladie :

- les modalités de fixation des tarifs de référence par rapport à l'évolution des tarifs préfectoraux : dorénavant, l'augmentation annuelle des tarifs préfectoraux des courses de taxi n'est plus systématiquement prise en compte dans les tarifs de référence de prise en charge des transports de malades ;
 - l'évolution des taux de remise : la convention-type prévoit les conditions de révision des taux de remise qui s'appliquent aux facturations des taxis. Une hausse uniforme de 1,5 point a été mise en œuvre dès le début de la convention²⁵. Dès 2021, ces taux de remise pourront augmenter si les dépenses de taxis augmentent au-delà d'un certain niveau ;
 - des mesures additionnelles comme l'encadrement des frais d'approche, l'application d'un taux de remise différencié pour favoriser les tarifs A et B des taxis, la valorisation des trajets courts ou en agglomération ou l'incitation au développement du transport partagé ;
 - le développement des transports des personnes à mobilité réduite : une tarification majorée de 20 euros est mise en place pour favoriser les transports de patients exigeant le recours à un véhicule de taxi spécialement équipé.
- **La nouvelle convention-type applicable aux taxis contient des mesures d'économies qui permettront d'éviter 50 millions d'euros de dépenses pour l'année 2020. Le développement des transports des personnes à mobilité réduite devrait représenter une dépense nouvelle de 5 millions d'euros. Aussi, l'impact net sera de 45 millions d'euros d'économies.**

2.1.2 Accompagner le changement organisationnel

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. De même, l'organisation de transports partagés nécessite d'avoir une supervision et un volume de patients suffisant qui n'est pas retrouvée 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

²⁵ Cette hausse est de 2 points à Paris.

progresser significativement pour améliorer la connaissance de l'offre disponible et optimiser l'affectation des trajets. Il importe cependant de veiller à ce que le tour de rôle mis en place dans ces plateformes se fasse dans le respect de la libre concurrence entre les fournisseurs de transport sur le territoire. La mise en œuvre de la réforme de la prise en charge des transports inter-hospitaliers introduite par l'article 80 de la LFSS pour 2017 a d'ailleurs soulevé à ce titre quelques difficultés en raison des nouvelles modalités de commande de transports que la réforme implique.

L'ANAP devrait publier au deuxième semestre de l'année 2019 un bilan sur le fonctionnement des plateformes. L'Assurance maladie propose que ce document serve de support pour mettre en place des éléments de cadrage des solutions disponibles pour les acteurs, qu'il s'agisse des prescripteurs ou des transporteurs. Cela permettrait d'améliorer la gestion des transports dans les territoires et d'accompagner opérationnellement les acteurs dans la mise en œuvre des réformes en cours sur le choix des outils et la connaissance du cadre juridique applicable. Ce cadrage pourrait notamment porter sur l'intégration de l'offre des petites entreprises et des artisans-taxis dans des appels d'offres, les modalités de gestion concomitante des transports à la charge de l'Assurance maladie et ceux à la charge des établissements et l'articulation avec les outils de prescription dématérialisée.

- **50 millions d'euros d'économies peuvent être réalisés en substituant 10% des trajets réalisés en ambulance vers du transport assis professionnalisé.**
- **En complément, la montée en charge du transport partagé permettrait de réaliser 45 millions d'euros d'économies en partageant 10% des transports prescrits par les établissements en VSL et en taxis.**

2.1.3 Faciliter le remboursement du transport en véhicule personnel

Le service numérique « Mes remboursements simplifiés » a été développé par la CPAM 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. Ce service vise à simplifier et 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 a été déployé à l'ensemble de la région Occitanie en 2018. Cela a permis de réduire le délai moyen de traitement des demandes de remboursement à 4 jours. 11 000 demandes de remboursement ont été traitées au 1^{er} avril 2019 pour 2 900 assurés utilisateurs dont 360 assurés ayant basculés du transport assis professionnalisé vers le véhicule personnel soit 335 750 € d'économies sur le risque.

Le service poursuit son extension sur le territoire national puisqu'au moins un département dans chaque région va le mettre en œuvre en 2019 avant une généralisation à toutes les caisses primaires en 2020.

- **20 millions d'euros d'économies pourront être réalisés en basculant 1% des trajets en transport assis professionnalisé vers des transports en véhicule personnel.**

Encadré 7 : les services en ligne proposés par l'Assurance maladie dans le champ des transports

L'offre de services en ligne proposée par l'Assurance maladie s'est cadencée dans le temps pour apporter aux transporteurs des solutions innovantes. L'objectif attendu est de réduire le temps consacré aux tâches administratives avec des services complémentaires et cohérents. Il s'agit des services suivants :

- Le service PEC+ (Prise en Charge Plus)
- L'offre SEFi (Service Electronique de Facturation intégré)
- L'offre SPE (service de prescription électronique) de transport

D'abord généralisé chez les transporteurs sanitaires en 2012, **PEC+** a été mis à disposition des taxis en 2014. Ce service restitue les informations utiles pour la facturation selon la situation de l'assuré transporté : taux de prise en charge, existence d'une exonération du ticket modérateur, etc. Une version accessible en consultation depuis un smartphone pour les taxis est également proposée par certains éditeurs. PEC+ est actuellement intégré par une quinzaine d'éditeurs et a été utilisé par environ 6 600 taxis et 3 700 transporteurs en 2018.

SEFi est un nouveau système de facturation intégré dans le logiciel professionnel de facturation. Il permet la dématérialisation de l'intégralité de la prestation transport en :

- récupérant en temps réel des informations dans les bases de l'Assurance maladie relatives au prescripteur et au patient,
- supprimant les échanges papier avec la caisse grâce à la dématérialisation de l'ensemble des pièces justificatives,
- intégrant sans ressaisie le contenu d'une prescription électronique quand elle existe.

La solution SEFi est mise en œuvre avec les transporteurs sanitaires depuis 2016. A fin avril 2019, SEFi est utilisé par plus de 47 % des transporteurs sanitaires France entière et un peu plus de 13 millions de factures ont ainsi été fiabilisées en ligne. L'Assurance maladie propose de capitaliser sur ce retour d'expérience pour l'expérimenter avec les taxis à partir du 2ème semestre de 2019.

Enfin, des services de prescription électronique (**SPE**) de transport sont proposés permettant à un médecin de créer sa prescription de transport en ligne et de l'enregistrer dans une base de l'Assurance maladie. Le transporteur peut ensuite récupérer la prescription en ligne. L'offre du Service de Prescription Electronique de Transport est généralisée depuis mai 2017 pour tous les médecins de ville via le portail amelipro. Depuis mai 2017, la montée en charge se poursuit puisque près de 300 000 prescriptions ont été réalisées et le nombre mensuel de prescripteurs utilisateurs dépasse les 5 000 France entière. L'offre est également en expérimentation dans 5 établissements de santé, en mode intégré dans leurs outils de gestion centralisée des transports.

2.2. Maîtriser l'évolution des dépenses d'arrêt de travail

En 2017, il y a eu 345 millions de journées d'arrêt de travail indemnisées par le Régime général. L'ensemble de ces journées représente un montant de 12,9 milliards d'euros. La part des dépenses liées aux arrêts de travail représente 6,4% de l'ensemble des prestations versées par le régime général. Parmi l'ensemble des arrêts de travail, les dépenses liées aux arrêts maladie s'élèvent à 7,4 milliards d'euros. Au cours des 5 dernières années, la progression des prestations en espèces a été en moyenne deux fois plus rapide que celle des prestations en nature (dépenses de soins).

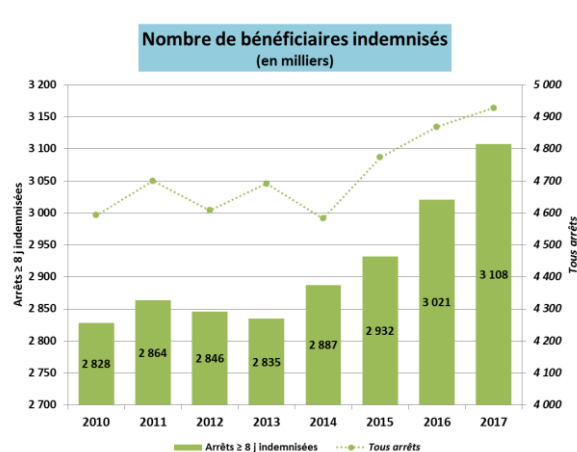
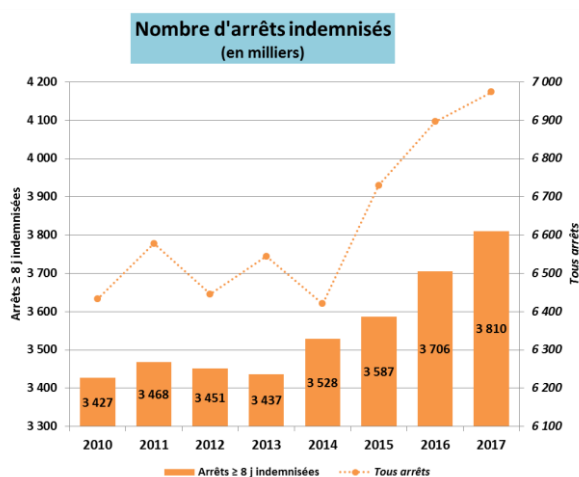
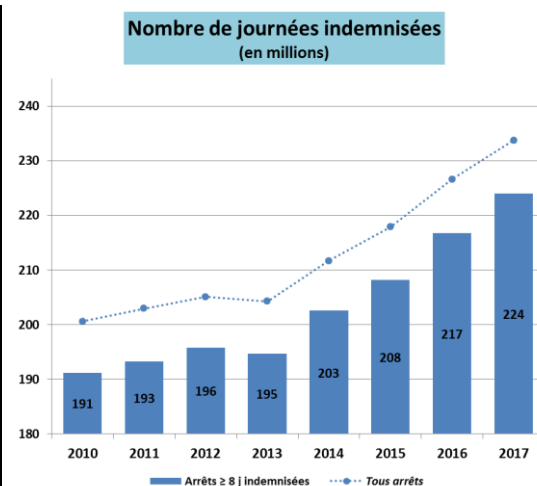
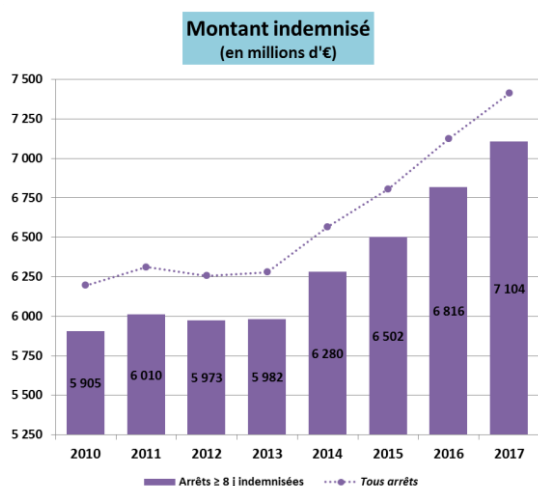
Les évolutions du poste des indemnités journalières sont portées par des effets structurels : la part des personnes de plus de 60 ans dans la population de France métropolitaine a augmenté de 3,1 points entre 2009 et 2017. Parmi les bénéficiaires d'indemnités journalières maladie (France entière), la part des 60 ans et plus a augmenté de 3,6 points en termes de montants indemnisés et de 2,7 points en termes de nombre de bénéficiaires. De plus, la population des 55-64 ans affiche une hausse substantielle de leur taux d'activité sur la période, passant de 41% en 2009 à près de 55,6% fin 2017, du fait notamment des réformes ayant reculé l'âge de départ en retraite. On peut attribuer une partie de la hausse des dépenses d'indemnités journalières maladie d'une part à un effet démographique (hausse du nombre de personne de plus de 60 ans) et d'autre part à l'augmentation du taux d'activité chez les personnes de 50 ans et plus.

Tableau 7 : Evolutions des indicateurs entre 2014 et 2017 pour les différents motifs d'arrêt de travail

Montant indemnisé (en millions d'euros)			
Année	2014	2017	Taux de croissance annuel moyen
Maternité-adoption	2 675	2 623	-1,93 %
AT-MP	2 566	2 881	+12,30 %
Maladie	6 566	7 412	+12,89 %
Ensemble	11 806	12 916	+9,41 %
Nombre de journées (en millions)			
Année	2014	2017	Taux de croissance annuel moyen
Maternité-adoption	55	52	-5,27 %
AT-MP	55	60	+8,61 %
Maladie	212	234	+10,42 %
Ensemble	321	345	+7,45 %
Nombre d'arrêts (en milliers)			
Année	2014	2017	Taux de croissance annuel moyen
Maternité-adoption	663	635	-4,16 %
AT-MP	1 004	1 051	+4,69 %
Maladie	6 420	6 974	+8,62 %
Ensemble	8 087	8 660	+7,08 %

Source : Datamart IJ et Prestations en espèces (SNDS)
 Champ : Régime général - France entière

Figure 49 : Evolutions sur la période 2010-2017 des indicateurs liés aux arrêts maladie (tous arrêts versus arrêts d'au moins 8 jours)



Champ : régime général - France entière
 Source : Cnam (SNDS)

2.2.1 Engager une démarche d'accompagnement individualisé des prescripteurs

L'Assurance maladie poursuit et amplifie son programme d'actions en direction des médecins prescripteurs dans une démarche graduée selon les pratiques. Près de 17 000 médecins sont concernés en 2019 par des actions d'accompagnement reposant sur trois niveaux :

- un dialogue appuyé avec les médecins très fortement prescripteurs pouvant conduire le cas échéant en cas d'échec au déclenchement d'une procédure de mise sous objectifs ou mise sous accord préalable,
- la mise en place d'un accompagnement spécifique par le service médical, selon des modalités nouvelles, pour 8000 médecins ayant un volume de prescription élevé,
- la mise en place d'entretiens par les Délégués de l'Assurance maladie (DAM), avec un contenu enrichi, auprès de 8000 médecins pour lesquels un accompagnement semble nécessaire en termes d'offre de service ou de réglementation.

Pour les médecins dont les prescriptions d'arrêts de travail sont très en écart par rapport à la moyenne de leurs confrères (au moins 3 écarts-types²⁶), le code de la sécurité sociale autorise l'Assurance maladie à mettre en place une procédure de Mise sous Objectifs (MSO) ou de Mise Sous accord Préalable (MSAP). Cette procédure a été modifiée pour privilégier le dialogue. Les médecins dont les prescriptions sont les plus fortement atypiques se voient proposer, depuis 2016, un entretien préalable à tout déclenchement d'une procédure. Aucun médecin ne fait ainsi l'objet de l'un de ces dispositifs MSO ou MSAP sans qu'une phase de dialogue ne soit intervenue préalablement dans l'objectif à la fois d'objectiver les conditions d'exercice du professionnel et d'observer sa capacité à réduire ses prescriptions quand elles dépassent largement celles de ses confrères sans explication évidente.

Cette procédure porte ses fruits. L'entretien préalable a permis d'observer une diminution de la prescription d'indemnités journalières de trois médecins sur quatre (dont un sur trois avec une baisse de plus de 20%) lors de la campagne lancée en 2017. Concernant les 84 médecins ayant justifié d'une mise sous objectifs, les 2/3 ont réduit effectivement leurs prescriptions conformément aux engagements pris. Au total, seuls une vingtaine de médecins ont été mis sous accord préalable en 2017.

Ce dispositif fondé sur une démarche de dialogue et d'accompagnement gradué a été renouvelé en 2019.

Au-delà des médecins particulièrement atypiques, le ciblage permet d'identifier des médecins fortement prescripteurs à qui il est proposé un **accompagnement par le Service Médical**. Pour ce faire, les actions du service médical évoluent d'une logique de contrôle ponctuel des prestations individuelles à une approche globale, intégrant le suivi des assurés en arrêt. 8000 médecins entrent dans le cadre de cet accompagnement spécifique, prenant la forme d'échanges confraternels conduits par le service médical et portant sur des cas patients préalablement identifiés par le service médical. Un plan de suivi de ces patients est ainsi élaboré avec le médecin, s'appuyant sur l'analyse précise de ses prescriptions.

L'objectif de cette démarche est de construire un plan d'accompagnement adapté aux constats pour permettre, au-delà d'interventions ponctuelles sur des situations individuelles, un partenariat durable. Le nombre de contacts avec le médecin sera donc adapté aux difficultés observées.

Le troisième volet de l'accompagnement des professionnels de santé consiste en une **campagne d'entretiens sur le bon usage des arrêts de travail** auprès de 8000 médecins, **réalisée par les délégués de l'Assurance maladie**. Ces entretiens visent à communiquer sur la mission de facilitation du service médical, porter des messages sur la prévention de la désinsertion professionnelle, diffuser différents supports et mémos pour accompagner certaines prescriptions, notamment sur l'intérêt de la reprise précoce du travail dans la lombalgie commune, afin de prévenir le risque de chronicisation.

2.2.2 Conduire des actions spécifiques en direction des établissements de santé

Une campagne spécifique en direction des médecins dans les établissements de santé est en cours de déploiement. Cette démarche vise spécifiquement les internes des services d'urgences, d'orthopédie et de maternité des établissements publics. Il s'agit d'une première étape en direction des établissements, visant à promouvoir les référentiels médicaux de prescription validés par la HAS auprès des médecins et des internes dans les services de court séjour et aux urgences via des échanges confraternels.

²⁶ L'écart type sert à mesurer la dispersion autour d'une moyenne. Plus l'écart-type est fort, plus la population est hétérogène.

Un message spécifique est porté sur l'importance de la coordination entre le médecin hospitalier et le médecin traitant. Il est aussi rappelé que le médecin hospitalier, qu'il prescrive lui-même ou non l'arrêt de travail, est un acteur majeur pour le bon accompagnement du patient dans sa récupération fonctionnelle. Ses indications sur les besoins d'adaptation de poste peuvent être précieuses.

2.2.3 Intensifier l'accompagnement des entreprises atypiques

L'Assurance maladie poursuit en 2019 ses actions en direction des entreprises « atypiques », présentant des taux d'IJ parmi leurs salariés particulièrement élevés en comparaison aux entreprises du même secteur d'activité.

Une première expérimentation a été conduite à la fin de l'année 2017 auprès de 5 entreprises. Cette action s'est poursuivie en décembre 2018 avec la visite de 90 entreprises mono-établissements. Une nouvelle visite par un binôme Carsat/CPAM est prévue dans ces entreprises à la fin d'année 2019 pour faire le point sur les premières actions mises en place par l'entreprise afin de réduire son absentéisme (diagnostic, premières actions de qualité de vie au travail, etc.). Le cas échéant, un accompagnement sera proposé aux entreprises n'ayant pas encore mis en place de plan d'action.

Compte tenu du faible nombre d'entreprises concernées, il est difficile de tirer des enseignements utiles de l'expérimentation de 2017. Toutefois, les premiers éléments disponibles semblent aller dans le bon sens. Une mesure d'impact portant sur les entreprises visitées fin 2018 pourra être faite début 2020 sur les arrêts de travail 2019.

Enfin, une nouvelle campagne élargie à 500 établissements se déploiera à l'automne 2019. Les entreprises sélectionnées seront des entreprises multi-établissements qui n'étaient pas incluses dans les précédentes campagnes.

2.2.4 Améliorer la performance du service médical dans le contrôle des assurés

La stratégie du service médical s'appuie d'une part sur un contrôle ciblé des arrêts potentiellement non justifiés (plutôt inférieurs à 6 mois) et d'autre part sur l'accompagnement des assurés en arrêt de travail de longue durée, les arrêts de plus de 6 mois représentant 44% du montant indemnisé. Elle repose sur un partenariat entre plusieurs acteurs coordonné par le service médical dont l'objectif est d'éviter l'entrée des assurés en longue durée pour des affections ne relevant pas d'une ALD exonérante par des actions d'accompagnements précoces.

Les dispositifs de contrôle et de suivi ont évolué dans l'objectif d'améliorer l'efficacité de la détection et la réactivité du service médical. Ce dispositif s'appuie sur une évolution de l'organisation du service médical et une refonte de son système d'information.

L'évolution des possibilités de rendez-vous offertes aux assurés, suite aux nouveaux métiers déployés au service médical (Conseiller services de l'Assurance maladie et Infirmière du Service Médical), permettent de **recevoir 25% d'assurés en plus et de diversifier les actions en particulier sur un processus d'accompagnement à la reprise du travail**. Les outils de prise de rendez-vous et contact clients mis en place en 2018-2019 en lien avec le compte ameli ont permis un gain important en réactivité des actions et en remplissage des vacations des médecins conseils.

L'amélioration du système de détection des situations médicales à vérifier permet aux praticiens conseils de dégager du temps pour agir sur la prescription lors d'échanges concrets avec les médecins sur des assurés en arrêt de travail dans le cadre de territoires de santé définis. Ces territoires offrent la possibilité aux médecins d'avoir un contact privilégié avec un médecin conseil et une coordination sur la gestion des prestations de leurs patients. Un impact sur les montants indemnisés est attendu d'une part par une réduction des prescriptions des médecins et d'autre part par l'accompagnement à la reprise du travail. Des indicateurs de résultats ont été définis afin de mesurer l'efficacité des nouvelles actions mises en place.

2.2.5 Renforcer la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés

L'Assurance maladie s'est depuis plusieurs années engagée dans la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Les travaux se concentrent sur 3 axes en 2019 :

- il s'agit en premier lieu de renforcer les relations avec les services de santé au travail (SST). Acteurs centraux dans la problématique du maintien dans l'emploi, les SST constituent un partenaire incontournable pour proposer un parcours adapté au contexte professionnel de l'assuré. Un dispositif pilote sera mis en œuvre avec des SST volontaires ;
 - en second lieu, le repérage précoce des assurés en risque de désinsertion constituera un objectif prioritaire des cellules locales ;
 - en troisième lieu, l'Assurance maladie entend favoriser le recours aux dispositifs de reconversion professionnelle, en sensibilisant les entreprises comme les assurés victimes de certains risques professionnels. A cet effet, des instructions seront notamment diffusées auprès des CPAM et des DRSM, afin que les assurés soient informés sur le droit individuel à la formation dans le cadre de l'attribution d'une incapacité permanente, ou dans le cadre de l'utilisation des droits acquis au titre du compte professionnel de prévention.
- **Les améliorations apportées au dispositif de contrôle des assurés, combinées avec la campagne graduée auprès des médecins forts 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. Cela correspond à la diminution d'une journée de prescription pour la moitié des arrêts de travail pour maladie, soit une économie de 100 millions d'euros.**

2.3. Poursuivre l'élaboration négociée de protocoles de régulation avec certaines professions de santé

2.3.1 Le protocole pluriannuel de régulation avec les biologistes

L'Assurance maladie et les syndicats de biologistes ont conclu en 2016 un protocole d'accord de régulation des dépenses de biologie pour les années 2017 à 2019. Celui-ci fixe un taux annuel d'évolution des dépenses de biologie à 0.25 % et définit les processus visant à respecter annuellement l'enveloppe des dépenses de biologie. Ce dispositif permet de donner de la visibilité aux biologistes et l'objectif de régulation est garanti par un ralentissement des volumes dû aux actions de maîtrise médicalisée, dont le rendement moyen annuel attendu est de 20 millions d'euros, ainsi que par un ajustement des cotations des actes inscrits à la nomenclature de biologie médicale.

Les actions de maîtrise médicalisée lancées conjointement avec la profession ont principalement reposé sur les analyses de biologie suivantes : le dosage de la vitamine D, l'exploration et la surveillance biologique thyroïdienne, la détermination du groupe sanguin ainsi que la recherche d'anticorps anti-érythrocytaires. Des mémos, validés par la Haute Autorité de santé (HAS), ont reprécisé les situations cliniques pour lesquelles chaque analyse était pertinente ou les situations dans lesquelles l'Assurance maladie prenait en charge ces analyses. Les délégués de l'Assurance maladie étaient ensuite chargés de présenter ces documents en rencontrant les médecins et en envoyant des courriers aux biologistes.

Le protocole actuel arrivant à son terme, la négociation d'un nouveau protocole démarre. Il comporte un enjeu particulier lié aux actes innovants pour intégrer les actes du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN). Les premières orientations du futur protocole scinderont la gestion en deux enveloppes : une enveloppe pour les actes courants et une enveloppe pour les actes novateurs.

- **Sous réserve de l'aboutissement des discussions à venir avec la profession, 180 millions d'euros d'économies pourront être réalisés en 2020, dont 20 au titre des nouvelles actions de maîtrise médicalisée.**

Dans le cadre du protocole, l'Assurance maladie a conduit en 2017 des actions de maîtrise médicalisée sur les explorations et surveillance biologiques thyroïdiennes et le dosage de la vitamine D. Ces actions ont été déployées auprès d'un groupe de prescripteurs identifiés pour des pratiques de prescription atypiques qui ont été comparés à un groupe témoin n'ayant pas reçu la visite d'un délégué de l'Assurance maladie.

Exploration et surveillance biologiques thyroïdiennes

La campagne menée auprès de médecins sélectionnés pour un niveau de prescription élevé rappelait des messages de bonne prescription sur la base d'un mémo validé par la Haute Autorité de Santé. En effet, il n'y a pas lieu de dépister systématiquement une dysthyroïdie dans la population générale asymptomatique. Un dépistage ciblé dans les populations à risque est recommandé uniquement dans les situations suivantes :

- antécédent personnel ou familial de pathologie auto-immune
- antécédent ou pathologie thyroïdienne : antécédent de thyroïdite subaiguë,...
- porteur de goitre
- antécédent de chirurgie ou d'irradiation thyroïdienne ou cervicale
- traitements à effet thyroïdien potentiel (amiodarone, lithium, agents de contraste radiographique iodés, interférons ou autres cytokines).

En première intention, le dosage isolé de TSH (thyroestimuline) est suffisant pour le diagnostic et la surveillance des dysthyroïdies dans la quasi-totalité des cas, sans avoir besoin de doser en même temps les hormones thyroïdiennes T3 et T4. Aussi, la campagne avait pour objectif de réduire les volumes de « TSH+T4L+T3L » et de « TSH+T4L » au profit de la seule TSH.

Tableau 8 : Evolutions des indicateurs de prescription des explorations et surveillances biologiques thyroïdiennes avant et après la campagne par les délégués de l'Assurance maladie

		Période avant visite (1er septembre 2016 au 30 novembre 2016)			Période après visite (1er septembre 2017 au 30 novembre 2017)		
		Nombre de MG ayant prescrit	Nombre d'examen	Nombre de patients	Nombre de MG ayant prescrit	Nombre d'examen	Nombre de patients
MG rencontrés	TSH seul	5 030	266 619	259 592	5 001	367 411	350 411
	Ensemble des dosages TSH + T3 libre +T4 libre	5 036	481 920	455 139	5 017	568 996	519 855
	Part des TSH/Ensemble des dosages TSH + T3 libre +T4 libre		55,30%	57,00%		64,60%	67,40%
Groupe témoin	TSH seul	365	18 208	17 721	363	22 323	21 303
	Ensemble des dosages TSH + T3 libre +T4 libre	367	33 295	31 304	365	40 239	36 558
	Part des TSH/Ensemble des dosages TSH + T3 libre +T4 libre		54,70%	56,60%		55,50%	58,30%

La proportion de TSH libre prescrit par rapport à l'ensemble des dosages était similaire chez les médecins généralistes témoins et ceux visités en amont de la campagne. Après la visite, cette proportion croît de 9 points chez les médecins généralistes rencontrés par les délégués de l'Assurance maladie en nombre d'examen. Pour les médecins généralistes témoins, cette proportion n'évolue pas significativement, ils passent de 54,7% à 55,5% en nombre d'examen. On peut donc conclure que la visite a permis d'améliorer la prescription du dosage isolé du TSH. On estime ainsi la dépense évitée à 280 000 euros d'économie (en montant remboursé) liée à la modification du comportement du groupe de médecins rencontrés. Si ce changement de comportement était généralisé à l'ensemble des prescripteurs et que la proportion du TSH seul dans l'ensemble des dosages augmentait de 9 points, on pourrait avoir jusqu'à 13 millions d'euros d'économie.

Dosage de la vitamine D

Le dosage de la vitamine D n'est indiqué que dans 6 situations précises, rappelées dans le mémo utilisé pour la campagne de l'Assurance maladie et validé par la Haute Autorité de santé :

- suspicion de rachitisme
- suspicion d'ostéomalacie
- suivi ambulatoire du transplanté rénal au-delà de 3 mois après transplantation
- avant et après chirurgie bariatrique
- évaluation et prise en charge des personnes âgées sujettes aux chutes répétées
- respect des résumés des caractéristiques du produit des médicaments préconisant la réalisation du dosage de vitamine D.

Tableau 9 : Evolutions des indicateurs de prescription du dosage de la vitamine D avant et après la campagne par les délégués de l'Assurance maladie

	Période avant visite (1er septembre 2016 au 30 novembre 2016)			Période après visite (1er septembre 2017 au 30 novembre 2017)			Evolution avant / après		
	Nombre de MG ayant prescrit	Nombre d'examens	Nombre de patients ayant eu une prescription	Nombre de MG ayant prescrit	Nombre d'examens	Nombre de patients ayant eu une prescription	Variation du nombre de MG ayant prescrit	Variation du nombre d'examens	Variation du nombre de patients ayant eu une prescription
MG rencontrés	4 758	119 852	117 317	4 640	89 659	87 786	-2%	-25%	-25%
Groupe témoin	346	8 791	8 604	346	8 797	8 615	0%	0%	0%

On observe une baisse du nombre d'examens prescrits chez les médecins généralistes rencontrés (-25%) après la visite, alors que les témoins n'ont pas évolué dans leur pratique. Sur le thème du dosage de la vitamine D, les succès des campagnes mises en œuvre en 2015 et 2017 avaient permis de mettre sous contrôle la croissance de l'évolution des prescriptions de ces dosages. Les remboursements des dosages de la vitamine D ont représenté un total de 26,6 millions d'euros en 2018 pour le régime général.

Depuis l'automne 2018, on constate une forte reprise des prescriptions de dosage alors que celles-ci avaient été contenues grâce aux actions de maîtrise médicalisée (cf. encadré 4). Ainsi, les montants remboursés de janvier à mai 2019 sont en croissance de 5,8% par rapport à la période de janvier à mai 2018. Cette évolution n'est probablement pas sans lien avec la campagne publicitaire diffusée depuis cette période par un laboratoire produisant des solutions de vitamine D sur le thème du déficit en vitamine D.

Cette campagne publicitaire, en portant un message sur le déficit en vitamine D chez la personne âgée sujette aux chutes, promeut de fait la réalisation de ce dosage et de manière indirecte un médicament soumis à prescription médicale, dont la publicité directe est interdite par l'article L5122-6 du Code de la santé publique.

- **A la lumière de cet exemple, les dispositions encadrant les publicités invitant à la réalisation d'actes pris en charge par le régime obligatoire gagneraient à être renforcées afin de pouvoir exercer une régulation en amont de ce type de démarches. Il est proposé de prévoir un visa préalable par l'ANSM, comme c'est déjà le cas pour les médicaments et dispositifs médicaux soumis à prescription médicale ou remboursés, pour toute publicité susceptible d'avoir un impact sur les actes pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.**

2.3.2 Le protocole d'intéressement conclu avec les radiologues

Un accord d'intéressement a été signé entre l'Assurance maladie et la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) en avril 2018. Il vise à mieux maîtriser les dépenses d'imagerie médicale en s'appuyant en priorité sur le levier de la pertinence des actes. Ce protocole prévu pour la période 2018-2020 combine une démarche partenariale de pertinence des soins pour éviter des actes inutiles ou coûteux, et un accord sur les tarifs. Il devrait permettre d'économiser 207,1 millions d'euros sur 3 ans en imagerie médicale.

Les actions de pertinence portent en premier lieu sur la lombalgie commune, pour laquelle le recours à l'imagerie est inutile dans sa phase aiguë. Les praticiens sont également incités à recourir aux produits de contraste à des doses plus adaptées pour réduire les effets secondaires chez leurs patients, et à se tourner le plus possible vers des versions génériques, moins coûteuses, de ces produits.

- **En 2020, les actions inscrites au protocole signé avec les radiologues permettront de réaliser 58 millions d'euros d'économies se décomposant comme suit : 36,2 millions d'euros au titre d'actions de pertinence conduites en partenariat avec la FNMR, 20,3 millions d'euros liées aux actions concernant le bon usage des échographies et 1,5 million d'euros de mesures tarifaires.**

2.4. Adapter les nomenclatures des actes

2.4.1 Evaluer l'acte de fluoroscopie de l'œil

La fluoroscopie de l'œil est un acte technique ancien inscrit à la CCAM sous le code et libellé « BZQP002 - Fluoroscopie de l'œil » (tarif de 27,54 euros). Il consiste à examiner, sans enregistrement, le fond de l'œil après une injection intraveineuse de fluorescéine chez les patients susceptibles d'être atteints d'une pathologie de la rétine.

Cette technique est à distinguer des actes d'angiographie rétinienne (inscrits sur la CCAM sous les codes EBSF004, EBQF002, EBQF001, EBQF005 et EBQF006) qui consistent également en un examen du fond de l'œil en présence de colorant fluorescent injecté par voie veineuse, mais avec enregistrement d'images.

La fluoroscopie de l'œil est une technique considérée comme obsolète mais les statistiques de remboursement révèlent un volume en croissance constante de cet acte.

Tableau 10 : Evolutions des facturations de l'acte BZQP02

Année	Nombre d'actes BZQP002	Taux de croissance annuel moyen
2013	2 182 543	
2014	2 337 578	7%
2015	2 574 212	10%
2016	2 869 781	11%
2017	3 215 286	12%
2018	3 771 398	17%

Source : SNDS.

Données tous régimes, France entière

Les données de la littérature ainsi que la pratique actuelle montrent que cet acte pourrait être largement détourné de son usage pour rémunérer un temps élémentaire de la consultation ophtalmologique, à savoir l'examen de la cornée, et non du fond d'œil, après dépôt à la surface de l'œil d'un collyre à la fluorescéine, sans injection par voie veineuse donc. Les statistiques de remboursement montrent également que l'acte BZQP002 est associé à un autre acte dans 98% des cas, essentiellement les actes BGQP002 (examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact), BLQP010 (examen de la vision binoculaire) et BJQP002 (examen fonctionnel de la motricité oculaire).

Au regard de l'état de l'art en matière d'ophtalmologie, l'Assurance maladie a saisi la Haute Autorité de Santé pour savoir si un examen du fond d'œil après une injection d'intraveineuse de fluorescéine, sans enregistrement, conserve une indication. Cela permettra de restreindre si nécessaire les indications de cet acte à la nomenclature, ou de le supprimer s'il n'en conservait aucune.

- ➔ Dès lors que les indications auront été précisées, des contrôles seront menés quant à la juste facturation des examens de la cornée et du fond d'œil. **Le potentiel d'économies est estimé à 36 millions d'euros en année pleine.**

2.4.2 Favoriser le développement de la dialyse à domicile

En France, près de 3 millions de personnes souffrent de maladie rénale chronique et environ 90 000 en sont au stade de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Le développement de la dialyse à domicile est apprécié par les patients car cela apporte un gain en termes de qualité de vie personnelle, comme le souligne le récent ouvrage coordonné par la société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation (SFNDT) « Ma maladie rénale chronique 2022 – 10 propositions pour développer la dialyse à domicile ». Pourtant, seuls 7% des patients atteints d'IRCT sont pris en charge à domicile en France, soit deux fois moins que la moyenne des pays de l'OCDE.

S'il existe plusieurs freins au développement de la dialyse à domicile, la tarification en fait partie notamment pour l'hémodialyse à domicile. Aussi, l'Assurance maladie propose de créer un forfait de prise en charge en ville favorisant l'hémodialyse à domicile, sur le modèle de la dialyse péritonéale. Ce forfait favoriserait l'orientation des patients vers l'hémodialyse à domicile en permettant une rémunération du médecin néphrologue correspondant à la charge de travail de celui-ci et éviterait la prise en charge des transports vers les structures.

Pour favoriser le développement de l'hémodialyse à domicile, l'Assurance maladie propose également d'analyser avec l'ensemble des institutions concernées les avantages et inconvénients à faire évoluer l'article R6123-66 du code de santé publique qui impose la présence d'une personne de l'entourage du patient pour l'hémodialyse à domicile, obligation qui semble être spécifique à la France et est pointée comme un obstacle au développement de l'hémodialyse à domicile alors que des solutions alternatives existent.

- **En faisant l'hypothèse d'un transfert de 8% des patients traités en hémodialyse en centre et unité de dialyse médicalisée vers une prise en charge à domicile, 41 millions d'euros de remboursements peuvent être économisés tout en améliorant le confort des patients.**

2.4.3 Encourager le traitement des plaies par pression négative en ville

L'article 5.4 de l'avenant 6 à la convention nationale entre les infirmiers et l'Assurance maladie, signé en mars 2019, prévoit que les partenaires conventionnels étudieront les modalités de l'accompagnement par les infirmiers, en libéral, des thérapies par pression négative dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire.

Les systèmes de traitement des plaies par pression négative (TPN) sont des adjuvants de la cicatrisation de certaines plaies chirurgicales à haut risque de complications ou de certaines plaies chroniques ne cicatrisant pas en première intention. La recommandation de la Haute Autorité de Santé de janvier 2011 prévoit que le TPN doit être prescrit après un avis spécialisé (chirurgien plasticien, dermatologue, diabétologue...) et commencé dans un établissement de santé, pour être ensuite poursuivi en hospitalisation à domicile. Une inscription à la nomenclature des infirmières libérales impliquerait donc une évolution des recommandations de la HAS.

- **Sur la base d'une prise en charge en ambulatoire de la moitié des traitements des plaies par pression négative, une économie de 10 millions d'euros environ pourrait être réalisée.**

2.5. Ajuster l'évolution des actes paramédicaux

Si la croissance des actes des paramédicaux est cohérente avec les stratégies mises en œuvre visant à favoriser le virage ambulatoire, cette évolution doit rester proportionnelle à la part des soins effectivement transférée vers la ville. Les actions nationales de maîtrise médicalisée des actes des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sont construites en lien avec les nouveaux accords conventionnels de ces deux professions.

Une nouvelle stratégie d'accompagnement de la **profession infirmière** se déploie à partir de 2019. Elle vise d'abord notamment à développer des contrôles embarqués vérifiant le respect des règles de facturation dans les logiciels professionnels pour éviter les indus par la suite, qui sont des sources de tensions avec la profession. Cela implique de conduire un dialogue tripartite avec la profession et les éditeurs de logiciel.

L'accompagnement sur les règles de facturation est également en cours de refonte. Les nouveaux modules déployés concernent l'accompagnement des nouveaux installés, par le biais d'un mémento national, et la présentation des nouvelles mesures conventionnelles à l'ensemble de la profession.

Encadré 9 : le bilan de soins infirmiers

Le Bilan de Soins Infirmiers (BSI) est un nouveau support d'évaluation, basé sur les référentiels infirmiers validés existants, qui 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.

Le BSI ayant fait l'objet d'une expérimentation de 6 mois en 2017, sa généralisation va permettre 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 de 13€, 18,20€ et 28,70€ en fonction des profils de patients déterminés selon leur charge en soins : légère, intermédiaire ou lourde. Il s'agit d'une évolution majeure dans la prise en charge des patients dépendants, qui va permettre à la fois d'améliorer l'organisation du maintien à domicile de ces patients et de faciliter la coordination avec le médecin prescripteur.

La mise en place du BSI est progressive :

- à compter du 1er janvier 2020, le BSI sera mis en œuvre pour les patients âgés de 90 ans et plus ;
- à compter du 1er janvier 2021, il s'élargira aux patients âgés de 85 ans et plus ;
- à compter du 1er janvier 2022, il intégrera les patients dépendants de 78 ans et plus ;
- à compter au 1er janvier 2023, il pourra être généralisé à tous les patients dépendants.

Les infirmiers pourront, en sus de ces forfaits, facturer certains actes techniques (à compter du 1er mai 2020).

Les programmes d'accompagnement des masseurs-kinésithérapeutes seront poursuivis en veillant à sensibiliser les professionnels sur les règles de facturation donnant lieu à la constatation d'anomalies. Ainsi, un programme de contrôle portant sur les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en EHPAD démarre en 2019. Il a été précédé de deux campagnes d'accompagnement préalable en 2017 et 2018 réalisées par les délégués d'Assurance maladie et les médecins-conseils vers les masseurs-kinésithérapeutes et les prescripteurs. Le contrôle contentieux ne concernera que les masseurs-kinésithérapeutes qui n'auront pas modifié leurs pratiques de facturation à l'issue des phases d'accompagnement.

→ Les économies attendues pour le poste des paramédicaux en 2020 sont de 130 millions d'euros.

Encadré 10 : une démarche partenariale d'accompagnement des masseurs-kinésithérapeutes en Nouvelle-Aquitaine

Les organismes d'Assurance maladie et l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes de la région Nouvelle-Aquitaine ont construit un partenariat pour élaborer ensemble une campagne d'accompagnement à destination des masseurs kinésithérapeutes sur la prise en charge des pathologies tendineuses chroniques de l'épaule. Cette campagne se décline en deux volets : un à destination des masseurs-kinésithérapeutes et l'autre auprès des médecins généralistes. Elle se déploie depuis le début de l'année 2019.

Le parti-pris de cette démarche est de travailler dans une posture d'écoute mutuelle pour profiter du savoir-faire de chacun. Ainsi, pour cette campagne, les messages ont été élaborés par les professionnels eux-mêmes en se basant sur des outils et pratiques applicables par les masseurs-kinésithérapeutes dans leur activité (score de Constant, questionnaire DASH, etc.). Pour les délégués de l'Assurance maladie, c'est aussi un appui précieux que de pouvoir bénéficier de messages validés par des représentants de la profession.

3. Accompagner le virage ambulatoire

3.1. Amplifier la diffusion de la chirurgie ambulatoire

L'Assurance maladie contribue à la stratégie nationale mise en œuvre pour atteindre l'objectif national de 70% de chirurgie ambulatoire à l'horizon 2022. La dynamique a continué à progresser pour atteindre un taux de 57,9% en 2018. Cela implique d'accélérer le rythme de progression ambulatoire pour gagner environ 3 points par an.

Ainsi, pour arriver à ce taux cible de 70%, l'Assurance maladie s'appuie sur une double démarche :

- poursuite des mises sous accord préalable à destination des établissements les plus en retrait,
- mise en place d'une démarche d'accompagnement pour faire évoluer les pratiques professionnelles et organisationnelles des établissements vers les 20% d'établissements français les plus performants.

Cette démarche d'accompagnement se base sur l'outil de data-visualisation « VISUCHIR » (cf. encadré 7) développé en partenariat avec l'ATIH et la DGOS, et hébergé sur le site Scan-Santé de l'ATIH. Elle repose sur un dialogue de gestion renouvelé tant en interne (directeurs, médecins, soignants) qu'en externe (ARS, Assurance maladie, établissement).

➔ **Grâce à la progression de 3 points du taux de chirurgie ambulatoire, 200 millions d'euros d'économies sont envisageables en 2020.**

Encadré 11 : VISUCHIR, l'ouverture des données comme vecteur de changement des pratiques chirurgicales

VISUCHIR est un outil de dialogue basé sur la data-visualisation qui analyse, suit et compare les pratiques chirurgicales jusqu'au niveau le plus fin (acte CCAM) et donne des éléments de prospective et de stratégie sur le développement médicalisé de la chirurgie ambulatoire. En apportant le même niveau d'information pour tous les acteurs, VISUCHIR contribue à rééquilibrer le dialogue et le rendre plus interactif.

Mis en ligne en décembre 2018 sur la plate-forme Scan-santé de l'ATIH en toute transparence (sans identifiant, ni mot de passe), il contient 36 millions d'actes chirurgicaux, ce qui en fait l'une des plus grandes bases de données de santé hospitalière en open data au niveau mondial.

Premier bilan d'utilisation

Les quatre premiers mois d'utilisation de VISUCHIR permettent de dresser un premier bilan quantitatif et qualitatif. L'outil a rapidement su trouver son public et répond à un besoin non couvert jusqu'à présent par d'autres outils. On dénombre 17 000 connexions enregistrées les 4 premiers mois de sa mise en service, une moyenne hebdomadaire d'environ 900 connexions par semaine et une fidélisation des utilisateurs puisque 15% des acteurs se sont connectés plus de 10 fois sur une période de 2 mois.

En complémentarité du tutoriel de formation disponible en libre accès sur la plate-forme Scan-santé, environ 450 personnes ont été formées au cours du 1^{er} semestre 2019 pour s'assurer du bon usage et de la bonne utilisation de VISUCHIR. Les premiers retours utilisateurs permettent de regrouper les usages potentiels de VISUCHIR autour de 5 grands axes :

- **dialogue au sein des établissements : préparation** du projet médical, des contrats de pôle, simulations d'évolution capacitaire, aide à la réorganisation des plateaux techniques,
- **dialogue de gestion externe** entre un établissement et sa tutelle : aide à la contractualisation (CPOM, CAQES...), préparation des dossiers COPERMO, restructuration sanitaire, regroupement d'activité,
- **suivi et analyse des pratiques** : mesure de l'observance des recommandations de bonnes pratiques émises par les sociétés savantes, sensibilisation des équipes médico-chirurgicales et évaluation de leurs pratiques professionnelles, préparation optimisée des visites de certification des établissements de santé,
- **diffusion publique** et open data : publication de palmarès plus médicalisés,
- **accès à l'information et à la connaissance** des établissements : aide à l'installation de jeunes chirurgiens, contribution à la réflexion sur l'évolution des modes de tarification et de rémunération.

Premiers enseignements issus de VISUCHIR

Le développement de l'activité chirurgicale se concentre de plus en plus sur les plus gros producteurs de chirurgie.

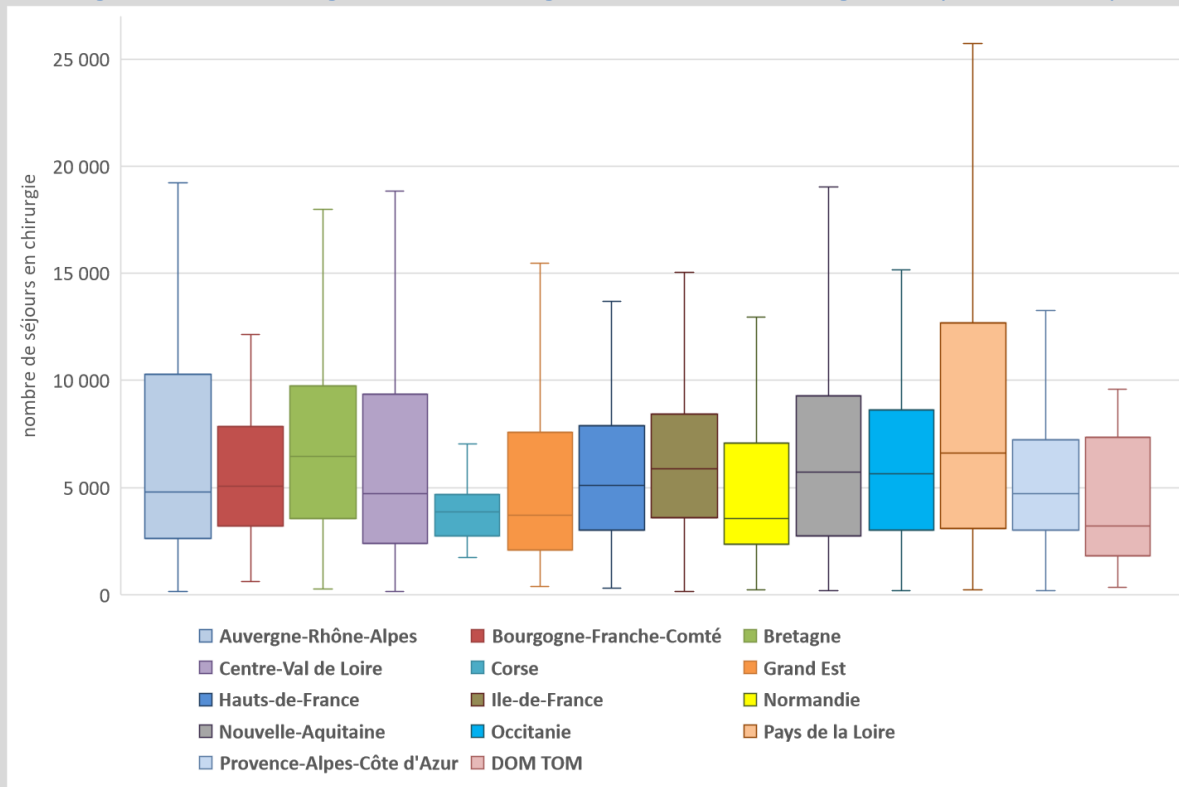
La distribution statistique des 975 sites chirurgicaux français en 2017 montre que la moitié des sites chirurgicaux produisent moins de 5000 séjours annuels, alors que l'autre moitié produit des volumes très importants jusqu'à 30 000 séjours. Ainsi, les 25% de sites chirurgicaux les plus productifs produisent des volumes de chirurgie compris entre 9 000 et 17 000 séjours chirurgicaux annuels par site (51 sites chirurgicaux vont même au-delà jusqu'à 30 000). L'évolution chirurgicale entre 2013 et 2017 montre aussi que le développement de la chirurgie se fait presque exclusivement dans ces 25% de sites les plus productifs. Il apparaît donc qu'un site ayant un volume chirurgical très important (au-delà de 9 000 séjours annuels) devient de plus en plus attractif, alors que celui dont le volume chirurgical est réduit, stagne.

Il existe d'importantes variations d'activité chirurgicale régionales et par catégories juridiques. La région Pays de

Loire est la région française la plus productive en chirurgie.

Il existe d'importantes variations régionales d'activité chirurgicale, certaines régions ayant des établissements beaucoup plus productifs que d'autres (figure 2). Cela ne s'explique pas par un effet « taille » de régions : les sites chirurgicaux les plus productifs se retrouvent autant dans des « petites » régions (autour de 40 à 50 sites chirurgicaux) que dans des « grandes » régions (autour de 90 à 110 sites chirurgicaux). Les 5 régions les plus « productives » (celles dont les 25% de sites chirurgicaux ont les plus importants volumes de chirurgie) sont dans 3 « petites » régions (Pays de Loire, Bretagne, Centre - Val de Loire) et dans 2 « grandes » régions (Nouvelle Aquitaine, Auvergne - Rhône Alpes).

Figure 50 – Distribution régionale des sites chirurgicaux selon leur volume chirurgical total (source VISUCHIR)



La région Pays de Loire apparait la plus caractéristique, puisqu'elle comporte 46 sites chirurgicaux et que ses 25% d'établissements les plus productifs produisent de très gros volumes de chirurgie entre 14 000 et 26 000 séjours chirurgicaux annuels. Cela s'explique probablement par l'effet restructuration sanitaire qui a eu lieu très tôt dans cette région et qui a amené une concentration d'activité chirurgicale autour des 3 villes que sont Nantes, Angers et Le Mans.

Par ailleurs, la plus grande dispersion d'activité chirurgicale apparait dans les Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires (CHRU), qui ont souvent les case-mix les plus larges et la plus faible dispersion dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) qui ont des case-mix étroits. Les 98 sites chirurgicaux des CHRU produisent entre 100 et 29 000 séjours annuels de chirurgie avec une médiane à 9000, alors que les 20 CLCC produisent entre 1500 et 6500 séjours avec une médiane à 3200. Les Centres Hospitaliers sont les sites chirurgicaux qui ont la plus faible activité chirurgicale par site, puisque les trois quarts des 325 sites chirurgicaux produisent moins de 5000 séjours chirurgicaux annuels (soit moins de 20 interventions chirurgicales par jour ouvré).

La performance ambulatoire n'est pas uniformément distribuée.

En se basant sur l'Indicateur de Performance de Chirurgie Ambulatoire²⁷, score composite qui mesure la performance ambulatoire d'un site chirurgical, on constate que les 25% d'établissements les plus performants ont une note de performance entre 30 et 50 points, alors les 75% autres ont une note de performance entre 10 et 30 points. Cette asymétrie de performance ambulatoire augmente entre 2013 et 2017, avec une échelle nationale de la performance ambulatoire étirée par le haut vers les plus performants. Ce sont bien les établissements les plus dynamiques en ambulatoire qui augmentent encore leur performance et il y a peu de phénomène de rattrapage des autres établissements.

Le potentiel de développement ambulatoire national est identifié à 1,38 million de séjour, soit un taux cible potentiel national de 77%, ce qui rend plausible le taux cible ministériel de 70% ambulatoire en 2022.

En appliquant pour chaque site chirurgical et pour chacun de ses actes chirurgicaux, le référentiel national du taux cible ambulatoire, calculé à partir des 20% d'établissements les plus performants en ambulatoire en France, on obtient, à partir des données 2017, un potentiel national de développement ambulatoire de 1,38 million d'actes, soit un taux potentiel ambulatoire national de 77%. Ce taux construit à partir des meilleures pratiques ambulatoires françaises prend bien en compte les conditions d'éligibilité des patients (médicales et psycho-socio-environnementales). Cela montre que l'atteinte du taux cible ambulatoire ministériel de 70% en 2022 est réalisable, dès lors que les établissements modifient profondément leur organisation.

²⁷ Cet indicateur composite est constitué par le volume ambulatoire produit pour 50% de son poids, par l'indice d'organisation relié au case-mix pour 30% de son poids, et par l'innovation ambulatoire pour 20% de son poids.

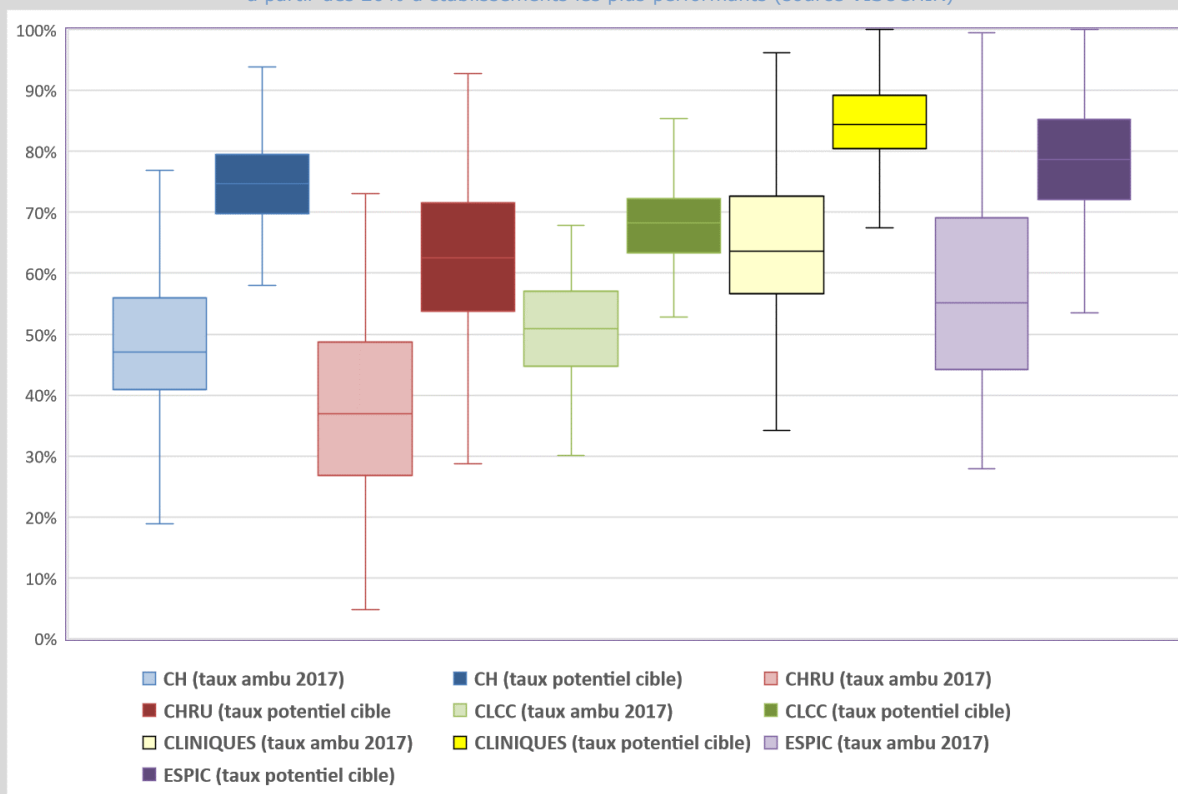
Le potentiel de développement ambulatoire se concentre également sur certaines régions et sur les CHRU.

Les 5 premières régions ayant le plus de potentiel ambulatoire en volume de séjours par site chirurgical sont Pays de Loire, Bretagne, Occitanie, Auvergne Rhône Alpes et Centre Val de Loire. Elles concentrent 37% du potentiel ambulatoire national, ces régions représentant 36% des parts de marché chirurgicales nationales.

Les CHRU sont la catégorie juridique ayant le plus de potentiel ambulatoire en volume de séjours par site chirurgical, avec 18% du potentiel ambulatoire national (les CHRU représentent 15% des parts de marché chirurgicales nationales). Ensuite viennent les cliniques privées, puis les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), les Centres Hospitaliers (CH) et enfin les CLCC. Les CH sont les établissements qui ont le plus grand nombre de sites avec les potentiels de développement ambulatoire les plus faibles : les trois quarts ont un potentiel de développement ambulatoire de moins de 6 interventions chirurgicales transférables en ambulatoire par jour ouvré.

Dans le détail, le taux cible potentiel national de 77% se décline différemment selon les catégories juridiques (figure 3), prenant en compte leur case-mix et confirmant que le taux ministériel national cible de 70% pour 2022 n'est bien entendu pas uniformément déclinable dans tous les établissements de santé :

Figure 51 – Distribution par catégorie juridique des taux ambulatoires 2017 et des taux potentiels ambulatoires cibles calculés à partir des 20% d'établissements les plus performants (source VISUCHIR)



- Alors qu'en 2017, les 325 sites chirurgicaux des CH ont un taux de chirurgie ambulatoire compris entre 19% et 77% (avec une médiane à 47%), ils ont à terme un taux potentiel ambulatoire cible compris entre 58% et 94% (avec une médiane à 75%)
- Alors qu'en 2017, les 98 sites chirurgicaux des CHRU ont un taux de chirurgie ambulatoire compris entre 5% et 73% (avec une médiane à 37%), ils ont à terme un taux potentiel cible compris entre 29% et 93% (avec une médiane à 62%),
- Alors qu'en 2017, les 20 sites chirurgicaux des CLCC ont un taux de chirurgie ambulatoire compris entre 30% et 68% (avec une médiane à 51%), ils ont à terme un taux potentiel cible compris entre 53% et 85% (avec une médiane à 68%),
- Alors qu'en 2017, les 469 sites chirurgicaux des cliniques privées ont en 2017 un taux de chirurgie ambulatoire compris entre 34% et 96% (avec une médiane à 64%), ils ont à terme un taux potentiel cible compris entre 67% et 100% (avec une médiane à 84%),
- Alors qu'en 2017, les 56 sites chirurgicaux des ESPIC ont en 2017 un taux de chirurgie ambulatoire compris entre 27% et 99% (avec une médiane à 55%), ils ont à terme ont un taux potentiel cible compris entre 53% et 100% (avec une médiane à 78%).

3.2. Développer les prises en charge en ville

3.2.1 Poursuivre la montée en charge du programme Prado

Le service d'accompagnement au retour à domicile, Prado, permet d'anticiper et d'accompagner la sortie de l'hôpital et le retour à domicile. Il couvre le champ des sorties précoces de maternité, de la chirurgie et des pathologies chroniques. L'Assurance maladie a confié le soin à un prestataire externe d'évaluer les programmes Prado Chirurgie et Insuffisance cardiaque. Cette évaluation devrait être disponible à l'automne 2019.

Prado est un service proposé aux établissements de santé, aux professionnels de santé libéraux et aux patients. Chacun de ces acteurs est libre d'y participer. Seule l'équipe médicale qui prend en charge le patient peut décider de la date de sortie du patient et de la nécessité d'activer pour lui la mise en place du service Prado. En cas d'inclusion, un Conseiller d'Assurance maladie (CAM) prend contact avec le patient pour lui présenter l'offre. Celui-ci est alors libre d'accepter ou de refuser le service, ses remboursements étant identiques dans les deux cas.

Le service proposé consiste à prendre rendez-vous pour le patient avec les professionnels de santé libéraux dont l'intervention est nécessaire en sortie d'hospitalisation. Si le patient connaît déjà un professionnel libéral (infirmier ou masseur-kinésithérapeute par exemple), celui-ci est appelé en priorité pour vérifier son accord et sa disponibilité. Si tel n'est pas le cas, il est proposé au patient de choisir un professionnel exerçant à proximité de son lieu de résidence sur l'annuaire santé d'ameli pour garantir l'équité de traitement des intervenants libéraux. Selon ses besoins, une offre de portage de repas ou d'aide-ménagère peut également être proposée au patient. La mise en place de Prado part du constat qu'il est souvent difficile pour un patient de s'organiser dès la sortie de l'hospitalisation pour rechercher un professionnel de santé pouvant le prendre en charge. Il s'ensuit dans certains cas un retard dans la reprise des soins lors du retour à domicile, pouvant être préjudiciable au patient. Au-delà, le service s'assure que les rendez-vous ont bien eu lieu et rappelle, le cas échéant, les professionnels concernés pour assurer l'effectivité du démarrage du parcours de sortie d'hospitalisation.

L'accompagnement Prado est en hausse sur tous les volets. 175 373 inclusions ont été enregistrées durant l'année 2018, dont 86 314 accompagnements de sorties précoces de maternité, 69 392 accompagnements de sortie de chirurgie et 19 667 accompagnements de sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (14 865 accompagnements) ou bronchopneumopathie chronique obstructive (4 802 accompagnements). Plus de 360 000 assurées ont également été accompagnées en 2018 dans le cadre d'une sortie standard de maternité.

Les professionnels libéraux ayant accompagné les patients en sortie d'hospitalisation dans le cadre du service Prado sont de plus en plus nombreux, toutes professions confondues. Plus de 90% des sages-femmes libérales, environ 2/3 des cardiologues libéraux, la moitié des pneumologues libéraux et plus d'1/3 des médecins traitants, plus d'1/3 des infirmières libérales et plus d'1/3 des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont accompagné au moins un patient en sortie d'hospitalisation dans le cadre du service Prado durant l'année 2018.

- **En estimant à une moyenne de 220 euros l'optimisation du parcours fournie par l'accompagnement Prado en sortie de chirurgie, une économie se situant à 20 millions d'euros est prévue en atteignant 90 000 inclusions pour le programme Prado Chirurgie en 2020.**

Le Prado Personnes Agées (Prado PA) s'inscrit dans les différentes réflexions et initiatives en cours menées au niveau national pour simplifier et sécuriser les parcours de la personne âgée tout en améliorant la coordination des acteurs autour d'elle. Développer un tel volet populationnel est un acte de protection vis-à-vis d'une population dont l'âge justifie un accompagnement attentionné. Conçu à partir de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), du Collège de Médecine Générale et de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, il accompagne le virage ambulatoire.

La finalité de Prado PA est d'éviter les réhospitalisations et les décès liés à une insuffisance de suivi post-hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus (plus de 9% de la population française). L'âge de la population ciblée a été défini avec la HAS et les sociétés savantes.

L'expérimentation a été lancée par la Cnam en juin 2017 avec 13 Cnam volontaires, en faveur de personnes âgées de 75 ans et plus relevant du régime général : 6 Cnam en territoire Paerpa (Paris, Hautes Pyrénées, Meurthe et Moselle, Nièvre, Indre et Loire, Var) et 7 Cnam hors territoire Paerpa (Alpes Maritimes, Bouches du Rhône, Vaucluse, Manche, Saône et Loire, Gers, Seine et Marne).

Comme pour tous les autres volets Prado, l'équipe médicale hospitalière identifie l'éligibilité du patient et l'éventuel besoin de recourir à un dispositif d'aide au retour à domicile (aide à domicile, portage de repas, aides techniques, etc.). Durant le séjour, le Conseiller de l'Assurance maladie (CAM) organise les conditions de sortie avec l'intéressé, son entourage, les professionnels de santé, les différents services sociaux et les dispositifs d'appui à la coordination s'ils existent localement.

L'accompagnement Prado garantit a minima l'organisation, sur le plan médical, d'une consultation avec le médecin traitant dans les sept jours suivants la date de sortie de l'établissement, ainsi qu'un bilan de soins infirmiers. Sur le plan social, Prado prévoit un entretien évaluatif téléphonique avec la personne dans les 48 heures de la sortie si une aide à domicile doit être mise en place (ou dans les 72 heures pour les autres cas) puis une évaluation globale de sa situation sous un mois. Ces deux actes sont soumis à l'accord de l'intéressé et réalisés par le service social de l'Assurance maladie (hors situations de perte d'autonomie relevant d'une allocation personnalisée d'autonomie gérée par le Conseil départemental).

L'évolution du nombre des adhésions (1 606 au total) a été constante au cours de l'année 2018, bien qu'inégalement réparties entre les différents sites. Elles ont impliqué 44 établissements, 1 067 médecins traitants et 1 018 infirmiers.

22% des situations ont fait l'objet d'une sortie anticipée du dispositif soit à la demande de l'équipe médicale hospitalière ou pour réhospitalisation ou décès survenus avant la fin de la première semaine.

Avec un taux de réhospitalisation à 1 mois de 4 % et un taux de retour à domicile de 78 %, les résultats observés de Prado PA sont plus favorables que ceux généralement retrouvés pour les sorties des patients de cette tranche d'âge (respectivement 18 % et 72 %). La moyenne d'âge est de 86 ans. Plus de la moitié sont des femmes. Le taux de satisfaction des bénéficiaires est de 99%. Plus de la moitié des personnes ont bénéficié d'une aide-ménagère (58%) et 16% d'un portage de repas.

L'accompagnement médical a été majoritairement respecté. L'intervention du CAM pour sécuriser le parcours permet une amélioration de la continuité du parcours de soins, avec une prise de relais par les professionnels de santé de ville dans un délai plus rapide :

- 79 % des patients ont eu une consultation avec leur médecin traitant à la sortie d'hospitalisation (contre 31% généralement observés sous une semaine) ;
- 83 % ont bénéficié d'un bilan de soins infirmiers (BSI/DSI) dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation (contre 60% généralement observés à 1 mois dans la population « générale » des 75 ans et plus) ;
- 45 % ont bénéficié de l'organisation d'une consultation avec un masseur-kinésithérapeute dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation (contre 25% généralement observés à 1 mois chez les 75 ans et plus).

Suite aux résultats positifs de l'expérimentation, Prado PA sera généralisable sur le territoire national d'ici fin 2019. Entre 350 000 et 730 000 personnes de 75 ans et plus relevant du régime général sont susceptibles d'être concernées par ce service de l'Assurance maladie.

3.2.2 Prolonger la mise sous accord préalable des orientations en SSR

La mise sous accord préalable (MSAP) des décisions d'orientation en SSR vise à faire évoluer les pratiques d'orientation dans les établissements qui ont un taux significativement plus élevé que la moyenne régionale. Cette procédure concerne les suites des interventions chirurgicales suivantes : chirurgie de la prothèse du genou, chirurgie de la prothèse de hanche (traumatique et non traumatique), chirurgie de la fracture du trochanter, chirurgie des ligaments croisés du genou.

Il convient de noter que le nombre de refus de prise en charge en SSR après avoir demandé l'accord préalable au Service médical de l'Assurance maladie ne cesse de baisser : de 3,35 % en 2016, il était passé à 2 % en 2017 pour atteindre 1,1% en 2018, traduisant ainsi une pertinence accrue des orientations demandées.

- **Un séjour en SSR a un coût moyen de 5 115 euros alors qu'une prise en charge en ville s'élève en moyenne à 923 euros. La poursuite des procédures de MSAP SSR permettra d'éviter environ 6 500 séjours de SSR, soit une économie se situant à 27 millions euros.**

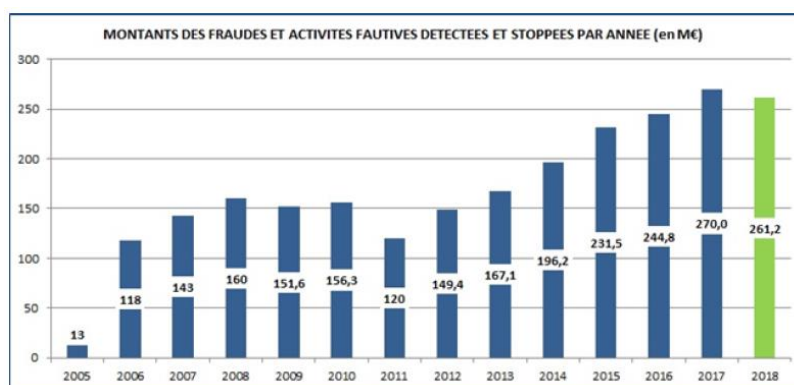
4. Lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital

Eu égard au poids de l'Assurance maladie dans les dépenses publiques, Le paiement à bon droit des prestations et la politique de contrôle et de lutte contre la fraude sont des enjeux fondamentaux.

L'Assurance maladie poursuit et renforce une politique rigoureuse de détection et de sanction à l'égard des comportements de fraude, faute ou abus.

En 2018, elle a détecté et stoppé 261,2 M€ de fraudes et d'activités fautives, plus de 1,2 milliards d'euros depuis 2015 (Figure 52).

Figure 52 : Montants des fraudes et activités fautives détectées et stoppées par année (en million d'euros)



Conformément aux engagements COG 2018-2022, l'Assurance maladie poursuit son action pour inscrire la lutte contre la fraude dans la stratégie globale de gestion du risque où un dispositif gradué d'actions de maîtrise médicalisée et de contrôles vise à mieux prévenir les fautes et les fraudes.

En 2018, l'Assurance maladie a également pris en compte le « droit à l'erreur » issu de la Loi d'août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance (ESSOC), notamment pour l'application des pénalités financières en cas d'activités fautives ou abusives

Ces résultats contribuent aux économies réalisées au titre de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) à hauteur de 242,4 millions d'euros pour 2018 et traduisent la très forte mobilisation du réseau sur ces enjeux autour des axes suivants :

AXE 1 : PROFESSIONNELS DE SANTE, PRESTATAIRES ET FOURNISSEURS

Les actions menées en 2018 ont visé au renforcement des contrôles des professionnels de santé, prestataires et fournisseurs présentant de fortes atypies en matière d'activité ou de facturation, à la recherche de fraudes à l'assurance maladie et ont également portées sur l'accentuation des contrôles LPP dans le cadre du virage ambulatoire. Elles ont aussi permis de contrôler des offreurs de soins répétant des anomalies de facturation d'actes et de prestations (fautes ou abus).

AXE 2 : ETABLISSEMENTS ET CENTRES DE SANTE

Les actions menées en 2018 ont visé à la poursuite des contrôles des établissements de santé publics et privés ainsi que les contrôles des doubles facturations forfait/soins de ville des établissements médico-sociaux.

AXE 3 : PRESTATIONS EN ESPECES

Les actions menées en 2018 ont visé à la poursuite des contrôles des bénéficiaires et des employeurs, au renforcement des moyens de détection des fraudes aux IJ par recoupement d'informations et la mise sous objectif et sous accord préalable (MSO/MSAP) des prescriptions d'arrêt de travail.

AXE 4 : DROITS DE BASE ET COMPLEMENTAIRES

Les actions menées en 2018 ont visé à la mise en œuvre du référentiel de contrôle sur la PUMA et au lancement des contrôles de résidence dans ce cadre, à la poursuite des plans de contrôle annuels sur l'attribution de prestations sous conditions de ressources (CMU-C, ACS) ainsi qu'à expérimenter de nouvelles méthodes d'exploitation ou d'échanges de données.

AXE 5 : NOUVELLES METHODES D'IDENTIFICATION DES FRAUDES POTENTIELLES

Enfin, des expérimentations relatives aux nouvelles méthodes d'exploitation de données technologies datamining et big data sont en cours avec deux projets lancés en 2018 : l'un porte sur le « datamining LPP » avec l'appui d'un prestataire externe et l'autre sur un « big data médicaments » dans le cadre de la convention de partenariat entre la Cnam et l'École polytechnique.

Tableau 11 : Résultats de la lutte contre les fraudes en 2018

Thèmes		Objectifs 2018	Résultats 2018	Taux d'atteinte
RESULTATS AXE 1		39,0	84,9	218%
Professionnels de santé, prestataires et fournisseurs	Renforcement des actions de contrôles des professionnels de santé, prestataires et fournisseurs méga-actifs et/ou avec forte atypies d'activité ou de facturation	25,0	37,0	148%
	Accentuation des contrôles LPP dans le cadre du virage ambulatoire	5,0	3,3	67%
	Contrôles des offreurs de soins répétant des anomalies de facturation d'actes et de prestations	9,0	44,6	495%
RESULTATS AXE 2		28,0	53,4	191%
Etablissements et centres de santé	Poursuite des contrôles réglementaires des facturations des établissements de santé publics et privés (T2A MCO/HAD)	15,0	28,1	187%
	Double facturation forfait soins de ville des établissements médico sociaux (SSIAD / HAD...)	13,0	25,3	195%
RESULTATS AXE 3		8,0	59,2	740%
Prestations en espèces	Renforcement des moyens de détection des fraudes aux IJ pour recoupement d'informations	0,2	0,0	0%
	Mise sous objectif et sous accord préalable (MSO-MSAP) des prescriptions d'arrêts de travail	7,8	59,2	760%
RESULTATS AXE 4		12,9	44,9	348%
Droits de base et complémentaires	Poursuite des contrôles des bénéficiaires et des employeurs	10,0	33,5	335%
	Mise en œuvre du référentiel de contrôle sur la protection maladie universelle : contrôles de résidence	0,2	0,6	303%
	Plan de contrôle annuel sur l'attribution de prestations sous condition de ressources (CMUC ACS, ASI...)	2,7	10,8	399%
RESULTATS AXE 5		0,1	0,0	0 %
Nouvelles méthodes d'identification des fraudes potentielles	Expérimentation de nouvelles méthodes d'exploitation ou d'échanges de données	0,1	0,0	0%
TOTAL		88,0	242,4	275 %

Propositions pour le respect des objectifs de l'ONDAM 2020

Proposition 1 : Lancer une grande mobilisation nationale sur le recours aux antibiotiques.

L'Assurance maladie souhaite apporter son concours à la campagne nationale de communication à venir sur le bon usage des antibiotiques. Elle engagera également tous ses leviers pour mettre en œuvre les mesures de nature à limiter l'antibiorésistance : réalisation des tests rapide d'orientation diagnostique (TROD) angine en pharmacies, accompagnement des prescripteurs, mise à disposition d'informations sur les dispositifs régionaux de conseils en antibiothérapie, promotion des outils numériques d'aide à la prescription et analyse des modalités d'administration des antibiotiques par perfusion à domicile.

Proposition 2 : limiter les durées de prescriptions hospitalières exécutées en ville de pansements à un maximum de 7 jours

pour éviter le gaspillage lié aux prescriptions en double et permettre aux infirmiers de prescrire le type de pansements adapté à l'évolution de la plaie. L'Assurance maladie propose également de lancer une analyse des autres dispositifs susceptibles de faire l'objet de gaspillages pour y mettre fin.

Proposition 3 : mettre en place une campagne d'accompagnement sur la délivrance raisonnée

à destination des prescripteurs et des pharmaciens pour permettre une meilleure information des patients quant aux prescriptions comportant des mentions du type « si besoin » ou « si douleur » et éviter la constitution de stocks chez les patients, potentiellement dangereux.

Proposition 4 : réduire de 20 jours la durée durant laquelle les pharmaciens d'officine peuvent continuer en cas de changement de prix à commercialiser les unités d'une spécialité au prix de vente au public antérieur.

Cette durée serait ainsi abaissée à 30 jours en métropole, 70 jours pour les collectivités d'outre-mer et 100 jours pour Mayotte. Ce délai était justifié précédemment quand il existait une vignette sur les boîtes de médicaments pour le remboursement par l'Assurance maladie. Sa durée peut être réduite du fait notamment des approvisionnements plus fréquents par les répartiteurs.

Proposition 5 : développer un dispositif d'intéressement des prescripteurs libéraux pour qu'ils puissent bénéficier d'un retour direct des économies générées par leur prise en compte des recommandations :

limitation des durées et posologies de traitement par inhibiteurs de la pompe à protons pour éviter les risques iatrogéniques (28 millions d'euros d'économies potentielles), favoriser les initiations de traitement du diabète du type 2 en monothérapie (45 millions d'euros d'économies potentielles), prescriptions de biosimilaires pour permettre de diffuser ces nouveaux traitements au meilleur coût (48 millions d'euros d'économies potentielles).

Proposition 6 : lancer une campagne d'accompagnement des prescripteurs et des assurés sur le bon usage des antalgiques

pour prévenir toute dérive de l'usage de ces produits tel que cela peut être observé aux Etats-Unis sur les opiacés.

Proposition 7 : mettre en place des éléments de cadrage des plateformes de gestion des transports

pour aider les établissements à structurer le circuit approprié à l'organisation des transports de patients, aider les transporteurs à s'insérer dans ces nouvelles organisations et prévoir l'interopérabilité des outils qui se mettent en place.

Proposition 8 : renforcer l'encadrement des publicités invitant à la réalisation d'actes pris en charge par l'Assurance maladie.

Des exemples récents, autour de la promotion du déficit en vitamine D, montrent que ces publicités peuvent avoir un impact certain sur les comptes de l'Assurance maladie. En conséquence, il est proposé de prévoir un visa préalable par l'ANSM, comme c'est déjà le cas pour les médicaments et dispositifs médicaux soumis à prescription médicale ou remboursés, pour toute publicité susceptible d'avoir un impact sur les actes pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Proposition 9 : créer un forfait de prise en charge en ville favorisant l'hémodialyse à domicile

pour répondre aux demandes des patients souhaitant une prise en charge à domicile, faciliter la facturation par le médecin néphrologue et éviter la prise en charge de transports vers des structures.

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

1. L'accès aux soins des personnes en situation de handicap repérables dans le SNDS

Selon l'OMS, le handicap « n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit ». En France, la définition légale du handicap, posée par la Loi de 2005 désigne « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

En 2010, plus d'un milliard de personnes dans le monde vivaient avec un handicap, soit près de 15% de la population mondiale, selon l'OMS (1). Parmi elles, plus de 10% vivaient avec un handicap sévère²⁸ ou affronteraient de très grandes difficultés fonctionnelles. Le handicap concerne des populations de tous âges, notamment environ 5% des enfants âgés de moins de 14 ans.

En France, les enquêtes Handicap, Santé, Ménages (HSM) et Institutions (HSI) réalisées par la DREES et l'INSEE en 2008-2009 ont dénombré entre 660 000 et 6,2 millions de personnes en situation de handicap, selon la définition utilisée²⁹ (2).

1.1. La précarité et l'accès aux soins sont deux problématiques majeures liées au handicap

De nombreuses données documentent le difficile accès aux soins des personnes handicapées. Par exemple, selon l'OMS, une personne handicapée a une probabilité trois fois plus grande de se voir refuser des soins et quatre fois plus grande d'être mal soignée que les autres personnes, alors même qu'elles ont un risque plus important d'avoir des dépenses de santé très élevées avec des conséquences sociales potentiellement majeures.

En France, les enquêtes HSM et HSI ont mis en exergue un différentiel d'accès aux soins pouvant s'expliquer par la situation sociale des personnes, des problèmes d'accessibilité physique aux structures et lieux de soins ou aux transports (3-5). Les rapports de l'IRDES en 2015, qui reprend ces résultats, et de Philippe Denormandie et Marianne Cornu-Pauchet en juillet 2018 (6), ont souligné les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

L'étude Handifaction, réalisée par questionnaire sur internet auprès de personnes volontaires, porte également sur l'accès aux soins des personnes handicapées (7). Les résultats en mars 2019 montrent un taux de refus de soins préoccupant (21% des questionnaires, 30% en Ile de France et jusqu'à 50% en Corse). Ces refus de soins déclarés concernaient des médecins de ville, aussi bien des spécialistes (28% des refus déclarés) que des généralistes (13%), l'hospitalisation à domicile (20%) ou des services d'hospitalisation (hors services des urgences) (16%). Les soins concernés sont variés : soins urgents, soins dentaires, rééducation ou encore soins psychologiques ou psychiatriques. Les répondants déclarent également avoir abandonné leurs soins suite à un refus de soins dans 6,7% des questionnaires recueillis. Enfin, dans 61% des questionnaires, les déclarants ont indiqué avoir besoin d'un(e) accompagnant(e) pour leurs soins, mais parmi eux l'accompagnant(e) n'a pas été accepté(e) dans 37% des cas.

Ce type d'étude, basée sur des données déclaratives, est précieux pour offrir le point de vue des personnes concernées sur l'accès aux soins. Les résultats d'Handifaction renvoient une image préoccupante de l'accès aux soins des personnes handicapées.

²⁸ Équivalent à des déficiences provoquées par des problèmes de santé comme la quadriplégie, la dépression sévère ou la cécité ») ou affronteraient de très grandes difficultés fonctionnelles.

²⁹ L'incapacité à réaliser un acte essentiel de la vie courante, les limitations physiques, les limitations cognitives, la reconnaissance administrative, etc.

Le système national des données de santé³⁰ (SNDS), offre un angle d'analyse complémentaire pour étudier l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, à travers les remboursements de soins dont ces personnes ont bénéficié.

1.2. Les personnes en situation de handicap repérables dans le SNDS

La production de données concernant le handicap à partir des bases médico-administratives disponibles est difficile, pour plusieurs raisons.

En premier lieu, la notion de handicap renvoie à des situations complexes difficiles à mesurer.

Ensuite, si les études basées sur des enquêtes en population permettent de décrire les situations de handicap, les données des bases médico-administratives ne peuvent appréhender ces situations de handicap ou d'incapacité qui font l'objet d'une prise en charge et sont administrativement reconnues. Cela limite de fait la population d'étude en excluant les situations objectives de handicap ou d'incapacité qui ne font pas l'objet d'une telle reconnaissance. Il est a priori difficile d'estimer la représentativité par rapport à l'ensemble des personnes en situation de handicap. A noter, l'absence de données sur la sévérité du handicap incite à la prudence dans l'interprétation, par exemple lorsque sont constatés des écarts en termes d'état de santé ou de niveau de recours aux soins.

Enfin, la reconnaissance du handicap relève du champ de compétence des maisons départementales des personnes handicapées. Si la Loi de janvier 2016 a inscrit ces données dans le champ du SNDS, elles ne sont pas encore aujourd'hui disponibles et chaînées en routine avec les données de consommation de soins. C'est le cas par exemple de l'information relative à l'hébergement d'une personne dans une structure médico-sociale et des éventuels soins qui lui sont prodigués dans ce cadre.

Il est néanmoins possible d'identifier des populations dont on peut affirmer qu'elles sont réellement en situation de handicap. Il s'agit des personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité et/ou d'une allocation aux adultes handicapés (AAH) (cf. Encadré 13). Au sein de cette seconde population, seules les personnes ayant des droits à l'assurance maladie ouverts au titre de l'AAH sont repérables dans le SNDS. Cela concerne ainsi des personnes qui n'ont aucun autre motif d'ouverture de droits, en particulier au titre d'une activité professionnelle. Il s'agit donc par définition de personnes qui n'ont pas d'activité professionnelle³¹. On retrouve ainsi dans le SNDS près de 80% des bénéficiaires de l'AAH en France pour le Régime Général seul et trois quarts d'entre eux tous régimes confondus (1,13 million de personnes en 2017) (8).

Les études et données présentées dans la suite de ce chapitre portent sur ces deux populations repérables dans le SNDS.

³⁰ Le Système National des Données de Santé (SNDS) est une base de données unique qui rassemble les données de l'Assurance maladie (base SNIIRAM) ; les données des hôpitaux (base PMSI) ; les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm).

³¹ En milieu ordinaire (les personnes exerçant une activité professionnelle en milieu protégé – Esat – sont repérables)

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Elle est attribuée par les commissions des droits à l'autonomie (CDAPH) des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), sur des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources et versée par les caisses d'allocations familiales ou les MSA. Le plafond de ressources pour en bénéficier est égal au montant de l'AAH, soit 860 euros par mois en 2019 (807,65€ jusqu'au 31 mars et 808,46€ à compter du 1er avril en 2016, année de l'étude) majoré selon la situation familiale du bénéficiaire : marié ou non, avec enfants à charge ou non.

La pension d'invalidité (PI)

Une maladie ou un accident d'origine non professionnelle peut entraîner une réduction de la capacité de travail. Pour compenser la perte de salaire, des allocations existent pour les salariés du secteur privé comme pour les agents de la fonction publique.

Si un salarié du secteur privé est reconnu invalide par le service médical de l'assurance maladie lorsque sa capacité de travail et de gain est réduite d'au moins 2/3 à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, il peut obtenir le versement d'une pension d'invalidité afin de compenser la perte de salaire. La pension d'invalidité est attribuée à titre provisoire. Celle-ci peut être révisée, suspendue ou supprimée selon l'évolution de la situation de la personne.

Le montant de la pension est calculé en fonction de la catégorie³³ dans laquelle la personne invalide est classée par le médecin conseil de la caisse. Il varie entre 30% (catégorie 1) et 50% (catégories 2 et 3) du salaire moyen, augmenté de la majoration pour tierce personne dans le cas d'une pension d'invalidité de catégorie 3. La pension est versée par la caisse d'assurance maladie.

Encadré 14. Méthodes

La population du régime général a été divisée en 3 groupes : bénéficiaires de l'AAH exclusivement (sans activité professionnelle), bénéficiaires d'une pension d'invalidité (parfois également de l'AAH) et personnes qui ne bénéficiaient ni de l'AAH, ni de la pension d'invalidité dans le SNDS en 2016.

Du fait du faible effectif de bénéficiaires de moins de 20 ans ou de 65 ans et plus dans les deux premiers groupes, l'étude a été restreinte à la population âgée de 20 à 64 ans (soit 94,7% des bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle et 99,9 % des bénéficiaires de PI).

Toutes les pathologies étudiées ont été repérées à partir des données de la Cartographie des pathologies et des dépenses de l'année 2016.

Tout d'abord, les fréquences des pathologies, des motifs d'invalidité et des domaines d'activité des hospitalisations ponctuelles ont été décrites. Les fréquences des pathologies ont ensuite été comparées entre les bénéficiaires d'une AAH (sans activité professionnelle) ou d'une PI et la population sans AAH ni PI, à l'aide de risques relatifs ajustés sur le sexe et l'âge (et leur intervalle de confiance à 95%), estimés en utilisant un modèle de Poisson. Ensuite, les taux de recours aux soins et les dépenses remboursables et restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC après AMO) standardisés sur l'âge et le sexe de la population sans AAH ni PI en 2016 ont été comparés entre ces différents groupes.

Les RAC après AMO pris en compte dans l'étude correspondent aux RAC après AMO « réglementés », c'est-à-dire hors restes à charge liés à la liberté tarifaire (dépassements des tarifs servant de base au remboursement). En d'autres termes, les RAC après AMO pris en compte correspondent principalement aux tickets modérateurs, franchises, participations forfaitaires, forfaits journaliers.

Les analyses ont également été déclinées selon la catégorie d'invalidité (1 à 3).

Enfin, des focus ont été réalisés sur quatre pathologies « traceuses » : les personnes atteintes d'une paraplégie, d'une sclérose en plaques, de troubles psychotiques ou d'une déficience mentale. Pour chaque pathologie traceuse, les bénéficiaires d'une AAH ou d'une pension d'invalidité ont été comparés aux personnes sans AAH ni pension d'invalidité mais atteintes de la pathologie traceuse, vis-à-vis :

- de la fréquence des 16 catégories de pathologies de la Cartographie,
- des taux de recours aux soins en fonction de l'existence constatée de dépenses remboursées de tous les postes soins de ville, hospitalisations et prestations en espèce,
- en particulier, des taux de recours à un ophtalmologiste, à un gynécologue et à différents soins de prévention

³² Les personnes bénéficiaires de rentes pour accident du travail ou maladie professionnelle n'ont pas été incluses dans l'étude en raison de certaines particularités qui auraient compliqué l'analyse (taux de remboursements notamment très différents). C'est pourquoi l'étude s'est concentrée sur les situations de handicap d'origine non professionnelle.

³³ Il existe 3 catégories de pension d'invalidité : catégorie 1 : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ; catégorie 2 : invalides incapables d'exercer une profession quelconque ; catégorie 3 : invalides qui, étant incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

(dépistage du cancer du sein, vaccination antigrippale).

Les fréquences et taux ont été là aussi standardisés sur l'âge et le sexe, car il s'agit de décrire les populations telles qu'elles sont et non de les comparer. Les estimations standardisées (ou ajustées pour les risques relatifs) sont présentées plus loin et permettent des comparaisons entre les différentes populations considérées en tenant compte des différences de structure d'âge et de sexe.

1.3. Une population plus malade marquée par une plus grande précarité

1.3.1 Description des caractéristiques sociodémographiques, administratives et médicales

Préambule: les estimations présentées dans cette section (notamment les fréquences des pathologies) ne sont pas standardisées sur l'âge et le sexe, car il s'agit de décrire les populations telles qu'elles sont et non de les comparer. Les estimations standardisées (ou ajustées pour les risques relatifs) sont présentées plus loin et permettent des comparaisons entre les différentes populations considérées en tenant compte des différences de structure d'âge et de sexe.

Au total, 731 828 bénéficiaires de l'AAH (sans activité professionnelle), 733 599 bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 31,0 millions de personnes ne bénéficiant ni de l'une ni de l'autre ont été incluses dans l'étude. L'âge moyen était de 42 ans dans la population sans AAH ni PI, 46 ans parmi les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle et 53 ans parmi les bénéficiaires d'une PI (Tableau 12). La proportion de femmes était un peu plus faible chez les bénéficiaires de l'AAH (48%) que chez les personnes sans AAH ni PI (54%) et chez les bénéficiaires de la PI (55%).

La proportion de bénéficiaires de la CMU-c, marqueur de précarité sociale du fait des plafonds de ressources conditionnant son octroi, était plus élevée parmi les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle (17%, Figure 53) qu'au sein de la population sans AAH ni PI (9%) et parmi les bénéficiaires de la PI (5%, Figure 54)³⁴. Par ailleurs, si l'on ajoute les bénéficiaires de l'ACS, ce sont 43% des bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle qui ont des revenus suffisamment faibles pour justifier d'une aide financière pour favoriser leur accès aux soins (CMU-c ou ACS).

Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle étaient plus souvent en ALD (75%) que la population sans AAH ni PI (11%), mais également que les bénéficiaires de la PI (66%). En effet, alors que les bénéficiaires de la PI bénéficient déjà d'une prise en charge à 100% de leurs soins au titre de l'invalidité, et ont par conséquent probablement moins besoin d'être pris en charge pour une ALD, les bénéficiaires de l'AAH doivent quant à eux bénéficier de la reconnaissance de leur ALD pour pouvoir être exonérés du ticket modérateur. Cependant, on observe que plus la catégorie de PI est élevée, plus la proportion de personnes en ALD augmente, allant jusqu'à 87% pour la catégorie 3.

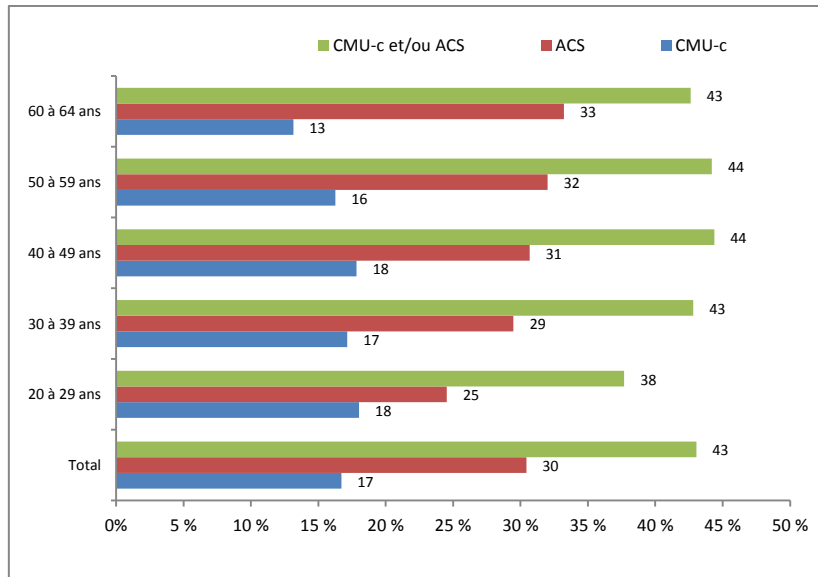
Tableau 12. Caractéristiques des personnes selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016

	sans AAH ni PI N=31,0 millions	AAH N=731 828	Pension d'invalidité			
			Total N=733 599	Catég. 1 N=184 359	Catég. 2 N=533 787	Catég. 3 N=15 453
Age moyen	41,8	45,7	53,3	51,3	54,1	52,4
% femmes	54,1 %	48,2 %	54,6 %	62,7 %	52,2 %	39,0 %
% en ALD*	10,8 %	75,1 %	66,3 %	57,6 %	68,6 %	87,2 %
% avec polyopathie**	2,8 %	29,7 %	29,6 %	19,1 %	32,6 %	49,7 %
dont, % avec 2 ou 3 pathologies**	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,8 %
% décédant dans l'année	0,2 %	1,5 %	1,5 %	0,5 %	1,7 %	6,3 %
% bénéficiant de la CMU-c	9,3 %	16,7 %	5,3 %	4,7 %	5,6 %	3,0 %
% bénéficiant de la ACS	2,8 %	30,4 %	9,9 %	6,4 %	11,2 %	5,7 %
% bénéficiant de la CMU-c et/ou l'ACS	11,3 %	43,0 %	13,9 %	10,1 %	15,4 %	8,2 %
Dans les DROM						
% bénéficiant de la CMU-c	32,2 %	32,5 %	20,3 %	18,5 %	21,1 %	14,0 %
% bénéficiant de la ACS	5,4 %	42,1 %	13,7 %	11,2 %	14,8 %	4,7 %
% bénéficiant de la CMU-c et/ou l'ACS	35,2 %	66,4 %	30,8 %	25,8 %	32,5 %	17,9 %

³⁴ Ce résultat peut sembler paradoxal dans la mesure où le montant de l'AAH (808€/mois en 2016, date de l'étude) est supérieur au seuil de la CMU-c pour une personne seule (721€/mois en 2016). Toutefois, la prise en compte de la composition familiale peut expliquer que des bénéficiaires de l'AAH puissent également bénéficier de la CMU-c (par exemple, pour une famille comprenant 2 personnes dont une sans ressources et une bénéficiant de l'AAH, le plafond de la CMU-c était en 2016 de 1 082€/mois, soit un montant supérieur au montant de l'AAH cette même année).

*ALD30, hors liste ou polyopathologies. ** parmi 37 pathologies de la Cartographie
 Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière
 Source : Cnam (Cartographie – version de juillet 2018)

Figure 53. Bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle - Proportions (%) de bénéficiaires de la CMU-c et/ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS), selon l'âge, en 2016

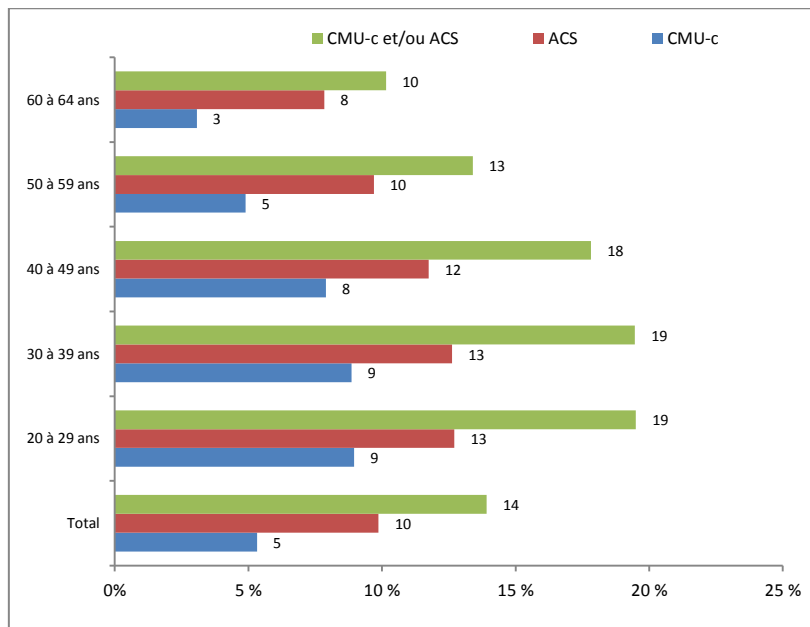


Note : Une même personne peut avoir bénéficié de la CMU-c à un moment de l'année et de l'ACS à un autre moment. Les proportions présentées correspondent aux personnes ayant bénéficié de l'une ou l'autre au moins à un moment durant l'année.

Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière

Source : Cnam (SNDS)

Figure 54. Bénéficiaires d'une pension d'invalidité - Proportion (%) de bénéficiaires de la CMU-c et/ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS), selon l'âge, en 2016



Note : Une même personne peut avoir bénéficié de la CMU-c à un moment de l'année et de l'ACS à un autre moment. Les proportions présentées correspondent aux personnes ayant bénéficié de l'une ou l'autre au moins à un moment durant l'année.

Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière

Source : Cnam (SNDS)

Parmi les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle, les pathologies les plus fréquentes sont, de loin, les maladies psychiatriques (45%, 61% si l'on y ajoute les personnes recevant un traitement psychotrope chronique sans pathologie spécifique retrouvée³⁵) (Tableau 13), en particulier les troubles psychotiques (20%), suivis des troubles névrotiques et de l'humeur (15%, comprenant notamment la dépression) et de la déficience mentale (8%).

Parmi les bénéficiaires d'une PI, les maladies psychiatriques et les traitements psychotropes chroniques sont également les plus fréquents (26% chacun). Cependant, les pathologies psychiatriques diffèrent de ceux des bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle, les plus fréquentes étant les troubles névrotiques et de l'humeur (19,1%). D'autres pathologies sont également fréquentes : les maladies cardio-neurovasculaires (18%), le diabète (14%), les cancers (13%) et les maladies respiratoires chroniques (13%). Les pathologies des bénéficiaires d'une PI varient également selon la catégorie de PI. En particulier, les personnes de la catégorie 3 (ayant besoin d'une aide d'une tierce personne) ont fréquemment une maladie neurologique ou dégénérative (57%) - notamment une paraplégie ou tétraplégie (30%) ou une sclérose en plaques (15%) -, ou une maladie cardio-neurovasculaire (31%) - notamment des séquelles d'accident vasculaire cérébral (21%). Ces pathologies ne correspondent pas nécessairement à la cause médicale ayant initialement justifié la PI. Parmi ces causes médicales, on retrouve cependant également de fréquentes pathologies psychiatriques (31% de l'ensemble des bénéficiaires d'une PI), et, pour la catégorie 3 d'invalidité, des maladies neurologiques (50% des invalides de catégorie 3) (Figure 55).

Les proportions n'étant pas standardisées, ces différences peuvent être liées, au moins en partie, à des différences de structure d'âge et de sexe entre les groupes (pour les comparaisons, voir page 97).

Tableau 13. Proportions non standardisées des grandes catégories de pathologies selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016

	sans AAH ni PI	AAH	Pension d'invalidité			
			Total	Catég. 1	Catég. 2	Catég. 3
	N=31,0 millions	N=731 828	N=733 599	N=184 359	N=533 787	N=15 453
Mal. cardio-neurovasculaires	2,8 %	10,8 %	17,9 %	12,8 %	19,2 %	30,9 %
Trait. du risque vasculaire (hors patho.)	9,9 %	13,4 %	21,8 %	20,4 %	22,6 %	13,9 %
Diabète	3,5 %	10,9 %	14,2 %	9,5 %	15,8 %	13,3 %
Cancers	2,5 %	6,4 %	12,7 %	12,4 %	12,9 %	10,2 %
Mal. psychiatriques	2,5 %	44,8 %	26,5 %	18,1 %	29,6 %	21,6 %
Trait. psychotropes (hors patho.)	7,5 %	16,1 %	26,4 %	25,2 %	26,6 %	33,2 %
Mal. neurologiques ou dégénératives	0,8 %	13,5 %	9,0 %	6,8 %	8,4 %	56,6 %
Mal. respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3,8 %	11,1 %	13,1 %	9,4 %	14,3 %	14,6 %
Mal. inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1,7 %	6,0 %	8,9 %	9,7 %	8,7 %	6,2 %
Insuffisance rénale chronique terminale	0,1 %	1,3 %	1,3 %	1,0 %	1,3 %	1,3 %
Mal. du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	0,8 %	4,3 %	4,5 %	2,9 %	5,1 %	4,0 %
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1,4 %	11,7 %	9,2 %	7,9 %	9,5 %	14,9 %

Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

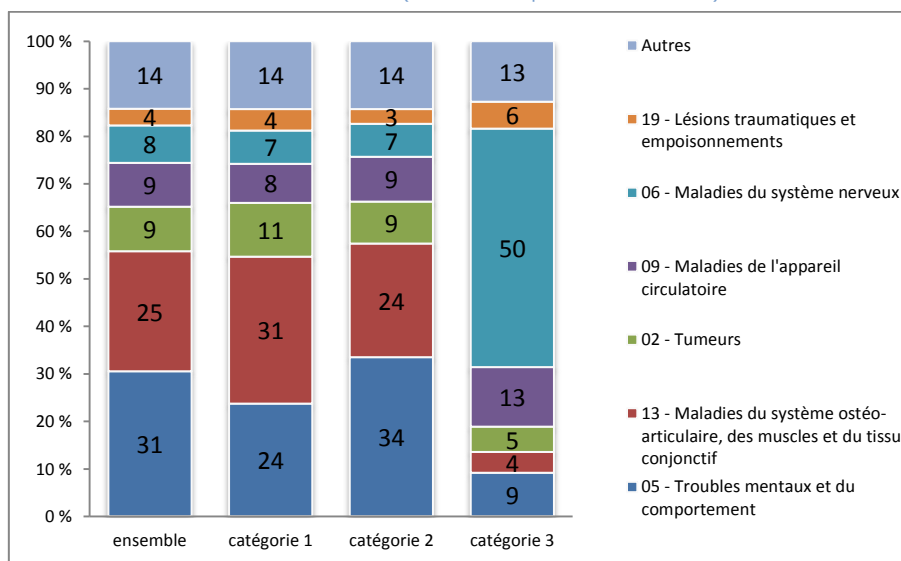
³⁵ Pas d'hospitalisation ou d'ALD pour maladie psychiatrique

Tableau 14. Fréquences non standardisées de certaines pathologies selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016

	sans AAH ni PI N=31,0 millions	AAH N=731 828	Pension d'invalidité			
			Total N=733 599	Catég. 1 N=184 359	Catég. 2 N=533 787	Catég. 3 N=15 453
Maladie coronaire chronique	1,1%	3,2%	7,3%	5,3%	8,1%	5,5%
Accident vasculaire cérébral aigu	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,7%
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	0,4%	3,4%	4,5%	3,0%	4,6%	20,8%
Insuffisance cardiaque chronique	0,2%	1,3%	1,8%	1,0%	2,1%	2,1%
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	0,4%	1,8%	3,4%	1,8%	3,9%	3,7%
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	0,6%	1,8%	3,0%	2,0%	3,3%	3,8%
Maladie valvulaire	0,2%	0,7%	1,2%	1,0%	1,3%	0,8%
Autres affections cardiovasculaires	0,2%	1,0%	1,5%	1,3%	1,6%	1,3%
Cancer du sein de la femme actif	0,5%	1,4%	2,2%	1,9%	2,3%	2,6%
Cancer du poumon actif	0,1%	0,4%	0,6%	0,3%	0,7%	0,8%
Autres cancers actifs	0,6%	1,9%	2,9%	2,0%	3,2%	3,7%
Troubles psychotiques	0,4%	20,5%	5,9%	3,5%	6,8%	3,2%
Troubles névrotiques et de l'humeur	1,6%	15,2%	19,1%	13,3%	21,2%	15,5%
Déficience mentale	0,1%	8,1%	0,4%	0,3%	0,4%	0,7%
Troubles addictifs	0,6%	5,8%	3,6%	2,1%	4,2%	2,2%
Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance	0,0%	2,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Autres troubles psychiatriques	0,5%	9,1%	5,2%	3,1%	6,0%	3,7%
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies)	4,5%	7,3%	16,2%	16,2%	16,1%	21,4%
Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	0,3%	3,5%	2,2%	1,6%	2,4%	4,4%
Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	4,1%	10,1%	15,2%	13,8%	15,7%	17,3%
Traitements hypnotiques (hors pathologies)	1,7%	4,3%	8,1%	6,8%	8,6%	9,0%
Démences (dont maladie d'Alzheimer)	0,0%	0,8%	0,5%	0,1%	0,5%	5,9%
Maladie de Parkinson	0,1%	0,4%	0,8%	0,5%	0,9%	3,2%
Sclérose en plaque	0,2%	1,0%	2,6%	2,7%	2,3%	14,6%
Paraplégie ou tétraplégie	0,1%	2,4%	1,7%	0,7%	1,2%	30,0%
Myopathie ou myasthénie	0,0%	0,8%	0,6%	0,5%	0,5%	3,0%
Epilepsie	0,3%	5,5%	2,3%	1,6%	2,3%	7,4%
Autres affections neurologiques	0,1%	4,2%	1,6%	1,2%	1,5%	8,7%
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3,8%	11,1%	13,1%	9,4%	14,3%	14,6%
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	0,8%	4,3%	4,5%	2,9%	5,1%	4,0%
Autres affections de longue durée	1,4%	11,7%	9,2%	7,9%	9,5%	14,9%
Maladies inflammatoires chroniques intestinales	0,5%	0,8%	1,5%	1,9%	1,4%	0,8%
Polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées	0,3%	0,9%	2,2%	2,3%	2,3%	1,2%
Spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées	0,3%	0,8%	2,5%	2,9%	2,4%	1,2%

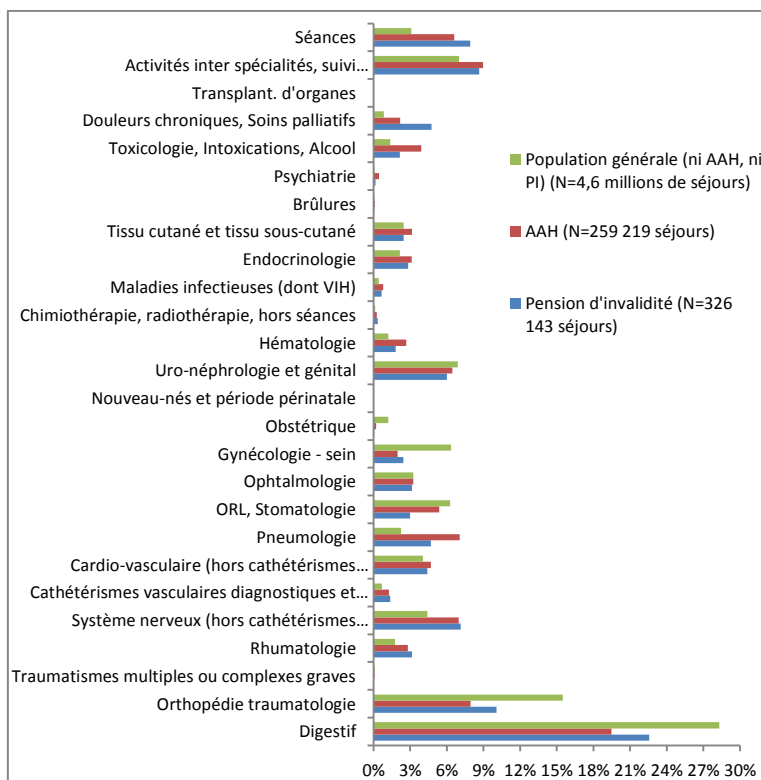
Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Figure 55. Bénéficiaires d'une pension d'invalidité - Répartition de la population (au global et selon la catégorie d'invalidité) par cause médicale de l'invalidité (selon les chapitres de la CIM-10) en 2016



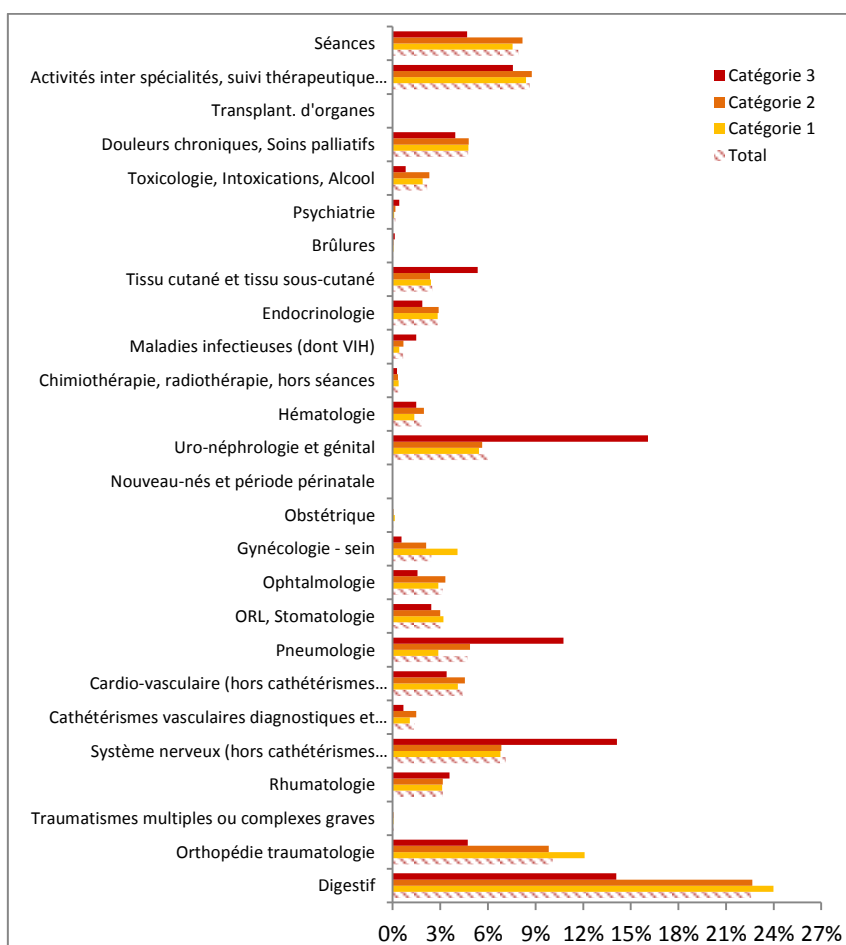
Les hospitalisations ponctuelles sont des hospitalisations en MCO dont le motif n'est pas en rapport avec une pathologie, un traitement chronique ou un épisode de soins identifiés par les algorithmes médicaux de la Cartographie³⁶. Pour les bénéficiaires de l'AAH comme pour les bénéficiaires d'une PI, les hospitalisations ponctuelles les plus fréquentes sont dans les domaines d'activité digestif (19% et 23% respectivement) et orthopédie-traumatologie (8% et 10%) (Figure 56). Par ailleurs, les domaines d'activité diffèrent selon la catégorie d'invalidité (Figure 57). En particulier, pour la catégorie 3, de nombreux séjours sont liés aux domaines « uro-néphrologie et génital » (probablement des infections sur sondes urinaires), « pneumologie » (probablement des pneumopathies infectieuses liées à des troubles de déglutition chez des personnes ayant une pathologie neurologique) et « système nerveux ».

Figure 56. Hospitalisations ponctuelles - Domaines d'activité, selon le statut du handicap, en 2016 (proportions non standardisées)



³⁶ Voir aussi la section consacrée aux hospitalisations ponctuelles dans la Cartographie (page 39) pour les résultats sur l'ensemble de la population et non seulement les 20-64 ans

Figure 57. Hospitalisations ponctuelles - Domaines d'activité, selon la catégorie de pension d'invalidité en 2016 (proportions non standardisées)



Champ : régime général / SLM - 20-64 ans - France entière
 Source : PMSI MCO 2016

1.3.2 Comparaison des fréquences des pathologies par rapport à celles dans la population sans AAH ni PI : proportions standardisées et risques relatifs ajustés

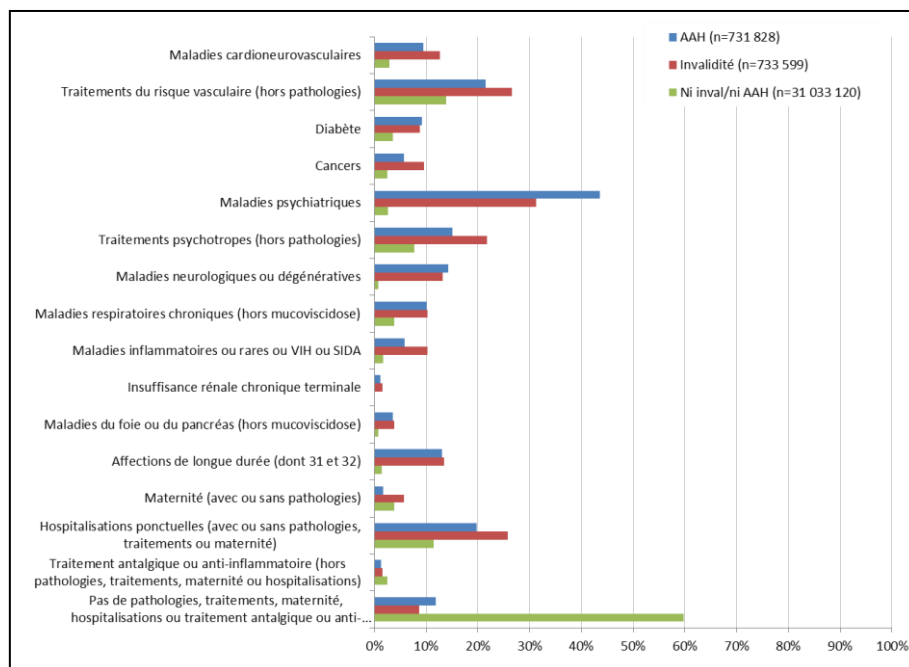
L'analyse des proportions standardisées (Figure 58) et des risques relatifs ajustés (Figure 59) sur l'âge et le sexe des grandes catégories de pathologies met en évidence des profils de pathologies globalement similaires à ceux provenant des analyses sans standardisation ou ajustement : les fréquences des pathologies sont logiquement plus importantes parmi les bénéficiaires de l'AAH et de la PI (quelle que soit la catégorie considérée), en particulier celle des pathologies psychiatriques (Figure 60). Les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires restent plus fréquents chez les bénéficiaires de la PI que chez les bénéficiaires de l'AAH après standardisation. En revanche, les maladies neurologiques ou dégénératives semblent à peu près aussi fréquentes chez les bénéficiaires de l'AAH ou de la PI, alors qu'elles étaient plus fréquentes dans le groupe PI en l'absence de standardisation.

La Figure 61 montre qu'au sein de la catégorie « maladies neurologiques et dégénératives », les pathologies les plus fréquentes varient d'un groupe à l'autre, et selon la catégorie de PI. En particulier, les risques relatifs ajustés (RRa) sont très élevés dans la catégorie 3 de PI (et dans une moindre mesure pour les bénéficiaires de l'AAH) pour les démences (dont maladie d'Alzheimer), la paraplégie ou tétraplégie, la myopathie ou myasthénie et le groupe des autres pathologies neurologiques. Pour la sclérose en plaques le RRA est le moins élevé dans le groupe AAH, et pour la maladie de Parkinson, il est situé entre les RRa des catégories 1 et 2.

De même, le diabète est plus fréquent chez les bénéficiaires de l'AAH ou de la PI que parmi les personnes sans AAH ni PI, mais les RRa sont du même ordre de grandeur (Figure 59).

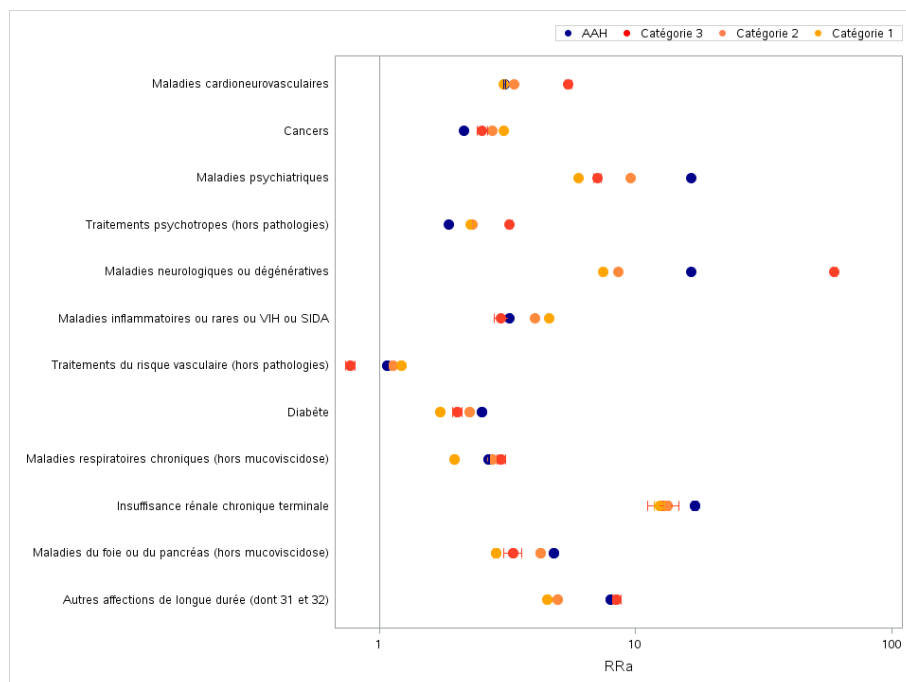
Des valeurs de risque relatif aussi élevées sont rarement rencontrées et témoignent principalement d'un lien direct entre la pathologie considérée et la ou les causes du handicap. Elles peuvent aussi marquer l'existence de pathologies qui viennent compliquer ou accompagner le handicap sans en être la cause directe. S'il n'est pas possible dans cette étude de faire la part entre ces deux explications, ces résultats montrent tout de même les besoins en soins importants de ces personnes, que les pathologies soient liées ou non au handicap.

Figure 58. Grandes catégories de pathologies - Fréquences (standardisées) selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016



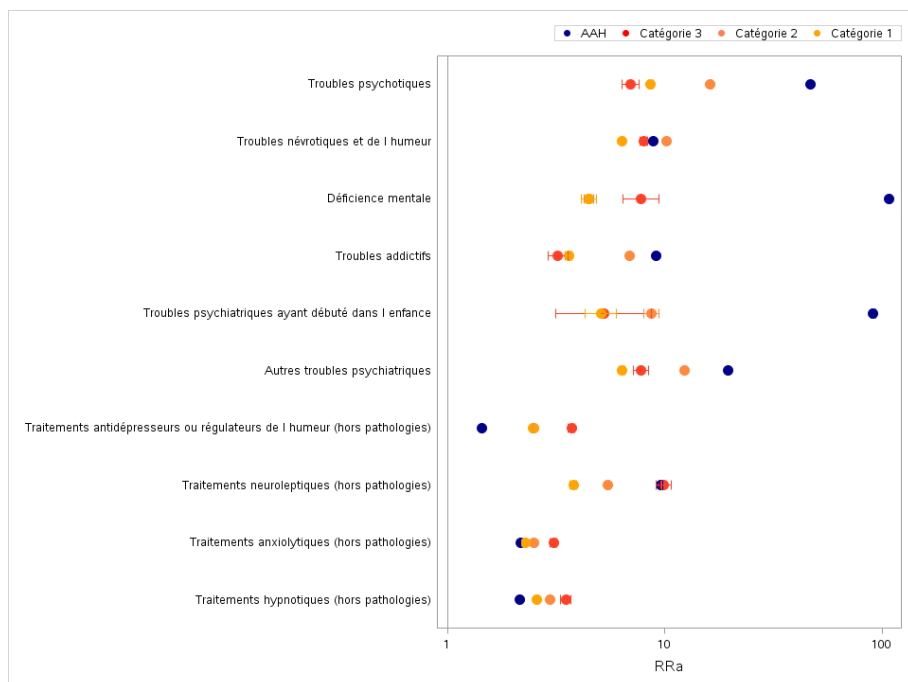
Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)
 Note : standardisation en utilisant la structure d'âge et de sexe du groupe « ni pension d'invalidité, ni AAH »

Figure 59. Grandes catégories de pathologies - Risques relatifs, ajustés sur l'âge et le sexe, selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016



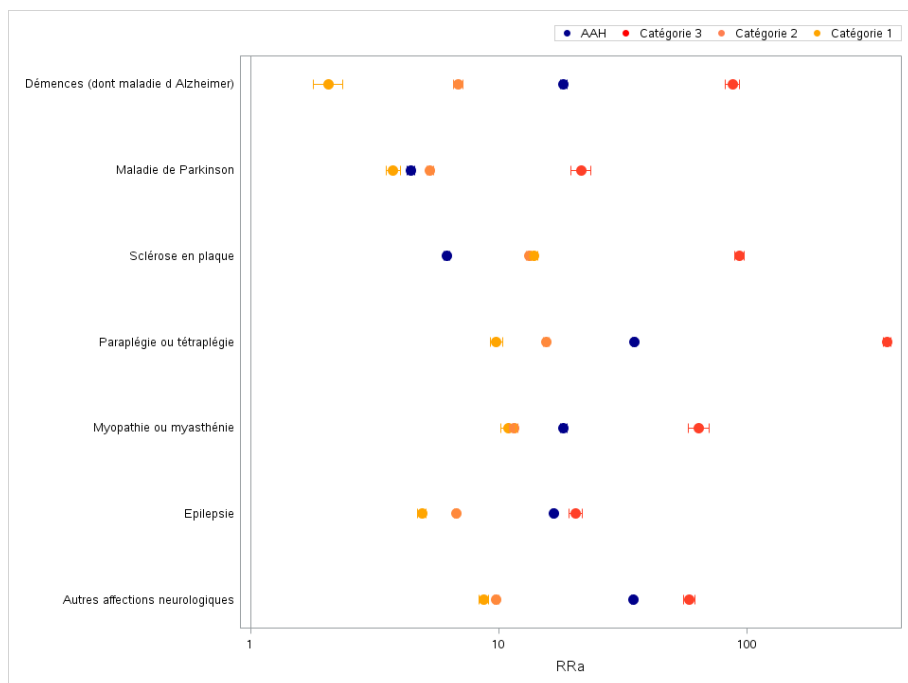
Note de lecture : un risque relatif ajusté (RRa) de 3 signifie que la pathologie est 3 fois plus fréquente dans la population considérée que dans la population sans AAH ni PI, « à âge et sexe comparable ».
 Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Figure 60. Pathologies psychiatriques - Risques relatifs, ajustés sur l'âge et le sexe, selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016



Note de lecture : un risque relatif ajusté (RRa) de 3 signifie que la pathologie est 3 fois plus fréquente dans la population considérée que dans la population sans AAH ni PI, « à âge et sexe comparable ».
 Champ : régime général / SLM - 20-64 ans - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2018)

Figure 61. Pathologies neurologiques et dégénératives - Risques relatifs, ajustés sur l'âge et le sexe, selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016



Note de lecture : un risque relatif ajusté (RRa) de 3 signifie que la pathologie est 3 fois plus fréquente dans la population considérée que dans la population sans AAH ni PI, « à âge et sexe comparable ».
 Champ : régime général / SLM - 20-64 ans - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2018)

1.3.3 Taux de recours aux soins

La comparaison des taux standardisés de recours aux soins (Figure 62) entre les différentes populations considérées dans l'étude permet notamment de mettre en évidence plusieurs constats.

Premièrement, si les bénéficiaires de pensions d'invalidité ont quasi-systématiquement des taux de recours aux soins supérieurs à ceux de la population RG (ni AAH, ni invalides), et ce quels que soient les postes considérés, ce n'est pas le cas des bénéficiaires de l'AAH. Ces derniers ont en effet des taux de recours aux soins de spécialistes (62%) et aux soins dentaires (36%) inférieurs à ceux des bénéficiaires de pension d'invalidité (respectivement 76% et 46%) mais aussi à ceux de la population RG (respectivement 68% et 45%).

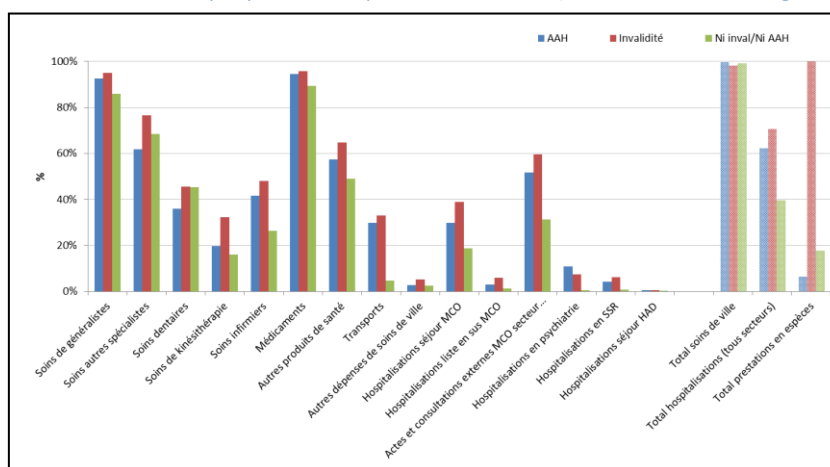
De plus, les bénéficiaires de l'AAH ont des taux de recours aux soins presque toujours inférieurs à ceux des bénéficiaires de pensions d'invalidité, avec des écarts parfois très marqués, non seulement pour les soins dentaires et les soins de spécialistes (cf. supra), mais aussi pour les soins de kinésithérapie (20% pour AAH versus 32% pour invalidité), les soins infirmiers (42% versus 48% respectivement), les autres produits de santé³⁷ (57% versus 65%) et l'hôpital (62% versus 71%).

Si les bénéficiaires de pension d'invalidité de catégories 1 et 2 ont des profils de recours aux soins assez semblables, ce n'est pas le cas des personnes de la catégorie 3 (Tableau 15). Pour ces derniers, le taux de recours est plus faible pour les soins de spécialistes (61% versus 79% pour les catégories 1 et 76% pour les catégories 2) et les soins dentaires (36% versus 47% et 45% respectivement). Leurs taux de recours pour ces deux postes sont semblables à ceux des bénéficiaires de l'AAH. À l'inverse, les personnes invalides de catégorie 3 ont des taux de recours plus importants que les autres groupes pour les postes suivants : autres produits de santé, soins infirmiers ou soins de kinésithérapie.

Ces résultats peuvent surprendre, car, comme cela a été précisé plus haut, (cf. « 1.3 Une population plus malade marquée par une plus grande précarité », page 92), l'état de santé des bénéficiaires de l'AAH et des personnes invalides de catégorie 3 a tendance à être plus dégradé que celui des personnes invalides de catégorie 1 ou 2 et encore plus dégradé par rapport à celui du reste de la population. On pourrait donc s'attendre à des taux de recours des personnes en AAH et invalides de catégorie 3 plus élevés. Les taux de recours plus faibles parmi les bénéficiaires de l'AAH peuvent peut-être aussi traduire le fait que certains vivent en établissements médico-sociaux, médicalisés, dans lesquels une part des soins est éventuellement financée sur le budget de ces établissements. Les remboursements n'apparaissent alors pas dans les systèmes d'information de l'assurance maladie. Les taux de recours correspondant à ces soins sont donc probablement sous-estimés dans le SNDS pour les patients en situation de handicap accompagnés en structures médico-sociales.

Cependant, les moindres recours aux soins dentaires et aux soins de spécialistes ne peuvent être expliqués par les limites du système d'information. Ils sont probablement le signe de difficultés d'accès à ces soins.

Figure 62. Taux de recours par postes de dépenses remboursées, standardisation sur l'âge et le sexe



³⁷ Correspondant aux dispositifs médicaux

1.4. Focus sur la sclérose en plaques, les troubles psychotiques et la déficience mentale

Encadré 15 : Principaux résultats de la Cartographie (version G6) pour les trois pathologies traceuses pour 2017 (tous âges)

Sclérose en plaques

- 98 000 personnes en 2017, prévalence de 0,17%, plus élevée chez les femmes
- Augmentation régulière des effectifs (+2,9%/an en moyenne entre 2012 et 2017)
- La dépense totale est d'1,1 Mds€. Elle a fortement augmenté (+39% entre 2012 et 2017), avec comme principal poste les médicaments
- La dépense moyenne (11 500€/patient/an) qui augmente de façon soutenue (+3,8%/an en moyenne), essentiellement sur le poste médicaments (+58%) ; une baisse sur les hospitalisations en MCO (-32% sur les séjours et -12% sur la liste en sus)

Troubles psychotiques

- 430 100 personnes en 2017, prévalence de 0,75%, plus fréquents chez les hommes avant 55 ans puis chez les femmes aux âges plus avancés
- Augmentation de l'effectif (+1,8%/an en moyenne entre 2012 et 2017)
- Dépense totale de 4,4 Mds€, principalement liée aux « autres hospitalisations » (psychiatrie/SSR/HAD, probablement en psychiatrie plus spécifiquement)
- Dépense moyenne de 9 923€/patient/an en 2017, dont 77% pour les « autres hospitalisations » (stable depuis 2012). Hausse surtout en 2013 (+3,9%), en particulier sur les « autres hospitalisations », puis stabilisation jusqu'en 2017.

Déficience mentale

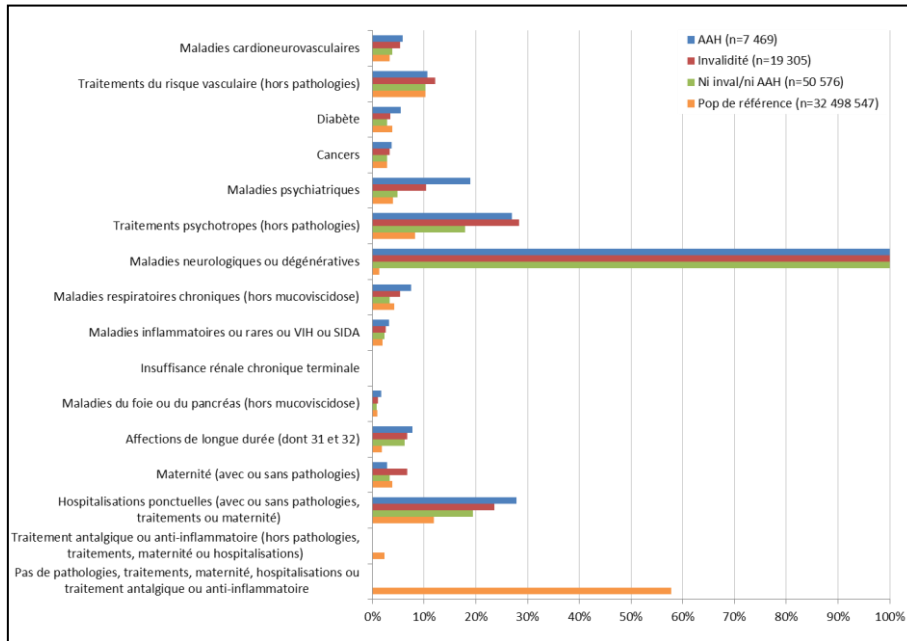
- 126 900 personnes, prévalence de 0,22%, plus fréquent chez les hommes et avant 65 ans
- Dépense totale de 568 M€, qui a augmenté en 2013 et 2016
- - Dépense moyenne de 4 478€/patient/an en 2017, qui a augmenté en 2013 (+3,6%) et 2014 (+2,0%), puis est restée stable. 68% de la dépense pour les « autres hospitalisations » (psychiatrie/SSR/HAD, probablement en psychiatrie plus spécifiquement)

1.4.1 Patients atteints de sclérose en plaques

Par rapport à la population de référence et aux personnes ayant une sclérose en plaque sans AAH ni PI, les personnes bénéficiant de l'AAH ou d'une PI avaient plus fréquemment une maladie psychiatrique (en particulier les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle) ou un traitement psychotrope (Figure 63).

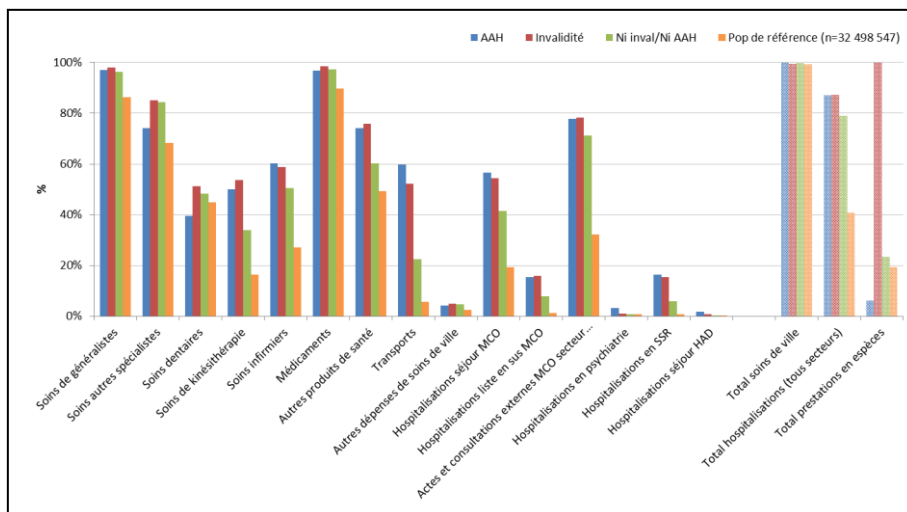
Les personnes atteintes de sclérose en plaques avaient davantage recours aux médecins généralistes ou spécialistes, aux kinésithérapeutes, aux infirmiers, aux dispositifs médicaux (« autres produits de santé ») et aux soins hospitaliers (Figure 64). Comme pour les patients paraplégiques, ceux qui bénéficiaient de l'AAH (sans activité professionnelle) avaient moins fréquemment recours aux médecins spécialistes et aux soins dentaires, comparés aux autres patients atteints de sclérose en plaques.

Figure 63. Patients atteints de sclérose en plaques- Fréquence des pathologies chroniques (standardisation sur l'âge et le sexe)



Champ : régime général / SLM - 20-64 ans - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2018)

Figure 64. Patients atteints de sclérose en plaques- Taux de recours par postes de dépenses remboursée (standardisation sur l'âge et le sexe)

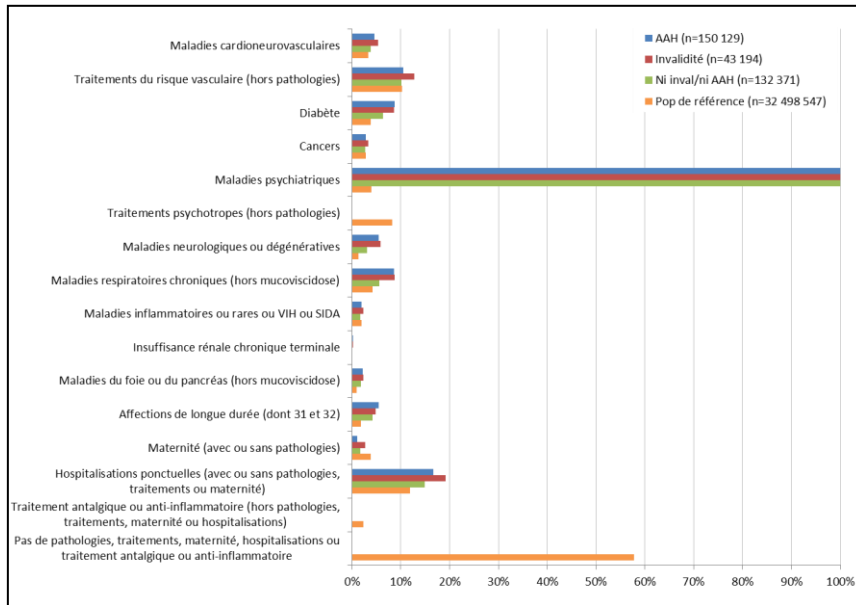


Champ : régime général / SLM - 20-64 ans - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2018)

1.4.2 Patients atteints de troubles psychotiques

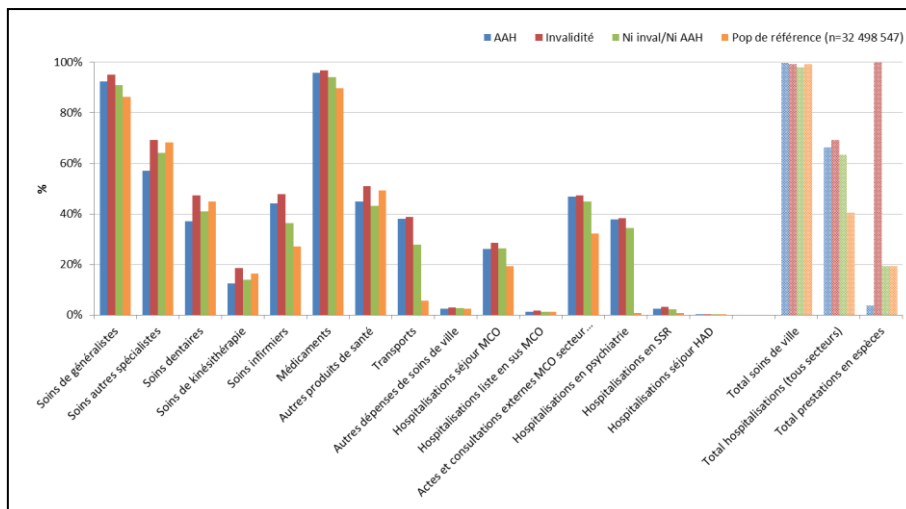
Les patients atteints d'un trouble psychotique et bénéficiant de l'AAH ou d'une PI avaient plus souvent un diabète, une maladie neurologique ou une maladie respiratoire chronique que les patients sans AAH ni PI et que la population de référence de la Cartographie (Figure 65). Comme attendu, les hospitalisations en psychiatrie étaient plus fréquentes chez ces patients que dans la population de référence (Figure 66). Les patients ayant un trouble psychotique et percevant l'AAH avaient moins souvent recours à un spécialiste ou à des soins dentaires.

Figure 65. Patients atteints de troubles psychotiques - Fréquence des pathologies chroniques (standardisation sur l'âge et le sexe)



Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Figure 66. Patients atteints de troubles psychotiques - Taux de recours par postes de dépenses remboursées (standardisation sur l'âge et le sexe)



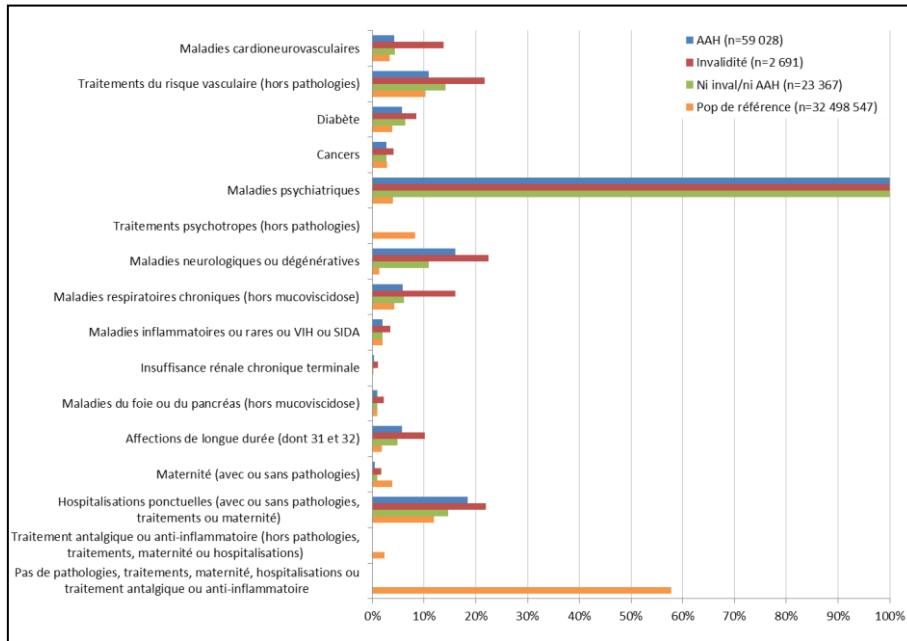
Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

1.4.3 Patients atteints d'une déficience mentale

Les patients atteints d'une déficience mentale avaient plus fréquemment une maladie neurologique que la population de référence (Figure 67). Les bénéficiaires de la PI, plus spécifiquement, avaient plus fréquemment une maladie cardio-neurovasculaire, neurologique ou respiratoire chronique, et de manière moins marquée, un diabète ou un cancer.

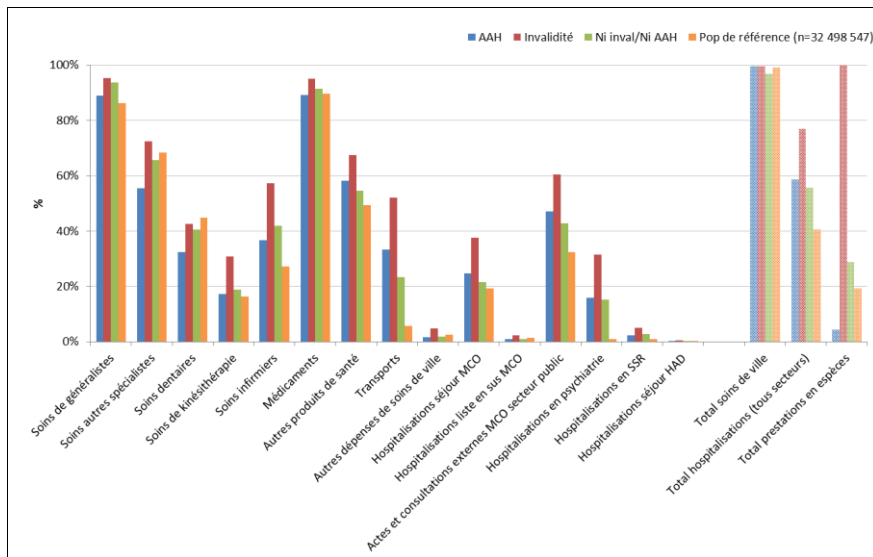
Les patients atteints de déficience mentale avaient plus recours aux médecins généralistes, aux infirmiers, et aux hospitalisations en particulier en psychiatrie (Figure 68). Comparés aux autres patients ayant une déficience mentale, les bénéficiaires de la PI avaient plus de recours à presque tous les soins. Les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle avaient quant à eux, là encore, moins recours aux spécialistes et aux dentistes que les autres patients.

Figure 67. Patients atteints de déficience mentale - Fréquence des pathologies chroniques (standardisation sur l'âge et le sexe)



Champ : régime général / SLM - 20-64 ans - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2018)

Figure 68. Patients atteints de déficience mentale- Taux de recours par postes de dépenses remboursées (standardisation sur l'âge et le sexe)

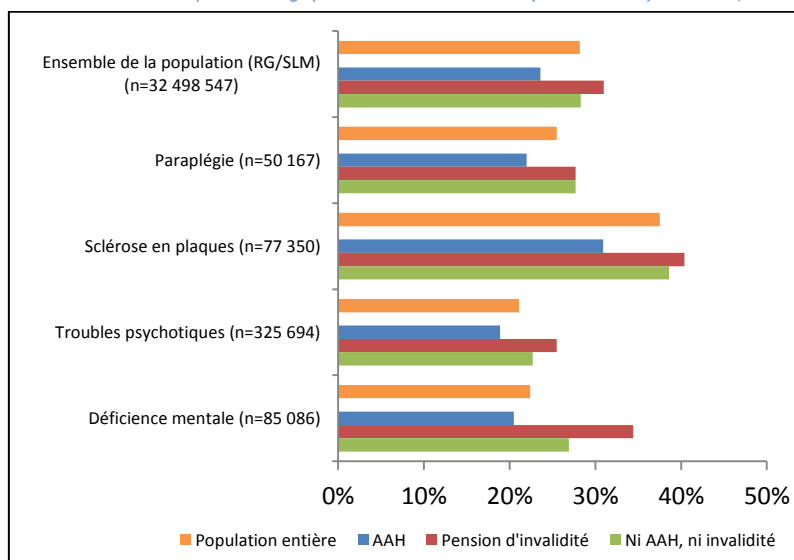


Champ : régime général / SLM - 20-64 ans - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2018)

1.5. Le recours aux soins de spécialistes

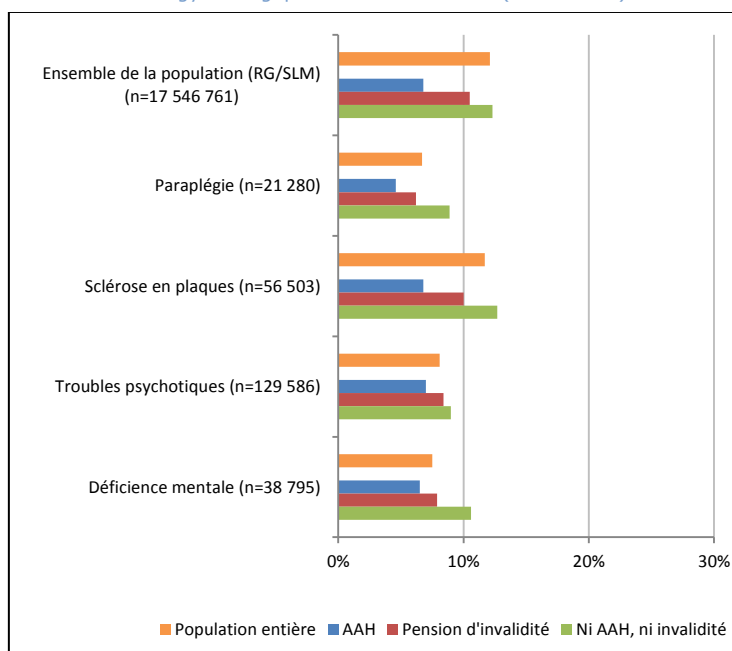
Quelle que soit la pathologie traceuse, les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle avaient moins recours aux soins ophtalmologiques (Figure 69) ou gynécologiques (Figure 70) que les autres patients ayant la même pathologie. Les bénéficiaires de la PI se rapprochent de la population sans AAH ni PI, sauf pour la déficience mentale où la proportion de recours aux soins ophtalmologiques était plus élevée.

Figure 69. Recours à des soins ophtalmologiques – taux de recours (standardisé) en 2016, selon la pathologie



Note : standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population ayant la même pathologie mais n'étant bénéficiaire ni de l'AAH ni de la PI
 Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière
 Source : Cnam (SNDS)

Figure 70. Recours à des soins gynécologiques - Taux de recours (standardisé) en 2016 chez les femmes



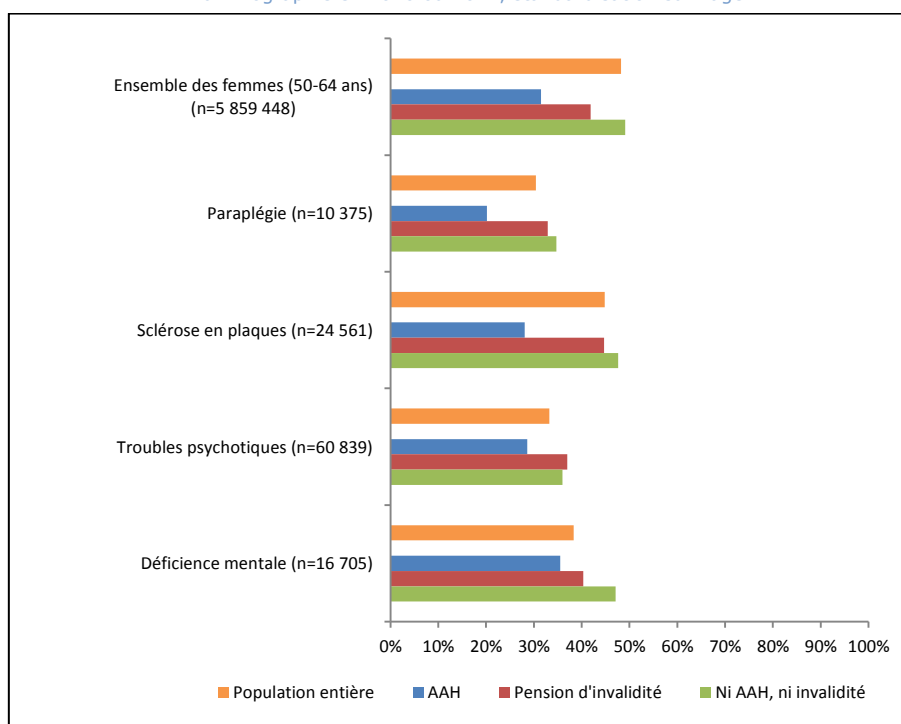
Note : standardisation sur la structure d'âge de la population des femmes ayant la même pathologie mais n'étant bénéficiaire ni de l'AAH ni de la PI
 Champ : régime général / SLM – Femmes de 20-64 ans – France entière
 Source : Cnam (SNDS)

1.6. Recours aux soins de prévention

1.6.1 Dépistage du cancer du sein

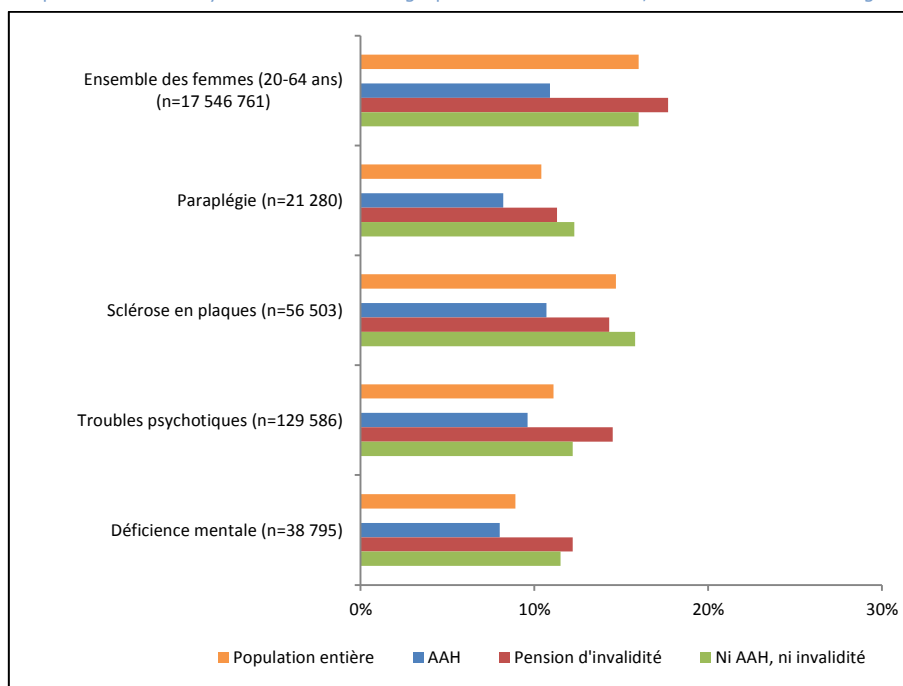
Les personnes bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle avaient moins recours au dépistage organisé ou individuel avec facteurs de risque que les autres personnes handicapées (Figure 71). Un résultat similaire était observé mais de manière moins marquée pour le dépistage individuel sans facteur de risque (Figure 72).

Figure 71. Dépistage organisé ou individuel sur facteur de risque (femmes de 50-64 ans) : part des femmes ayant eu une mammographie en 2016 ou 2017, standardisation sur l'âge



Champ : régime général / SLM - Femmes de 50-64 ans - France entière
Source : Cnam (SNDS)

Figure 72. Dépistage individuel sans facteur de risque ou mammographie de suivi ou de diagnostic (femmes de 20-64 ans) : part de femmes ayant eu une mammographie en 2016 ou 2017, standardisation sur l'âge

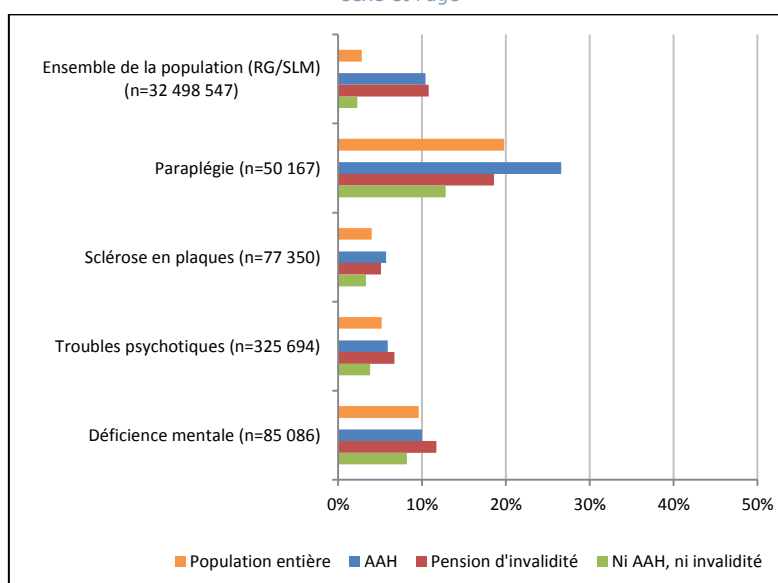


Champ : régime général / SLM – Femmes de 20-64 ans – France entière
Source : Cnam (SNDS)

1.6.2 Vaccination contre la grippe

Dans l'ensemble les personnes handicapées avaient nettement plus recours à la vaccination contre la grippe (Figure 73). Ce résultat est conforme aux instructions de campagne de vaccination ministérielle qui visent explicitement ces populations (populations à risque). Cependant, le taux de recours reste faible au regard de cette action volontariste des pouvoirs publics. Une part des vaccinations sont peut être faites sur le budget des établissements médico-sociaux quand les personnes y sont accueillies mais compte-tenu des modes de financement cette part est relative.

Figure 73. Vaccination contre la grippe : part des patients vaccinés au cours de la campagne 2016-2017, standardisation sur le sexe et l'âge



Champ : régime général / SLM – 20-64 ans – France entière
Source : Cnam (SNDS)

1.7. Dépenses remboursables et restes à charge³⁸ après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC après AMO) détaillés par postes de dépenses

Les bénéficiaires de l'AAH et de PI sont exposés à des niveaux de dépenses très élevés (Tableau 15) : environ 3 800€/an en moyenne sur les soins de ville pour les bénéficiaires de l'AAH, près de 4 700€/an pour les personnes en invalidité (toutes catégories d'invalidité confondus), voire près de 13 400€/an pour les personnes de la catégorie 3. À cela s'ajoutent aussi des dépenses très élevées pour les hospitalisations : près de 6 500€/an en moyenne pour les bénéficiaires de l'AAH, environ 5 800€/an pour les personnes en invalidité (toutes catégories d'invalidité confondues) et plus de 17 000€/an pour les personnes de la catégorie 3 d'invalidité.

De fait, les niveaux de dépenses moyennes remboursables des bénéficiaires de PI ou de l'AAH sont logiquement très supérieurs à ceux du reste de la population, pour la plupart des postes sauf pour les soins dentaires (Tableau 15). En effet, pour ces derniers, les écarts de dépenses sont plus faibles : 90€/an en moyenne pour les bénéficiaires de PI versus 79€/an pour la population sans AAH ni PI et seulement 66€/an pour les bénéficiaires de l'AAH.

Grâce aux différents dispositifs d'exonérations existants (ALD, exonération en cas d'invalidité, certaines hospitalisations³⁹...) le reste à charge après AMO est ramené à des niveaux nettement plus faibles en proportion des dépenses remboursables, du fait du rôle « amortisseur » de ces dispositifs. Toutefois, dans certains cas, il peut rester des montants de RAC en valeur absolue assez élevés (même s'ils représentent une part assez faibles des dépenses engagées), en particulier pour les populations précaires.

³⁸ Hors restes à charge liés à la liberté tarifaire (dépassements des tarifs servant de base au remboursement). Les RAC après AMO pris en compte dans l'étude correspondent principalement aux tickets modérateurs, franchises, participations forfaitaires, forfaits journaliers...

³⁹ Hospitalisation pour un acte thérapeutique ou diagnostique d'un coefficient supérieur ou égal à 60, ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 €, hospitalisation dans le cadre d'une maternité...

Tableau 15. Comparaison des taux de recours, dépenses remboursables et restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (standardisés) entre les différentes populations considérées

Poste de dépenses	Groupe	Taux de recours standardisés*	Dépenses remboursables moyennes standardisées (€/an/personne)*	RAC après AMO moyens standardisés* (€/an/personne)	Rapport RAC moyen/dépenses remboursables moyennes
Total (Hôpital + Soins de ville)	Sans AAH ni PI	100%	1 605 €	261 €	16%
	AAH	100%	10 270 €	548 €	5%
	Invalidité (toutes catégories)	100%	10 459 €	309 €	3%
	catégorie 1	100%	6 902 €	218 €	3%
	catégorie 2	100%	11 475 €	339 €	3%
	catégorie 3	100%	30 567 €	757 €	2%
Dont					
Hôpital	Sans AAH ni PI	40%	702 €	40 €	6%
	AAH	62%	6 471 €	266 €	4%
	Invalidité (toutes catégories)	71%	5 790 €	165 €	3%
	catégorie 1	68%	3 237 €	74 €	2%
	catégorie 2	72%	6 700 €	194 €	3%
	catégorie 3	83%	17 202 €	630 €	4%
Soins de ville	Sans AAH ni PI	99%	903 €	221 €	24%
	AAH	100%	3 799 €	281 €	7%
	Invalidité (toutes catégories)	98%	4 669 €	144 €	3%
	catégorie 1	97%	3 665 €	144 €	4%
	catégorie 2	98%	4 775 €	145 €	3%
	catégorie 3	98%	13 365 €	126 €	1%
Dont					
Soins de généralistes**	Sans AAH ni PI	86%	103 €	30 €	29%
	AAH	93%	198 €	22 €	11%
	Invalidité (toutes catégories)	95%	219 €	10 €	5%
	catégorie 1	95%	210 €	12 €	6%
	catégorie 2	95%	220 €	10 €	4%
	catégorie 3	91%	249 €	7 €	3%
Soins autres spécialistes	Sans AAH ni PI	68%	147 €	32 €	22%
	AAH	62%	180 €	20 €	11%
	Invalidité (toutes catégories)	76%	300 €	10 €	3%
	catégorie 1	79%	281 €	12 €	4%
	catégorie 2	76%	316 €	10 €	3%
	catégorie 3	61%	176 €	4 €	2%
Soins dentaires	Sans AAH ni PI	45%	79 €	23 €	29%
	AAH	36%	66 €	18 €	27%
	Invalidité (toutes catégories)	46%	90 €	4 €	4%
	catégorie 1	47%	90 €	4 €	5%
	catégorie 2	45%	92 €	4 €	4%
	catégorie 3	36%	59 €	1 €	2%
Soins de kinésithérapie**	Sans AAH ni PI	16%	53 €	17 €	32%
	AAH	20%	181 €	15 €	8%
	Invalidité (toutes catégories)	32%	269 €	8 €	3%
	catégorie 1	32%	212 €	11 €	5%
	catégorie 2	31%	246 €	7 €	3%
	catégorie 3	60%	1 375 €	8 €	1%
Infirmier**	Sans AAH ni PI	26%	27 €	5 €	18%
	AAH	42%	445 €	17 €	4%
	Invalidité (toutes catégories)	48%	289 €	4 €	1%
	catégorie 1	44%	119 €	3 €	2%
	catégorie 2	49%	278 €	5 €	2%
	catégorie 3	64%	2 335 €	9 €	0%
Médicaments**	Sans AAH ni PI	89%	318 €	72 €	23%
	AAH	94%	1 635 €	126 €	8%
	Invalidité (toutes catégories)	96%	2 179 €	83 €	4%
	catégorie 1	95%	1 985 €	79 €	4%
	catégorie 2	96%	2 250 €	86 €	4%
	catégorie 3	91%	2 529 €	67 €	3%
Autres produits de santé	Sans AAH ni PI	49%	69 €	15 €	22%
	AAH	57%	522 €	31 €	6%
	Invalidité (toutes catégories)	65%	598 €	6 €	1%
	catégorie 1	63%	342 €	5 €	2%
	catégorie 2	64%	582 €	6 €	1%
	catégorie 3	88%	3 836 €	8 €	0%

Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (cartographie – version de juillet 2018)

* : La population de référence pour la standardisation est celle des personnes sans AAH ni PI

** : Les taux de recours, les dépenses et les RAC sont potentiellement sous-estimés si le bénéficiaire est institutionnalisé

La comparaison des RAC après AMO et du rapport RAC moyen/dépenses remboursables moyennes entre les différentes populations considérées permet de mettre en lumière des résultats intéressants :

- Les bénéficiaires de l’AAH ont des RAC après AMO toujours supérieurs à ceux des bénéficiaires de pensions d’invalidité (toutes catégories d’invalidité confondues), que ce soit en termes de montants ou de rapport RAC moyen/dépenses remboursables moyennes.
- Les bénéficiaires de l’AAH ont des niveaux de RAC après AMO supérieurs à ceux du reste de la population (RG ni AAH ni invalidité) pour les hospitalisations (266€/an en moyenne versus 40€/an) mais aussi pour les soins de ville (281€/an en moyenne versus 221€/an), notamment sur le poste médicaments (126€/an en moyenne versus 72€/an).
- Pour les soins de ville, les RAC après AMO des personnes en invalidité de catégorie 3 sont proches à ceux des personnes en invalidité des catégories 1 et 2, voire inférieurs, bien qu’ils soient exposés à des dépenses très supérieures. Ce n’est pas le cas pour les hospitalisations où le niveau de RAC après AMO reste très élevé (630€/an en moyenne) contre 74€/an et 194€/an pour les catégories 1 et 2 respectivement.

Ces résultats sur les bénéficiaires de l’AAH (sans activité professionnelle) montrent que cette population, en mauvais état de santé et souvent précaire, est moins bien protégée contre les restes à charge après AMO que les personnes en invalidité qui bénéficient à ce titre d’une prise en charge à 100% pour la plupart de leurs soins, indépendamment même du fait de bénéficier ou non d’une prise en charge au titre d’une ALD. Certes, les bénéficiaires de l’AAH peuvent bénéficier d’exonérations du ticket modérateur au titre d’une ALD. Ils peuvent également bénéficier de l’ACS voire de la CMU-c⁴⁰ et voir leurs RAC après AMO solvabilisés par ce dispositif. Toutefois, tous les bénéficiaires de l’AAH ne bénéficient pas de tels dispositifs. En effet, comme cela a été montré précédemment, 25% des bénéficiaires de l’AAH ne sont pas en ALD (cf. « 1.3.1 Description des caractéristiques sociodémographiques, administratives et médicales », page 92). Parmi eux près de 80% ne bénéficient pas non plus de la CMU-c.

Pour aller plus loin dans l’analyse, nous avons comparé les dépenses remboursables moyennes et les RAC après AMO moyens (€/an/personne) des bénéficiaires de l’AAH sans ALD ni CMU-c à ceux des personnes en invalidité et également sans ALD et sans CMU-c. Les résultats sont présentés dans le Tableau 16.

Tableau 16. Bénéficiaires de l’AAH et de pensions d’invalidité sans ALD ni CMU-c : comparaison de leurs dépenses remboursables et RAC après AMO pour les soins de ville et l’hôpital

Poste de dépenses	Groupe	Dépenses remboursables moyennes standardisées par âge et sexe (€/an/personne)*	RAC après AMO moyens standardisés* (€/an/personne)	Rapport RAC moyen/dépenses remboursables moyennes
Total (Hôpital + Soins de ville)	AAH sans ALD ni CMU-c	2 420 €	463 €	19%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	3 932 €	245 €	6%
Hôpital	AAH sans ALD ni CMU-c	1 491 €	146 €	10%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	2 252 €	90 €	4%
Soins de ville	AAH sans ALD ni CMU-c	929 €	317 €	34%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	1 680 €	155 €	9%
Dont				
Soins de généralistes**	AAH sans ALD ni CMU-c	116 €	39 €	33%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	154 €	14 €	9%
Soins autres spécialistes	AAH sans ALD ni CMU-c	104 €	26 €	25%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	229 €	12 €	5%
Soins dentaires	AAH sans ALD ni CMU-c	57 €	17 €	29%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	80 €	4 €	5%
Soins de kinésithérapie**	AAH sans ALD ni CMU-c	57 €	20 €	35%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	187 €	14 €	8%
Infirmier**	AAH sans ALD ni CMU-c	57 €	21 €	37%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	65 €	3 €	5%
Médicaments**	AAH sans ALD ni CMU-c	330 €	132 €	40%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	592 €	86 €	15%
Autres produits de santé	AAH sans ALD ni CMU-c	102 €	29 €	28%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	172 €	5 €	3%
MCO HAD et liste en sus	AAH sans ALD ni CMU-c	463 €	36 €	8%
	Invalide sans ALD ni CMU-c	782 €	21 €	3%

Champ : régime général – France entière

Source : CNAM (cartographie – version de juillet 2018)

* : La population de référence pour la standardisation est celle des personnes sans AAH ni PI

** : Les taux de recours, les dépenses et les RAC sont potentiellement sous-estimés si le bénéficiaire est institutionnalisé

⁴⁰ Le montant de l’AAH est en effet inférieur au plafond de la CMU-c lorsque la composition de la famille comprend 2 personnes ou plus, mais aussi lorsque la personne est hospitalisée longtemps car le montant de l’AAH est réduit.

Les résultats (Tableau 16) montrent que si les bénéficiaires de l'AAH sont exposés à des niveaux de dépenses remboursables inférieurs à ceux des personnes en invalidité, leurs montants des RAC après AMO⁴¹ sont systématiquement supérieurs, avec un ratio RAC/dépenses nettement plus élevé. Pour les soins de ville, les bénéficiaires de l'AAH ont un RAC après AMO moyen de 317€/an et un rapport RAC/dépenses de 34% alors que pour les personnes en invalidité le RAC après AMO moyen est deux fois moins important (155€/an) et le rapport RAC/dépenses est 3 fois moins élevé (9%). Même constat pour les dépenses hospitalières même si les écarts sont un peu moins marqués⁴² : 146€/an en moyenne de RAC après AMO et un rapport RAC/dépenses de 10% pour les bénéficiaires de l'AAH versus respectivement 90€/an et 4% pour les personnes en invalidité. Parmi les soins de ville (Tableau 16), c'est pour le poste médicaments que les RAC après AMO sont les plus élevés (132€/an en moyenne et un rapport RAC/dépenses de 40% pour les bénéficiaires de l'AAH).

Il convient de garder à l'esprit que les RAC après AMO présentés ici ne représentent qu'une partie seulement des RAC auxquels peuvent être exposées ces populations, puisque par exemple ne sont pas pris en compte les RAC liés aux dépassements tarifaires⁴³. De plus, il s'agit de RAC moyens, certaines personnes pouvant donc être exposées à des niveaux de RAC très supérieurs (RAC dits « catastrophiques ») ce qui pourrait faire l'objet d'une étude complémentaire.

Par ailleurs, même si ces RAC après AMO sont fréquemment solvabilisés par les complémentaires santé, encore faut-il que les bénéficiaires de l'AAH aient souscrit à un contrat et pu payer le montant de la prime, information dont on ne dispose pas aujourd'hui.

1.8. Quels enseignements pour l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap ?

1.8.1 La précarité des personnes en situation de handicap

Les différences de recours aux soins observées entre les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle et les titulaires de pension d'invalidité peuvent s'expliquer pour partie par la précarité plus marquée chez les bénéficiaires de l'AAH, notamment du fait que soient sélectionnées des personnes sans activité professionnelle. Ces résultats interpellent car on peut se demander si le fait de bénéficier de l'AAH ne fait pas basculer un certain nombre de personnes au-dessus du plafond de ressources ouvrant droit à la CMU-c, les privant ainsi de la protection conférée par ce dispositif. L'attribution d'une ALD à un bénéficiaire de l'AAH, si elle permet la prise en charge des soins en relation avec l'affection exonérante qui peut être sans rapport avec le handicap, ne permet pas de couvrir les autres soins. L'étude a montré que les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle sont exposés à plus de RAC après AMO que les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, qui bénéficient en outre d'une exonération du ticket modérateur, leurs soins étant pris en charge à 100%.

Les réformes en cours, notamment la révision du dispositif CMU-C, ainsi que la concertation lancée par la Ministre de la santé et la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées pour recueillir les avis sur l'éventuelle intégration de l'AAH dans le revenu universel d'activité amené à remplacer l'actuel revenu de solidarité active, pourraient modifier ces constats dans les années à venir.

41 Ne sont donc pas notamment inclus dans les RAC après AMO estimés ici : le montant des dépassements sur les consultations médicales, sur les soins prothétiques dentaires, sur les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables pour lesquels il n'existe pas de prix limite de vente (optique, audioprothèses...) mais aussi les restes à charge sur les produits hors champ du panier de biens remboursables (ex : sérum physiologique, protection palliatives absorbantes...).

42 En raison notamment des mécanismes d'exonérations spécifiques à l'hôpital et qui ne dépendent pas nécessairement des caractéristiques des personnes (ex : hospitalisation pour un acte thérapeutique ou diagnostique d'un coefficient supérieur ou égal à 60, ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 €).

43 Ex : dépassements sur les consultations, sur les soins prothétiques dentaires, sur la fourniture de dispositifs médicaux inscrits sur la liste de produits et prestations remboursables sans prix limites de vente comme c'est le cas de l'optique, des audioprothèses...Cela n'inclut pas non plus les restes à charge des produits hors champ du panier de biens et services remboursables (ex : sérum physiologie, protections palliatives absorbantes...)

1.8.2 Les freins financiers ne sont pas les seules explications du non-recours aux soins chez les personnes handicapées

Les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle présentent un moindre recours aux soins dentaires et aux consultations de spécialistes médicaux, que ce soit globalement ou pour chaque pathologie traceuse, en comparaison aux bénéficiaires d'une PI.

Plusieurs enquêtes sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ont été réalisées. Elles montrent que les causes du non recours sont multiples. Les causes plus fréquentes sont le manque de formation de professionnels, l'accessibilité des locaux, les transports, les délais de rendez-vous.

L'enquête Handifaction, enquête permanente accessible à tous les personnes en situation de handicap, est assez illustrative dans ses résultats. Parmi les motifs de refus figurent les items « on n'a pas voulu de moi » (40%), « le lieu de soin n'était pas accessible » (18%), ou encore « le délai d'attente dépassait 6 mois » (14%). De même, une enquête réalisée auprès de 110 établissements en avril 2018 montrait que l'accès aux soins dentaires était une difficulté dans 37% des établissements, difficulté liée à l'appréhension des patients pouvant aller jusqu'à la phobie et imposer le recours à une anesthésie générale, le manque de formation des chirurgiens-dentistes, l'accessibilité des locaux, la distance, le transport, les difficultés démographiques. Cette même enquête mettait en évidence des difficultés d'accès aux soins ophtalmologiques dans 44% des établissements.

1.8.3 Limites des données disponibles, notamment concernant les bénéficiaires de l'AAH qui travaillent

Compte tenu de la fréquence des pathologies, leur recours aux soins aurait dû être supérieur à celui de la population sans AAH ni invalidité mais l'analyse de la Cartographie ne le montre pas. L'analyse complémentaire sur le recours aux soins de prévention montre un sous recours au dépistage organisé du cancer du sein et aux soins gynécologiques ainsi qu'une couverture vaccinale contre la grippe très faible au regard des objectifs.

Ces résultats doivent être nuancés dans la mesure où une partie des personnes handicapées concernées sont accompagnées ou accueillies par des établissements et services médico-sociaux⁴⁴ et qu'une part des soins est éventuellement financée sur leur budget ce qui veut dire que les remboursements n'apparaissent pas dans les systèmes d'information de l'assurance maladie. Pour autant, les soins de prévention qui ont été visés ici sont globalement hors périmètre des soins prévus dans le budget de ces ESMS.

1.8.4 Les actions mises en œuvre par l'Assurance maladie pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Les actions autour des Plateformes Départementales d'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS)

En complément des actions menées sur les territoires par les différents acteurs institutionnels et associatifs, la Cnam mène actuellement des travaux avec 9 Cnam⁴⁵, une CARSAT et des associations (APF France handicap, UFSBD et Handidactique) afin d'adapter le dispositif de guidance vers le soin (PFIDASS) mis en place par l'Assurance maladie et d'améliorer l'accès aux personnes en situation de handicap. Il s'agit de s'appuyer sur l'expertise des partenaires locaux en lien avec ces publics pour repérer des situations de renoncement et/ou de non recours pour orienter et accompagner les personnes en situation de handicap jusqu'à la réalisation de leurs soins.

Les partenaires, préalablement formés à la détection par les CPAM, pourront signaler ces situations de renoncements et/ou de non recours, auprès de la cellule de lutte contre le renoncement aux soins (PFIDASS). Cette détection de situation de renoncement et/ou de non recours pourra également se faire grâce à la mise en

⁴⁴ En 2017, le nombre de places pour adultes handicapés en établissements et services médico-sociaux est de 335 453 (source : STATISS – DREES). Les personnes résidant dans ces établissements, avec un handicap lourd et dans des situations souvent précaires, perçoivent probablement l'AAH.

⁴⁵ Flandres, Gard, Manche, Alpes – Maritimes, Val d'Oise, Orléans, Moselle, Gironde et Haute Vienne

place de requêtes sur les bases de données via un dispositif de repérage des assurés les plus fragiles bénéficiaires de l'AAH ou d'une pension d'invalidité avec une majoration tierce personne.

Les agents de ces cellules prendront en charge l'accompagnement de la personne afin de l'aider et de l'orienter dans la prise de rendez-vous avec les professionnels de santé et ainsi, de faciliter son parcours dans la réalisation du soin. Dans ce cadre, les agents de ces cellules bénéficieront de la part de partenaire d'une formation sur la prise en charge des personnes en situation de handicap ainsi que sur l'organisation des soins.

En cas de nouvelle difficulté, l'assuré peut contacter de nouveau son accompagnateur personnalisé. Ce dispositif s'inscrit dans une démarche attentionnée.

Les mesures inscrites dans le champ conventionnel

Pour soutenir l'implication des orthoptistes libéraux dans la prise en charge des patients en situation de handicap, un forfait a été prévu dans la dernière convention pour l'évaluation par l'orthoptiste de l'environnement du domicile (organisation du lieu de vie, présence ou non d'aidants etc.) et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère.

Dans le même objectif, la dernière convention nationale des orthophonistes prévoit la mise en place d'un forfait pour la prise en charge des patients en situation de handicap dans le cadre des troubles spécifiques du langage, de la communication et des troubles spécifiques des apprentissages.

Enfin, la dernière convention nationale des chirurgiens-dentistes a introduit une mesure visant à améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap sévère applicable depuis le 1^{er} avril 2019. Il s'agit de faciliter les soins au fauteuil en cabinet par la création d'un supplément (100€ par séance) pour la prise en charge de ces personnes. Dans un premier temps, sont concernés les patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Les partenaires conventionnels ont convenu de mettre en place un groupe de travail afin d'élargir la population concernée par voie d'avenant dans un second temps.

Ces premières analyses des données du SNDS confirment des éléments déjà connus sur les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Elles mettent également en exergue le niveau élevé des restes à charge. On peut penser que la mise en place de la CMU contributive⁴⁶ pourra favoriser l'accès aux soins de ces patients, grâce notamment à l'extension du panier de soins qu'elle propose. Mais les freins à l'accès aux soins sont également non financiers, les principales causes étant le manque de formation des professionnels de santé et les problématiques d'accessibilité des locaux, des transports.

46 Qui devrait changer de nom au 1er novembre 2019 pour devenir la « Complémentaire santé solidaire »

1.9. Références

1. WHO Commission on Social Determinants of Health, World Bank. Rapport mondial sur le handicap. 2012.
2. Dos Santos S, Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Etudes et résultats. févr 2010;(718):8.
3. Penneau A, Pichetti S, Sermet C. L'hébergement en institution favorise l'accès aux soins des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap en France. Questions d'économie de la santé. 2015;(207):8.
4. Penneau A, Pichetti S, Sermet C. Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages (2008). Questions d'économie de la santé. 2015;(208):8.
5. Lengagne P, Penneau A, Pichetti S, Sermet C. L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages. Questions d'économie de la santé. 2014;(197):8.
6. Denormandie P, Cornu-Pauchet M. L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. 2018:102.
7. HANDIFACTION - Résultats de mars 2019 [Internet]. [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.handifaction.fr/derniers-resultats/>
8. Corazza É, Glotain M, Pilorge C, Faroux T, Ferretti C, Laguérodié S, et al. La protection sociale en France et en Europe en 2017. DREES; 2019 p. 164. (Panoramas de la DREES).

Propositions pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Proposition 10 : Evaluer au bout d'une année l'impact sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire

Cette complémentaire permettra aux actuels bénéficiaires de l'ACS d'accéder à une meilleure couverture en termes de panier de soins. Si les effets de cette réforme ne devaient pas suffire à réduire les écarts observés aujourd'hui en termes de recours aux soins, il pourrait être envisagé de ne pas intégrer le montant de l'AAH et autres financements publics visant à compenser le handicap dans le calcul du plafond de ressources pour l'obtention de la CMU-C.

Proposition 11 : Intégrer dans la formation initiale et continue des professionnels de santé la dimension « handicap » et développer les outils d'accompagnement sur la prise en charge du handicap.

Proposition 12 : Accélérer le développement des nouveaux dispositifs organisationnels dédiés aux personnes en situation de handicap

En encourageant les initiatives, en favorisant les expérimentations et leur évaluation scientifique. Par exemple, développer des équipements adaptés au handicap (ex : HANDI-RADIO), organiser l'accompagnement des personnes en situation de handicap pour des soins en ville ou à l'hôpital (ex : HANDI-BUS) ou encore l'accès aux urgences (comme le fait le PASSH de France handicap).

Proposition 13 : Recenser et faire connaître (via notamment ameli.fr) les professionnels de santé formés à la prise en charge du handicap en ville

Et les professionnels en capacité d'accueillir des personnes handicapées (cabinet accessible, organisation spécifique...).

Proposition 14 : Intégrer et améliorer la collecte des données relatives au handicap dans le SNDS et poursuivre les études sur les parcours de santé des patients en situation de handicap

Afin de guider les actions spécifiques à mener, et de faciliter l'évaluation des dispositifs en cours de développement et des éventuelles expérimentations

Proposition 15 : Etendre le champ des majorations conventionnelles mises en place pour les dentistes et orthophonistes pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap à d'autres professions de santé dans des situations cliniques appropriées.

Proposition 16 : Adapter le dispositif PFIDASS afin de permettre de mieux détecter et ensuite accompagner les personnes en situation de handicap en situation de renoncement ou de non-recours avéré.

2. L'implication des patients, la clé d'une meilleure observance

L'observance (ou adhésion) thérapeutique est habituellement définie comme l'adéquation entre les comportements des patients, par exemple la prise de médicaments ou le suivi d'un régime, et les prescriptions médicales.

Dans son rapport charges et produits pour l'année 2018, l'assurance maladie avait consacré un chapitre à l'observance afin d'aborder les questions méthodologiques qu'elle soulève, notamment dans la complexité de sa mesure ou encore concernant l'estimation des impacts de la non observance.

Un travail a ainsi été confié à un groupe d'experts afin d'identifier quels pourraient être les leviers et actions à mettre en place par l'assurance maladie pour favoriser la bonne observance des patients. Ce groupe, piloté par Madame Dominique Polton et la Fédération française des diabétiques, s'est réuni à plusieurs reprises dans un cadre pluridisciplinaire afin de dégager des leviers potentiels.

Dans la suite de ce travail, il a également semblé intéressant dans une démarche prospective d'interroger les patients sur le sujet de l'observance, que ce soit sur la perception de leur propre observance que sur ses déterminants.

2.1. La perception des patients de leur observance

2.1.1 Méthodologie

L'étude présentée ci-après est une enquête en ligne réalisée en mai 2019 par la société A+A pour la Cnam auprès de 1 198 patients chroniques représentatifs en termes de sexe et âge par pathologie et régions pour six grands groupes de pathologies chroniques préalablement choisies. La présence de pathologie est déterminée de manière déclarative par le patient, correspondant à un diagnostic posé par un médecin et une prise de traitement actuelle et continue. Les répondants sont répartis ainsi :

- 212 présentant une maladie respiratoire chronique
- 210 présentant une maladie cardio neuro-vasculaire (dont l'hypertension artérielle)
- 210 présentant un diabète
- 210 suivant un traitement psychotrope
- 210 présentant une maladie psychiatrique
- 146 atteints d'un cancer

L'étude a été menée sur internet, par un questionnaire d'une vingtaine de minutes où les répondants étaient interrogés sur leur état de santé perçu et leur comportement en matière de santé de façon générale, l'histoire et l'impact de leur maladie, puis le traitement de leur maladie avec un focus sur l'adhésion à leur traitement.

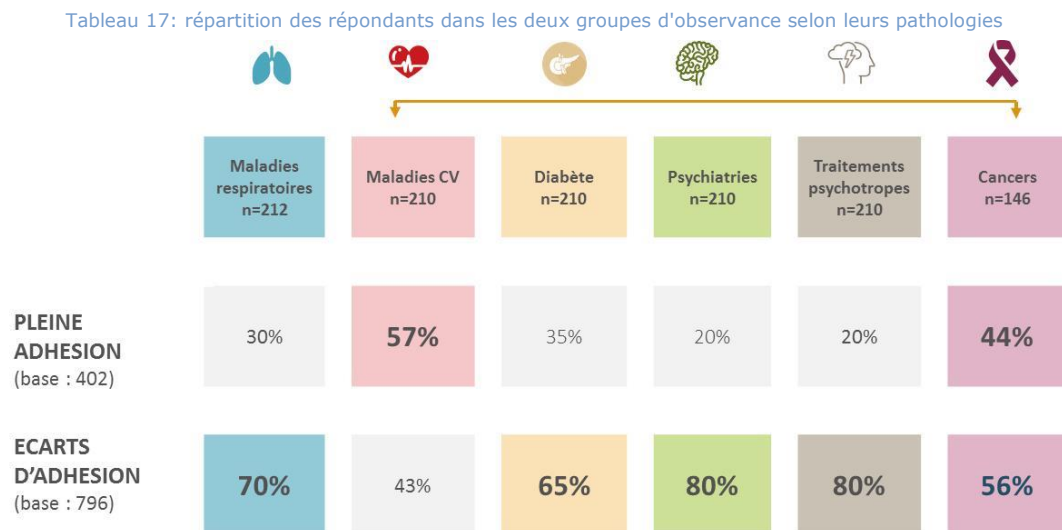
Cette étude ne prétend en aucun cas analyser de manière fine le taux d'observance de patients concernés par des pathologies fréquentes, mais plutôt d'identifier de manière globale chez des patients chroniques la perception qu'ils ont de leur propre observance, ainsi que les facteurs l'influençant de leur point de vue.

2.1.2 Quelles manifestations de l'inobservance ?

Lorsqu'ils sont interrogés en première intention par des questions d'ordre général, une très large majorité des répondants se déclare « observants ». Ainsi, sur une échelle de 0 à 100% où il leur est demandé d'évaluer leur niveau d'adhésion à leur traitement, 81% des répondants estiment « être observants entre 80% et 100% ». Dans le même ordre d'idée, 88% des répondants déclarent ne jamais avoir arrêté de prendre leurs traitements ou avoir fait une pause. Pour autant, au regard de ce niveau très élevé d'observance déclarée, une analyse plus nuancée des réponses permet de distinguer deux grands groupes de personnes :

- Un premier que l'on pourrait qualifier par une pleine adhésion à leur traitement et représentant 34% de la population interrogée, dont les réponses aux différentes questions sont systématiquement dans le sens d'une bonne observance ;
- Un second groupe, représentant environ 2/3 des répondants, faisant état d'écarts de différentes natures dans l'adhésion à leurs traitements et déclarant certains facteurs de non observance dans leurs réponses à certaines questions.

C'est selon cette distinction en deux groupes qu'il est proposé d'analyser les résultats de la présente enquête. Il est à noter que le niveau d'observance déclaré et la répartition entre les deux groupes varie selon la pathologie considérée, comme le présente le tableau 1 ci-après.



Source : A+A pour la Cnam, mai 2019

Cette répartition simple en deux catégories, même si elle ne saurait résumer la complexité des différentes situations, recouvrant des réalités très différentes au sein des deux groupes ainsi qu'entre répondants pour une même pathologie, permet néanmoins d'éclairer les différentes attitudes concernant l'adhésion aux traitements, les défauts d'observance déclarés et ce qui les sous-tend. L'appartenance au groupe des personnes en écart d'adhésion est donc déterminée par des réponses attestant de défauts d'observance qui s'expriment sur des plans très variés, depuis la prise de médicament en retard jusqu'à la non prise volontaire, comme le montre le Tableau 18 ci-après.

Tableau 18 : les différentes manifestations de non adhésion



Source : A+A pour la Cnam, mai 2019

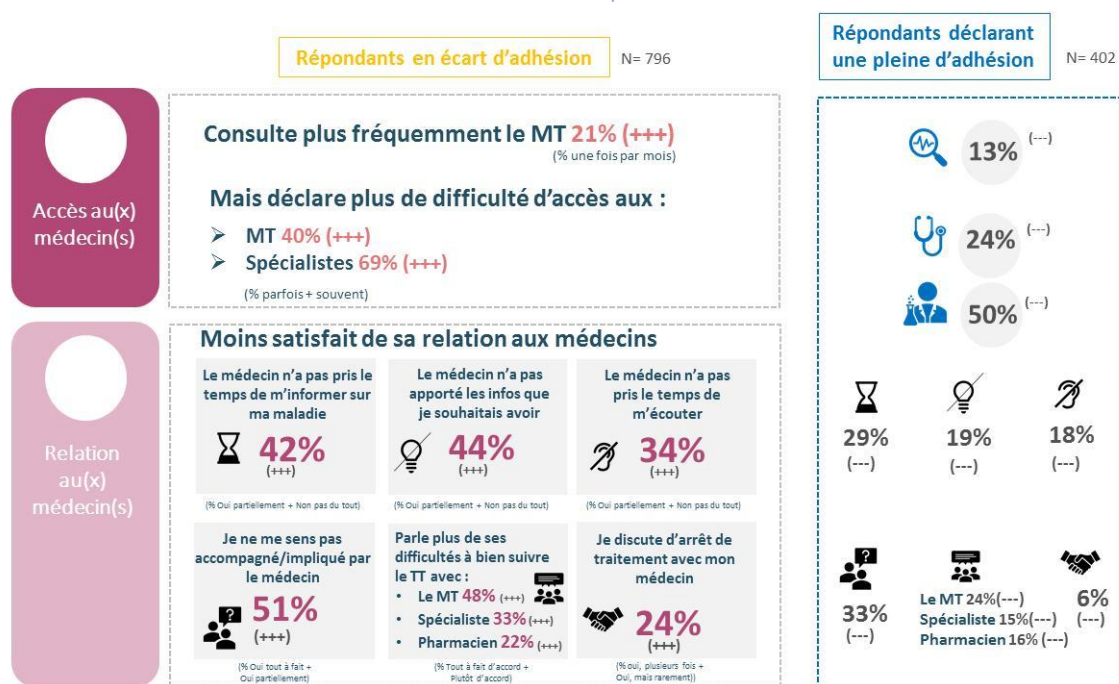
En termes de profils de répondants, les personnes en écart d'adhésion sont des malades plus jeunes (âge moyen de 54 ans versus 63 ans), plus fréquemment dans la vie active (44% versus 23%) et plus fortement représentés dans les maladies respiratoires et les problématiques de santé mentale.

2.1.3 Les facteurs influant l'observance

La relation avec son médecin

Un premier élément de distinction fort entre les deux groupes est celui du rapport qu'ils entretiennent avec leur médecin. Le tableau 3 ci-après fait ainsi état chez les personnes en écart d'adhésion d'un besoin plus important de contacts avec leur médecin, d'un plus grand nombre de consultations, accompagné d'une moindre satisfaction dans la qualité perçue de cette relation, sur des dimensions telles que le temps consacré, la satisfaction des informations apportées ou plus globalement le sentiment d'accompagnement.

Tableau 19 : la relation des répondants avec leur médecin



Source : A+A pour la Cnam, mai 2019

Le rapport à sa maladie et à la santé au sens large

Interrogées sur leur maladie, les personnes en écart d'adhésion se distinguent également par une perception de celle-ci nettement plus négative, vécue comme plus prégnante. Sur une série de questions relatives à l'impact de la maladie et de ses symptômes sur la vie quotidienne, des différences très nettes apparaissent entre les deux groupes. Ainsi, à l'affirmation « c'est une maladie qui ne me laisse jamais tranquille », 60% des répondants en écart d'adhésion répondent oui versus 40% pour les répondants dits en pleine adhésion. Autre élément illustratif, à l'affirmation « les symptômes de ma maladie sont très gênants au quotidien » les réponses respectives des deux groupes sont de 52% et 27%.

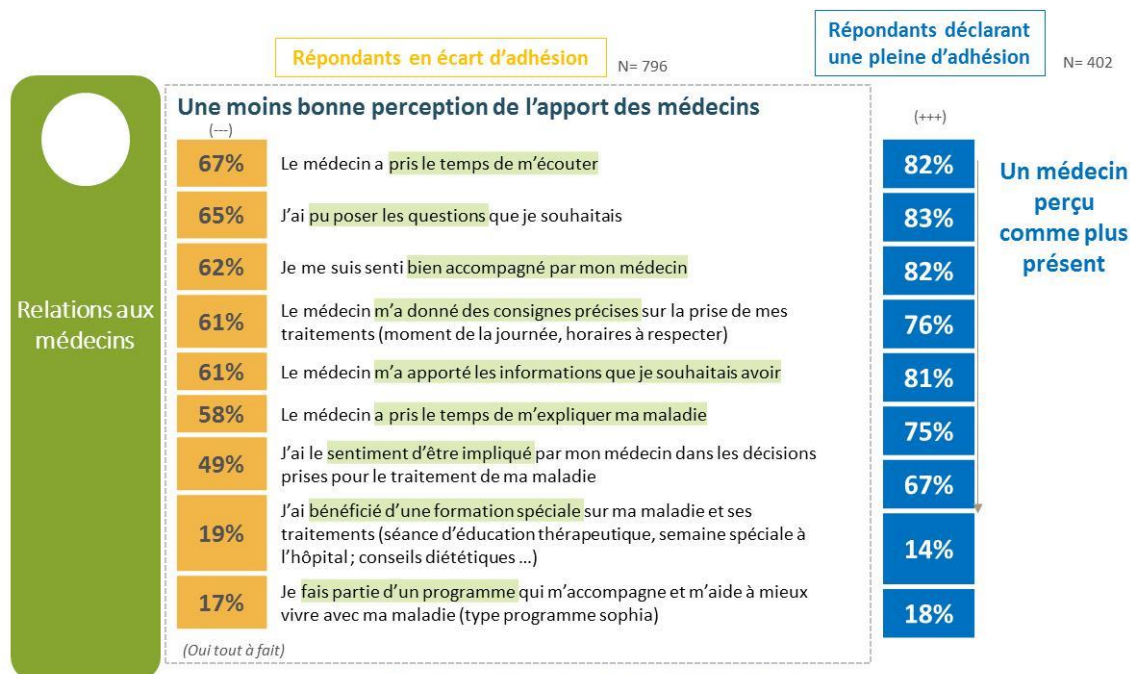
Cette perception plus négative s'accompagne d'une plus grande distance vis-à-vis de leur santé au sens large et des éventuelles actions de prévention. Ainsi des écarts significatifs sont trouvés entre les deux groupes, que ce soit concernant la prise de rendez-vous avec un spécialiste ou la réalisation d'examen recommandés par leur médecin, ou encore concernant leur participation à des campagnes de prévention et de dépistage. Ainsi, à l'affirmation « Je respecte à la lettre les conseils de mon médecin sur les règles, les bons comportements à adopter (nutrition, activité physique, suivi des contrôles/examen ...) », les réponses respectives des deux groupes sont de 37% et 61%. Ces éléments révèlent donc des différences d'attitudes qui ne se limitent pas à la prise médicaments, mais à l'observance dans sa définition globale, recouvrant par exemple les mesure hygiéno-diététiques ou la réalisation d'examen de suivi recommandés.

Le rôle majeur de l'information

La question de l'information sur la maladie et ses traitements est bien évidemment un déterminant majeur de l'observance des patients. Sur ce point, une très grande majorité des répondants à l'enquête s'estime informée de sa maladie, des bénéfices de son traitement et de la nécessité de bien suivre ce dernier, même si cette information semble un peu mieux maîtrisée chez les répondants déclarant une pleine adhésion. C'est en revanche sur la compréhension de cette information que les écart se creusent entre les deux groupes. Ainsi, à l'affirmation « j'ai compris les informations données par le médecin sur ma maladie », 67% des répondants en écart d'adhésion répondent oui quand le score est de 83% chez les pleinement adhérents. Corolaire de ce sentiment de moindre maîtrise, 24% des répondants en écart d'adhésion déclarent rechercher régulièrement de l'information sur leur maladie et son traitement quand ils ne sont que 13% dans l'autre groupe.

Face à cette nécessité d'information et de bonne compréhension des enjeux de sa maladie, le médecin assume bien évidemment un rôle majeur concernant lequel on observe à nouveau des différences de perception très importantes entre les deux groupes, comme l'illustre le tableau 4 ci-après. Il ressort des réponses aux différentes questions que les patients en écart d'adhésion ont une moins bonne perception de l'apport de leur médecin que le groupe des répondants déclarant une pleine adhésion, ces derniers semblant percevoir ou considérer leur médecin comme plus présent et plus contributif à la bonne gestion de leur traitement.

Tableau 20 : l'apport d'information du médecin



*NB : Constat qui se vérifie moins chez le mal observant atteint de cancer, sauf sur les items : j'ai pu poser les questions que je souhaitais, m'a apporté les informations que je souhaitais avoir

Source : A+A pour la Cnam, mai 2019

Ce déficit d'apport ressenti chez les personnes en écart d'adhésion intervient alors même que ce groupe semble solliciter davantage les professionnels de santé sur leurs difficultés d'observance. Ainsi les personnes en écart échangent plus régulièrement de ce sujet avec leur médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste. Malgré cette communication, 30% des répondants en écart déclarent avoir déjà interrompu leur traitement sans en parler à leur médecin. De manière contre intuitive, Il est à noter que le pharmacien semble globalement être un professionnel peu identifié sur ce sujet par les patients, seules 22% des personnes en écart d'adhésion déclarant parler de leurs difficultés à suivre leur traitement avec leur pharmacien.

La confiance dans son traitement

La perception des bénéfices du traitement est un autre élément de distinction fort entre les deux groupes de répondants. Chez les personnes en écart d'adhésion, le traitement est une contrainte qui pèse davantage au quotidien, avec des bénéfices thérapeutiques plus difficiles à percevoir, une impression d'être malade, une envie plus forte d'arrêter. Ainsi seuls 45% des répondants du groupe en écart déclarent ressentir les bénéfices de leur traitement et se sentir bien avec ce dernier, quand ils sont 62% dans le second groupe. En cohérence avec ces réponses, lorsqu'on les interroge sur leur envie d'arrêter leur traitement, 39% des patients en écart d'adhésion déclarent avoir envie d'arrêter lorsqu'ils se sentent mieux, contre 7% chez les répondants déclarant une pleine adhésion. Le tableau 5 ci-après présente les réponses à l'ensemble des questions explorées sur cette question primordiale du rapport au traitement.

Tableau 21 : La relation au traitement



Source : A+A pour la Cnam, mai 2019

Des attentes pour améliorer l'adhésion au traitement

Interrogés sur les solutions éventuelles pour améliorer leur observance, les répondants en écart ont évidemment plus d'attentes que les personnes déclarant une pleine adhésion, qui n'expriment que peu de besoins. En cohérence avec les éléments présentés précédemment, ces attentes portent majoritairement sur un besoin d'information et de compréhension supplémentaire, tant sur leur maladie elle-même que concernant leur traitement. Parmi les répondants en écart d'adhésion, 21% d'entre eux plébiscitent notamment la possibilité de faire un bilan régulièrement avec un professionnel sur la prise de leurs traitements, quand ils ne sont que 10% chez les pleinement adhérents. En revanche, il est à noter que les outils de type alertes à la prise de médicament ou applications mobiles, s'ils représentent un soutien complémentaire utile, sont relativement peu sollicités spontanément par les répondants des deux groupes (de 9 à 2%).

L'analyse des différents éléments présentés précédemment permet de mettre en lumière certaines composantes fondamentales de la relation des patients à leur traitement, sur lesquelles il faut bâtir dans l'objectif d'améliorer la situation des patients en écart d'observance. Les professionnels de santé endossent un rôle majeur, en première ligne de l'écoute des patients. Ce rôle concerne tant l'information sur la maladie, ses conséquences, les risques à long terme, que la vérification de l'adhésion au traitement et sa persistance dans le temps. L'environnement des patients est également déterminant, dans l'objectif d'informer, éduquer, orienter vers des solutions adaptées.

2.2. Quels leviers pour favoriser l'adhésion des patients à leur traitement ?

« Quels sont les leviers pertinents et leurs conditions de mise en œuvre pour renforcer, dans la durée, l'adhésion par les patients malades chroniques à leur prise en charge (soin de soi) ? » C'est à cette question, formulée à la suite d'une première réflexion, que le groupe de travail réuni à l'initiative de la Cnam s'est attaché à répondre, avec l'objectif de proposer des pistes d'actions opérationnelles et de réfléchir à la manière dont l'assurance maladie pourrait y contribuer. Ce groupe était composé de professionnels et d'utilisateurs de différents horizons (professionnels de santé libéraux, universitaires, représentants d'utilisateurs, industriels), ayant pour point commun un engagement et une expertise dans le domaine de l'observance.

2.2.1 Eviter une approche simpliste : les principes d'action qui sous-tendent les propositions

La question de l'observance doit nécessairement être abordée dans sa complexité, en évitant tout discours simpliste et normatif. La première condition pour mener des actions efficaces est sans doute d'éviter une approche descendante, voire morale, et de reconnaître que l'on touche à des questions difficiles, qui renvoient à la liberté individuelle des patients, à leurs croyances et à leurs connaissances, à la difficulté d'accepter et de gérer sa maladie, mais également à l'attitude et à la culture des soignants, et globalement à cette « alliance thérapeutique » qui permet au patient et aux professionnels de santé de poursuivre des objectifs communs.

Dans le but de concevoir des interventions efficaces, la première question à se poser est : pourquoi un patient ne suit-il pas les recommandations de son médecin, alors que son état de santé s'en trouverait amélioré ? Les raisons peuvent être différentes selon les patients, et cette pluralité de situations amène à réfléchir à des réponses personnalisées. Il est donc nécessaire d'avoir des approches et des interventions différenciées, en fonction des profils des individus et en fonction des mécanismes de la non-observance.

Parmi les facteurs qui favorisent l'observance, un élément déterminant est la qualité de la relation thérapeutique, en particulier le rôle de la confiance et le fait que le médecin a une vision globale du patient, donne des explications, pratique la décision médicale partagée. Différentes publications montrent ainsi que l'observance est fortement corrélée à la confiance du patient dans son médecin, cette confiance étant un levier important pour améliorer l'observance.⁴⁷ Il est donc essentiel d'enseigner très tôt dans les études de médecine l'idée de décision médicale partagée et d'éducation du patient. Ce sont des investissements de long terme, qui n'auront pas d'effet immédiat mais qui pourront concourir à faire progresser de façon profonde et durable la qualité de la relation soignant-malade, facteur-clé de l'observance. Actuellement la formation initiale et continue des professionnels de santé ne fait pas une place suffisante à cette question de l'observance. Il serait nécessaire de l'inscrire plus largement, de manière précoce, dans la formation initiale, mais aussi dans la formation continue, car les générations actuellement en exercice ont été peu confrontés à ces questions lors de leurs études.

Un autre élément à prendre en compte est qu'il n'y a pas de modèle d'intervention ayant fait la preuve de son efficacité de manière robuste, et donc pas de « recette » à appliquer. Ceci est sans doute lié au fait que les formes et les raisons de la non-observance sont multiples, comme cela a été développé plus haut. Le fait que les stratégies les plus efficaces semblent être des interventions complexes, combinant plusieurs éléments, va dans le même sens. Face à ce manque de solution « clé en main », il faut sans doute, au-delà d'interventions ponctuelles, mobiliser le système de santé dans son ensemble, et continuer à expérimenter à partir d'initiatives de terrain. Sur ce dernier point, il serait important, à côté des programmes d'éducation thérapeutique formalisés, de permettre des interventions plus souples permettant le développement d'une offre d'éducation en ambulatoire.

L'accompagnement dans la durée est également une question clé. Un soutien ponctuel ne suffit pas : agir pour améliorer l'adhésion des patients à leur prise en charge suppose une intervention sur un temps qui peut être long. Il est nécessaire d'identifier les moments du parcours de soins (et de vie) qui peuvent accroître le risque de non observance, et où un soutien plus important peut être nécessaire. Selon les moments, différents professionnels peuvent être en situation d'assurer ce soutien (d'où l'enjeu d'une action pluri-professionnelle), mais également des patients-experts formés pour cet accompagnement par les pairs.

Enfin il faut insister sur le fait que des propositions d'intervention visant à améliorer l'observance doivent impliquer une réflexion éthique, puisque ce désir louable du point de vue des principes risque d'entrer en conflit avec le respect du principe d'autonomie. Par ailleurs, toute action doit être placée dans le cadre du principe de justice, visant à diminuer les inégalités de santé : une place importante de la réflexion doit porter sur l'accès à ces actions des personnes vulnérables.

⁴⁷ Thom DH, Stanford Trust Study P. Physician behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract* 2001;50:323-328 ; Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, et al. Communication and medication refill adherence: the Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med* 2013;173:210-218 ; Safran DG, Taira DA, Rogers WH, et al. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998;47:213-220 ; Zikmund-Fisher BJ, Hofer TP, Klamerus ML, Kerr EA. First Things First: Difficulty with Current Medications Is Associated With Patient Willingness to Add New Ones. *Patient* 2009;2:221-231 ; Nguyen GC, LaVeist TA, Harris ML, et al. Patient trust-in-physician and race are predictors of adherence to medical management in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15:1233-1239

2.2.2 Développer une culture commune sur l'observance

Il est évidemment important que la question de l'observance soit réellement perçue, par les professionnels de santé, les malades et la société dans son ensemble, comme une réelle problématique de santé publique. Il faut aussi qu'elle soit prise en compte dans toutes ses dimensions dans les interventions d'accompagnement des patients. L'importance et la difficulté de l'observance sont une question finalement peu abordée, chez les soignants comme chez les patients ou dans la population générale. Il apparaît donc nécessaire de communiquer davantage sur ce sujet.

Les études d'évaluation de l'observance pour des pathologies données, la recherche sur les facteurs explicatifs de la non-observance, les enquêtes qualitatives auprès de patients ou professionnels de santé sont autant d'éléments déterminants pour faire progresser la connaissance sur ce sujet et révéler son importance.

Sur ce plan, l'assurance maladie réalise régulièrement des études pharmaco-épidémiologiques exploitant les informations du SNDS, ayant donné lieu à publication et intégrant des mesures d'adhésion et de persistance spécifiques aux pathologies considérées. Ces travaux ont désormais lieu dans le cadre du groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE, constitué fin 2018 entre l'ANSM et la Cnam.

Afin d'aller plus loin et de contribuer à diffuser plus largement les connaissances sur ce sujet auprès d'un large public, la publication récurrente d'un baromètre dédié à l'observance pourrait constituer un rappel régulier sur cette problématique majeure et faire partager largement les données sur les évolutions constatées. Elaboré dans un cadre partenarial, ce document pourrait combiner des enquêtes de type sondage, à l'instar de l'étude présentée en début de chapitre, permettant de mesurer certaines évolutions dans le temps, et des études pharmaco-épidémiologiques sur certaines pathologies ou problématiques de santé, contribuant au développement des connaissances. Un tel document constituerait à la fois un apport d'information important sur ce sujet complexe, tout autant qu'un support de communication pour porter de manière plus visible le sujet de l'observance dans le débat.

2.2.3 Mobiliser les professionnels et renforcer l'accompagnement des patients

Comme il a déjà été dit précédemment, la qualité de la relation professionnel de santé (et singulièrement médecin) – patient est au cœur de la problématique de l'observance. Si l'accompagnement pour favoriser une meilleure adhésion au traitement doit faire partie intégrante du métier des soignants, ceux-ci ne sont pas mobilisés explicitement sur de tels objectifs, et peu outillés pour répondre à ces questions complexes. Par ailleurs un accompagnement pluri-professionnel est nécessaire. Si les patients mettent surtout en avant leur relation avec leur médecin, l'aide et le soutien d'autres professionnels de santé de confiance et de proximité, tels les infirmiers ou les pharmaciens, devraient contribuer au renforcement des messages et de l'information dispensés aux patients. C'est dans cet objectif que de récentes évolutions ont été formalisées dans le cadre conventionnel entre l'assurance maladie et ces deux professions.

Les propositions qui suivent visent donc à renforcer la mobilisation des soignants et à les aider concrètement à prendre en charge cette question de l'observance.

Élaborer et diffuser des outils de dialogue et d'analyse de l'observance

La première étape est d'instaurer un dialogue entre le patient et le médecin ou le professionnel de santé. Ce dialogue doit permettre au patient de verbaliser ses difficultés dans la prise du traitement (médicaments, conseils, hygiène de vie) et pour le professionnel d'identifier si les principales causes de la non observance du patient sont intentionnelles ou non intentionnelles. En effet, les patients peuvent avoir des raisons personnelles d'être observant ou non-observant. Ainsi, après avoir pesé le pour et le contre, un patient peut faire le choix raisonné de la non-observance, nommée alors non observance « intentionnelle ». En revanche, la non-observance non intentionnelle peut être due à des facteurs indépendants de la volonté du patient, par exemple une mauvaise compréhension de la prescription, des oublis, des difficultés d'accès au traitement. La prise en charge et les solutions proposées doivent donc tenir compte de ces facteurs. Pour favoriser cette discussion, la diffusion auprès des médecins d'un outil de dialogue et d'analyse, sous forme de document pédagogique et pratique, serait donc de nature à faciliter ces échanges indispensables.

En miroir, il pourrait être intéressant de concevoir avec les associations de patients, un outil d'autodiagnostic qui permettrait au patient de prendre conscience de son positionnement vis-à-vis de l'observance et d'explorer

ses leviers, ses freins, ses priorités. Cette étape constituerait une préparation à la consultation et une amorce de dialogue avec les professionnels de santé.

En fonction des causes de la non-observance, le médecin ou tout autre professionnel de santé intervenant dans le traitement du patient, devrait pouvoir proposer au patient des outils ou des démarches qui pourraient l'aider.

Si la non-observance est non intentionnelle, des outils, y compris numériques, peuvent être utiles pour aider les patients à intégrer une routine de prise des médicaments dans leur vie quotidienne :

- Mémo patient avec trucs et astuces : alarme du téléphone, agenda, post-it dans des endroits clés, afin d'instaurer un automatisme en associant la prise de médicaments à des gestes réalisés chaque jour (par exemple, traitements inhalés de l'asthme juste avant de se brosser les dents matin et soir)
- Applications mobiles de suivi et de rappels des prises, intégrant par exemple des outils d'autodiagnostic et de coaching dans la progression vers l'observance.

Il importe que ces outils soient conçus dans une approche résolument positive et non culpabilisante, et être accueillis favorablement par le médecin dans le cadre de la relation médecin-patient. Leur élaboration doit avoir pour cadre une démarche collaborative entre patients et soignants. Ils doivent permettre de favoriser l'échange entre le personnel soignant et le patient, en étant aussi un support d'analyse conjointe des événements ayant conduit le patient à ne pas prendre son traitement.

Si la non-observance est intentionnelle, des outils de ce type sont de peu d'utilité. Le choix de ne pas prendre un médicament, de sauter des prises, peut être dû à une information insuffisante, incomplète, voire mal comprise. Cela peut également être dû à une attitude perçue comme trop « docte » du médecin envers son patient (« je sais ce qui est bien pour vous ») ne laissant pas de place aux interrogations voire aux remises en cause dont le patient peut avoir besoin pour se sentir acteur et partie prenante de son traitement. Cette non-observance peut être surmontée et des outils peuvent être proposés pour aider les patients à tirer le meilleur parti de leurs consultations (préparation de la consultation, checklist des points à aborder avec le soignant, liste d'actions entre deux consultations, etc.)

Renforcer l'accompagnement pluri-professionnel

La bonne information, le dialogue et l'accompagnement humain sont des composantes indispensables en faveur d'une meilleure observance. Comme il a été dit précédemment, cette fonction d'accompagnement peut être assurée par différents professionnels en dehors du médecin, ainsi que par des pairs, en fonction des circonstances.

Le pharmacien, qui a avec le patient des contacts fréquents et non contraints, favorables à une parole libre, est un interlocuteur essentiel pour échanger et conseiller le patient sur le bon suivi de son traitement. Il semble donc nécessaire de renforcer son rôle auprès des patients chroniques et des patients polymédiqués. L'assurance maladie a ainsi formalisé avec les pharmaciens, dans le cadre conventionnel, la mise en œuvre du bilan partagé de médication. Lors de ce bilan, le pharmacien mène des entretiens avec le patient au cours desquels il liste avec lui de façon exhaustive les médicaments prescrits et/ou pris, y compris les produits en auto médication et en fait l'analyse. Cette analyse est partagée avec le médecin traitant. Le pharmacien prodigue des conseils pour la bonne prise de ces traitements et assure un suivi et une motivation de l'observance au cours d'entretiens dédiés. Ces bilans sont destinés aux patients de plus de 65 ans avec au moins une affection de longue durée (ALD), ainsi qu'aux patients de plus de 75 ans polymédiqués. Cette fonction d'accompagnement pourrait se développer encore davantage et portera d'autant plus ses fruits qu'elle sera réalisée en lien et en collaboration avec le médecin traitant.

L'intervention des infirmières dans l'accompagnement des malades chroniques est moins répandue en France que dans bon nombre de pays étrangers. L'expérience d'Asalée montre pourtant tout l'intérêt de ce type d'intervention en binôme, même si aujourd'hui il n'y a pas d'évaluation concernant l'impact spécifiquement sur l'observance. Dans le cadre d'équipes de soins structurées, notamment en maisons de santé pluriprofessionnelles, les missions des infirmières pourraient être modifiées pour intégrer cette fonction d'éducation des patients. En dehors d'une équipe de soins structurée, une infirmière peut être aussi mobilisée si le patient bénéficie déjà de soins infirmiers, mais cela sous-entend une reconnaissance et une valorisation de cette activité. Demain, l'intervention des Infirmières de pratique avancée (IPA) pourrait être aussi un élément déterminant chez le patient chronique, pour relayer les informations et apporter une écoute, un échange et un soutien motivationnel.

Dans tous les cas, des interventions coordonnées de plusieurs professionnels de santé sont un élément clé pour aider le patient et l'accompagner dans son traitement.

Par ailleurs, une dimension importante est le soutien et l'implication de la famille et des aidants. Ils ont un rôle majeur à jouer dans l'accompagnement et la motivation du patient au jour le jour. Il est donc souhaitable de les intégrer ou de renforcer leur présence et leur implication au cours des différentes interventions des professionnels de santé.

Encadré 16: Un nouvel acte infirmier pour prévenir la iatrogénie et favoriser l'observance médicamenteuse

Pour répondre aux enjeux de santé publique, de prévention et de qualité de prise en charge, les partenaires conventionnels ont convenu, dans l'avenant 6, d'inscrire un nouvel acte d'accompagnement à la prise médicamenteuse.

L'accompagnement de certains patients par l'infirmier au domicile de ces derniers, réalisé de façon ponctuelle et en concertation avec le médecin traitant, a pour objet de favoriser l'adhésion au traitement, l'observance médicamenteuse, de prévenir les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations inopportunes (information, éducation du patient, gestion du stock des médicaments, administration du médicament, détection des effets indésirables).

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'évolution des missions des infirmiers notamment au titre de la surveillance clinique et de l'éducation des patients atteints de pathologies chroniques, en coordination avec le médecin traitant. Elle s'inscrit également en complémentarité avec le bilan de médication réalisé par le pharmacien pour les patients âgés polymédiqués.

Cet acte sera prescrit par le médecin lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement, ou encore au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin traitant ou le prescripteur

Cet acte comporte trois séances (prise de contact avec le patient, mise en œuvre, évaluation et compte rendu) réalisables dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois dans les 12 mois suivants. Il sera inscrit à la NGAP et entrera en vigueur le 1er janvier 2022.

Une autre proposition a pour objectif de faire émerger, sur le terrain, des idées et des solutions fondées sur un travail commun pluri-professionnel. Il s'agirait de mener une expérimentation partant d'un ensemble de professionnels sur un territoire, qui essaieraient de construire collectivement, une offre d'accompagnement, intégrant un objectif collectif d'améliorer l'observance dans le cadre de certaines pathologies chroniques. Cette expérimentation pourrait s'inscrire dans une communauté professionnelle territoriale de santé ou dans une équipe de soins primaires, dans le cadre notamment d'expérimentations nationales initiées par l'article 51.

Ce développement spécifique sur l'observance implique de :

- Intégrer des médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les pharmaciens et infirmiers volontaires ;
- Définir des indicateurs partagés d'observance (pour une ou deux maladies chroniques et portant sur la patientèle commune des professionnels volontaires ;
- Fixer des objectifs collectifs d'amélioration de ces indicateurs ;
- Mettre en œuvre un suivi régulier et une communication sur les évolutions de ces indicateurs ;
- Expérimenter dans ce cadre des organisations, prestations d'éducation, des outils de dialogue et de suivi.

Le but serait de voir si, en mobilisant localement et de façon coordonnée un ensemble de professionnels, il est possible de mieux accompagner des patients et obtenir des résultats en termes d'adhésion au traitement.

Par ailleurs, là où cette modalité existe, un accompagnement par des patients experts, sur le modèle du programme d'accompagnement par les pairs « Élan Solidaire » porté par la Fédération Française des Diabétiques, pourrait être soutenu et les conditions d'un développement de ces actions être examinées. Élan Solidaire est un programme d'accompagnement destiné aux personnes atteintes de diabète ainsi qu'à leurs proches. Des groupes d'une dizaine de personnes sont animés par des bénévoles diabétiques devenus « Patients Experts » dans le cadre d'une formation délivrée par la Fédération. Il s'agit de rencontres entre personnes concernées par le diabète afin d'écouter, partager, échanger, reprendre confiance et agir pour mieux vivre avec la maladie, grâce à une meilleure connaissance du diabète au quotidien (alimentation, activité physique, suivi du traitement médicamenteux, etc.) et ce, sans ingérence dans le traitement.

Propositions pour favoriser l'adhésion des patients au traitement et renforcer l'observance

Proposition 17 : Mettre en place un baromètre de l'observance

Afin de favoriser une plus large diffusion des connaissances sur l'observance auprès d'un large public, l'assurance maladie se propose de publier à un rythme bisannuel un baromètre dédié à l'observance, constituant un rappel régulier sur cette problématique majeure et visant à faire partager les données sur les évolutions constatées.

Proposition 18 : Élaborer et diffuser des outils de dialogue et d'analyse de l'observance et de l'adhésion au traitement

Dans l'objectif de favoriser le dialogue entre le patient et les professionnels de santé, l'Assurance maladie propose d'élaborer et de diffuser différents outils appropriés : livrets pédagogiques, outils d'autodiagnostic, mémos pratiques... L'utilisation de ces différents supports devra permettre de proposer au patient des outils et des démarches adaptés à sa situation.

3. Travailler ensemble pour la pertinence des parcours et le juste soin

3.1. Améliorer la pertinence : un enjeu majeur pour la qualité des soins et l'efficacité du système de santé

3.1.1 Un enjeu sanitaire et économique de premier ordre

L'amélioration de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins est un des leviers principaux de transformation de notre système de santé, au croisement d'enjeux médicaux et économiques.

Il s'agit d'abord et avant tout d'un enjeu fort pour les patients. Prescrire un examen inutile ou ne pas prescrire un traitement utile sont autant de pertes de chances potentielles pour les patients concernés, soit en les exposant inutilement à des complications ou des effets indésirables, soit en les privant du bénéfice d'une prise en charge appropriée. L'impact de ces phénomènes est réel et important. Rappelons par exemple que dans les données de l'étude « *Global Burden of disease* », les événements indésirables associés aux soins les plus fréquents représentaient la 20ème cause de morbi-mortalité dans les pays à haut revenu (1).

L'impact économique de la non-pertinence est également majeur. S'il est difficile de le chiffrer de manière précise, le coût du gaspillage et de la non qualité peut être estimé à plusieurs milliards d'euros chaque année et représenterait, selon les diverses études disponibles sur le sujet dont celle menée en 2017 par l'OCDE jusqu'à 20 à 30 % des dépenses pour certaines prises en charge (2). Alors que la contrainte du financement pèse et continuera à peser fortement sur notre système de santé, il s'agit d'un levier indispensable à la soutenabilité de notre système de santé solidaire, à court et à long terme.

Promouvoir la pertinence et la qualité des soins est donc un mode de régulation médicalisé, essentiel à la maîtrise des dépenses et complémentaire à des mécanismes uniquement fondés sur la maîtrise des prix et des volumes.

3.1.2 Faire évoluer les pratiques individuelles et collectives en mobilisant plusieurs leviers d'action

L'Assurance maladie a, de longue date, fait de la pertinence un sujet central de sa politique de gestion du risque et a ainsi développé de nombreuses actions dans ce sens. Ces actions ont pris des formes diverses et mobilisé de nombreuses modalités différentes, comme les rencontres entre les praticiens conseils et les médecins libéraux ou hospitaliers autour de la promotion de bonnes pratiques, programmes d'informations des prescripteurs ou du grand public.

Initialement centrées sur un « acte » médical ou soignant précis ou une procédure particulière, ces actions se sont progressivement orientées vers une vision plus collective autour des parcours de soins, où la pertinence n'est pas tant la résultante de l'action individuelle d'un acteur donné que celle de l'effort collectif d'une équipe de professionnels en interaction avec le patient.

A travers leurs réussites et leurs échecs, ces actions permettent de tirer plusieurs enseignements qui dessinent les caractéristiques indispensables à toute politique ambitieuse sur le sujet :

- L'amélioration de la pertinence des pratiques passe par la combinaison de multiples actions à mener auprès des professionnels de santé, des assurés comme sur les organisations et ne procède pas de l'application simple d'une recette magique ;
- La construction et la diffusion des actions d'amélioration de la pertinence doivent se faire avec les professionnels. A défaut, ces démarches seraient perçues comme des préconisations illégitimes dont l'objectif prioritaire est économique. ;

- Un appui méthodologique et technique (conduite de projet, fourniture de données) est nécessaire si l'on veut modifier une organisation de soins et accompagner les changements vers des pratiques recommandées sans que ceci soit perçu par les professionnels comme une remise en cause ou une intrusion ;
- Les éventuels impacts financiers pour les professionnels de santé qui s'inscrivent dans des démarches de pertinence ne doivent pas être sous-estimés mais anticipés afin de valoriser une activité pertinente, quelles qu'en soient les modalités.

Il est ainsi indispensable d'impliquer l'ensemble des professionnels de santé et des patients concernés par un parcours de soins donné, dans la conception et la mise en œuvre des actions fondées sur la pertinence et la qualité des soins. Les actions ainsi conçues sont un moyen à la fois plus pédagogique et plus efficace d'agir dans la durée.

Réussir à améliorer la pertinence des soins implique souvent de modifier les décisions ou les pratiques d'un ou plusieurs professionnels. Cela suppose que soit pris en compte l'ensemble des déterminants individuels et collectifs qui aboutissent à la pertinence d'une décision de soin à un moment donné. A cet égard l'intégration du contexte personnel et ou « environnemental » est fondamentale. Il s'agit plus précisément de considérer de façon fine les facteurs qui ont une influence sur la pertinence des choix opérés : attrait des professionnels et /ou des patients pour la nouveauté des traitements au-delà des circonstances où leur intérêt est démontré, incitation à une intervention de soin motivée par un impact financier plus favorable pour le professionnel ou guidée par une contrainte organisationnelle limitant l'accès à une pratique en accord avec les recommandations. Cette compréhension est indispensable afin de proposer une réponse mobilisant les leviers adéquats.

3.2. Le chantier Pertinence du plan « Ma santé 2022 » : une nouvelle approche

3.2.1 Une démarche construite avec les professionnels et les patients autour des parcours de soins

Construire des parcours de soins adaptés aux réalités de terrain pour favoriser durablement les pratiques pertinentes

Le chantier consacré à la pertinence et à la qualité des soins, piloté par l'Assurance maladie et la Haute Autorité de santé, s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé posé en 2018 par le Président de la République. Dans la continuité des actions précédentes, il apporte cependant des éléments novateurs et en particulier, une méthode de co-construction systématique avec les professionnels et les patients.

L'objet des travaux est l'amélioration de la pertinence des parcours de soins. A partir de la connaissance pratique qu'en ont les acteurs qui interviennent à un moment de la chaîne du soin, il s'agit d'identifier, d'atténuer puis d'effacer les points de ruptures qui peuvent survenir dans la prise en charge des patients liés aux différentes conditions d'exercice des professionnels, médecins ou non, qui prennent en charge les patients. Une telle démarche doit reposer, d'une part, sur l'implication précoce de ceux qui mettront en œuvre les actions correctrices et, d'autre part, sur leur accompagnement en veillant à les doter de moyens d'évaluer globalement et individuellement la qualité de leurs actions.

Si rigoureuses scientifiquement et pragmatiques soient les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, leur simple mise à disposition ne saurait suffire à susciter leur appropriation par les professionnels. D'où l'absence de changement significatif des pratiques.

L'implication d'acteurs régionaux associant une représentation professionnelle et institutionnelle dès la phase initiale d'élaboration des parcours, a pour objectif de renforcer l'adaptation de ces recommandations aux spécificités des organisations et de l'offre de soins. On peut penser que l'appropriation de ces recommandations sera d'autant plus réelle que celles-ci seront adaptées aux réalités de terrain et à leur diversité.

La déclinaison des parcours par les professionnels dans leur pratique quotidienne ne peut en effet se concevoir qu'en favorisant un cadre souple largement bâti avec les contributions émanant des acteurs de terrain plutôt

qu'en cherchant l'application indéfectible par ces mêmes acteurs de préconisations descendantes et définitivement construites.

Définir les parcours et identifier des indicateurs avec les collèges nationaux professionnels

L'Assurance maladie a ainsi entamé dès le printemps 2018 une démarche visant à structurer des travaux autour de parcours de soins pertinents. Elle consiste à proposer aux professionnels de santé via leurs collèges nationaux professionnels (CNP) le choix de thématiques qui concernent la prise en charge d'affections fréquentes et qui emportent des questions d'amélioration de la qualité et de la pertinence des pratiques.

De son côté, la HAS s'est engagée dans la production d'indicateurs de qualité ou de messages de pertinence à partir de parcours de soins disponibles. Ses méthodes d'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins ont ainsi évolué pour s'adapter au parcours de soins dans son ensemble et définir des indicateurs jugés pertinents par les professionnels et les usagers après avoir défini les points critiques pour assurer une prise en charge de qualité.

Encadré 17 : Les collèges nationaux professionnels

Les conseils nationaux professionnels regroupent, pour chaque profession de santé ou, le cas échéant, pour chaque spécialité, toutes les composantes de la spécialité (sociétés savantes, collèges, syndicats, structures universitaires...)

Ils sont au nombre de 46 pour les spécialités hors médecine générale, le CNP de la spécialité de médecine générale est intégré au sein du Collège de la Médecine Générale.

Ils proposent pour chaque profession ou spécialité, un parcours pluriannuel de développement professionnel continu (DPC) qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation en la matière.

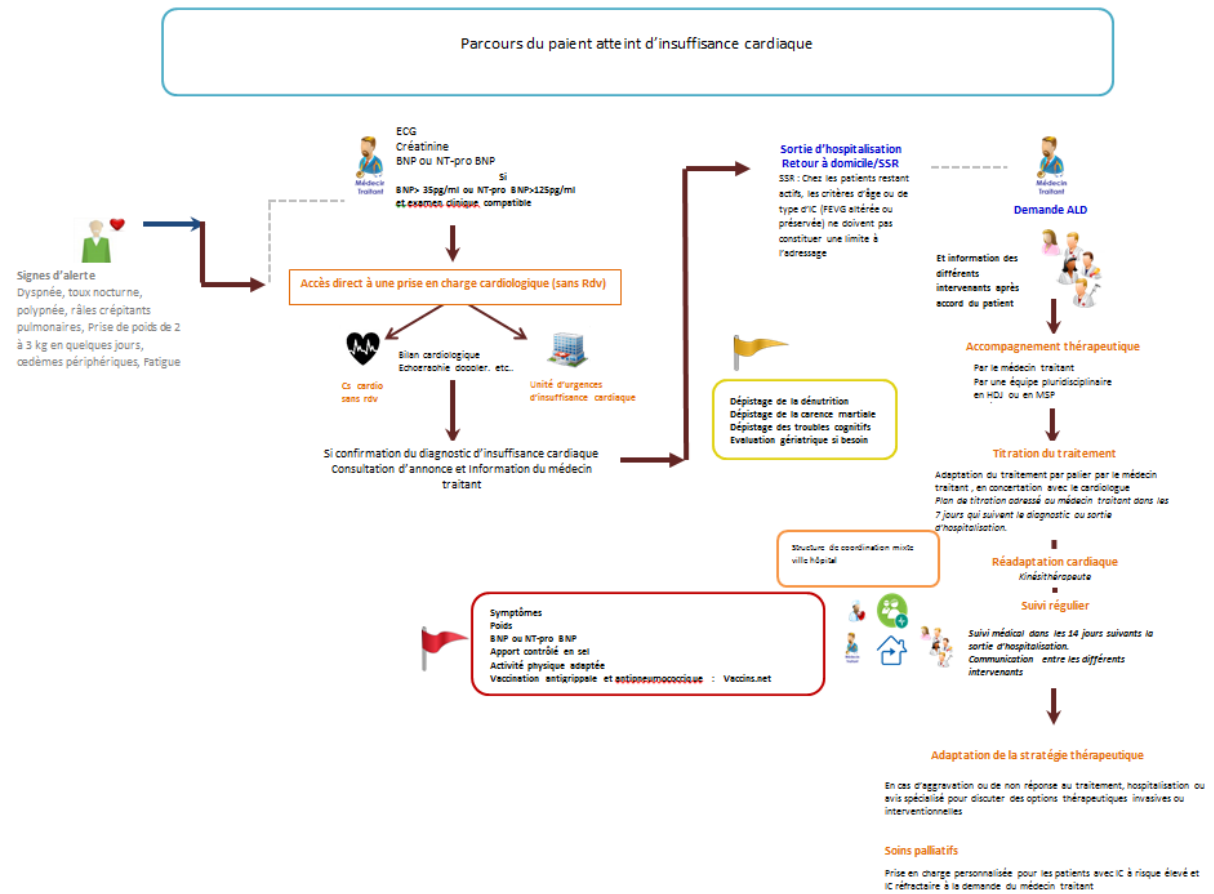
Leurs missions ont été enrichies par un décret du 9 janvier 2019 en complément de celles déjà définies dans le cadre du DPC. Dans l'objectif d'améliorer les processus de prise en charge, la qualité et la sécurité des soins et la compétence des professionnels de santé les CNP sont désormais chargés :

- d'apporter une contribution notamment en proposant des professionnels susceptibles d'être désignés en tant qu'experts, dans les domaines scientifique et opérationnel liés à l'organisation et à l'exercice de la profession ou de la spécialité
- de contribuer à analyser et à accompagner l'évolution des métiers et des compétences des professionnels de santé à travers notamment la définition de référentiels métiers et de recommandations professionnelles
- de participer à la mise en place de registres épidémiologiques pour la surveillance des événements de santé et de registres professionnels d'observation des pratiques
- De désigner, à la demande de l'Etat, des représentants de la profession ou de la spécialité pour siéger dans les structures appelées à émettre des avis sur les demandes d'autorisations d'exercice ou de reconnaissance des qualifications professionnelles.

Ce décret acte en outre la constitution de CNP paramédicaux et la possibilité de structures fédératives pluri professionnelles.

Pour chaque thématique retenue il s'agit de décrire, en s'appuyant sur l'état de l'art, des parcours de soins simples, complets, définis à partir de situations cliniques concrètes. Les étapes du parcours considéré sont décrites en abordant les phases hospitalières et ambulatoires de la prise en charge et en couvrant les aspects de prévention, de diagnostic de traitement ou de suivi. Les éléments de pratiques pertinentes sont mis en relief (mais aussi le signalement de pratiques non pertinentes) en indiquant les points de ruptures constatés sur les parcours et les mesures susceptibles de les éviter

Figure 74 : Exemple de description du parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque développé avec le CNP de cardiologie



L'élaboration de ces parcours est menée par les représentants d'une spécialité principale. Y sont associés systématiquement le Collège de la médecine générale et les représentants de l'ensemble des spécialités médicales ou paramédicales qui sont concernés par le parcours. L'assurance maladie et la Haute Autorité de santé viennent en appui de ces travaux en particulier pour contribuer à la définition d'indicateurs du parcours.

Cette démarche collaborative permet de mobiliser autour des professionnels, les représentants des usagers, les différentes expertises nationales (exploitation des bases de données, modalités d'interrogation des patients ou de restitution aux professionnels aux usagers ou aux régulateurs) et des acteurs régionaux des futurs terrains de mise en place.

Des indicateurs pour éclairer et orienter les acteurs

La construction d'indicateurs fait partie intégrante du travail proposé aux professionnels et doit être au service de la démarche en permettant d'objectiver la réalité des points de rupture du parcours (indicateurs de moyens ou de résultats intermédiaires ou finaux), de refléter les modifications de pratique engagées par ces professionnels et in fine d'en traduire les conséquences. Le niveau d'exigence métrologique des indicateurs produits doit être adapté à chaque usage envisagé, aux données disponibles et au coût de production de l'indicateur.

Les indicateurs ainsi définis permettent de donner aux professionnels une image de leur pratique, objectivant des phénomènes souvent connus d'eux, mais rarement quantifiés. Ils apportent également une vision transversale des parcours et permettent d'initier des réflexions partagées entre les différents acteurs, ville et hôpital, par exemple, support de démarches d'amélioration partagées dans l'intérêt du patient.

L'indicateur est ici considéré comme un outil dont l'objet est de susciter des questionnements partagés, et d'éclairer les acteurs. L'étude des variations géographiques est particulièrement intéressante. La constatation des écarts de valeur pour un même indicateur entre différents territoires au-delà des chiffres eux-mêmes permet aux acteurs de se questionner sur les variations de pratiques et d'organisation, entrant ainsi dans une démarche d'amélioration.

3.1.1.1 Une stratégie de déploiement impliquant directement les acteurs territoriaux

Après cette première phase d'élaboration, une phase de déploiement expérimental a débuté en décembre 2018 par la présentation des travaux dans deux régions pilotes : Grand Est et Auvergne Rhône Alpes. Ces présentations sont faites par les CNP responsables du projet devant les acteurs locaux impliqués dans leur mise en œuvre, structures régionales en charge de la gestion du risque et de l'amélioration de la pertinence : représentants des professionnels de santé unions régionales des professions de santé (URPS), représentants des CNP locaux et Instances Régionales d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS – encadré) en présence des Directeurs généraux des Agences régionales de santé pour l'état et des responsables régionaux de l'Assurance maladie (directeurs coordonnateurs de la gestion du risque et directeurs régionaux du service médical).

Cette présentation initiale a permis d'exposer la méthode de travail retenue, de partager les premiers questionnements sur les possibilités de diffusion compte tenu du contexte régional en particulier sur l'offre de soins ou l'existence d'organisations ou programmes pour améliorer la pertinence et de prendre date pour le début des phases opérationnelles.

Les premiers retours de la région AuRA, qui a fait le choix pour la mise en place de ces parcours de s'ancrer sur les CPTS, constituées ont permis de faire des premiers constats :

- Les différents acteurs professionnels ont une perception immédiate et réaliste des enjeux pour ce qui concerne aussi bien l'organisation des prises en charge que la qualité des soins. Ils se fondent sur leurs expériences, leurs connaissances et l'éclairage des indicateurs proposés par les parcours de soins déclinés sur la région et les départements ;
- La variabilité des situations en termes d'organisation des professionnels d'offre de soins ou dispositifs d'accompagnement (réseaux dédiés ou généralistes, programme PRADO par exemple) est considérable ;
- L'émergence de besoins en formation à partir de référentiels partagés, en informations et circuits de communication et enfin en modalités d'évaluation.

Ce début d'appropriation de la démarche par les acteurs s'est traduit par la fixation d'objectifs prioritaires. Il s'agit pour l'étape suivante d'élaborer des plans d'actions régionaux pour atteindre les différents objectifs identifiés. A cet égard l'IRAPS apparaît comme la structure d'appui naturelle en particulier pour contribuer à l'évaluation de la mise en place afin de renforcer la conviction des acteurs dans leur capacité à agir et s'assurer d'une amélioration individuelle et collective.

Encadré 18 : L'IRAPS : un acteur central pour les démarches de pertinence en région

les Instances Régionales d'Amélioration de la Pertinence des Soins ont été instituées par le Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015. Ces instances contribuent à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elles concourent à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

Les membres de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins, dont le nombre ne peut excéder vingt, sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé. Elle comprend obligatoirement :

- Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant
- Le directeur de l'organisme ou du service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou son représentant
- Un représentant de chacune des fédérations hospitalières représentatives au niveau régional :
- Un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé de la région
- Un représentant de l'une des unions régionales des professionnels de santé
- Un représentant des associations d'usagers agréées article L. 1114-1 du code de la santé publique

Afin de préserver et d'amplifier la dynamique régionale qui s'installe, il est nécessaire de :

- renforcer la présence des acteurs des réseaux ARS et Assurance maladie (en les associant le plus tôt possible à la conception des parcours, en les mettant en situation de facilitateurs) ;
- procéder à un déploiement progressif à partir des régions pilotes initialement concernées en se donnant le temps de l'enrichissement supplémentaire de 1 ou 3 autre(s) région(s) avant la généralisation ;
- tenir compte impérativement des réalités du terrain tant est importante la diversité des situations à la fois géographiques que professionnelles.

3.1.1.2 La pertinence des parcours : l'exemple des travaux pilotes

Deux premiers parcours pilotes ont été élaborés avec les CNP de cardiologie et de rhumatologie, l'un concerne la prise en charge de patients atteints d'insuffisance cardiaque, l'autre celle de patients atteints d'ostéoporose et à risque fracturaire. Conformément au principe exposé plus haut, les travaux de définition ont associé les différents professionnels médicaux et non médicaux parties prenantes au parcours, en veillant à la représentation des différents modes d'exercice ville ou hôpital. Les échanges qu'autorise ce processus d'élaboration permettent de cerner les déterminants d'efficacité d'une démarche complexe qui doit tenir compte tout à la fois des connaissances et de leur progrès continu, de l'expérience différente des multiples intervenants et de la variété territoriale des organisations de soins.

Les travaux menés avec le Collège National Professionnel de Cardiologie : Insuffisance cardiaque

Pourquoi l'insuffisance cardiaque ?

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire sur le long cours, associant en fonction du stade des mesures hygiéno-diététiques adaptées, un traitement médicamenteux adapté à la capacité d'éjection du ventricule gauche et un suivi régulier, partagé entre le cardiologue et le médecin traitant. Lorsqu'elle n'est pas correctement prise en charge, elle peut évoluer de manière aiguë sous forme de décompensation, complication grave, potentiellement létale, nécessitant une hospitalisation et des soins urgents.

Plusieurs études ont montré que la prise en charge des patients pouvait être améliorée et conduire à d'importants gains en termes de survie, de qualité de vie et de dépenses évitées. Ainsi, l'insuffisance cardiaque représente la moitié des séjours d'Hospitalisation potentiellement évitables (HPE⁴⁸) avec plus de 156 000 séjours en 2015 et plus de 160 000 séjours en 2017, soit des taux pour 1000 habitants de 18 ans et plus respectivement de 3,07 et 3,13. .

L'un des points critiques identifié du parcours des patients concerne les suites d'une hospitalisation pour un épisode de décompensation. Plusieurs recommandations^{49,50} de la HAS ont traité de ce sujet et préconisent un contact rapide avec un professionnel de santé (médecin traitant dans la semaine qui suit l'hospitalisation puis cardiologue) pour optimiser le traitement. Sont également recommandées des visites à domicile d'un infirmier formé au suivi des patients atteints d'une insuffisance cardiaque et d'un kinésithérapeute. La sortie d'hospitalisation des patients insuffisants cardiaque fait l'objet notamment du programme PRADO.

48 Les hospitalisations potentiellement évitables sont étudiées pour Angine de poitrine sans IDM, Asthme, Complications du diabète à court terme, Déshydratation, Insuffisance cardiaque. Le taux HPE est couramment utilisé comme un marqueur clé de l'accès aux soins et à la prévention. Cet indicateur dont la définition est partagée internationalement est produit en routine par l'ATIH. Une hospitalisation potentiellement évitable ne désigne pas une hospitalisation directement non justifiée ou inadéquate, mais concerne des situations où un suivi pertinent en ville permet a priori d'éviter la dégradation de la santé du patient et donc une hospitalisation. Il permet ainsi une mesure indirecte de la qualité et de l'efficacité des soins primaires.

49 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf

50 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fpc_i_ns_cardiaque_web.pdf

Les données sur l'insuffisance cardiaque

La cartographie médicalisée des dépenses retrouve en 2017 plus de 670 000 cas, dont 152 000 épisodes aigus. Les effectifs augmentent de 3,75 (épisodes aigus) à 4 % par an depuis 2012.

Il s'agit d'une maladie touchant des personnes particulièrement âgées (Moyenne d'âge de 78 ans), polyopathologiques : 70 % des patients ayant au moins une autre pathologie cardiaque, 27 % un diabète, 24 % une maladie respiratoire chronique.

Le pronostic des patients souffrant de cette pathologie est particulièrement sombre, le taux de décès parmi les patients souffrant d'une insuffisance cardiaque chronique est de 14 %. Dans le cas d'une décompensation aiguë, 25 % des personnes concernées étaient décédées en 2017.

Au total, la prise en charge de l'IC représente près de 2,8 Mds d'euros en 2017, pour moitié pour les seuls épisodes aigus. La dépense moyenne par patient est de 7 880 € par an pour les épisodes aigus, aux ¾ destinés aux soins hospitaliers. En l'absence d'épisode aigu, la dépense moyenne est de 2 180 € annuels, à 85 % consacrés à des dépenses de soins de ville.

Quels indicateurs de pertinence des parcours retenus ?

En accord avec le CNP de cardiologie, les indicateurs développés se sont concentrés sur la prise en charge autour de l'hospitalisation pour un épisode aigu d'insuffisance cardiaque. Les indicateurs visent à explorer si la prise en charge des patients était conforme ou non aux recommandations de bonne pratique et s'il existait des variations géographiques au niveau des régions ou des départements.

Encadré 19 : Indicateurs Parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque

Indicateurs proposés par les experts du CNP de cardiologie

1. Nombre et délai d'hospitalisation ou réhospitalisation non programmée sur un an glissé
2. Délai sortie d'hôpital-1er contact médical (MG ou cardiologue) et délai contact médical avant réhospitalisation
3. Réadaptation cardiaque (SSR, Kiné)
4. Mortalité globale intra et extrahospitalière
5. Nombre de consultations cardiologiques par an chez les patients stables (définis par l'absence d'hospitalisation sur l'année)

Quels résultats ?

Au niveau national

L'étude de ces indicateurs à partir du SNDS porte sur une population de plus de 160 000 patients hospitalisés en 2014 et en 2016 pour insuffisance cardiaque.

Ces résultats confirment tout d'abord la sévérité du pronostic des patients concernés, puisqu'on retrouve une mortalité toute cause intra hospitalière de 6,9% puis de 9,7 %, 33,6% et 55,9% respectivement pour des délais de 1 mois, 1 an et 3 ans après l'hospitalisation. Par ailleurs, près du tiers (31 %) des patients hospitalisés ont été réhospitalisés dans l'année suivante (la moitié dans les 3 mois suivant la sortie du premier séjour). La réhospitalisation était précédée d'un contact avec un cardiologue pour 30 % seulement des patients dont la moitié moins de deux mois avant.

Les résultats soulignent l'insuffisance de la coordination entre la ville et l'hôpital. Le taux de recours à la réadaptation cardiaque était modeste puisque seuls 29 % des patients en bénéficiait dans les 3 mois suivant leur sortie. Le recours aux consultations de cardiologues ou de généralistes était lui aussi insuffisant pour la moitié des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque : 15% des patients après leur hospitalisation n'ont plus aucun contact avec le système de santé. Un contact a lieu dans les 12 jours pour la moitié seulement des patients ayant un contact. Les patients stables avaient une consultation avec un cardiologue pour la moitié d'entre eux (49.4%). Cette consultation a lieu pour la moitié d'entre eux avant le 64^{ème} jour post-hospitalisation. Une seule consultation dans l'année était retrouvée pour la moitié de ces patients stables. Ces premiers chiffres expliquent pour partie la part relativement importante de l'insuffisance cardiaque dans les HPE.

Variations géographiques interrégionales

Ces constats préoccupants se déclinent bien entendu de manière très variable en fonction des territoires. Ainsi en 2016, on constatait de grandes variations entre régions :

- Le taux de réhospitalisation toute cause dans l'année qui suit une première hospitalisation varie entre 42 % en Ile de France et 31 % en Auvergne Rhône Alpes ;
- Le nombre de réhospitalisations dans l'année allant de 1 pour 16.6% des patients à 3 pour 7.1% des patients en Auvergne Rhône Alpes, alors qu'en Ile de France, il est respectivement de 20,2% et de 11,5% ;
- La réhospitalisation est précédée d'un contact avec un cardiologue pour 36,7 % des patients en Ile de France contre 20% en Auvergne Rhône Alpes ;
- La réadaptation cardiaque à 3 mois et mise en œuvre pour 31,6 % des patients en Auvergne Rhône Alpes et 29,1 % en Ile de France.
- En Auvergne Rhône Alpes, une consultation avec un cardiologue pour 35,6% des patients stables. Cette consultation a lieu pour la moitié d'entre eux avant le 79^{ème} jour. Une seule consultation dans l'année pour la moitié de ces patients stables. En Ile de France, une consultation avec un cardiologue pour 64% des patients stables. Cette consultation a lieu pour la moitié d'entre eux avant le 55^{ème} jour. Une seule consultation dans l'année pour le quart de ces patients stables.
- En Ile de France, la mortalité intra hospitalière est de 5,5%, la mortalité est de 8,3% à 1 mois, de 31,2% à 1 an et 49,9% à 3 ans. En Auvergne Rhône Alpes, elle est respectivement de 6,6% en intra hospitalier, de 9,5%, 31,7% et 50,5% à 1 mois, 1 an et 3 ans.

Si ces écarts interrogent, leur constat partagé avec les professionnels concernés permet d'initier une démarche d'amélioration de la pertinence.

Variations géographiques infra régionales

On retrouve au sein même des régions de variations analogues. L'intérêt d'une analyse à ce niveau de finesse est qu'il est au plus proche des zones d'intervention des acteurs et permet de confronter les chiffres aux pratiques des professionnels tels qu'ils les perçoivent et aux contextes locaux.

L'étude des indicateurs au niveau départemental permet ainsi d'apprécier la variabilité de la conformité des prises en charge aux recommandations

Figure 75 : Variations départementales du suivi après hospitalisation pour insuffisance cardiaque en région AuRA

		Suivi MG à 14 j	Suivi cardio à 2 mois	Suivi infirmier à 1mois
6. Analyse du parcours de soins à partir du SNDS INSUFFISANCE CARDIAQUE	Allier	52%	39%	80%
	Cantal	54%	32%	72%
	Haute Loire	47%	30%	82%
	Puy de Dôme	60%	33%	84%
	Ain	49%	34%	72%
	Ardèche	50%	36%	73%
	Drome	56%	37%	75%
	Isère	57%	38%	79%
	Loire	46%	41%	83%
	Rhône	46%	39%	74%
	Savoie	52%	37%	81%
	Haute Savoie	43%	45%	69%
	Région	51%	40%	75%

Lecture : en Haute Loire, 47% des patients ont un suivi par le MG dans les 14 jours après l'hospitalisation pour IC, 30% par le cardiologue dans les 2 mois et 82% par l'infirmier dans les 30 jours suivant l'hospitalisation

Les Travaux menés avec le Collège National Professionnel de Rhumatologie : Ostéoporose

Pourquoi l'ostéoporose ?

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par la diminution de la résistance osseuse entraînant un risque de fracture dont la fréquence augmente avec l'âge. Les fractures ostéoporotiques ou

fractures de fragilité surviennent à la suite d'un traumatisme de faible énergie équivalent au plus à une chute de sa propre hauteur en marchant, parfois à la suite d'un simple effort contraignant le squelette, notamment les fractures vertébrales. La chute de sa hauteur est la première cause de traumatisme conduisant à une fracture de fragilité non vertébrale, 5 % des chutes se compliquant de fractures (2), et 2 % d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez des sujets âgés de plus de 65 ans

La chute est le plus souvent le témoin d'une fragilité générale du patient, qui relève d'un bilan précis et nécessite la mise en place de mesures pluridisciplinaires de prévention. Les fractures ostéoporotiques surviennent ainsi plus volontiers dans un contexte de polyopathie (maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson et les démences, le diabète, les maladies cardio-vasculaires...) et de polymédication.

Certaines fractures dites sévères sont associées à un excès de mortalité et sont également associées à un risque de récurrences expliquant 25 % de l'excès de mortalité chez ces patients. La survenue d'une fracture peut précipiter l'évolution d'une comorbidité, et compliquer son traitement. A l'inverse, le pronostic fonctionnel et vital de ces patients va être amélioré par la prise en charge conjointe de l'ostéoporose, la prévention des complications des comorbidités et les mesures visant à réduire le risque de chute. Il est donc nécessaire de les prendre en compte dans l'évaluation de ces malades comme dans leur prise en charge.

Le constat d'une prise en charge non optimale dressé après l'analyse des parcours de soins des patients en particulier à la suite d'une hospitalisation pour fracture liée à une fragilité osseuse avait conduit l'Assurance maladie dans son rapport pour 2016 à la proposition puis à la mise en œuvre d'une prise en charge globale de ce type de fractures au sein du programme de retour à domicile PRADO Orthopédie. Parallèlement, les spécialistes rhumatologues procèdent au déploiement de filières spécifiques (une quarantaine sur l'ensemble du territoire) après la survenue de fractures s'inspirant de modèles d'accompagnement étrangers (3) afin de favoriser la coordination des acteurs hospitaliers ou de ville autour du patient.

Le choix du sujet ostéoporose par le CNP de rhumatologie pour la réalisation d'un parcours de soins s'inscrit dans ce contexte, avec la volonté d'identifier les points-clés de la prise en charge d'un patient atteint d'ostéoporose et à risque fracturaire, de signaler les points de rupture en fonction de la sévérité des situations et de pointer des pratiques (examens complémentaires, thérapeutiques) non pertinentes.

Quels indicateurs de pertinence des parcours retenus ?

Les indicateurs développés se sont concentrés sur la prise en charge autour de l'hospitalisation pour une fracture ostéoporotique sévère. Les indicateurs visent à explorer si la prise en charge des patients était conforme ou non aux recommandations de bonne pratique et s'il existait des variations géographiques au niveau des régions ou des départements.

Les indicateurs suivants ont été retenus :

- La réalisation d'une ostéodensitométrie après fracture
- La prise d'un traitement anti-ostéoporotique à 3 mois de la fracture index
- Le maintien sous un traitement anti-ostéoporotique à un et trois ans de la fracture index
- La réhospitalisation pour une nouvelle fracture dans les 3 ans suivant la fracture index
- Le maintien des conditions de vie ambulatoires pour les malades ne vivant pas en EHPAD
- La mortalité ...

Quels résultats ?

Au niveau national

En 2014, 220 802 patients âgés d'au moins 50 ans ont été hospitalisés pour une première fracture ostéoporotique sévère ou du poignet, dont 99 097 ont été inclus dans une étude visant à apprécier à l'aide des indicateurs retenus la qualité de leur parcours.

Les résultats mettent en évidence un déficit majeur de prise en charge à la fois dans une logique d'identification des patients ostéoporotiques et de prévention de la 2e fracture. La notion de risque imminent de celle-ci paraît totalement occultée si l'on analyse les indicateurs à court terme après la 1ère fracture. Au déficit de prise en charge, s'ajoute des choix thérapeutiques inadaptés avec une large prédominance d'une simple supplémentation en calcium et vitamine D, thérapeutique insuffisante dans la plupart des cas.

On constate ainsi pour la population des 99 097 patients inclus dans cette étude les éléments suivants :

- La réalisation d'une ostéodensitométrie pour 1,3% des patients à huit semaines de la fracture. Ce pourcentage s'élève à 2,3 % à 3 mois puis 4,4% à un an.
- Dans les trois mois suivant la fracture la prise d'un traitement anti-ostéoporotique concernait 6,4 % des patients, 26,6 % des patients recevaient uniquement une supplémentation en calcium et vit D tandis que 67 % des patients ne recevaient aucun de ces traitements.
- Un an après la fracture ces pourcentages sont respectivement de 10,7 %, 39,2 % et 51,2 %.
- Le taux de réhospitalisation pour fracture est de 8 % à 3ans.
- Après la fracture 5,2% des patients sont admis en EHPAD dans les 3mois et 10% dans l'année.
- Le taux de décès à 3 ans de la fracture est de 33 %.

Seuls 10,7 % des patients avaient bénéficié de la délivrance d'un traitement antiostéoporotique dans les douze mois précédant la fracture, le plus souvent associé à un apport en Vitamines D ou calcium. 39.2% des patients avaient uniquement une supplémentation en Vitamine D ou calcium et plus de la moitié, 51.2% n'avaient pas eu de traitements.

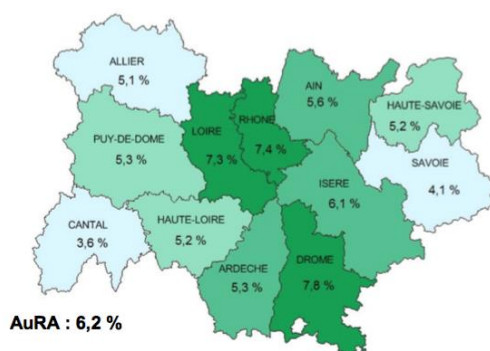
La délivrance d'un traitement ostéoporotique dans les trois mois suivant la fracture concernait 6,4% des patients dont 5,4% associée à un apport en Vitamine D ou calcium. 26,2% des patients avaient uniquement une supplémentation en Vitamines D ou calcium et plus des deux-tiers, n'avaient pas eu de traitements délivrés dans les trois mois suivant la fracture. 13,8% des patients étaient en EHPAD au moment de leur fracture. Après la fracture, le taux de nouvelles personnes en EHPAD était de 5,2% à 3 mois de la fracture, à un an ce taux était de 10 %. A huit semaines de la fracture, 1.3% des patients ont eu une ostéodensitométrie. A trois mois, ce taux était de 2.3% puis 4.4% à un an.

Variations géographiques infra régionales

L'étude des indicateurs au niveau départemental montre des variations importantes de ces indicateurs à mettre en regard de l'offre de soins locale (Figure 76 et Figure 77).

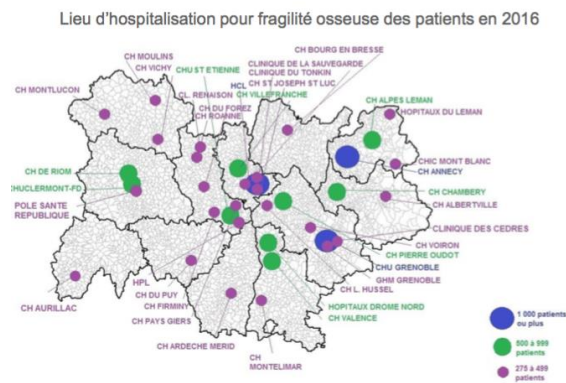
Le taux de patients ré-hospitalisés pour une fractures à trois ans était de 8.0%. Sur la même période le taux de décès était de 33%. Ce taux de décès à trois ans est fortement associé aux caractéristiques du patient (dont l'âge et le sexe). La présence de comorbidités ou l'hébergement en EHPAD sont associés à un taux de décès élevé.

Figure 76 : Taux de patients ayant réalisé une mesure de la densité osseuse dans les 6 mois après une première hospitalisation pour fracture ostéoporotique en 2016 en région AuRA



Source : PMSI DCIR 2016 et 2017 – tous régimes

Figure 77 : Lieux d'hospitalisation et nombre de patients traités pour fracture ostéoporotique en AuRA en 2016



Ces travaux s’inscrivent dans une démarche continue d’optimisation du parcours de soins des patients ostéoporotiques à la suite du développement d’initiatives telles que le programme PRADO orthopédie pour les patients après fracture et les filières fractures en milieu rhumatologique hospitalier. La prise en charge de ces patients est en effet le plus souvent pluri-professionnelle et pluri-spécialités. Elle doit en prévention secondaire après fracture comme en prévention primaire chez des patients avec comorbidités à risque d’ostéoporose, nécessiter l’évaluation du statut osseux, des éventuelles carences associées, du risque de chutes et de perte d’autonomie. Le traitement adapté doit dès lors cibler tout ou partie de ces diverses composantes du risque de fracture et le faire dans un délai court particulièrement lorsque ce risque de fracture est imminent après une fracture sévère ou chez des patients fragiles.

Quels enseignements ?

Les temps d’échanges autour d’indicateurs déclinés à l’échelle des territoires départementaux avec les différents acteurs locaux de la prise en charge du parcours proposé en présence des institutionnels et des porteurs nationaux (CNP) se sont déroulés dans un climat de confiance et d’écoute propice à l’émergence d’objectifs prioritaires. Les premières actions prioritaires proposées concernent le développement d’un programme de lutte contre les réhospitalisation en copilotage avec les équipes de Communauté Professionnelles Territoriale de Santé (CPTS), l’organisation d’admission directe des personnes en situation de décompensation. Ils apparaissent comme une étape indispensable aux engagements réciproques des différentes parties pour une appropriation réussie de la démarche.

En région AuRA la première présentation des parcours Insuffisance Cardiaque et Ostéoporose a orienté le choix des acteurs régionaux d’ancrer le déploiement de la démarche sur des organisations territoriales existantes les plus à même de satisfaire aux dimensions pluri professionnelle et de coordination requises pour proposer des parcours de qualité. Trois CPTS ont été retenues après un appel à projets et se sont engagées dans une démarche de déploiement.

L’accord conventionnel interprofessionnel ACI signé le 20 juin dernier entre les différentes organisations syndicales des professions de santé et l’Assurance maladie concernant ces structures prévoit au titre d’une de leurs trois missions socles l’organisation de parcours assurant une meilleure coordination entre les acteurs, pour éviter les ruptures et favoriser autant que possible le maintien à domicile des patients, via une gestion coordonnée renforcée entre tous les acteurs de santé intervenant autour du même patient (professionnels de santé, lien avec l’hôpital ou avec les établissements et services médico-sociaux).

3.2.2 La pertinence de prescription des examens pré-anesthésiques entre 2012 et 2017

La campagne « Pertinence des examens pré-anesthésiques » : exemple d’une démarche partenariale avec la SFAR

En 2012, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a actualisé son référentiel sur les examens pré-anesthésiques⁵¹. Elle y définit les situations dans lesquelles ces examens sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient. Un travail collaboratif avec la CNAM a ensuite été mené afin d'analyser, à partir des bases de données de l'Assurance maladie (SNDS), l'ampleur des écarts aux recommandations au niveau national et la variabilité des pratiques selon les territoires et entre établissements. Les principaux résultats pour l'année 2013 ont été diffusés en 2015. Il avait été estimé que 3.9 millions des examens pré anesthésiques réalisés en 2013 n'étaient pas pertinents, pour un montant financier de 28 millions d'euros, dont 20 millions à la charge de l'assurance maladie. En particulier, un bilan d'hémostase était prescrit à tort pour 22% des interventions chirurgicales chez l'adulte.

La CNAM et la SFAR ont élaboré un plan d'actions pour faire évoluer les comportements des prescripteurs et réduire les examens préanesthésiques superflus. Les mesures mises en place ont été les suivantes :

- En 2015 : **communication scientifique** des résultats dans des congrès, notamment le congrès national d'anesthésie réanimation de la SFAR en septembre 2015. Les résultats ont aussi été publiés dans une revue scientifique internationale (4).
- 2ème semestre 2016 : **communication envers les assurés** pour les sensibiliser au fait qu'un bilan biologique n'est pas systématique avant une anesthésie. Une campagne d'affichage a eu lieu dans les établissements (salles d'attente des consultations d'anesthésie et de chirurgie) et les messages ont été diffusés sur ameli.
- 4ème trimestre 2016 : envoi de **courriers**, dans le but d'inciter les établissements à une action d'autoévaluation de leurs pratiques. Un profil des établissements portant sur leur pratique de prescription des examens pré-anesthésiques en 2014 et 2015 a été établi et adressé par courrier. Les indicateurs de pertinence sont détaillés dans le tableau 1. Les établissements avaient la possibilité de solliciter la SFAR pour les accompagner dans leur changement de pratique. Les profils concernant les prescriptions en 2016 ont été envoyés l'année suivante, au 4^e trimestre 2017.
- 2019 : Des **visites** effectuées par l'assurance maladie ont lieu en 2019 auprès des établissements qui continuent à être atypique sur la base des profils de prescription pour les interventions chirurgicales réalisées en 2017. Ces visites consistent en une présentation du profil de l'établissement et un rappel des recommandations de la SFAR. Des actions plus incitatives pourront ensuite être déployées en l'absence d'amélioration des pratiques après mise en œuvre des actions pédagogiques, de type contractualisation (avec des objectifs qualitatifs et/ou quantitatifs) et de mise sous accord préalable (MSAP).

Des résultats variables et dans l'ensemble des évolutions modestes

On observe globalement entre 2013 et 2017 une baisse modérée des taux nationaux sur les indicateurs suivis, témoignant d'une faible amélioration de la pertinence des prescriptions des examens pré-anesthésiques sur cette période (Tableau 22). De plus, en raison de l'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales sur la période, le nombre absolu d'interventions pour lesquelles les prescriptions auraient pu être évitées a légèrement augmenté entre 2014 et 2017 (passant de 561 000 à 591 000 pour le bilan d'hémostase chez l'adulte).

Tableau 22 : Evolution des taux de recours nationaux des indicateurs de pertinence de prescription d'examens pré-anesthésique

	2013	2014	2015	2016	2017
Indicateur 1 : Bilan d'hémostase évitable chez l'enfant	40%	38%	38,3%	35,1%	32,1%
Indicateur 2 : Bilan d'hémostase évitable chez l'adulte	22%	21%	20,3%	19,6%	18,2%
Indicateur 3 : Groupe sanguin évitable chez l'adulte	45%	31%	33,7%	32,0%	29,7%
Indicateur 4 : Ionogramme évitable chez l'adulte	10%	15%	16,3%	16,6%	15,7%

Source : DCIR, PMSI
Champ : Tous régimes, France entière

Mais des exemples de réussites riches d'enseignements

⁵¹ Recommandations formalisées d'experts SFAR 2012 : Examens pré interventionnels systématiques (www.sfar.org.)

Les mesures d'information (communication et courriers) mises en place par la SFAR et la CNAM n'ont pas été suffisantes pour entraîner une diminution nette des examens inappropriés et des économies substantielles.

Certains établissements ont cependant amélioré de façon importante leur pratique, comme la clinique du Grand Large (Décines-Charpieu) qui a fait passer l'indicateur 3 (groupe sanguin évitable) de 58.2% des interventions en 2016 à 26.0% des interventions en 2017, suite à la réception de son profil. De même, la Clinique de Champagne (Troyes) a vu son indicateur 2 (bilan d'hémostase évitable chez l'adulte) diminué de 53% à 26% entre 2016 et 2017.

Des expériences locales prouvent par ailleurs que l'amélioration des pratiques dans ce secteur est possible. Parmi celles-ci, deux sont emblématiques.

La première est celle du CHU de Rennes où deux audits ont été conduits en 2013 et 2014⁵². Pendant une semaine donnée, toutes les prescriptions ont été comparées aux recommandations de la SFAR, puis classées en adaptées et non adaptées. A l'issue du premier audit pour chaque spécialité, des fiches mémos adaptées aux spécificités locales ont été élaborées. Lors du second audit, les prescriptions ont été comparées aux recommandations de la SFAR, classées en adaptées et non adaptées. Lors de ces deux audits, le nombre d'examen pré anesthésiques était identique. Les prescriptions d'ionogramme, de numération, formule sanguine, de groupes sanguins, d'explorations hémostatiques, de gaz du sang, d'électrocardiogramme étaient identiques, seules les demandes de radiographie thoracique étaient significativement plus faibles (13% versus 2%). Si ces résultats semblent être décevants, l'analyse observationnelle a montré que la mise en place de fiches mémos a permis une meilleure appropriation des référentiels, le taux de conformité des prescriptions est passée de 40% à 63% lors du second audit.

La seconde est celle de la clinique du Grand Large. L'équipe d'anesthésistes de cet établissement a fait le choix de développer un outil d'aide informatique à la prescription anesthésique des bilans biologiques préopératoires. Cet outil d'aide informatique permet après remplissage d'un questionnaire par le patient de réaliser une cartographie personnalisée des risques du patient et de proposer une prescription de bilans pré interventionnels individualisée conforme aux dernières recommandations de la SFAR. Cet outil s'apparente à un Plan clinique standardisé d'évaluation et de gestion. Cette prescription peut être modifiée par le prescripteur. Une étude observationnelle⁵³, rétrospective, monocentrique, a été conduite entre 2010 et 2017. Sur cette période, 39 535 patients ont été inclus et 36 922 bilans biologiques ont été prescrits, le nombre de patients a augmenté de 8% par an. L'outil d'aide à la décision a permis de diminuer le nombre d'examen par patient, celui passant de 1,86 examen par patient en 2010 à 0,31 en 2017. La prescription des bilans pré interventionnels a diminué, à l'exception des ionogrammes, qui sont restés stables.

Suite à la publication des recommandations de la SFAR sur les examens pré interventionnels, l'outil d'aide à la décision a été mis à jour, l'impact sur les prescriptions s'est traduit entre 2012 et 2013 par une division par deux du taux de prescription d'hémogramme, par 6 du taux de prescription du TP et par 8 du taux de prescription de TCA. Ces taux sont restés stables depuis.

En 2016, le logiciel d'aide à la prescription a été enrichi d'un algorithme de prédiction du risque transfusionnel basé sur le risque hémorragique ainsi que la mesure non invasive de l'hémoglobine. Ceci a permis de diminuer le nombre de bilans hématologiques et immunohématologiques.

Quelles leçons pour les actions de pertinence ?

La mise en place de recommandations concernant les examens préanesthésiques au sein des équipes d'anesthésie est assez complexe, de nombreuses études mettent en exergue les difficultés des professionnels à adhérer à ces recommandations. Les facteurs rapportés par la littérature et rencontrés lors du plan d'action pour expliquer le non-respect des recommandations sont les habitudes, le mimétisme, des craintes médico-légales, le caractère abstrait des recommandations, les praticiens considérant l'exploration biologique plus fiable qu'un interrogatoire bien mené, la mauvaise connaissance des recommandations en raison de leur multiplicité, l'absence de motivation ou l'absence de réévaluation.

52 Pauline Cailliez. Les examens pré interventionnels systématiques : prescrire mieux pour risquer moins ? Sciences du Vivant [q-bio].2016.dumas-01745548

53 Vincent Arthur. Un outil d'aide informatique à la prescription anesthésique des bilans biologiques préopératoires : impact sur la volumétrie et le cout. Thèse soutenue à l'Université de St Etienne sept 2018

A l'inverse, pour gérer la grande quantité d'informations nécessaires pour prendre des décisions appropriées, l'intégration de plans cliniques standardisés d'évaluation et de gestion (SCAMPs) est prometteuse. Ils offrent une approche conçue par le médecin pour promouvoir la standardisation des soins. Ils prennent en compte les différences individuelles des patients, et respectent la clinique et s'alignent sur la croissance rapide des connaissances médicales. Ils semblent montrer des résultats plus probants avec une baisse dans la variabilité des pratiques médicales ainsi qu'une moindre utilisation des ressources financières : sur une année le gain financier net pour un établissement d'activité de plus de 5 000 actes par an est de 50 000€ net. Ces SCAMPs en intégrant des algorithmes, sont plus « rapidement adaptables » et constituent un meilleur vecteur d'appropriation des recommandations médicales, car ils se basent sur des recueils de données régulièrement mis à jour. Les SCAMPs semblent représenter une avancée significative dans la mise en œuvre efficace des recommandations de bonnes pratiques. Cependant le nombre limité d'études est un frein à leur déploiement dans notre système de santé, il est à noter une étude récente aux États-Unis qui a démontré des réductions durables dans la commande des laboratoires de routine dans les salles de médecine d'un centre universitaire sans affecter les résultats des soins aux patients (5).

3.2.3 L'accréditation des praticiens : un levier à déployer plus largement

Les nombreux plans d'action en faveur de la qualité des soins ou de l'amélioration de la pertinence des soins, n'ont pas encore réussi à transformer les îlots d'excellence en une culture de qualité à l'échelle du système de santé français. Il existe pourtant des outils, comme la certification ou l'accréditation qui sont des vecteurs importants de la culture de la qualité et de la pertinence pour les professionnels de santé.

L'accréditation est une démarche de gestion des risques proposée par la HAS qui s'adresse à des médecins et des équipes médicales volontaires, d'une même spécialité jugée « à risques ». Elle est, fondée sur des programmes mis en place par des organismes agréés d'accréditation (OA) gérés par des pairs. L'objectif de cette démarche est l'amélioration de la sécurité des patients en s'appuyant sur l'analyse de l'existant.

Le dispositif s'appuie sur la déclaration et l'analyse d'évènements indésirables associés aux soins afin d'identifier les causes humaines, techniques et organisationnelles ayant pu entraîner des situations à risque parmi lesquelles certaines pourraient être contrôlées. Les retours d'expérience de ces analyses permettent la mise en œuvre de solutions pour améliorer la sécurité des patients et d'actions de formation, notamment à la gestion du risque.

L'accréditation dans sa version en équipe pluri-spécialité est actuellement testée par la HAS. Elle vise à améliorer toutes les dimensions du travail en équipe et en particulier les défauts de communication et de transmission des informations qui sont la première cause de défaillance dans les pratiques professionnelles.

En 10 ans, 8 400 médecins se sont engagés dans la démarche accréditation et plus de 112 000 évènements indésirables ont été signalés et analysés.

Les résultats de l'enquête de perception menée par la HAS en 2018 auprès de plus de 6 000 médecins soulignent que 67% des médecins sont d'accord pour dire que l'accréditation a permis d'améliorer la sécurité des pratiques et que 77% pensent que les déclarations permettent de tirer des enseignements pour l'avenir.

Cette démarche qualifiée de pragmatique par les médecins accrédités participe également d'une meilleure organisation du travail, communication et partage des connaissances. La démarche accréditation est porteuse d'une culture qualité à l'échelle individuelle. L'accréditation est considérée comme un modèle de référence par la commission en charge d'élaborer un dispositif pour la recertification des compétences des médecins, présidée par le Pr Uzan.

L'engagement dans cette démarche permet aujourd'hui à certains des médecins concernés de bénéficier d'une aide financière spécifique de l'Assurance maladie. Cette aide n'est mobilisable que pour les médecins libéraux et s'inscrit dans le cadre du dispositif conventionnel de participation aux dépenses de couverture de la responsabilité civile professionnelle. Ceci exclut de fait un nombre significatif de médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires qui représentant 40% des médecins des spécialités à risque. Ce sont ainsi près de 4 500 médecins qui ne peuvent pas bénéficier de la démarche accréditation.

Inciter au développement du principe d'accréditation dans le secteur hospitalier et hospitalo-universitaire est un enjeu d'autant plus primordial que cela répond aux exigences de la formation des médecins dès le début de leur activité aux sujets essentiels de la sécurité des patients et de la gestion du risque.

Aussi mettre l'accréditation des médecins au service de la pertinence justifie-t-il que son déploiement soit favorisé pour tous les médecins, quels que soient leurs lieux ou conditions d'exercice, qu'un lien fort et quantifié soit défini entre accréditation des médecins et certification des établissements où ils exercent, et que soit soutenue autant qu'il est possible l'accréditation en équipes mono- et pluriprofessionnelles.

Une large diffusion des recommandations des bonnes pratiques permet de sensibiliser les professionnels de santé mais ne permet pas de modifier durablement les pratiques. L'évaluation de la pertinence des soins ne se limite pas à l'analyse des variations des pratiques. Les démarches structurées telles que la médecine fondée sur les preuves, la qualité des soins, la gestion des risques associés aux soins, la certification, l'accréditation sont autant leviers indispensables qui doivent aujourd'hui permettre la diffusion d'une approche renouvelée de la pertinence des soins. Ces démarches structurées nécessitent l'acquisition de nouvelles compétences pour les professionnels de santé. Elles doivent s'inscrire tout en tenant compte des spécificités locales des supports méthodologiques ainsi que des ressources dédiées. La diffusion de méthodes et d'outils d'aide à la décision semble être une approche complémentaire permettant une meilleure adhésion des professionnels de santé aux recommandations des bonnes pratiques. L'implication des patients est également essentielle, le recueil de leur expérience est un des points cardinaux de l'appropriation de la démarche pertinence par l'ensemble des acteurs.

3.3. Pertinence des prescriptions

3.3.1 Les médicaments gastro-intestinaux à visée symptomatique⁵⁴

Les médicaments gastro-intestinaux une consommation importante pour des indications principalement symptomatiques

En dehors des traitements destinés à traiter les cancers gastro-intestinaux, les maladies inflammatoires intestinales ou encore les hépatites virales, les médicaments gastro-intestinaux sont principalement des traitements à visée symptomatique ou fonctionnelle.

Les situations dans lesquelles ils peuvent être prescrits sont diverses : reflux gastroœsophagien (RGO), gastrites et ulcères peptiques, nausées, désordres fonctionnels intestinaux comme l'intestin irritable, constipation, diarrhée... Certains de ces médicaments, comme les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), peuvent être prescrits en association avec d'autres traitements comme les antiinflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Ces médicaments ne sont pas tous remboursés dans toutes leurs indications et peuvent être utilisés en automédication qui par définition ne donne pas lieu à une prise en charge par l'Assurance maladie. Les données

⁵⁴ Tuppin P, Rivière S, Deutsch D, Gastaldi-Ménager C, Sabaté JM. Burden of drug use for gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders in France: a national study using reimbursement data for 57 million inhabitants. *Therap Adv Gastroenterol*. 2019

du SNDS ne retracent donc qu'une partie de la consommation réelle et des usages de cette classe thérapeutique.

Il est difficile d'estimer la fréquence réelle de ces troubles tant cette fréquence peut dépendre de l'âge, du sexe, des caractéristiques sociodémographiques ou cliniques des patients, mais parfois aussi des pratiques médicales. Les données de la littérature illustrent cette difficulté, par exemple pour le RGO, dont la prévalence est estimée à 13 % de la population dans une méta-analyse récemment publiée, alors qu'une étude française plus ancienne l'estimait à 8 % (6,7), ou encore pour les troubles fonctionnels intestinaux (ou colopathie fonctionnelle) dont la prévalence serait de 5 à 10% en France (8). Médicaments de prescription courante, ils n'en demeurent pas moins souvent l'objet d'une sur-prescription, qui peut entraîner certains effets indésirables (9).

Des remboursements très fréquents pour une dépense élevée, marquées par le poids des inhibiteurs de la pompe à protons

Près d'un assuré sur deux concerné, une dépense de plus de 700 millions d'euros

En 2016, près de la moitié des assurés du Régime général⁵⁵ avaient bénéficié d'au moins une délivrance d'un médicament gastro-intestinal dans l'année (25,7 millions des personnes) pour un total de 130 millions de délivrances. Le montant total remboursé pour l'ensemble des classes considérées était de 707 millions d'euros, soit en moyenne 28 euros par individu avec au moins une délivrance de ces médicaments (**Tableau 23**). Cela représente 3,6 % des dépenses de médicament en ville et 1,2 % de l'ensemble des dépenses de ville pour la population concernée.

Le poids du remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons

Les IPP étaient la classe la plus fréquemment prescrite puisque près d'un assuré sur 4, soit 14 millions de personnes, avaient bénéficié d'au moins une délivrance d'IPP. Ces remboursements représentaient un montant de 423 millions d'euros, soit 30 € en moyenne par patient consommant, représentant 60 % du montant total remboursé pour les médicaments gastro-intestinaux. (Tableau 23).

La consommation d'IPP variait fortement avec l'âge, peu fréquente chez les patients les plus jeunes (6% entre 0 et 1 an, 4 % entre 10 et 17 ans), beaucoup plus marquée chez les plus âgés (46 % chez les 75 ans et plus). La présence d'une ou plusieurs comorbidités comme l'insuffisance rénale chronique terminale (66 %) ou les maladies du foie et du pancréas (54 %) ou d'un traitement chronique par AINS (62 %) ou corticoïdes (38 %) s'accompagnait d'une plus forte consommation d'IPP.

Près d'un patient consommant sur 5 suivait un traitement au long cours. Trois millions de personnes avaient ainsi bénéficié de plus de 10 délivrances d'IPP en 2016. Là encore avec de fortes variations en fonction de l'âge et des comorbidités (IRCT - 54 %, maladie cardiovasculaire - 47 %, maladie neurologique ou démence - 41 % et moins six remboursements d'AINS (9 %) (Tableau 23).

Tableau 23 : Fréquence d'individus avec au moins un remboursement annuel ces par classe thérapeutique, âge et montants de la dépense remboursée

	Code ATC	%*	Age		Dépense remboursée		
			Médiane	1 ^{er} et 3 ^{ème} quartile	Globale Millions €	%	Moyenne par patient consommant (€)
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	A02BC	24,2	65	52-76	422,7	60,5	30
Troubles fonctionnels intestinaux (TFI)	A03	20,0	47	26-66	47,4	6,8	4
Laxatifs	A06	10,3	68	51-81	71,7	10,3	12
Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires et anti-infectieux intestinaux.	A07						
		10,1	42	16-62	76,0	10,9	13
Antiémétiques et anti nauséux	A04	7,1	34	13-58	59,1	8,5	14
Autres médicaments pour troubles de l'acidité	A02X	5,7	43	20-64	8,1	1,2	2
Autres médicaments pour ulcère et reflux gastro-œsophagien	A02BX						
		4,5	59	41-72	11,3	1,6	4
Antiacides	A02A	1,6	61	46-72	2,6	0,4	3

*Fréquence parmi les 57,5 millions d'individus étudiés
 ATC : classification anatomique, thérapeutique et chimique
 Champ : régime général France entière
 Source : Cnam

⁵⁵ Y compris sections locales mutualistes, 57,5 millions de personnes soit 86 % de la population française

Les autres groupes de médicaments

Les médicaments indiqués dans la prise en charge des troubles fonctionnels intestinaux (TFI), entraînaient une dépense annuelle moyenne par consommant beaucoup moins importante, de 4 euros et étaient beaucoup prescrits lors de grossesse (53%), et en présence d'une maladie inflammatoire intestinale (38%). L'usage au long cours était beaucoup moins fréquent, 7% des consommateurs, et concernait les personnes âgées (75 ans et plus : 24%) et surtout les maladies inflammatoires intestinales (20 %).

La dépense annuelle moyenne pour les médicaments antinauséux et antiémétiques était de 14 € par consommant fréquemment prescrite chez les enfants entre 2 et 9 ans (14%), probablement lors d'épisodes infectieux comme les gastro-entérites virales. Les remboursements au long cours étaient très rares (2% des utilisateurs).

La consommation de traitements laxatifs augmentait avec l'âge (5 % avant un an, 29 % après 75 ans). L'utilisation au long cours était aussi plus fréquente chez les patients les plus âgés, Ces traitements comprennent les préparations coliques utilisés avant la réalisation d'une endoscopie digestive basse. Le montant annuel moyen remboursé par consommant était de 12 euros.

Enfin, les anti-diarrhéiques, agents anti-inflammatoire et anti-infectieux étaient plus fréquemment prescrits chez l'enfant avec 28 % de consommateurs avant un an, en lien avec les infections virales fréquentes à ces âges, mais aussi chez les patients avec une maladie inflammatoire intestinale (53%), un traitement par analgésiques (30%) ou corticoïdes (30%). L'utilisation chronique était très rare (3% des individus), principalement en cas de maladie inflammatoire intestinale (32 %), IRCT (16 %) ou de cancer (12 %).

Une prescription majoritaire en médecine générale

L'analyse de la spécialité du prescripteur montre que ces médicaments sont très majoritairement prescrits en pratique de médecine générale, puisqu'au total près de 90 % des prescripteurs étaient des médecins généralistes, 91 % pour les IPP.

La seconde spécialité est celle des gastro-entérologues, en particulier pour les laxatifs, prescrits en préparation colique pré-coloscopie, mais elle ne représente au total que 4,5 % des prescriptions.

Tableau 24 : Spécialité du prescripteur pour les médicaments à visée gastro-intestinale délivrés en 2016

Classe ATC	A02A	A02BC	A02BX	A02X	A03	A04	A06	A07	Toutes
Délivrance (N million)	1,6	61,5	5,5	4,1	24,0	5,8	18,0	9,1	129,6
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Généraliste	91,5	90,7	90,9	93,9	90,0	88,1	83,2	90,1	89,5
Gastroentérologue	4,5	1,5	1,3	1,0	2,6	1,0	9,9	3,4	3,0
Pédiatre	0,3	0,5	0,7	2,2	1,2	2,4	1,3	3,0	1,1
Gynécologue obstétricien	0,6	0,3	1,1	0,3	2,4	0,5	0,6	0,2	0,8
Rhumatologue	0,2	0,4	2,5	0,1	0,1	0,1	0,2	0,6	0,7
Cardiologue	0,2	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,6
Oncologue	0,1	1,2	0,2	0,5	0,3	4,4	0,2	0,5	0,4
ORL	1,1	1,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
Autres	1,5	4,0	2,6	1,8	3,2	3,3	4,3	2,0	3,6

A02A Antiacides, A02BC IPP, A02BX Autres médicaments pour ulcère et reflux gastro-œsophagien, A02X Autres médicaments pour troubles de l'acidité, A03 Médicaments pour TFI, A04 Antiémétiques et anti nauséux A06 Laxatifs A07 Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires et anti-infectieux intestinaux.

Champ : régime général France entière

Source : Cnam

Des marqueurs de non-pertinence des prescriptions, des économies potentielles de 40 M€

La consommation d'IPP apparait particulièrement forte en France (24,2 % des assurés) par rapport au Danemark par exemple ou seuls 7,4 % des personnes utilisaient un IPP en 2014 (10). Elle apparait également forte en regard de la prévalence estimée du RGO en France (8%), nettement inférieure aux 24% d'utilisateurs. Les IPP sont ainsi utilisés pour prévenir d'éventuelles complications lors d'un traitement par AINS, mais leur

prescription doit être adaptée au risque estimé du patient. De même, l'importance des utilisations au long cours, retrouvée dans cette étude semble aller au-delà des indications recommandations en vigueur.

En effet comme l'a rappelé l'ANSM le mésusage des IPP semble être très important (entre 40 et 80 % des patients). Dans une étude récente, l'ANSM a montré que près de 80 % des patients ayant débuté un traitement par IPP en association avec un AINS en 2015 ne présentaient aucun facteur de risque mesurable pouvant justifier cette co-prescription (âge supérieur à 65 ans, un antécédent d'ulcère gastroduodénal, la prise d'un antiagrégant, d'un anticoagulant ou d'un traitement corticoïde)⁵⁶, suggérant une prescription par excès importante de ces traitements.

S'il est difficile de chiffrer avec précisions la dépense supplémentaire induite par ces prescriptions, on peut en approcher l'ordre de grandeur. Pour un grand nombre de patients, les doses prescrites sont supérieures aux doses maximales et les durées de prescription sont trop importantes au regard des recommandations. Des hypothèses conservatrices, présentées dans le chapitre 2, permettent d'estimer à 40 M€, soit environ 10 % des dépenses, le montant d'économies potentielles réalisables à court terme sur ce poste.

Il existe par ailleurs d'autres marqueurs de non-pertinence, en particulier au cours de leur grossesse. Si les femmes enceintes peuvent présenter de nombreux symptômes gastro-intestinaux (RGO, nausées, constipation, diarrhée), expliquant les fréquences relativement élevées des médicaments indiqués. Néanmoins, les taux retrouvés ici apparaissent élevés si on les compare à ceux d'une étude norvégienne (IPP : 26 % vs 2 %, TFI : 53 % vs 3 %, anti-diarrhéiques, anti-inflammatoires et anti-infectieux intestinaux 9 % vs 1 %) (10). Globalement, la fréquence d'utilisation de médicaments par les femmes enceintes en France est plus élevée que pour d'autres pays industrialisés inclus dans une méta-analyse de 2011 (11,12).

Pour l'ensemble de ces classes thérapeutiques, deux groupes d'âge présentaient des fréquences élevées d'individus avec au moins un remboursement annuel : les enfants et les plus âgés. Les enfants de moins de 10 ans avec des fréquences relativement élevées pour de nombreuses classes mais surtout les anti-diarrhéiques, IPP, antinauséux et antiémétiques. Ceci peut être le reflet de traitements d'épisodes plus ou moins aigus au vu des faibles fréquences d'utilisation chronique. Néanmoins, l'utilisation d'antinauséux et antiémétiques chez les enfants (14% entre 2-9 ans) paraît élevée par rapport aux recommandations concernant le traitement des gastroentérites dans ce groupe d'âge. De même, l'utilisation d'IPP et d'éventuels effets secondaires chez le petit enfant sont discutés.

Les personnes les plus âgées présentaient des fréquences élevées pour les IPP et les laxatifs notamment au long cours contrairement aux recommandations (13), ce qui peut contribuer à des effets iatrogéniques si les indications ne sont pas strictement respectées chez ces patients.

Ces résultats plaident pour une meilleure diffusion des recommandations établies notamment par la société savante de gastroentérologie en particulier à destination des médecins prescripteurs de ces traitements de chaque classe. Par ailleurs, un dispositif d'intéressement des prescripteurs aux économies réalisées pourrait être mis en œuvre et inclure les prescriptions d'IPP. Ces actions pourraient par ailleurs cibler spécifiquement, au-delà des personnes âgées, les femmes enceintes et les jeunes enfants.

Dans ce contexte, la CNAM travaille sur une campagne qui serait portée par les délégués d'assurance maladie et qui concernera la durée de prescription des IPP chez les personnes âgées, détaillée au chapitre 2.

⁵⁶ <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Pres-de-16-millions-de-personnes-ont-eu-une-prescription-d-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-IPP-en-2015-en-France-Point-d-Information>

3.3.2 La chirurgie robot-assistée

La chirurgie robot-assistée : une technologie qui se diffuse depuis le milieu des années 1980

En 1985 les robots font officiellement leur apparition dans les blocs chirurgicaux. Il s'agit alors de copies de robots industriels utilisés principalement en orthopédie et en neurochirurgie. Puis, avec le développement de la chirurgie mini-invasive robot assistée une nouvelle génération va voir le jour à partir de la fin des années 90, élargissant le champ d'application de cette technologie.

C'est surtout en Urologie, particulièrement pour la chirurgie prostatique, que la chirurgie robot assistée va prendre son essor au fil du temps, grâce au développement du système *da Vinci* développé et commercialisé par la société *Intuitive Surgical*®. Cette société occupe aujourd'hui en France et dans le Monde une position dominante sur ce secteur.

Le recours à un robot chirurgical ne fait l'objet d'aucune mesure de régulation et n'est par exemple pas soumise à autorisation en France. La décision d'acquérir un tel robot relève exclusivement des établissements de santé concernés. Il n'existe de ce fait aucun décompte officiel de ces robots. De même, le recours à une assistance robotique lors d'une intervention chirurgicale n'est pas tracé dans les circuits de facturation, que ce soit lorsque l'acte est codé ou lorsque le séjour est facturé, empêchant tout décompte précis de cette activité.

D'après les données de la société Intuitive care®, 147 robots sont installés en France en 2019, contre 135 en 2017. La majorité de ces établissements concernés sont soit des établissements publics, soit des centres de lutte contre le cancer. A titre de comparaison, plus de 3 000 robots sont installés aux Etats-Unis, et plus de 400 en Asie, dont plus de la moitié pour le seul Japon.

Au total depuis 20 ans, près de 140 000 interventions robot-assistées auraient été réalisées en France. La majorité de ces interventions (60 %) étaient faites en urologie. La chirurgie prostatique est l'indication de choix, près de 45 % des prostatectomies radicales et 39 % des néphrectomies partielles étant robot-assistées. Ces données sont compatibles avec les données de remboursement de l'Assurance maladie. Ainsi 73 % des 20 380 prostatectomies radicales réalisés en 2018 étaient faites par chirurgie mini-invasive, abord compatible avec la robot-assistance.

On peut estimer que le nombre de procédures chirurgicales robot-assistées se situe entre 25 000 et 35 000 chaque année en France, un effectif probablement croissant du fait de l'augmentation du nombre de robots disponibles.

Encadré 20: Qu'est-ce que la robot-assistance chirurgicale ?

Il faut distinguer la chirurgie robot-assistée laparoscopique des autres types de chirurgie assistée par ordinateur(CAO).

Dans le cas de la chirurgie robot-assistée laparoscopique le chirurgien réalise lui-même seul l'intervention, mais à distance devant une console à l'aide de Joysticks. La robot-assistance est simplement une instrumentation robotisée qui prolonge la main du chirurgien à distance comme les ciseaux et les pinces en chirurgie traditionnelle ou laparoscopique. Notons que ce prolongement de la main du chirurgien peut être transatlantique puisqu'un chirurgien devant sa console à New York a pu en 2001 réaliser une cholécystectomie chez un patient dans un bloc opératoire à Strasbourg. (« Opération Lindbergh »).

Les autres types de chirurgie assistée par ordinateur, consistent surtout à mieux planifier l'intervention, et à préciser son déroulement en phase préopératoire à l'aide d'une imagerie très détaillée et prévoir ainsi « virtuellement » la zone opératoire, les rapports d'une tumeur avec les organes de voisinage, notamment vasculaires, ou adapter au mieux une prothèse à la configuration anatomique du patient.

Les termes « chirurgie laparoscopique traditionnelle » et « chirurgie robot assistée » sont parfois regroupés dans certaines publications sous le terme générique de « chirurgie mini-invasive ».

Enfin l'utilisation de l'assistance robotique pour la chirurgie du thorax (thoracoscopie robot-assistée), par voie transbuccale en ORL ou encore par voie axillaire font regrouper tout cela sous le terme ce chirurgie robot-assistée.

L'assistance robotique n'apporte pas de bénéfice démontré en terme de qualité et de sécurité des soins pour le patient

L'apparition de la robot-assistance chirurgicale s'inscrit dans la continuité du développement de la chirurgie laparoscopique, aux dépens de la chirurgie « ouverte », réservée désormais dans la plupart des cas aux interventions impossibles par laparoscopie. Moins invasive, et nécessitant des techniques d'anesthésie moins lourdes, la laparoscopie a permis la réduction des durées de séjour et favorisé le développement de la chirurgie ambulatoire.

Les bénéfices de l'assistance robotique pour le chirurgien sont indéniables, permettant une vision et des gestes plus précis et permettant ainsi d'atteindre certaines zones auparavant difficilement accessibles. Il s'agit également d'un gain en termes de confort lors de l'intervention.

Aucune publication scientifique ne démontre en revanche la supériorité du robot par rapport à la chirurgie laparoscopique « traditionnelle » pour le patient. Dans le cas de la chirurgie prostatique, une méta-analyse publiée en 2012 montre que la chirurgie robot-assistée est au moins équivalente à la chirurgie ouverte ou à la chirurgie laparoscopique en ce qui concerne la qualité de l'exérèse⁵⁷, mais que rien n'est démontré concernant les principales complications que sont l'incontinence et l'impuissance post opératoire (14). Une étude réalisée au Royaume-Uni, sur la base d'un questionnaire envoyé à tous les hommes opérés sur une période de six mois en 2014 conclut même qu'« *il est peu probable que l'adoption rapide de la robot-assistance dans le NHS ait produit des améliorations substantielles dans les résultats fonctionnels pour les patients.* » (15). Dans un avis rendu, en novembre 2016 favorable à la prise en charge de la prostatectomie totale par laparoscopie robot-assistée pour le traitement du cancer localisé de la prostate, la HAS considère que cette technique n'apporte aucune amélioration du service médical rendu par rapport à la chirurgie laparoscopique sans assistance.

Dans le cas de la néphrectomie partielle les résultats oncologiques et fonctionnels de la chirurgie robot-assistée sont comparables à ceux de la chirurgie laparoscopique conventionnelle et ont une morbidité également comparable (16,17). En revanche, une étude anglaise montre que l'acquisition d'un robot augmente le recours à la néphrectomie partielle dans les établissements concernés et donc l'accès des patients à ces techniques (18). De fait, la néphrectomie partielle robot-assistée est actuellement en plein essor, et l'avenir confortera vraisemblablement son utilisation, notamment dans le cadre des tumeurs complexes ou d'accès difficile, et dans les indications de nécessité.

A l'inverse, la robot-assistance comporte, comme la chirurgie non assistée, un risque de complications, plusieurs études ont rapporté l'existence de complications, comme des perforations d'organe creux ou des brûlures. Mais ce type de complications s'observe également en chirurgie laparoscopique. Une étude américaine, publiée en 2015 a cependant alerté sur le risque de sous-déclaration des complications liées à la chirurgie robot-assistée (19). D'après une enquête de l'Agence Nationale de sécurité du médicament menée en 2013⁵⁸ auprès de 39 établissements équipés d'un robot Da Vinci ® une trentaine d'effets indésirables graves auraient été identifiés sur 17000 procédures, chiffre probablement sous-évalué. L'étude conclut que ces accidents sont essentiellement d'origine humaine et liés à l'insuffisance de formation des opérateurs. Sur ce plan, il est frappant de noter l'absence d'études de sécurité comparant en population la chirurgie robot-assistée à la chirurgie laparoscopique non robot assistée. L'absence de traçabilité de la robot-assistance dans les données du SNDS interdit la réalisation d'études sur les bases médico-administratives.

Un impact économique incertain, avec un risque de non pertinence de l'activité

Le recours à la robot-assistance induit des coûts supplémentaires pour les établissements

Le **prix** d'achat d'un système da Vinci est de l'ordre de 2 millions d'euros et le **coût** de maintenance d'environ 150 000 € par an. Le **coût** des consommables est de l'ordre de 1 900 euros par intervention. La simple prise en charge du matériel consommable reviendrait, pour 40 000 Interventions par an à 76 millions d'euros.

Ceci entraîne un surcoût pour les établissements et potentiellement par le patient par rapport à une prise en charge classique. Ce surcoût est aujourd'hui difficile à estimer en France et varie sans doute beaucoup en fonction du volume d'activité réalisé par l'établissement. Une étude américaine a estimé que, le remplacement par la chirurgie robot assistée de la totalité des actes pour lesquels le coût a été évalué (ce qui est hautement

⁵⁷ C'est-à-dire la capacité à enlever l'intégralité de la tumeur

⁵⁸ https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7bbc135f1a183ab2873686b2175bb8b4.pdf

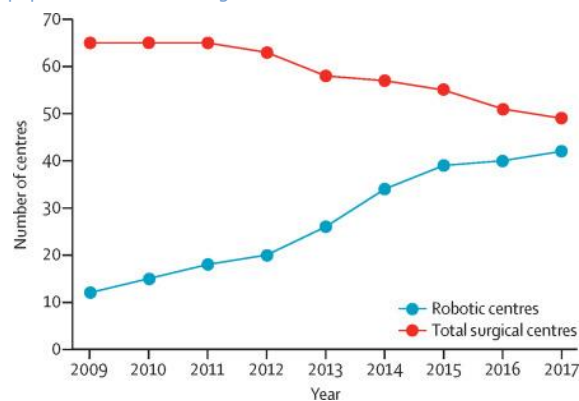
improbable) génèrerait aux Etats-Unis un surcoût additionnel annuel de 2,5 milliards de dollars des dépenses de santé par an (20).

La robot-assistance ne fait l'objet aujourd'hui d'aucune reconnaissance dans les tarifs, hospitaliers ou libéraux. Le surcoût éventuellement lié à la robot-assistance doit donc être pris en charge par l'établissement à coût constant. Pour autant, le développement de cette chirurgie et l'acquisition d'un nombre croissant de robots laisse supposer que les établissements ont trouvé un modèle économique justifiant ces acquisitions.

Un lien entre positif entre robot-assistance et volume d'activité chirurgicale posant la question de la pertinence de l'activité

L'acquisition d'un robot chirurgical s'accompagne souvent d'une augmentation du volume d'activité pour les établissements concernés et peut s'inscrire dans une logique concurrentielle. Ainsi l'étude d'Aggarwal (21) montre clairement que non seulement les établissements équipés d'un robot en Angleterre voyaient leur activité de chirurgie prostatique croître, mais que ces établissements avaient tendance à concentrer cette activité aux dépens des autres (Figure 78).

Figure 78 : Nombre de centres équipés de robots chirurgicaux et nombre total de centres en Angleterre entre 2009 et 2017 (21)



Une étude américaine, menée au Wisconsin (22) montre également que les centres équipés de robots voyaient leur activité croître et que ceux qui n'en étaient pas équipés la voyaient à l'inverse décroître. Par ailleurs, les établissements qui s'équipaient étaient ceux ayant l'activité la plus forte.

On voit ainsi que l'acquisition d'un robot chirurgical peut relever pour un établissement d'une décision purement concurrentielle dans une logique de maintien ou non d'une activité. Une fois l'acquisition faite, l'établissement aura intérêt à maximiser son volume d'activité, posant potentiellement la question de la pertinence des indications retenues. Dans le cas de la chirurgie de la prostate, une inflation des actes non régulée, alors que le recours accru à la surveillance active et la stratification des options thérapeutiques va plutôt dans le sens d'un recours plus modéré à la chirurgie, peut devenir problématique.

Dans les centres hospitalo-universitaires, l'acquisition est indispensable dans le cadre des missions de recherche et d'enseignement. La présence d'un robot dans un service est devenue un élément majeur dans le choix des stages pour les internes en Chirurgie.

La chirurgie robotique pose ainsi trois questions majeures pour la régulation du système de santé

En premier lieu, l'absence de données en vie réelle sur l'efficacité et la sécurité d'une technique qui se répand rapidement et qui est de fait prise en charge par l'Assurance maladie est problématique. A mesure que les indications et l'utilisation de ces techniques se répandent, il semble indispensable de produire des études de ce type pour s'assurer que ce développement s'accompagne bien d'un bénéfice pour la collectivité et les patients en l'absence de risque supplémentaire.

Ensuite, les surcoûts induits par la robot-assistance sont mal connus et la question de leur prise en compte dans la tarification des soins se pose légitimement. L'absence de données médico-économiques sur le surcoût de cette technique mais aussi sur le bénéfice qu'elle pourrait procurer, par exemple en diminuant les durées de séjours, est un frein majeur à cette réflexion.

Enfin, alors que les modes de régulation du système de santé s'orientent vers une approche plus graduée des soins dans une logique de réponse aux besoins de santé à la population et que la pertinence des actes est un objectif avoué des politiques publiques, l'existence d'un modèle concurrentiel non régulé, potentiellement générateur d'activité non pertinente pose un problème sérieux. Si la chirurgie robot-assistée devient la norme des pratiques médicales pour certaines interventions, quelle sera le devenir des établissements qui n'en seront pas pourvus ? Où seront formés les chirurgiens ? Ces questions appellent à la tenue d'une réflexion prospective pour anticiper les modes de régulation rendus nécessaires par le développement de ces techniques.

L'absence de possibilité de tracer la robot-assistance dans les bases de remboursement constitue un obstacle majeur pour répondre à ces questions. En conséquence, la mise en place d'une telle traçabilité apparaît comme un préalable indispensable à mettre en œuvre le plus rapidement possible.

Les informations ainsi recueillies rendront possible la réalisation d'études d'efficacité, de sécurité et médico-économiques à partir de données en vie réelle, ainsi que le recommandait la HAS en 2016.

La réflexion sur une éventuelle prise en compte du surcoût de l'assistance robotique dans la tarification, pourra se faire sur la base de ces études, une fois qu'elles auront été réalisées. Les modalités potentielles d'une telle prise en charge pourraient se traduire de deux façons : 1) Création d'un GHS spécifique pour permettre la prise en charge du surcoût pour les établissements ou 2) Intégration des actes à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) des actes pour lesquels la Robot-assistance serait pertinente.

3.3.3 Utilisation des pompes à insuline et des dispositifs de mesure continue de la glycémie

Des dispositifs médicaux à l'utilisation croissante

Comme cela a été montré dans la première partie du rapport, le diabète est une pathologie dont le poids, tant humain qu'économique, est important⁵⁹. Sa prévalence a augmenté de façon dynamique entre 2012 et 2017 (+2,7%/an en moyenne), entraînant par là même une croissance soutenue des dépenses mobilisées pour sa prise en charge (+2,5%/an en moyenne). Sur cette période, les dépenses des postes «soins infirmiers » mais surtout celles du poste « autres produits de santé » ont augmenté, chaque année, de façon significative. Pour ce dernier poste qui comprend notamment les dépenses des dispositifs médicaux utilisés pour le traitement et l'autosurveillance du diabète⁶⁰, une augmentation plus forte est observée entre 2016 et 2017 en lien notamment avec l'inscription au remboursement (1^{er} juin 2017) du dispositif de mesure continue de la glycémie Freestyle Libre®.

Les évolutions observées sur ces deux postes traduisent notamment le recours plus important à l'insulinothérapie qui concerne aussi bien des patients diabétiques de type 1 (DT1) que diabétiques de type 2 (DT2). En effet, selon une étude réalisée par l'Assurance maladie et dont les principaux résultats ont été présentés dans un précédent rapport⁶¹, 25 % des personnes traitées par antidiabétiques ont recours à de l'insuline ; cette part ayant augmenté de 2 points de pourcentage entre 2012 et 2015. L'insuline peut s'administrer selon 2 modalités : l'injection sous cutanée via principalement un stylo (une à plusieurs injections par jour) ou via une pompe à insuline externe, ou, de façon plus anecdotique, en intra-péritonéal avec une pompe implantable).

Dans ce contexte, également marqué par l'arrivée de nouveaux produits (traitements médicamenteux et dispositifs médicaux), souvent présentés comme « innovants » et de fait plus coûteux, il paraît important de renforcer les connaissances sur les modalités de traitement et d'auto-surveillance glycémique des patients sous insulinothérapie en France. C'est en effet un préalable indispensable pour proposer ensuite des actions visant à améliorer la qualité et la pertinence de la prise en charge et du suivi des patients insulinotraités mais aussi l'efficacité des dépenses mobilisées. Les deux études présentées ci-après, l'une sur les personnes diabétiques insulinotraités nouvellement mises sous pompe à insuline et l'autre sur les personnes diabétiques ayant eu un

⁵⁹ 3,2 millions de personnes concernée en 2017 et une dépenses remboursées de 7 milliards hors complications cardiovasculaires et IRCT.

⁶⁰ Lecteurs de glycémie, bandelettes, stylos injecteur, pompes à insuline...

⁶¹ <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2018.php>

remboursement de Freestyle Libre ®, participent à cet objectif en renforçant notre connaissance et compréhension de la réalité des pratiques et de leur pertinence.

Encadré 21: Méthode des 2 études : pompes à insuline et Freestyle Libre®

Les analyses effectuées ont été réalisées à partir des données du SNDS.

Les personnes diabétiques insulinotraitées dites de type 1 et dites de type 2 présentent des caractéristiques bien différentes, il a donc été nécessaire de les distinguer dans l'étude. Une personne est considérée comme diabétique de type 1 lorsqu'elle répond à au moins l'une des conditions suivantes : être âgée de moins de 45 ans en 2015, être âgée de moins de 45 ans lors de la première délivrance d'insuline ou être âgée de moins de 45 ans lors de la date de mise sous Affection Longue Durée (ALD) pour diabète. Une personne est considérée comme diabétique de type 2, lorsqu'elle est âgée d'au moins 45 ans en 2015 ou qu'elle ne respecte pas le critère d'âge pour la date de première délivrance d'insuline ou de mise sous ALD diabète. Les personnes sous pompe à insuline implantable ont été exclues de l'étude car elles présentaient des particularités très spécifiques et étaient peu nombreuses.

La notion d'utilisation est une approximation basée sur le remboursement d'un dispositif (consommable ou forfait de location pour les pompes, capteur ou lecteur pour le freestyle Libre) ; le remboursement ne signifiant pas nécessairement que la personne l'utilise.

Méthodologie propre à l'étude sur les pompes

L'étude est réalisée sur les personnes assurées au Régime Général (y compris les SLM), résidant en France -départements et régions d'outre-mer (DROM) et métropole- et ayant eu moins un remboursement de soins en 2015.

Partie « caractéristiques des personnes mises sous pompe à insuline en 2015 et analyse des déterminants de la mise sous pompe »

La population étudiée est celle des personnes diabétiques insulinotraitées en 2015 c'est-à-dire ayant bénéficié d'au moins 3 délivrances d'insuline à différentes dates en 2015. Ont été exclus de l'étude : les patientes hospitalisées pour diabète gestationnel en 2015 ; les patients âgés de moins de 15 ans en 2015 ; les patients n'ayant pas eu de délivrance de dispositifs médicaux (LPP) spécifiques au diabète en 2015 ; les patients sous pompes implantables ; les patients n'ayant eu que de l'insuline rapide en 2015 ; les patients ayant une pompe à insuline externe avant 2015 ou après 2015 (i.e. en 2016 et 2017); les patients âgés de moins de 15 ans en 2015.

Une distinction selon le type d'administration d'insuline a été réalisée : les personnes nouvellement mises sous à la pompe à insuline externe en 2015 (dit « incidents » par la suite) versus les personnes uniquement sous multi-injections. Cette distinction est effectuée à partir des données sur le type de dispositifs médicaux remboursés sur la période 2006-2017.

Pour identifier les facteurs associés à la mise sous pompe à insuline, la méthode utilisée est une régression logistique. La variable à expliquer est le fait d'être sous pompe à insuline externe versus être sous schéma multi-injections.

Les variables supposées explicatives introduites dans le modèle sont : l'âge, le genre, le fait de disposer de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) pour les moins de 60 ans, l'indice de désavantage sociale, la région de résidence du patient, les dépenses remboursables en 2014, la fréquence de consultation chez un endocrinologue deux ans avant la date de mise sous pompe à insuline ou dispositifs médicaux, l'ancienneté du diabète et/ou de l'insulinothérapie (selon le type de diabète considéré) et la présence de comorbidités (pathologies cardiovasculaires chroniques en 2015, antécédents de maladies métaboliques aiguës, insuffisance rénale chronique terminale et pathologies psychiatriques et/ou prise de traitements antidépresseurs/anxiolytiques).

L'association entre le fait d'être traité par une pompe à insuline externe et les facteurs explicatifs est présentée sous forme d'odds-ratio bruts et ajustés. On mesure ainsi la probabilité d'être traité par pompe à insuline externe. Le groupe de référence est la population « schémas multi-injections exclusives ».

Partie « Suivi sur la période 2015-2018 des personnes diabétiques mises sous pompe à insuline en 2015 »

La population d'étude est, dans cette partie, celle des personnes diabétiques insulinotraitées en 2015 et nouvellement mise sous pompe à insuline en 2015 (population incidente), définie de la même façon que dans la partie précédente.

Pour déterminer l'utilisation ou non de la pompe externe, l'étude se base sur les remboursements de consommables spécifiques à la pompe et les forfaits de location suivants :

- 1120663 : perfusion pompe externe à insuline, cathéter et consommables associés, forfait journalier (7,75 €)
- 1130058 : perfusion pompe externe à insuline, prestation journalière, radié en août 2015 (5,75€)

- 1115047 : perfusion insuline, insulet, omnipod, forfait journalier pod avec location (10,75€)
- 1121332 : perfusion, système actif ambulatoire, location pompe programmable, insuline, radié en août 2015 (3,1 €)
- 1131170 : perfusion, pompe externe à insuline, location et prestation, forfait journalier, ligne générique (8,2 €).

Méthodologie propre à l'étude sur Freestyle Libre®

Etude sur les bases de données

L'étude est réalisée sur les personnes couvertes par l'ensemble des régimes de l'Assurance maladie résidant en France (DROM et métropole). La population prévalente Freestyle Libre® est définie comme l'ensemble des assurés ayant eu au moins une délivrance remboursée de capteur ou de lecteur Freestyle Libre® en 2018. La population initiant ce lecteur est définie comme l'ensemble des assurés ayant eu une délivrance remboursée de lecteur à partir du 1er juin 2017, sans aucune délivrance remboursée de capteur dans les 6 mois précédant.

Le recours à un traitement insulinaire intensifié est défini comme la délivrance d'au moins une insuline rapide dans les 4 mois précédant l'initiation du lecteur freestyle ou dans le courant du mois de cette initiation.

Des profils d'utilisation ont été établis, chez les patients ayant initié un lecteur en 2017, à partir du nombre de capteurs remboursés en 2018. Ainsi, une utilisation normale du dispositif a été définie comme le remboursement par patient de 20 à 28 capteurs sur l'année. Cette fourchette se base sur le nombre maximal de 26 capteurs remboursé par an par patient, tout en tenant compte des difficultés d'approvisionnement qu'ont peu rencontrer certains patients sur quelques mois de l'année 2018 (période d'avril à mai notamment) ainsi que sur l'identification d'une sous-consommation assez généralisée en capteurs lors de la période estivale. La sous-consommation a été définie comme le remboursement par patient de 10 capteurs ou moins sur l'année.

Le coût théorique annuel de Freestyle libre® (FSL), une fois le lecteur remboursé, correspond à la prise en charge de 26 capteurs. Avec un prix du capteur ayant baissé au 1er juillet 2018, passant de 50 € à 45 €, nous arrivons à un coût moyen théorique par patient de 1 235 €/an. Par ailleurs, chez les patients consommant FSL, le nombre de bandelettes et de lancettes remboursées a été limité à respectivement 100 par an. Une boîte de 100 bandelettes ayant un prix de 37,92 € et une boîte de 100 lancettes de 7,03 €, le cout théorique d'autosurveillance glycémique capillaire par patient par an est de 44,95 €.

- 1103570 : autocontrôle du glucose interstitiel, lecteur Abbott, Freestyle Libre.
- 1102257 : autocontrôle du glucose interstitiel, 1 capteur, Abbott, Freestyle Libre.

Etude qualitative auprès de patients diabétiques

Auprès de 31 patients diabétiques des entretiens d'une heure en face à face ont été réalisés, ils se sont déroulés du 9 avril au 13 mai 2019:

- Disposant tous d'un Freestyle Libre ® depuis au moins 3 mois, initié par un endocrinologue (ville ou hôpital)
- Tous sous insulinothérapie lente et/ou rapide
- 11 présentant un diabète de type 1 (dont 5 sous pompe)
- 20 présentant un diabète de type 2 (dont 1 sous pompe)
- France entière (10 en Région Parisienne, 21 en régions, dont 11 en milieu rural ou semi rural)
- 22 patients inclus déclarent un port discontinu du capteur (capteur non porté pendant plus d'une semaine)

Pompes à insuline : quel est le recours à cette modalité de prise en charge des personnes sous insuline ? Quel est le profil des personnes nouvellement mises sous pompe ? Continuent-elles à utiliser leur pompe deux ans après ?

De nombreuses études ont comparé l'efficacité des deux stratégies d'insulinothérapie, pompe à insuline versus schéma multi-injections, montrant notamment une amélioration de l'équilibre glycémique en faveur de la pompe à insuline (23-27). Chez les patients DT1, la pompe à insuline est associée à une diminution de la fréquence des hypoglycémies mais également à une baisse du taux d'HbA1c par rapport aux patients sous schéma multi-injections (26-30). Une autre étude a démontré que l'utilisation d'une pompe à insuline chez les patients DT1 était associée à un risque plus faible de coronaropathie et de maladies cardiovasculaires mortelles (31). Pour les patients DT2, des études ont également montré l'efficacité de ce dispositif en termes de réduction du taux d'HbA1c (24,25,32-35). Par ailleurs, l'utilisation d'une pompe à insuline externe permet davantage de souplesse et de liberté sur le mode de vie du patient par au schéma multi-injections (34).

Toutefois, le recours en pratique aux pompes à insuline reste peu développé en France avec 23 000 personnes (3,2 %) qui étaient sous pompe à insuline externe en 2015, dont près de 17 000 personnes DT1 (8,4% des DT1 en France). En comparaison à d'autres pays, ces chiffres sont faibles. Ainsi, une étude suédoise retrouve une proportion de personnes DT1 sous pompe à insuline externe de 20 % en 2015 (36).

Les déterminants de la mise sous pompe à insuline en pratique courante, ainsi que les variations de pratique associées restent assez mal connus en France, et ont fait l'objet de peu de travaux. De même, une fois le choix de la pompe effectué, on ne dispose pas de donnée sur la persistance dans le temps de son utilisation. Est-ce que les personnes continuent à l'utiliser ou au contraire l'ont-elles abandonné afin de reprendre les schémas multi-injections exclusivement ? Si elles l'utilisent, est-ce de façon fréquente/régulière ou plutôt de façon ponctuelle, alternant entre pompe et schémas multi-injections ?

L'étude dont les résultats sont présentés ci-après tente d'apporter des éléments de réponses à ces questions en mobilisant les données du SNDS.

Encadré 22 : Qu'est-ce qu'une pompe à insuline et quelles sont les conditions et modalités de sa prise en charge ?

Les pompes à insuline sont des dispositifs médicaux (DM) dont la finalité principale est l'auto-traitement du diabète. Elles ont fait leur apparition dans les années 1980 et 1990. Elles se composent de 3 éléments : un réservoir d'insuline, un cathéter qui vient s'insérer sous la peau et un boîtier contenant un petit moteur électrique qui permet, par un système pas-à-pas, de faire avancer, sous contrôle de paramètres programmés, l'insuline contenue dans le réservoir vers le cathéter. Aujourd'hui, les avancées technologiques ont permis leur miniaturisation accompagnée d'une plus grande simplicité d'usage. Les pompes amènent une amélioration de la qualité de vie des personnes diabétiques.

En 2000, date des premiers remboursements par l'Assurance maladie de ces DM, leur prise en charge s'effectuait à l'achat. Désormais, leur prise en charge se fait via une prestation dispensée à domicile par un prestataire de service comprenant : un forfait de formation technique initiale, un forfait journalier pour la location de la pompe et un forfait journalier pour les consommables (fourniture et livraison des consommables, des accessoires, astreinte technique 24h/24, intervention à domicile, entretien).

La prise en charge est assurée pour le diabète de type 1 ou de type 2 ne pouvant être équilibré par une insulinothérapie par multi-injections sous-cutanées d'insuline. La prescription initiale d'une pompe à insuline externe, portable et programmable doit être réalisée dans un centre initiateur adulte ou pédiatrique.

Cette prescription est faite pour un maximum de 6 mois. Le renouvellement de la prescription, également réalisé pour un maximum 6 mois, est effectué par un médecin spécialiste en endocrinologie et métabolisme ou titulaire de la compétence ordinaire en endocrinologie et métabolisme ou un médecin titulaire de la compétence ordinaire en diabétologie et nutrition travaillant en concertation avec le centre initiateur.

En France, un recours faible aux pompes à insuline : environ 23 000 personnes en 2015, près des ¾ sont des personnes diabétiques de types 1

Sur les 682 845 personnes insulino-traitées en 2015, 614 900 ont été incluses dans notre étude (Encadré 21), dont 24% avaient un diabète de type 1 (âge moyen 46 ans) et 76% un diabète de type 2 (âge moyen 72 ans).

En France 23 021 personnes du régime général avaient recours à une pompe à insuline externe en 2015 dont 16 782 personnes DT1 (73%). La prévalence était de 3,2 % parmi l'ensemble des personnes diabétiques insulino-traités (DT1 et DT2). Chez les personnes DT1, ce taux est de 8,4 % car le recours à la pompe à insuline externe est plus important.

La dépense annuelle moyenne remboursable⁶² des personnes (prévalentes) sous pompe à insuline externe était d'environ 13 600€ pour les personnes DT1 et de 18 500€ pour les personnes DT2 alors que celles des personnes sous schéma multi-injections exclusivement était de 9 700€ pour les personnes DT1 et de 14 300€ pour les DT2. La structure en termes de dépenses entre les 2 modalités d'insulinothérapie est bien sûr différente (Tableau 25), avec un poids plus important de la LPP notamment quel que soit le type de diabète : en moyenne 4 300€/an pour les DT1 et 4 700€/an pour les DT2 sous pompe externe versus respectivement 900€/an et 1 100€/an pour les personnes sous schéma multi-injections exclusives. A l'inverse, les dépenses de soins infirmiers sont plus importantes pour les personnes sous schéma multi-injections (9% versus 2,5% respectivement pour les DT1 et 19% versus 6% pour les DT2). Les différences sur le poste hôpital sont plus délicates à interpréter sans une analyse plus fine des motifs d'hospitalisation, toutes les dépenses sur ce postes

⁶² Il s'agit ici de l'ensemble des dépenses des personnes et pas uniquement des dépenses spécifiques aux modalités d'insulinothérapie. Les données n'étant pas standardisées sur l'âge et le sexe notamment, elles reflètent aussi les différences de profils des populations. Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation de ces écarts.

ne devant pas être nécessairement reliées aux différences de modalités d'insulinothérapie (pompe à insuline versus schéma multi-injections).

Tableau 25 : Dépenses remboursables annuelles moyennes pour les principaux postes de soins selon le type de diabète et les modalités d'insulinothérapie⁶³

DT1

	Groupe 1 : pompe à insuline	Groupe 2 : multi-injections
LPP	4 300 € (32 %)	900 € (9 %)
Médicaments	1 800 € (13 %)	2 200 € (23 %)
Soins infirmiers	340 € (2,5 %)	900 € (9 %)
Séjours hospitaliers	4 500 € (33 %)	2 900 € (30 %)

DT2

	Groupe 1 : pompe à insuline	Groupe 2 : multi-injections
LPP	4 700 € (25 %)	1 100 € (8 %)
Médicaments	3 200 € (17 %)	2 600 € (18 %)
Soins infirmiers	1 200 € (6 %)	2 700 € (19 %)
Séjours hospitaliers	5 900 € (32 %)	5 200 € (36 %)

Les personnes nouvellement mises sous-pompe à insuline en 2015, sont plutôt des femmes pour les personnes DT1, des hommes pour les personnes DT2, ont des consultations fréquentes chez un endocrinologue

Le nombre de personnes nouvellement mises sous pompe à insuline externe en 2015 est faible : 4 083 personnes (soit 18% des personnes sous pompe), dont 2 905 personnes DT1(71%) et 1 178 personnes DT2 (29%). Pour 88% des personnes nouvellement mise sous pompe en 2015, le prescripteur était un établissement hospitalier et pour 12% un médecin libéral (endocrinologue, interniste ou généraliste).

La première partie de l'étude vise à décrire les caractéristiques des personnes nouvellement mises sous pompes en les mettant en perspective avec celles des personnes sous multi-injections exclusivement. Les résultats sont présentés dans le Tableau 26.

Comparativement aux personnes sous multi-injections exclusivement, les personnes sous-pompe à insuline sont plus jeunes, ont des consultations plus fréquentes chez un endocrinologue et ont également une présence d'antécédents métaboliques aigus plus importante. Il y a toutefois des différences entre les personnes DT1 et DT2.

Les patients DT1 nouvellement mis sous pompe à insuline comparativement à ceux sous multi-injections sont majoritairement des femmes (55%), plus jeunes (37 vs 46 ans), moins nombreux à bénéficier de la CMU-c (12 vs 16%), avec une ancienneté moyenne de leur diabète plus faible (11 vs 14 ans), ont eu davantage de contact en moyenne avec un endocrinologue dans les deux ans précédant la mise sous pompe (3 vs 2) et ont moins de comorbidités, sauf pour les antécédents de maladies métaboliques aiguës (30% vs 20%).

Les patients DT2 incidents à la pompe à insuline comparativement à ceux sous multi-injections sont majoritairement des hommes (53%), plus jeunes (63 vs 72 ans), ont également davantage eu de contact avec un endocrinologue durant les deux dernières années (4 vs 2), ont plus souvent des pathologies ou traitements chroniques en lien avec la santé mentale, et présentent plus d'antécédents de maladies métaboliques aiguës (13% vs 10%).

⁶³ Il s'agit ici de l'ensemble des dépenses des personnes et pas uniquement des dépenses spécifiques aux modalités d'insulinothérapie. Les données n'étant pas standardisées sur l'âge et le sexe notamment, elles reflètent aussi les différences de profils des populations. Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation de ces écarts

Tableau 26 : Caractéristiques des personnes nouvellement mises sous pompes en 2015 versus celles exclusivement sous multi-injections, selon le type de diabète

	Personnes diabétiques de type 1		Personnes diabétiques de type 2	
	Groupe 1 : incidents pompes à insuline en 2015	Groupe 2 : multi-injections	Groupe 1 : incidents pompes à insuline en 2015	Groupe 2 : multi-injections
	(n= 2 905)	(n=144 861)	(n= 1 178)	(n=465 969)
Homme	1 316 (45,3)	80 319 (55,4)	624 (53)	232 327 (49,9)
Femme	1 589 (54,7)	64 542 (44,6)	554 (47)	233 642 (50,1)
Âge				
<i>moyenne</i>	37	46	63	72
<i>médiane</i>	37	48	63	72
<i>borne min-max</i>	(15-72)	(15-72)	(45-98)	(45-110)
CMU-C*				
Oui	354 (12,2)	22 405 (15,5)	/	/
Non	2 545 (87,6)	122 204 (84,5)	/	/
Ancienneté du diabète (années)				
<i>moyenne</i>	11	14	12	13
<i>médiane</i>	9	13	9	11
Ancienneté de l'insulinothérapie (années)				
<i>moyenne</i>	/	/	5	5
<i>médiane</i>	/	/	6	5
Consultations endocrinologue dans les deux ans précédents²				
<i>moyenne</i>	3	2	4	2
<i>médiane</i>	2	0	3	0
Pathologies psychiatriques et traitements antidépresseurs/anxiolytiques				
Pathologie psychiatrique avec ou sans traitements	175 (6)	11 817 (8,2)	114 (9,7)	42 672 (9,2)
Pas de pathologie psychiatrique mais traitements antidépresseurs/anxiolytiques	334 (11,5)	18 915 (13,1)	313 (26,6)	105 575 (22,7)
Pas de pathologie psychiatrique et pas de traitements antidépresseurs/anxiolytiques	2 396 (82,5)	114 129 (78,8)	751 (63,8)	317 722 (68,2)
Maladies cardio-neurovasculaires chroniques	363 (12,5)	22 440 (15,5)	478 (40,6)	193 063(41,4)
Insuffisance rénale chronique terminale	28 (1)	2 288 (1,6)	20 (1,7)	10 746 (2,3)
Antécédents de maladies métaboliques aiguës (coma diabétiques, acidocétoses diabétiques)	877 (30,2)	28 400 (19,6)	147 (12,5)	46 897 (10,1)

Lecture : 45,3 % des patients diabétiques de type 1 sous pompe à insuline externe sont des hommes.

² Fréquence de consultations chez un endocrinologue dans les 2 ans précédant la mise sous pompe ou dans les deux ans précédant la première délivrance de dispositifs médicaux en 2015.

*Données manquantes.

Un âge élevé, une ancienneté du diabète de plus de 11 ans et une insuffisance rénale chronique terminale apparaissent comme des freins à la mise sous pompe à insuline externe

Pour aller plus loin dans l'analyse, ont été recherchés ensuite, en prenant comme référence les caractéristiques des personnes sous-multi-injections exclusivement, les facteurs en faveur de la mise sous pompe mais aussi les freins possibles (Encadré 21). Les résultats sont synthétisés dans le Tableau 27.

Tableau 27 : Facteurs en faveur et freins d'une mise sous pompe selon le type de diabète

	DT1 (OR ajustés)	DT2 (OR ajustés)
Facteurs explicatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe (Femme) (OR=1,54) • Consultation endocrinologue (Plus de 12 consultations → OR=1,56) • Pathologie cardio-neurovasculaire chronique (OR=1,65) • Traitement par antidépresseurs/anxiolytiques (OR=1,19) • Antécédents de maladies métaboliques aiguës (OR=1,14) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation endocrinologue (pas de consultation → OR=0,09 ; 12 et plus → OR=2,47) • Pathologie cardio-neurovasculaire chronique (OR=1,28) • Traitement par antidépresseurs/anxiolytiques (OR=1,43) • Ancienneté de l'insulinothérapie (6-10 ans → OR=2,22)
Frein	<ul style="list-style-type: none"> • Âge (65 ans et plus → OR=0,11 ; 23-34 ans → OR=0,89) • IRCT (OR=0,61) • ancienneté du diabète (11 ans et plus → OR= 0,76) • CMU-C (OR= 0,67) 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge (75 ans et plus → OR=0,06 ; 55-64 ans → OR= 0,62) • IRCT (OR=0,62) • Ancienneté du diabète (11 ans et plus → OR=0,68)

Note de lecture : Un odd-ratio (OR) supérieur à 1 signifie que le facteur considéré est en faveur de la mise sous pompe à insuline externe. A l'inverse, un OR<1 signifie que le facteur est un frein. Ex : Avoir eu plus de 12 consultations chez un endocrinologue dans les 2 ans précédant la mise sous pompe est un facteur en faveur d'une mise sous pompe.

Ainsi, pour les personnes DT1, les facteurs en faveur (OR >1) d'une mise sous pompe à insuline externe sont : la fréquence de consultation chez un endocrinologue dans les deux ans précédant la mise sous pompe à insuline, le fait d'être une femme, la présence de pathologie cardiovasculaire chronique, le fait d'avoir eu des antécédents de maladies métaboliques aiguës (comas diabétiques, acidocétoses diabétiques) avant 2015 et être traité de façon chronique par anti-dépresseur ou anxiolytique sans marqueur de sévérité retrouvé dans le SNDS (ie. pas d'ALD ni d'hospitalisation pour motif psychiatrique).

Pour les personnes DT 2, les facteurs en faveur (OR>1) : sont la fréquence de consultation chez un endocrinologue dans les deux ans précédant la mise sous pompe à insuline, l'ancienneté de l'insulinothérapie, la présence de pathologie cardiovasculaire chronique et le fait ne pas avoir de pathologie mais un traitement chronique en lien avec la santé mentale.

Sont identifiés comme « freins », c'est-à-dire facteurs qui paraissent défavorables (OR<1) à la mise sous pompe chez les patients DT1et DT2 : l'âge, l'ancienneté du diabète et l'insuffisance rénale chronique terminale. Chez les patients DT1, être bénéficiaire de la CMU-c est également un facteur défavorisant.

Des arrêts fréquents 18 % et précoces avec 60 % d'arrêt dans la première année

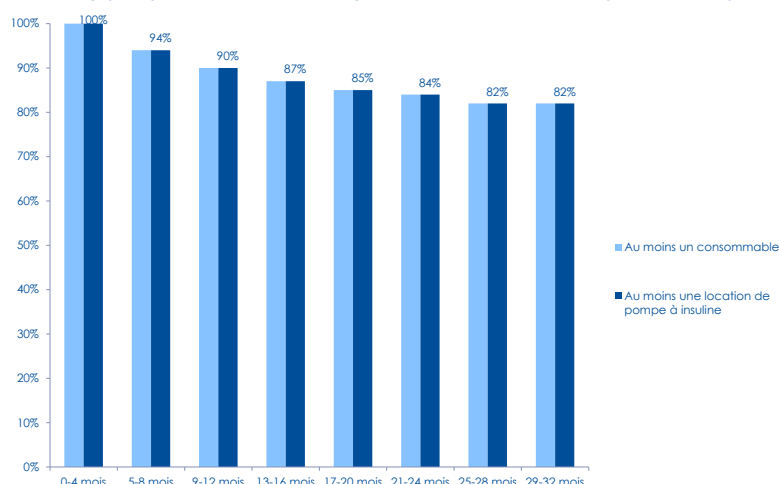
L'étude a été réalisée sur 3 973 personnes (DT1 et DT2) mises sous pompe à insuline en 2015⁶⁴ ayant les principales caractéristiques suivantes : 71% avaient un DT1, 53% étaient des femmes, l'âge moyen était de 45 ans (47 ans pour les hommes et 43 ans pour les femmes), 12% des personnes de moins de 61 ans étaient à la CMUc, 5% avaient des droits ouverts à l'ACS et 5% à l'AAH. Les personnes ont été suivies sur la période 2016-2018.

La Figure 79 montre l'évolution de la part des personnes mises sous pompes à insuline en 2015 qui ont au moins un consommable ou un forfait de location de remboursé par période de 4 mois⁶⁵.

⁶⁴ Pour les besoins de cette partie de l'étude, certaines personnes ont été exclues (cf. Encadré 21).

⁶⁵ Exclusion des personnes décédées sur la période observée.

Figure 79 : Part des personnes ayant toujours au moins un remboursement de forfait (consommable ou location) par période de 4 mois (exclusion des décédés pendant la période)



On note ainsi qu'environ 18% (n=706) des personnes mises sous pompe en 2015 et non décédées sur toute la période d'étude (n=3 841) ont arrêté⁶⁶ l'utilisation de la pompe externe sans reprendre pendant la période de suivi. L'arrêt de la pompe est assez rapide puisqu'environ 60% des personnes ayant arrêté l'ont fait dès la première année, et pour 24,5% c'était dès le 5^{ème} mois.

Les principales caractéristiques des personnes ayant arrêté l'utilisation de la pompe sont les suivantes : 57% sont des femmes (versus 53 % dans la cohorte), 76% ont un DT1 (versus 71% dans la cohorte), elles sont plus jeunes (42 ans versus 45 en moyenne dans la cohorte), près de 30% avaient eu des antécédents de maladies métaboliques aiguës avant la mise sous pompe, 21% des personnes habitaient dans les communes les plus défavorisées (versus 23 % dans la cohorte).

A noter également que 54 % des personnes ayant arrêté la pompe ont utilisé le Freestyle en 2017-2018 (au moins un capteur ou un lecteur facturé) contre 85 % des personnes n'ayant pas arrêté la pompe.

Pour plus des ¾ des personnes mises sous pompe en 2015, le nombre de forfaits journaliers de consommables remboursés la première année dépasse 365 forfaits

Si l'on s'intéresse cette fois aux personnes⁶⁷ ayant au moins un remboursement de forfait location ou consommable sur la période considérée, on est surpris par le nombre élevé de forfaits journaliers remboursés, non seulement pour la location, mais surtout pour les consommables (Tableau 28). En effet, sur une période d'un an, on s'attendrait à avoir au maximum 365 forfaits journaliers de remboursés par personne voire un peu moins si l'on considère qu'il est normal que les personnes arrêtent temporairement d'utiliser leur pompe à certaines occasions (été, sport...).

Or les résultats observés sont très différents de ceux attendus. Sur un an, les personnes ont eu en moyenne 347 forfaits journaliers consommables et 297 forfaits location de remboursés, la médiane étant respectivement à 368 et 322. Ainsi sur un an, on observe un dépassement du nombre de forfaits journaliers remboursés pour plus des des ¾ des personnes pour les forfaits consommables et pour près d'1/3 des personnes pour les forfaits de location. Sur 2 ans, les taux de dépassement du nombre de forfaits journaliers remboursés bien que plus faible, restent préoccupants : 60% pour les consommables et 30% pour la location.

⁶⁶ I.e. aucun remboursement de consommable ou de forfait de location sur toute la période de suivi.

⁶⁷ Non-décédées dans l'année considérée.

Tableau 28 : Nombre de forfaits (location et consommables) remboursés sur 1 et 2 années

	nombre de jours					% dépassements
	Moyenne	Médiane	Q1	Q3	P90	
	Sur 1 an (max 365 forfaits /an)					
Forfait journalier consommables	347	368	366	387	397	76%
Forfait journalier location	297	322	238	367	390	36%
	Sur 2 an (max 730 forfaits /an)					
Forfait journalier consommables	629	731	841	746	762	60%
Forfait journalier location	586	640	534	731	749	30%

Notes de lecture :

Médiane : 50% des personnes ont eu plus de 368 forfaits de remboursés sur 1 an. Q1 : 25% des personnes ont eu moins de 366 forfaits consommables de remboursés sur 1 an. Q3 : 25% des personnes ont eu plus de 387 forfaits consommables de remboursés sur 1 an. P90 : 10% des personnes ont eu plus de 397 forfaits consommables de remboursés sur 1 an. % dépassement : 76% des personnes ont eu plus de 365 forfaits de remboursés sur un an.

Ces résultats sont d'autant plus surprenants que, là encore, on se serait attendu à un nombre de forfaits journaliers remboursés plus élevé pour la location des pompes que pour les consommables. En effet, la pompe peut continuer à être louée même si la personne ne l'utilise pas (ex : interruption temporaire) car elle est immobilisée chez la personne, alors que les consommables ne devraient être délivrés et donc facturés qu'en fonction des besoins de la personne et devraient donc refléter l'utilisation réelle. Or c'est l'inverse qui est observé.

En termes de dépenses remboursée, sur les 10,6 millions d'euros remboursés la première année pour les forfaits journaliers de consommable (2 700€/an/personne en moyenne), les dépassements (au delà de 365 forfaits journalier) représentent une somme de plus de 390 000 euros (soit 130€/an/ personne en moyenne) soit près de 4% des dépenses remboursées. Pour les forfaits journaliers de location, le montant des dépassements est plus faible : 185 000 euros sur les 9 millions d'euros remboursés (soit 2% des dépenses remboursées, 132€/an et par personne).

Ces montants sont plutôt conservateurs dans la mesure où ils font l'hypothèse d'une utilisation pour l'ensemble des patients 365 jours par an. Or, selon les experts, il est normal que les personnes sous pompe à insuline externe interrompent ponctuellement son utilisation et qu'une utilisation par exemple 80% de l'année (soit 292 forfaits journaliers par an) apparait normale. Si on prend ce seuil de 292 forfaits journalier par an pour une utilisation « normale », les montants induit par les dépassements sont nettement plus importants : 2,2 million d'euros pour les forfaits journaliers consommables (soit 21% des dépenses remboursées et 87% de personnes dépassent le seuil) et 1,3 million d'euros pour les forfaits journaliers de location de la pompe (14% des dépenses remboursées et 58% des personnes dépassant le seuil).

Comment expliquer ces résultats ? Est-ce que c'est le même prestataire qui facture plus de forfaits journaliers ? Est-ce que le patient a changé de distributeur sans informer le premier, les deux continuant à facturer des forfaits journaliers au moins sur une période commune ?

Pour tenter de répondre à ces questions, on a recherché, pour les personnes pour lesquelles des dépassements ont été observés, le nombre de codes prestataires différents rattachés aux remboursements sur la période. Les résultats sont les suivants ; pour 72% des personnes on retrouve un seul code prestataire, dans 25% on retrouve 2 codes prestataire et dans 2,8% au moins 3 codes prestataire.

Ces résultats sont toutefois délicats à interpréter. En effet, seules les entités juridiques des prestataires de services à domicile (PSAD) sont renseignées dans les bases. Or, un PSAD sous une même entité juridique peut avoir plusieurs magasins/distributeurs/succursales et cela ne peut pas être identifié dans les bases.

Les données disponibles ne permettent pas aujourd'hui d'aller beaucoup plus loin dans la compréhension de ces résultats surprenants ce qui plaide pour une évolution du système d'information afin de permettre une meilleure identification des PSAD. De plus, il est important de pouvoir aller plus loin dans la connaissance de l'utilisation et l'appropriation des pompes à insuline externe par les patients, ainsi que leurs relations avec les professionnels de santé et les PSAD à l'occasion de la mise sous pompe mais aussi dans le cadre du suivi et de l'accompagnement nécessaire.

Les résultats d'enquêtes réalisées auprès des personnes sous pompes à insuline externe apportent un éclairage intéressant et complémentaires sur l'intérêt des pompes mais aussi sur les difficultés rencontrées

Le Diabète LAB de la Fédération Française des Diabétiques a mené ces dernières années plusieurs études, auprès des personnes utilisatrices de pompes à insuline externes, qui apportent un éclairage intéressant, plus qualitatif, et complémentaire aux études présentées ci-dessus.

En 2017, une étude par questionnaire (1 161 répondants) sur les usages de l'une des pompes à insuline externe (la pompe sans fil Omnipod) a ainsi permis de montrer que parmi les utilisateurs actuels (n= 1 114, 96%), les deux principales raisons de continuer à l'utiliser étaient les suivantes : confort de la pompe (60,5%) et amélioration de l'équilibre glycémique (19%). De plus, 93% d'entre eux n'avaient pas l'intention de l'arrêter. Par contre 47 avaient abandonné l'utilisation de cette pompe, les deux principaux facteurs d'abandon étant le fait que la pompe n'avait pas amélioré leur équilibre glycémique, et que les alertes⁶⁸ étaient devenues « insupportables ».

Une autre étude qualitative plus récente a montré une satisfaction « mitigée » des patients concernant l'apprentissage à l'utilisation de la pompe à insuline, notamment du fait d'un accès limité à des éducations thérapeutiques pour les anciens diagnostiqués, et d'un format de séjour à l'hôpital peu compatible avec la vie professionnelle/familiale. Par ailleurs, concernant les expériences des personnes sous pompes avec les prestataires de santé à domicile, elles sont hétérogènes selon PSAD et les régions. Néanmoins, les patients interrogés étaient globalement satisfaits de leur PSAD quant à sa réactivité sur le matériel, ainsi que de la relation à l'infirmière du PSAD. La satisfaction était plus mitigée quant au lien hôpital / prestataire (choix du prestataire, transmission des informations), et au suivi, pouvant amener les patients à se sentir découragés.

En dépit d'un intérêt clinique indéniable clairement démontré, l'utilisation des pompes à insuline apparaît plus complexe en vie réelle, en particulier pour certains patients. Cela se traduit notamment par des abandons prématurés. Si l'on souhaite promouvoir l'utilisation des pompes à insuline externe, il apparaît donc important d'engager un travail avec les professionnels de santé concernés (médecins, infirmière notamment), les PSAD mais aussi, voire surtout, avec les associations de patients pour voir comment assurer au mieux la bonne coordination des acteurs et améliorer *in fine* l'accompagnement et le suivi des patients.

De plus, il semble indispensable de faire évoluer notre système d'information de manière à se donner les moyens de suivre de façon plus fine l'activité des PSAD, non seulement pour améliorer la régulation des PSAD, mettre en place des actions de maîtrise médicalées bien ciblées, mais aussi pour s'assurer de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement apporté aux personnes sous pompes à insuline.

Freestyle Libre® : quel est le profil des patients ? Qui sont les prescripteurs ? Quelle utilisation et coût en pratique ?

Depuis le 1^{er} juin 2017, est inscrit au remboursement un nouveau dispositif de mesure de la glycémie : le système flash d'auto surveillance Freestyle Libre® (FSL) se basant sur la technique de mesure continue du glucose interstitiel (MCG) (Encadré 23).

⁶⁸ prévenant de la fin du réservoir, de la détection d'occlusion.

Encadré 23 : Qu'est-ce que le Freestyle Libre® et quelles sont les conditions et modalités de sa prise en charge ?

L'autosurveillance glycémique (ASG) consiste en une auto-mesure de la glycémie par le patient diabétique. Cette auto-mesure est un acte important pour le patient diabétique traité par insuline : elle lui permet de surveiller son équilibre glycémique et d'adapter ainsi son traitement insulinique.

Les dispositifs assurant cette autosurveillance sont classés en 2 catégories : ceux permettant une mesure ponctuelle de la glycémie par analyse du sang capillaire (autosurveillance glycémique classique) et ceux permettant une mesure continue du glucose (MCG) dans le tissu interstitiel. Le système flash d'autosurveillance de la glycémie, Freestyle libre® appartient à cette dernière catégorie. Il est composé d'un capteur devant être porté en permanence pour assurer le contact avec le liquide interstitiel et d'un lecteur. Les informations glycémiques sont fournies au patient quand il scanne le lecteur au-dessus du capteur.

Selon la HAS (avis CNEDiMITS du 12/07/2016), le recours au FSL permet une réduction du temps passé en hypoglycémie et apporte pour le patient un gain en confort et qualité de vie par diminution des glycémies capillaires par piqure au bout des doigts.

Freestyle Libre ® est pris en charge depuis le 01/06/2017 (arrêté d'inscription du 4/05/2017- JO du 6/05/2017)

Les indications thérapeutiques de FSL prises en charge sont:

- patients DT1 ou DT2, enfants âgés de 4 ans et plus ou adultes,
- et traités par une insulinothérapie intensifiée (pompes ou multi injections $\geq 3/j$),
- et ayant un rythme d'auto-surveillance glycémique (ASG) $\geq 3/j$.

La HAS, dans son avis CNEDiMITS du 12/07/2016 estime la population cible de Freestyle Libre® à 300 000 patients.

L'initiation de Freestyle libre® est réservée aux diabétologues (ou aux pédiatres expérimentés en diabétologie pour les enfants). Cette initiation doit apporter au patient une éducation thérapeutique et une formation à FSL conditionnant le bon usage à venir de ce dispositif par le patient.

Le renouvellement de Freestyle Libre® peut être fait ensuite par tout médecin notamment un généraliste.

Les quantités remboursables sont fixées à un lecteur pour 4 ans (éventuellement 2 lecteurs pour les enfants de 4 à 18 ans), et 26 capteurs par an (un capteur ayant une durée de port de 14 jours). Pour les patients équipés par FSL les quantités d'ASG capillaire remboursés sont limitées à 100 bandelettes et 100 lancettes/an, le recours à l'ASG capillaire ne devant s'effectuer que dans les rares situations où il est nécessaire d'effectuer une mesure de glycémie capillaire pour vérifier le résultat fourni par Freestyle Libre®

FSL a été inscrit à un tarif de remboursement de 48,49 € pour le lecteur et 50 € pour le capteur. Au 01/07/2018, le tarif de remboursement du capteur est passé à 45 €.

Le coût théorique annuel de l'ASG pour un patient sous FSL est en 2018 de 1 292 € /an soit un montant très supérieur au coût d'une ASG capillaire à 656 € / an.

Il s'adresse aux patients atteints d'un diabète de type 1 ou de type 2 (adultes et enfants âgés d'au moins 4 ans) traités par insulinothérapie intensifiée (par pompe externe ou ≥ 3 injections par jour) et pratiquant une auto surveillance glycémique (ASG) pluriquotidienne ($\geq 3/j$), soit selon la HAS une population cible de 300 000 patients. Sa prescription initiale est réservée aux diabétologues ou pédiatres expérimentés en diabétologie. Le coût théorique annuel de l'ASG pour un patient sous FSL est en 2018 de 1 292 € /an soit un montant très supérieur au coût d'une ASG capillaire à 656 € / an.

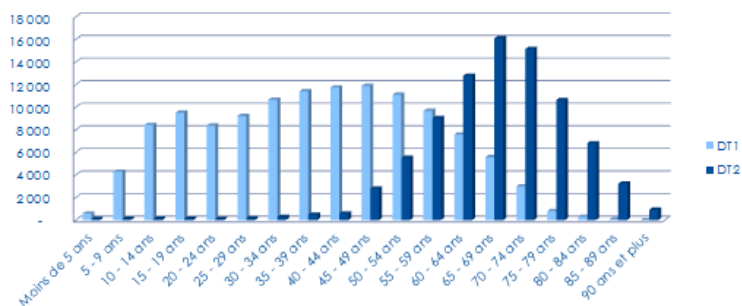
Les dépenses remboursées de dispositif d'autosurveillance glycémique y compris FSL ont été impactées par l'arrivée de cette nouvelle technologie avec une croissance de 17,5% au cours des 12 premiers mois de remboursement (515 M€ remboursés de juin 2016 à mai 2017 vs 605 M€ de juin 2017 à mai 2018, données tous régimes, France entière). Sur toute l'année 2018, le montant remboursé de FSL était de 173,5 M€ (données tous régimes, France entière).

L'étude suivante vise à améliorer notre connaissance sur la population mise sous FSL ainsi que sur les modalités de prescription de ce dispositif, et à appréhender en vie réelle l'observance de FSL et le coût de l'ASG des patients utilisant par rapport à son coût théorique

Une diffusion de Freestyle Libre ® rapide, concernant aussi bien les diabétiques de type 1 que de type 2

En 2018, 209 053 patients ont eu au moins un remboursement de FSL. Parmi eux 81% étaient déclarés en ALD diabète, 55% étaient des hommes et 8% des patients de moins de 65 ans bénéficiaient de la CMUC. On observe une prédominance de diabétiques de type 1 par rapport aux diabétiques de type 2 (59% versus 41%). La répartition des patients par tranche d'âge et par type de diabète met en évidence les différences de profil en termes d'âge entre ces 2 populations en cohérence avec l'épidémiologie (Figure 80).

Figure 80: Répartition des patients sous Freestyle Libre en 2018, par tranche d'âge et type de diabète.



Source : Cnam (Tous régimes, France entière)

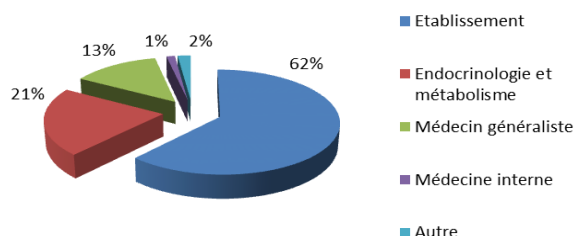
29% des patients sous FSL étaient équipés de pompe externe, soit 85% des patients diabétiques sous pompe (88% des DT1 sous pompe et 73% des DT2 sous pompe).

Les conditions d'initiation ont un impact sur l'utilisation à venir

En 2018, 85 268 patients ont initiés un lecteur FSL, avec une répartition équivalente entre les diabétiques de type 1 et de type 2. Le non-respect des indications de prise en charge en termes d'âge et de recours à un traitement insulinaire intensifié est limité : seulement 10% des patients ne respectaient pas ces indications. Ce pourcentage était plus élevé chez le DT2 (15% versus 5% chez le DT1). L'indication non remplie dans la grande majorité des cas était la mise sous traitement insulinaire intensifiée préalable.

Une analyse de la spécialité du prescripteur montre que 13% des initiations sont effectuées par un médecin généraliste. Ces initiations ne sont pas conformes aux conditions de prise en charge de FSL dont la primo-prescription est réservée à un endocrinologue ou à un pédiatre expérimenté en diabétologie (Figure 81).

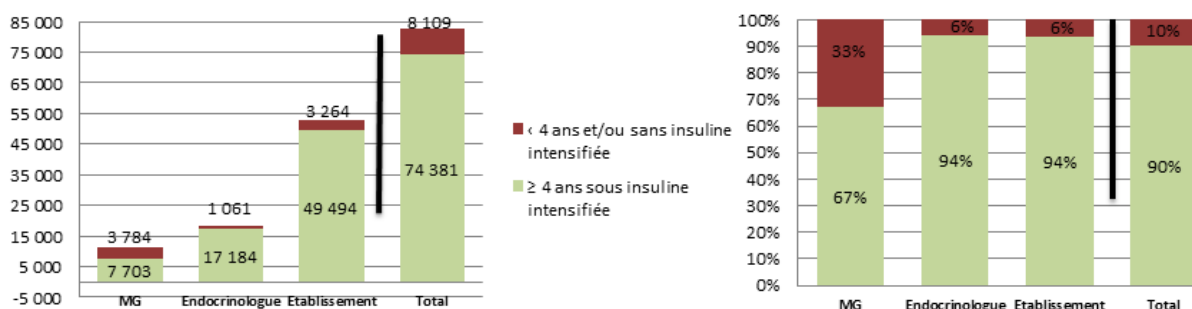
Figure 81: Répartition par spécialité des initiations de lecteur freestyle en 2018



Source : Cnam (Tous régimes, France entière)

Par ailleurs, lorsque l'initiation de FSL est faite par un généraliste, on constate un non-respect plus important des indications thérapeutiques: 33% pour une initiation faite par un généraliste versus 6% pour une initiation faite par un spécialiste exerçant en établissement ou par un endocrinologue libéral (Figure 82).

Figure 82: Répartition par spécialité du nombre de patients initiés en 2017, selon le respect ou non des conditions de prise en charge (en effectifs à gauche et en pourcentages à droite).



Source : Cnam (Tous régimes, France entière)

60% de ces patients ont un nombre de capteurs remboursés cohérent avec une bonne utilisation du dispositif

Des profils d'utilisation ont été établis à partir du nombre de capteurs remboursés en 2018 chez les 97 650 patients ayant initié un lecteur FSL en 2017. L'objectif est d'identifier les patients ayant une utilisation normale du dispositif (entre 20 et 28 capteurs/an) et ceux ayant une sous-utilisation notable (10 capteurs ou moins/an).

Si 60% de ces patients ont un nombre de capteurs remboursés cohérent avec une bonne utilisation du dispositif, on observe une importante sous-consommation de capteurs chez 14% d'entre-deux en 2018, 9% n'ayant eu aucun remboursement de capteur sur cette période, les patients étant pourtant toujours sous traitement insuliniq ue intensifié. Une analyse selon la spécialité du prescripteur initiant a été réalisée : le pourcentage de 14% passe à 23% lorsque le FSL est initié par un médecin généraliste.

Par ailleurs, 9% des patients ont une surconsommation en capteurs (plus de 28 capteurs remboursés dans l'année), en moyenne de l'ordre de 4 à 5 capteurs supplémentaires par patient et par an (Tableau 29).

Tableau 29: Répartition des patients selon le nombre de capteurs consommés et le prescripteur ayant initié FSL

Nombre de capteurs délivrés remboursés en 2018	Nombre de patients ayant eu prescription du lecteur freestyle par un...			
	MG	Endocrinologue libéral	Etablissement	Spécialiste
≤ 10 capteurs	23%	14%	14%	14%
entre 11 et 19 capteurs	15%	12%	14%	13%
entre 20 et 28 capteurs	53%	65%	64%	64%
> 28 capteurs	9%	8%	8%	8%

Source : CNAM

Champ : tous régimes, France entière

Un coût réel qui apparaît inférieur au coût théorique essentiellement lié à une sous-utilisation de FSL

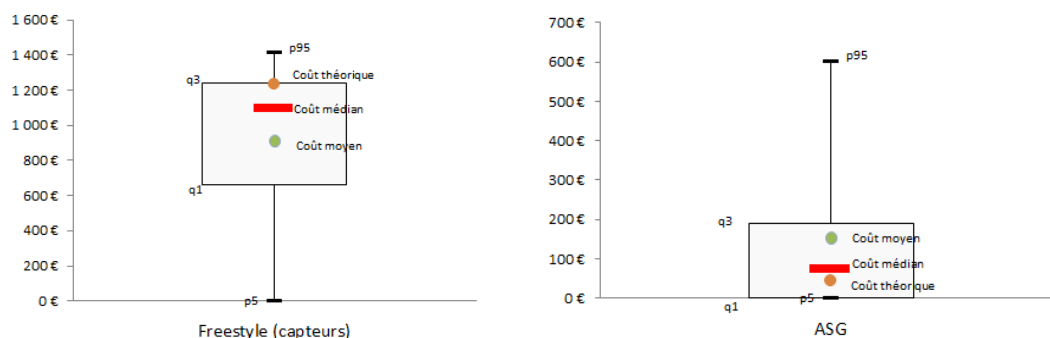
Chez les 97 650 patients ayant initié un lecteur FSL en 2017, le coût annuel constaté par patient des remboursements de capteurs en 2018 est en moyenne de 911 € (médiane de 1 100 €), ce qui est inférieur au coût théorique annuel de 1 250 €. Ce résultat est à mettre en regard du fait que 14 % des patients initiés en 2017 sous-consomment, 9 % n'ayant eu aucun remboursement de capteur en 2018. A l'inverse, 26 % des patients ayant eu des remboursements de capteurs en 2018 dépassent ce coût théorique. Cela s'observe dans la Figure 83 gauche détaillant la répartition des coûts : le 3^{ème} quartile se superpose au coût théorique. Ce surcote en capteurs est en moyenne de 110 € pour ces patients (médiane à 90€) en 2018, soit une dépense supplémentaire en capteurs FSL pour l'Assurance maladie de 2,8 M€ en 2018.

Pour ces mêmes patients, le coût de l'ASG capillaire constaté est lui en revanche supérieur au coût théorique, qui est de 45 €, avec une moyenne de 152 € par patient en 2018 et une médiane de 76 €. Ce résultat est d'autant plus intéressant que 29 % des patients initiés en 2017 n'avaient aucun remboursement de bandelettes ou lancettes en 2018. En effet, nous voyons sur le graphique que le coût théorique annuel par patient n'est respecté que par 45 % d'entre eux. Ce surcote en dispositifs d'ASG capillaire est en moyenne de 220 € pour ces patients (médiane à 134 €) en 2018, soit une dépense supplémentaire en dispositifs d'ASG capillaire pour l'Assurance maladie de 11,8 M€ en 2018.

Au final, le coût des dispositifs d'autosurveillance glycémique par patient en 2018 (ASG glycémique capillaire + capteur FSL) est en moyenne de 1 063 € (médiane de 1 199 €), soit inférieur au coût théorique de 1 280 €, la sous-utilisation de FSL compensant la surutilisation de l'ASG capillaire. (Figure 83).

Les patients sous FSL ne devraient théoriquement avoir recours à l'ASG capillaire que de façon ponctuelle. L'étude menée sur les coûts montrent qu'en vie réelle une utilisation importante de l'ASG capillaire demeure, FSL étant sous utilisé et ne venant donc pas se substituer à l'ASG classique.

Figure 83: Montant remboursé sur 2018 de dispositif d'ASG pour les patients ayant initié FSL en 2017



Note de lecture : Les graphiques de type box plot ou « boîte à moustaches » permettent d’observer la distribution d’une variable au sein d’une population donnée. Une boîte à moustaches sera d’autant plus étalée que la distribution de la variable est hétérogène au sein de la population de référence. Le rectangle contient 50% de l’effectif des patients. Ainsi, 50% des patients initiant FSL en 2017 ont un coût en capteur sur l’année 2018 compris entre 660 € et 1 240 €, avec une moyenne à 911 € (point vert sur le graphique). Le coût médian (trait rouge sur le graphique) est de 1 100 €. Le coût moyen théorique, calculé selon la méthodologie présentée dans l’Encadré 21, est de 1 235 € (point orange sur le graphique). Enfin, les traits extrêmes définissent l’étendue des valeurs de coût et correspondent respectivement aux 5% des coûts par patient les plus faibles et aux 5% des coûts les plus élevés (respectivement 5^e et le 95^e percentile). Le coût par patient de FSL (capteurs) va ainsi de 0€ à 1 416 € par an.

Les études qualitatives réalisées sur le Freestyle Libre® par la Cnam et par le Diabète Lab apportent des résultats intéressants sur le point de vue des patients quant à leur intérêt en pratique ainsi que sur les difficultés/problèmes rencontrés

L’étude qualitative réalisée par la Cnam montre un haut niveau de satisfaction des patients mais un problème de port discontinu de capteur.

Trois niveaux de bénéfices ont été prêtés à FSL par les patients:

- L’amélioration de la qualité de vie via le confort apporté
- L’amélioration de la surveillance glycémique
- Une meilleure appréhension du diabète

Les patients étaient tous bien informés de la fréquence de changement de capteurs exigée pour un bon usage de FSL (tous les 14 jours). Ainsi, la sous-utilisation de capteurs ne peut pas être imputée à une méconnaissance des règles de bon usage de FSL.

Pour autant tous les patients interrogés ont été confrontés à un ou plusieurs problèmes contingents, le plus souvent à l’origine de la « sous-utilisation » des capteurs. La sous-utilisation se traduisant par un retrait anticipé du capteur (avant les 14 jours) et donc un port discontinu de capteur.

Les facteurs contingents en cause sont principalement la chute du capteur (décollement, arrachage par mégarde) et la rupture de stocks en pharmacie. Des cas de capteurs défectueux, des cas de saignement à l’implantation du capteur ont également été cités. Très ponctuellement, un retrait anticipé, intentionnel pour convenance personnelle ou pour raisons médicales (Ex : IRM, etc.)

Lors de ces périodes sans capteurs, les patients déclarent recourir aux bandelettes pour contrôler leur glycémie.

Les études qualitatives réalisées par le Diabète Lab confortent ces constats et apportent également des informations complémentaires

Une étude menée en 2019 sur les usages du FSL montre que parmi les 2148 répondants au questionnaire et utilisateurs actuels, les deux raisons principales de continuer à l'utiliser étaient : un plus grand confort (78,4 % pour éviter la piqûre au bout du doigt ; 69,7 % pour réaliser des mesures glycémiques plus facilement) et pour mieux contrôler son diabète (72,3%). Plus de 80% des patients estiment que le FSL les motive à mieux gérer leur diabète et leur permet de mieux maîtriser ce dernier. Près de 80% des utilisateurs qui ont répondu à l'enquête se sont déclarés très satisfaits de leur dispositif essentiellement parce que ce dernier les aide à mieux contrôler leur diabète. Parmi ceux l'ayant abandonné ou ne l'utilisant pas de façon continue, le principal facteur est lié à des problèmes tels que la fixation du capteur par exemple.

Conclusions

Les deux dispositifs médicaux que sont les pompes externes et le FSL s'adressent au même profil de patient c'est-à-dire les diabétiques traités par une insulinothérapie intensifiée. Pour tous deux, il est nécessaire que le patient bénéficie avant utilisation d'une éducation thérapeutique et d'une formation technique qui vont conditionner la bonne utilisation à venir de ces dispositifs onéreux.

L'Assurance maladie par ces études a voulu appréhender les caractéristiques des patients ayant recours à ces dispositifs, observer leur utilisation en vie réelle et leur facturation afin de mettre en évidence des axes d'amélioration potentiels pour augmenter l'efficacité de leur utilisation.

Ce travail semble particulièrement opportun au vu des développements à venir des dispositifs médicaux pour la prise en charge du diabète insulino-traité, tels que les capteurs de MCG implantables, le pancréas artificiel, et de l'impact potentiel de ces nouveautés sur les dépenses de santé.

Sur l'utilisation en vie réelle des pompes et de FSL, les deux études mettent en évidence des phénomènes d'abandon. Pour les pompes, 10 % des patients initiés en 2015 arrêtent l'utilisation de ce dispositif durant l'année suivante ; ce pourcentage est de 18 % sur 2 ans et demi de suivi. Pour FSL, 9 % des personnes ayant initié en 2017 n'ont aucun remboursement de capteurs en 2018, 14 % au total ont 10 capteurs ou moins remboursés sur cette année.

Les bases de données donnent des premiers éléments sur ces abandons ou sous-utilisations. Ainsi pour FSL, il a été clairement identifié que le risque de sous-utilisation était plus important lorsque la prescription avait été faite en dehors des conditions de prise en charge c'est-à-dire pour un patient DT2 n'ayant pas recours à l'insuline ou initié par un médecin généraliste. Des études qualitatives et des discussions avec les professionnels de santé, via notamment les sociétés savantes, les instances représentatives des médecins et les associations de patients permettent de compléter ces analyses. Ainsi, pour les pompes à insuline, la FFD indique via son observatoire Diabète LAB que les abandons s'expliquent par le fait que le patient trouve l'appareil complexe, contraignant et ne comprend pas le bénéfice qu'il pourrait en tirer en termes de contrôle de l'équilibre glycémique. A l'inverse pour FSL, la FFD indique qu'il y a un fort taux de satisfaction des patients utilisant FSL, trouvant ce dispositif facile voire ludique et ayant une vraie valeur ajoutée dans la connaissance de son équilibre glycémique. L'étude qualitative menée par l'Assurance maladie apporte les mêmes conclusions. Pour la FFD, les abandons précoces de FSL seraient dus à un manque de confiance dans le dispositif, le patient contrôlant la valeur glycémique fourni par FSL avec une mesure d'ASG capillaire et ne comprenant pas la valeur de la glycémie interstitielle et la valeur de la glycémie capillaire.

L'étude sur FSL montre aussi un recours important à l'ASG capillaire chez les patients sous FSL: en pratique donc il n'y a pas comme attendu un switch total du patient de l'ASG capillaire vers la MCG avec FSL mais une utilisation des deux dispositifs. Là aussi les études qualitatives apportent des éléments de réponse : d'une part un manque de confiance du patient comme évoqué plus haut, d'autre part un phénomène de port discontinu de capteur indépendant de la volonté du patient (décollage, arrachement...) recourant alors à l'ASG.

Ce recours important à l'ASG capillaire vient alourdir l'impact financier de FSL pour l'Assurance maladie de 11,8 million d'euros.

Enfin le constat de surfacturation des pompes externes (consommables et dans une moindre mesure forfait de location) pose problème. Les données disponibles dans les bases aujourd'hui ne permettent pas d'aller beaucoup plus loin dans la compréhension de ce résultat surprenant. Ce constat a cependant pu être fait sur d'autres dispositifs soumis à la forfaitisation.

3.1.2 Références

1. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf.* 1 oct 2013;22(10):809-15.
2. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health [Internet]. OECD Publishing; 2017 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en
3. McLellan AR, Gallacher SJ, Fraser M, McQuillan C. The fracture liaison service: success of a program for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture. *Osteoporos Int.* déc 2003;14(12):1028-34.
4. Beloeil H, Ruchard D, Drewniak N, Molliex S. Overuse of preoperative laboratory coagulation testing and ABO blood typing: a French national study. *BJA: British Journal of Anaesthesia* [Internet]. 9 oct 2017 [cité 6 nov 2017]; Disponible sur: <http://academic.oup.com/bja/article/doi/10.1093/bja/aex268/4384743/Overuse-of-preoperative-laboratory-coagulation>
5. Sadowski BW, Lane AB, Wood SM, Robinson SL, Kim CH. High-Value, Cost-Conscious Care: Iterative Systems-Based Interventions to Reduce Unnecessary Laboratory Testing. *Am J Med.* 2017;130(9):1112.e1-1112.e7.
6. Eusebi LH, Ratnakumar R, Yuan Y, Solaymani-Dodaran M, Bazzoli F, Ford AC. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut.* 2018;67(3):430-40.
7. Bretagne JF, Honnorat C, Richard-Molard B, Caekaert A, Barthélemy P. Comparative study of characteristics and disease management between subjects with frequent and occasional gastro-oesophageal reflux symptoms. *Aliment Pharmacol Ther.* 1 mars 2006;23(5):607-16.
8. Schnabel L, Buscaïl C, Sabate J-M, Bouchoucha M, Kesse-Guyot E, Allès B, et al. Association Between Ultra-Processed Food Consumption and Functional Gastrointestinal Disorders: Results From the French NutriNet-Santé Cohort. *Am J Gastroenterol.* août 2018;113(8):1217-28.
9. Xie Y, Bowe B, Yan Y, Xian H, Li T, Al-Aly Z. Estimates of all cause mortality and cause specific mortality associated with proton pump inhibitors among US veterans: cohort study. *BMJ.* 29 2019;365:l1580.
10. Engeland A, Björge T, Klungsoyr K, Hjellvik V, Skurtveit S, Furu K. Trends in prescription drug use during pregnancy and postpartum in Norway, 2005 to 2015. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2018;27(9):995-1004.
11. Demailly R, Escolano S, Quantin C, Tubert-Bitter P, Ahmed I. Prescription drug use during pregnancy in France: a study from the national health insurance permanent sample. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* sept 2017;26(9):1126-34.
12. Daw JR, Hanley GE, Greyson DL, Morgan SG. Prescription drug use during pregnancy in developed countries: a systematic review. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* sept 2011;20(9):895-902.
13. Wallerstedt SM, Fastbom J, Linke J, Vitols S. Long-term use of proton pump inhibitors and prevalence of disease- and drug-related reasons for gastroprotection-a cross-sectional population-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2017;26(1):9-16.
14. Tewari A, Sooriakumaran P, Bloch DA, Seshadri-Kreaden U, Hebert AE, Wiklund P. Positive surgical margin and perioperative complication rates of primary surgical treatments for prostate cancer: a systematic review and meta-analysis comparing retropubic, laparoscopic, and robotic prostatectomy. *Eur Urol.* juill 2012;62(1):1-15.
15. Nossiter J, Sujenthiran A, Charman SC, Cathcart PJ, Aggarwal A, Payne H, et al. Robot-assisted radical prostatectomy vs laparoscopic and open retropubic radical prostatectomy: functional outcomes 18 months after diagnosis from a national cohort study in England. *Br J Cancer.* 20 2018;118(4):489-94.
16. Chaste D, Couapel J-P, Fardoun T, Vincendeau S, Mathieu R, Rioux-Leclercq N, et al. [Robot-assisted partial nephrectomy versus laparoscopic partial nephrectomy: a single institution experience]. *Prog Urol.* mars 2013;23(3):176-83.
17. Barbier E, Theveniaud P-E, Claudon M, Eschwege P, Hubert J. [Eight years of experience in robot-assisted partial nephrectomy: oncological and functional outcomes]. *Prog Urol.* mars 2014;24(3):185-90.
18. Sivarajan G, Taksler GB, Walter D, Gross CP, Sosa RE, Makarov DV. The Effect of the Diffusion of the Surgical Robot on the Hospital-level Utilization of Partial Nephrectomy. *Med Care.* janv 2015;53(1):71-8.
19. Cooper MA, Ibrahim A, Lyu H, Makary MA. Underreporting of robotic surgery complications. *J Healthc Qual.* avr 2015;37(2):133-8.
20. Barbash GI, Glied SA. New technology and health care costs--the case of robot-assisted surgery. *N Engl J Med.* 19 août 2010;363(8):701-4.
21. Aggarwal A, Lewis D, Mason M, Purushotham A, Sullivan R, van der Meulen J. Effect of patient choice and hospital competition on service configuration and technology adoption within cancer surgery: a national, population-based study. *Lancet Oncol.* 2017;18(11):1445-53.
22. Neuner JM, See WA, Pezzin LE, Tarima S, Nattinger AB. The association of robotic surgical technology and hospital prostatectomy volumes: increasing market share through the adoption of technology. *Cancer.* 15 janv 2012;118(2):371-7.
23. Lassmann-Vague V, Clavel S, Guerci B, Hanaire H, Leroy R, Loeuille GA, et al. When to treat a diabetic patient using an external insulin pump. Expert consensus. Société francophone du diabète (ex ALFEDIAM) 2009. *Diabetes & Metabolism.* 1 févr 2010;36(1):79-85.
24. Reznik Y, Morera J, Rod A, Coffin C, Rousseau E, Lireux B, et al. Efficacy of continuous subcutaneous insulin infusion in type 2 diabetes mellitus: a survey on a cohort of 102 patients with prolonged follow-up. *Diabetes Technol Ther.* déc 2010;12(12):931-6.
25. Reznik Y, Cohen O, Aronson R, Conget I, Runzis S, Castaneda J, et al. Insulin pump treatment compared with multiple daily injections for treatment of type 2 diabetes (OpT2mise): a randomised open-label controlled trial. *The Lancet.* 4 oct 2014;384(9950):1265-72.
26. Ribeiro MEB, Del Roio Liberatore Junior R, Custodio R, Martinelli CE. Continuous insulin therapy versus multiple insulin injections in the management of type 1 diabetes: a longitudinal study. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition).* 1 mars 2016;34(1):86-90.
27. A national survey on the efficacy and safety of continuous subcutaneous insulin infusion in patients with type 1 diabetes in Spain - ScienceDirect [Internet]. [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.u-pec.fr/science/article/pii/S0168822717314250>
28. Helve E, Koivisto VA, Lehtonen A, Pelkonen R, Huttunen JK, Nikkilä EA. A crossover comparison of continuous insulin infusion and conventional injection treatment of type I diabetes. *Acta Med Scand.* 1987;221(4):385-93.
29. Severe hypoglycaemia and glycaemic control in Type 1 diabetes: meta-analysis of multiple daily insulin injections compared with continuous subcutaneous insulin infusion - Pickup - 2008 - Diabetic Medicine - Wiley Online Library [Internet]. [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.u-pec.fr/doi/full/10.1111/j.1464-5491.2008.02486.x>
30. Chantelau E, Spraul M, Mühlhauser I, Gause R, Berger M. Long-term safety, efficacy and side-effects of continuous subcutaneous insulin infusion treatment for Type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus: a one centre experience. *Diabetologia.* 1 juill 1989;32(7):421-6.
31. Insulin pump therapy, multiple daily injections, and cardiovascular mortality in 18 168 people with type 1 diabetes: observational study | The BMJ [Internet]. [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h3234>
32. Leinung MC, Thompson S, Luo M, Leykina L, Nardacci E. Use of insulin pump therapy in patients with type 2 diabetes after failure of multiple daily injections. *Endocr Pract.* févr 2013;19(1):9-13.
33. Jankovec Z, Hahn M, Grunder S, Lacigova S, Cechurova D, Krcma M, et al. Analysis of continuous patient data from the Czech National Register of patients with type 1 and type 2

- diabetes using insulin pump therapy. *Diabetes Res Clin Pract.* févr 2010;87(2):219-23.
34. Reach G. Les freins et les résistances des soignants et des patients à la mise sous pompe à insuline. /data/revues/19572557/v8i5/S1957255714708673/ [Internet]. 24 nov 2014 [cité 22 févr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/939573>
35. Kesavadev J, Balakrishnan S, Ahammed S, Jothydev S. Reduction of glycosylated hemoglobin following 6 months of continuous subcutaneous insulin infusion in an Indian population with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther.* août 2009;11(8):517-21.
36. Jendle JH, Rawshani A, Svensson A-M, Avdic T, Gudbjörnsdóttir S. Indications for Insulin Pump Therapy in Type 1 Diabetes and Associations With Glycemic Control. *J Diabetes Sci Technol.* 25 mai 2016;10(5):1027-33.

Propositions pour favoriser la pertinence des parcours et le recours au juste soin

Proposition 19 : Etendre la démarche qualité, pertinence Ma Sante 2022 « parcours pilotes » à 13 nouvelles pathologies jusqu'en 2021

L'expérience des deux parcours pilotes montre tout l'intérêt et la faisabilité de cette démarche. Au-delà du périmètre de ces pilotes, la CNAM et la HAS proposent qu'elle soit étendue à 13 nouvelles pathologies ou situations cliniques. Le calendrier de travail suivant a été proposé aux CNP concernés.

2019	2020	2021
<ul style="list-style-type: none">- BPCO (pilote)- Obésité- Post Accident Vasculaire Cérébral- Cancer du sein (post chirurgie) en lien avec l'INCa- Maladie coronaire stable- Insuffisance Rénale Chronique	<ul style="list-style-type: none">- Épilepsie- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)- Reflux Gastro Œsophagien RGO- Handicap et accès aux soins- Diabète	<ul style="list-style-type: none">- Personnes âgées- Troubles bipolaires

Proposition 20 : Dans le cadre du partenariat avec la SFAR promouvoir des outils d'amélioration de la pertinence des prescriptions d'examens pré-anesthésiques

Promouvoir le développement des outils tels que les plans cliniques standardisés d'évaluation et de gestion (SCAMPs) avec une évaluation de leur impact sur les pratiques.

Proposition 21 : En lien avec la HAS, ouvrir aux médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires des spécialités dites à risque, la possibilité d'intégrer le dispositif d'accréditation, en faisant évoluer le mode de financement des organismes d'accréditation

Proposition 22 : Identifier dans les systèmes d'information de facturation le recours à une assistance robotique lors d'une intervention chirurgicale et permettre la production d'évaluations médicales et médico-économiques en vie réelle de leurs bénéficiaires et de leur sécurité pour les patients et la collectivité

En l'absence de données sur l'efficacité et la sécurité de la robot-assistance en chirurgie ainsi que de recommandations et d'indications consensuelles, il est indispensable de produire des études et des évaluations du bénéfice de cette technique pour les patients et la collectivité. Il convient donc d'adapter le système d'information du PMSI afin de retracer les opérations réalisées avec cette technologie. Ces données devront permettre à moyen terme de réaliser des études médicales et médico-économiques pour évaluer l'intérêt du robot et produire des recommandations à destination des chirurgiens et des établissements. L'Assurance maladie propose donc la création par l'ATIH d'un code d'extension documentaire pour le recours à la robot-assistance lors d'une intervention chirurgicale. Ce code sera actif dès le mois de juillet 2019. Avec les données ainsi recueillies, l'Assurance maladie propose de réaliser ou de diligenter des études de sécurité et d'efficacité sur l'usage de la robot-assistance. Sur cette base une réflexion prospective sur la place de la robot-assistance dans l'organisation et la gradation des soins chirurgicaux pourra également être menée.

Proposition 23 : Mener des actions pour favoriser dans la durée la bonne utilisation des pompes à insuline ou de Freestyle libre ®

Les actions nécessaires pour favoriser l'utilisation optimale des dispositifs doivent être menées lors de l'initiation du dispositif mais aussi à moyen et long terme pour corriger d'éventuelles pratiques non conformes aux indications, aux conditions d'utilisation et de prise en charge. Au préalable, un état des lieux des pratiques d'éducation et de formation du patient selon le professionnel initiateur (endocrinologue hospitalier faisant appel ou pas à une structure d'éducation thérapeutique ou un centre initiateur, endocrinologue libéral) pourra être réalisé. L'objectif est d'appréhender le niveau d'hétérogénéité éventuel de ces pratiques, les raisons de cette hétérogénéité et de définir un socle de base sous forme de cahier des charges. La construction de ces actions pourra s'appuyer sur l'expérience des sociétés savantes et des associations de patient.

Proposition 24 : Rappeler les conditions de prise en charge de Freestyle Libre ®

Le non-respect des conditions de prise en charge de FSL par les médecins généralistes résultent majoritairement d'une méconnaissance de la réglementation en vigueur sur les dispositifs médicaux. C'est dans ce cadre qu'une action d'accompagnement vers les médecins généralistes a été lancée début 2019 pour se déployer sur toute l'année. En parallèle, une action de même type a aussi été faite auprès des pharmaciens d'officine devant être aussi garant dans leur délivrance du respect de la réglementation.

Proposition 25 : Mener des actions de communication sur les pompes à insuline externes auprès des différents professionnels de santé mobilisés sur ce sujet ainsi qu'auprès des patients

L'Assurance maladie a déjà mené des actions sur les pompes externes. En 2017, elle a mis à disposition un modèle d'ordonnance élaboré en partenariat avec les représentants des professionnels de santé. Devant le constat d'un faible recours aux pompes à insuline externe en France, d'abandons fréquents des patients équipés en raison notamment de difficultés d'appropriation de cette technologie et de la non atteinte des objectifs glycémiques fixés, il est nécessaire renforcer/développer les actions de communication sur ce dispositif médical. Les actions de communications devront cibler les professionnels de santé mobilisés sur ce sujets (endocrinologues, médecins généralistes, infirmiers..) mais aussi les patients eux même. Comme pour FSL, ces dernières doivent notamment porter sur les conditions d'initiation de la pompe devant inclure l'éducation et la formation du patient puis sur le devenir du patient ainsi équipé.

Proposition 26 : Mettre en place rapidement une cellule d'observation dès l'arrivée sur le marché d'un nouveau dispositif médical onéreux

L'objectif est d'appréhender, dès l'inscription au remboursement, à partir des bases de données de l'Assurance maladie, les modalités de prescription et d'utilisation de nouveaux dispositifs médicaux onéreux afin de détecter et de mettre en place, le plus rapidement possible, des actions correctives, en cas de non-respect des règles de prescription ou de constats d'une utilisation non optimale du dispositif. Dans ce cadre, les études réalisées sur FSL et présentées dans ce rapport seront poursuivies pour appréhender l'évolution en vie réelle des pratiques de prescription ainsi que son utilisation par les patients. Il s'agira aussi d'évaluer l'impact des actions menées par l'Assurance maladie.

Proposition 27 : Proposer au Comité Economique des Produits de Santé une baisse de prix de Freestyle Libre ®

Cette proposition a pour but de maîtriser le surcout engendré par le recours important à l'ASG chez les patients équipés par Freestyle Libre ®, ainsi que le possible dépassement d'effectif de la population cible défini dans l'avis CNEDiMTS sur Freestyle Libre ® par la HAS.

Proposition 28 : Rendre plus performante la base de données de l'Assurance maladie dans l'identification des prestataires

L'objectif est de mettre en place, de façon opérationnelle, des seuils de facturation qui soient conformes avec la réglementation et bloquant lors de la liquidation des factures. Cela consisterait, pour les pompes à insuline externe par exemple, à bloquer les remboursements dès lors que le seuil de 365 jours/an pour les forfaits journaliers est dépassé, tout en se réservant la possibilité d'expertiser l'éventuelle pertinence d'un dépassement de seuil.

Proposition 29 : Mettre en place des mécanismes de blocage du remboursement sur la LPP

L'objectif est de mettre en place de façon opérationnelle des seuils de facturation en ligne avec la réglementation qui soient bloquant lors de la liquidation des factures (ex. plus de 365 jours/an pour des forfaits journaliers) afin de pouvoir ensuite expertiser les situations avec dépassements de seuil.

4. Les nouveaux modes de paiement et d'organisation, un levier de transformation du système de santé

Les modes de financement des activités de soins sont un des rouages essentiels à la bonne marche d'un système de santé. Ils sont aussi, en France comme dans de nombreux pays, un instrument des politiques et démarches de transformation des systèmes et des organisations de santé. Comme le souligne le rapport de la *task-force* sur la réforme du financement du système de santé, aucun système de financement n'est parfait, chaque modalité ayant ses propres avantages et inconvénients. Cela conduit donc à imaginer et mettre en œuvre des modes de paiement « combinés » associant plusieurs modalités de paiement pour une même activité.

Le résultat de la combinatoire de différents modes de paiement ne se limite pas à la somme des effets de chacune de ses composantes. Il dépend pour partie du poids financier relatif de chaque composante, de la cohérence des mécanismes employés, mais aussi du chemin à parcourir par rapport au mode de paiement qui existait antérieurement. Ainsi, ajouter une modulation à la qualité dans un système basé sur la capitation (comme le *Quality outcome framework* en Angleterre) n'implique pas les mêmes contraintes que de faire le même exercice dans un système basé sur le paiement à l'acte (comme la *ROSP* en France).

Les modes de paiement envoient de manière plus ou moins explicites des « signaux » sur les objectifs et buts poursuivis par les régulateurs. Ainsi, donner un poids et une visibilité accrue à la qualité et la pertinence dans le financement du système de santé permet d'envoyer un signal fort sur l'importance de ces sujets en tant qu'objectifs des politiques publiques. De même, favoriser l'émergence de modes de paiement pluri-professionnels ou décloisonnés entre la ville et l'hôpital par exemple, permet de donner une traduction financière aux objectifs généraux sur la coordination des soins et le décloisonnement des silos qui structurent encore notre système de santé.

Si les modes de paiement sont des instruments puissants de transformation, ils ne sont bien évidemment pas les seuls déterminants du comportement des acteurs. En ce sens, il faut bien considérer qu'il ne s'agit pas d'outils « magiques », qui pourraient à eux seuls soit transformer profondément les comportements, soit expliquer la totalité des maux et problèmes d'un système. L'alignement entre les signaux tarifaires et les contraintes organisationnelles, juridiques et culturelles qui pèsent par ailleurs sur les acteurs est à ce titre une condition fondamentale de leur acceptation et de leur efficacité.

4.1. Le partage du risque financier

4.1.1 Grands principes

La notion de partage du risque financier est une clé de lecture pertinente et de plus en plus utilisée pour analyser la façon dont un mode de paiement est susceptible d'aligner signaux tarifaires et comportement des acteurs.

Dans un contexte d'incertitude *a priori* sur le coût des soins, le risque financier se traduit pour un offreur de soins par une diminution de ses revenus ou l'augmentation de ses coûts de production, et pour un payeur par une augmentation des dépenses qu'il prend en charge.

La notion de risque financier utilisée ici doit être distinguée de celle de risque pour le patient. Dans certains cas, le risque financier peut se doubler d'un risque pour le patient, par exemple lorsque les modalités de financement conduisent à ce qu'un patient ne bénéficie pas d'un soin pourtant pertinent et nécessaire ou qu'à l'inverse un soin non pertinent lui soit proposé bien qu'il n'en ait pas besoin. Dans d'autres cas, le risque financier peut favoriser la réduction du risque pour le patient. Dans d'autres enfin, les deux peuvent être totalement indépendants.

Ce sont les modalités précises de financement qui déterminent la répartition du risque entre les deux parties, financeur ou offreur de soins. Par exemple, dans un système où la rémunération des professionnels est liée au volume d'activité produite (comme le paiement à l'acte), toute augmentation d'activité constitue un revenu

supplémentaire pour l'offreur de soins, mais constitue un risque financier pour le payeur, qu'il est seul à porter. A l'inverse dans un système de paiement purement forfaitaire (comme la capitation ou la dotation globale) la même augmentation de l'activité ne modifie pas le revenu de l'offreur, qui doit produire l'ensemble des soins nécessaires avec la même enveloppe, portant ainsi seul le risque financier, les dépenses du payeur restant inchangées.

4.1.2 Différents modes de rémunération qui partagent le risque

Si l'on observe les nouveaux modes de rémunération apparus ces dernières décennies selon l'optique du risque, il est révélateur de constater qu'ils sont tous porteurs d'un mode de partage du risque différent. Certains modes de paiement sont même conçus pour faire du partage du risque un mécanisme explicite de fonctionnement. C'est le cas, par exemple, du paiement à la performance ou du partage des économies.

La rémunération basée sur le diagnostic (DRG)

En 1983, Medicare a introduit un système basé sur le diagnostic pour le financement des hôpitaux. Il s'agissait de payer un tarif donné pour chaque patient reçu avec un diagnostic donné, basé sur les coûts moyens passés. C'est un mode de rémunération qui est devenu progressivement majoritaire dans les pays de l'OCDE et qui a été peu à peu adapté. Il s'est traduit en France par la mise en place de la tarification à l'activité pour les établissements de santé de court séjour. De catégories basées sur les diagnostics, on est passé progressivement à des catégories selon les interventions réalisées. Leur nombre a beaucoup augmenté depuis et elles prennent plus en compte la diversité et la lourdeur des patients traités.

C'est un mode de financement qui incite le fournisseur de soins à contenir les coûts pour chaque patient pour qu'ils ne dépassent pas le tarif fixé, mais incite également à traiter plus de cas et à être plus productif (ce qui peut avoir dans certains cas une incidence sur la qualité des soins). Dans ce modèle, le risque est partagé entre les deux parties. D'un côté, l'établissement doit assurer des soins de qualité pour une intervention à un tarif donné, s'exposant à des pertes financières si ses coûts de production sont supérieurs à ce tarif. Le financeur, lui, s'engage à payer l'ensemble des soins qui auront été effectués à l'hôpital, aux tarifs préalablement négociés, et peut se retrouver donc exposé à un risque financier en cas de variation dans la quantité ou la qualité des soins.

Le paiement à la performance

Le paiement à la performance est de plus en plus utilisé par les régulateurs pour inciter financièrement à accroître la qualité. Il s'agit de moduler la rémunération d'un professionnel ou d'un établissement par rapport à sa performance mesurée, le plus souvent en appliquant un bonus si l'offreur atteint un certain seuil de performance, plus rarement un malus s'il n'atteint pas ou dégrade son niveau de performance. La performance peut être mesurée par des indicateurs de résultats (mortalité, réadmission, rechutes...), ou par des indicateurs de processus (dépistage, adhésion aux recommandations de bonne pratique...). Le partage du risque financier dépend des modalités retenues. Ici, le partage du risque financier tient en ce que le financeur dépensera plus que prévu si les objectifs sont atteints (même si à terme une meilleure qualité des soins peut se traduire par des économies). A l'inverse, l'établissement ou le professionnel ne touchera ce surplus qu'en cas de réalisation des objectifs, ou sera exposé à un risque de perte en cas de malus.

Le paiement à l'épisode de soins

Le paiement à l'épisode de soins est un paiement négocié pour l'ensemble des services nécessaires à un processus de soins ou une pathologie donnée (grossesse, naissance, prothèse de hanche, pathologies cardiaques...). Le mécanisme de partage de risque reste le même que dans le cadre du paiement basé sur le diagnostic : au professionnel de faire tenir l'ensemble de l'accompagnement et des soins dans le tarif négocié ; au financeur de rémunérer l'ensemble des prestations réalisées, quelle que soit leur évolution en qualité et quantité. Une différence importante est que pour beaucoup d'épisodes de soins, comme en chirurgie par exemple, l'épisode de soins recouvre plusieurs offreurs, exposés de façon collective au risque financier et de ce fait théoriquement incités à coopérer pour le maîtriser. Cette contrainte emporte également la question de la répartition de la rémunération entre les différents acteurs concernés par le forfait. Cela impose donc un grand niveau de maturité collective et de confiance entre les acteurs.

Les Pays-Bas ont introduit cette forme de paiement en 2007 pour le diabète : l'assureur négocie un tarif global avec un groupement de professionnels de santé pour l'ensemble des soins liés à cette pathologie pour une période de un an. Le groupement de professionnels, qui est une nouvelle entité légale, comprend souvent exclusivement des généralistes. Ce mode de paiement à l'épisode de soins a depuis été étendu à la BPCO et au traitement du risque vasculaire.

Le partage des économies réalisées

Les dernières innovations dans les modèles de financement se concentrent sur les résultats comme facteurs de rémunération, avec des modèles qui prévoient le partage des économies réalisées entre les payeurs et les offreurs. .

Un modèle d'économies partagées peut être introduit en complément du système de financement de droit commun et ne nécessite pas forcément de nouvelles structures organisationnelles pour assurer les soins, redistribuer les économies entre les professionnels et faciliter la coordination. Cependant, la redistribution des gains entraîne la question de savoir quel professionnel est responsable des économies. Par exemple, si des visites préventives régulières entraînent une baisse des visites de spécialistes, il faut s'assurer que les deux professionnels bénéficient des économies et ne subissent pas de pertes de revenus. Le risque financier se partage ici en ce que l'une des deux parties devra assumer une dépense en fin d'exercice, afin de compenser les pertes ou de redistribuer les économies réalisées.

4.1.3 Le partage du risque financier peut favoriser une approche populationnelle des soins

Qu'est-ce que la responsabilité populationnelle ?

La notion de responsabilité populationnelle fait l'objet d'un intérêt croissant dans le domaine des politiques de santé. Introduite dans le système de santé américain avec la réforme Obama de 2010 par le biais notamment des *accountable care organizations*, il s'agit en réalité d'un concept plus ancien.

Le terme de responsabilité populationnelle renvoie aux politiques mises en œuvre au Québec depuis le début des années 2000. Il ne s'agit pas d'une démarche d'étude ou de santé publique, mais d'une stratégie d'évolution de l'offre de soins et des acteurs du système de santé. A ces acteurs est confiée une responsabilité non plus envers des individus mais vis-à-vis d'une population ou une sous-population spécifique, Il leur est à ce titre assigné des objectifs portant sur le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population concernée. L'hypothèse sous-jacente est qu'à travers cette responsabilité c'est la production des soins qui doit évoluer, les acteurs n'étant plus seulement responsable de produire une activité mais aussi d'obtenir des résultats.

C'est dans le même esprit que le concept d'*accountable care* (littéralement « soins responsables ») a été forgé aux USA à la fin des années 2000 (1) . L'idée de base est de favoriser l'évolution des organisations de santé, vers une meilleure coordination et une plus grande intégration, en particulier entre la ville et l'hôpital. Les *accountable care organizations* (ACO) sont les organisations à qui s'applique cette responsabilité populationnelle. Cette idée a germé sur le terrain fertile du *managed care*, en cours aux USA depuis les années 1970 et ses diverses évolutions subséquentes, en particulier les *health maintenance organizations* (HMO) qui en étaient l'un des fers de lance.

Afin de déterminer l'objet sur laquelle la responsabilité populationnelle porte, le modèle le plus fréquemment utilisé est celui du triple objectif (*triple aim*) (2). Dans ce modèle, les organisations « responsables » le sont sur trois dimensions, de valeur égale : la qualité des soins, l'amélioration de l'état de santé et la maîtrise des dépenses (*better care, better health, lower costs*). En pratique, cela se traduit par des mécanismes de régulation où les organisations sont responsabilisées sur l'impact économique des leurs actions et sur la qualité de leurs prestations, ces deux dimensions faisant l'objet de mécanismes d'intéressement qui nécessitent la mesure de nombreux indicateurs.

La responsabilité populationnelle dans son acception récente est donc plus un outil de transformation et de pilotage du système de santé que de santé publique en tant que tel.

L'approche dite « populationnelle » se distingue de l'approche clinique par le fait qu'elle aborde les problématiques de santé à l'échelle de population ou de sous-groupe de population et non pas des individus. La population est alors considérée comme une entité en soi, avec des caractéristiques propres qui ne se réduisent pas à la somme des caractéristiques des individus qui la composent. Ainsi, comme l'écrit l'épidémiologiste G. Rose, les raisons qui expliquent qu'un individu est atteint d'une maladie ne sont pas les mêmes qui font que l'incidence de cette même maladie soit plus élevée dans une population par rapport à une autre (3).

Si dans une approche populationnelle, une place importante est accordée aux actions de prévention, d'éducation à la santé et de promotion de la santé, elle n'en a pas le monopole. On assimile souvent à tort toute action de prévention à une démarche populationnelle. Comme l'écrit encore G Rose (3), il existe une approche « populationnelle » de la prévention, qui cherche à traiter les déterminants de l'incidence d'une pathologie dans une population donnée, de manière globale, qu'il oppose à une approche « individuelle » qui repose sur l'identification d'individus à haut risque à qui on adresserait des actions spécifiques. Si l'on prend l'exemple de la sédentarité comme facteur de risque cardio-vasculaire pour illustrer cette différence de manière caricaturale, une approche préventive populationnelle s'appuierait plutôt sur des actions dans les écoles ou des mesures d'urbanisme favorisant les modes de transport pédestre ou cycle pour l'ensemble de la population, là où une approche individuelle ciblerait prioritairement les patients à haut risque cardiovasculaire pour les amener à pratiquer de l'activité physique adaptée. Si cette dernière approche est plus susceptible de produire des résultats mesurables à court terme, elle a souvent un impact moins important à long terme.

L'approche populationnelle sous-tend les démarches de santé publique, qui par définition abordent les questions de santé d'un point de vue collectif. Pour autant, de manière plus récente, le terme de santé des populations et de management de la santé des populations est utilisé de manière croissante pour désigner des démarches, en réalité à visée individuelle, notamment par des assureurs.

Les conditions de la responsabilité populationnelle

D'un point de vue pratique, la responsabilité populationnelle ne peut se concevoir sans deux outils majeurs. Le premier est la capacité à définir, produire et évaluer des objectifs populationnels pour les acteurs concernés (4). Ceci repose d'une part sur un système d'information décisionnel systémique (c'est à dire capable de produire des informations sur l'ensemble des acteurs de soins et l'ensemble de la population concernée), et d'autre part sur la définition d'indicateurs ou de mesures pertinentes pour apprécier correctement les évolutions qui sous-tendent la responsabilité. Si certains sont relativement aisés à définir et mesurer, comme les dépenses, d'autres sont beaucoup plus complexes, comme l'expérience patient ou certaines dimensions de la qualité, voire encore certains indicateurs composites. La responsabilité est donc un défi informationnel et métrologique d'ampleur.

Le second outil est la mise en place d'un mécanisme de paiement capable de traduire financièrement cette responsabilité. D'un point de vue purement économique, cela revient à assurer un partage de risque entre le payeur et les producteurs de soins, partage qui peut prendre plusieurs formes, mais qui repose systématiquement sur des modèles statistiques d'estimation ou de prédiction du risque plus ou moins sophistiqués, et des indicateurs de résultat, pour lesquels il convient d'arbitrer entre complexité et pertinence de l'information apportée.

4.1.4 Des modèles qui se nourrissent mutuellement, se combinent et évoluent

Le *comprehensive care for joint replacement* aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, le *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS), l'agence qui administre les programmes *Medicare* et *Medicaid* conduit actuellement une expérience de 5 ans, lancée en avril 2016. Elle concerne la pose des prothèses de hanche ou de genou (*comprehensive care for joint replacement model*, CJR). Le nombre de ces interventions est important (plus de 400 000 en 2014, représentant plus de 4 milliards de dollars de dépenses uniquement pour les hospitalisations). Cependant, malgré ce volume important, il a été observé une qualité très variable selon les établissements, ainsi qu'une dépense oscillant de 16 500 \$ à 33 000 \$ (comprenant la chirurgie, l'hospitalisation et le rétablissement). Face à ces constats et dans le but d'inciter les médecins, les hôpitaux et les établissements de rééducation à se coordonner davantage, il a été instauré un forfait unique pour l'ensemble de l'épisode de soins, ainsi qu'un suivi de la qualité. Le forfait débute à l'admission du patient et se termine 90 jours après la sortie de l'hôpital. Il couvre toutes les dépenses hospitalières et ambulatoires, à l'exception des médicaments prescrits en ambulatoire.

La particularité de ce modèle réside dans le fait qu'il s'applique de manière systématique à l'ensemble des équipes de soins d'une zone géographique donnée. Medicare a sélectionné 67 zones métropolitaines (sur 171 éligibles) pour intégrer le programme. Les territoires choisis étaient divers, toutefois Medicare a tout de même surreprésenté ceux pour lesquels les dépenses étaient les plus importantes, en supposant qu'ils seraient ainsi plus incités à chercher des gains d'efficacité. Le modèle obligatoire permet d'éviter les biais de sélection à l'heure de l'évaluation et d'imposer à des hôpitaux qui ne seraient pas entrés autrement dans l'expérimentation d'y participer.

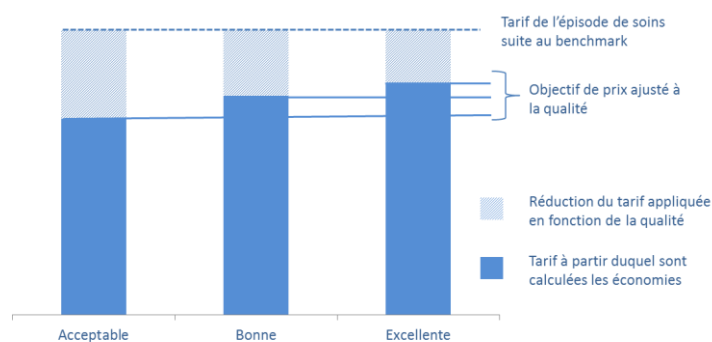
Ce modèle ne se limite pas à un « simple » forfait à l'épisode de soins, il rend les hôpitaux participants responsables de la qualité et des coûts de l'épisode de soins. Les modes de financement en vigueur continuent de s'appliquer, toutefois, à la fin de chaque année, les dépenses des hôpitaux participants sont comparées aux objectifs de prix et de qualité. Si ces derniers sont atteints, l'hôpital peut recevoir une compensation de Medicare, dans le cas contraire, il peut lui être demandé de rembourser une partie des soins (à partir de la seconde année d'expérimentation).

L'expérimentation donne également la possibilité aux hôpitaux de s'organiser et de signer des contrats d'objectifs et de partage des gains avec les autres acteurs inclus dans l'épisode de soins (établissement de rééducation et médecins de ville).

Il s'agit donc d'un modèle mixte, qui emprunte à la fois au modèle du paiement à l'épisode de soins et à celui des économies partagées.

Le coût moyen à partir duquel sera déterminé s'il y a des économies effectuées est calculé d'après l'historique des dépenses des hôpitaux de la même région ou de mêmes caractéristiques pour cette intervention. Ce coût moyen est pondéré par la qualité observée (indicateur composite comprenant un suivi des complications, une évaluation du service par le patient et sa santé perçue), de sorte que les deux composantes ont un impact sur la somme qui sera versée ou due par l'établissement.

Figure 84 : schématisation du mécanisme d'intéressement du modèle *comprehensive care for joint replacement*



Après un an de mise en place, les premières évaluations montrent que les hôpitaux ayant basculé vers ce mode de paiement ont davantage réduit leur coût que les autres (qui les ont également réduits) : Les hôpitaux participant à l'expérimentation ont réduit leurs coûts de 900 dollars en moyenne (pour un coût moyen global aux alentours de 25 000 dollars). Par rapport aux hôpitaux du groupe contrôle, qui ont également baissé leurs coûts, mais dans une moindre proportion, la différence est de 450 dollars. Ce nouveau mode de paiement semble donc également avoir eu un effet bénéfique sur les hôpitaux du groupe contrôle. Les évaluations s'accordent sur le fait que la réduction est essentiellement voire quasi entièrement portée par les soins de rééducation dont les coûts ont très largement baissé. Cette baisse est due à un moindre adressage vers des centres de rééducation plutôt qu'à une moindre durée dans lesdits centres. Entre les hôpitaux du groupe contrôle et ceux participant, il y a 2,9 points de différence dans la proportion de patients adressés dans ces centres. Ce moindre adressage entraîne une augmentation des patients recevant des soins infirmiers à domicile, dont la proportion a augmenté de 3,9 points en un an dans les hôpitaux participant à l'expérimentation.

Cette évolution de prise en charge, s'est faite à qualité constante dans le temps, et par rapport aux autres établissements, qu'elle soit mesurée par le taux de complication, le taux de visite aux urgences durant l'épisode de soins ou le taux de réadmissions. L'absence ou l'indisponibilité de données sur la satisfaction des patients ne permet pas de mesurer l'impact du moindre recours aux soins de rééducation sur cette satisfaction. De la même manière, les caractéristiques des patients accueillis n'ont pas été modifiées, invalidant la possibilité d'une éventuelle sélection de ceux-ci. Les résultats après deux ans vont dans le même sens que ceux présentés ci-dessus.

Ce programme porté par Medicare fait suite à un programme similaire qui concernait, lui, des équipes pionnières, volontaires (*bundled payment for care improvement initiative*, BPCI). La comparaison de ces deux programmes montre des résultats qui ne diffèrent pas pour les mesures de qualité (taux de mortalité, taux de réadmission, taux de séjour prolongé) ; les coûts globaux de l'épisode de soins sont eux-aussi équivalents, même si leur structure diffère un peu. En revanche, ce ne sont pas les mêmes hôpitaux qui sont entrés dans l'un ou l'autre des projets. Les auteurs montrent que les hôpitaux qui se sont engagés dans le programme pionnier sont des hôpitaux de taille plus importante, plus volontiers hospitalo-universitaires.

Aussi, voir des hôpitaux pour lesquels un nouveau mode de rémunération a été proposé obtenir des résultats semblables à ceux pour lesquels il a été imposé montre que le changement est possible et réalisable pour la plupart des structures. La généralisation d'un modèle sur un territoire permet d'accompagner la transition de l'ensemble des hôpitaux vers un nouveau mode de rémunération alors qu'ils n'auraient peut-être pas osé se lancer autrement. Cela présente également beaucoup d'avantages en termes d'évaluation et de généralisation à une échelle plus grande.

Un nouveau projet en préparation aux Etats-Unis, le « direct contracting »

De la même manière, le projet « direct contracting » (DC) qui se construit aujourd'hui aux Etats-Unis, se présente comme une évolution des ACOs. Mis en place également par le CMS, ce projet, comme les autres, vise à réduire les dépenses tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins. Le principe de base est de proposer aux structures de basculer d'un paiement à l'acte vers un paiement à la capitation, tout en les responsabilisant par rapport aux économies réalisées ou non. Cette capitation pourra concerner uniquement les soins primaires ou à la fois les soins primaires et secondaires (avec la possibilité pour la structure de passer des accords financiers avec différents professionnels de soins secondaires). Les structures pourront au choix s'engager sur la moitié ou la totalité de l'excédent ou du déficit. Le seuil à partir duquel sera déterminé s'il y a eu des économies ou des pertes sera construit à partir d'un historique des dépenses de la structure, des dépenses régionales.

Ce modèle est construit pour limiter les charges, recruter des organisations de soins qui n'ont pas participé aux précédentes innovations proposées par le CMS et proposer une attention spéciale aux malades complexes ou polyopathologiques. Il est attendu que la coordination des soins en soit améliorée. Dans le même temps, les structures seront incitées à mettre en place des programmes dédiés pour les patients volontaires, à leur proposer une batterie d'outils pour améliorer leur engagement et rendre les soins plus efficaces. Ils seront également encouragés à choisir leur professionnel et à créer une véritable relation de soins avec lui. Une partie de la rémunération sera soumise au maintien et à l'amélioration de la qualité des soins, toutefois, le nombre d'indicateurs sera réduit dans l'optique de limiter les charges administratives de la structure.

Ce nouveau modèle de rémunération sera proposé à une plus grande variété d'organisations qui auparavant ne pouvaient pas intégrer les nouveaux modèles de paiement portés par CMS. Les organisateurs espèrent également que des professionnels créeront de nouvelles structures ex-nihilo. Cette expérimentation commencera en janvier 2020.

4.1.5 En France des modèles de financement comportant un partage du risque avec les acteurs du soin sont également développés

L'accord concernant l'imagerie médicale

On peut observer ces dernières années une prise en compte de cette approche dans les nouveaux accords de partage de risque financier passés en France. L'accord concernant l'imagerie médicale signé entre l'Assurance maladie et les médecins radiologues constitue un bon exemple : en 2018, les partenaires conventionnels sont tombés d'accord sur un objectif d'économie de 167 millions d'euros (207 millions si on prend en compte l'ensemble des actes, y compris ceux qui ne sont pas réalisés par des radiologues) pour les années 2018-2020. Mais dans cet accord, seulement 49 millions d'économies sont liés à des baisses tarifaires, le reste (118 millions) est porté par des actions de baisse des volumes pour certains actes (imagerie pour une lombalgie commune, examen IRM d'un genou d'un patient supérieur à 70 ans avec arthrose...) et dans l'utilisation des produits de contraste (produit prescrit par le radiologue pour faciliter la lecture de l'image). L'utilisation des produits de contraste concerne uniquement les pratiques des radiologues, alors que le fait d'obtenir une baisse des volumes des actes d'imagerie nécessite un dialogue entre les radiologues et les autres spécialités, les seconds prescrivant les actes effectués par les premiers. Cet accord, en ne se réduisant pas à une seule mesure économique, œuvre à une meilleure intégration des soins et possède une composante de santé publique car les produits de contraste peuvent avoir des effets secondaires sur les patients. Des guides dédiés et l'action des délégués de l'Assurance maladie aident à instaurer ces changements de comportement.

Pour qu'œuvrer à la réalisation de cet accord soit incitatif pour les deux parties, les contreparties en cas d'atteinte des résultats ou au contraire de dépassement ont été précisées dans l'accord. En cas de non atteinte, des mesures tarifaires pourront être prises (baisse de cotation, forfaitisation...) dans la limite de 20 millions d'euros de rendement toutefois. Dans le cas contraire, d'autres mesures tarifaires pourront être mises en place pour permettre aux radiologues de récupérer la moitié des économies réalisées. Aussi, cet accord instaure un risque financier partagé entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé concernés et par ce risque partagé, espère modifier en partie l'organisation des soins. Les résultats de la première année font état d'une non-atteinte des objectifs de l'ordre de 17 millions d'euros.

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), un outil conventionnel au service de la pertinence

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), créée en 2011, contribue depuis 2012 à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis par les conventions entre les professionnels et l'Assurance maladie. Elle constitue un mode de rémunération des professionnels, complémentaire à la rémunération à l'acte ou au forfait, qui s'inscrit dans une démarche de régulation incitative permettant la valorisation des pratiques en accord avec les recommandations de bonne pratique.

C'est un levier d'amélioration des pratiques et de la qualité des soins qui adresse à la fois les champs de la prévention et de la prise en charge de maladies chronique et celui de l'optimisation et l'efficacité des prescriptions.

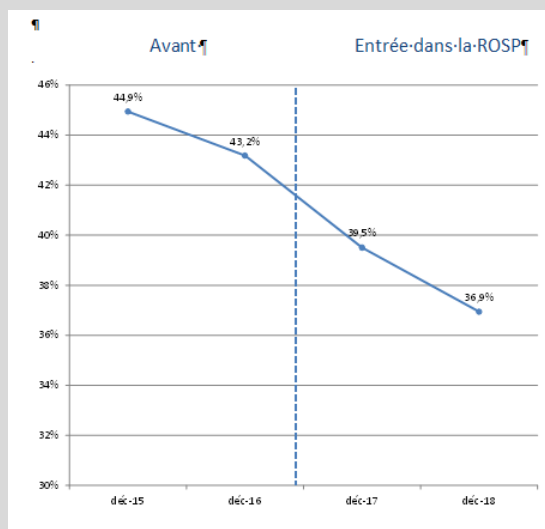
Elle s'est progressivement étendue et concerne aujourd'hui plusieurs professionnels de santé médecins (médecin traitant de l'adulte, de l'adulte en centre de santé, de l'enfant, cardiologues, gastroentérologue, endocrinologue) et pharmaciens.

Plus réactif depuis la convention de 2016, la ROSP est un dispositif évolutif, recentré sur la pratique clinique et qui prend en compte l'actualisation des référentiels de santé publique en vigueur.

Les travaux réguliers des partenaires conventionnels sont le cadre de cette indispensable réactivité pour garantir l'efficacité du dispositif. Ils permettent de procéder à :

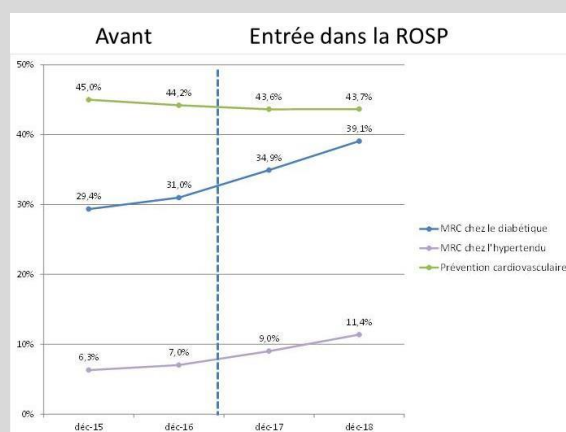
- La révision d'objectifs (seuils intermédiaire ou cible) ;
- L'introduction de nouveaux indicateurs ;
- La suppression d'indicateurs à faible « rendement » au profit d'indicateurs plus pertinents par les enjeux potentiels.

L'indicateur antibiorésistance avant et après son introduction dans la ROSP



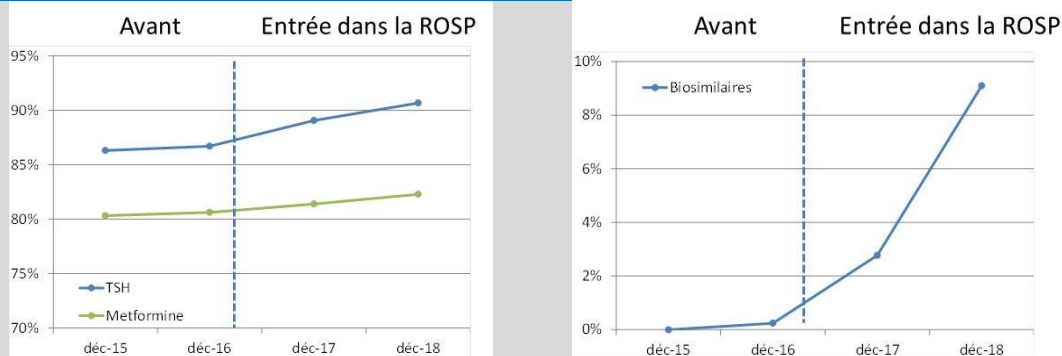
L'Introduction depuis 2016 d'indicateurs de limitation de prescription d'antibiotiques générateurs d'antibiorésistance dans la ROSP induit une amélioration nette de l'indicateur par rapport à la tendance observée entre 2015 et 2016.

Evolution des indicateurs de dépistage de la maladie rénale chronique avant et après leur introduction dans la ROSP



L'introduction en 2016 de 3 nouveaux indicateurs concernant les pathologies chroniques (dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus ou diabétiques, suivi des patients à risque cardiovasculaire) dans la ROSP induit l'amélioration nette de l'indicateur, ou limite sa baisse par rapport à la tendance observée entre 2015 et 2016

Evolution des indicateurs d'efficience (TSH, metformine et biosimilaires) avant et après leur introduction dans la ROSP



L'introduction de 3 indicateurs d'efficacité toujours en 2016 montre l'impact favorable de la ROSP sur leurs évolutions par rapport à la tendance observée entre 2015 et 2016

Ainsi, pour ces nouveaux indicateurs, d'une manière générale, l'évolution post convention (2017/2016 ; 2018/2017) est meilleure que l'évolution avant la nouvelle convention (2016/2015). On peut sans doute estimer que le changement de pratique est accéléré avec la mise en place de nouveaux indicateurs.

L'expérimentation « incitation à une prise en charge partagée » (IPEP)

L'expérimentation « incitation à une prise en charge partagée » (IPEP) s'inscrit dans le cadre expérimental instauré par l'article 51 de la LFSS 2018, qui vise à inciter collectivement les professionnels à prendre en charge une patientèle. Construite par l'Assurance maladie, le Ministère de la Santé et 18 groupements d'acteurs en santé pluri professionnels de taille variable et issus de 15 départements différents, cette expérimentation a pour objectifs d'améliorer le service rendu aux patients et l'efficacité des dépenses de santé, ainsi que de responsabiliser les acteurs du système de santé dans l'atteinte d'objectifs pour une population donnée. Le principe concret est qu'un groupement de professionnels de santé volontaires se constitue et met en œuvre des actions au service de leur patientèle. Selon les résultats des différents indicateurs, ce groupement pourra être intéressé financièrement. Cet intéressement ne se substitue pas à la rémunération, ne comporte pas de sanctions financières en cas de non-atteinte et laisse libre le groupement dans son utilisation (consolidation du projet commun et/ou versement aux différents membres). Cet intéressement est calculé d'après :

- des indicateurs de qualité et de performance constitués de
 - o questionnaires patients portant sur l'accessibilité aux soins, la continuité du parcours de soins et la relation soignant/soigné
 - o et d'indicateurs socles communs à tous les groupements portant sur l'accès aux soins, la coordination interprofessionnelle, la prévention et la pertinence des prescriptions
- les économies générées par le groupement, elles-mêmes calculées à partir de l'écart des dépenses du groupement avec la moyenne nationale pour des patients de caractéristiques similaires et l'évolution des dépenses par rapport à l'année précédente.

Cette expérimentation a débuté en juin 2019 pour une durée de cinq ans. Elle peut être intégrée par différents types de groupements (maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé, communauté professionnelle territoriale de santé...) volontaires. Le seul prérequis est que le groupement contienne des médecins traitants dont la patientèle globale soit supérieure à 5 000 patients.

L'expérimentation « paiement en équipe des professionnels de santé » (PEPS)

Pour favoriser une prise en charge collective de la patientèle en ambulatoire, l'Assurance maladie et le Ministère de la Santé ont défini en partenariat avec les professionnels concernés le cahier de charges d'une expérimentation de rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville (Paiement en Equipe de Professionnels de Santé, PEPS).

Ce modèle a été construit en collaboration avec 11 équipes représentant 25 structures de professionnels de santé (maisons ou centres de santé) de territoires et de compositions différents. Il a pour objectif de favoriser la pertinence en diminuant le nombre d'actes évitables, d'optimiser la prise en charge par une meilleure coordination, d'améliorer la qualité du parcours de soins et l'accès aux soins en zone sous-dense. Concrètement, des professionnels de santé exerçant dans une structure de ville déjà constituée (maisons ou

centres de santé par exemple) se portent volontaires pour être rémunérés au forfait soit sur l'ensemble de la patientèle « médecin traitant » des médecins généralistes participant à l'expérimentation, soit sur la patientèle « médecin traitant » des personnes âgées de plus de 65 ans (ainsi que les personnes de plus de 50 ans en ALD pour maladie neurodégénérative), soit sur la patientèle « médecin traitant » diabétique (de type 1 ou 2).

Il s'agit d'une rémunération calculée pour une patientèle, qui sera versée, pour une équipe donnée, à la structure. Les équipes participantes sont libres dans la répartition et l'utilisation de la rémunération PEPS. Cette rémunération forfaitaire est ajustée aux caractéristiques des patients (âge, sexe, proportion de bénéficiaires de la CMU-c nombre et types d'ALD), prend en compte l'activité réalisée et certaines caractéristiques des territoires fragilisés, est modulée selon la qualité de la prise en charge -évaluée d'après des indicateurs reflétant la continuité de la prise en charge, la sécurité de la prescription médicamenteuse, la prise en charge de la patientèle diabétique et l'expérience patient. Pour être candidate, une équipe doit déjà exercer au sein d'une structure juridique pouvant percevoir un versement forfaitaire collectif, être pluri professionnelle, comprendre au moins 5 professionnels de santé avec au moins 3 médecins généralistes et un infirmier, tous volontaires pour substituer leur rémunération à l'acte par une rémunération au forfait. La patientèle concernée doit avoir une taille minimale de 250 personnes. L'expérimentation a débuté en juin 2019 pour une durée de cinq ans.

L'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins en chirurgie (EDS)

L'expérimentation d'une rémunération qui associe la ville et l'hôpital autour d'un épisode de soins est actuellement lancée par la Ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance maladie. Elle a pour but de faire émerger de nouvelles organisations s'appuyant sur les bonnes pratiques de prise en charge en dépassant les limites du financement cloisonné, d'accompagner le déploiement d'organisations intégrées ville-hôpital pour renforcer l'articulation entre les différents professionnels intra et extra hospitaliers mobilisés dans le cadre d'un épisode de soins et ainsi améliorer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins, de fluidifier l'information entre les professionnels et les patients et d'assurer la continuité du suivi et la satisfaction des patients. Il s'agit de proposer au patient la prise en charge la plus adaptée en identifiant les facteurs de risque, en l'accompagnant tout au long du parcours et en anticipant les ruptures.

Trois interventions chirurgicales sont incluses dans l'expérimentation : la colectomie pour cancer, la prothèse totale de hanche, la prothèse totale de genou. Ne sont considérées que les interventions programmées.

Le paiement, forfaitaire, a été établi pour un ensemble de prestations comprises dans le périmètre défini de l'épisode de soins chirurgical considéré. Ce forfait inclut :

- La période préopératoire (avec les consultations de chirurgien, d'anesthésiste, etc.) qui dure 45 jours avant l'intervention ;
- L'intervention chirurgicale ;
- La période post-opératoire (de 180 jours pour la prothèse de genou, de 90 jours pour les deux autres interventions), qui comprend les hospitalisations en lien avec l'épisode de soins, la rééducation, les actes infirmiers, les actes de kinésithérapie, etc.

Le forfait calculé sera ajusté au risque connu des patients et il contiendra des mécanismes de sauvegarde pour limiter les impacts financiers pour les acteurs impliqués. Une enveloppe visant à rémunérer la qualité des prises en charge sera également créée et redistribuée aux acteurs selon les résultats d'indicateurs de processus, de résultats et de retours patients observés.

L'expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires à prescription hospitalière délivrés en ville

Le dispositif expérimenté concerne les établissements de santé volontaires dont les praticiens prescrivent des médicaments biologiques qui sont délivrés en ville. Les montants remboursés pour ces médicaments sont importants et croissent rapidement.

Lorsque le brevet de ces médicaments tombe dans le domaine public, il est possible de produire et de mettre sur le marché de produire des médicaments biologiques dits « similaires », qui présentent une efficacité, une qualité et une sécurité identique au médicament biologique de référence.

Les prix de vente de ces médicaments biosimilaires sont, comme dans le cas des médicaments génériques, moins élevé que ceux des médicaments de référence. La substitution d'un biosimilaire à un médicament de

référence est donc susceptible de générer d'importantes économies pour la collectivité à qualité équivalente. Cependant, la diffusion des médicaments biosimilaires pourrait être beaucoup plus importante que ce qu'elle est aujourd'hui.

Une part importante de ces médicaments est délivrée en ville, mais résulte de prescriptions faites par des médecins hospitaliers. Les économies faites sur l'enveloppe de ville ne concernant pas l'hôpital, il n'existe que peu d'incitation pour les équipes hospitalières à modifier leurs pratiques de prescription dans le sens d'une plus grande prescription de biosimilaires.

L'expérimentation proposée prévoit donc de mettre en place une incitation des services hospitaliers prescripteurs qui ont un plus grand recours aux médicaments biosimilaires. A travers cette incitation spécifique, il est espéré un développement de l'utilisation des médicaments biosimilaires.

Une première partie de l'expérimentation est en cours depuis la fin 2018 avec une quarantaine d'établissements de santé, pour deux molécules (l'etanercept, indiqué en rhumatologie, et l'insuline glargine). Le modèle de financement expérimenté consiste à reverser aux établissements 30 % des économies générées, en ville, par la prescription hospitalière de ces médicaments biosimilaires. Elle est conditionnée au fait que l'établissement mette en place un schéma incitatif à destination du ou des services hospitaliers qui y participent.

Une seconde vague concerne un anticorps antimonoclonal, l'adalimumab, indiqué dans certains rhumatismes inflammatoires. Le schéma incitatif est identique.

Avec le développement de la possibilité de prescrire un nombre croissant de médicaments biologiques en ville, l'extension ou la transposition d'un tel dispositif aux prescripteurs de ville pourrait être pertinente.

4.1.6 Conclusion et perspectives

Ces nouveaux modes de rémunération où le partage du risque financier est la règle, sont de plus en plus expérimentés, implantés et utilisés. Ils ne peuvent pas être hiérarchisés selon la part du risque pris par chaque partie, celle-ci étant dépendante de la conception du modèle. Il n'est pas possible de dire non plus vers lequel des deux acteurs chaque modèle transfère le risque car cela dépend du modèle précédemment en place. Dans un système où les professionnels sont rémunérés à l'acte, l'introduction d'un paiement à la performance va transférer une partie du risque financier du payeur au professionnel. L'introduction de la même mesure dans un système où le paiement à la capitation prévaut engendrera le mouvement inverse. En revanche, il est important de remarquer que la plupart des mouvements se font en direction d'un partage plus équilibré des risques entre offreur et payeur. En France, par exemple, historiquement, les établissements étaient financés selon une dotation globale (donc avec un risque financier intégralement supporté par l'offreur), les soins ambulatoires étaient très largement rémunérés à l'acte (donc avec un risque financier entièrement sur le financeur). La tarification à l'activité mise en place dans les hôpitaux est venue transférer le risque vers le financeur. Le mouvement inverse s'est produit pour les soins ambulatoires où la ROSP dans un premier temps, puis les forfaits médecins traitants ont déplacé une part du risque vers les professionnels.

Ces nouveaux modes de rémunération sont pour la plupart basés sur des contrats négociés entre professionnels et financeurs. L'ampleur du risque financier et l'incertitude associée, les indicateurs, le niveau d'économie visé... doivent être définis et acceptés par les deux parties, ce qui rend indispensable une volonté partagée. Pour donner sa pleine mesure, un accord sera efficace et marchera d'autant mieux que chacune des deux parties est convaincue de son intérêt à son succès.

Etant construites également pour favoriser la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient, ce sont des innovations qui impliquent des évolutions dans l'organisation des soins. Les objectifs fixés se rapportant la plupart du temps à un volume de dépense global ou à une proportion de patients remplissant telle ou telle condition, la logique de pensée de l'organisation se déplace d'une considération individuelle à une considération plus populationnelle. Il s'agit, en soignant chacun, d'amener un groupe de personnes à un niveau de santé requis, et d'ajouter une dimension collective à la dimension individuelle. Cela ne peut pas aller sans une réorganisation de l'organisation des soins, les soins primaires et préventifs jouant un rôle primordial dans une approche plus collective. Ce sont aussi ces évolutions qui doivent être pensées lors de la fixation des nouveaux éléments de rémunération, car les rôles et les activités étant amenées à évoluer, les rémunérations aussi. A ce titre, il est intéressant de remarquer que les dernières expérimentations de rémunération mises en place en France le sont toutes dans une logique pluridisciplinaire et s'appuient sur des structures collectives.

Toutefois, pour important qu'ils soient, ces mécanismes ne constituent que des conditions nécessaires, mais pas suffisantes, de l'atteinte des objectifs de la responsabilité organisationnelle. Des évolutions opérationnelles profondes au sein des organisations, mais aussi dans la gouvernance et le pilotage par le payeur et le régulateur, sont nécessaires à cette fin (5,6). Ainsi, un des aspects mis en avant au Québec est celui d'intégration clinique, hérité d'organisations comme Kaiser Permanente ou Geisinger healthcare. Cette intégration vise principalement à aligner les pratiques de manière décloisonnées entre ville et hôpital, autour de référentiels cliniques conçus sur les bases de la médecine basée sur les preuves.

D'autres aspects, beaucoup moins documentés semblent avoir une importance toute aussi grande. L'un d'eux est le développement de véritables compétences d'analyse et d'interprétation des données (*business intelligence*) indispensable à toute approche populationnelle. On peut en cela s'appuyer sur des ressources déjà existantes, mais les compétences spécifiques à l'approche populationnelle sur un territoire sont le plus souvent en devenir. Un autre aspect majeur concerne la capacité à mettre en œuvre les changements organisationnels requis pour transformer de manière significative la façon dont les soins sont produits et fournis au patient (*care delivery*). Il s'agit là aussi de compétences rares qui abordent l'ensemble des dimensions d'une organisation (compétences, système d'information, conduite du changement...).

Partir de la rémunération des établissements et des professionnels pour modifier les pratiques, mieux coordonner et intégrer les soins, avoir une considération populationnelle nécessite une grande précision dans la construction de ces accords. Pour fixer un prix basé sur des indicateurs économiques ou de résultats, la question des données, de leur fiabilité et de leur exploitation apparaît centrale. C'est sur la base des données disponibles que pourra être construite la rémunération. Elle ne reflètera donc pas l'ensemble de l'activité et des performances de l'organisation. Elle se doit pourtant d'être aussi juste que possible car une rémunération mal calibrée entraîne un risque d'un côté ou de l'autre. Trop faible, les professionnels et les établissements n'y trouvent pas leur compte, ils peuvent compenser en produisant plus ou en faisant des concessions sur la qualité. Trop élevée, elle devient une charge pour le financeur qui doit compenser en faisant des économies ailleurs. Dans les deux cas, le risque se déplace alors sur le patient qui supporte la moindre qualité ou la moindre couverture. Le partage du risque financier entre les offreurs de soins et le financeur répond à un équilibre subtil qui doit être trouvé entre deux parties volontaires pour faire évoluer leurs pratiques et leur vision. L'accord doit être bénéfique pour les deux parties, dans le but d'améliorer la santé des individus et des populations. Dans le cas contraire, les mécanismes de compensation d'un côté ou de l'autre feront porter un risque accru au patient.

4.2. Pour une approche rénovée de la place des établissements de santé dans le virage ambulatoire en médecine

Le virage ambulatoire est un objectif majeur des politiques de transformation du système de santé français. Les chiffres de la cartographie médicalisée des dépenses nous rappellent, année après année, la place sans cesse croissante qu'occupent les pathologies chroniques et la polyopathie dans les besoins de santé des français. Si cette évolution résulte en partie d'une plus forte exposition à certains facteurs de risque (comme le tabagisme pour le cancer du poumon chez les femmes), elle est aussi le fruit de l'efficacité du système de santé.

En effet, l'accès large à des prises en charge et des traitements adaptés et efficaces a refaçonné, au fil des années, le profil de pathologies de la population française. Telle pathologie auparavant rapidement fatale, comme certains cancers par exemple, devient ainsi une pathologie chronique, telle autre prise en charge à des stades tardifs peut être dépistée et traitée plus précocement, augmentant la durée et bien souvent la qualité de vie, des patients qui en sont atteints

Ces évolutions sont donc paradoxalement autant de « bonnes » nouvelles concernant l'efficacité et l'accessibilité de notre système de santé. Elles n'en constituent pas moins un défi de premier ordre pour ce dernier, parce qu'elles modifient profondément trois paramètres-fondamentaux des besoins de la population.

Le premier paramètre impacté est l'**horizon temporel** des prises en charge. La maladie chronique s'inscrivant par définition dans la durée - plusieurs mois, plusieurs années, voire plusieurs décennies - le système de santé doit inscrire son intervention dans la durée. Le deuxième paramètre est l'**objectif des soins** : la pathologie aiguë peut être « guérie », c'est très rarement le cas pour la pathologie chronique. L'intervention du système

de santé ne doit donc plus seulement produire des soins qui visent à guérir, mais aussi à accompagner le patient qui doit vivre avec sa ou ses maladies, et en prévenir ou retarder les conséquences médicales, psychiques ou sociales. Enfin, vient la nécessaire **pluridisciplinarité des soins**, la diversité de besoins appelant la diversité des acteurs qui sont mobilisés pour y répondre et donc le besoin de coordonner leurs interventions, dans l'espace et dans le temps. A la complexité des situations des patients fait donc écho la complexité croissante du système.

Le virage ambulatoire est conçu comme une réponse au défi ainsi posé. Il est basé sur le postulat que lorsque cela est médicalement et socialement possible et lorsque le patient en formule la demande, le lieu naturel des soins est le lieu de vie du patient et non un lit d'hôpital. Cela implique pour le système de santé de faire évoluer ses pratiques, son organisation et sa régulation pour promouvoir, d'une part, l'organisation de la prise en charge en ville ou au domicile de situations complexes et lourdes, auparavant prises en charge en milieu hospitalier et, d'autre part, au sein des établissements une organisation visant à développer des alternatives à l'hospitalisation complète, comme les hôpitaux de jour, ce qui suppose de s'adapter en termes d'intensité des prises en charge.

Le souci premier est donc celui de la qualité de vie et de la pertinence du service rendu à la population. Du point de vue économique, le virage ambulatoire doit s'accompagner, en miroir de la redistribution des prises en charge, d'une redistribution des ressources au profit des prises en charge les plus légères. C'est cette bascule qui *in fine* est censée faire du virage ambulatoire une source d'économies. L'expérience enseigne que ces évolutions s'inscrivent dans un temps long.

L'Hôpital est concerné au premier chef par ces évolutions, sa place, centrale dans un système curatif, ayant nécessairement vocation à être repensée dans un système centré sur les pathologies chroniques. Cela doit l'amener à revisiter, parfois en profondeur, ses modèles d'organisation et d'intervention.

Dans son rapport pour 2018, l'Assurance maladie, avait montré les effets distincts du virage ambulatoire entre les activités de médecine et de chirurgie, sans pour autant documenter les déterminants de cette singularité.

Le présent chapitre entreprend de poursuivre ces analyses et de détailler plus précisément les mécanismes de l'évolution de l'activité en médecine et ainsi d'identifier des actions à même d'accélérer le virage ambulatoire, tel qu'il vient d'être défini.

4.2.1 Le boom de « l'ambulatoire hospitalier » au XXIème siècle, une histoire à deux visages

L'hospitalisation de jour s'est installée comme un mode majeur de prise en charge en médecine et en chirurgie entre 2000 et 2012

Depuis le début du siècle, une attention particulière est portée au développement de prises en charge dite « de jour » ou d'hospitalisation partielle. Cela s'est traduit par une augmentation très forte du poids de ces modalités dans l'activité hospitalière.

En chirurgie aussi bien qu'en médecine, le nombre de séjours pris en charge selon cette modalité a connu une croissance très importante, à laquelle a répondu d'une croissance des capacités d'accueil de jour (Tableau 30)⁶⁹. Selon les données de la Statistique annuelle des établissements, les séjours d'hospitalisation partielle représentent en 2017 plus de la moitié des séjours⁷⁰ accueillis dans des services de chirurgie, et environ un séjour sur cinq dans des services de médecine.

La bascule de la chirurgie vers l'ambulatoire : une restructuration majeure

⁶⁹ On parle ici de lit pour désigner les capacités d'accueil en hospitalisation complète, de places pour désigner celles en hospitalisation partielle. L'hospitalisation complète recouvre tout séjour dont la durée est supérieure à un jour. D'un point de vue administratif, une journée est définie par la présence du patient lors de nuit. Ainsi, un séjour d'hospitalisation partielle a une durée de 0 jour, on parle aussi de séjours sans nuitée.

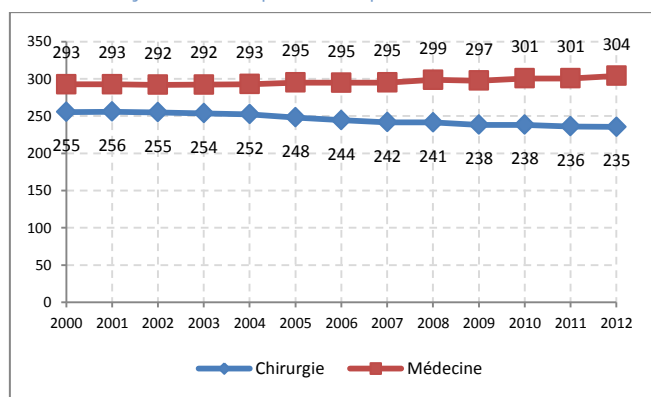
⁷⁰ Séjours hors séances

Ce développement s'est cependant traduit de manière très différente entre la chirurgie et la médecine. En chirurgie, à mesure que l'activité ambulatoire s'est développée, l'activité d'hospitalisation complète a diminué. Ainsi, entre 2000 et 2012, 1,8 millions de séjours d'hospitalisation partielle supplémentaires ont été produits, tandis que le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminuait d'environ 1,18 millions. Il est remarquable de constater que si le nombre total de séjours en chirurgie (hospitalisations complète et partielle confondues) a augmenté sur cette période, cela est principalement attribuable à la croissance de la population, puisque le taux de recours est resté quasiment stable, autour de 12 500 séjours d'hospitalisation complète et partielle pour 100 000 habitants. Ces chiffres montrent clairement que le développement de l'ambulatoire en chirurgie s'est fait par une réelle substitution, les prise en charge opérant une bascule vers l'ambulatoire.

Le nombre de journées d'hospitalisation produites en chirurgie a diminué de plus de 28 % entre 2000 et 2012. Cette baisse importante s'explique principalement par le développement de l'hospitalisation partielle, mais aussi par une diminution des durées moyennes de séjour pour les séjours d'hospitalisation complète. C'est bien ainsi l'ensemble de l'activité de chirurgie qui est concernée par le virage ambulatoire.

Cette diminution très importante du nombre de journées a permis d'opérer une bascule capacitaire, les places d'hospitalisation complète ayant diminué de 20 % (20 000 lits en moins) à mesure que s'ouvraient de nouvelles places d'ambulatoire (pour chaque place supplémentaire entre 2000 et 2012 on compte en moyenne 2,8 lits d'hospitalisation en moins), permettant au total une diminution très importante des capacités d'accueil en chirurgie complète de près de 30 % rapporté à la population. Ces constats permettent d'affirmer que le virage ambulatoire opéré en chirurgie constitue une transformation profonde du paysage de la chirurgie. On peut également constater que malgré un ajustement capacitaire important, le nombre de journées produites par lit en chirurgie n'a cessé de décroître entre 2000 et 2012, suggérant qu'il persistait des marges d'évolution encore importantes sur ce plan (Figure 85).

Figure 85 : Evolution du nombre de journée d'hospitalisation par lit en médecine et en chirurgie entre 2000 et 2012



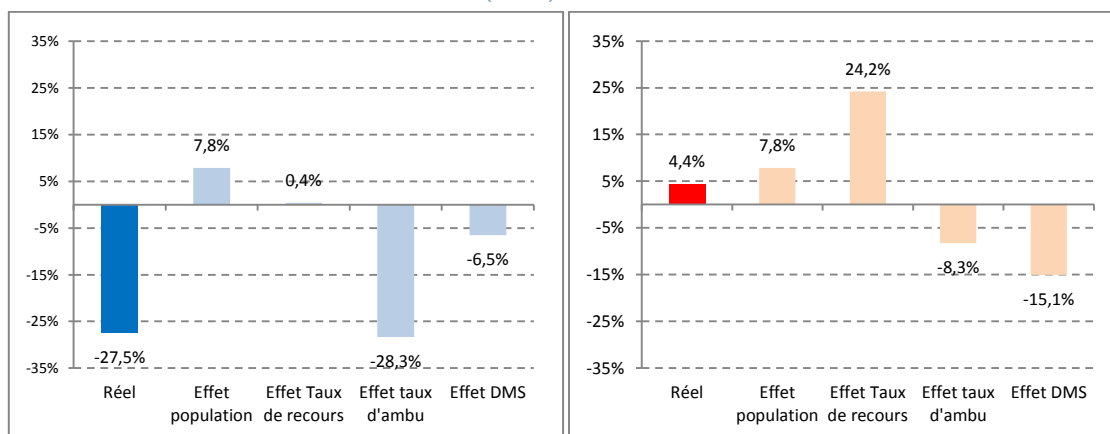
Source : SAE
Champ : France entière

Le virage ambulatoire en médecine n'a pas eu lieu

Dans les services de médecine, une situation inverse s'est installée. En effet, loin de diminuer, l'activité d'hospitalisation complète a augmenté entre 2000 et 2012, y compris en tenant compte de l'augmentation de la taille de la population, tandis que les capacités restaient globalement stables.

A l'inverse de la chirurgie, le nombre de journées d'hospitalisations accueillies dans des services de médecine a donc subi une légère augmentation entre 2000 et 2012. Cette différence majeure avec la chirurgie s'explique par deux facteurs. En premier lieu, le développement de l'hospitalisation partielle a eu un effet beaucoup moins important, suggérant qu'une partie de cette activité « ambulatoire » n'est pas substitutive à des hospitalisations complètes, comme c'est le cas en chirurgie, mais plutôt additive. Ensuite, en ligne avec cette hypothèse, le taux de recours à l'hospitalisation en médecine n'a cessé de croître, passant de 10 800 à plus de 13 000 séjours pour 100 000 habitants, soit une hausse de près de 25 %, causant ainsi une croissance des journées d'hospitalisation. Si, comme en chirurgie, la durée moyenne des séjours a connu une baisse non négligeable, celle-ci n'a permis que d'amortir les effets de l'augmentation du taux de recours.

Figure 86 : Déterminants de l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation en unités de chirurgie (gauche) et médecine (droite) entre 2000 et 2012



Source : SAE
Champ : France entière

En conséquence, là où en chirurgie le virage ambulatoire a permis de libérer des marges de manœuvre pour opérer un ajustement capacitaire de grande ampleur, celles qui ont été « libérées » en médecine ont permis d'absorber une augmentation importante d'activité, dans un cadre capacitaire à peine modifié. Ainsi, le nombre de journées d'hospitalisation par lit n'a cessé de croître témoignant de l'intensification des séjours et de l'activité des services de médecine.

Une des conséquences de cette évolution est l'intensification de la charge de travail des équipes hospitalières. S'il n'existe aucun indicateur disponible pour apprécier ce phénomène sur la période d'étude, la diminution des durées de séjours implique nécessairement une concentration des activités de soins dans des délais plus courts et donc une intensification de la charge des équipes. Ainsi, il est probable qu'une journée d'hospitalisation « moyenne » en 2000 ne soit pas équivalente à une journée en 2012 en termes de charges de travail pour les équipes hospitalières.

Tableau 30 : Evolution de l'activité et des capacités des unités de chirurgie et de médecine entre 2000 et 2012

	Valeur brute				Valeur pour 100 000 habitants			
	2000	2012	2000-2012		2000	2012	2000-2012	
			% evol	TCAM			% evol	TCAM
Chirurgie								
Activité (séjours)								
Hospi. complète	5 307 397	4 119 720	-22,4%	-2,1%	8 771	6 315	-28,0%	-2,7%
Hospi. partielle	2 233 875	4 045 020	81,1%	5,1%	3 692	6 200	67,9%	4,4%
Total	7 541 272	8 164 740	8,3%	0,7%	12 463	12 515	0,4%	0,0%
% ambu	29,6%	49,5%	-	-	-	-	-	-
journées	25 958 360	18 831 510	-27,5%	-2,6%	42 901	28 864	-32,7%	-3,2%
Capacité								
Lits	101 664	80 023	-21,3%	-2,0%	168	123	-27,0%	-2,6%
Places	7 635	15 272	100,0%	5,9%	13	23	85,5%	5,3%
Médecine								
Activité (séjours)								
Hospi. complète	5 290 695	6 500 994	22,9%	1,7%	8 744	9 965	14,0%	1,1%
Hospi. partielle	1 275 971	2 294 637	79,8%	5,0%	2 109	3 517	66,8%	4,4%
Total	6 566 666	8 795 631	33,9%	2,5%	10 853	13 482	24,2%	1,8%
% ambu	19,4%	26,1%	-	-	-	-	-	-
journées	35 164 844	36 696 307	4,4%	0,4%	58 116	56 247	-3,2%	-0,3%
Capacité								
Lits	120 165	120 744	0,5%	0,0%	199	185	-6,8%	-0,6%
Places	7 389	13 298	80,0%	5,0%	12	20	66,9%	4,4%

Source : SAE
Champ : France entière

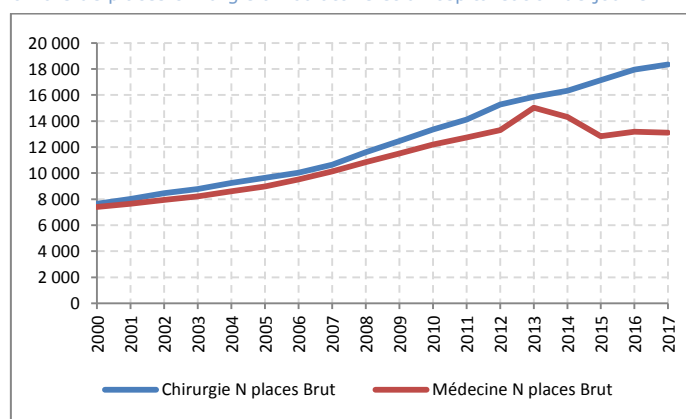
La dynamique de développement de l'ambulatoire en médecine s'est enrayée après 2013

A partir de 2013 et 2014, l'ambition d'accélérer le virage ambulatoire du secteur hospitalier en chirurgie comme en médecine a été clairement affichée et la pression pour son développement s'est intensifiée sur les établissements. En réponse, les dynamiques de croissance de l'ambulatoire et d'ajustement capacitaire se sont accélérées en chirurgie, tant en termes d'activité que de capacitaire entre 2013 et 2017 (Tableau 31). A la différence de la période précédente, la croissance de l'activité chirurgie ambulatoire a été plus importante que la baisse d'activité d'hospitalisation complète entraînant au global une augmentation du taux de recours. On peut y voir un effet du caractère inflationniste des modes de paiement liés au volume d'activité, tout autant qu'une augmentation des besoins de la population. La bascule capacitaire s'est elle aussi intensifiée, avec un taux de 4,7 lits de chirurgie par place d'hospitalisation partielle créée. Dans le même temps, le nombre de journées par lit de chirurgie a continué à décroître, d'environ 4 %, entre 2013 et 2017.

Ce développement de la chirurgie ambulatoire a pu s'appuyer sur un ensemble de dispositifs incitatifs, notamment tarifaires, élaborés au fil du temps et accompagnant la transformation des activités⁷¹. Dans le même temps, alors que l'ambition affichée était la même pour les activités relevant de la médecine, celles-ci n'ont pas bénéficié d'outils équivalents et spécifiques à la médecine.

Ainsi, en médecine, à l'inverse, la dynamique de développement de l'ambulatoire a connu un coût d'arrêt important à partir de 2014. On observe un ralentissement du développement de l'activité d'hospitalisation partielle en médecine, ainsi qu'un net recul capacitaire en nombre de places. Ceci peut probablement s'expliquer, comme le suggèrent les conclusions de la mission IGAS / IGF menée en 2015 [référence], par les effets de l'incertitude qu'a fait planer l'application de la circulaire frontière sur les séjours d'hospitalisation partielle en médecine. En réponse à cette incertitude et aux risques financiers associés, tels que perçus par eux, les établissements ont réduit de manière importante leurs efforts de développement de l'ambulatoire en médecine. En conséquence, et en dépit d'efforts de réduction des durées moyenne de séjours en médecine, ce ralentissement, couplé à un taux de recours toujours en progression a conduit à une poursuite de l'augmentation du nombre de journées accueillies dans des services de médecine.

Figure 87 : Evolution du nombre de places chirurgie ambulatoire et d'hospitalisation de jour en médecine entre 2000 et 2017



Source : SAE
Champ : France entière

Cette situation contrastée souligne d'un côté le succès réel des diverses politiques incitatives à l'ambulatoire en chirurgie, et de l'autre l'échec, voire les effets contre-productifs de la stratégie adoptée en médecine, en termes de virage ambulatoire, c'est-à-dire de capacité à transformer l'organisation des soins.

Un tel constat interroge la pertinence d'adopter une approche similaire et des outils analogues pour des activités dont les évolutions suggèrent des caractéristiques aussi différentes. En particulier, cela montre que le mécanisme substitutif, qui a permis en chirurgie une « aspiration » des durées de séjours vers le bas et un ajustement capacitaire, par le biais du développement des hospitalisations partielles, ne fonctionne pas ou de manière très différente en médecine.

⁷¹ Procédure de mise sous autorisation préalable, identification de gestes marqueurs avec des cibles de développement, alignement des tarifs ambulatoires et hospitalisation complète sur les gestes marqueurs, suppression de certaines bornes basses, productions de recommandations organisationnelles par la HAS et l'ANAP...

Tableau 31 : Evolution de l'activité et des capacités des unités de chirurgie et de médecine entre 2013 et 2017

	Valeur brute				Valeur pour 100 000 habitants			
	2013	2017	2013-2017		2013	2017	2013-2017	
			% evol	TCAM			% evol	TCAM
Chirurgie								
Activité (séjours)								
HC	4 021 339	3 421 351	-14,9%	-4,0%	6 133	5 124	-16,5%	-4,4%
HP	3 856 465	4 892 255	26,9%	6,1%	5 882	7 327	24,6%	5,6%
Total	7 877 804	8 313 606	5,5%	1,4%	12 015	12 451	3,6%	0,9%
% ambu	49,0%	58,8%	-	-	-	-	-	-
journées	16 811 113	13 793 361	-18,0%	-4,8%	25 640	20 659	-19,4%	-5,3%
Capacité								
Lits	76 595	64 898	-15,3%	-4,1%	117	97	-16,8%	-4,5%
Places	15 856	18 353	15,7%	3,7%	24	27	13,7%	3,3%
Médecine								
Activité (séjours)								
HC	6 187 166	6 585 825	6,4%	1,6%	9 437	9 864	4,5%	1,1%
HP	1 625 565	1 658 557	2,0%	0,5%	2 479	2 484	0,2%	0,0%
Total	7 812 731	8 244 382	5,5%	1,4%	11 916	12 348	3,6%	0,9%
% ambu	20,8%	20,1%	-	-	-	-	-	-
journées	37 438 509	38 323 942	2,4%	0,6%	57 102	57 398	0,5%	0,1%
Capacité								
Lits	122 708	123 503	0,6%	0,2%	187	185	-1,2%	-0,3%
Places	15 021	13 100	-12,8%	-3,4%	23	20	-14,4%	-3,8%

Source : SAE

Champ : France entière

4.2.2 Pourquoi pas de virage ambulatoire en médecine ?

L'ambulatoire en médecine : de quoi parle-t-on ?

La médecine « ambulatoire » à l'hôpital est en réalité un ensemble dont les contours sont encore assez flous puisqu'il englobe des prises en charge de natures très diverses. On y retrouve ainsi des activités dites externes, consultations et actes réalisés pour des patients qui ne sont pas hospitalisés. Ces activités sont caractérisées par des prestations de nature diverse dont la description médicale est malaisée puisque ne se faisant qu'au travers d'un système de facturation sommaire qui fait l'objet de constants ajustements ce qui ne facilite pas leur analyse dans la durée. Par exemple, au-delà de la spécialité du médecin qui réalise une consultation, il n'y a aucune description médicale de l'activité et des motifs ayant conduit à cette consultation.

La médecine ambulatoire englobe également les séjours dits « sans nuitée » de 0 jour en hospitalisation partielle (desquels sont exclus les séjours en unité d'hospitalisation de courte durée des urgences). La recherche depuis 2010 d'une définition universelle et partagée de ces différents ensembles a donné lieu à de nombreuses démarches souvent inabouties au regard de l'objectif recherché, y compris celles qui s'efforçaient de créer des passerelles entre consultations et hospitalisation de jour à travers la création de prestations dites intermédiaires.

Cette activité « ambulatoire » s’inscrit en outre dans un continuum avec d’un côté l’hospitalisation complète et de l’autre l’activité des professionnels et organisation de ville. Le développement de l’ambulatoire hospitalier en médecine comporte donc deux sources : des séjours dont on réduit la durée jusqu’à ce qu’ils ne nécessitent plus d’hébergement, mais aussi des prises en charge de patients non hospitalisés nécessitant une prise en charge ne se limitant pas à un seul acte, clinique ou technique et pour lesquels l’hôpital offre un environnement ou une expertise particulière. La définition précise des frontières ainsi dessinées est un élément central de la compréhension des évolutions sur ce champ.

Deux mécanismes théoriquement complémentaires mais en réalité distincts : réduire les durées de séjour et développer le 0 jour

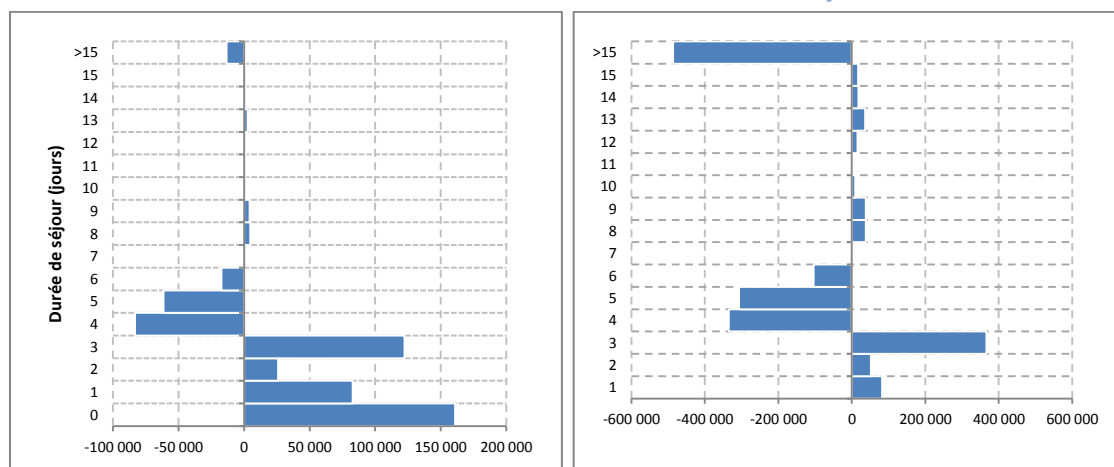
La mécanique du virage ambulatoire en médecine, comme en chirurgie, repose sur deux mécanismes complémentaires. D’un côté, le développement de l’hospitalisation partielle, qui aboutit à la production de séjours de 0 nuit, auparavant réalisés en 1 ou 2 nuits, chaque séjour de 0 nuit ainsi substitué permettant, toutes choses égales par ailleurs, d’éviter 1 ou 2 nuits d’hospitalisation. De l’autre, la réduction des durées moyennes de séjour, qui se caractérise par la production de séjours plus courts, à la place de séjours plus longs, chaque journée de durée de séjour « en moins » correspondant, toutes choses égales par ailleurs, à une nuit d’hospitalisation évitée.

Ces deux mécanismes ont joué à plein entre 2013 et 2017, puisque le nombre de journées produites a diminué, de près de 500 000 pour atteindre 40 millions, alors même que le nombre de séjours augmentait de plus de 230 000. Ceci témoigne d’une évolution assez importante de la distribution des durées de séjours, remarquable sur une période de temps relativement courte.

L’impact estimé de ces mécanismes est cependant d’une ampleur toute différente. Le premier, l’augmentation du nombre de séjours sans nuit d’hospitalisation, dont une partie au moins a été réalisée par substitution de séjours de 1 voire 2 nuits d’hospitalisation, a conduit à ce qu’entre 150 et 250 000 journées d’hospitalisation aient été évitées, le nombre de séjours ambulatoire augmentant de près de 160 000, leur proportion dans l’activité globale passant de 22,9 à 24 % en 4 ans.

Le second, la diminution des durées de séjour, a joué à deux niveaux : d’une part, une redistribution des séjours vers des durées plus courtes, on voit ainsi que le nombre de 4, 5 et 6 jours a diminué, au profit de séjours plus courts, en particulier des séjours de 3 jours (Figure 88). La très forte augmentation de cette durée précise de séjours pouvant résulter d’une adaptation aux signaux tarifaires, alors que le capacitaire médical n’a que très légèrement diminué (rapporté à la population). L’impact de cette évolution peut être estimé, toute chose égale par ailleurs, à près de 250 000 journées d’hospitalisation évitées. D’autre part, la réduction du poids des séjours très long (15 journées et plus), dont l’effectif a légèrement diminué, a eu un impact massif permettant « d’éviter » près de 500 000 journées d’hospitalisation en 4 ans.

Figure 88 : Evolution du nombre de séjours médicaux - GHS en M - et du nombre de journées d’hospitalisation correspondant entre 2013 et 2017 en fonction de la durée des séjours



Source : PMSI
 Champ : Séjours racine en M, hors séances, France entière

Si ces mécanismes jouent dans le même sens, ils sont le reflet d'adaptations organisationnelles distinctes et portent sur des populations sans doute différentes.

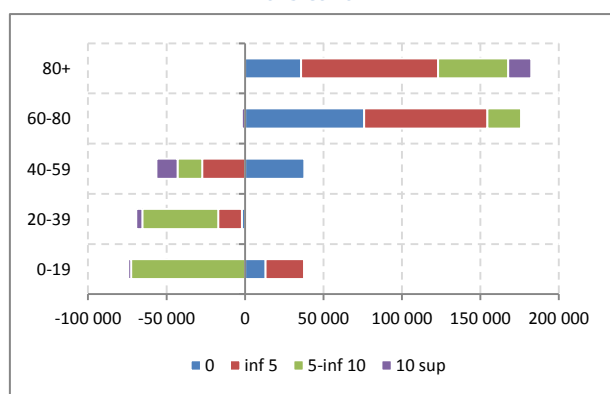
Les journées d'hospitalisation « évitées » grâce au virage ambulatoire ont en réalité été réutilisées pour accueillir un nombre croissant de personnes âgées

Si les chiffres ci-dessus montrent de manière claire que des efforts massifs en faveur du virage ambulatoire ont été faits en médecine entre 2013 et 2017, et ce en dépit du ralentissement de la croissance de l'hospitalisation de jour, ils n'apportent pas en tant que tels d'explication sur le différentiel de comportement entre la chirurgie et la médecine.

On trouve cette explication dans l'augmentation du nombre de séjours entre 2013 et 2017. Là où en chirurgie les journées d'hospitalisation évitées ont permis de poursuivre l'ajustement capacitaire, en médecine, le taux de recours a continué de croître et les journées d'hospitalisation évitées ont permis à capacité quasi-constante d'accueillir un nombre croissant de patients.

L'essentiel de cette augmentation s'explique par l'augmentation des séjours chez les 60 ans et plus (plus de 350 000 séjours supplémentaires), contrebalancée par une diminution de 125 000 séjours chez les plus jeunes (Figure 89). Tout se passe comme si les gains de « productivité » réalisés chez les patients jeunes, étaient d'absorbés par l'augmentation de l'activité chez les plus âgés.

Figure 89 Evolution du nombre de séjours (GHS racine M) en fonction de l'Age des patients et de la durée de séjours entre 2013 et 2017



Source : PMSI
Champ : France entière

Il est important de noter que les modalités de recours à l'hospitalisation médicale varient fortement en fonction de l'âge. Les personnes âgées de 80 ans et plus concentraient ainsi en 2017 près de 20 % des séjours et 40 % des journées d'hospitalisation, alors qu'ils ne représentaient que 6 % de la population générale. Le taux de recours (nombre de séjours pour 100 habitants) ainsi est beaucoup plus élevé chez les personnes âgées de 80 ans et plus (près de 4 fois supérieur à celui des personnes âgées de 50 ans et moins).

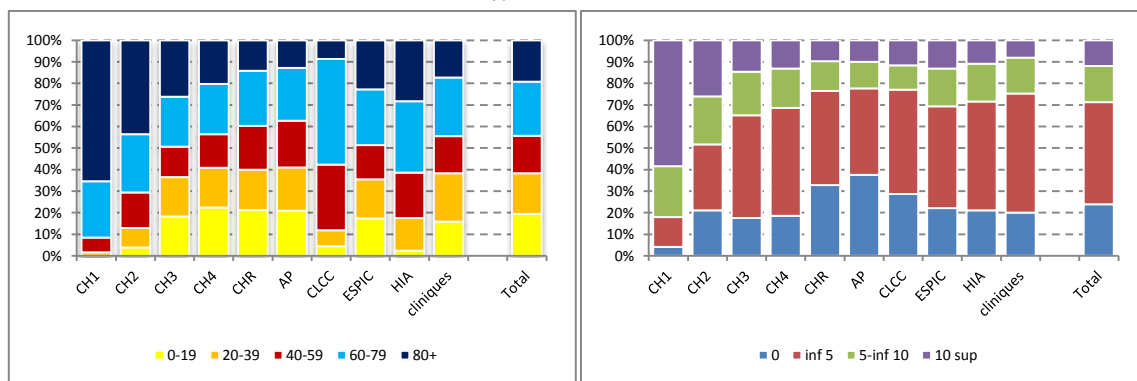
Un autre élément d'analyse à prendre en considération est que le profil des séjours et des patients varie fortement selon l'établissement considéré. D'une manière générale, l'activité de médecine est fortement concentrée dans les établissements publics, qui regroupent près de 80 % des séjours et des journées d'hospitalisation.

Au sein des établissements publics, la situation est loin d'être homogène (Figure 90). Les CHR et CHU ont globalement une patientèle plus jeune du fait de la place plus grande de certaines spécialités (néonatalogie, pédiatrie ou obstétrique). Ces établissements jouent un rôle important dans le développement de l'hospitalisation de jour en médecine, qui représente 34 % de leurs séjours médicaux (contre 24 % pour l'ensemble des établissements). Ils concentrent même 45 % des séjours de médecine ambulatoire, alors qu'ils ne représentent que 30 % de l'ensemble des séjours. Ils ont par ailleurs des séjours plus courts en moyenne.

Les centres hospitaliers ont une patientèle d'autant plus âgée que leur activité est faible. Ainsi pour les CH ayant une activité inférieure à 5000 séjours par an, les patients âgés de 60 ans et plus représentent près des ¾ de leur activité et 90 % des journées d'hospitalisation, ceux âgés de 80 ans et plus près de la moitié des séjours et 60 % des journées. En miroir, le poids des séjours longs est plus important dans ces établissements,

les séjours de 10 jours et plus représentant 30 % des séjours et 70 % des journées d'hospitalisation. Enfin, leur activité est très concentrée autour de 5 grands domaines d'activité médicale (Cardiologie, pneumologie, psychiatrie, douleurs chroniques et « activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues ») qui comptent pour un peu moins de la moitié des séjours et plus de la moitié des journées alors qu'elles oscillent entre 30 et 40 % pour les autres établissements.

Figure 90 : Distribution des séjours médicaux (GHS racine en M) en fonction de l'âge des patients et des durées de séjour par type d'établissement



Ces tendances sont très marquées dans les CH à l'activité la plus faible (moins de 5000 séjours par an) qui sont très majoritairement orientés vers une activité de gériatrie et des séjours très longs et très peu d'ambulatoire.

On voit ainsi que le poids des personnes âgées dans l'activité des établissements peut jouer un rôle très variable. Et que les actions à mener doivent être différenciées en fonction de cette caractéristique.

L'hospitalisation de 0 jour en médecine : une question de frontière...

La circulaire « frontière » ?

Comme vu plus haut, l'hospitalisation de jour de médecine s'inscrit dans un *continuum* de prise en charge, il permet d'assurer un suivi spécialisé, coordonné et pluridisciplinaire, notamment des patients atteints de pathologies chroniques ou complexes. Du point de vue de la tarification des soins, ce continuum doit être scindé en plusieurs entités (consultations et forfaits hospitaliers) et impose de définir ce qui relève de l'une ou l'autre entité. Cela impose de définir de manière précise et compréhensible pour les établissements les frontières entre ces différentes entités.

En 2017, plus de 2,2 millions de séjours d'hospitalisation partielle (0 nuit d'hospitalisation) ont été facturés par les établissements de santé. D'un point de vue médical, l'activité est marquée par une grande diversité. En effet, 11 des 26 domaines d'activité comprennent plus de 100 000 séjours et regroupent environ 80 % des séjours.

Ces domaines sont :

- Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues
- Obstétrique
- Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
- Digestif
- Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
- Endocrinologie
- Pneumologie
- Uro-néphrologie et génital
- Toxicologie, Intoxications, Alcool
- Psychiatrie

L'activité est très concentrée dans les établissements publics (près des ¾ des séjours) en particulier dans les CHU et CHR. Ils concernent une population relativement jeune, puisque près de 50 % des séjours d'hospitalisation partielle ont eu lieu pour des patients âgés entre 20 et 60 ans (alors que cette classe d'âge ne représente que 36 % de l'ensemble des séjours). Les patients âgés de 80 ans et plus en revanche ne comptent que pour 11 % des séjours d'hospitalisation partielle et 20 % de la totalité des séjours.

Pour chacun de ces domaines, le séjour peut survenir dans 3 grands types de de situations cliniques : hospitalisation pour diagnostic, hospitalisation pour traitement et hospitalisation pour surveillance. Le codage de ces règles d'activité repose sur 32 règles correspondant à ces situations cliniques.

C'est l'objet du Décret du 20 août 2012 relatif aux conditions de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation qui indique que « *les prestations délivrées [en hospitalisation partielle] équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet* ». Ce décret rappelle également les conditions d'organisation médicale et paramédicale auxquelles doivent obéir les structures concernées placées sous la responsabilité d'un coordonnateur et rend obligatoire une charte de fonctionnement. Le modèle sous-jacent est, à l'image de la chirurgie, clairement centré sur la substitution de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation partielle.

L'instruction DGOS du 20 juin 2010, dite « circulaire frontière » avait auparavant défini les conditions dans lesquelles une prise en charge de moins d'une journée pouvait donner lieu à la tarification d'une hospitalisation, elle repose sur le principe que « *toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS* ».

En chirurgie et en médecine interventionnelle, la clé de lecture de cette définition est le respect des conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie, incluant ou non en pratique la nécessité d'un passage ou non en salle de soins post-interventionnelle (salle de réveil). En médecine, la frontière tient à la nécessité d'un recours à « *une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin* ».

Il ne suffit donc pas d'enchaîner la réalisation de plusieurs actes dans une même journée pour répondre à cette définition. L'interprétation différentielle de ces critères entre les établissements de santé d'une part et le régulateur d'autre part concentre l'essentiel des difficultés observées en pratique pour fixer la frontière entre prise en charge relevant de l'hospitalisation partielle et prise en charge relevant de l'externe.

Le cœur du problème : la difficile description du contenu médical des soins

L'hospitalisation de jour de médecine reste donc une notion imprécise principalement par défaut de qualification de la nature médicale des soins qui y sont dispensés. Cela tient notamment à la diversité des situations rencontrées, à la place tenue par les examens complémentaires lors de ces épisodes de soins et à l'absence de prise en charge « traceuse » qui pourrait délimiter la frontière entre consultation externe, hospitalisation de jour et hospitalisation complète. Cela est également rendu plus complexe par l'évolution permanente des prises en charge, sous l'effet de nouveaux traitements ou dispositifs médicaux à fort impact organisationnel qui en redéfinissent les frontières.

Une démarche de clarification de l'instruction frontière a ainsi été initiée en introduisant une approche graduée des prises en charge selon l'intensité des soins et le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge. Cette démarche s'est traduite dans un premier temps par une évolution tarifaire avec l'introduction d'une nouvelle prestation, le forfait prestation intermédiaire. Son introduction en 2017 est assez illustrative de la difficulté à définir une frontière tant dans sa définition⁷² que dans sa mise en œuvre. Seuls 47 651 forfaits prestation intermédiaire ont été facturés en 2018.

Plus récemment, la démarche engagée en 2017, par le Ministère de la santé et l'Assurance maladie, en concertation avec les fédérations hospitalières se poursuit en 2019 et s'oriente vers la recherche d'une cible plus proche de la réalité médicale et des différentes formes de prises en charge qui peuvent être proposées à l'hôpital dans leur continuum et leur gradation qui vont, comme dit plus haut, de la consultation simple à l'expertise pluridisciplinaire en hospitalisation de jour. Ces prises en charge peuvent ainsi s'inscrire dans une logique de diagnostic (bilan d'une pathologie chronique ou diagnostic en un jour, par exemple), de traitement ou de surveillance ou encore, de façon croissante, d'éducation thérapeutique. Cette approche partagée doit bien sûr aboutir à la définition d'un modèle de financement soutenable, structuré et lisible. Elle doit également reposer sur un modèle organisationnel cohérent de l'accueil à la prise en charge des patients. La contrainte temporelle qu'impose l'hospitalisation de jour nécessite une grande maîtrise organisationnelle et une parfaite coordination entre les équipes cliniques, administratives et les plateaux techniques.

Au-delà de ces difficultés, l'incertitude sur le périmètre de l'hospitalisation partielle de médecine complexifie l'exercice d'identification du potentiel d'activité qu'elle peut représenter pour les établissements et l'impact qu'elle peut générer pour le système de soins. L'absence d'un acte ou d'une procédure spécifique associé au motif et aux modalités d'un séjour médical et permettant d'être marqueurs a priori de sa transférabilité en ambulatoire (hors le cas des séances) ne favorise pas son évaluation en dépit des travaux réalisés par certaines sociétés savantes. Ceci constitue une différence importante avec la chirurgie et par extension la médecine interventionnelle, où l'existence de tels actes ou procédures spécifiques permet de cerner plus facilement un potentiel ambulatoire théorique.

La mission IGAS / IGF avait ainsi souligné dans son rapport en 2015 la difficulté de cet exercice. L'identification des potentiels d'ambulatoire en médecine doit donc se baser sur une méthode prenant en compte d'autres dimensions et critères que les seuls actes.

Les univers à dominante ambulatoire en médecine - une solution pour appréhender la substitution

Une approche alternative pour cette question est de classer les prises en charge de médecine dans des « univers » homogènes à dominante ambulatoire et permettre ainsi aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'au régulateur de mieux identifier les marges de progression dans ce domaine. La méthode envisagée ci-après, proposée et développée en lien avec la DRSM Bourgogne Franche Comté, est une proposition visant à caractériser les séjours médicaux à fort potentiel ambulatoire afin de permettre une réflexion sur la structure de durée de séjour qui leur est associée. Elle ne peut être dissociée d'une analyse de la pertinence des prises en charge dans le contexte de l'établissement et de ses spécialités médicales.

Cette méthode vise à identifier un périmètre de séjours hospitaliers, hospitalisation complète et partielle, dans lequel les prises en charge ambulatoires sont majoritaires. En se basant sur les diagnostics des séjours de 0 à 2 jours, les caractéristiques des patients et le type d'unité médicale concernée, on peut définir des « univers » médicaux de prise en charge au sein desquels il est possible de mieux identifier les patients susceptibles de

⁷² Le forfait prestation intermédiaire est une prestation hospitalière, facturée pour chaque consultation pluridisciplinaire et/ou pluri professionnelle pour les prises en charge de diabète, polyarthrite rhumatoïde évolutive, la spondylarthrite grave et l'insuffisance cardiaque grave.

bénéficier d'une prise en charge ambulatoire, d'évaluer le potentiel et de repérer les atypies et le cas échéant cibler les structures ayant des modes de prise en charge non pertinents.

Onze « univers » médicaux distincts peuvent ainsi être définis, au sein desquels on retrouve les unités de médecine qui regroupent 43 % des séjours à dominante ambulatoire mais aussi la chirurgie et la gynécologie-obstétrique avec 10 % respectivement de ces séjours. L'univers de médecine non programmée adultes et enfants est par ailleurs représenté au travers des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) au sein desquelles sont réalisés 29 % des séjours à dominante ambulatoire. Les unités médicales ont été complétées par des tests et des reclassements selon l'âge du patient, ce qui a donné lieu au concept « d'univers » de prise en charge à dominante ambulatoire.

L'analyse des séjours par racine de GHM, puis par catégorie de diagnostic permet de classer par univers, les séjours ambulatoires et à dominante ambulatoire par domaine d'activité en sélectionnant les séjours selon les trois critères suivants : 9 séjours minimum par groupe, plus de la moitié des séjours ambulatoires ou de très courte durée, plus de 40 % de séjours strictement ambulatoires.

Un second niveau d'analyse distinguant l'activité programmée, de l'activité non programmée⁷³, permet de créer des « référentiels de prise en charge à dominante ambulatoire » l'un pour la médecine programmée, l'autre pour la médecine non programmée. Cette méthode a été appliquée à 19% des séjours de médecine soit 1 775 815 séjours de l'année 2017 incluant 1 379 086 séjours sans nuitée.

Tableau 32 : univers à dominante médicale en médecine

Univers	% des séjours à dominante ambulatoire
Médecine	43 %
<i>Personnes âgées</i>	4 %
<i>Adultes</i>	32 %
<i>Enfants</i>	7 %
Chirurgie	10 %
<i>Adultes</i>	9 %
<i>Enfants</i>	1 %
Gynécologie-Obstétrique-Orthogénie (IVG)	10 %
Oncologie	4 %
Addictologie	2 %
Douleur chronique	2 %
Médecine non programmée	29 %
<i>Adultes</i>	24 %
<i>Enfants</i>	5 %

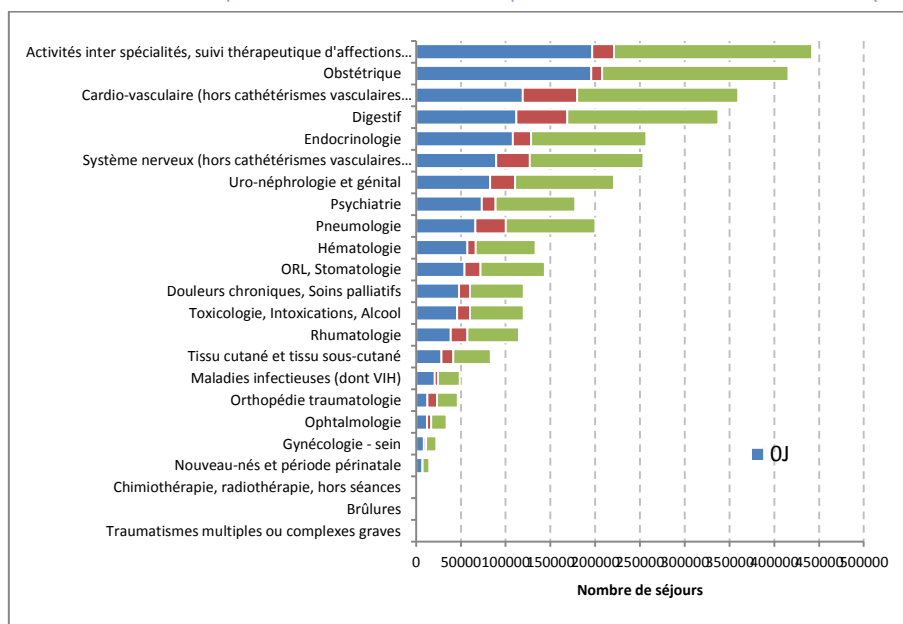
Source : PMSI
Champ : France entière

L'évolution de l'activité dans ces univers entre 2015 et 2017 montre une augmentation de plus de 130 000 séjours soit 8 %. L'activité de cardiologie (en dehors des explorations, coronaropathies, troubles du rythme...), connaît en particulier une progression forte des admissions pour douleurs thoraciques (+15 %). Les séjours pour douleurs chroniques rebelles connaissent également une forte évolution de +38 %.

Le potentiel de développement d'activité ambulatoire à OJ ainsi estimé est d'un peu plus de 330 000 séjours soit près de 380 000 journées évitées, il est majoritairement concentré dans les domaines d'activité Activité inter spécialités, Obstétrique, Cardiologie, Digestif et Endocrinologie.

⁷³ L'activité non programmée reflétant ici le positionnement de l'hôpital de jour comme un accès rapide d'une patientèle fragile (personnes âgées, personnes handicapées, patients atteints de pathologies complexes) à une équipe pluridisciplinaire

Figure 91 : Potentiel ambulatorio par domaine d'activité estimé par la méthode des univers médicaux (données 2017)



Source ; PMSI
Champ : France entière

Cette méthode n'a pas d'ambition prescriptive ni prédictive. Elle est en mesure en revanche d'accompagner les établissements et les professionnels dans l'analyse de leurs pratiques et de leur organisation afin d'assurer du mieux possible les prises en charge relevant de domaines d'activité à dominante ambulatoire dans des durées de séjour optimisées. Appliquée aux établissements d'un territoire ou d'une région, elle permet par ailleurs de pointer certaines atypies compte tenu de la proportion élevée de séjours longs au sein de l'univers ambulatoire d'un établissement et d'envisager avec lui à l'occasion des dialogues de gestion une meilleure utilisation des moyens humains et capacitaires des unités concernées, la recherche de solutions innovantes permettant de mieux répondre aux besoins d'hébergement médicalisé ou non dont relèvent les patients médicaux.

L'analyse de ces données rend possible par ailleurs le repérage de prises en charge ambulatoires non pertinentes au regard du profil d'activité de l'établissement et de ses domaines d'activités. Elle doit s'inscrire dans le cadre d'échanges avec les établissements et les professionnels et prendre en compte le contexte territorial issu du positionnement et du rôle spécifique de chaque établissement.

4.2.3 Pour aller plus loin, il faut changer de modèle

Les constats formulés ci-dessus conduisent à récuser pour la médecine le modèle purement substitutif qui a fait ses preuves en chirurgie pour aborder la question du virage ambulatoire en médecine.

D'une part, contrairement à la chirurgie, l'activité de médecine semble se prêter assez mal à l'exercice de définition d'une frontière clairement évidente et partagée entre ce qui relève d'une hospitalisation de jour et ce qui relève d'une consultation ou d'un acte ambulatoire simple. Il en résulte une incertitude, partagée entre le régulateur et les offreurs de soins, qui conduit à freiner le développement de ce type de prise en charge

Par ailleurs, là où les chemins cliniques et l'organisation de la chirurgie ambulatoire (et par extension de certaines activités interventionnelles) sont structurés par le plateau technique anesthésique et chirurgical (bloc opératoire, SSPI), l'hôpital de jour de médecine recouvre une diversité de parcours et d'organisation beaucoup plus grande et des plateaux techniques plus divers. Elle est donc bien plus complexe à modéliser.

D'autre part, le modèle substitutif ne mobilise que le potentiel de séjours très courts (1 et 2 nuitées). Si ce potentiel existe en médecine et doit être mobilisé, d'autres potentiels, parfois plus importants, ne sont pas accessibles par ce biais, en particulier lorsqu'il s'agit de patients âgés ou de séjours longs. Rappelons ici qu'en 2017, les séjours les plus longs (10 jours et plus) chez les patients les plus âgés (80 ans et plus) représentent un peu plus de 5 % des séjours et 21 % des journées d'hospitalisation. Il convient donc d'adopter une approche combinant des actions susceptibles de mobiliser les deux potentiels.

Selon la spécialité ou la prise en charge considérée, le virage ambulatoire peut conduire à développer des solutions qui ne consistent pas seulement à concentrer les tâches organisationnelles autour d'un acte ou une procédure afin d'optimiser la prise en charge de patient. Il peut s'agir parfois de réinventer une prise en charge innovante, qui ne se substitue pas *stricto sensu* à un séjour donné, mais trouve une place plus pertinente dans un parcours souvent complexe en lien avec une ou plusieurs maladies chroniques ou à adopter une organisation plus en adéquation avec l'évolution des modalités thérapeutiques et l'état de la science.

La prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques, par exemple, a fortement évolué ces dernières années avec l'introduction des biothérapies. De nombreux établissements ont organisé la prise en charge de ces pathologies en hôpital de jour pour l'administration par perfusion de ces biothérapies, la mise à disposition de formes galéniques sous cutanées de ces molécules réinterroge les organisations des hôpitaux de jour et l'articulation des équipes hospitalières avec la ville et peuvent conduire les équipes hospitalières à proposer des prises en charge plus légères. Le développement de la télémédecine pour le télésuivi ou la télésurveillance des pathologies chroniques, peut au-delà du seul financement propre de cette activité, conduire les équipes hospitalières à envisager des prises en charge ambulatoires qui nécessitent toujours la présence du patient lors de certaines phases, mais sur un mode différent de l'hôpital de jour.

L'inconvénient de l'approche classique est qu'elle emporte la nécessité pour chaque prise en charge nouvelle de créer un nouvel acte ou un nouveau type de séjour générant d'une part, de l'immobilisme et des lourdeurs et, d'autre part, certains incitatifs non souhaitable en poussant les établissements à essayer d'utiliser les tarifs les plus élevés possibles.

De fait, s'il existe de nombreuses initiatives portant ce type de prise en charge sur le terrain, elles se heurtent souvent à l'incertitude créée par l'absence d'une tarification spécifique, le modèle organisationnel permettant aux établissements de les développer reste largement à inventer en tant que tel. Cette invention est de la responsabilité des acteurs de terrain, le rôle du régulateur étant de leur proposer un cadre juridique et financier sécurisant et approprié. L'objectif est ici est de permettre à l'hôpital de s'organiser librement de manière innovante et de trouver sa place dans cette démarche en partenariat étroit avec les acteurs de ville, en particulier du premier recours, en lui assurant une sécurité financière, assortie d'incitatifs lui permettant de mener cette démarche sans dégrader sa situation financière.

La CNAM propose ainsi que soit expérimentée, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, la mise en place de « pôles » hospitaliers ambulatoires ayant vocation à faciliter des modes de prise en charge intégrée et accélérer le virage ambulatoire en médecine. Cette expérimentation organisationnelle serait associée à un mode de financement global spécifique. L'objectif de ces pôles est de lever les barrières constatées et décrites plus haut pour, d'une part, relancer la dynamique ambulatoire en médecine et, d'autre part, élargir son spectre d'action à des problématiques plus larges. La finalité globale de cette proposition est bien de favoriser une prise en charge des patients mieux adaptée à l'évolution de leurs besoins, et de générer à terme des conditions économiques compatibles avec l'exigence de soutenabilité du système de santé.

Ces « pôles » ont, d'un point de vue organisationnel vocation à regrouper l'ensemble des activités de médecine de très court séjour (hors ZTSCD) de 0, 1 et 2 nuits, les prestations intermédiaires et les consultations et actes externes (hors service d'accueil des urgences, un certain nombre de fonctions de coordination ou d'ordonnancement de l'activité, ainsi que la responsabilité opérationnelle explicite du lien avec la ville). Ils s'adressent à l'ensemble des patients ayant un motif de recours médical, indépendamment de leur pathologie (même si ces pôles ont vocation pour certains patients à proposer des programmes cliniques centrés autour de pathologies particulières).

Au sein de ce périmètre, les établissements seraient libres de s'organiser et de proposer à leurs patients des services adaptés à leur besoin, dans le respect des règles et bonnes pratiques de qualité et de sécurité des soins, mais aussi dans le respect des prérogatives des autres acteurs du système de santé. L'enjeu est ici la capacité à mettre en place un cadre de financement adapté à des organisations dédiées qui permettent de proposer au patient un accueil et une prise en charge en adéquation avec ses besoins. La capacité d'anticiper et de programmer les soins ainsi que de coordination des équipes multidisciplinaires sont des conditions indispensables de réussite.

L'inscription de ces pôles dans leur environnement doit faire l'objet d'une attention particulière. Naturellement, ils devront être conformes, pour les établissements qui en font partie, au cadre des projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire (GHT), mais ils devront également nouer des partenariats avec les initiatives de ville, en particulier les projets médicaux des communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS). Le développement de l'ambulatoire médical hospitalier ne saurait en effet se faire en concurrence ou au détriment de la ville dans une logique de « parts de marché ». A l'heure où les difficultés d'accès aux soins constituent une préoccupation majeure des français et où la gradation des soins devient la logique

d'organisation du système, de telles démarches seraient contraires à l'intérêt collectif et à celui des établissements, appelés à se concentrer sur les segments d'activité où leur valeur ajoutée est la plus grande. Les « pôles » ainsi expérimentés devraient donc construire leur projet médical en cohérence et idéalement de manière partagée avec celui des CPTS, dans une logique de partenariat au bénéfice de la population.

Par exemple, la responsabilité partagée de la sortie d'hospitalisation doit se traduire par une information précoce du médecin traitant de la situation du patient (diagnostic, comorbidités, niveau de connaissance de sa pathologie, voire d'un ou deux passage(s) du patient au sein du pôle hospitalier ambulatoire pour son éducation thérapeutique et son autonomisation à gérer sa pathologie, lorsque c'est nécessaire). Il s'agit là d'un rôle clé pour faciliter la réduction des durées de séjours, en particulier pour les patients les plus complexes. De même, pour certaines pathologies où l'accès à un spécialiste peut être difficile, comme l'épilepsie, le pôle peut avoir la mission de fournir un accès à ces compétences en lien avec la CPTS. Dans d'autres cas, cette logique partenariale peut aboutir à une définition d'un suivi partagé pour les patients chroniques au long cours, comme dans le cas de l'insuffisance cardiaque, pour concilier la qualité du suivi et l'accès des patients aux ressources expertes lorsque cela est nécessaire.

Par ailleurs, ces pôles hospitaliers ambulatoires en adoptant des organisations en adéquation avec les différents modes de prises en charge - y compris la télémédecine -doivent concourir à diminuer les durées moyennes de séjour des hospitalisations des prises en charge les moins intenses en charge de soins et permettre ainsi un redéploiement des moyens sur les segments les plus consommateurs de soins.

Ces pôles devront avoir un modèle économique adapté, qui se substitue aux modes de tarification existants et qui doivent permettre d'atteindre les objectifs suivants : (1) assurer une sécurité financière aux établissements et aux équipes médicales et soignantes pour leur assurer les moyens de développer cette activité et d'innover et (2) s'inscrire dans une logique de partage de risque, les établissements devant être intéressés aux bénéfices collectifs qui sont le fruit de leurs actions, en particulier, s'ils diminuent leurs durées de séjour, leur activité ou leur capacité d'hospitalisation complète, dans le respect de la gradation des soins avec les acteurs de ville.

Ainsi, la proposition est de substituer, pour les activités concernées, les modes de financement de droit commun par un financement modulaire composé de trois parties :

- Une base forfaitaire « populationnelle » calculée à partir de la patientèle activement prise en charge par l'établissement. Cette base dépendrait du nombre de patients et de leur profil structurée autour des univers médicaux présentés plus haut ;
- Une part liée à l'activité : chaque « passage » dans les pôles entraînerait la facturation d'un tarif à deux niveaux selon que le patient ait passé au moins une nuit à l'hôpital ou non. Ces tarifs n'ont pas vocation à couvrir l'intégralité des coûts, mais permettent d'ajuster plus finement le forfait, d'en modérer l'effet déflateur et d'inciter les établissements à la description et la traçabilité de l'activité ;
- Un intéressement construit sur la valorisation des économies que l'établissement a générées ou contribué à générer par la réduction des durées de séjour, de l'activité d'hospitalisation complète et de l'adaptation capacitaire. Ces économies seraient partagées entre la collectivité et l'établissement, dans une logique de partage du risque financier. Au cas où aucune économie ne serait générée ou au contraire les dépenses augmenteraient, l'établissement ne touchera aucun intéressement, aucun « malus » n'étant appliqué. Le versement de cet intéressement serait modulé et conditionné par des indicateurs de qualité, incluant des éléments recueillis auprès des patients, mais aussi par des indicateurs permettant d'évaluer l'impact des actions de l'établissement sur l'accès aux soins dans son territoire. Les signaux ainsi envoyés ayant vocation d'une part à favoriser le virage ambulatoire en réduisant les durées de séjour les plus longues et d'autre part en favorisant les approches coopératives avec la ville.

4.3. La filière visuelle : les débuts d'une réorganisation - Evolution de la prise en charge des patients par les ophtalmologues et les orthoptistes

4.3.1 La filière visuelle : constats, plans prévus et démarches initiées

La prise en charge des soins ophtalmologiques au sein de la « filière visuelle » de ville, associant orthoptistes, ophtalmologues et opticiens, est connue et déjà maintes fois détaillée : accès aux soins difficile en raison des délais d'attente (3 mois en moyenne, jusqu'à 12 mois dans certaines zones)^{74,75,76}, dépassements d'honoraires importants (60% en 2011)⁷⁷ et diminution du nombre d'ophtalmologues libéraux (-1,5% entre 2015 et 2018) qui risque de s'amplifier d'ici 2020.⁷⁸

Certains besoins de la population la plus fragile ne sont pas suffisamment couverts, notamment l'examen régulier du fond de l'œil pour les patients diabétiques (fin 2017, 38% des patients diabétiques ne bénéficiaient pas de ce dépistage au cours des 2 années précédentes), le dépistage du strabisme chez les jeunes enfants (en 2013, seules 38% des demandes de dépistage donnent lieu à un rendez-vous)⁷⁹ et la prise en charge en urgence de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) avec un délai moyen de 79 jours avant un premier rendez-vous⁸⁰.

En 2014, un plan d'action national pour la filière visuelle visant à renforcer le suivi des pathologies chroniques et de réduire le temps d'accès aux soins en ophtalmologie a été mis en place par le Ministère de la santé.⁸¹ Dans son rapport de 2015 sur la restructuration de la filière visuelle⁴, l'IGAS y fait référence en prônant le renforcement de la coopération entre orthoptistes et ophtalmologues ; ces derniers doivent libérer du temps médical pour le suivi de patients atteints d'affections ophtalmologiques complexes ou chroniques, et pour permettre une prise en charge d'un plus grand nombre de personnes.

Plus récemment, le rapport de la cour des comptes de 2018 fait également le constat de la nécessité de la réorganisation de la filière.⁶ Il suggère d'élargir le champ d'action des orthoptistes, de conditionner l'installation des ophtalmologues en zone à fort dépassement d'honoraires à l'adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée de l'Assurance maladie, de promouvoir la santé visuelle par des actions de prévention, ainsi que de réviser la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour la rendre plus « proche » de la pratique d'aujourd'hui.

Depuis ces constats et plans d'actions, l'organisation de l'offre de soins de la filière visuelle de ville évolue. L'Assurance maladie a travaillé en étroite collaboration avec les ophtalmologues et les orthoptistes pour la mise en œuvre de plusieurs protocoles de coopération permettant à l'orthoptiste de participer à la prise en charge de patients suivis par un ophtalmologue, notamment pour le dépistage de la rétinopathie diabétique et le bilan visuel en vue du renouvellement de corrections visuelles.⁸² Elle a également créé et revalorisé plusieurs actes techniques afin d'adapter la nomenclature générale des actes professionnels à l'évolution de l'offre de soins : les bilans orthoptiques relatifs aux troubles neurovisuels et à la basse vision, la mesure de l'acuité visuelle, ou encore les traitements de l'amblyopie et du strabisme. Enfin, l'Assurance maladie a mis en place les contrats pour les soins visuels visant à apporter une aide financière, d'une part à l'ophtalmologue souhaitant former ou recruter un orthoptiste pour développer le travail en coopération, et d'autre part à une maison de santé ou un centre de santé pour favoriser l'implantation au sein de la structure d'une offre en soins visuels.

74 Enquête santé et protection sociale, IRDES, 2010

75 Deux enquêtes réalisées par Yssup Research (Publicis) en 2014 puis 2016 pour Groupe Point Vision

76 La prise en charge des soins ophtalmologiques en France, Académie de médecine, 2013

77 Restructuration de la filière visuelle, rapport établi par Dominique Voynet, Inspection générale des affaires sociales, juillet 2015

78 Source : DREES

79 Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cours des comptes, octobre 2018.

80 Etude du SNOF, « Faut-il changer un système qui ne marche pas ? », décembre 2013

81 Plan d'action national pour la filière visuelle élaboré par la DSS et la DGOS

82 Protocole dit « Rottier », 2018. Protocole « Muraine », en cours d'évaluation.

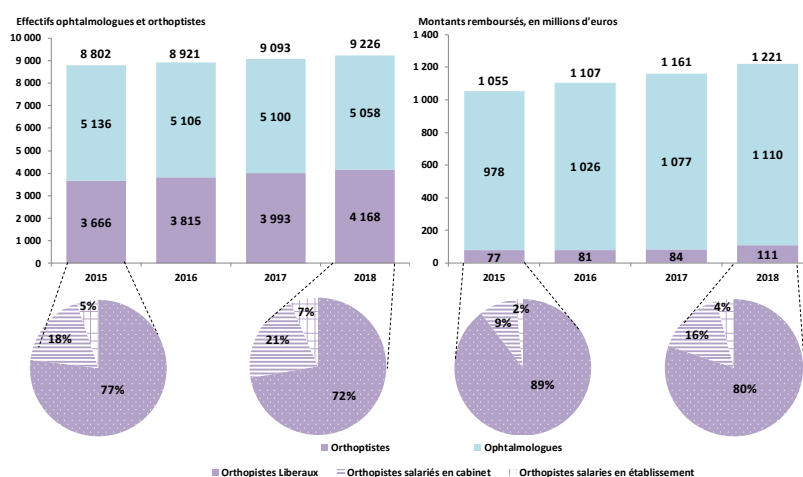
4.3.2 L'offre de soins en ville aujourd'hui : effectifs des professionnels de santé et dépenses

Entre 2015 et 2018, le nombre d'ophtalmologues libéraux a diminué, passant de 5 136 à 5 058. En revanche, le nombre d'orthoptistes a crû de près de 5% par an, passant de 3 666 à 4 168. Le nombre d'orthoptistes a évolué différemment selon les modes d'exercice : +7% de libéraux, +34% de salariés en cabinet et +45% de salariés en établissement, pour des effectifs en 2018 de 3 014, 884 et 270, respectivement. Les ophtalmologues libéraux ont ainsi renforcé leurs équipes par le salariat d'orthoptistes (Figure 92).

Durant cette période, la dépense d'Assurance maladie pour l'activité de la filière visuelle (actes cliniques et médicaux en ophtalmologie et en orthoptie, hors lunettes et autres dispositifs médicaux) a augmenté de 5% par an environ, pour un montant total remboursé tous régimes d'assurance maladie passant de 1,05 à 1,22 milliards d'euros. Ce montant inclus le coût de l'orthoptie, qui est passé de 77 à 111 millions d'euros entre 2015 et 2018, avec une nette accélération entre 2017 et 2018 (+ 31 %) ⁸³.

Dans un contexte d'augmentation et de vieillissement de la population française, le nombre d'ophtalmologues stagne mais l'offre de soins de la filière visuelle s'étoffe, notamment par le salariat d'orthoptistes. Cela se traduit par une augmentation soutenue du nombre d'actes réalisés et des honoraires associés ; notamment en 2018 pour l'activité orthoptique où l'acte de mesure de la réfraction et de l'acuité visuelle a été instauré. La part de l'orthoptie libérale est toujours prépondérante mais diminue, passant de 90% en 2015 à 80% en 2018 (Figure 92).

Figure 92 : Effectifs d'ophtalmologues et d'orthoptistes en ville entre 2015 et 2018, et montants remboursés de leurs actes cliniques et médicaux



Champ : tous régimes d'assurance maladie, France entière. Sources : Cnam - DREES

4.3.3 Consommation de soins : combien de personnes, pour quelle fréquence de soins

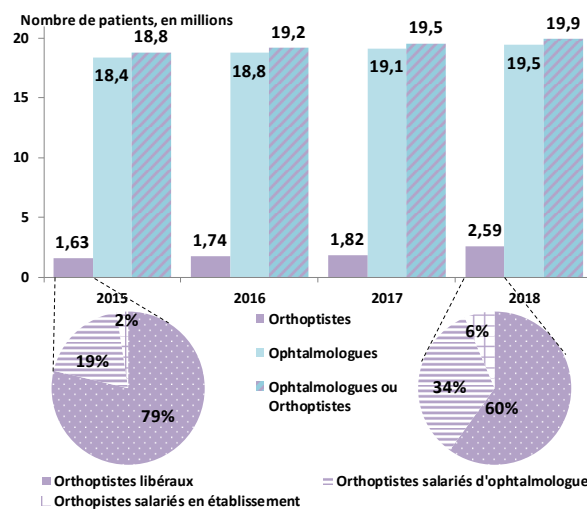
En 2018, près de 20 millions de personnes ont eu au moins un contact avec un ophtalmologue ou un orthoptiste. En 2015, elles étaient moins de 19 millions. Ce million de personnes supplémentaires correspond à une augmentation de la patientèle des ophtalmologues d'environ 2% par an sur cette période, et à une augmentation de la patientèle des orthoptistes plus importante de 5,6% par an en moyenne entre 2015 et 2017 et de 42% entre 2017 et 2018. La part des patients pris en charge en orthoptie libérale est passée de 80% à 60% entre 2015 et 2018. Cette diminution s'est faite en grande partie au profit des orthoptistes salariés en cabinet, essentiellement ceux exerçant au sein des cabinets d'ophtalmologues : +184% de patients. (Figure 93).

⁸³ Voir l'Encadré 27 « Mesure de l'acuité visuelle par les orthoptistes en 2018 » pour une explication de cette forte augmentation.

Concernant la fréquence des soins, 78% des patients des ophtalmologues sont vus au plus une fois par an, 20% d'entre eux entre 2 et 5 fois, et 2% d'entre eux plus souvent. Cette répartition est stable entre 2015 et 2018. Les orthoptistes voient plus souvent leurs patients, en particulier les orthoptistes libéraux qui en 2018 voient 17% de leur patientèle au moins 6 fois. Quant aux orthoptistes salariés, ils ne voient que 1% de leur patientèle au moins 6 fois. Le nombre de personnes avec un seul contact chez un orthoptiste a très fortement augmenté entre 2017 et 2018 : de 1,1 à 1,8 million de personnes. Près de 500 000 d'entre elles ont été vues par des orthoptistes salariés en cabinet, bien que 3 fois moins nombreux que leurs homologues libéraux. (Figure 94)

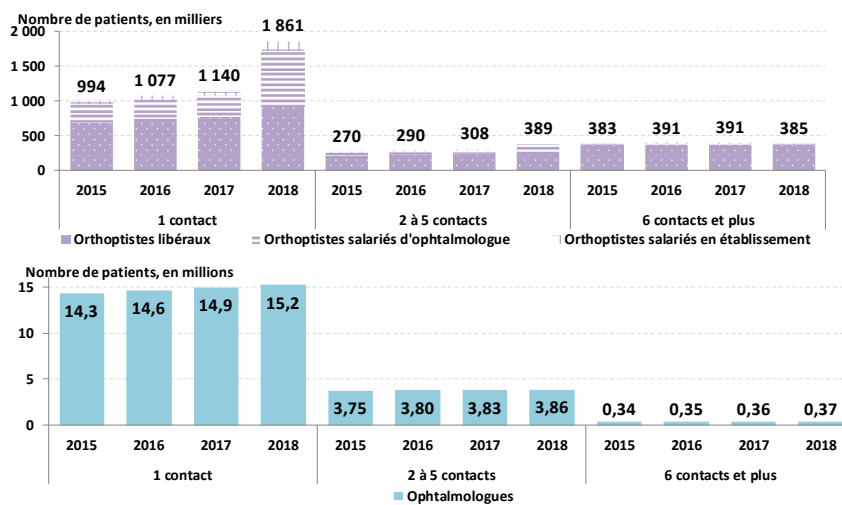
La patientèle des ophtalmologues augmente continument, de plus de 300 000 patients chaque année. Les orthoptistes contribuent à cette croissance, leurs pratiques professionnelles se distinguant grandement selon leur mode d'exercice : salarié ou libéral. En effet, les salariés en cabinet accompagnent leur médecin employeur lors des consultations de leur patientèle notamment par des mesures d'acuité et de réfraction visuelle, quand les libéraux travaillent davantage sur le suivi, la rééducation et la constitution d'une patientèle.

Figure 93 : Nombre de personnes ayant eu au moins un contact avec un ophtalmologue et/ou un orthoptiste, par an entre 2015 et 2018



Champ : tous régimes d'assurance maladie – France entière. Source : Cnam

Figure 94 : Nombre de personnes selon leur nombre de contacts avec un ophtalmologue ou un orthoptiste, par an entre 2015 et 2018



Encadré 27 : Mesure de l'acuité visuelle par les orthoptistes en 2018

La mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction fait partie de l'examen clinique de base de l'ophtalmologue. A titre d'exemple, elle est un préalable indispensable à la prescription de lunettes ou de lentilles correctrices. L'orthoptiste peut également réaliser cet acte qui, depuis le 1er janvier 2018, est coté à la NGAP « AMY 8,5 », facturable et remboursable.

On comptabilise en 2018 plus de 900 000 remboursements de cet « AMY 8,5 », réalisé dans 64% des cas par un orthoptiste salarié d'un ophtalmologue, dans 21% des cas par un orthoptiste libéral et dans 15% des cas par un orthoptiste salarié d'un établissement.*

Cette appropriation de l'« AMY 8,5 », principalement par les ophtalmologues salariant un ou plusieurs orthoptistes, s'inscrit dans une activité de préparation de la consultation ophtalmologique et, à ce titre, représente, au dernier quadrimestre 2018, 21% des actes orthoptiques facturés par l'ophtalmologue en sus de sa consultation.

*Champ : tous régimes d'assurance maladie, France entière. Source : Cnam

4.3.4 Accès aux soins : territorialité et défavorisation sociale

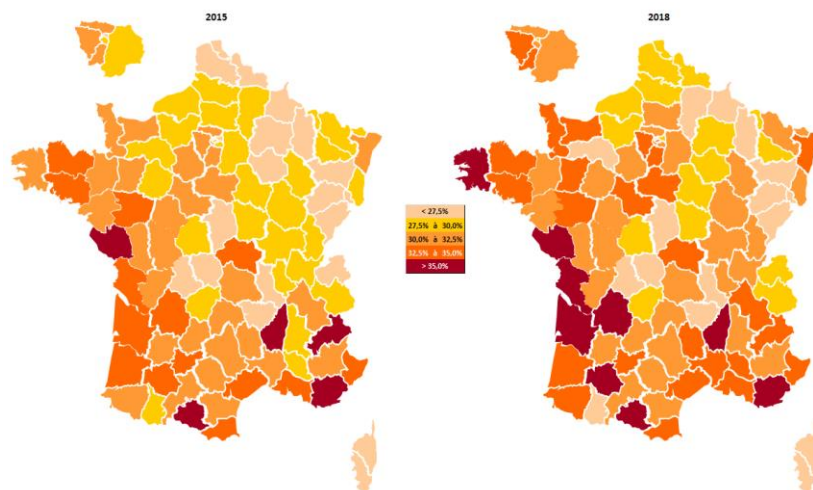
L'accès à la filière visuelle peut fortement différer selon le lieu d'habitation : zones géographiques denses ou sous-denses en termes d'ophtalmologues ou d'orthoptistes, et favorisation ou défavorisation sociale de la commune.⁸⁴

En France en 2015, 28,3% des personnes ont eu au moins un contact avec un ophtalmologue ou un orthoptiste (taux de recours). Un quart des départements français étaient à un taux de recours inférieur à 28,1%, et un quart des départements à un taux supérieur à 32,2%. En 2018, le taux de recours était de 29,7%, un quart des départements étaient à un taux de recours inférieur à 28,9% et un quart des départements à un taux supérieur à 33,5%.

On observe une opposition nette entre d'une part le sud de la France et la côte Atlantique, et d'autre part le nord, le centre et l'est de la France (Figure 95). Ces taux de recours aux soins selon le lieu de résidence présentent de nombreuses similitudes quant aux disparités observées en termes de densité d'ophtalmologues⁸⁵.

Ainsi, bien que les taux de recours croissent légèrement entre 2015 et 2018 grâce à une dynamique positive des acteurs de la filière visuelle, les inégalités d'accès aux soins peinent à se réduire, et ce d'autant plus que les personnes résidant dans les zones les plus favorisées ont davantage bénéficié de cette dynamique (Encadré 28).

Figure 95 : Taux de recours à un ophtalmologue ou un orthoptiste de la population résidant en France en 2015 et 2018, par département.



Champ : tous régimes d'assurance maladie, France métropolitaine. Sources : Cnam – INSEE

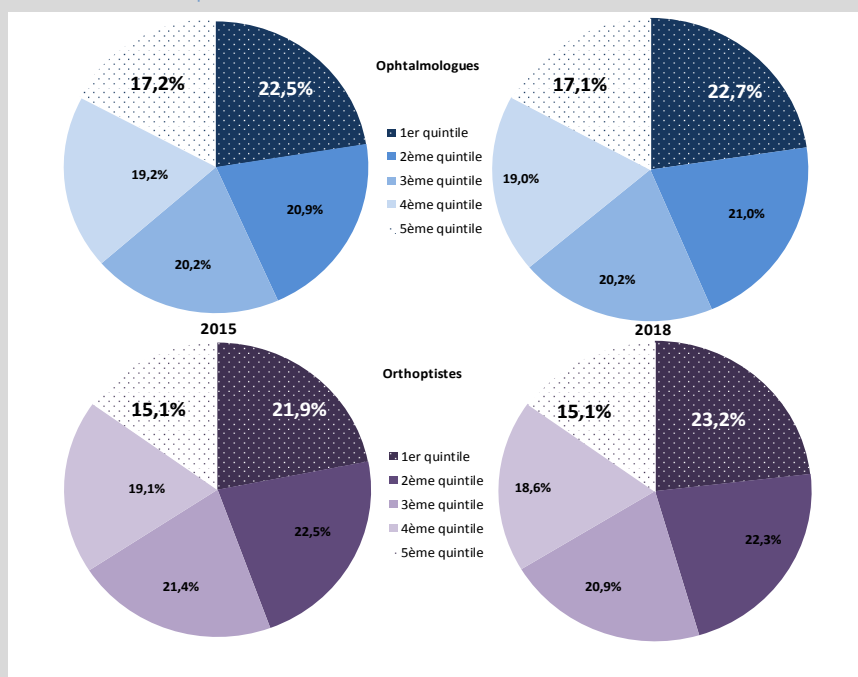
⁸⁴ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cours des comptes, octobre 2018.

⁸⁵ Cartes 7 et 8, p.250, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cours des comptes, octobre 2018.

Encadré 28 : Défavorisation sociale

Parmi les personnes ayant consulté un ophtalmologue en 2015, 22,5% d'entre elles appartenaient au quintile* de la population la moins défavorisée (1^{er} quintile), contre 17,2% appartenant au quintile de la population la plus défavorisée (5^{ème} quintile). Cet écart était stable en 2018. Plus prégnant, l'accès à un orthoptiste présentait un écart de 6,8 points en 2015, 21,9% vs 15,1%, en augmentation en 2018 à 8,1 points, 23,2% vs 15,1%. Ainsi, l'augmentation de la patientèle des orthoptistes a davantage concerné les personnes résidant dans les communes les plus favorisées

Figure 96 : Taux de recours de la population résidant en France à un ophtalmologue ou un orthoptiste en 2015 et 2018, selon le quintile de défavorisation de la commune de résidence.



Champ : tous régimes d'assurance maladie, France métropolitaine. Source : Cnam

*Défavorisation au sens de l'indice de défavorisation sociale infra-communale de l'INSEE, basé sur le taux de chômage, le niveau d'éducation, le revenu médian et le pourcentage d'ouvriers de la zone infra-communale, en 2015.

Cet indice répartit l'ensemble des habitants de la France métropolitaine en 5 parts (quintile) comprenant le même nombre de personnes.

La mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction fait partie de l'examen clinique de base de l'ophtalmologue. A titre d'exemple,

Les protocoles de coopération

L'assurance maladie prend en charge différents actes réalisés en coopération entre ophtalmologues et orthoptistes

- Le renouvellement et adaptation des corrections optiques

Le renouvellement des corrections optiques représente un des motifs de consultation les plus fréquents en ophtalmologie. C'est pourquoi, des protocoles de coopération entre orthoptistes et ophtalmologues, portant sur le renouvellement ou l'adaptation de lunettes ont été pris en charge à compter de 2015 sur le territoire. Ces protocoles consistent en la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste avec une proposition d'ordonnance de corrections d'optiques et une lecture différée des résultats du bilan par l'ophtalmologue, sans présence du patient, qui valide le cas échéant l'ordonnance à adresser au patient.

- La rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique représente l'une des causes principales de malvoyance et de cécité évitables en France. Cette complication peut être dépistée et évitée par un examen régulier du fond de l'œil. Or, une part importante des patients diabétiques ne bénéficient toujours pas de ce dépistage au moins tous les 2 ans, comme le recommande la HAS, du fait notamment d'un accès inégal sur le territoire aux ophtalmologues. C'est pourquoi, l'Assurance maladie prend en charge depuis 2014 une modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologue par télémedecine, en complément du dispositif de dépistage existant réalisé exclusivement chez l'ophtalmologue. Elle consiste en la réalisation de rétinographies par l'orthoptiste, puis une lecture différée de ces clichés par l'ophtalmologue, sans la présence du patient.

L'Assurance maladie envisage de développer la coopération entre ophtalmologues et orthoptistes sur d'autres champs et notamment sur le suivi des pathologies chroniques stabilisées (suivi des patients porteurs de glaucome chronique simple stabilisé (peu évolutif) ou d'une hypertension oculaire simple).

Les protocoles organisationnels

L'article R.4342-1-1 du code de la santé publique permet désormais à l'orthoptiste de pratiquer certains actes, en application d'un protocole organisationnel (et non plus seulement sur prescription médicale) lorsqu'il exerce notamment dans le cadre du cabinet d'un médecin ophtalmologue, au sein d'un établissement de santé, dans les services de santé décrits au titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique.

Le décret introduit la notion de « protocoles organisationnels » pour favoriser la délégation de tâches et ainsi le travail aidé entre ophtalmologues et orthoptistes exerçant dans le même lieu en vue d'un meilleur accès des patients aux soins visuels. Le protocole organisationnel permet ainsi à un orthoptiste de participer à part entière à la prise en charge de patients suivis par un médecin ophtalmologue signataire d'un protocole organisationnel dans les conditions définies par le décret du 5 décembre 2016.

Ce protocole peut concerner la préparation par l'orthoptiste de l'examen médical du médecin ophtalmologue ou le suivi par l'orthoptiste d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée, sans examen ophtalmologique réalisé le même jour, afin de vérifier que l'état reste stabilisé (glaucome, diabète,...). A noter que le protocole doit décrire notamment les situations médicales concernées et les actes orthoptiques nécessaires. A noter également que le patient est dans ce cadre informé de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole organisationnel.

Il n'existe pas en soi de modèle type de ces protocoles. Il revient aux ophtalmologues de définir eux-mêmes ces protocoles organisationnels, dans le respect des dispositions du code de la santé publique (détaillant le contenu minimal de ces protocoles).

4.3.5 Accès aux soins des jeunes enfants : prévention et dépistage

Si la difficulté d'accès aux soins induite par des délais longs ou des restes à charge importants peut entraîner un recours aux soins insuffisant, la difficulté d'accès aux soins des jeunes enfants peut mener à une perte de chance en termes de santé visuelle. Le strabisme ou l'amblyopie⁸⁶, dont le dépistage n'est plus systématiquement réalisé en médecine scolaire⁸⁷, sont deux exemples de pathologies nécessitant une prise en charge précoce.

⁸⁶ L'amblyopie recouvre un ensemble de pathologies du développement de la fonction visuelle secondaires à une expérience visuelle anormale dans les premières années de vie. Elle correspond à une anomalie de la maturation des structures cérébrales traitant les différents éléments de la fonction visuelle. Elle se manifeste principalement par un trouble de l'acuité visuelle. En dehors des anomalies organiques, les principales causes d'amblyopie sont les troubles de la réfraction et le strabisme. Les principes du traitement reposent sur les notions de période critique de développement du système visuel (notamment avant l'âge de six ans), de port d'une correction optique totale et de traitement complémentaire principalement par occlusion de l'œil. Ce traitement dure au minimum cinq ans, nécessitant une adhésion sans faille des parents.

⁸⁷ Restructuration de la filière visuelle, établi par Dominique Voynet, Inspection générale des affaires sociales, juillet 2015

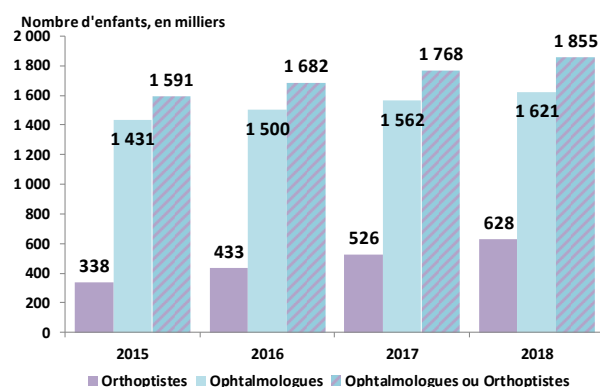
En 2015, le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant déjà vu un ophtalmologue ou un orthoptiste depuis leur naissance était de 1,59 million, soit 40% des enfants de cette catégorie d'âge. En 2018, ils étaient 1,86 million et représentaient 49% des enfants de cette catégorie d'âge.

Sur cette période, le nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant déjà vu un orthoptiste a presque doublé, passant de plus de 330 000 à près de 630 000. 85% de ces enfants étaient vus par des orthoptistes libéraux (Figure 97).

La prise en charge des jeunes enfants évolue. Entre 2015 et 2018, ils ont bien plus de contacts avec les orthoptistes, sans nécessairement poursuivre leur prise en charge chez un ophtalmologue.

En parallèle, à titre expérimental, l'Assurance maladie travaille à la mise en place en milieu scolaire d'actions de dépistage des troubles visuels réalisés par des orthoptistes.⁸⁸

Figure 97 : Chaque année entre 2015 et 2018, nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu au moins un contact avec un ophtalmologue et/ou un orthoptiste depuis sa naissance.



Champ : tous régimes d'assurance maladie, France entière. Source : Cnam

4.3.6 La prise en charge des pathologies chroniques

Les objectifs d'amélioration de prise en charge de la basse vision ont déjà fait l'objet de travaux conventionnels avec les orthoptistes libéraux ; ils ont permis une évolution des actes déjà inscrits allant dans le sens d'une meilleure prise en charge des déficits visuels et les troubles neurovisuels. Parallèlement, un des objectifs de la réorganisation de la filière visuelle est de libérer du temps ophtalmologique pour le suivi de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques, en l'occurrence la DMLA exsudative et autres affections rétinienues traitées par injection intra-vitréenne⁸⁹, le glaucome⁹⁰ et la rétinopathie diabétique^{91, 92}.

Entre 2015 et 2018, la prise en charge de la DMLA a sensiblement évolué. Les ophtalmologues ont suivi près de 10% de patients supplémentaires chaque année (177 000 patients en 2018), dont au moins 6 fois par an pour plus de 75% d'entre eux. Parallèlement, l'activité des orthoptistes liée à cette pathologie est passée de 10 000 patients vus en 2015 à près de 30 000 en 2018. Pour près de la moitié de ces patients, on observe un contact unique avec l'orthoptiste, majoritairement salarié en cabinet. Cette augmentation des patients avec injection intra-vitréenne s'observe également en établissement public, dénotant une croissance générale de la prise en charge de ces pathologies. (Figure 98)

Le nombre de patients suivis pour glaucome ou rétinopathie diabétique par un ophtalmologue a augmenté d'environ 2% chaque année. Environ 60% des patients atteints de glaucome étaient suivis entre 2 et 5 fois par an, et 66% des patients suivis pour rétinopathie diabétique une unique fois. Entre 2017 et 2018, comme pour

⁸⁸ Actions mises en place à la rentrée scolaire 2019 en première année de maternelle dans 3 villes : Nîmes, Bobigny et La roche sur Yon.

⁸⁹ La DMLA exsudative et les autres affections sont identifiées par le remboursement d'un acte intra-vitréen. Les formes atrophiques de la DMLA ne peuvent pas être identifiées par les données de la Cnam. Dans la suite de ce document, ces pathologies sont dénommées DMLA.

⁹⁰ Le glaucome est identifié par le remboursement d'au moins 3 mois de traitement d'antiglaucomeux.

⁹¹ La rétinopathie diabétique est ici assimilée au dénombrement des patients diabétiques, identifiés par le remboursement d'au moins 2 mois de traitement d'antidiabétiques oraux ou d'insuline.

⁹² La cataracte fait partie des pathologies chroniques nécessitant un suivi particulier par l'ophtalmologue. Cependant, le système d'information de la Cnam ne permet d'identifier que les cataractes opérées. Ainsi, cette pathologie n'est pas décrite dans ce document.

la DMLA mais dans des proportions plus limitées, les orthoptistes ont renforcé leur accompagnement de ces patients : +20% de patients atteints de glaucome et +70% de patients suivis pour rétinopathie diabétique supplémentaires. (Figure 98 et Figure 99).

Entre 2015 et 2018, la prise en charge ophtalmologique des patients atteints de ces pathologies chroniques augmente, fortement concernant la DMLA. Et en 2018, l'activité des orthoptistes salariés en cabinet, pour l'accompagnement de ces patients, a bondi.

Figure 98 : Nombre de personnes atteintes de DMLA, glaucome et rétinopathie diabétique ayant eu au moins un contact avec un ophtalmologue ou un orthoptiste, par an entre 2015 et 2018

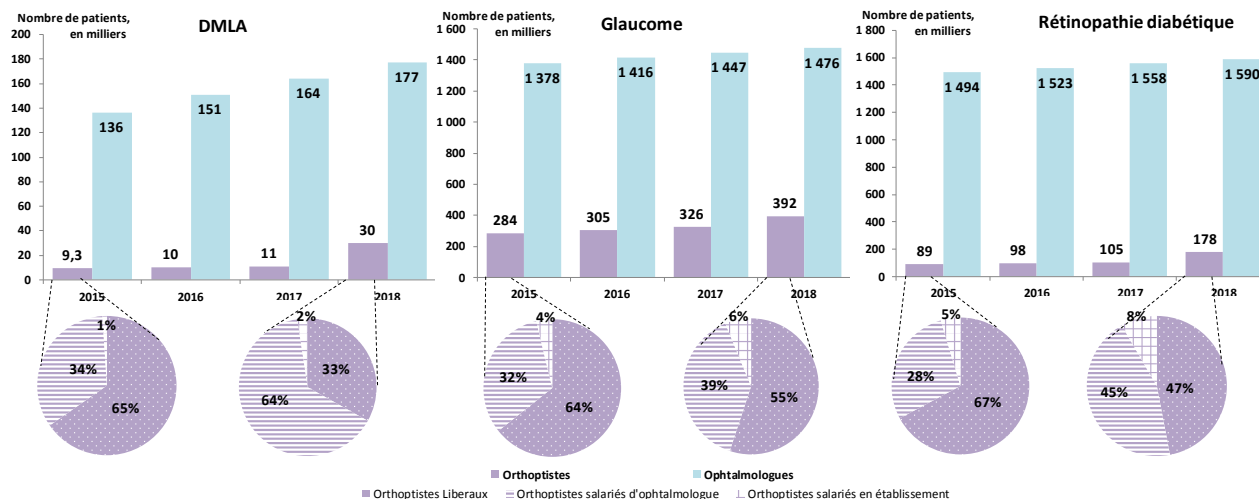
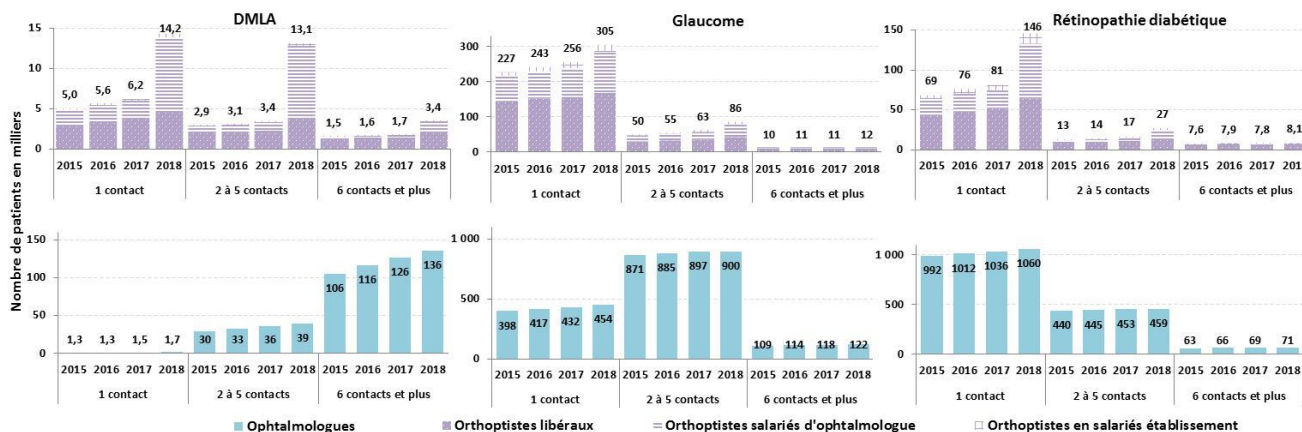


Figure 99 : Nombre de personnes atteintes de DMLA, glaucome et rétinopathie diabétique selon leur nombre de contact avec un ophtalmologue ou un orthoptiste, par an entre 2015 et 2018.



Champ : tous régimes d'assurance maladie, France entière. Source : Cnam

4.3.7 Quels enseignements ?

Les évolutions réglementaires, démographiques et tarifaires au sein de la filière visuelle ont pour objectif d'augmenter la capacité d'offre de soins en renforçant la coopération entre ophtalmologues et orthoptistes afin de libérer du temps médical pour le suivi de patients atteints d'affections ophtalmologiques complexes ou chroniques, et pour permettre une prise en charge d'un plus grand nombre de personnes. Ainsi, le nombre d'orthoptistes a augmenté sensiblement depuis 2015, notamment chez les salariés. La file active de patients a également augmenté. Enfin, la création d'un acte de mesure de la réfraction et acuité visuelle a contribué à rémunérer l'aide que les praticiens reçoivent de ces orthoptistes dans leur consultation. Dans le même temps, l'Assurance maladie prend en charge et soutient de nouvelles modalités de coopérations entre les orthoptistes

et les ophtalmologues libéraux (renouvellement de corrections optiques, rétinopathie diabétique). Ces modalités sont en phase de montée en charge progressive.

Néanmoins, si une partie de l'augmentation de l'activité a indéniablement profité aux assurés dont les besoins sont les plus prégnants – tout en assurant la prise en charge d'un nombre supérieur de patients – il convient de renforcer davantage les leviers visant à l'efficacité et l'efficience de la filière visuelle en incitant à une prise en charge et un suivi régulier des patients les plus complexes, tout en offrant un accès à des soins de qualité au plus grand nombre. On observe notamment entre 2017 et 2018 un bond de l'activité orthoptique avec 700 000 patients supplémentaires, alors que la filière visuelle dans sa globalité ne compte « que » 400 000 patients en plus. En termes d'honoraires, on observe un ralentissement de la croissance des dépenses remboursées pour les soins d'ophtalmologues, alors que les dépenses d'orthoptistes augmentent assez fortement.

4.4. Références

1. Fisher ES, Staiger DO, Bynum JPW, Gottlieb DJ. Creating Accountable Care Organizations: The Extended Hospital Medical Staff. *Health Affairs*. 1 janv 2007;26(1):w44-57.
2. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff*. 5 janv 2008;27(3):759-69.
3. Rose G. Sick Individuals and Sick Populations. *Int J Epidemiol*. 3 janv 1985;14(1):32-8.
4. Fisher ES, Shortell SM. Accountable Care Organizations: Accountable for What, to Whom, and How. *JAMA*. 20 oct 2010;304(15):1715-6.
5. Shortell SM, Casalino LP, Fisher ES. How The Center For Medicare And Medicaid Innovation Should Test Accountable Care Organizations. *Health Affairs*. 1 juill 2010;29(7):1293-8.
6. Embuldeniya G, Kirst M, Walker K, Wodchis WP. The Generation of Integration: The Early Experience of Implementing Bundled Care in Ontario, Canada. *The Milbank Quarterly* [Internet]. [cité 28 nov 2018];0(0). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-0009.12357>

Propositions sur les modes de financement et d'organisation du système de santé

Proposition 30 : Expérimenter la mise en place de « pôles » hospitaliers ambulatoires s'appuyant sur un financement substitutif pour accélérer le virage ambulatoire en médecine

Afin de faciliter des modes de prise en charge intégrée et d'accélérer le virage ambulatoire en médecine, la CNAM propose que soit expérimentée, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, la mise en place de « pôles » hospitaliers ambulatoires. L'objectif de ces pôles est de lever les barrières constatées pour, d'une part, relancer la dynamique ambulatoire en médecine et, d'autre part, élargir son spectre d'action à des problématiques plus larges. La finalité globale de cette proposition est de favoriser une prise en charge des patients mieux adaptée à l'évolution de leurs besoins, et de générer à terme des conditions économiques compatibles avec l'exigence de soutenabilité du système de santé. Ces pôles devront s'appuyer sur un modèle économique adapté, se substituant aux modes de tarification existants et devant permettre d'atteindre des objectifs de sécurisation financière des établissements et des équipes médicales et soignantes, ainsi que de s'inscrire dans une logique de partage de risque, les établissements devant être intéressés aux bénéfices collectifs qui sont le fruit de leurs actions. Ainsi, la proposition est de substituer, pour les activités concernées, les modes de financement de droit commun par un financement modulaire composé de trois parties : une base forfaitaire « populationnelle », une part liée à l'activité et un intéressement construit sur la valorisation des économies que l'établissement a générées ou contribué à générer.

Proposition 31 : Réviser la nomenclature des actes d'ophtalmologie afin de décrire au mieux et de valoriser de façon pertinente le suivi des maladies chroniques

Dans la perspective d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins, la révision de la tarification constitue un levier majeur de succès. Aujourd'hui la nomenclature est insuffisamment descriptive pour distinguer les ressources mobilisées pour un patient atteint d'une maladie chronique complexe de celles nécessaires à un patient vu pour un renouvellement d'équipement d'optiques. Aussi, en collaboration avec les représentants des professionnels orthoptistes et ophtalmologues, l'assurance maladie propose de :

- réviser la nomenclature des actes d'ophtalmologie afin de décrire et de valoriser de façon pertinente le suivi des maladies chroniques, le diagnostic précoce des strabismes et des amblyopies chez les enfants et la prise en charge des urgences ;
- étudier l'inscription de procédures (groupement d'actes) par type de suivi et par type de patient, voire l'inscription de forfait de soins par pathologie visant à valoriser plus justement les actes à haute valeur ajoutée des ophtalmologues, qu'ils soient aidés ou non par des orthoptistes ;
- identifier des actes orthoptiques absents de la nomenclature mais permettant d'affiner la qualité du diagnostic pour mieux orienter les traitements de l'ophtalmologue.

Proposition 32 : Repenser les protocoles afin de développer la coopération entre les ophtalmologues et orthoptistes libéraux

Alors même que l'activité facturée des soins orthoptiques a fortement augmenté, l'Assurance maladie a mis en place avec le Ministère de la santé des dispositifs de coopération entre ophtalmologues et orthoptistes qui sont encore confidentiels. S'il convient d'adapter les modalités de rémunération des différents acteurs pour favoriser ces protocoles de coopération (voir proposition précédente), il peut aussi y avoir intérêt, compte tenu des besoins de la population, à développer davantage ce type de collaborations à d'autres champs de la filière. L'accent pourrait être mis plus particulièrement sur le suivi alterné orthoptiste/ophtalmologue des patients stables et à un stade peu évolué de certaines pathologies chroniques. Egalement, la réflexion pourrait porter sur l'articulation optimisée entre, d'une part le dépistage de l'amblyopie et du strabisme par les orthoptistes chez les jeunes enfants, et d'autre part la prise en charge précoce par les ophtalmologues des enfants dépistés. A cet égard, afin d'éviter que ces dépistages ne se traduisent par une embolisation des cabinets des ophtalmologues, il conviendrait de développer des protocoles de transmissions dématérialisés ou des demandes d'expertise permettant de valider les examens de dépistage. Le développement de la télé-expertise doit permettre de fluidifier ces coopérations à l'instar de ce qui a été mis en place pour le renouvellement et l'adaptation des corrections d'optiques.

Proposition 33 : Soutenir les initiatives de prises en charge des soins visuels dans les zones plus défavorisées

Du point de vue des inégalités territoriales d'accès aux soins, si on constate une amélioration globale du taux de recours, les disparités persistent encore fortement. En outre, l'augmentation de la consommation de soins liée à l'offre d'orthoptistes a été plus importante dans les zones favorisées que dans celles où les indicateurs sociaux sont plus modérés. Ces disparités sont une perte de chance pour la population en termes de dépistage des maladies chroniques et de santé visuelle. Des initiatives telles que les incitations à exercer dans des cabinets secondaires situées en zones défavorisées ou sous-denses doivent être promues, notamment à travers les Contrats de solidarité territoriale médecin (CSTM). De même, des dispositifs innovants tels que des plateformes mobiles sont expérimentés et doivent être évalués pour mesurer leur efficacité médico-économique et leur éventuelle pérennisation et généralisation. De manière plus générale, les expérimentations d'innovations technologiques et organisationnelles s'appuyant sur des dispositifs désynchronisés ou de télémédecine doivent être encouragées. Afin d'impulser et de solliciter les acteurs de la filière, un appel à projet sur ce thème pourrait être lancé dès 2020 dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

Index des tableaux et illustration

1. Liste des encadrés

Encadré 1: Le Système national des données de santé (Snds)	11
Encadré 2: Mises en garde préalables	11
Encadré 3 : Description synthétique des groupes de pathologies, traitement chroniques et épisodes de soins de la Cartographie	17
Encadré 4: Définition des hospitalisations ponctuelles	40
Encadré 5 : Evolution des conditions de délivrance des compléments nutritionnels oraux	58
Encadré 6 : Antithrombotic, un outil d'aide pour la prescription des antithrombotiques	63
Encadré 7 : les services en ligne proposés par l'Assurance maladie dans le champ des transports	68
Encadré 8 : évaluation de l'impact des visites menées en 2017 sur les thèmes de biologie	73
Encadré 9 : le bilan de soins infirmiers.....	77
Encadré 10 : une démarche partenariale d'accompagnement des masseurs-kinésithérapeutes en Nouvelle-Aquitaine.....	77
Encadré 11 : VISUCHIR, l'ouverture des données comme vecteur de changement des pratiques chirurgicales	78
Encadré 12 : l'expérimentation du volet PRADO personnes âgées.....	82
Encadré 13. L'allocation aux adultes handicapés (AAH) et la pension d'invalidité (PI).....	91
Encadré 14. Méthodes	91
Encadré 15 : Principaux résultats de la Cartographie (version G6) pour les trois pathologies traceuses pour 2017 (tous âges)	101
Encadré 16: Un nouvel acte infirmier pour prévenir la iatrogénie et favoriser l'observance médicamenteuse.....	125
Encadré 17 : Les collèges nationaux professionnels	129
Encadré 18 : L'IRAPS : un acteur central pour les démarches de pertinence en région	131
Encadré 19 : Indicateurs Parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque	133
Encadré 20: Qu'est-ce que la robot-assistance chirurgicale ?	145
Encadré 21: Méthode des 2 études : pompes à insuline et Freestyle Libre®	149
Encadré 22 : Qu'est-ce qu'une pompe à insuline et quelles sont les conditions et modalités de sa prise en charge ?	151
Encadré 23 : Qu'est-ce que le Freestyle Libre® et quelles sont les conditions et modalités de sa prise en charge ?	158
Encadré 24: Qu'est-ce qu'une approche populationnelle ?	171
Encadré 25 : Evolution favorable des indicateurs de la ROSP	175
Encadré 26 : L'activité de médecine, une activité difficile à décrire : distribution de l'activité ambulatoire en fonction des domaines d'activité et règles de codage dans le guide méthodologique du PMSI.....	188
Encadré 27 : Mesure de l'acuité visuelle par les orthoptistes en 2018	197
Encadré 28 : Défavorisation sociale	198
Encadré 29 : Protocoles de coopération et organisationnel entre ophtalmologues et orthoptistes.....	199

2. Liste des figures

Figure 1 : Répartition 2017 des dépenses d'assurance maladie – 140 Mds € pour le Régime Général (164 Mds € pour l'ensemble des régimes)	13
Figure 2 : Répartition des dépenses d'assurance maladie entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2017 (en milliards d'euros).....	13
Figure 3 : Nombre de bénéficiaires du Régime Général traités en 2017 pour chaque groupe de pathologies ou épisodes de soins (57,6 millions de personnes au total).....	15
Figure 4 : Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales pour chaque catégorie de pathologies ou épisode de soins, en 2017	16
Figure 5 : Structure des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins en 2017	19
Figure 6 : Evolution des dépenses totales entre 2012 et 2017, pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins.....	21
Figure 7 : Taux de croissance entre 2012 et 2017 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins.....	22
Figure 8 : Evolution des effectifs entre 2012 et 2017 par groupes de pathologies ou épisode de soins	23
Figure 9 : Evolutions sur la période 2012-2017 des effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales par groupes de pathologies ou épisode de soins.....	25
Figure 10 : Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2016 et taux de croissance entre 2016 et 2017 des dépenses totales pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins	26
Figure 11 : Taux de croissance entre 2016 et 2017 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins.....	27
Figure 12. Prévalence par âge et par sexe des cancers en phase active de traitement en 2017	28
Figure 13. Répartition des dépenses affectées aux cancers en phase active de traitement en 2017.....	29
Figure 14. Cancers en phase active de traitement : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017	29
Figure 15. Cancer du poumon en phase active de traitement : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017	30
Figure 16. Cancer de la prostate actif : prévalence par âge et départements (taux standardisés) en 2017.....	31
Figure 17. Cancer de la prostate en phase active de traitement: taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017	31
Figure 18. Cancer de la prostate en phase active de traitement : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017	32
Figure 19 : Répartition des dépenses affectées aux maladies cardio-neurovasculaires en 2017	32
Figure 20 : Maladies cardio-neurovasculaires (MCV) : Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales, en 2017.....	33
Figure 21 : Maladies cardio-neurovasculaires : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017.....	33
Figure 22 : Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017	34
Figure 23 : Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017	35

Figure 24 : Maladie valvulaire : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2017	35
Figure 25 : Maladie valvulaire : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017.....	36
Figure 26 : Diabète : prévalence par âge, sexe et départements (taux standardisés) en 2017	37
Figure 27 : Diabète : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et dépenses totales sur la période 2012-2017	37
Figure 28 : Diabète : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017	38
Figure 29. Prise en charge de l'infection par le VIH : prévalence par âge, sexe et départements (taux standardisés) en 2017 ..	39
Figure 30. Prise en charge de l'infection par le VIH : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et dépenses totales sur la période 2012-2017.....	39
Figure 31. Prise en charge de l'infection par le VIH : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2017.....	40
Figure 32 : Définition du groupe de personnes et du poste de dépenses "hospitalisations ponctuelles"	41
Figure 33. Nombre d'hospitalisations ponctuelles selon le domaine d'activité en 2017	42
Figure 34. Dépenses affectées aux hospitalisations ponctuelles selon le domaine d'activité en 2017	43
Figure 35. Nombre de séjours, dépenses moyennes et totales affectées aux hospitalisations ponctuelles selon le domaine d'activité en 2017	43
Figure 36. Evolution du nombre de séjours et de la dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles entre 2012 et 2017	44
Figure 37. Contribution de chaque domaine d'activité à la croissance du nombre de séjours et à la dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles entre 2012 et 2017	45
Figure 38. Répartition du nombre de séjours et de la dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles selon l'âge en 2017	46
Figure 39. Dépense moyenne par hospitalisation ponctuelle selon la tranche d'âge en 2017	46
Figure 40. Contribution de chaque tranche d'âge à la croissance du nombre de séjours et à la dépense totale affectée aux hospitalisations ponctuelles entre 2012 et 2017	47
Figure 41 : Poste « Autres produits de santé » : répartition des dépenses entre les différents groupes de pathologies ou épisodes de soins en 2017.....	48
Figure 42 : Poste « Autres produits de santé » : surcroît annuel de dépenses sur la période 2012-2017 (en M€) par grands groupes de pathologies ou épisodes de soins	48
Figure 43 - Poste « Transports » : répartition des dépenses entre les différents groupes de pathologies ou épisodes de soins en 2017	49
Figure 44 - Poste « Transports » : surcroît annuel de dépenses sur la période 2012-2017 (en M€) par grands groupes de pathologies ou épisodes de soins.....	50
Figure 45 : Taux d'évolution de 2012 à 2017 des dépenses d'assurance maladie (en %) pour pension d'invalidité.....	50
Figure 46 : Poste « pensions d'invalidité » : montants des dépenses affectés à chaque groupe de pathologies ou épisodes de soins (En M€)	51
Figure 47 : Poste « pensions d'invalidité » : répartition des dépenses entre les grands groupes de pathologies ou épisodes de soins en 2017	51
Figure 48 : Poste « pensions d'invalidité » : Surcroît annuel de dépenses sur la période 2012-2017 (en M€) par grands groupes de pathologies ou épisodes de soins	52
Figure 49 : Evolutions sur la période 2010-2017 des indicateurs liés aux arrêts maladie (tous arrêts versus arrêts d'au moins 8 jours)	69

Figure 50 – Distribution régionale des sites chirurgicaux selon leur volume chirurgical total (source VISUCHIR)	79
Figure 51 – Distribution par catégorie juridique des taux ambulatoires 2017 et des taux potentiels ambulatoires cibles calculés à partir des 20% d'établissements les plus performants (source VISUCHIR)	80
Figure 52 : Montants des fraudes et activités fautives détectées et stoppées par année (en million d'euros)	84
Figure 53. Bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle - Proportions (%) de bénéficiaires de la CMU-c et/ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS), selon l'âge, en 2016	93
Figure 54. Bénéficiaires d'une pension d'invalidité - Proportion (%) de bénéficiaires de la CMU-c et/ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS), selon l'âge, en 2016	93
Figure 55. Bénéficiaires d'une pension d'invalidité - Répartition de la population (au global et selon la catégorie d'invalidité) par cause médicale de l'invalidité (selon les chapitres de la CIM-10) en 2016	95
Figure 56. Hospitalisations ponctuelles - Domaines d'activité, selon le statut du handicap, en 2016 (proportions non standardisées)	96
Figure 57. Hospitalisations ponctuelles - Domaines d'activité, selon la catégorie de pension d'invalidité en 2016 (proportions non standardisées)	97
Figure 58. Grandes catégories de pathologies - Fréquences (standardisées) selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016	98
Figure 59. Grandes catégories de pathologies - Risques relatifs, ajustés sur l'âge et le sexe, selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016	98
Figure 60. Pathologies psychiatriques - Risques relatifs, ajustés sur l'âge et le sexe, selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016	99
Figure 61. Pathologies neurologiques et dégénératives - Risques relatifs, ajustés sur l'âge et le sexe, selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016	99
Figure 62. Taux de recours par postes de dépenses remboursées, standardisation sur l'âge et le sexe	100
Figure 63. Patients atteints de sclérose en plaques- Fréquence des pathologies chroniques (standardisation sur l'âge et le sexe)	102
Figure 64. Patients atteints de sclérose en plaques- Taux de recours par postes de dépenses remboursée (standardisation sur l'âge et le sexe)	102
Figure 65. Patients atteints de troubles psychotiques - Fréquence des pathologies chroniques (standardisation sur l'âge et le sexe)	103
Figure 66. Patients atteints de troubles psychotiques - Taux de recours par postes de dépenses remboursées (standardisation sur l'âge et le sexe)	103
Figure 67. Patients atteints de déficience mentale - Fréquence des pathologies chroniques (standardisation sur l'âge et le sexe)	104
Figure 68. Patients atteints de déficience mentale- Taux de recours par postes de dépenses remboursées (standardisation sur l'âge et le sexe)	104
Figure 69. Recours à des soins ophtalmologiques – taux de recours (standardisé) en 2016, selon la pathologie	105
Figure 70. Recours à des soins gynécologiques - Taux de recours (standardisé) en 2016 chez les femmes	105
Figure 71. Dépistage organisé ou individuel sur facteur de risque (femmes de 50-64 ans) : part des femmes ayant eu une mammographie en 2016 ou 2017, standardisation sur l'âge	106
Figure 72. Dépistage individuel sans facteur de risque ou mammographie de suivi ou de diagnostic (femmes de 20-64 ans) : part de femmes ayant eu une mammographie en 2016 ou 2017, standardisation sur l'âge	107
Figure 73. Vaccination contre la grippe : part des patients vaccinés au cours de la campagne 2016-2017, standardisation sur le sexe et l'âge	107

Figure 74 : Exemple de description du parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque développé avec le CNP de cardiologie	130
Figure 75 : Variations départementales du suivi après hospitalisation pour insuffisance cardiaque en région AuRA	134
Figure 76 : Taux de patients ayant réalisé une mesure de la densité osseuse dans les 6 mois après une première hospitalisation pour fracture ostéoporotique en 2016 en région AuRA	136
Figure 77 : Lieux d'hospitalisation et nombre de patients traités pour fracture ostéoporotique en AuRA en 2016	137
Figure 78 : Nombre de centres équipés de robots chirurgicaux et nombre total de centres en Angleterre entre 2009 et 2017 (21)	147
Figure 79 : Part des personnes ayant toujours au moins un remboursement de forfait (consommable ou location) par période de 4 mois (exclusion des décédés pendant la période).....	155
Figure 80: Répartition des patients sous Freestyle Libre en 2018, par tranche d'âge et type de diabète.	159
Figure 81: Répartition par spécialité des initiations de lecteur freestyle en 2018	159
Figure 82: Répartition par spécialité du nombre de patients initiés en 2017, selon le respect ou non des conditions de prise en charge (en effectifs à gauche et en pourcentages à droite).	159
Figure 83: Montant remboursé sur 2018 de dispositif d'ASG pour les patients ayant initié FSL en 2017	161
Figure 84 : schématisation du mécanisme d'intéressement du modèle <i>comprehensive care for joint replacement</i>	172
Figure 85 : Evolution du nombre de journée d'hospitalisation par lit en médecine et en chirurgie entre 2000 et 2012	181
Figure 86 : Déterminants de l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation en unités de chirurgie (gauche) et médecine (droite) entre 2000 et 2012	182
Figure 87 : Evolution du nombre de places chirurgie ambulatoire et d'hospitalisation de jour en médecine entre 2000 et 2017	183
Figure 88 : Evolution du nombre de séjours médicaux - GHS en M - et du nombre de journées d'hospitalisation correspondant entre 2013 et 2017 en fonction de la durée des séjours	185
Figure 89 Evolution du nombre de séjours (GHS racine M) en fonction de l'Age des patients et de la durée de séjours entre 2013 et 2017.....	186
Figure 90 : Distribution des séjours médicaux (GHS racine en M) en fonction de l'âge des patients et des durées de séjour par type d'établissement.....	187
Figure 91 : Potentiel ambulatoire par domaine d'activité estimé par la méthode des univers médicaux (données 2017)	191
Figure 92 : Effectifs d'ophtalmologues et d'orthoptistes en ville entre 2015 et 2018, et montants remboursés de leurs actes cliniques et médicaux	195
Figure 93 : Nombre de personnes ayant eu au moins un contact avec un ophtalmologue et/ou un orthoptiste, par an entre 2015 et 2018.....	196
Figure 94 : Nombre de personnes selon leur nombre de contacts avec un ophtalmologue ou un orthoptiste, par an entre 2015 et 2018.....	196
Figure 95 : Taux de recours à un ophtalmologue ou un orthoptiste de la population résidant en France en 2015 et 2018, par département.	197
Figure 96 : Taux de recours de la population résidant en France à un ophtalmologue ou un orthoptiste en 2015 et 2018, selon le quintile de défavorisation de la commune de résidence.	198
Figure 97 : Chaque année entre 2015 et 2018, nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu au moins un contact avec un ophtalmologue et/ou un orthoptiste depuis sa naissance.	200
Figure 98 : Nombre de personnes atteintes de DMLA, glaucome et rétinopathie diabétique ayant eu au moins un contact avec un ophtalmologue ou un orthoptiste, par an entre 2015 et 2018	201
Figure 99 : Nombre de personnes atteintes de DMLA, glaucome et rétinopathie diabétique selon leur nombre de contact avec un ophtalmologue ou un orthoptiste, par an entre 2015 et 2018.....	201

3. Liste des tableaux

Tableau 1 : Dépenses extrapolées à l'ensemble des régimes en 2017 (164 Mds €) entre les différents groupes de pathologies ou épisodes de soins (en millions d'euros)	14
Tableau 2 : Effectifs et dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou épisode de soins, en 2017	18
Tableau 3 : Récapitulatif des économies attendues des actions de l'Assurance maladie en 2020 (millions d'euros)	54
Tableau 4 : Résultats moyens des médecins traitants de l'adulte entre 2016 et 2018 pour les indicateurs relatifs aux antibiotiques.....	55
Tableau 5 : Quantités et montants remboursés de pansements en 2018, données tous régimes issues du DCIR	57
Tableau 6 : Montants des produits de la LPP remboursés en millions d'euros, données du régime général	64
Tableau 7 : Evolutions des indicateurs entre 2014 et 2017 pour les différents motifs d'arrêt de travail.....	69
Tableau 8 : Evolutions des indicateurs de prescription des explorations et surveillances biologiques thyroïdiennes avant et après la campagne par les délégués de l'Assurance maladie	73
Tableau 9 : Evolutions des indicateurs de prescription du dosage de la vitamine D avant et après la campagne par les délégués de l'Assurance maladie	74
Tableau 10 : Evolutions des facturations de l'acte BZQP02	75
Tableau 11 : Résultats de la lutte contre les fraudes en 2018	85
Tableau 12. Caractéristiques des personnes selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016.....	92
Tableau 13. Proportions non standardisées des grandes catégories de pathologies selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016	94
Tableau 14. Fréquences non standardisées de certaines pathologies selon le type de statut du handicap dans le SNDS en 2016	95
Tableau 15. Comparaison des taux de recours, dépenses remboursables et restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (standardisés) entre les différentes populations considérées	109
Tableau 16. Bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité sans ALD ni CMU-c : comparaison de leurs dépenses remboursables et RAC après AMO pour les soins de ville et l'hôpital.....	110
Tableau 17: répartition des répondants dans les deux groupes d'observance selon leurs pathologies	117
Tableau 18 : les différentes manifestations de non adhésion.....	118
Tableau 19 : la relation des répondants avec leur médecin	119
Tableau 20 : l'apport d'information du médecin.....	120
Tableau 21 : La relation au traitement	121
Tableau 22 : Evolution des taux de recours nationaux des indicateurs de pertinence de prescription d'examen pré-anesthésique	138
Tableau 23 : Fréquence d'individus avec au moins un remboursement annuel par classe thérapeutique, âge et montants de, la dépense remboursée	142
Tableau 24 : Spécialité du prescripteur pour les médicaments à visée gastro-intestinale délivrés en 2016.....	143
Tableau 25 : Dépenses remboursables annuelles moyennes pour les principaux postes de soins selon le type de diabète et les modalités d'insulinothérapie	152
Tableau 26 : Caractéristiques des personnes nouvellement mises sous pompes en 2015 versus celles exclusivement sous multi-injections, selon le type de diabète.....	153

Tableau 27 : Facteurs en faveurs et freins d'une mise sous pompe selon le type de diabète	154
Tableau 28 : Nombre de forfaits (location et consommables) remboursés sur 1 et 2 années	156
Tableau 29: Répartition des patients selon le nombre de capteurs consommés et le prescripteur ayant initié FSL.....	160
Tableau 30 : Evolution de l'activité et des capacités des unités de chirurgie et de médecine entre 2000 et 2012	182
Tableau 31 : Evolution de l'activité et des capacités des unités de chirurgie et de médecine entre 2013 et 2017	184
Tableau 32 : univers à dominante médicale en médecine	190
Tableau 33 : Correspondance entre le champ Ondam et celui de la cartographie médicalisée des dépenses 2017 extrapolées au champ tous régimes	250

Annexe 1 – Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2019

Proposition 1 : Pour les personnes souffrant des pathologies psychiatriques les plus sévères, créer une offre de soins médicaux ciblée et qualitativement adaptée, en coordination avec les autres structures de soins primaires et secondaires

La task-force réforme du financement TFF liste 4 propositions pour instaurer un financement cohérent pour l'ensemble des établissements. Ainsi, la psychiatrie bénéficiera d'un mode de financement combiné qui associera plusieurs modalités principales :

- Un compartiment populationnel
- Un compartiment pour le développement d'activités nouvelles
- Un compartiment à la qualité
- Un compartiment pour favoriser la réactivité

Enfin, au niveau national, une enveloppe pour la recherche en psychiatrie sera gérée afin de faire progresser les connaissances et les techniques de soins dans le domaine.

Proposition 2 : Adapter les campagnes et actions de prévention cardiovasculaire et de dépistage des cancers aux spécificités des populations souffrant de maladies psychiatriques, et cibler ces populations à haut risque

Point d'attention dans le cadre de l'action prévention et détection et prises en charge non médicamenteuses du risque CV.

Proposition 3 : Prendre en compte la fréquence et la gravité des pathologies somatiques des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique dans l'affectation de la dotation annuelle de financement de ces établissements

Cf. proposition 1 TFF

Proposition 4 : Introduire des indicateurs relatifs à la pertinence de la prescription des psychotropes dans la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) des médecins traitants

Indicateurs non retenus lors des discussions avec les partenaires conventionnels sur les indicateurs de la ROSP.

Proposition 5 : Dans le cadre d'un partenariat avec l'ensemble des acteurs, définir une stratégie pour améliorer la pertinence des prescriptions de psychotropes chez les personnes ayant un trouble bipolaire, en particulier pour réaffirmer la place du lithium en tant que thymorégulateur de première ligne

Planification d'un parcours de soins dans le cadre du chantier 4 de la STSS ayant trait au trouble bipolaire
Cf. proposition 8

Proposition 6 : Mettre en place une cohorte de personnes ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) afin de pouvoir suivre au long cours dans le SNDS la qualité de la prise en charge de cette pathologie sur l'ensemble du territoire ainsi que les risques liés à l'utilisation du méthylphénidate

Non aboutie

Proposition 7 : Expérimenter, en lien avec l'ATIH, la possibilité de chaîner les données d'activité des Centres médico-psychologiques (CMP) et si possible celles des acteurs du champ médicosocial, avec celles du SNDS afin de lever certaines zones d'ombre dans les parcours de soins des personnes ayant une pathologie psychiatrique.

Contacts préparatoire avec l'ATIH.

Proposition 8 : Poursuivre et compléter les travaux d'élaboration de parcours de soins pour les patients atteints d'affections chroniques, par les collèges nationaux professionnels en association avec l'Assurance maladie et la HAS

Poursuite dans le cadre du chantier 4 de la STSS programme établi en concertation avec la HAS. 6 parcours positionnés en 2019 ,13 sur la période 2019 2021.

Proposition 9 : Mener un programme d'action sur la pertinence de l'utilisation des analogues du GLP1 dans le traitement du diabète de type 2, et sur le défaut de recours à la metformine en première ligne thérapeutique

Action en cours de finalisation pour un lancement en T4 2019 (prise en compte de recommandations HAS actualisée à paraître)

Proposition 10 : Développer des outils pour mieux anticiper les évolutions des pratiques médicales en lien avec les CNP

Travail en cours notamment avec le CNP de cardiologie sur le sujet de l'insuffisance cardiaque

<p>Proposition 11 : Mettre en place, en partenariat avec l'ANSM, une plateforme de compétences sur l'usage en vie réelle des produits de santé</p> <p>Convention ANSM CNAM signée fin décembre 2018 afin de créer un groupement d'intérêt scientifique (GIS), regroupant les équipes d'épidémiologie des produits de santé des deux établissements. Appelé Epi-Phare, ce GIS est une structure publique d'expertise en pharmaco-épidémiologie et en épidémiologie des dispositifs médicaux. Structure en place, installation de son conseil scientifique en février 2019.</p>
<p>Proposition 12 : Valoriser les données du SNDS pour construire des indicateurs de qualité et de pertinence</p> <p>Données utilisées pour la construction des parcours qualité et pertinence dans le cadre du chantier 4 de la STSS. Mise en place d'une structure de gouvernance des indicateurs sous l'égide du ministère avec l'ensemble des parties prenantes productrices ou utilisatrices d'indicateurs. Contribution aux travaux de l'OCDE : Global Burden of Disease</p>
<p>Proposition 13 : Expérimenter la mesure de PROMs, bâtir le cadre méthodologique permettant leur utilisation et le système d'informations permettant d'envisager leur généralisation</p> <p>Premières propositions élaborées dans le cadre de l'Art 51 démarches EDS IPEP et PEPS avec portage HAS CNAM (Focus group avec associations de patients) : conception et validation de questionnaires génériques ou spécifiques Expérimentation prévue en T3 2019. Cadrage d'une démarche PROMs sur le cancer du sein (en lien avec l'INCA) en 2019.</p>
<p>Proposition 14 : Faire évoluer et renforcer la démarche des groupes qualité en ville</p> <p>Lignes directrices de la ministre dans la note de cadrage du 20 décembre : les partenaires conventionnels identifieront des missions essentielles concernant la qualité des soins. Modalités en cours de négociation sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et l'exercice coordonné avec les partenaires conventionnels dans le cadre d'un Accord Cadre Interprofessionnel (ACI).</p>
<p>Proposition 15 : Etendre et renforcer la politique des seuils d'activité en cancérologie</p> <p>Article 44 de la LFSS 2019 : Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de récupération des sommes indûment facturées par des établissements de santé au titre des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique. Travaux en cours par le ministère de la santé (DGOS) dans le cadre de la réforme du régime des autorisations. Projet de décret soumis à la validation de la commission de la réglementation du conseil de la CNAM du 11 juin 2019.</p>
<p>Proposition 16 : Expérimenter un mode de financement alternatif favorisant le respect des seuils d'activité en cancérologie, et plus largement la mise en place de démarches d'assurance qualité</p> <p>Non aboutie. Travaux sur la méthode de quantification de l'activité soumise à un seuil engagés par l'INCA et articulation avec mesures découlant de la proposition 15.</p>
<p>Proposition 17 : Favoriser l'adoption d'une démarche d'assurance qualité pour la prise en charge de la chirurgie du cancer du sein et de l'ovaire</p> <p>Développement d'indicateurs pour la prise en charge du cancer du sein INCa (en cours de validation) Poursuite des travaux concernant le cancer de l'ovaire.</p>
<p>Proposition 18 : Actualiser les recommandations de l'INCa sur la prise en charge du cancer du sein</p> <p>Recommandations en cours d'élaboration.</p>
<p>Proposition 19 : Mieux prendre en compte la qualité et la pertinence dans le financement des soins en renforçant les dispositifs existants et en expérimentant des modalités nouvelles dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018</p> <p>Plusieurs projets à l'étude dans le cadre des réponses à l'appel à manifestation d'intérêt et projets régionaux</p>
<p>Proposition 20 : Expérimenter un paiement forfaitaire populationnel en exercice pluridisciplinaire en ville</p> <p>Début d'expérimentation en mars 2019 : Un projet concernant le diabète IPEP, PEPS Un projet concernant les personnes âgées PEPS Autres projets régionaux émanant du terrain.</p>

Proposition 21 : Mener des travaux pour développer les modèles de risque et d'ajustement indispensables aux nouveaux modes de paiement

GT mis en place avec la DREES dans le cadre de l'article 51

Proposition 22 : Elaborer un plan de prévention « jeunes » dans le cadre de la reprise du régime étudiant par la CNAM

Présentation d'une première version du plan en avril 2019

Proposition 23 : Proposer systématiquement le dépistage des infections à Chlamydiae à toutes les femmes de 18 à 25 ans et aux hommes de 18 à 30 ans lors des examens périodiques de santé

Généralisation des expérimentations prévue en T2 à l'ensemble des Centres d'examen de santé.

Proposition 24 : Mettre en place un dispositif de repérage précoce des conduites addictives dans les centres d'examen de santé pour orienter si besoin vers les consultations « jeunes consommateurs »

Dispositif de repérage disponible, état des lieux des correspondants pour orientation en cours par les CES

Proposition 25 : Engager la généralisation de la e-prescription pour l'ensemble des professionnels de santé

Expérimentation initiale au sein de 3 départements. Protocole d'accord établi à l'été 2018 avec les professionnels (syndicats médecins et pharmaciens) pour une nouvelle cible lancement à l'été 2019. En parallèle prévision d'une extension du périmètre (DM, biologie).

Proposition 26 : Donner accès aux professionnels de santé dans ameli pro à des informations d'aide à l'amélioration des pratiques

Démarche d'enrichissement de l'espace ameli pro par des informations sur la pratique et la patientèle (ex signalement VAG). Etude menée pour maquettage et test en 2019.

Proposition 27 : Créer au sein d'Ameli un espace de confiance permettant aux assurés de gérer leurs applications santé

Repris dans le cadre de l'espace numérique en santé (chantier STSS)

Proposition 28 : Enrichir le périmètre des données du SNDS

Réflexion en cours, création du Health Data Hub dans le cadre de la STSS

Annexe 2 – Bilan des négociations entre l'UNCAM et les professionnels de santé

La présente annexe dresse un bilan des négociations menées en 2018-2019 avec les professionnels de santé en présentant les principaux textes conclus.

Médecins

Six avenants ont été conclus depuis la signature de la Convention médicale, en août 2016, et son 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 1,6M€).

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 intégré 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 solidarité territoriale médecins (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 très complexe (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 (OPTAM, 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.

Les médecins pourront bénéficier de cette aide dès septembre 2019.

Quelques autres mesures figurent dans l'avenant 7 à la convention médicale et notamment les suivantes :

- **Modifications sur le forfait structure** : l'indicateur « exercice en mode coordonné » du volet 2 sera revalorisé en 2020 et 2021, puis deviendra un prérequis pour bénéficier de la rémunération à compter de 2022. Un nouvel indicateur portant sur la participation à une organisation proposant la prise en charge des soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale est par ailleurs ajouté.
- **Mesures sur la nomenclature** : ajustements tarifaires concernant les actes d'anesthésie et de radiologie ; dispositions concernant les travaux relatifs à l'évolution de la CCAM et à l'évolution des modificateurs O, J, K, T ; modification des modalités de majorations d'indemnités de déplacement en Ehpad pour favoriser le suivi des patients dans ces structures ; transposition des mesures adoptées dans la dernière convention des chirurgiens-dentistes, aux médecins stomatologues et spécialistes en soins bucco-dentaires.

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, 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.

Au global, l'Assurance maladie versera 46,7 millions d'euros de rémunération à 735 maisons de santé pluri-professionnelles, au titre de leur activité en 2018, accroissant ainsi significativement son effort au regard des 35,8 millions d'euros versés au titre de l'année 2017.

Le montant moyen versé aux 735 maisons de santé s'élève à 63 500 euros par MSP (versus 66 000 euros en 2017, une baisse qui s'explique par les nouvelles adhésions de 172 MSP au cours de l'année 2018, les rémunérations étant proratisées à la date d'effet du contrat). Si on ne prend en compte que les MSP déjà rémunérées l'année précédente (c'est-à-dire les MSP qui ont perçu une rémunération en 2017 et 2018), le montant moyen de la rémunération est de 69 664 euros en 2018 et 66 145 euros en 2017, soit une évolution de 5 %.

L'augmentation de la rémunération globale s'explique par plusieurs facteurs : d'une part, la hausse du nombre de patients pris en charge par des MSP (3,2 millions en 2018 vs 2,4 en 2017, soit une hausse de 33 %) ; d'autre part, l'augmentation du nombre des professionnels de santé exerçant en MSP hors vacataires (13 096 en 2018 vs 9566 en 2017, en hausse de 37 %). Les médecins généralistes installés en MSP sont également plus nombreux (3 554 en 2018 vs 2 658 en 2017). Ensuite, une meilleure atteinte des indicateurs par les structures a également contribué à la hausse de la rémunération.

ACI-développement de l'exercice coordonné et déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé

Ce nouvel 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 de 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.

Les premiers contrats vont pouvoir être conclus dès septembre 2019.

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 :

- Développer la prise en charge coordonnée des patients
 - o 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.
- Accompagner le déploiement des outils favorisant l'exercice coordonné
 - o 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.
- Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé
 - o 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 JO du 17 novembre 2017 et un avenant 2 signé le 5 mars 2019 (en cours de publication au JO).

L'avenant n°2 vient transposer différentes mesures issues de l'avenant 6 à la convention médicale et celles de la convention des chirurgiens-dentistes (hors rémunérations à l'acte cf. article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale).

Sont ainsi modifiées les dispositions relatives à la ROSP MT adulte et enfant (modification des objectifs intermédiaires et cibles, de la règle générale de calcul du taux de réalisation des indicateurs, des seuils, de certains libellés), les dispositions concernant la rémunération forfaitaire spécifique afin d'intégrer la valorisation du recours à la télémédecine (transposition des indicateurs du forfait structure des médecins libéraux valorisant le recours aux équipements utilisés pour réaliser les actes de télémédecine), les dispositions concernant le contrat démographie « CST » (réévaluation du pourcentage d'honoraires servant au calcul de l'aide versée dans le cadre du contrat CST à hauteur de 25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique du ou des médecins salariés mis à disposition par le centre et réalisée en zones sous dense et réévaluation du plafond de l'aide maximale pouvant être allouée au centre de santé à hauteur de 50 000€ par an et par ETP médical).

Par ailleurs, l'avenant acte la fin du contrat d'accès aux soins dentaire (CASD) au 30 juin 2019 pour l'ensemble des contrats avec la possibilité de renouveler tacitement ce contrat pour la dernière période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019.

Enfin, l'examen bucco-dentaire étendu aux enfants de 3 ans y est transposé.

Focus concernant la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé :

Au titre de 2017, le montant total de la rémunération spécifique s'est élevé à 43,5 M€ (dont 41,6 M€ pour la rémunération et 1,9 M€ pour la compensation).

L'augmentation de la rémunération est plus élevée pour les centres de santé polyvalents/médicaux (+88%) que pour les centres de soins infirmiers (+16%) et les centres de santé dentaires (+9%).

L'évolution de la rémunération totale peut s'expliquer par :

- l'augmentation du nombre de centres de santé rémunérés : +9% en moyenne (+11% et +12% pour les centres de santé polyvalents/médicaux et pour les centres de santé dentaire)
- les évolutions liées à l'avenant 1 de l'accord national (cf. point 2 avec une analyse par axe)
- une meilleure atteinte des indicateurs par les centres

Le montant moyen de la rémunération par centre est :

- pour les centres polyvalents médicaux : 74 100€ (contre 43 700€ en 2016)
- pour les centres dentaires : 17 300€ (contre 17 900€ en 2016)
- pour les centres de soins infirmiers : 22 700€ (contre 20 100€ en 2016)

Enfin, conformément aux dispositions de l'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale, de nouvelles négociations s'ouvriront le 10 juillet 2019 afin d'examiner les conditions de transposition dans l'accord national des centres de santé des nouvelles rémunérations spécifiques mises en place dans le cadre des nouveaux avenants signés en 2018/2019 par les professionnels de santé libéraux.

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.

Chirurgiens-dentistes

La nouvelle 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 vont se déployer progressivement sur 5 ans, en s'échelonnant entre 2019 et 2023. Les premières mesures entreront en vigueur à compter du 1^{er} avril 2019.

Le texte s'organise autour de 4 mesures clés :

- 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 0) ;
 - o Les annexes tarifaires de la convention définissent pour chaque année les plafonds tarifaires pour chaque acte prothétique concerné ainsi que les tarifs des actes de soins revalorisés.
 - o 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 1er 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.
 - o 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 1er 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).
- 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 :
 - o la valorisation de l'acte de parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage à hauteur de 60€,
 - o la prise en charge d'une consultation d'urgence de 8h à 20h à hauteur de 23 €,
 - o la prise en charge du comblement de sillons sur molaires qui est étendu aux enfants jusqu'à la date du 16^{ème} anniversaire,
 - o 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€).
 - o Ces mesures entrent en vigueur au 1^{er} avril 2019.
- 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.
- des dispositions pour une meilleure prise en charge des populations plus fragiles :
 - o 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).
- 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 proposé 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.

Les partenaires conventionnels ont souhaité mettre au cœur de la convention la notion de prévention. Des groupes de travail ont été mis en place, notamment sur une expérimentation de prise en charge globale de prévention (forfait de prévention comprenant des actes et des recommandations).

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.

Des négociations en vue de la conclusion de nouveaux avenants techniques – notamment sur l'évolution du devis dentaire – vont s'ouvrir en 2019.

Infirmier (e) s

Un avenant n°5 à la convention nationale des infirmiers a été conclu le 21 novembre 2017 et est paru au Journal Officiel, le 1er mars 2018. Ce texte prévoit l'entrée en vigueur des nouvelles mesures suivantes : la revalorisation de la majoration du dimanche et jours fériés ; la conversion de la prise en charge des cotisations allocations familiales en une aide forfaitaire concernant les contrats incitatifs dans les zones très sous-dotées ; l'ajout d'une double exigence de représentativité de la profession et de signature de la convention nationale à l'égard des organisations syndicales participant aux instances paritaires.

Un avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers a été conclu le 29 mars 2019 et devrait paraître au journal officiel en juin prochain.

Cet avenant rénove intégralement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale ainsi qu'à ses avenants 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 applicables dans les zones très sous dotées qui remplaceront à terme ceux existants aujourd'hui, 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 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, valorisé, 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 à partir du 1^{er} janvier 2020 permettra 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 6 encourage enfin le recours aux nouveaux usages numériques dans le déploiement du dossier médical partagé et la mise en place d'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.

Le 5 juin 2019, l'UNCAM a ouvert de nouvelles négociations avec les représentants des infirmiers libéraux visant à conclure un avenant 7 à la Convention nationale ayant pour objet de définir les modalités de valorisation des infirmiers de pratiques avancées pouvant exercer dans le cadre libéral.

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. Un avenant n°6 à cette convention a été conclu le 14 mai 2019 et devrait paraître au Journal officiel d'ici la fin juin 2019.

Ce texte a pour principal but d'avancer le calendrier de certaines mesures portées par l'avenant n°5 (signé le 6 novembre 2017) afin de tenir compte des résultats examinés lors de la réunion de l'observatoire conventionnel tenue le 26 mars 2019. En effet, les premiers résultats de la montée en charge des mesures de l'avenant n°5 ont fait apparaître un décalage de l'impact financier estimé au titre de l'année 2019.

Cet avenant donne également l'opportunité de compléter, sur un plan technique, certaines dispositions de l'avenant n°5 ainsi que de rappeler l'objectif partagé entre les partenaires conventionnels de promouvoir l'action des masseurs-kinésithérapeutes répondant à des enjeux de santé publique et de qualité et d'efficience des soins.

Ainsi, cet accord avance 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) et 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 1^{er} décembre 2019 au 1^{er} juillet 2019.

Afin de mettre en conformité le texte conventionnel au code de déontologie, cet avenant vient également intégrer différentes corrections concernant les bénéficiaires de l'expérimentation du contrat d'exercice temporaire dans les zones sur-dotées caractérisées par une forte activité saisonnière (CET) ainsi que les engagements et les démarches à réaliser par le masseur-kinésithérapeute souhaitant participer à cette expérimentation,

Par ailleurs et dans la continuité des mesures portées par l'avenant n°5, cet avenant acte la mise en place d'actions d'accompagnement des professionnels afin de favoriser l'utilisation du bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) et vient préciser les règles d'attribution des places de conventionnement en zones sur-dotées, soumises au dispositif de régulation.

Orthoptistes

La convention nationale régissant les rapports entre l'Assurance maladie et les orthoptistes de 1999 arrivera à échéance le 31 décembre 2019. En l'absence de dénonciation des parties signataires, de la convention ainsi que de ses avenants, elle devrait être 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 n auprès des 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 est arrivée à échéance le 10 janvier 2017. Elle a été reconduite tacitement pour 5 ans, en l'absence de dénonciation des parties signataires, de la convention ainsi que de ses avenants.

Les années 2018-2019 auront été marquées par la mise en œuvre des dispositions conventionnelles inscrites au sein de l'avenant n°16 à la convention nationale signé le 18 juillet 2017 (JO du 26 octobre 2017).

Cet avenant qui renove le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions précédentes, vise notamment à pérenniser et améliorer le dispositif démographique existant.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels ont travaillé sur les mesures suivantes :

- mise en œuvre du nouveau dispositif démographique
- mise en œuvre du nouveau forfait d'aide à l'informatisation et à la modernisation,
- mise en place à titre expérimental d'une action de dépistage en milieu scolaire des troubles du langage et de la communication chez les enfants. Ces travaux sont menés en lien avec le syndicat des orthoptistes avec lequel il a été également acté la mise en place des expérimentations de dépistage en milieu scolaire des troubles de la fonction visuelle dans le cadre de l'avenant 12 à la convention nationale des orthoptistes.

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.

En 2015, de nouvelles négociations ont débuté dans la perspective de conclure un 4^{ème} avenant. Cependant, fin 2015, à la suite d'un recours formé par la Fédération Nationale des Podologues (FNP) à l'encontre de la CNAM, les négociations ont été interrompues. La FNP a été déboutée de son recours, en juin 2016.

La FNP ayant sollicité une reprise des négociations, trois séances se sont tenues entre le 23 novembre 2018 et le 6 février 2019. A l'issue de ces séances de négociations conventionnelles, la CNAM a envoyé à la FNP une proposition de mesures visant essentiellement à valoriser le rôle des pédicures podologues dans la prise en charge des patients diabétiques. A ce stade, la FNP n'a pas fait connaître sa position sur les mesures proposées.

Transporteurs-sanitaires

Les expérimentations prévues par l'article 66 de la LFSS pour 2012 (modifié par l'article 79 de la LFSS pour 2017), portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, se sont poursuivies sur l'année 2017 dans les Bouches-du-Rhône (débutée en juillet 2016), en Haute-Garonne et en Isère (débutées en octobre 2016) et en 2018 pour l'Allier, la Meuse, le Var, la Savoie et la Charente-Maritime.

Conformément aux dispositions de l'avenant n°8 à la convention nationale des transporteurs sanitaires, la négociation d'un avenant n°9 s'est ouverte le 22 juin 2018, entre les fédérations des transporteurs sanitaires et l'Assurance maladie. L'objectif de cet avenant était de construire un modèle économique pérenne à la garde ambulancière, permettant aux entreprises de bénéficier d'un équilibre économique viable tout en répondant à

l'exigence du service rendu aux patients et aux contraintes financières de l'Assurance maladie. Les fédérations des transporteurs sanitaires et l'Uncam se sont ainsi réunies régulièrement pour tirer les enseignements des expérimentations mises en place en 2016 pour tester une réorganisation plus opérationnelle et économique de la garde ambulancière.

Après plusieurs mois de concertation, les partenaires conventionnels ont convenu que tous les acteurs du transport d'urgence pré-hospitalier devaient se réunir, au-delà des transporteurs sanitaires privés seuls, pour rénover en profondeur le dispositif. Un protocole d'accord sur les transports urgents pré-hospitaliers a alors été signé le 23 novembre entre les quatre fédérations nationales des transporteurs sanitaires (la CNSA, la FNTS, la FNAP et la FNAA) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Ce protocole acte ce constat et lance une collaboration plus large avec les services de l'État dont les travaux devront aboutir sur un déploiement dans les territoires en 2019. Une enveloppe financière nationale, ainsi que les modalités de sa répartition au niveau territorial, devront être fixées dans ce cadre.

Enfin, la décision UNCAM du 18 décembre 2018 relative à la convention-type des entreprises de taxi a instauré un supplément forfaitaire de 20 € pour le transport de patients en fauteuil roulant réalisé par une entreprise de taxi conventionnée, avec un véhicule spécialement équipé à cet effet. Une négociation d'un avenant n°9 à la convention nationale s'ouvre le 25 juin 2019 dans l'objectif d'étendre l'application de ce supplément à l'ensemble des transports assis professionnalisés (TAP) en instaurant une rémunération tarifaire supplémentaire réservée aux véhicules sanitaires légers (VSL) spécialement adaptés pour accueillir et transporter des personnes à mobilité réduite.

Taxis

Les conventions locales taxi arrivant à échéance fin 2018 et courant 2019, il a été décidé de réviser la décision du 8 septembre 2008 définissant un modèle-type de convention locale destiné aux entreprises de taxi et aux organismes locaux d'assurance maladie, avant la reprise des négociations locales.

Les six fédérations nationales de taxis, la FNAT, l'UNT, la FNTI, la FFTP, la FNDDT, l'UNIT ont signé le 12 novembre 2018, avec l'UNCAM, un protocole d'accord définissant un cadre partagé de régulation des dépenses de transport de taxis. Ce protocole encadre ainsi les négociations des conventions locales signées entre les entreprises de taxi et les caisses d'Assurance maladie pour le 1^{er} février 2019.

L'accord s'attache à confirmer d'une part, les engagements de l'Assurance maladie en matière de régulation des dépenses de transport (accompagnement des prescripteurs hospitaliers et libéraux, promotion du CAQES, participation au déploiement des plateformes de commandes, téléservices en ligne, actions de contrôle) et d'autre part, les règles tarifaires applicables durant les cinq ans des conventions locales, pour chaque année entre 2019 et 2023. Il joue sur plusieurs leviers : la fixation des tarifs de référence par rapport aux tarifs préfectoraux des taxis, la fixation du taux de remise moyen, le suivi concerté de l'évolution des dépenses et la mise en place de mesures additionnelles à décliner localement dans les conventions départementales (portant sur les frais d'approche, un taux de remise différencié pour favoriser les tarifs AB par rapport aux tarifs CD, les trajets courts, le transport partagé,...).

Pharmaciens

Cinq avenants ont été conclus dans le secteur conventionnel de la pharmacie sur la période 2018/2019 :

- l'avenant n° 14, relatif à mise en œuvre effective de la réforme des honoraires issue de l'avenant n° 11. Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 15/11/2018 et par l'Unocam le 05/12/2018. Il est en cours d'approbation ministérielle.

- l'avenant n° 15 relatif à la mise en œuvre de la télémédecine en officine. Ce texte a été signé par l'Uncam, la FSPF et l'USPO le 06/12/2018. L'Unocam en a pris acte en date du 22/01/2019. Il est en cours d'approbation ministérielle.
- l'avenant n° 16 relatif à la nouvelle mission du pharmacien relative à la vaccination antigrippale et à la tarification de l'honoraire de vaccination. Ce texte a été signé par l'Uncam, la FSPF et l'USPO le 14/03/2019 et par l'Unocam le 26/03/2019. Il est en cours d'approbation ministérielle.
- 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 est en cours d'approbation ministérielle.
- 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 est en cours d'approbation ministérielle.

L'avenant n° 14 inscrit sur la liste conventionnelle prévue à cet effet, les nouveaux honoraires de dispensation mis en place par l'avenant n° 11. L'inscription sur cette liste conditionne leur facturation et leur prise en charge par l'assurance maladie.

L'avenant 15 s'inscrit dans le prolongement de l'avenant n° 6 à la convention médicale relatif au déploiement de la télémédecine.

Les parties signataires se sont entendues sur l'intérêt de s'appuyer sur le réseau officinal et la proximité d'accès qu'il offre à la population, pour promouvoir ce nouveau mode d'organisation déterminant de l'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins.

Cet avenant détermine les modalités de mise en œuvre des téléconsultations en officine dans le respect du parcours de soins, ainsi que le rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé accompagnant. La mission qui lui est confiée dans ce cadre consistera à proposer une offre organisationnelle des téléconsultations permettant de préserver la confidentialité des données, ainsi qu'une assistance au médecin téléconsultant pour la réalisation des actes nécessaires à l'examen clinique.

L'investissement des pharmaciens dans le déploiement des téléconsultations constitue un nouvel axe de rémunération conventionnel du pharmacien valorisant l'exercice coordonné et l'évolution des pratiques conformément aux orientations de l'accord cadre interprofessionnel. L'article 13.1.4 de l'avenant prévoit à cet égard le versement au pharmacien d'une rémunération annuelle comprenant 2 volets : une participation forfaitaire de 1 225 € la 1^{ère} année, puis 350 € les années suivantes et une participation forfaitaire au temps passé en fonction du nombre de téléconsultations réalisées. Par ailleurs, la traçabilité des téléconsultations réalisées en officine est assurée par un code acte traceur.

Compte tenu de la nature inédite de l'investissement qu'il est demandé aux pharmaciens de mettre en œuvre, les parties signataires se sont entendues pour suivre le déploiement des téléconsultations en officine et d'adapter, le cas échéant, les modalités de mise en œuvre et de financement convenues. Un bilan circonstancié est ainsi prévu à 1 an de la mise en œuvre de cette nouvelle mesure conventionnelle.

L'avenant n° 16 tire les conséquences des évolutions législatives et réglementaires qui confèrent désormais aux pharmaciens la compétence pour procéder à la vaccination des populations contre les maladies, et plus précisément en l'état actuel de la réglementation, au bénéfice des personnes majeures les plus exposées au virus de la grippe, telles que définies par les recommandations vaccinales en vigueur et à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure.

La vaccination antigrippale constitue un nouvel axe de la pratique pharmaceutique et contribue de ce point de vue à la diversification du mode de rémunération des pharmaciens par rapport aux rémunérations existantes pour cette profession.

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.

**Annexe 3 – La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)
sept ans après**

1. La Rosp en 2018, un dispositif évolutif à la pertinence confortée

Lors de la convention médicale de 2016, la Rosp entrée en vigueur le 1er janvier 2017, a été profondément revue et modernisée au regard de la précédente.

La nouvelle Rosp a été recentrée sur la pratique clinique, ce qui relevait du volet organisation du cabinet étant rémunéré à travers deux autres dispositifs : le forfait structure⁹³ et le forfait patientèle⁹⁴. Le poids de la prévention et du suivi des pathologies chroniques a été renforcé, avec par exemple de nouveaux dépistages (comme le cancer colorectal) et une attention portée aux pratiques addictives et conduites à risques (tabac, alcool...).

En pratique, 17 nouveaux indicateurs ont été introduits pour tenir compte de la réalité des pratiques et de l'évolution des connaissances et référentiels médicaux, 8 ont été reconduits de la convention de 2011 sans modifications majeures et 4 ont été sensiblement modifiés pour tenir compte des évolutions intervenues sur leur champ. Au total, 29 indicateurs de pratique clinique ont été inscrits dans la convention de 2016 (contre 24 dans celle de 2011).

Une Rosp ajustée en 2018

Après avoir dressé début 2018 un premier bilan de cette Rosp profondément renouvelée, les partenaires de la convention médicale ont fait évoluer de manière plus réactive ce dispositif, comme le prévoyait la convention de 2016. Un groupe de travail conventionnel se réunit en ce sens plusieurs fois par an pour suivre de manière continue l'évolution des indicateurs et proposer des modifications, ensuite soumises à la validation de la Commission Paritaire Nationale (CPN).

Des révisions ont ainsi été apportées à la Rosp 2018, via l'avenant 6 à la convention médicale : les objectifs cibles et intermédiaires ont été revus et les seuils minimaux des indicateurs ont été abaissés. Ces modifications permettent de garantir une meilleure rémunération en fonction du taux d'atteinte des objectifs de santé publique et de sa progression.

Par ailleurs, des modifications ont été apportées aux indicateurs au bénéfice des médecins dans le volet optimisation et efficience :

- deux indicateurs de prescriptions dans le répertoire des génériques ont été neutralisés (traitements de l'incontinence urinaire et de l'asthme) dans la mesure où peu de médecins y étaient éligibles ;
- le paracétamol a été exclu du champ de l'indicateur global de prescription dans le répertoire ;
- un trimestre supplémentaire a été pris en compte pour le calcul de l'indicateur portant sur le dosage isolé de TSH.

Une clause de sauvegarde au titre de 2018 a également été actée pour garantir, si nécessaire, le maintien de la rémunération globale des médecins.

Au regard des résultats atteints par les professionnels de santé, le mécanisme de la clause de sauvegarde n'a pas été activé.

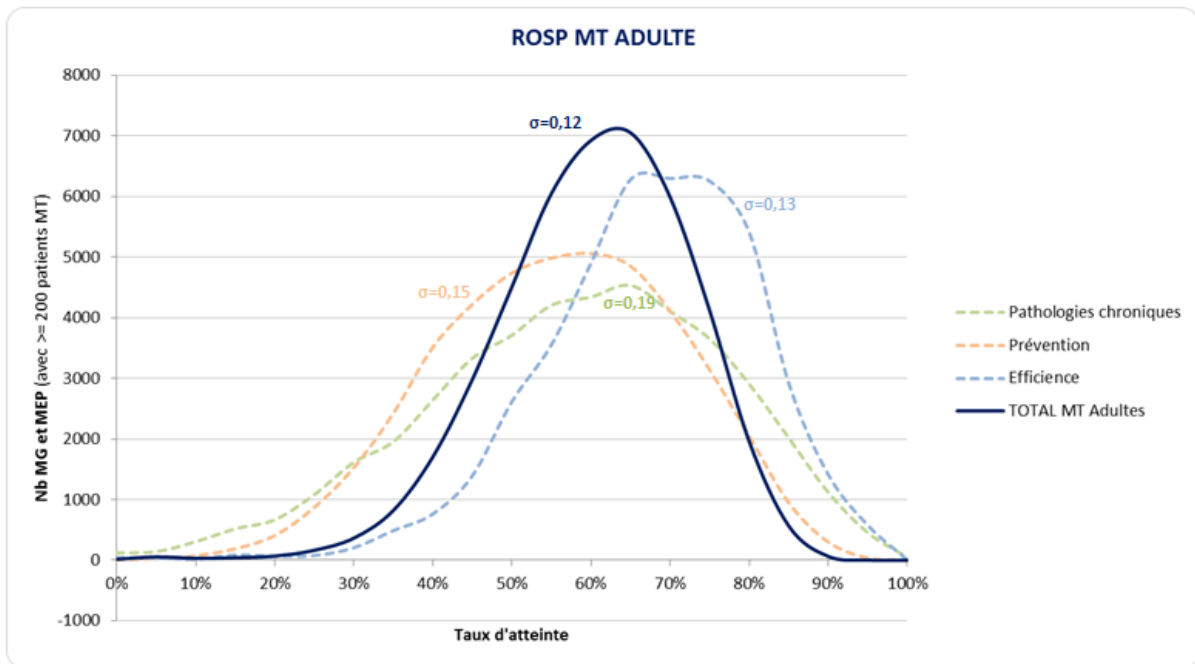
⁹³ Le « forfait structure », créé lors de la convention médicale de 2016, a remplacé les précédents indicateurs de la Rosp qui portaient sur l'organisation du cabinet, et constitue une rémunération forfaitaire à part entière, indépendante de la Rosp, qui peut être versée à tout médecin libéral.

⁹⁴ Le forfait patientèle médecin traitant (« FPMT »), défini lors de la convention médicale de 2016, se substitue aux différentes rémunérations forfaitaires versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (MPA, FMT, RMT). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse dans la précédente Rosp de 2012.

2. La Rosp, un levier d'évolution des pratiques

Le graphique ci-après représente la distribution des taux d'atteinte des médecins. Plus les courbes sont orientées à droite, plus les médecins ont des taux d'atteinte élevés.

En 2018, de nombreux médecins ont **des taux d'atteinte élevés sur le volet efficacité** (en moyenne 71 %). A l'inverse, on observe des résultats plus dispersés sur les volets des pathologies chroniques et prévention (respectivement 61 % et 59 %).



3. La Rosp médecin traitant de l'adulte : le bilan volet par volet

Depuis la convention médicale de 2016, la Rosp se recentre sur les indicateurs de pratique clinique, organisés autour de 3 volets : la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficacité des prescriptions.

En favorisant la prévention et le dépistage, en incitant à une meilleure prise en charge des pathologies chroniques et en optimisant les prescriptions au regard des référentiels, les indicateurs de la Rosp permettent d'améliorer les pratiques médicales en matière de santé publique au bénéfice du patient. Ils constituent également un moyen pour le médecin de mieux suivre sa pratique et valoriser ses efforts.

La prévention

Les modifications des comportements et la prévention sont des facteurs de réduction de la mortalité et de la morbidité globales ; ils constituent des axes majeurs de progrès en santé. C'est dans cette optique que le poids du volet prévention a été fortement revalorisé lors de l'élaboration de la nouvelle Rosp : bien que ses objectifs soient plus difficiles à atteindre, ils sont une des clés pour assurer une prise en charge des patients plus précoce et plus adaptée. En 2016, l'accent a été mis sur les indicateurs de prévention avec pour objectifs d'encourager le dépistage des cancers, la vaccination, de limiter le recours aux antibiotiques pour lutter contre le développement des résistances aux bactéries et éviter les risques iatrogéniques liés à la consommation de médicaments.

En 2018, les résultats de ce volet sont contrastés : les taux relatifs à la vaccination antigrippale et à l'antibiothérapie sont bien orientés, mais la progression des dépistages des cancers n'est pas homogène (+0,3 point pour le cancer du sein, -0,7 pour le cancer du col de l'utérus, -1,0 point pour le cancer colorectal). Par ailleurs, si la prévention de la iatrogénie médicamenteuse reste bien orientée, des efforts restent à faire pour diminuer la durée de prescription des traitements par benzodiazépines hypnotiques (en hausse de 1,5 point).

Grippe

La tendance à la baisse observée depuis 2011 avec une stagnation en 2017 s'est inversée cette année : les indicateurs de prévention vaccination contre la grippe affichent de nouveau de bons résultats, que ce soit chez les patients âgés de 65 ans ou plus (+2,4 points) ou chez les patients de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (+2,1 points).

Dépistage des cancers

Après une baisse observée en 2017, le dépistage du cancer du sein, cancer le plus fréquent et le plus mortel chez la femme⁹⁵, se réoriente à la hausse cette année (+0,3 point). Inscrit dans la convention de 2016, le dépistage du cancer colorectal connaît, pour sa part, un recul (-1,0 point) après des résultats 2017 très encourageants (+6,2 points sur l'année 2017). Le dépistage du cancer du col de l'utérus enregistre, lui aussi, un ralentissement (-0,7 point).

Iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes âgées de plus de 65 ans, est responsable de nombreuses hospitalisations chaque année⁹⁶. Une amélioration des pratiques est observée ces dernières années, qui se traduit, d'une part, par une diminution du nombre de patients consommant certains

⁹⁵ INCa, *Les cancers en France en 2017- L'essentiel des faits et chiffres*, mars 2018

⁹⁶ On l'évalue à 130 000 hospitalisations par an et à 10 000 décès par an. La loi de santé publique de 2004 l'avait inscrite dans ses priorités et sa prévention fait donc l'objet d'une mobilisation de l'Assurance maladie depuis presque 10 ans.

Source : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000115/0000.pdf>.

médicaments à risque iatrogénique élevé comme les psychotropes et les benzodiazépines et, d'autre part, par une réduction des durées de traitement.

La prévention de la iatrogénie pour les patients âgés de plus de 75 ans sous psychotropes évolue encore dans le bon sens cette année (-0,2 point). Les durées de traitements par benzodiazépines anxiolytiques continuent eux aussi d'être bien orientés (-0,2 point). En revanche, les durées de traitements par benzodiazépines hypnotiques évoluent défavorablement (+1,5 point).

Antibiothérapie

La France reste toujours un des pays où la consommation d'antibiotiques est la plus forte⁹⁷. Or, leur utilisation massive et répétée entraîne l'apparition de souches bactériennes résistantes. Cet indicateur dans la Rosp a pour objectif de réduire la consommation d'antibiotiques en France et notamment ceux qui sont identifiés comme les plus générateurs d'antibiorésistance afin de préserver le plus longtemps possible l'efficacité de ces traitements.

Une réduction importante du nombre de traitements antibiotiques chez les patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD a été observée depuis la mise en place de la Rosp en 2011. Cette tendance se confirme en 2018 avec un nombre de traitements antibiotiques pour 100 patients qui passe de 36,1 à 35,8 en moyenne (pour un chiffre initial de 45,7 en 2011). La part des patients traités par les antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance a également baissé de 2,6 points, soit l'équivalent de 235 000 patients mieux traités en 2018.

Indicateurs déclaratifs

On note une progression des indicateurs déclaratifs, en particulier ceux liés à la prévention des conduites addictives (+4,6 points sur le tabac, +2,0 points sur l'alcool).

⁹⁷ Source : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/resistance-antibiotiques>

Synthèse des résultats des indicateurs calculés de prévention

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Evolution en points déc. 2017 déc. 2018	
Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 61 %	52,9 %	52,9 %	55,3 %	2,4	
	Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	≥ 42 %	31,2 %	31,2 %	33,3 %	2,1	
Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	≥ 74 %	67,3 %	66,1 %	66,4 %	0,3	
	Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	≥ 65 %	56,9 %	56,8 %	56,1 %	-0,7	
	Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	≥ 55 %	22,9 %	29,1 %	28,1 %	-1,0	
Iatrogénie	<i>Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits</i>	3 %	5,3 %	5,0 %	4,8 %	-0,2	Indicateurs décroissants
	<i>Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines</i>	≤ 30 %	41,6 %	40,9 %	42,4 %	1,5	
	<i>Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines</i>	≤ 9 %	15,1 %	15,0 %	14,8 %	-0,2	
Antibiothérapie	<i>Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD</i>	≤ 20	39,5	36,1	35,8	-0,3	
	<i>Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3^e et 4^e génération ; fluoroquinolones).</i>	≤ 32 %	43,2 %	39,5 %	36,9 %	-2,6	

Indicateurs déclaratifs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Evolution en points déc. 2017 déc. 2018
Diabète - Examen des pieds chez le diabétique	≥ 95%	87,7%	88,7%	1,0
Risque cardio-vasculaire - Evaluation du risque CV avant traitement	≥ 95%	88,2%	89,8%	1,6
Conduites addictives - Addiction au tabac	≥ 75 %	81,2%	85,8%	4,6
Conduites addictives - Addiction à l'alcool	≥ 75 %	79,8%	81,8%	2,0

Le suivi des pathologies chroniques

En France, près de 11 millions de personnes bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD), sources potentielles d'incapacité et de handicap, soit 17 % des assurés⁹⁸. C'est dans ce contexte que les indicateurs de suivi des pathologies chroniques ont été revus lors de la convention médicale de 2016. Ils permettent de mesurer la qualité du suivi des patients atteints de ces pathologies, de réduire les risques de rechute et complications en lien avec les dernières connaissances médicales, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie de ces patients.

En 2018, les évolutions sont plutôt favorables : les deux indicateurs de dépistage de la maladie rénale chronique poursuivent une forte progression (plus de 100 000 patients diabétiques et 210 000 patients hypertendus mieux dépistés), les deux autres indicateurs sur le diabète progressent légèrement tandis que les deux indicateurs de suivi des patients à risque cardio-vasculaire stagnent ou sont en baisse.

Diabète

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.

La part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un dépistage de la maladie rénale chronique continue de progresser avec une augmentation de 4,1 points, ce qui représente plus de 100 000 patients mieux pris en charge, dans la continuité de 2017 (+3,9 points).

La maladie rénale chronique (MRC) reste très longtemps silencieuse et peut évoluer jusqu'à l'insuffisance rénale terminale (nécessitant dialyse ou greffe de rein). Le dépistage précoce de cette maladie est essentiel chez les patients diabétiques et les patients hypertendus car ces deux affections sont souvent à l'origine de la MRC.

Concernant l'indicateur relatif à la part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans (indicateur présent dans la Rosp depuis 2011) on constate de nouveau une progression (+0,9 point) après la baisse observée l'année dernière (-0,9 point). La part des patients diabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année est également en progression (+0,7 point).

⁹⁸ Source : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>

HTA

L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez le patient hypertendu, créé par la convention de 2016, poursuit sa progression, avec plus de 210 000 patients mieux suivis (+2,4 points). Ici aussi, l'introduction de cet indicateur a visiblement accéléré l'amélioration des pratiques (+2,0 points en 2017 contre +0,7 point en 2016).

Risque cardio-vasculaire

La surveillance des patients sous traitement par anti vitamine K baisse de 1,2 point et la prévention secondaire du risque cardio-vasculaire (part de patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2) reste stable.

Synthèse des résultats des indicateurs calculés de suivi des pathologies chroniques

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Evolution en points déc. 2017 déc. 2018
Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	≥ 89 %	79,0 %	78,7 %	79,4 %	0,7
	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	≥ 72 %	62,9 %	62,0 %	62,9 %	0,9
	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 49 %	31,0 %	34,9 %	39,1 %	4,1
HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 8 %	7,0 %	9,0 %	11,4 %	2,4
Risque CV	Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	≥ 56%	44,2 %	43,6 %	43,7 %	0,03
	Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année *	≥ 91 %	79,0 %	80,2 %	79,1 %	-1,2

* La formule de calcul de l'indicateur de surveillance d'un traitement par anti vitamine K a été modifiée à compter de décembre 2017.

Annexe 4 – Cartographie médicalisée : méthode d'affectation des dépenses aux pathologies, états de santé et traitements

Affectation des dépenses aux pathologies, états de santé et traitements

Mise en garde : en raison des améliorations apportées dans la méthodologie essentiellement du côté des effectifs (cf. ci-dessous), il n'est pas possible de comparer directement les résultats présentés dans le rapport publié en juillet 2018 avec ceux du présent rapport. Toutefois, afin de pouvoir disposer d'évolutions sur plusieurs années, les programmes relatifs aux algorithmes médicaux, aux dépenses et à leur réaffectation aux groupes de populations, ont été appliqués aux données de chaque année, de 2012 à 2017.

Évolutions/améliorations relatives au repérage des pathologies impactant les effectifs et donc les dépenses

Afin de mieux repérer les différentes pathologies, dans cette nouvelle version de la cartographie, les algorithmes intègrent désormais plus généralement l'information relative aux séjours en établissements de SSR (et non plus exclusivement pour les troubles névrotiques de l'humeur, les démences (y compris maladie d'Alzheimer) et la paraplégie, comme c'était le cas dans la version précédente), augmentant ainsi notamment de manière significative les effectifs pour les troubles addictifs, les autres troubles psychiatriques et secondairement l'insuffisance cardiaque chronique.

Outre ces modifications dans la méthode de repérage des pathologies, l'accroissement démographique contribue aussi à l'augmentation globale des effectifs.

Les différents changements méthodologiques opérés ne permettent pas de comparer les résultats de cette cartographie avec ceux des versions précédentes.

Evolutions relatives à certains postes de dépenses pour l'année 2017

- En lien avec la réforme des établissements de SSR prévoyant la mise en place de la « Dotation Modulée à l'Activité (DMA) » à compter du 01/03/2017, la méthodologie relative aux dépenses de la cartographie a évolué, afin de prendre en compte la DMA dans les dépenses individuelles de séjours de SSR.

- L'intégration, à partir de 2017, dans la liste en sus des établissements publics et privés de MCO des médicaments sous ATU et post ATU délivrés au cours des séjours de MCO se traduit par un élargissement du champ du poste de dépense liste en sus. En effet, ces médicaments étaient auparavant financés par une enveloppe MERRI (« dotation spécifique au titre des missions d'enseignement, recherche, référence et innovation ») hors champ de la cartographie.

Mise en garde concernant les dépenses du poste ACE pour l'année 2017

En 2017, la base de données remontant les factures des ACE n'est pas complète pour les ACE des établissements de l'AP-HP. Par conséquent, une baisse de l'évolution annuelle globale des dépenses du poste ACE s'observe en 2017.

Étape 1 : Constitution des montants de dépenses annuelles par individu et par poste

Les dépenses retenues pour la cartographie sont les dépenses remboursées et remboursables par l'assurance maladie obligatoire au titre du régime général (y compris les sections locales mutualistes). Parmi elles, seules les dépenses individualisables (c'est-à-dire rattachables à un individu) correspondant aux différents postes de l'Ondam (y compris les indemnités journalières (IJ) 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). A noter que les prestations en espèce concernent les assurés du régime général, et une partie seulement des assurés des SLM (en effet, 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).

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 (SNDS⁹⁹) et de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) :

- 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 annuelles par poste proviennent du Datamart de Consommation de soins (un produit dérivé du Datamart de Consommation Inter-Régime (DCIR) présent dans le Sniiram) et sont directement disponibles par individu.
- Pour les séjours hospitaliers ((MCO, PSY, SSR, HAD) en établissements **publics** et les actes et consultations externes (ACE), les montants de dépenses annuelles par poste sont la résultante d'un travail préalable de valorisation des séjours, séquences ou sous-séquences pour les séjours hospitaliers (MCO, PSY, SSR, HAD) et de valorisation des factures pour les ACE. 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.

Dans un souci de cohérence avec les dépenses des séjours hospitaliers en établissements publics, les honoraires des professionnels de santé réalisés en cliniques privées dans le cadre d'un séjour (ou urgence) sont rattachés aux séjours hospitaliers privés (MCO, PSY, SSR) et non aux soins de ville (comme c'est le cas dans le suivi de la statistique mensuelle de l'Assurance maladie). Inversement, les dépenses relatives aux forfaits techniques, IRM/scanner réalisés en ville ou lors de soins externes en établissements MCO privés sont rattachés aux soins de ville et non aux séjours hospitaliers privés (comme c'est le cas dans le suivi de la statistique mensuelle de l'Assurance maladie).

Le poste « hôpital » regroupe donc les dépenses relatives aux séjours en MCO et aux produits de la liste en sus (pour les établissements publics et privés), celles relatives aux séjours (publics et privés) en SSR et en psychiatrie (y compris celles du secteur ambulatoire), ainsi que celles relatives aux actes et consultations externes (en public) et à l'hospitalisation à domicile (HAD)¹⁰⁰.

Plusieurs traitements sont réalisés de façon à améliorer la qualité des tables de dépenses par individu. Ainsi :

- les données extrêmes des postes des soins de ville (hors médicaments et autres produits de santé) supérieures au 99,99ème percentile sont bornées à la valeur du 99,99ème percentile ou, le cas échéant, à celle du seuil de référence retenue, considérant qu'au-delà de ce seuil il s'agissait de valeurs extrêmes aberrantes. Pour le poste médicaments, aucune correction n'est réalisée, les analyses préalables réalisées ayant montré que les dépenses extrêmes n'étaient pas forcément aberrantes (traitements de l'hémophilie notamment) ; idem pour le poste Autres produits de santé. Concernant les prestations en espèces, les dépenses sont bornées sur la base des montants plafonds annuels estimés sur la base des plafonds journaliers et/ou durées maximales réglementaires. Pour le poste indemnités journalières (IJ) Maladie/ATMP, dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer les deux risques, le plafond est calculé sur la base de la réglementation relative aux AT/MP (risque pour lequel les montants plafonds d'IJ sont supérieurs à ceux du risque maladie). Les données extrêmes des actes et consultation externes (supérieures au 99,9ème percentile) sont bornées sur la valeur du 99,9ème percentile.
- les montants négatifs des postes de dépenses (par exemple, régularisations de dépenses au titre des années précédentes) sont mis à zéro¹⁰¹.
- dans le cas où le montant remboursé s'avère strictement supérieur au montant remboursable, alors on force le montant du remboursable à celui du remboursé.

⁹⁹ 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, Rudant 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 ».

¹⁰⁰ La décomposition actuelle ne recoupe donc pas totalement la séparation « soins ambulatoires » versus « soins hospitaliers » telle qu'elle existe dans le suivi de la statistique mensuelle de l'Assurance maladie.

¹⁰¹ Si le montant remboursé est <0 et/ou si le montant remboursable est <0, alors on force le montant remboursable et le montant remboursé à 0.

L'affectation des dépenses aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé concerne uniquement les montants remboursés. En conséquence, les montants des étapes 2 à 11 font références aux seuls montants remboursés (et non remboursés et remboursables).

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

Séjours de MCO

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 sont des épisodes hospitaliers ponctuels sans lien direct avec une pathologie chronique ou lourde. Cela permet donc de rattacher les séjours, puis d'affecter leurs dépenses correspondantes :

- soit à une des pathologies, traitements ou événements de santé repérés par les algorithmes médicaux,
- soit à la catégorie « épisode hospitalier ponctuel », 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 aucun des 50 groupes de population, alors il est classé dans la catégorie « épisode hospitalier ponctuel » et les personnes concernées se verront attribuer, en plus de leurs éventuelles pathologies chroniques, un « top » épisode hospitalier ponctuel signifiant leur appartenance à ce groupe. Ces séjours d'hospitalisation de MCO dite « ponctuelle » comprennent 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 même séjour n'est rattaché qu'à un seul groupe de population.

Le montant du séjour de MCO est directement affecté au groupe de population auquel le séjour a été rattaché. De même, l'éventuel montant de DMI 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

Les séjours en établissements psychiatriques sont rattachés à l'une des 9 pathologies repérées par les algorithmes médicaux¹⁰², 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.

Le montant du séjour de psychiatrie est directement affecté au groupe de population auquel le séjour a été rattaché.

Séquences de SSR

Les séquences en établissements SSR sont rattachées à l'une des pathologies repérées par les algorithmes médicaux que possède le patient ou au groupe des épisodes hospitaliers ponctuels en fonction de l'affectation

102 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 épisodes hospitaliers ponctuels. 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.

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 un seul des groupes de population repérés par les algorithmes médicaux, alors la séquence est rattachée à ce groupe de population ;
- si la séquence est en rapport avec plusieurs pathologies, alors la séquence est rattachée à l'une des pathologies suivant un certain ordre de priorité.
- si la séquence n'est en rapport avec aucun des groupes de population mais que la personne fait partie du groupe de population « hospitalisations ponctuelles » ou qu'elle a eu une hospitalisation en MCO moins d'un mois avant ce séjour en SSR l'année précédente, alors la séquence est rattachée au groupe de population « hospitalisations ponctuelles ».
- si la séquence n'est en rapport avec aucun des groupes de population (y compris les « hospitalisations ponctuelles ») alors, suivant une méthode complexe, la séquence est rattachée, soit à un top de la personne ou, soit en dernier lieu, au groupe 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 la séquence de SSR est directement affecté au groupe de population auquel la séquence a été rattachée.

Étape 3 : Constitution des combinaisons et calculs des montants totaux par poste de dépenses pour chaque combinaison

L'information relative à la présence ou non au cours de l'année d'un épisode hospitalier ponctuel en MCO, tout comme celle relative aux 56 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 56 pathologies, états de santé et traitements repérables grâce aux algorithmes médicaux, ainsi que sur la présence ou non d'au moins un épisode hospitalier ponctuel (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.

Par sommation sur l'ensemble des individus d'une même combinaison, on obtient les montants totaux de dépenses, par poste, pour chaque combinaison de pathologies/traitements/épisodes de soins.

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 4 : Affectation individuelle d'un montant de dépenses correspondant à la consommation courante de soins

Indépendamment des soins pour des pathologies lourdes ou chroniques et des recours à l'hospitalisation, les assurés consomment des soins dits « courants » pour soigner les pathologies bénignes (infections virales bénignes, angines, gastro-entérites sans gravité...).

Afin de ne pas surestimer les dépenses de soins de ville affectées à un groupe de population donné, avant toute affectation de dépense à un groupe de population, on retranche aux montants de dépenses par poste (uniquement pour les postes de soins de ville – excepté les transports et soins de sages-femmes – et le poste IJ maladie/AT-MP) de chaque individu (consommant du poste) un montant au titre de la « consommation courante de soins » sur le poste considéré¹⁰³.

Ce montant est un montant forfaitaire par poste, âge et sexe. Il correspond au 2^{ème} décile, 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 un épisode hospitalier ponctuel au cours de l'année.

Cette méthode est appliquée pour l'ensemble des postes de « soins de ville », à l'exception des postes « transport » et « soins de sages-femmes », pour lesquels elle est considérée non pertinente. En effet, le recours aux transports chez les « consommateurs de soins courants » est globalement très faible, et vraisemblablement peu induit par des soins courants. De même, les soins de sages-femmes sont, pour l'essentiel, induits par la maternité.

Elle est également appliquée pour le poste « indemnités journalières (IJ) maladie/AT-MP » – dont on peut penser qu'une partie de la dépense peut être induite par les soins courants – mais pas pour les deux autres postes de prestations en espèce que sont les IJ maternité et l'invalidité.

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 population

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 (cf. étape 7). Elle s'applique donc également aux postes **HAD** (public et privé) et **ACE** des établissements de MCO (public).

- **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, on procède ainsi : on défalque du montant total des dépenses de la combinaison le montant correspondant à la consommation courante de soins (estimé comme indiqué à l'étape 4 et uniquement pour les postes spécifiés à l'étape 4) et le solde de la dépense 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, 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

¹⁰³ Si le montant de dépense après retrait de la « consommation courante de soins » est négatif, le montant est forcé à 0.

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 en court séjour...) selon les différentes pathologies, traitements, événements de santé ou épisode hospitaliers ponctuels 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 : Illustration de la méthode de proratisation des dépenses**).

Par sommation sur l'ensemble des combinaisons, on obtient pour chaque pathologie un montant de dépenses par poste.

Afin d'améliorer la stabilité des clés de répartition utilisées pour la réaffectation des dépenses, un traitement spécifique des valeurs extrêmes est réalisé en amont du calcul de ces clés : ainsi, lorsque, pour un poste donné, les dépenses des personnes appartenant à un seul groupe de population (combinaison de type « cas 1 ») 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, le différentiel étant rajouté à chaque pathologie correspondante en fin de processus d'affectation.

Encadré : 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**

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.

2^{ème} étape : on répartit au prorata la dépense de 2 M€ entre les deux pathologies :

Dépenses du poste IJ maladie/ATMP affectées au diabète
$$2\,000\,000 \times 160 / (160 + 1\,295)$$
= 219 931

Dépenses du poste IJ maladie/ATMP affectées à l'infarctus du myocarde
$$2\,000\,000 \times 1\,295 / (160 + 1\,295)$$
= 1 780 069

Au final, sur une dépense totale de 2 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.

- **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)**

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
- du montant total de dépense du poste réaffecté à ce groupe, issu de la méthode de proratisation
- et du différentiel relatif à ce groupe (correspondant à l'écart entre le montant total du poste pour la combinaison de type « cas 1 » ne renvoyant qu'à ce groupe et le montant total plafonné utilisé pour le calcul de la clé de répartition).

Étape 7 : Affectation 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 1).

Les dépenses relatives aux IJ maternité sont affectées, par convention, au groupe de population « maternité ».

Étape 8 : Affectation des dépenses par poste (pour tous les postes) 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 7. 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 »¹⁰⁴).

Précision : les dépenses des séjours MCO en établissements privés des individus sans aucune pathologie, traitement, événement de santé ni hospitalisation ponctuelles correspondent aux passages aux urgences¹⁰⁵.

Étape 9 : Affectation des dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques aux différentes maladies psychiatriques et traitements psychotropes

¹⁰⁴ 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.

¹⁰⁵ Dans le public, le poste des dépenses de séjours MCO est à 0 pour les individus sans aucune pathologie, traitement ni hospitalisation ponctuelle : en effet, pour le public, les dépenses de MCO de ce groupe d'individus figurent dans le poste ACE.

A l'issue de l'étape 8, 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 possibles¹⁰⁶, hors montants liés à l'activité ambulatoire de ces établissements. Il s'agit donc à l'étape 9 d'affecter les dépenses de l'ambulatoire en psychiatrie¹⁰⁷ aux différentes maladies psychiatriques et traitements de psychotropes, puis de les ajouter aux montants correspondant aux séjours précédemment affectés à l'étape 7.

Étape 10 : 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 4) est calculée pour chaque poste de soins de ville concerné.

Cependant, dans les tableaux et graphiques de résultats présentés dans le rapport Charges et Produits, ce n'est pas ce montant qui est isolé et présenté, mais la somme de ce montant et du montant de dépense affecté au groupe « pas de pathologies, traitements ou événements de santé, ni hospitalisation ponctuelle, ni traitement antalgique ou anti-inflammatoire » (c'est-à-dire le 2^{ème} sous-groupe mentionné à l'étape 8). Ce montant global est affecté à un groupe de dépenses dénommé « Soins courants ».

Étape 11 : Extrapolation des montants affectés au champ tous régimes et correspondance avec le champ des dépenses de l'Ondam

Extrapolation au champ tous régimes des dépenses affectées aux différentes pathologies

Afin de présenter des résultats sur le champ tous régimes, une extrapolation est réalisée, poste par poste, à partir des montants affectés aux différents groupes précédemment calculés sur le champ de la cartographie. En pratique, pour chaque poste de dépenses de la cartographie, un coefficient de passage est calculé permettant de passer du champ de la cartographie au champ tous régimes ; puis, les dépenses affectées sont multipliées, poste par poste, par le coefficient de passage correspondant.

Correspondances entre le champ des dépenses extrapolées de la cartographie et celui de l'Ondam

Suite à l'extrapolation au champ tous régimes, les dépenses affectées représentent 81% de celles de l'Ondam (Tableau 1). Ceci s'explique par le fait que certaines dépenses de l'Ondam sont non individualisables et donc exclues du champ de la cartographie : c'est le cas par exemple des Migac hospitalières ou encore des dépenses des établissements publics médico-sociaux.

D'autres différences de champs existent par ailleurs entre l'Ondam et les dépenses affectées après extrapolation. Ainsi, la cartographie prend en compte les IJ maternité (comprenant également les IJ versées pour adoption) et les prestations pour invalidité, alors qu'elles ne font pas partie de l'Ondam.

De même, la décomposition de la dépense selon les grands postes n'est pas non plus la même dans les deux sources, étant donné la différence de prise en compte des honoraires des professionnels de santé ayant exercé dans le cadre d'un séjour (ou urgence) au sein des établissements privés : alors que ces derniers apparaissent dans le montant de la catégorie « Soins de ville » dans l'Ondam (parmi les 87,2 Mds€ (cf. Tableau 1)), ils figurent dans celui de la catégorie « établissement de santé » (dépense hospitalière) dans la cartographie (parmi les 73,7 Mds€ (cf. Tableau 1)).

Si, pour comparaison avec l'Ondam, on rebascule le montant de ces honoraires provenant de la cartographie, de la catégorie « établissement de santé » à la catégorie « Soins de ville », l'écart observé entre les deux

106 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.

107 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.

sources se réduit mécaniquement (87,2 Mds€ pour l'Ondam versus 84,8 Mds€ pour la cartographie ; au lieu de 87,2 Mds€ pour l'Ondam versus 80,6 Mds€ pour la cartographie précédemment) et la part des dépenses de l'Ondam couverte par les dépenses affectées extrapolées atteint alors 97% (l'écart restant étant alors lié aux postes de l'Ondam non pris en compte dans la cartographie car non individualisables : permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM(c), FAC(d), aides à la télétransmission...).

Tableau 33 : Correspondance entre le champ Ondam et celui de la cartographie médicalisée des dépenses 2017 extrapolées au champ tous régimes

	Dépenses remboursées (en milliards d'euros)			Part des dépenses du champ Ondam prises en compte dans la Cartographie suite extrapolation, si on avait inclus les honoraires des médecins pour séjours en cliniques privées dans la catégorie Soins de ville	Postes Ondam non pris en compte dans la Cartographie
	Source Ondam (constatées)	Source Cartographie suite extrapolation TR	Source Cartographie suite extrapolation TR, si on avait inclus les honoraires des médecins pour séjours en cliniques privées dans la catégorie Soins de ville		
Soins de ville (y compris indemnités journalières maladie AT-MP ^(b))	87,2	80,6	84,81	97%	Permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM ^(c) , FAC ^(d) , aides à la télétransmission
Établissements de santé	78,6	73,7 ⁽¹⁾	69,49	88%	Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG...), Migac ^(e)
Établissements et services médico-sociaux	19,9	0	0	0%	Tous
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,2	0	0	0%	FIR ^(f)
Autres prises en charge (FMESPP ^(g) , Fiqcs ^(h) ...)	1,7	0	0	0%	FMESPP, Fiqcs
Total postes Ondam pris en compte dans la Cartographie	190,7	154,3	154,3	81%	
Postes pris en compte dans la Cartographie et n'appartenant pas au champ Ondam : IJ maternité et invalidité		9,9	9,9		
Total dépenses de la Cartographie		164,2	164,2		

- (a) Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
 (b) AT-MP : accident du travail - maladie professionnelle
 (c) PAM : praticiens et auxiliaires médicaux
 (d) FAC : Fonds d'actions conventionnelles
 (e) Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
 (f) FIR : Fonds d'intervention régional
 (g) FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
 (h) Fiqcs : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
- (1) Les honoraires en cliniques privées dans le cadre de séjours (ou urgences) sont attribués aux établissements de santé dans la Cartographie, alors que ces derniers relèvent des soins de ville dans l'Ondam

Source : Cnam